

DENISE FAUCZ KLETEMBERG

**A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
BRASIL: UMA VISÃO HISTÓRICA**

**CURITIBA
2004**

DENISE FAUCZ KLETEMBERG

**A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO
BRASIL: UMA VISÃO HISTÓRICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Dalledone
Siqueira

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima
Mantovani

**CURITIBA
2004**

Kletemberg, Denise Faucz

A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma
visão histórica/ Denise Faucz Kletemberg. – Curitiba, 2004.
vi, 105 f.

Orientadora: Dra. Márcia T. A. Dalledone Siqueira

Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná.

1. Processos de enfermagem. 2. História da enfermagem.

NLM WY 11

TERMO DE APROVAÇÃO

DENISE FAUCZ KLETEMBERG

A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BRASIL: UMA VISÃO HISTÓRICA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Teresinha Andreatta Dalledone Siqueira
Presidente – Departamento de História, UFPR

Profa. Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Membro Titular – Departamento de Enfermagem, UFSC

Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum
Membro Titular – Departamento de Enfermagem, UFPR

Curitiba, 30 de novembro de 2004.

AGRADECIMENTOS

Ao Carlos Alberto agradeço o apoio e o estímulo à conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, Aluizio e Yone, o exemplo e a formação recebidos, que me propiciaram a construção do conhecimento.

À Prof^a. Márcia que, com competência e carinho, iniciou-me na arte de caminhar pela História.

À Prof^a. Maria de Fátima, o apoio e as orientações tão necessários à conclusão deste trabalho.

A todas as professoras do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, agradeço a luta para implementar o mestrado, que proporcionou a realização do meu sonho.

À CAPES, a concessão da bolsa de pós-graduação, que viabilizou financeiramente a construção deste estudo.

Às minhas colegas de mestrado, agradeço dividirem comigo dúvidas, alegrias e, principalmente, pelo companheirismo, que caracterizou nossa turma.

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
INTRODUÇÃO	1
1 PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL	11
1.1 A IMPLANTAÇÃO DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO.....	14
1.2 A CONSOLIDAÇÃO PROFISSIONAL.....	21
1.3 A EXPANSÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL.....	29
2 LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	44
2.1 EXERCÍCIO PROFISSIONAL – DECRETO 20.109/31.....	48
2.2 EXERCÍCIO PROFISSIONAL – LEI 2.604/55.....	51
2.3 EXERCÍCIO PROFISSIONAL – LEI 7.498/86.....	55
3 A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BRASIL	61
3.1 PRIMEIRAS REFERÊNCIAS SOBRE A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA.....	62
3.2 DIVULGAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	70
3.3 VALIDAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	73
3.4 O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	83
3.5 A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA NA DÉCADA DE 1980.....	87
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS	97
FONTES HISTÓRICAS	102

RESUMO

KLETEMBERG, Denise Faucz. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica.** 2004. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Estudo de natureza histórica cujo objetivo é analisar a implementação da Metodologia da Assistência de Enfermagem no Brasil, no período de 1960 a 1986. Utiliza pesquisa histórica, quando identifica os determinantes socioeconômicos e políticos que influenciaram as políticas de saúde brasileira, direcionando a implantação da profissão de enfermagem no País e, conseqüentemente, o desenvolvimento da metodologia da assistência. Realiza também pesquisa sobre a legislação do exercício profissional vigente, identificando as atribuições delegadas ao profissional enfermeiro pela sociedade brasileira da época. As fontes históricas compõem-se de 47 artigos selecionados na Revista Brasileira de Enfermagem, no período referido, que apresentassem reflexões sobre a prática assistencial da época, relatos de experiências da aplicação do Processo de Enfermagem e os artigos de autoria de Wanda de Aguiar Horta. Os achados da análise dos artigos, contextualizados com as políticas de saúde, apontam as causas das dificuldades encontradas pela categoria para implementação da metodologia da assistência de enfermagem. Assim, a escassez de tempo, a instrumentalização insuficiente na academia e falta de apoio institucional, presentes no discurso da categoria nos dias atuais, encontram respaldo histórico, restringindo-se, entretanto, ao período pesquisado.

Palavras-chave: Processos de enfermagem; História da enfermagem.

ABSTRACT

KLETEMBERG, Denise Faucz. **A historical view of Nursing Process in Brazil.** 2004. Thesis (Masters degree in Nursing) – Graduate Program in Nursing. Federal University of Paraná (UFPR), Curitiba, Brazil.

This is by nature a historical research, which intends to analyze the implementation of Nursing Process (Nursing Assistance Methodology) in Brazil, in the period of 1960 to 1986. It makes use of historical research, when identifies the social, economic, and political determiners that influenced public health politics in Brazil, guided the introduction of nursing profession in the country, and, as a consequence, the development of the assistance methodology. Also, this study does a research on nursing profession legislation, identifying nurses' attributions assigned by society in that period. The historical sources are 47 articles selected among the ones published by Revista Brasileira de Enfermagem (Brazilian Magazine on Nursing), in that period. The article selection criteria were that they had to deal somehow with reflections on nursing assistance practice, or to be experience reports on nursing process implementation, also Wanda de Aguiar Horta's articles were selected. The findings of the articles analysis, contextualized with public health politics, indicated what caused the difficulties for the implementation of such methodology. Thus, lack of time, academy not enough instrumentalization, and lack of institutional support, that are present in the discourse of nurses nowadays, are historically back grounded, concerning the time researched.

Key-words: Nursing process; Nursing history.

INTRODUÇÃO

Este trabalho faz uma análise histórica da implementação da metodologia da assistência de enfermagem no Brasil, contextualizando seu desenvolvimento em relação aos determinantes socioeconômicos e políticos que direcionavam as políticas de saúde brasileira, nas décadas de 1960 a 1980.

A escolha deste tema deve-se a autoquestionamentos quanto à aplicabilidade dessa sistematização científica advindos em minha prática assistencial e na docência. Percebi que o enfermeiro tem encontrado dificuldades na aplicação da metodologia da assistência de enfermagem como instrumento científico de trabalho, devido a obstáculos internos e externos à enfermagem, dentre os quais estão a estrutura de organização dos serviços de saúde, que prioriza a atenção médica individualizada e curativa, além da forma como ocorre sua aprendizagem na graduação.

Ao abordar o tema na graduação, inquietava-me não ter subsídios suficientes para responder adequadamente aos questionamentos quanto à praticidade da metodologia da assistência de enfermagem. Se o aluno não vivencia essa metodologia em campos de aula prática, sua percepção é de que se trata apenas de mais um conteúdo acadêmico, conseqüentemente, ele não levará tão importante instrumento ao seu processo de trabalho, contribuindo para propagar essa percepção equivocada a outros graduandos.

Todavia, por acreditar, como Carraro¹ que, “ao ser implementada, a Metodologia da Assistência de Enfermagem oferece respaldo, segurança e o direcionamento para o desempenho das atividades, contribuindo para a credibilidade, competência e visibilidade da Enfermagem, conseqüentemente para a autonomia e satisfação profissional”, tornou-se imperioso para mim buscar meios para transmitir ao graduando essa minha crença.

Essa busca resultou no questionamento: **De que modo a metodologia da assistência de enfermagem vem influenciando historicamente o processo de trabalho do enfermeiro?**

¹ CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de Enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. *In*: CARRARO, T. E. e WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologias para a assistência de Enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora, 2001. p.25.

Sabe-se que a premissa do empirismo, nas práticas do cuidado, tem sido contestada, desde a década de 1950. Profissionais impulsionados pelo positivismo, pela lógica do sistema capitalista e pelo avanço da ciência buscaram a valorização da enfermagem, ao iniciar a construção de um conhecimento próprio, por meio de elaborações teóricas.

Assim, o processo de trabalho do enfermeiro deveria estar embasado em uma metodologia científica, que privilegiasse cinco etapas: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, execução e avaliação.

Correlacionado à prática da enfermagem, o levantamento de dados configura-se na anamnese e no exame físico do indivíduo; o diagnóstico de enfermagem é levantado na análise dos dados coletados; em seguida, a prescrição de enfermagem detalha o planejamento da assistência; e, finalmente, a evolução de enfermagem avalia a qualidade dessa assistência.

A nomenclatura dessa metodologia na enfermagem pode sofrer variações, de acordo com a época histórica e o referencial teórico adotado.

A diversidade de paradigmas que permeiam o dia-a-dia da Enfermagem aponta diversas nomenclaturas para designar a Metodologia da Assistência de Enfermagem. [...] Entre elas, podemos citar: Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir, Consulta de Enfermagem.²

Nesse sentido, o único termo encontrado na época delimitada para referir-se ao método científico foi Processo de Enfermagem. O termo Metodologia da Assistência apareceu pela primeira vez em artigo de 1976, porém não foi mais encontrado até a data limite do estudo. Assim, na análise dos documentos, utilizei como sinônimos de Processo de Enfermagem termos contemporâneos, como 'metodologia da assistência de enfermagem' e 'sistematização da assistência', que apesar das diferenças conceituais apontadas por autores contemporâneos, facilitaram a estruturação do texto e trouxeram a compreensão dos achados para a contextualização da atualidade.

Entretanto, independentemente da nomenclatura utilizada e de suas variações, a sistematização das ações de enfermagem norteou-se pelo processo de enfermagem, que é conceituado como: "A dinâmica das ações sistematizadas e

² CARRARO, T. E. *Op. cit.* 2001. p.18.

inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos³.

Corroboram esse entendimento outros autores, como Alfaro-Lefevre, quando diz que “Processo de Enfermagem é um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que enfoca a obtenção de resultados desejados de uma maneira rentável”⁴.

Essa nova maneira de ver a prática de enfermagem foi desenvolvida, aperfeiçoada e aplicada em vários países da América e Europa. Autores norte-americanos⁵, no início da década de 1950, já descreviam o plano de cuidados.

No Brasil, o emprego da sistematização de ações de enfermagem ocorreu com Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970. Baseada na teoria das ‘necessidades humanas básicas’ de Maslow, sob a classificação de João Mohana⁶, ela propôs uma metodologia, a qual denominou processo de enfermagem. Permeada pelo método científico, essa metodologia compunha-se de seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem.

Foram os estudos de Horta que impulsionaram o ensino da metodologia da assistência nas escolas de graduação em enfermagem no Brasil, pois coincidiram com o surgimento dos primeiros cursos de pós-graduação e mestrado em enfermagem no País⁷.

Todavia, apesar dos estudos desenvolvidos, a aplicação da Metodologia da Assistência de Enfermagem como instrumento científico de trabalho confrontou-se com resistências. Essa percepção, nos dias atuais, é referendada por pesquisas na enfermagem quanto à aplicação de metodologia científica nas práticas do cuidado, quando relatam as dificuldades encontradas nesse sentido.

Em estudo sobre o processo de trabalho do enfermeiro, Meier relata que:

³ HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. p.35.

⁴ ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: um guia passo a passo. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.29.

⁵ FRIEDLANDER, M. R. O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.15, n.2, p.129-134. 1981.

⁶ Horta baseia sua teoria nas necessidades humanas básicas, conceituando-as como estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Utilizando a denominação de Mohana, classifica-as em: necessidades do nível psicobiológico, psicossocial e psicoespirituais.

⁷ A metodologia da assistência passou a fazer parte dos currículos de enfermagem em meados da década de 1970. Os cursos de mestrado iniciaram em 1972 e os cursos de doutorado em enfermagem, em 1982.

[...] pôde-se perceber que a grande maioria das enfermeiras não utiliza um referencial teórico no seu cotidiano. O processo de Enfermagem de Wanda Horta foi mencionado, mesmo assim uma única vez e, quando implementado, o foi de forma parcial, apenas algumas etapas sendo realizadas, como exame físico e a prescrição de Enfermagem.⁸

A aplicação parcial ou a ausência dela é referida também por Mendes e Bastos, em sua pesquisa sobre o processo de enfermagem:

No entanto, observa-se que apenas alguns serviços aplicam uma metodologia mais elaborada na organização da assistência de enfermagem. A maioria das instituições tem sua prática cotidiana guiada por normas e rotinas preestabelecidas. Os serviços que buscam a implantação de uma metodologia, por sua vez, se localizam, em sua grande parte, nos centros urbanos ou estão ligados a serviços de formação acadêmica. Na tentativa de facilitar a operacionalização do método, muitas vezes, o serviço de enfermagem, inicialmente, faz a opção de trabalhar algumas etapas da metodologia. Mas esse trabalho sistematizado ainda não está incorporado à prática assistencial, estando mais presente no discurso dos profissionais do que no fazer cotidiano.⁹

Segundo Thofehrn *et al.*¹⁰, a não-utilização do processo de enfermagem pelos profissionais deve-se ao “distanciamento muito grande entre o pensar e o fazer, entre teoria e prática, principalmente por não haver uma preocupação maior com a qualidade da assistência e sim com a demanda do serviço”.

A lógica capitalista que prioriza a produtividade, favorecendo a dicotomia teoria-prática, aparece no discurso de enfermeiros, como na conclusão de estudo sobre o processo de enfermagem, no cotidiano de acadêmicos de enfermagem e enfermeiros:

Conseqüentemente para o enfermeiro, o Processo de Enfermagem não é utilizado na prática, por haver um distanciamento muito grande entre o pensar e o fazer, entre a teoria e a prática, e principalmente por não haver uma preocupação maior com a qualidade da assistência prestada e sim com a demanda do serviço, não dando a devida importância para a finalidade da assistência, que é o cuidado adequado a cada paciente, baseado em conhecimentos científicos.¹¹

⁸ MEIER, M. J. **Técnica e tecnologia mediando o saber-fazer na Enfermagem**. 1998. 89f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, (CEFET), Curitiba, p.70.

⁹ MENDES, M. A.; BASTOS, M. A. R. Processo de Enfermagem: seqüências no cuidar fazem a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p.271-276, mai./jun. 2003. p.271.

¹⁰ THOFEHRN, M. B. *et al.* O processo de enfermagem no cotidiano de acadêmicos de Enfermagem e enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.69-79, Jan.1999. p.76.

¹¹ THOFEHRN, M. B. *et al.* **Op. cit.** 1999. p.76.

Vale ainda ressaltar a percepção de enfermeiros quanto à aplicação do método científico, como sendo atividade burocrática, apontada por Peduzzi e Anselmi:

[...] todo o registro é concebido como “parte burocrática”, inclusive a evolução e prescrição de enfermagem feitas pela enfermeira e que representam momentos centrais do planejamento do cuidado. Também as anotações de enfermagem, realizadas por toda equipe de enfermagem são interpretadas como burocracia, ou seja, predomina a premissa que devem ser feitas porque permitem o controle do processo de trabalho e serão, elas próprias, objeto de controle.¹²

Entretanto, todas essas pesquisas, apesar de apontar dificuldades na aplicação da metodologia da assistência de enfermagem, trazem o reconhecimento da validade dela, por parte dos enfermeiros:

Observa-se que a maioria dos entrevistados acha importante a aplicação do Processo de Enfermagem, alguns porque acreditam que esse instrumento facilita a assistência de enfermagem, outros porque se pode acompanhar o desenvolvimento do paciente, melhorando sua qualidade de vida e estimulando o autocuidado.¹³

Permeada por essas dificuldades, a cientificidade aplicada à prática profissional, almejada pelos enfermeiros desde a década de 1950, somente será alcançada com a utilização de instrumentos científicos que subsidiem sua prática assistencial. Sendo assim, a metodologia da assistência traduz-se em um instrumento científico que proporciona ao profissional o planejamento e a sistematização de suas ações, bem como da equipe de enfermagem.

Apesar dos obstáculos e das resistências citados, a relevância da aplicação da metodologia científica para a valorização profissional ficou impressa na categoria, desde sua implantação, na década de 1960, culminando, na década de 1980, com a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem.

As dificuldades dessa aplicação apontam para o pressuposto de que houve falhas na implementação da metodologia da assistência no Brasil. O discurso dos profissionais, indicado na produção científica da categoria no final do século XX, privilegia questões como: escassez de tempo; instrumentalização insuficiente na

¹² PEDUZZI, M; ANSELM, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p.392-398, jul./ago. 2002. p.392.

¹³ THOFERN, M. B. *et al.* **Op. cit.** 1999. p.72.

academia; falta de apoio institucional; dentre outras causas. Tais afirmações, no entanto, não fornecem subsídios suficientes para esclarecer como a incorporação do método científico tem influenciado o processo de trabalho do enfermeiro.

Por esse motivo, este estudo tem como objetivo analisar a implementação da metodologia da assistência de enfermagem no Brasil, no período de 1960 a 1986. O período demarcado obedece à época de início da implementação da sistematização da assistência na literatura de enfermagem e culmina com a publicação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem e introduz como incumbência do enfermeiro a elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde.

A carência de pesquisas e reflexões sobre o tema levaram à análise do processo de implementação da metodologia da assistência sob uma perspectiva histórica, de modo a permitir contextualizar a análise da prática da enfermagem numa visão panorâmica, ampliada, e possibilitar um entendimento do passado para planejamento de estratégias presentes e futuras.

Para Benjamín¹⁴, a História não é a busca de um tempo homogêneo e vazio, preenchido pelo historiador com a sua visão dos acontecimentos, ela é muito mais uma busca de respostas para os 'agoras'.

Dessa maneira, o método histórico não compreende apenas o relato cronológico dos fatos, e sim, por meio da crítica histórica, busca analisá-los no contexto dos determinantes socioeconômicos e políticos que os entremeavam.

A História, embora busque a verdade, sabe que ela é parcial, pois isso depende da visão e da habilidade do pesquisador, portanto, não é imune a interpretações, interesses, influências culturais e políticas, pois, em última instância, é o pesquisador quem escolhe suas fontes históricas.

A intervenção do historiador que escolhe o documento, extraindo-o do conjunto dos dados do passado, preferindo-o a outros, atribuindo-lhe um valor de testemunho que, pelo menos em parte, depende da sua própria posição na sociedade de sua época e da sua organização mental insere-se numa situação inicial que é ainda menos "neutra" do que a sua intervenção.¹⁵

¹⁴ BENJAMÍN, W. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

¹⁵ LE GOFF, J. **Enciclopédia Einaudi**. Lisboa: Casa da Moeda, 2000. p.103.

Assim, cabe ao pesquisador que utiliza o método histórico a consciência desse fato e ser crítico e criativo, buscando, nas fontes e nos dados, a contextualização histórica dos documentos.

A importância do documento é foco de reflexões por parte da ciência, passando por revoluções filosóficas quanto a sua análise e ao seu significado.

O documento que, para a escola histórica positivista do fim do séc. XIX e do início do séc. XX, será o fundamento do facto histórico, ainda que resulte da escolha, de uma decisão do historiador, parece apresentar-se por si mesmo como prova histórica. A sua objectividade parece opor-se à intencionalidade do monumento. Além do mais, afirma-se essencialmente como um testemunho escrito.¹⁶

Dessa forma, na escola histórica positivista, o documento tornou-se indispensável, e a habilidade do historiador restringia-se a retirar todas as informações que o documento detinha, sem acrescentar nada do que ele não continha.

Todavia, fundadores da revista *Les Annales*, de 1929, pioneiros de uma história nova, contestam a visão restritiva imposta pela escola positivista. Não concebiam mais a história como a narrativa cronológica de fatos, e sim a história decifrada por meio de problema, numa visão mais abrangente e permeada pela interdisciplinaridade, aproximando-se das outras ciências humanas.

Ao descrever essa etapa da historiografia, Bourdê e Martin¹⁷ relatam, nos escritos de F. Braudel, que dirigiu essa revista:

Depois da fundação dos *Annales* [...], o historiador quis-se e fez economista, antropólogo, demógrafo, psicólogo, lingüista [...] A história é, se se pode dizer, um dos ofícios menos estruturados da ciência social, portanto um dos mais flexíveis, dos mais abertos [...] A história continuou, dentro da mesma linha, a alimentar-se das outras ciências do homem [...] Há uma história econômica, [...] uma maravilhosa história geográfica, [...] uma demografia histórica [...]; há mesmo uma história social [...] Mas se a história omnipresente põe em causa o social no seu todo, é sempre a partir deste movimento no tempo [...] A história dialéctica da duração [...] é estudo do social, de todo o social; e portanto do passado e portanto do presente.

Essa reflexão é necessária quando se opta pelo método histórico, para que o historiador não se desvie do seu dever principal: a crítica do documento.

¹⁶ LE GOFF, J. *Op. cit.* 2000. p.95.

¹⁷ BOURDÉ, G; MARTIN, H. **As escolas históricas**. Lisboa: Fórum da História, 1993. p.131.

O documento não é qualquer coisa que fica por conta do passado, é um produto da sociedade que o fabricou segundo suas relações de forças que aí detinham o poder. Só a análise do documento enquanto documento permite à memória coletiva recuperá-lo e ao historiador usá-lo cientificamente, isto é, com pleno conhecimento de causa¹⁸.

Com a ciência dessas reflexões, para este estudo, arrolaram-se como fontes históricas escritos produzidos como documentos conscientes, tais como: livros de enfermagem e da área da saúde da época, a legislação profissional oficial e artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem, entre 1960 e 1986.

O critério de escolha da revista foi o seu alcance geográfico e ser essa publicação de responsabilidade da Associação Brasileira de Enfermagem, refletindo, portanto, o pensamento e a prática assistencial da categoria. A importância da revista, nos meados do século XX, é referendada na literatura de enfermagem:

Vencendo todos os obstáculos, a **Revista Brasileira de Enfermagem** ainda é na atualidade o único veículo de comunicação dos profissionais de enfermagem, com circulação em todo território nacional; daí a razão de sua utilização pelos profissionais de enfermagem de todo o Brasil e sua inegável influência na formação de enfermeiros, tendo em vista sua aceitação e recomendação, especialmente por parte das escolas de enfermagem.¹⁹

Também é de parecer da mesma autora que existiam outras publicações, como, por exemplo, a Revista Paulista de Enfermagem, a Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a Enfermagem Atual, dentre outras, mas com circulação restrita, sem a abrangência da Revista Brasileira de Enfermagem²⁰.

A baliza temporal das publicações na revista deu-se em função do início das publicações sobre a metodologia da assistência no Brasil, o que ocorreu na década de 1960 até 1986, data da publicação da Lei 7.498/86, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, como mencionado.

Na busca da documentação dessa revista no período proposto, encontraram-se acervos que permitiriam este estudo, sendo escolhido o da Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Os critérios de escolha foram a facilidade de acesso a esse acervo restrito e o estado de conservação da

¹⁸ LE GOFF, J. *Op. cit.* 2000. p.102.

¹⁹ GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983. p.64.

²⁰ GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983. p.64.

coleção ou do arquivo. No que se refere a tal período, foram pesquisados 27 volumes contendo 108 números do periódico, o que resultou em 47 artigos sobre o tema.

Os critérios de seleção dos artigos constaram na análise do título deles, se indicavam reflexões sobre a prática assistencial da época, relatos de experiências da aplicação do processo de enfermagem e os artigos de autoria de Wanda de Aguiar Horta.

A inclusão dos artigos publicados por Wanda Horta deve-se ao fato de ter sido essa enfermeira brasileira a precursora da implementação do processo de enfermagem e da utilização de teorias na prática assistencial no País, o que atribui à sua produção intelectual grande significado para o alcance dos objetivos desta pesquisa.

A análise dos documentos permeou-se por sua contextualização histórica, feita no capítulo 1 deste estudo, e pela legislação do exercício profissional vigente na época delimitada.

O desenvolvimento do trabalho permitiu a elaboração de três capítulos assim distribuídos: O primeiro capítulo aborda a contextualização histórica da prática da enfermagem no Brasil, com base nas políticas de saúde, desde a implantação da profissão de enfermagem, até o final do século XX. O segundo capítulo analisa a legislação referente à enfermagem, particularmente, as leis que especificam o exercício profissional de 1955 e de 1986, verificando, assim, quais eram as responsabilidades do profissional enfermeiro frente à sociedade brasileira. Finalmente, o terceiro capítulo analisa a história da implementação da metodologia da assistência de enfermagem no Brasil, por meio da análise dos artigos da Revista Brasileira de Enfermagem. Seguindo ordem cronológica, relata o processo de implantação e sistematização da assistência de enfermagem no País, contemplando a avaliação dos profissionais da enfermagem quanto ao reconhecimento do método no cotidiano da prática assistencial.

Cabe lembrar que não é objetivo deste trabalho o relato histórico das teorias de enfermagem e do processo de trabalho da enfermagem.

Assim, privilegiando uma visão histórica, contextualizada em seus aspectos sociais, científicos, culturais e políticos, acredito que este estudo contribua com os profissionais de enfermagem, na compreensão do processo de implementação da

metodologia da assistência, apontando as dificuldades, resistências e os enfrentamentos da categoria em seu processo de trabalho.

1 PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

A compreensão do surgimento da profissão de enfermagem no Brasil perpassa pela historicidade do contexto socioeconômico e político do País, o qual permeia-se pelos interesses e o conseqüente jogo de poderes dessa sociedade, nos séculos XIX e XX, pois, reconhecendo-se ou não, é o que tange ao econômico e ao político que determina as ações dos profissionais da saúde.

[...] para sermos profissionais produtores de saúde e não meros comerciantes da doença, é urgente que possamos compreender, questionar e ajudar a transformar as relações sociais e econômicas do mundo em que vivemos e trabalhamos.²¹

O confronto de interesses reflete-se nas políticas de saúde, que revelam, de um lado, a emergência das necessidades da população e, de outro, a resposta do Estado a esses anseios. Os interesses dicotômicos da sociedade direcionam a política de saúde:

Política de saúde é a forma histórica mais ou menos explícita como o Estado conduz o problema das condições de sanidade da população. Esta condução varia conjunturalmente e comporta um conjunto de divergências, incoerências e mesmo oposições internas²².

Assim, faz-se necessária uma breve retrospectiva desse contexto, para permitir a compreensão do momento histórico da implantação da metodologia da assistência de enfermagem no Brasil, pois:

Quando analisamos os serviços de saúde isolados do momento histórico e do desenvolvimento econômico atingido por uma determinada sociedade, perdemos a possibilidade de incorporar a nossa prática, a riqueza dessa movimentação contínua da humanidade na direção de seu futuro, de seu progresso e de sua felicidade²³.

²¹ JORGE, M. L. Subsídios para uma análise histórica do setor de saúde no Brasil. **Cadernos de Estudo Unimep**, Curso de Saúde Pública. Módulo III. dez. 1981. p.28.

²² LUZ, M. T. Saúde e Instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para o debate. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p.167.

²³ JORGE, M. L. **Op. cit.** 1981. p.28.

No período colonial, as atividades da saúde eram executadas por barbeiros, sangradores, curiosos, benzedeiras, parteiras, padres, médicos e cirurgiões. As primeiras ações compreendidas como de enfermagem foram protagonizadas pelos padres jesuítas, que prestavam o cuidado em enfermarias edificadas próximas aos colégios e às missões. A eles seguiram voluntários e escravos, que passaram a executar essas atividades em Santas Casas de Misericórdia e hospitais militares²⁴.

A vinda de D. João VI para o Brasil, em 1808, fugindo da expansão napoleônica, imprimiu um marco histórico na então colônia portuguesa. Sua corte, composta por nobres, artistas e intelectuais, trouxe ao País novas concepções, determinando mudanças na administração pública colonial, incluindo a fundação das escolas médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia.

A assistência médica ficou restrita à elite. Para a população mais pobre, nada mudou, restando a eles os curandeiros negros e indígenas, que cobravam pelo tratamento preços menores, ou os hospitais públicos e as Santas Casas. Essas instituições eram temidas pela população, devido à alta taxa de mortalidade que abarcavam, dadas as precárias condições de higiene, divisão de leitos por dois pacientes e a falta de isolamento por doenças²⁵.

O predomínio de doenças endêmicas, como cólera, peste bubônica, febre amarela e varíola, dentre outras, no século XIX, ameaçavam as atividades do comércio, propiciando a insalubridade nos portos brasileiros, acarretando resistência à atracação de navios e contrapondo os interesses da economia exportadora cafeeira.

Nesse ínterim, avanços ocorriam na área médica, no cenário mundial, como as descobertas bacteriológicas de Pasteur e Koch, nos anos 1870 e 1880, a invenção do Raio X, por Roentgen, em 1895, da insulina, por Banting, em 1922, e da Penicilina, por Fleming, em 1928, bem como as contribuições brasileiras: a descoberta da doença de Chagas, em 1912, e a abreugrafia, por Manoel de Abreu em 1937²⁶.

O desenvolvimento da bacteriologia permitiu a introduzir a anti-sepsia nos hospitais e reduziu drasticamente o número de infecções e o tempo requerido na recuperação dos enfermos. “Os hospitais mudaram de objetivo e, em consequência,

²⁴ BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2001.

²⁵ BERTOLLI FILHO, C. **Op. cit.** 2001.

²⁶ SINGER, P. *et al.* **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

de clientela: de abrigo para os que dependiam da caridade pública, passaram a ser o centro onde se dispensavam cuidados médicos”²⁷.

Os princípios bacteriológicos propiciaram avanços também no campo da enfermagem, que, trazidos por Florence Nightingale, instituíram o marco da enfermagem moderna como profissão. Com os resultados alcançados na Guerra da Criméia (1854-1856), ao conseguir reduzir a porcentagem de soldados mortos de 40% para 2%²⁸, e ao constatar que as condições de higiene interferem na mortalidade, Nightingale vislumbrou a necessidade de formação especializada para a prática de enfermagem.

Assim, em 1860 ela fundou a primeira escola de enfermagem em Londres, com a meta de preparo de pessoal para o desempenho de atividades da enfermagem. A formação preconizada por Florence Nightingale era fundamentada em preceitos que refletiam a época vitoriana: “Suas metas eram o preparo de pessoal (*nurses*) para exercer os serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas ‘mais qualificadas’ para as atividades de supervisão, administração e ensino (*ladies-nurses*)”²⁹.

Outro preceito eram os traços de caráter considerados desejáveis na enfermagem, como: sobriedade, a abnegação e a subserviência médica, os quais são explicados pela influência cristã e vitoriana e pela necessidade de formação de novo juízo sobre a enfermagem, deteriorada pela Reforma Protestante, que expulsou as religiosas dos mosteiros, ficando a cargo de pessoas despreparadas e de conduta duvidosa os cuidados aos enfermos. Essa dualidade da enfermagem entre o sagrado (de vocação, abnegação) e o profano, imposta na Idade Média, perpetua até os dias de hoje, no imaginário popular.

Assim, no século XIX, as práticas do cuidado no Brasil estiveram a cargo de religiosas e voluntárias que atendiam nas Santas Casas.

²⁷ SINGER, P. *et al.* **Op. cit.** 1988. p.29.

²⁸ Florence Nightingale foi convidada pelo ministro da Guerra da Inglaterra, seu amigo pessoal, para organizar os serviços de enfermagem dos hospitais militares ingleses instalados em Scutari e na Criméia, os quais se encontravam sem recursos humanos e materiais, o que resultava em altos índices de mortalidade entre os soldados feridos em combate (cf. SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional**: Análise Crítica. São Paulo: Cortez, 1986).

²⁹ SILVA, G. B. **Op. cit.** 1986. p.52

O cuidar de enfermagem era subalterno a todos os demais, e como tal desvalorizado, por ser desempenhado por pessoas pobres, sem nenhuma formação específica para o mesmo. Subalterno também às Irmãs de Caridade, já que a elas era delegado também o que “não fosse decente” realizar. O cuidar era assumido como o compromisso de uns para com os outros, muito mais como uma “doação”, de “servir ao próximo”, muito mais afim da atividade religiosa, de fazer o bem, do que como uma atividade profissional e uma função específica.³⁰

O início do século XX marcou a implantação da enfermagem no Brasil como profissão. Para o desenvolvimento dessa trajetória, descrita neste capítulo, optou-se pela divisão didática fornecida por Silva, ao descrever a enfermagem entre as décadas de 1920 a 1970: “Se as décadas de 20 e 30 corresponderam à fase de implantação da enfermagem profissional no Brasil e as décadas de 40 e 50 à fase de sua consolidação, pode-se considerar os anos 70 como ligados a seu processo de expansão”³¹.

1.1 A IMPLANTAÇÃO DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

O surgimento da medicina científica na Europa e o enriquecimento da sociedade brasileira que vinha ocorrendo após 1860, devido à expansão da atividade econômica, foram fatores fundamentais para a mudança na situação da saúde no Brasil, entre o final do século XIX e o início do século XX.

Os ideais de democracia, o pensamento positivista e o mercado capitalista que permeavam a história mundial forneceram base para reivindicações republicanas, que culminaram com a Proclamação da República, em 1889. O lema positivista ‘Ordem e Progresso’ da República recém-instalada, somente se concretizaria “com um povo suficientemente saudável e educado para o trabalho cotidiano, força propulsora do progresso nacional”³².

Assim, o mundo capitalista redefiniu os trabalhadores brasileiros como capital humano. Para manter o cidadão saudável, era necessário implementar medidas que sustentassem essa nova prerrogativa, num mercado escasso de mão-de-obra para a prática da saúde. Esse contexto possibilitou “a emergência de mão-de-obra da enfermagem desqualificada, mas que, pela natureza do seu objeto de trabalho,

³⁰ PADILHA, M. I. C. S. As representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n.3, p.443-454, jul./set. 1999. p.452.

³¹ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986. p.88.

³² BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001. p.11.

precisa[va] de conhecimentos mínimos como saber ler, escrever e conhecer aritmética elementar”³³.

Fato ilustrativo dessa necessidade de mão-de-obra foi a criação da primeira escola de enfermagem no Brasil, a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros no Hospital de Alienados, no Rio de Janeiro, pelo Decreto 791, de 1890, hoje denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. O surgimento dessa escola deveu-se à crise de pessoal qualificado no atendimento aos enfermos, sobretudo, no Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro. Ao assumir a direção dessa instituição, o Dr. João Carlos Teixeira Brandão fez algumas modificações, dentre elas, destituiu o poder das irmãs de caridade que prestavam assistência aos hospitalizados. Desprestigiadas, elas abandonaram o hospital, gerando descontinuidade na assistência aos hospitalizados. A solução foi contratar enfermeiras européias para substituí-las³⁴.

A urgência na preparação de mão-de-obra e a qualificação esperada de quem iria atuar na enfermagem’ está estampada nos requisitos para matrícula definidos no decreto que criou essa escola, em seu artigo 4º:

Art 4º Para ser admitido à matricula o pretendente deverá:
1º, ter 18 annos, pelo menos, de idade;
2º, saber ler e escrever correctamente e conhecer arithmetica elementar;
3º, apresentar attestações de bons costumes.³⁵

Entretanto, na literatura de enfermagem, vários documentos apresentam a Escola Anna Nery, fundada em 1923, como a primeira escola de enfermagem no Brasil. Isso é justificado, por ter sido essa a primeira escola a funcionar genuinamente sob a orientação e organização de enfermeiras³⁶, diferentemente da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras, cujo quadro docente se compunha de médicos e supervisores do hospital a ela filiada.

Em 1916, criou-se a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, com o propósito de preparar socorristas voluntárias para atendimento em

³³ ALVES, D. B. **Mercado e condições de trabalho da enfermagem**. Salvador: Gráfica Central, 1987. p.22.

³⁴ MOREIRA, A. A primeira escola de enfermagem. *In*: GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

³⁵ BRASIL. **Decretos do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil**. 9º fascículo. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890.

³⁶ GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

situação de emergência, num movimento internacional para melhorar as condições de assistência aos feridos da Primeira Grande Guerra³⁷.

A industrialização e o conseqüente aumento da população urbana, com a chegada dos imigrantes europeus desde o final do século XIX, impulsionados pela economia cafeeira, deterioraram as condições de qualidade de vida da população nas cidades, agudizando dos casos de doenças pestilentas. Essa situação transformou-se em entrave comercial para o escoamento da safra agrícola pelos portos do País, obrigando as oligarquias da República Velha a definir estratégias para melhorar as condições sanitárias das cidades.

A estratégia de erradicação das doenças coube aos institutos de pesquisas, criados a partir do final do século XIX, cuja finalidade era assegurar os estudos de doenças epidêmicas e dar respaldo à tarefa dos higienistas, os quais protagonizaram uma verdadeira reurbanização na cidade do Rio de Janeiro.

Oswaldo Cruz, na diretoria do Departamento Nacional de Saúde Pública, montou uma equipe com 50 homens vacinados, que percorriam becos, armazéns, cortiços e hospedarias, espalhando raticidas e mandando remover o lixo. Eram pagos 300 réis por rato apanhado pela população, eram destruídos cortiços para abertura de ruas (614 prédios em nove meses) e eram expulsos moradores dos morros cariocas para terraplenagem³⁸.

Essas medidas autoritárias causaram insatisfação na população, pois a destruição de cortiços aumentava o preço dos aluguéis e as medidas intervencionistas cerceavam os direitos de cidadania. Apoiada por parcela da classe médica que não acreditava em tais medidas preventivas, insurgiu uma revolta popular, deflagrada com a vacinação obrigatória contra a varíola.

Esse período pode ser definido como “[...] da hegemonia das políticas de saúde pública, uma vez que o modelo de atenção à saúde orientava-se predominantemente para o controle de epidemias e generalização das medidas de imunização”³⁹.

³⁷ GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983.

SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986.

³⁸ JORGE, M. L. *Op. cit.* 1981.

³⁹ COELHO, E. B. S.; WESTRUPP, M. H. B.; VERDI, M. **Da velha à nova república**: a evolução das políticas de saúde no Brasil. Trabalho produzido como material instrucional para o programa ESPENSUL. 1995. p.3.

Os primeiros cursos de enfermagem surgiram em resposta a necessidades emergenciais desse momento histórico da sociedade brasileira. O aumento no número da população das cidades requereu atenção especial do governo, como a implantação de saneamento básico e erradicação de doenças endêmicas. Assim, “em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, pelo Decreto nº 3.987, baseado no modelo norte-americano, visando principalmente a profilaxia de doenças transmissíveis, manutenção das condições sanitárias dos portos e educação sanitária”⁴⁰.

Esse Departamento iniciou a intervenção do Estado na prestação de serviços médico-assistenciais, e “estendia sua ação ao saneamento urbano e rural, à propaganda sanitária, aos serviços de higiene infantil, higiene industrial e profissional, à supervisão de hospitais públicos e federais e à fiscalização dos demais”⁴¹.

Carlos Chagas, em 1921, então diretor desse serviço, interessou-se em trazer os princípios de Florence Nightingale para o Brasil. Por intermédio da fundação Rockefeller, trouxe enfermeiras norte-americanas, que fundaram, no Rio de Janeiro, uma escola de enfermeiras, vinculada ao Departamento Nacional de Saúde Pública, por meio do Decreto 15.799, de 1º de novembro de 1922, a escola Anna Nery⁴².

Então, o ensino da enfermagem no Brasil surgiu vinculado a interesses governamentais e sob influências. “Logo vemos a importância de dois grupos nos primórdios da profissão e que a influenciam até hoje: os médicos brasileiros, que decidiram a implantação da enfermagem no País e enfermeiras americanas, que a implantaram, tanto na área de ensino como na de serviços”⁴³.

O Decreto 16.300, de 1923, trata da admissão na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, fixando as normas para matrícula nessa escola⁴⁴. Diploma de escola normal ou de instrução secundária era exigido, sendo permitindo às candidatas que não pudessem satisfazer tal exigência o recurso de um exame preliminar, segundo as determinações estabelecidas pela legislação. Esse decreto

⁴⁰ PIZANI, M. A. P. N. **Os caminhos do ensino de graduação em enfermagem na cidade de Curitiba, de 1953 a 1994**. 1999. 220f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, Curitiba. p.43.

⁴¹ JORGE, M. L. *Op. cit.* 1981. p.36.

⁴² PIZANI, M. A. P. N. *Op. cit.* 1999.

⁴³ CASTRO, I. B. Estudo exploratório sobre a consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 28:76-94, 1975. p.76.

⁴⁴ ALCÂNTARA, G. Novas tendências na educação da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n.5, p. 335-345, out. 1964. p.335.

instaurou a formação de enfermeira em estabelecimento de ensino superior, conferindo à enfermagem *status* de profissão liberal. Para essa mesma autora, desde a fundação da Escola de Enfermeiras até 1931, ano da regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil, as educadoras norte-americanas exerceram forte pressão para o reconhecimento do ensino de enfermagem em nível superior.

O Decreto 20.109, de 1931, que regulou o exercício da enfermagem, foi escrito por Ethel Parsons, com poucas modificações no projeto original, mantendo a remuneração da enfermeira de saúde pública fixada em 70\$00, salário de profissional liberal na década de 1920. Isso evidencia a intenção de incluir a enfermagem nesse grupo.

A influência norte-americana na enfermagem do Brasil tem suas raízes históricas na instituição do ensino formal.

As escolas de enfermagem dos Estados Unidos da América, fundadas nas décadas finais do século passado [XIX] e no início deste século [XX], estavam diretamente vinculadas a hospitais particulares, servindo a seus interesses imediatos de mão-de-obra e de diminuição de custos, o que redundava na hipertrofia das atividades práticas dos alunos⁴⁵.

Em 1926, a Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública passou a denominar-se Escola de Enfermeiras D. Ana Néri⁴⁶ e em 1931 houve outra modificação, passando a chamar-se Escola de Enfermeiras Anna Nery⁴⁷. A denominação dessa primeira Escola de Enfermagem de nível superior no Brasil foi uma homenagem à brasileira Ana Justina Néri, que, em 1865, durante a guerra do Paraguai, prestou inestimáveis cuidados aos feridos, sem contudo ser enfermeira.

No intuito de reunir ex-alunas dessa escola, em 12 de agosto de 1926, criou-se a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, iniciativa que surgiu quando essa escola formou a primeira turma, extrapolando a iniciativa de reunir apenas enfermeiras formadas pela Escola Anna Nery⁴⁸.

A criação das escolas de enfermagem não significou expansão profissional no País. As condições socioeconômicas do início da década de 1920 constituíram

⁴⁵ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986. p.77.

⁴⁶ GERMANO, R. M. Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1983.

⁴⁷ BRASIL. Decreto-lei 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da Enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das Escolas de Enfermagem e Instruções Relativas ao Processo de Exame para Revalidação de Diplomas. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 28 jun. 1931.

⁴⁸ GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983.

obstáculos à expansão da enfermagem moderna⁴⁹, devido a concepções negativas acerca da profissão, reduzido número de jovens com educação secundária e diminuto mercado de trabalho para a profissão. A industrialização e urbanização contribuíram para elevar o nível de educação feminina, porém, o julgamento dos pais das alunas – que atribuíam à enfermagem posição social logo abaixo do magistério primário, profissão feminina de prestígio tradicional – foi significativa para oposição à expansão da enfermagem, como profissão para suas filhas.

A criação da Escola Anna Nery coincidiu com a promulgação da Lei Elói Chaves, de 1923, que instituiu a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) dos ferroviários, estendida posteriormente aos marítimos e portuários. Com a industrialização e os avanços na área de saúde, as maiores empresas começaram a instituir benefícios e auxílios previdenciários a seus funcionários, culminando nessa Lei, a qual previa como benefícios: assistência médica curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, invalidez e velhice, pensões para dependentes e auxílio funeral⁵⁰. Os recursos eram captados dos funcionários (3% de seus salários), pelos empregadores (1% da renda bruta das empresas) e pelo governo, que, com a provisão de recursos financeiros, passou a prestar serviços médico-assistenciais, em contraponto às ações exclusivas de controle de epidemias até essa data⁵¹.

No entanto, somente trabalhadores de sindicatos organizados, como os ferroviários e os marítimos, conseguiram tais benefícios, os demais tinham de recorrer aos serviços públicos ou profissionais liberais.

Neste contexto, o surgimento da enfermagem como profissão no Brasil foi marcada por contradições. A intervenção do Estado, por exemplo, ficou evidenciada no surgimento efetivo da enfermagem como profissão no Brasil, porém:

⁴⁹ ALCÂNTARA, G. de. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos a sua expansão na sociedade brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p.188-192, abr/jun. 1973. p. 191.

⁵⁰ COELHO, E. B. S.; WESTRUPP, M. H. B.; VERDI, M. **Op. cit.** 1995.

⁵¹ JORGE, M. L. **Op. cit.** 1981.

[...] em primeiro lugar buscou-se atingir o objetivo de atender a problemas imediatos de saúde pública de país pobre implantando-se um modelo de escolarização de país rico. Em segundo lugar, [...] o escopo primordial da fundação das primeiras escolas de enfermagem dos Estados Unidos foi o atendimento, a baixo custo, da demanda de mão-de-obra de instituições hospitalares privadas enquanto que, no Brasil, a sua finalidade básica foi responder a interesses governamentais. Finalmente, estando caracterizados estes como sendo sobretudo a resolução de problemas de saúde pública, afigura-se paradoxal o tempo dispendido pelas alunas no estágio hospitalar.⁵²

A divisão social foi apontada entre as características detectadas no nascimento da enfermagem profissional no Brasil e na Inglaterra:

Em ambos estes países, o processo de profissionalização na área se efetuou através da arregimentação de parcelas diversificadas da população feminina, com vinculações de classes dicotômicas: o proletariado fornecendo os “atendentes” de enfermagem e, mais tarde, candidatos aos cursos de auxiliar de enfermagem; a burguesia fornecendo candidatos para os cursos de enfermeiras. Preparando-se aqueles para atividades junto ao paciente, tidas como predominantemente manuais e estas para as tarefas intelectualizadas de supervisão, ensino e administração.⁵³

O modelo da divisão social do trabalho, entre manual e intelectual, não se caracterizou como paradoxo, ao contrário, foi absorvido com grande tranqüilidade. Essa reprodução contextualiza-se com a época e, por que não dizer, com os dias atuais, quando se evidencia a permanência da menos valia do trabalho manual em detrimento da valorização das atividades intelectuais.

A análise histórica da implementação profissional da enfermagem no Brasil, na década de 1920, permite compreender os paradoxos que permearam esse processo: o interesse governamental na saúde pública, contrapondo-se à formação de enfermeiras curativistas; a importação do modelo educacional que impunha o nível universitário num país que não tinha contingente de secundaristas, ocasionando abertura de exceções para a matrícula nos cursos; o esforço do governo em fomentar a expansão da enfermagem, opondo-se à concepção de profissão não digna por parte da população.

⁵² SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986. p.78.

⁵³ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986. p.79.

1.2 A CONSOLIDAÇÃO PROFISSIONAL

A crise de 1929 acarretou mudanças estruturais na economia mundial e, conseqüentemente, na brasileira. A política agrário-exportadora cedeu lugar à industrialização, responsável pela diversificação da produção e pelo fortalecimento de outros grupos econômicos representados pela nova burguesia industrial. Para garantir a consolidação dessa nova classe emergente e proporcionar o acúmulo de capitais, os latifundiários cafeicultores viram-se compelidos a formar um pacto com a classe média e a dos trabalhadores. Com o apoio dessa nova classe dominante, Getúlio Vargas assumiu o poder em 1930, quando houve a reorganização do Estado⁵⁴.

Visando a tirar o poder das oligarquias regionais, Vargas promoveu ampla reforma política e administrativa, centralizando a máquina governamental e implementando medidas populistas para mascarar o regime ditatorial. O “desenvolvimentismo, nacionalismo, populismo, são traços característicos desse período”⁵⁵.

Nessa reforma, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública, que surgiu de uma ampla remodelação dos serviços sanitários, fruto da centralização do poder político e administrativo imposta por Getúlio Vargas. As decisões sanitárias eram tomadas pelos políticos e burocratas, concentradas nos direitos dos trabalhadores urbanos, buscando-se o apoio social e político para a legitimidade ditatorial do Estado⁵⁶. “A revolução de 30 e a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública no mesmo ano registrariam de fato uma profunda perda de poder e prestígio do círculo intelectual médico-sanitário, grandemente identificado com a velha ordem republicana”⁵⁷.

Assim, a política de saúde foi organizada em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária⁵⁸. A primeira era representada pelo Ministério da Educação e Saúde, que, em parceria com a Fundação Rockefeller, criou programas como o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 1937, e o Serviço de Combate à Malária do Nordeste, em 1939; e a previdenciária, representada pelos Institutos de

⁵⁴ BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001.

⁵⁵ GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983. p.38.

⁵⁶ BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001.

⁵⁷ COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p.120.

⁵⁸ COELHO, E. B. S.; WESTRUPP, M. H. B.; VERDI, M. *Op. cit.* p.1995.

Aposentadorias e Pensões (IAPs), que substituíram as CAPs, novamente favorecendo apenas os trabalhadores organizados.

Os IAPs eram de caráter nacional e diferenciavam-se das CAPs pela presença direta do Estado em sua administração.

Essa nova estrutura previdenciária, implementada juntamente com a legislação trabalhista e sindical, formando o que alguns denominam “tripé”, institui[u] um padrão verticalizado de relação do Estado com a sociedade civil e sacrament[ou] o universo do trabalho como atinente à esfera de responsabilidade do Ministério do Trabalho.⁵⁹

A industrialização trouxe, como conseqüência, urbanização acelerada e precárias condições de vida e saúde aos trabalhadores. “A rápida escalada industrial no país se processou através da instalação definitiva de grandes complexos econômicos estrangeiros, num momento em que a produção interna e a tecnologia brasileira ainda não haviam atingido um grau de desenvolvimento suficiente”⁶⁰.

Essa época é caracterizada pela educação em saúde, cujo objetivo era a mudança de hábitos de higiene que disseminavam as doenças infecto-contagiosas. Cursos de formação de enfermeiras sanitárias foram criados⁶¹, com a missão de percorrer os bairros mais pobres, ensinar hábitos de higiene e encaminhar enfermos graves a hospitais públicos e filantrópicos.

A década de 1930 caracterizou-se pela substituição das enfermeiras norte-americanas na direção da Escola Anna Nery, assumindo Rachel Haddock Lobo, em 1931, sendo as professoras gradativamente também substituídas por enfermeiras brasileiras⁶².

Em 1931, pelo Decreto 20.109, promulgou-se a primeira Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, detalhada no segundo capítulo deste estudo, determinando que a Escola de Enfermeiras Anna Nery era padrão, modelo a ser seguido pelas outras escolas⁶³. O ensino de enfermagem, norteado pelos padrões americanos e conseqüentemente pelo modelo nightingaleano, caracterizou a

⁵⁹ COHN, A. e ELIAS, P. E. *Op. cit.* 1999. p.17.

⁶⁰ GEOVANINI, T. *et al. História da Enfermagem: versões e interpretações.* 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p.36.

⁶¹ BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001.

⁶² Essa escola teve como primeira diretora Miss Clara Louise Kienninger, substituída por enfermeira americana em 1925 (cf. GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983).

⁶³ ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987.

formação profissional pautada na divisão social do trabalho, o perfil de submissão, o espírito de serviço, a obediência e a disciplina à enfermeira brasileira.

Incentivada por Miss Lílian Clayton, no Congresso do Conselho Internacional de Enfermeiras, de 1929, em Montreal, a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras publicou, em maio de 1932, a primeira revista da categoria: Anais de Enfermagem, cujo nome foi conservado até 1954, quando passou a denominar-se Revista Brasileira de Enfermagem⁶⁴.

Os anos 1940 caracterizaram-se pela intensificação da industrialização e da urbanização, com aumento nos gastos de assistência médica e previdenciária. Surgiu o serviço Especial de Saúde Pública durante a Segunda Guerra Mundial, em convênio com os Estados Unidos, para garantir a produção de borracha para a indústria bélica.

Nova fase iniciou-se com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, em 1942⁶⁵, como expressão do esforço de guerra no Brasil. Esse serviço foi organizado por enfermeiras americanas e destinava-se, exclusivamente, ao interior do País, exigindo a criação de um novo modelo de saúde pública, compatível com a realidade brasileira. Incluía, como atribuições da enfermeira, o treinamento e a supervisão de pessoal auxiliar.

Em 1944, a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras passou a denominar-se Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED)⁶⁶.

A vitória dos Estados Unidos e aliados na Segunda Guerra Mundial fez surgir no País o desejo de democracia, o que derrubou, em outubro de 1945, Getúlio Vargas da presidência do País.

Nos anos após a guerra, a saúde pública era precária, tanto nos serviços como nas escolas⁶⁷. Nesse cenário, a presença da enfermagem em hospitais governamentais começou a firmar-se, já que, na esfera privada, devido à lógica capitalista do baixo custo, sua presença era praticamente inexistente.

A escassez de enfermeiras e a necessidade de maior qualificação para o mercado de trabalho impulsionaram políticas educacionais, direcionando para a

⁶⁴ RESENDE, M. DE A. Histórico da Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n.6, p.496-515, dez. 1962.

⁶⁵ CASTRO, I. B. *Op. cit.* 1975.

⁶⁶ GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983.

⁶⁷ CASTRO, I. B. *Op. cit.* 1975.

formação de auxiliares de enfermagem, que se concretizou em 1941, na Escola Anna Nery.

Em 1949, o ensino de auxiliar de enfermagem foi regulamentado, pelo Decreto 27.426, que aprovou o regulamento básico para os cursos de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem⁶⁸. Em seu segundo artigo, dispõe o regulamento:

Art. 2º O “Curso de Auxiliar de Enfermagem” tem por objetivo o adestramento de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa.

A Lei 775, de 06 de agosto de 1949, estabeleceu como pré-requisito para matrícula a conclusão do curso colegial e o período de quatro anos de formação para enfermeiras e de 18 meses para o auxiliar de enfermagem, o que não era a meta desejada pela ABED para o ensino da enfermagem.

A escolaridade secundária seria exigida a partir de agosto de 1956, sendo postergada para 1961⁶⁹.

A partir de então, com essa lei, deviam funcionar nas escolas oficiais dois cursos, o de Enfermagem e o de Auxiliar de Enfermagem. Ocorrendo com isso o aumento no número de escolas de enfermagem e maior interesse do governo e de instituições religiosas quanto ao ensino profissional.⁷⁰

Nesse período, ampliou-se o número de escolas superiores no Brasil, como a escola da Universidade de São Paulo, da Universidade do Rio de Janeiro, da Universidade de Minas Gerais e outras, chegando, ao final da década de 1950, em todo o Brasil, a 39 escolas de enfermagem e 67 cursos de auxiliar de enfermagem⁷¹.

A primeira reformulação curricular da Escola Anna Nery data de 14 de novembro de 1949, pelo Decreto 27.426, que dispõe sobre o ensino de enfermagem no País. Contudo,

⁶⁸ BRASIL. Decreto 27.426, de 14 de novembro de 1949. Aprova o Regulamento Básico para os Cursos de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 21 nov. 1949.

⁶⁹ ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987.

⁷⁰ PIZANI, M. A. P. N. *Op. cit.* 1999.

⁷¹ REZENDE, M. A. Ensino de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.110-158, abr. 1961.

Não houve a rigor mudança sensível entre o currículo de 1923, quando da implantação do ensino de enfermagem na Escola Ana Néri, e o de 1949. Ambos privilegiavam as disciplinas de caráter preventivo, embora o mercado utilizador já apontasse forte tendência para o campo hospitalar.⁷²

Em 21 de agosto de 1954, em assembléia geral, durante o VII Congresso Nacional de Enfermagem, realizado em São Paulo, a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas passou a denominar-se Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

A entrada de capital estrangeiro nas décadas de 1950 a 60 caracterizou a interiorização da economia, com a operação Nordeste e a construção de Brasília, que impuseram os movimentos migratórios internos. Ocorreu a mudança no direcionamento das ações em saúde, que já não era sanear o espaço de circulação das mercadorias para a agroexportação, e, sim, manter a saúde do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva, mola propulsora da industrialização. Assim, mudou-se o foco governamental na área da saúde: da priorização à saúde pública para a priorização da área hospitalar⁷³.

O incremento de recursos financeiros internacionais na economia favoreceu a proposta de modernização econômica e institucional organizada pelo Estado, entretanto, com a concentração dos recursos nacionais para a industrialização, os serviços de saúde foram relegados.

Com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, durante o segundo período de Getúlio Vargas, a Saúde ficou com a menor parte dos impostos, e ampliou-se o quadro de enfermidades sob seus cuidados. “[...] a falta de dinheiro impedia que o Estado atuasse com eficácia na péssima situação da saúde coletiva: faltavam funcionários especializados, equipamentos apropriados, postos de atendimento e, sobretudo [...] ânimo aos servidores”⁷⁴.

A região rural era de responsabilidade exclusiva do ministério, as regiões industriais e cidades eram atendidas por hospitais e clínicas próprios ou conveniados com os Institutos de Aposentadorias e Pensões, mantidos pelos trabalhadores e seus patrões, ocorrendo a expansão da área hospitalar.

A movimentação de sindicatos de trabalhadores ampliou o número de beneficiados da previdência social, aumentaram os salários e as pensões pagas e

⁷² GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983. p.37.

⁷³ COHN, A. e ELIAS, P. E. *Op. cit.* 1999.

⁷⁴ BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001. p.40.

creceu também o número de aposentados. Some-se a isso a pressão das leis que impeliram a Previdência do Estado a assumir a prestação de assistência médico-hospitalar aos trabalhadores. Como resultado, tornaram-se comuns filas em portas de hospitais, consultas médicas de curta duração, dificuldade de internamento imediato⁷⁵.

Esses fatos levaram o setor privado da medicina a pressionar o governo federal a restringir a construção de hospitais públicos, não devendo ele competir com a iniciativa privada, e, sim, fazer doações e empréstimos a juros baixos para que os empresários criassem uma rede de hospitais que venderiam seus serviços à população, aos Institutos de Aposentadorias e Pensões e ao próprio governo⁷⁶.

O hospital, sendo conseqüência de fatores sociais e do desenvolvimento, não poderia deixar de sentir a repercussão das transformações da sociedade e da tecnologia dos anos que se seguiram. Então, “Ambos os fatores aproximaram o hospital da população: os primeiros, pelo êxodo rural, facilitaram o acesso geográfico, pela Previdência Social, o acesso econômico; os segundos situaram-no como o centro da assistência médica”⁷⁷.

O desenvolvimento industrial, a conseqüente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescentes da população geraram maior pressão para a assistência médica realizada via institutos e viabilizaram o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, respaldado em normas que privilegiavam a contratação de terceiros.

Nesse contexto, o ensino na área de enfermagem expandiu-se, devido “[...] ao aumento da demanda dessa nova categoria profissional, [...] impulsionado principalmente pelo ritmo da urbanização existente e pelo processo de modernização dos hospitais”⁷⁸.

O aumento no número de hospitais repercutiu no mercado de trabalho da enfermagem, direcionando as enfermeiras diplomadas para a área hospitalar em processo de expansão, em detrimento da área de saúde pública, grande empregadora até então. Enquanto, em 1943, de 334 enfermeiras em serviço ativo,

⁷⁵ BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001.

⁷⁶ *Idem.*

⁷⁷ GONÇALVES, E. L. *et al.* **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988. p.114.

⁷⁸ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986. p.80.

66% trabalhavam na saúde pública e 9,5%, em hospitais, em 1950, 49,4% das enfermeiras encontravam-se no campo hospitalar e 17,2%, na saúde pública⁷⁹.

A expansão da rede hospitalar impulsionou a enfermagem tradicional brasileira daquela época para uma enfermagem laica à busca da cientificidade. Em 1956⁸⁰, iniciou-se nova fase na enfermagem brasileira, com o advento da primeira pesquisa em enfermagem: o Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem, em âmbito nacional, patrocinado pela Associação Brasileira de Enfermagem, com apoio das fundações Kellogg e Rockefeller.

Esse estudo foi organizado em cinco partes⁸¹:

1. Enfermeiros em atividade e inativos, com a quantidade de profissionais e sua distribuição no campo hospitalar e de saúde pública;
2. Enfermagem Hospitalar, contendo informações sobre os hospitais e os serviços de enfermagem;
3. Enfermagem em Saúde Pública, abordando a distribuição dos profissionais nos serviços federais, estaduais;
4. Escolas e Cursos de Auxiliar de Enfermagem, apontando sua distribuição geográfica;
5. Escolas de Enfermagem, caracterizando os estabelecimentos, que eram 33 escolas, suas instalações, corpos discente e docente, com tal nível de detalhamento, indicava até o número de livros nas bibliotecas.

Dentre outros dados, verificou-se que a força de trabalho na enfermagem era predominantemente feminina. A maior quantidade era de trabalhadoras não-qualificadas e apenas 38,4% dos hospitais tinham serviço de enfermagem organizado⁸².

Já para a consolidação da enfermagem como profissão liberal, necessitava-se de profissionais mais preparados, o que só ocorreu em 1961, com a entrada efetiva de apenas alunos secundaristas. Sobre isso, pronuncia-se Alcântara:

⁷⁹ ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987.

⁸⁰ CASTRO, I. B. *Op. cit.* 1975.

⁸¹ SECAF, V. e SANNA, M. C. Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil – um documento da década de 50 do século passado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.56, n.3, p.315-317, mai./jun. 2003.

⁸² ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987.

Embora as condições [socioeconômicas] e culturais de nosso meio – que englobam tanto as atitudes desfavoráveis das esferas universitárias em relação à educação da enfermagem, como o reduzido número de enfermeiras capazes de desempenhar papéis de liderança – expliquem a demora para a integração das escolas na Universidade, não podemos escapar às conseqüências.⁸³

As conseqüências citadas por essa autora refletem o preparo inadequado do quadro docente, evidenciado nos dados do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem, segundo os quais 64% das professoras enfermeiras tinham apenas o certificado de curso ginasial.

Com o aumento da participação da enfermagem no mercado de trabalho, surgiu a necessidade de disciplinar seu trabalho, o que acarretou a Lei 2.604/55, que regula o exercício profissional. Entretanto, “Essa lei prevê apenas a existência da enfermeira e da auxiliar de enfermagem e atribui à primeira o desenvolvimento de atividades intelectuais e à segunda, atividades manuais. Oficializa a divisão social e técnica da enfermagem”⁸⁴.

O redirecionamento para a área hospitalar reflete-se na produção intelectual da categoria. O decréscimo de artigos referentes à saúde pública, na Revista Brasileira de Enfermagem, acompanha o declínio do modelo sanitaria na política geral de saúde do País, a partir dos anos 1950⁸⁵. Tal declínio repercutiu, como era de se esperar, na estrutura curricular das escolas de enfermagem, que passou a privilegiar, de fato, os aspectos curativos em detrimento dos preventivos.

Dessa forma, enquanto o currículo do curso de enfermagem de 1949 enfatizava o estudo de doenças de massa, por meio de disciplinas de cunho preventivo, o de 1962 substituiu a obrigatoriedade da disciplina de saúde pública do currículo mínimo anterior pela especialização e o de 1972 transformou-a em habilitação⁸⁶.

Assim, o ensino e a prática de enfermagem, contextualizados pela expansão da assistência médica previdenciária e curativista, consolidaram-se como profissão, mostrando-se necessária a viabilização desse modelo curativista de atividade hospitalar.

⁸³ ALCÂNTARA, G. *Op. cit.* 1964.

⁸⁴ ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987. p.27.

⁸⁵ GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983.

⁸⁶ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986.

1.3 A EXPANSÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

O pacto entre a burguesia e a classe média e trabalhadora promoveu articulação e intensa mobilidade das classes subalternas, principalmente no período em que João Goulart era presidente (1961-1964). “O pacto populista estabelecido naquele período começou a fragmentar-se e as massas, ao não verem possibilidades reais de harmonizar suas necessidades com as de acumulação de capital, começaram a pressionar o Estado”⁸⁷.

Essa situação levou,

[...] de certa forma, a classe burguesa a temer a perda de sua hegemonia e o controle do processo reformista, tão reclamado no início dos anos 60. Com isso o pacto anterior é rompido em 1964 e um outro aliado entra em cena – o capital monopolista internacional, que passa a exercer a direção do processo econômico e político, sob a égide de um estado militar autoritário.⁸⁸

O declínio econômico, a instabilidade política do sistema populista e a agitação da classe trabalhadora por melhores condições de salário e poder decisório culminaram com o golpe militar de 1964, seguindo-se um período de 20 anos de ditadura militar no País, com intensa centralização do poder e repressão política.

Durante a ditadura, a burocracia governamental foi dominada pelos tecnocratas, civis e militares, unidos em torno do lema ‘segurança e desenvolvimento’. Alavancado pelo financiamento do capital estrangeiro, o País experimentou o ‘milagre econômico’, período de prosperidade, de 1968 a 1974⁸⁹.

Esse lema norteou o direcionamento das verbas públicas, contemplando os ministérios que promoviam o desenvolvimento, como o dos Transportes, das pastas Militares, da Indústria e Comércio, em detrimento dos ministérios sociais, como a Saúde. Assim, as verbas públicas destinavam-se ao pagamento de hospitais particulares, aos serviços prestados aos pobres e a algumas campanhas de vacinação⁹⁰.

A situação de abandono da saúde pública acarretou epidemias de dengue e meningite, mascaradas pelo governo, por meio da censura aos órgãos de imprensa.

⁸⁷ ALVES, D. B. *Op. cit.*.1987. p.27.

⁸⁸ GERMANO, R. M. *Op. cit.*.1986. p.38.

⁸⁹ BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001.

⁹⁰ COHN, A. e ELIAS, P. E. *Op. cit.* 1999.

No inverno de 1974, o súbito aumento de casos de meningite nas grandes cidades obrigou as autoridades sanitárias a reconhecer a epidemia e a promover vacinação em massa contra essa doença⁹¹.

O regime autoritário, aproveitando-se de dificuldades das antigas Caixas e dos Institutos de Aposentadoria, unificou todos os órgãos previdenciários atuantes desde 1930, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A contribuição tornou-se obrigatória, estendida a todos os assalariados, até aos que não eram beneficiados pelos IAPs. A arrecadação ficou estabelecida em 24% sobre o salário, sendo 8% pagos pelo trabalhador, 8% pelo empregador e 8% pela União⁹².

Esse modelo médico constituiu novo paradigma na saúde: a extensão da cobertura previdenciária à população urbana e rural; o privilegiamento da prática curativa, individual e especializada; organização da prática médica direcionada para a lucratividade.

[...] o próprio mecanismo de remuneração dos serviços contratados e conveniados – as unidades de serviço – ao ter seu valor variável segundo a complexidade e a densidade tecnológica do ato médico facilitava, ao mesmo tempo, o processo de capitalização das empresas médicas e da incorporação tecnológica.⁹³

Entretanto, esse modelo intensificou o caráter excludente de diferentes classes sociais urbanas e da população rural, no acesso aos serviços, pois, em termos qualitativos e quantitativos, as condições de saúde do povo brasileiro continuavam precárias e responsáveis por grandes tensões sociais, que, em alguns momentos, expressavam-se, até mesmo, “por ‘quebra-quebras’ das agências do INPS”⁹⁴.

As políticas de saúde dessa época caracterizavam-se pela síntese de dois diferentes modelos adotados anteriormente⁹⁵: o do sanitarismo campanhista da primeira República e o curativo da atenção médica, vigente no período populista. Assim, as políticas acabavam privilegiando a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, de caráter preventivo, e, em especial, daquelas de interesse coletivo.

⁹¹ BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001.

⁹² JORGE, M. L. *Op. cit.* 1981.

⁹³ MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec- ABRASCO, 1995. p.23.

⁹⁴ JORGE, M. L. *Op. cit.* 1981.

⁹⁵ COELHO, E. B. S.; WESTRUPP, M. H. B.; VERDI, M. *Op. cit.* 1995.

A criação do INPS e sua estatização eram resultantes de:

[...] uma fase de fortalecimento das classes empresariais, de fortalecimento do capital frente ao trabalho. O período populista já se havia esgotado, a fase de diálogos e barganhas com as classes produtoras já não correspondia mais às necessidades do capital internacional. Não seria lúcido supor que somente a Previdência Social contrariasse esta tendência nítida do novo grupo no poder.⁹⁶

As principais orientações da política sanitária desse período impulsionaram a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde, proporcionando o financiamento por parte da Previdência Social de inúmeras clínicas e hospitais privados, além de estabelecer uma política de convênios com hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos normalmente destinados aos serviços públicos⁹⁷. Exemplo disso é o fato de que, em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no Brasil, 2.300 eram contratados pelo INPS⁹⁸. Assim, nesse sistema, o Estado era o maior e quase absoluto comprador dos serviços médicos da iniciativa privada.

Logo, evidenciou-se a fragilidade desse sistema, dada a sua grande abrangência, a qual acarretou a demora no repasse das verbas do INPS e os baixos preços pagos pelos serviços médico-hospitalares prestados.

Frente a essas dificuldades, no período de 1972-1974, foi lançado o I Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que compunha a parceria entre o Estado e a iniciativa privada, mas trouxe pouco benefício para a saúde. Com o fracasso dessa tentativa, surgiu o II PND, que priorizava a implantação de políticas sociais, destacando o papel da Previdência Social e intensificando sua atividade assistencial.

Em resposta às denúncias na imprensa sobre a assistência deficitária das ações de saúde do governo e a falta de normatização nas parcerias com o setor privado, em 1974, criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), renovando a promessa de garantir a saúde dos segurados, o qual incorporava o INPS.

⁹⁶ JORGE, M. L. *Op. cit.* 1981. p.41.

⁹⁷ LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p.77-94, 1991.

⁹⁸ ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987.

O novo Ministério [era] organizado em 3 setores: o INAMPS, responsável pela assistência médica e previdência social; o IAPAS, responsável pela arrecadação das contribuições da previdência e assistência social; e o SINPAS que é o sistema nacional de Previdência e Assistência Social.⁹⁹

O Estado determinou também a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), para controlar as contas hospitalares, ampliou o setor conveniado para responder ao aumento da demanda e normatizou os serviços, por meio de programas administrativos.

Em 1975, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei 6.229, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), pela qual: coube ao Ministério da Saúde traçar a política nacional e promover os cuidados com a saúde coletiva e a prevenção; coube ao Ministério da Previdência as ações curativas e individuais; ao Ministério da Educação e Cultura, a formação de profissionais; e, ao Ministério do Interior, o saneamento e a política habitacional¹⁰⁰. Essa lei consolidou a divisão dos espaços institucionais que vinham se delineando, deixando as ações de saúde pública, não-rentáveis economicamente, para o Estado, e as curativas, altamente rentáveis, para o setor privado.

Assim, como o Ministério da Previdência e Assistência Social tinha o maior orçamento da União, poderia comprar os serviços da rede hospitalar privada e financiar a medicina de mercado, ficando o Ministério da Saúde, com seus poucos recursos, com a prevenção e as ações coletivas.

Dados demonstram com clareza a orientação para a medicina curativa: “Em 1971, o orçamento previsto para o Ministério da Saúde foi 7,5 vezes menor do que as despesas com a assistência médica previdenciária, realizadas pelo órgão por ela responsável, o INPS. Em 1980, a despesa do INAMPS atingiu 13,4 vezes o orçamento daquele Ministério”¹⁰¹.

Então, surgiu a chamada medicina de grupo, que oferecia às empresas de maior porte financeiro melhor atendimento aos trabalhadores e redução dos períodos de licença dos funcionários doentes, substituindo os serviços prestados pelo INPS. Assim, as empresas deixavam de pagar a cota previdenciária ao governo e recebiam ainda subsídios do próprio governo federal.

⁹⁹ JORGE, M. L. *Op. cit.* 1981. p.42.

¹⁰⁰ JORGE, M. L. *Op. cit.* 1981.

¹⁰¹ GONÇALVES, E. L. *et al. Op. cit.* 1981. p.135.

Pode-se afirmar “que o convênio-empresa foi o modo de articulação entre o estado e o empresariado que viabilizou o nascimento e desenvolvimento do subsistema que viria a tornar-se hegemônico na década de 80: o da atenção médica supletiva”¹⁰².

Apesar das deficiências, a expansão da assistência médica individual e o aumento no número de leitos hospitalares levaram à queda dos índices de mortalidade geral: em 1960, esse índice era de 43,3 óbitos por mil habitantes; vinte anos depois, caiu para 7,2. Também a expectativa de vida elevou-se para aproximadamente 63 anos¹⁰³.

Essa elevação da expectativa de vida é explicada, em parte, pelo aumento no número de escolas de medicina, que saltaram de 13, na década de 1950, para 73 escolas, em 1975¹⁰⁴. Esse aumento não foi acompanhado pelas escolas de enfermagem, que eram 39 na década de 1950 e foram para 41, em 1974¹⁰⁵. O número de leitos disponíveis no País, que, em 1975, atingiu 3,7 por mil habitantes, duplicou em relação a 1933, dessa forma, tendo como referência o crescimento da população no período, que aumentou 2,7 vezes, o número de leitos aumentou 6,4 vezes¹⁰⁶.

Outro dado de 1969 a 1984 refere-se ao número de leitos privados no País, que cresceu em 465%, graças às políticas da Previdência Social¹⁰⁷. Para Mendes, esse é um momento importante para configurar um padrão de desenvolvimento de um setor privado de corte cartorial, que apresenta características especiais: capital fixo subsidiado, reserva de mercado e, por conseqüência, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade.

A entrada de capital estrangeiro na área médico-hospitalar desencadeou a concorrência de grupos estrangeiros com as companhias nacionais, aumentando o número de empresas de seguro-saúde, na qual a classe média brasileira, impulsionada pelo ‘milagre econômico’, encontrou solução rápida e eficiente para seus problemas de saúde. Entretanto, a cobrança de altas mensalidades estava fora do alcance das classes operárias, ficando elas relegadas ao serviço deficitário que o Estado fornecia.

¹⁰² MENDES, E. V. *Op. cit.* 1995. p.25.

¹⁰³ BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001.

¹⁰⁴ SINGER, P. *et al. Op. cit.* 1988.

¹⁰⁵ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986.

¹⁰⁶ GONÇALVES, E. L. *et al. Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1988.

¹⁰⁷ MENDES, E. V. *Op. cit.* 1995.

O capital estrangeiro também foi percebido no incremento da indústria farmacêutica da época, pois ocorreu a compra de empresas nacionais por grupos internacionais. “Entre 1965 e 1975, pelo menos 25 companhias brasileiras foram compradas por grupos com sede nos Estados Unidos e Europa”¹⁰⁸.

O domínio do mercado permitiu que os laboratórios farmacêuticos determinassem os preços e a qualidade dos medicamentos vendidos, acarretando a criação pelo governo de uma Central de Medicamentos (CEME), em 1971, com o objetivo de produzir medicamentos essenciais para a população carente, impossibilitada de comprá-los devido ao seu alto custo.

Esse conjunto de políticas públicas constrói, nos campos políticos, jurídico-legal e institucional, as bases que permitem a hegemonização na década de 70, do modelo médico-assistencial privatista que se assentou num tripé:

- a) O estado como grande financiador do sistema através da previdência Social;
- b) O setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;
- c) O setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.¹⁰⁹

As mudanças sociais, políticas e econômicas da sociedade brasileira refletiram-se inevitavelmente na enfermagem, o que foi evidenciado por alguns fatores, como: a passagem do ensino de enfermagem para ensino superior, em 1962; o surgimento do novo currículo mínimo, em 1972; e a implantação dos primeiros cursos de pós-graduação seguindo a reforma universitária de 1968.

A criação dos cursos de pós-graduação fortaleceu a tendência vinda da década anterior, que apontava para a cientificidade da categoria e a necessidade vigente de enfermeiras especialistas, instaurando habilitações em enfermagem médico-cirúrgica, obstétrica e em saúde pública. Grande ênfase foi dada, nesse período, às disciplinas de administração, reafirmando o papel preconizado por Florence Nightingale.

A passagem do ensino de enfermagem para o nível universitário e o surgimento dos cursos de pós-graduação refletiram-se na produção intelectual da categoria, representada pela Revista Brasileira de Enfermagem. Analisando os artigos publicados nesta revista, Silva cita que eram

¹⁰⁸ BERTOLLI FILHO, C. *Op. cit.* 2001.

¹⁰⁹ MENDES, E. V. *Op. cit.* 1995. p.25.

[...] visíveis aí alterações de enfoque (cuidado integral) e de linguagem, explicáveis pela passagem da categoria estudada para o ensino superior e, conseqüentemente, pela influência marcante que o modelo de pesquisa científica passa a exercer sobre ela, impondo-se como requisito importante para a contratação de docente e a ascensão na carreira. Mesmo quando se trata de técnicas específicas, a diferença de linguagem é grande.¹¹⁰

Das matérias publicadas entre 1965-1969, 36,9% enfatizam os assuntos educacionais, contemporâneos da Reforma universitária de 1968 e passa-se, então, a questionar a qualidade dos profissionais que vêm sendo formados para atender a sociedade em desenvolvimento, coincidindo também esse assunto ser temática central dos Congressos Brasileiros de Enfermagem desse período¹¹¹.

Os artigos da Revista Brasileira de Enfermagem do período do regime militar sofreram mudanças temáticas e de conteúdo, não apenas pelo aprimoramento da educação, direcionando-se para as especificidades do cuidado, mas também refletindo a expansão da área hospitalar no contexto histórico do momento.

No período de 1970-1980, houve inversão temática dos artigos publicados, que recaíram sobre áreas da assistência de enfermagem, chegando a 51,4%, predominando os aspectos médico-cirúrgicos e administrativos. Outra característica desse período é a publicação de artigos ditos de enfermagem do trabalho ou industrial, embora em número reduzido, os quais tratam de uma área “que em essência procura relacionar enfermagem e capital, ou seja, como a enfermagem deve cooperar com o capital, dispensando atenção à força de trabalho para que ela produza melhor”¹¹².

Entretanto, apesar da busca de cientificidade, das especializações, o advento dos cursos de pós-graduação e o incremento da pesquisa, são conflitantes as representações sobre a enfermagem constatadas nos artigos dessa década. Elas mantiveram-se “inalteradas, em seu conjunto, refletindo um conteúdo abstrato, desistoricizado e que ignora as mudanças no objeto de trabalho da área, resultantes de seu processo de profissionalização sob o capitalismo”¹¹³.

As definições de enfermagem como ‘arte, ciência e vocação’ são mantidas, numa representação abstrata, idealizada e irreal, independentemente de tempo e

¹¹⁰ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986. p.111.

¹¹¹ GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983.

¹¹² GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983. p.77.

¹¹³ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986. p.112.

espaço concretos, voltada para um objeto abstrato como o indivíduo, a família, a comunidade, a humanidade.

Partilha da mesma percepção Germano, quando escreve que:

A idéia de que a educação, a enfermagem e a saúde ocorrem sem qualquer vinculação com a realidade social historicamente determinada é uma constante nas publicações da Revista, com raríssimas exceções. Tudo acontece num mundo abstrato e a enfermeira deve pautar suas ações dentro de um espírito cristão, com bondade, abnegação, resignação, disciplina e obediência.¹¹⁴

A busca da cientificidade profissional, na passagem da enfermagem pré-profissional para a enfermagem moderna, com Florence Nightingale, acarretou uma crise de identificação do seu objeto de trabalho. O cuidado direto,

[...] que historicamente se constituiu no núcleo do referido objeto, fica quase que totalmente restrito às categorias diversas dos “ocupacionais”, que passam a ser supervisionados pelas enfermeiras. Ocorreu, conseqüentemente, no interior da enfermagem, uma fragmentação de seu objeto de trabalho, constituído, agora, em linhas gerais, pelo cuidado direto e indireto ao enfermo, [...].¹¹⁵

No entanto, a crise de identificação profissional decorreu do contexto social e econômico dessa época e não do processo de trabalho fragmentado. A necessidade de enfermeiras especialistas, do cuidado direto ao enfermo, justamente discute e discorda do papel administrativo da enfermeira. Contudo, a divisão social do trabalho, a dicotomia do saber e do fazer, do intelectual e do manual, sempre permearam o ensino e a prática assistencial de enfermagem, introjetados pelos profissionais nos preceitos de Nightingale.

É aqui que se instala a crise da identificação de seu processo de trabalho: Como aliar a necessidade da especialista que presta o cuidado direto ao indivíduo, sem perder o *status* de *ladies*, sem perder o reconhecimento como profissão de nível superior, e o conseqüente desprestigiamento profissional frente a outras profissões da área de saúde? Era uma questão a ser resolvida pelos profissionais.

A transformação dos hospitais no núcleo da atenção à saúde desencadeou o processo de concentração de enfermeiras em instituições hospitalares, como resultante do declínio da política sanitária.

¹¹⁴ GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983. p.98.

¹¹⁵ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986. p.86.

A profissão de enfermagem era a que menos crescia na área de saúde, chegando, até 1974, à relação de 6,7 médicos para 1 enfermeiro e 8 estudantes de medicina para 1 estudante de enfermagem¹¹⁶. Além das dificuldades quantitativas, havia deficiências de estrutura física, de equipamentos, de laboratórios de enfermagem, recursos humanos (pessoal docente e administrativo) e a inexistência de livros didáticos nacionais para o ensino específico de graduação em enfermagem. Outro entrave relatado pelo autor era o número insuficiente de cursos de nível de pós-graduação para enfermeiros, como limitações ao desenvolvimento e aperfeiçoamento dos docentes.

Um grupo de trabalho com especialistas em enfermagem, designado pelo Ministério da Educação e Cultura, elaborou o diagnóstico sobre os cursos no Brasil, indicando a criação de mais 11 cursos de enfermagem nas universidades federais, preferencialmente, em regiões ainda não atendidas, como: Rio Branco, Belém, Aracaju, Santa Maria, Pelotas, Rio Grande, Goiânia, Cuiabá, Curitiba e Fortaleza, com a média 40 vagas por curso. Concomitantemente a isso, a CAPES sediou, na Escola de Enfermagem da UFRJ, cursos de especialização, com o propósito de formar docentes para esses novos cursos de graduação, e alguns enfermeiros freqüentaram os cursos de mestrado em enfermagem¹¹⁷.

Esse ajuste foi necessário, para que o ensino de enfermagem se adequasse à Reforma Universitária de 1968, ocorrida pela Lei 5.540/68 e complementada pelo Decreto-lei 454/69. Como essa reforma era baseada no sistema americano, a preocupação centrava-se em como fazer, no treinamento prático, cobrando da universidade a eficiência técnica, mas não o estímulo à crítica e a participação política¹¹⁸.

O cerceamento à participação política e à crítica estão em consonância com o contexto do regime militar que comandava o País na época. Sendo as universidades celeiros da massa crítica nacional, o foco no saber fazer em detrimento do saber ser profissional era visto como de segurança nacional.

A adequação do ensino impingiu a necessidade de obter melhor qualificação acadêmica (mestrado, doutorado) para as diretoras de escolas de enfermagem, a

¹¹⁶ CUNHA, C. Situação de enfermagem no país. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.2, n. 1, p.1-8, jun. 1977.

¹¹⁷ CUNHA, C. *Op. cit.* 1977.

¹¹⁸ PIZANI, M. A. P. N. *Op. cit.* 1999.

qual, num contexto de recentes e poucos cursos de pós-graduação, era difícil conseguir.

Até aquele ano, o nível de doutoramento em enfermagem era uma aspiração da categoria¹¹⁹. Os doutores existentes no País, naquela época, obtiveram sua titulação por meio de concursos para livre docência, possibilidade essa aberta até 08 de setembro de 1976, de acordo com Decreto 76.119, de agosto de 1975.

A necessidade do aumento quantitativo de trabalhadores de enfermagem não se restringiu à categoria das enfermeiras, criando-se, nessa década, o técnico em enfermagem, que surgiu como resultado da tendência tecnicista e do fortalecimento do ensino profissionalizante de nível médio, decorrente da pressão popular pelo aumento de vagas nas universidades brasileiras.

O aumento no número de profissionais em enfermagem impôs a criação de um órgão de fiscalização da categoria, surgindo os Conselhos Federal e Estaduais, por meio da Lei 5.905/73, como órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais categorias compreendidas na enfermagem¹²⁰.

Outra característica dessa época é o desmembramento das escolas de enfermagem com os campos de estágio, quer pela extinção gradativa do regime de internato, no qual os estudantes residiam nos hospitais, até sua extinção total em meados da década de 1970, quer pela substituição das enfermeiras docentes nos cargos de chefia dos hospitais. Em 1956, as escolas de enfermagem eram responsáveis pela direção do serviço de enfermagem dos hospitais de campo prático, porém, o aumento no número de escolas, cerca de duas décadas depois, e a passagem do ensino de enfermagem para nível superior geraram a tendência à separação entre docência e serviço – devido à sobrecarga de atividades de ensino e administrativas das diretoras e professoras, o que abriu espaço para as enfermeiras de serviço assumirem a gerência dos serviços de enfermagem –, acarretando prejuízo ao ensino¹²¹.

O fomento à criação de escolas de enfermagem, devido à escassez de mão-de-obra no mercado hospitalar, o aumento do mercado de trabalho para o profissional e o desenvolvimento da tecnologia hospitalar não ampliaram

¹¹⁹ ARAGÓN, D. P. B. Enfermagem – ontem e hoje. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, RS, v.1, n. 1, p.13-26, mar. 1976.

¹²⁰ SCHOELLER, S. D. Sindicalismo e enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

¹²¹ SILVA, G. B. **Op. cit.** 1986.

significativamente a porcentagem da força de trabalho especializada, pois o contingente de atendentes de enfermagem manteve-se alto, dado o custo menor de sua força de trabalho. Atendentes de enfermagem eram pessoas que não tinham formação profissional para o desempenho do cuidado de enfermagem, em sua maioria recebiam treinamento diretamente nos serviços por enfermeiras e médicos. Esse fato é comprovado numericamente, pois, em 1956, dos agentes que trabalhavam em hospitais, 70,8% eram atendentes e 7,5%, enfermeiros e, em 1974, esses percentuais mantiveram-se com 65% de atendentes, 26,1% de auxiliares de enfermagem e 6,5% de enfermeiros¹²².

Assim, nas décadas de 1960 e 1970, houve a expansão profissional na enfermagem brasileira, determinada pelo Estado e pautada em função do capital, absorvida sem questionamentos pelos profissionais, quer por meio de suas entidades de classe, quer por sua produção intelectual refletida na Revista Brasileira de Enfermagem.

Essa política de Estado alijou os ganhos financeiros da categoria, pois, no período de sua implementação no País, a enfermeira recebia como profissional liberal e era reconhecida como tal, nas décadas seguintes, tornou-se assalariada, com parcos rendimentos ditados pelo mercado capitalista, que empregava mão-de-obra menos especializada, assim baixando seus custos.

O fim do 'milagre econômico' agravou a situação econômica do País, culminando com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, no final dos anos 1970. O modelo apresentava fortes inadequações à realidade sanitária nacional: as ações de saúde curativista não modificaram os perfis de morbimortalidade; os custos crescentes inviabilizavam sua expansão [...]¹²³.

Nesse contexto, houve a necessidade de desenvolver e expandir uma modalidade de baixo custo para contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, que fosse ao encontro da proposta internacional dos cuidados primários, acordada em Alma-Ata, na URSS, em 12 de setembro de 1978.

Em sua declaração, consta:

¹²² SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986.

¹²³ MENDES, E. V. *Op. cit.* 1995.

I

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde.

II

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países, é política, social e economicamente inaceitável, e constitui com isso objeto da preocupação comum de todos os países.

V

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.¹²⁴

Assim, iniciou-se, na década de 1980, a reversão do modelo curativista, priorizando-se a assistência preventiva e profilática como assistência primária e redefinindo-se o papel das ações de saúde da prevenção e da hospitalização. As discussões sobre a medicina preventiva e a atenção primária à saúde culminaram, na década de 1980, com a reforma sanitária no País.

O processo de redemocratização do País trouxe a crise das políticas sociais. A expressão de uma política centralizadora, concentradora, privatizante e ineficaz estampava-se na deterioração das condições de vida e de saúde da população, como hospitais em precário estado de funcionamento, dificuldades de acesso ao atendimento médico e epidemias, como cólera e dengue.

Tendo em vista essa situação, o governo buscou alternativas para reorganizar as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, evitar fraudes e lutar contra o monopólio das empresas particulares de saúde.

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), cuja base eram as proposições da Conferência de Alma-Ata: atenção primária à saúde e participação comunitária, hierarquização por níveis de complexidade dos serviços, regionalização do atendimento e o estabelecimento de porta de entrada única pelo nível primário de atenção¹²⁵.

¹²⁴ JORGE, M. L. *Op. cit.* 1981. p.59.

¹²⁵ COELHO, E. B. S.; WESTRUPP, M. H. B.; VERDI, M. *Op. cit.* 1995.

Entretanto foi inviabilizado na prática, devido à intervenção de setores como o empresarial, representado pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Entretanto, ele serviu de base para a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano do Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP), em 1982. Esse plano surgiu para provocar uma reversão gradual do modelo médico assistencial, por meio de suas linhas de ação, era o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS).

Este programa surgiu com o propósito de integrar e unificar os serviços de saúde do setor público, tendo como diretrizes a integração interinstitucional, a integralidade das ações de saúde e a definição dos mecanismos de referência e contra-referência, além da descentralização dos processos administrativos e decisórios.¹²⁶

Assim, o Ministério da Saúde investia em programas preventivos, assumindo a crítica do modelo vigente. O CONASP ganhou força com a mudança no cenário político, com a eleição de governadores de oposição ao regime militar, cujos secretários de saúde apoiavam essa proposta, que passou a denominar-se apenas Ações Integradas de Saúde (AIS) e foi transformada em política oficial, em 1985.

Nesse contexto, o Movimento Sanitário Brasileiro iniciava discussões sobre as relações saúde-sociedade e saúde-Estado, assim como denunciava a mercantilização da saúde no Brasil. Em Brasília, de 17 a 20 de março de 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico da “Reforma Sanitária”, cuja temática era o direito à saúde como parte da cidadania e a reorganização do setor em um Sistema Único de Saúde (SUS). “Todo o movimento encetado pelo projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional, desde o início dos anos 70, vai confluir para esse acontecimento que se realiza em março de 1986, em Brasília”¹²⁷.

A reforma sanitária pode ser conceituada:

¹²⁶ COELHO, E. B. S.; WESTRUPP, M. H. B.; VERDI, M. *Op. cit.* 1995. p.9.

¹²⁷ MENDES, E. V. *Op. cit.* 1995. p.41.

[...] como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um novo paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema”.¹²⁸

Esses preceitos foram resgatados na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde, regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde. Assim, consagraram-se os princípios fundamentais – a saúde como direito do cidadão e dever do estado; o conceito ampliado de saúde; a construção do Sistema Único de Saúde – com os princípios de universalidade, equidade e integralidade; direito à informação sobre sua saúde; participação popular; e descentralização político-administrativa.

Após a reforma sanitária, a própria concepção de saúde, antes abstrata, foi redefinida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”¹²⁹.

A enfermagem brasileira atuou de maneira marcante nesse movimento, participando das conferências nacionais de saúde, compondo comissões de debates da reforma sanitária e pressionando a aprovação de nova lei de exercício profissional.

A promulgação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, foi a coroação de 11 anos de luta, intermediada pelo COFEN, pela ABEn e pelos Conselhos Regionais de Enfermagem. A lei que regulamentava, até então, a prática de enfermagem era de 1955, que, no contexto dos avanços tecnológicos, do mercado de trabalho e das mudanças políticas, tornara-se incompleta e defasada. A defasagem pode ser exemplificada pela ausência do técnico em enfermagem, categoria surgida em 1966, o que dificultava a fiscalização do COFEn quanto às atribuições da equipe de enfermagem.

O mercado encaminhou a enfermagem para o final do século XX, em duas direções: a hospitalar e saúde coletiva. Esse novo direcionamento diferia dos

¹²⁸ MENDES, E. V. *Op. cit.* 1995. p.42.

¹²⁹ GEOVANINI, T. *et al. Op. cit.* 2002. p.42.

momentos históricos das políticas de saúde, que, se, nas décadas 1920 e 30, direcionavam-se para a saúde pública e, nos anos 1940 a 70, focavam a assistência curativista, nos anos 1990, uniram-se, pressionadas pela conscientização e pelos anseios da população brasileira.

O direcionamento para a formação de enfermeiros especialistas continuou no sentido de que atuassem nas mais diversas áreas de especificidades do cuidado, acompanhando a evolução tecnológica na área da saúde. Entretanto, após a reforma sanitária, a conscientização da população e dos governos federais, estaduais e municipais, para o resgate da saúde pública no Brasil, aumentou o mercado de trabalho para a enfermagem em saúde coletiva.

2 LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

A convivência humana em grupos sociais suscitou a necessidade de formulação de regras, direitos e deveres que padronizam e regulamentam a convivência entre pessoas, quer pertençam a grandes civilizações ou a pequenos grupos. Essas regras, formalizadas em leis, permeiam o cotidiano do cidadão, ditando normas quanto a aspectos gerais, como civil, penal e constitucional, até especificidades, como a legislação de profissões.

A edição de leis profissionais visa a normatizar os direitos e deveres do profissional, bem como a especificar a execução das atribuições que são de interesse da sociedade. Assim, tendo em vista o objetivo deste estudo, que é analisar a implementação da metodologia da assistência de enfermagem no Brasil, no período de 1960 a 1986, tornou-se necessário interpretar as leis do exercício que regulamentavam a categoria da enfermagem nesse período histórico.

Essa análise permitiu avaliar a expectativa da sociedade brasileira em relação a esse profissional: qual era o papel dele no mercado de trabalho, quais eram as categorias existentes que compunham a equipe de enfermagem e quais eram as atribuições delegadas ao enfermeiro na época de vigência da lei.

Para tanto, fez-se necessário conceituar alguns termos jurídicos, como 'lei' e 'decreto', para melhor compreensão desses instrumentos que regulamentam o exercício profissional de enfermagem.

Lei é conceituada como:

[...] expressão da vontade geral; vontade da coletividade personalizada no Estado, tendo como características essenciais a forma escrita e a publicidade; característica primacial de uma lei, em só exprimir idéias, ou diretivas, sem descer minúcias, considerando a dificuldade de abranger o discurso todos os casos concretos a que a idéia se destina.¹³⁰

Assim, o texto da lei tem forma generalizada, cujas especificações para sua execução são descritas por meio de decreto. A Academia Brasileira de Letras Jurídicas define decreto como: "Ato administrativo editado pelo presidente da

¹³⁰ ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS JURÍDICAS. **Dicionário jurídico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997. p.483.

República e referendado por Ministro de Estado, para o fim de regulamentar uma lei ou prover disposição dela emanada”¹³¹.

Assim, o decreto fornece especificidades para a execução da lei, determina, em aspectos práticos, como a lei será implementada, contextualizada com o momento histórico da sociedade.

O primeiro ato normativo na enfermagem foi o Decreto Federal 791, de 27 de setembro de 1890¹³², que se transformou no marco histórico da implantação do ensino de Enfermagem no Brasil, criando a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro. O surgimento dessa escola deveu-se à crise de pessoal qualificado no atendimento aos enfermos desse hospital, dado o abandono desse serviço pelas irmãs de caridade que, até então, desempenhavam as práticas do cuidado. Posteriormente, essa escola passou a ser denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto¹³³.

Num contexto social de epidemias, a primeira escola para formação dos profissionais de enfermagem surgiu em face da mobilização política da classe médica e da elite, para derrotar o poder da Igreja, representado pelas irmãs de caridade, que detinham autoridade dentro da instituição hospitalar.

Além de justificar a criação da escola para o preparo de pessoal qualificado para as funções de enfermagem, essa idéia também foi sugerida como solução para o contingente de meninas e mulheres mantidas em orfanatos do Estado e pela filantropia. Esse aspecto pode ser observado nos comentários de José Cesário de Faria Alvin, em sua justificativa para criação da escola, ao apontar novos horizontes à mão de obra feminina¹³⁴.

Apesar de o Decreto 791/1890 representar um marco histórico para a enfermagem no Brasil, é claro o seu enfoque prioritariamente biologicista, permeado por currículo exclusivamente voltado para a assistência hospitalar, com aulas ministradas por professores médicos do hospital, formando profissionais voltados para prestar a assistência: o cuidado com o doente e a integração no serviço.

¹³¹ ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS JURÍDICAS. *Op. cit.* p.249.

¹³² BRASIL. **Decretos do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil.** Crêa no Hospício de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. 9º fascículo. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890.

¹³³ MOREIRA, A. A primeira escola de enfermagem. *In:* GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem:** versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

¹³⁴ BRASIL. *Op. cit.* 1890.

A seguir, foi assinado o Decreto 15.799, de 10 de novembro de 1922, que aprovou o regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública e a criação de outra escola de Enfermagem. Esse decreto determina, em seu artigo 3º:

Art. 3º. Anexo ao hospital funcionará a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública.¹³⁵

Essa escola, que, em 1926, passaria a chamar-se Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery, é considerada a primeira escola de enfermagem do País, devido seu corpo docente ser constituído de enfermeiras.

As atribuições da enfermeira diplomada estão descritas no artigo 54º:

Art. 54. A ella incumbirá a organização e distribuição dos serviços e cuidados aos doentes, da cozinha dietética e da rouparia, cabendo-lhe a responsabilidade pelo bom andamento destes serviços. Os cuidados aos doentes serão orientados pelos médicos-chefes cujas prescrições deverão ser rigorosamente cumpridas.¹³⁶

Esse artigo deixa transparecer as questões de gênero que sempre estiveram presentes no processo de trabalho da enfermagem, outorgando-lhe tarefas do papel feminino na sociedade: a administração doméstica no *fórum* hospitalar, ficando responsável pelos serviços de hotelaria, e a subserviência ao médico, detentor do poder e representante do sexo masculino.

As enfermeiras diplomadas seriam as auxiliares superintendentes, como enfermeiras chefe, denominação que perdurou na sociedade até fins do século XX. Outro dado pertinente é o que traz o artigo 56º:

Art. 56. Affecto ao serviço das alumnas da Escola de Enfermeiras o Hospital terá enfermeiras na proporção ao numero de alumnas e à capacidade dellas. Paragrapho único. Nessas enfermarias todo o serviço de enfermagem ficará a cargo das alumnas.¹³⁷

¹³⁵ BRASIL. Decreto-lei 15.799/22, de 10 de novembro de 1922. Approva o Regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 14 de novembro de 1922.

¹³⁶ BRASIL. Decreto-lei 15.799/22, de 10 de novembro de 1922. **Op. cit.**

¹³⁷ *Idem.*

Esse artigo delega às alunas da Escola todo o serviço de enfermagem das enfermarias, as quais eram utilizadas como local de aprendizado. A falta de mão-de-obra na área da saúde explica esse artigo, pois se utilizava o serviço das aprendizes para suprir a escassez de profissionais qualificados ao serviço.

Assim, a legislação dessa escola de enfermagem era o reflexo do interesse do governo daquela época: a formação de profissionais qualificados para as práticas do cuidado; a utilização das alunas para suprir o déficit desses profissionais; a imposição dos preceitos de administradora domiciliar; e a subserviência médica.

Por meio do Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923, aprovou-se o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, determinando:

Art. 221. A fiscalização do exercício profissional dos médicos, pharmaceuticos, dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros e optometristas será exercida pelo Departamento de Saúde Pública, por intermédio da Inspetoria de Fiscalização do exercício da Medicina.¹³⁸

Transparece, nesse artigo, a hegemonia do poder médico dessa época, ficando sob sua fiscalização o exercício profissional de todas as categorias da área da saúde.

O Decreto continua regulamentando a Escola de Enfermeiras, enunciando o objetivo da escola na formação de enfermeiras profissionais, atribuições da chefia, estruturação do curso, composição do corpo docente, matrículas e exames.

Ressaltam-se, dentre os requisitos para matrícula:

Art. 411. e. attestado de boa conducta, passado pelas autoridades policiaes competentes ou por duas pessoas idoneas, a juízo da directora da escola e da superintendente geral do Serviço de Enfermeiras;
f. Diploma de escola normal, ou documento, que prove ter instrucção secundaria bastante, a criterio da directora, podendo na hypotese de recusa, ser levado o facto á decisão do Director Geral do Departamento.¹³⁹

A exigência do diploma de escola normal ou de instrução secundária caracteriza o esforço de transformar o ensino de enfermagem em ensino de nível superior. Entretanto, a aspiração das enfermeiras norte-americanas que fundaram

¹³⁸ BRASIL. Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Approva o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 1º fev. de 1924.

¹³⁹ BRASIL. Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923. *Op. cit.*

essa escola seria plenamente alcançada em 1961, devido ao déficit de secundaristas na sociedade brasileira.

O requisito do atestado de boa conduta mostra claramente a influência de Florence Nightingale nas enfermeiras norte-americanas e deixa transparecer a sua contribuição na elaboração do texto do decreto. Todavia, parece compreensível que, ao fundamentar o ensino da profissão no País, a intenção tenha sido transformar o estereótipo que a enfermagem tinha na época, de profissionais de conduta duvidosa.

2.1 EXERCÍCIO PROFISSIONAL – DECRETO 20.109/31

A primeira legislação que regulamentou o exercício da enfermagem no Brasil foi o Decreto 20.109, de 15 de junho de 1931. Como justificativa do decreto tem-se:

Considerando que a enfermagem é uma das mais nobres profissões às quais possa aspirar à atividade humana;
 Considerando que os seus benefícios resultam não só dos cuidados ministrados aos doentes em domicílio ou nos hospitais, mas também da ação preventiva conjuntamente exercida pela enfermeira de saúde pública;
 Considerando que, para o exercício dessa profissão, se vai exigindo nos povos mais adiantados um preparo técnico cada vez mais desenvolvido, outorgando-se mesmo às escolas que administram esse preparo as regalias de escolas superiores; [...].¹⁴⁰

O estabelecimento da enfermagem como nobre profissão demonstra mudanças nas concepções acerca da enfermagem, iniciadas com a fundação da escola Anna Nery, demonstrando que os esforços das enfermeiras norte-americanas surtiram efeito. Entretanto, essas mudanças iniciaram-se nos grandes centros urbanos, onde foram fundadas as primeiras escolas. No restante do País, as concepções negativas percorreram tempo cronológico maior, determinando, em conjunto com o número reduzido de secundaristas no País, obstáculos à expansão da enfermagem como profissão na década de 1920.

O reconhecimento da formação de enfermagem em nível superior demonstra o prestígio que a categoria detinha nessa época no poder governamental, já que essa formação estava restrita a pequeno número de profissões.

¹⁴⁰ BRASIL. Decreto-lei 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da Enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das Escolas de Enfermagem e Instruções Relativas ao Processo de Exame para Revalidação de Diplomas. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 28 jun. 1931.

O destaque à ação preventiva, como sendo de cuidados da enfermagem, delata o interesse do governo nas ações de saúde pública, visto que ela foi o maior mercado empregador até a década de 1940. Também, mostra, mais uma vez, o antagonismo que permeou a instituição da enfermagem como profissão, já que o currículo da Escola Anna Nery era direcionado para o cuidado hospitalar.

A justificativa do Decreto 20.109/31 retrata também o poder das enfermeiras norte-americanas que fundaram a Escola Anna Nery, pois esse decreto sacramentaliza essa escola como padrão a ser seguido pelas demais instituições de ensino no País.

Art. 2º - A Escola de Enfermeiras Anna Nery, do Departamento Nacional de Saúde Pública, será considerada a Escola oficial padrão.¹⁴¹

Esse decreto dispõe sobre a titulação de enfermeira diplomada a profissionais formados por escolas oficiais ou equiparadas, na forma dessa lei, e aos diplomados por escolas estrangeiras reconhecidas no País, por meio de habilitação de responsabilidade de banca examinadora, presidida pela diretoria da escola Anna Nery. Regulamenta a equiparação de instituições de ensino com essa escola, descrevendo os requisitos básicos e a formação da banca examinadora para tal equiparação e regulamentando o reconhecimento dos diplomas por escolas estrangeiras.

Apesar de ser considerada a primeira lei do exercício profissional, o texto dela não descreve as categorias dentro da equipe de enfermagem nem as atribuições do profissional, deixando a lacuna dos direitos e deveres dele na sociedade brasileira. O foco do decreto foi a oficialização do ensino de enfermagem em nível superior e a constituição da escola padrão, determinando o controle do ensino para as enfermeiras norte-americanas fundadoras da escola Anna Nery.

Em 1949, foi criado o curso de auxiliar de enfermagem, pela Lei 775, de 6 de agosto de 1949¹⁴². Em seu primeiro artigo, diz:

¹⁴¹ BRASIL. Decreto-lei 20.109/31, de 15 de junho de 1931. *Op. cit.*

¹⁴² BRASIL. Lei 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de Enfermagem no Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 13 ago. 1949.

- Art. 1º O ensino de enfermagem compreende dois cursos ordinários:
- a) curso de enfermagem
 - b) curso de auxiliar de enfermagem [...].

Essa lei formaliza a duração do curso de enfermagem em 36 meses e o de auxiliar de enfermagem em 18 meses. Dispõe sobre o reconhecimento de cursos no País e faz um evidente esforço para a expansão do ensino de enfermagem, ao determinar a criação de escolas de enfermagem em cada centro universitário ou sede de faculdade de medicina, que ministrasse os dois cursos de enfermagem. O incentivo ao aumento de escolas de enfermagem é revelado no seguinte texto:

Art. 23. O poder executivo subvencionará todas as escolas de enfermagem que vierem a ser fundadas no país e diligenciará no sentido de ampliar o amparo financeiro concedido às escolas já existentes.

Esse artigo demonstra o interesse governamental e do mercado de trabalho em expandir o ensino de enfermagem e, conseqüentemente, o número de profissionais atuantes no País, que, quantitativamente, não acompanharam o aumento de instituições hospitalares no Brasil, a partir da década de 1940.

Esta lei, porém, não normatiza o ensino nem as atribuições de cada categoria, lacuna que foi preenchida pela publicação do Decreto 27.426, de 1949, que aprova o regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem¹⁴³.

Art. 1º O “Curso de Enfermagem” tem por finalidade a formação profissional de enfermeiros, mediante ensino em cursos ordinários e de especialização, nos quais serão incluídos os aspectos preventivos e curativos da enfermagem.

Art. 2º O “Curso de Auxiliar de Enfermagem” tem por objetivo o adestramento de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa.

Ao direcionar as atividades do auxiliar de enfermagem para as práticas curativas, o decreto revela o interesse de vários setores: do setor privado, que visava à formação de mão-de-obra barata, para diminuir o emprego de enfermeiras diplomadas; da classe médica, que necessitava de maior número de auxiliares para o tratamento terapêutico, devido ao aumento da complexidade dos procedimentos;

¹⁴³ BRASIL. Decreto 27.426, de 14 de novembro de 1949. Aprova o Regulamento Básico para os Cursos de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 21 nov. 1949.

para a enfermeira, também foi interessante, pois, devido ao déficit de profissionais, ela poderia delegar funções a pessoal mais bem preparado do que o atendente de enfermagem, norteador suas ações para a administração, supervisão e ensino que lhe eram atribuídas.

2.2 EXERCÍCIO PROFISSIONAL – LEI 2.604/55

A segunda lei do exercício profissional da enfermagem no Brasil surgiu em 17 de setembro de 1955, a Lei 2.604/55. Diferentemente da lei de 1931, ela descreve as atribuições dos profissionais da enfermagem, discorrendo sobre seis categorizações existentes na enfermagem na época vigente:

Art. 2º Poderão exercer a enfermagem no país:

- 1) Na qualidade de enfermeiro:
 - a) os possuidores de diploma expedido no Brasil, por escolas oficiais ou reconhecidas pelo Governo federal, nos termos da lei nº 775, de 6 de agosto de 1949;
 - b) os diplomas por escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis de seu país e que revalidem seus diplomas de acordo com a legislação em vigor;
 - c) os portadores de diplomas de enfermeiros, expedidos pelas escolas e cursos de enfermagem das forças armadas nacionais e forças militarizadas, que estejam habilitadas mediante aprovação naquelas disciplinas, do currículo estabelecido na lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, que requererem o registro do diploma na Diretoria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura.
- 2) Na qualidade de obstetriz:
 - a) os possuidores de diploma expedido no Brasil, por escolas de obstetrizes oficiais ou reconhecidas pelo Governo Federal, nos termos da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949;
 - b) os diplomados por escolas de obstetrizes estrangeiras reconhecidas pelas leis do país de origem e que revalidaram seus diplomas de acordo com a legislação em vigor.
- 3) Na qualidade de auxiliar de enfermagem, os portadores de certificados de auxiliar de enfermagem, conferidos por escola oficial ou reconhecida nos termos da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, e os diplomados pelas escolas e cursos de enfermagem das forças armadas nacionais e forças militarizadas que não se acham incluídos na letra c do item I do art, 2º da presente Lei.
- 4) Na qualidade de parteira, os portadores de certificado de parteira, conferido por escola oficial ou reconhecida pelo Governo federal, nos termos da Lei 775, de 6 de agosto de 1949

- 5) Na qualidade de enfermeiros práticos ou práticos de enfermagem:
 - a) os enfermeiros práticos amparados pelo Decreto nº 23.774, de 11 de janeiro de 1934;
 - b) as religiosas da comunidade amparadas pelo Decreto nº 22.257, de 26 de dezembro de 1932;
 - c) os portadores de certidão de inscrição, conferida após exame de que trata o Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946.
- 6) Na qualidade de parteiras práticas, os portadores de certidão de inscrição conferida após exame de que trata o Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946.¹⁴⁴

Esse artigo demonstra como estava constituída a equipe de enfermagem na época. Categorias foram mantidas, como a de enfermeiro, obstetriz e auxiliar de enfermagem. Para outras, como enfermeiros práticos e parteiras práticas, a lei fixou prazo para a sua descontinuidade, revogando os Decretos 23.774 e 22.257, que amparavam legalmente essas categorias, reconhecendo os portadores desses certificados até a data da publicação dessa lei.

Dada essa complexidade de categorias em uma profissão, considera-se necessário especificar as funções atribuídas a cada uma delas, o que está regulamentado na Lei 2.604/55, em seu artigo 3º:

- Art. 3º São atribuições dos enfermeiros, além do exercício da enfermagem:
- a) direção dos serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares e de saúde pública, de acordo com o art. 21 da Lei n/ 775, de 6 de agosto de 1949;
 - b) participação do ensino em escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem;
 - c) direção de escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem;
 - d) participação nas bancas examinadoras de práticos de enfermagem.¹⁴⁵

Ao especificar as atribuições dos enfermeiros “além do exercício da enfermagem”, a lei não determina quais seriam essas funções preconcebidas. O trabalho manual, de execução das técnicas de enfermagem, não retrataria o ‘exercício da enfermagem’ descrito na lei? Se assim o era, refletia ele a expectativa da sociedade frente à enfermeira?

Apesar da frase ressaltada, o texto da lei descreve claramente as funções de chefia, administração e de ensino para a enfermeira. A ela caberia prioritariamente a liderança, a condução do serviço de enfermagem.

¹⁴⁴ BRASIL. Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o Exercício da Enfermagem Profissional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 21 set. 1955.

¹⁴⁵ BRASIL. Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955. *Op. cit.*

Todavia, o cuidado direto expresso pela sociedade como função do enfermeiro não era assim interpretado nem permeava o ensino da enfermagem. Com fundamento no preceito da divisão social do trabalho, o foco da formação desses profissionais era a administração e gerência do cuidado, conforme especificado na lei.

Contudo, no artigo 5º, essa mesma lei reforça a divisão social do trabalho na enfermagem:

Art. 5 ºSão atribuições dos auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos e práticos de enfermagem, todas as atividades da profissão, excluídas as constantes nos itens do art. 3º sempre sob orientação médica ou de enfermeiro.¹⁴⁶

Na análise das atribuições do enfermeiro e do auxiliar e prático de enfermagem, transcritas na lei, percebem-se os preceitos da divisão social do trabalho da enfermagem: intelectual X manual. Assim, demarcavam-se as funções de cada categoria: à enfermeira, a administração e o ensino e ao pessoal auxiliar caberiam “todas atividades da profissão”.

Essa lei regulamentou o exercício profissional até 1986, quando a legislação do exercício profissional foi atualizada, portanto, o período aqui estudado foi regulamentado pela Lei 2.604, de 1955.

Com as atribuições da enfermeira claramente definidas na administração, liderança e no ensino da equipe de enfermagem, regulamentadas tanto na lei do exercício profissional como no ensino, surgiu na literatura de enfermagem brasileira, no início da década de 1960, o planejamento da assistência prestada ao indivíduo, a utilização de um método científico que permitisse a valorização profissional no mercado capitalista.

Na verdade, esses novos conceitos nortearam um novo paradigma profissional, quando o trabalho manual passou a ser valorizado e cobrado pela elite intelectual da categoria.

Assim, a enfermeira dos anos 1960 viu-se pressionada por cobranças contraditórias da academia, do mercado de trabalho e da lei do exercício profissional. De um lado, o ensino sofreu mudança radical, preconizando, dentre suas atribuições, o planejamento do cuidado prestado, em dicotomia com a

¹⁴⁶ BRASIL. Lei 2.604/55, de 17 de setembro de 1955. *Op. cit.*

legislação profissional, que definia como suas atribuições a administração, supervisão e ensino. Todavia, num paradoxo, o ensino continuava formando para a administração, supervisão e a docência, perpetuando o modelo das *ladies-nurses*, em dissonância do discurso do cuidado direto.

Nessa mesma década, o governo militar, pressionado pelo mercado de trabalho em conjunto com a pressão popular por mais vagas universitárias, instituiu os cursos profissionalizantes, incluindo o curso técnico em enfermagem. Esse curso profissionalizante iniciou na escola Anna Nery, por meio do Parecer 171/66¹⁴⁷, que aprovava a instituição do curso Técnico de Enfermagem de nível médio e ciclo colegial, incluindo mais uma categoria na equipe. Esse documento descreve as disciplinas que seriam ministradas, bem como as áreas de estágios, como médica, cirúrgica, psiquiátrica e de saúde pública, dentre outras.

Esse parecer contém a mesma lacuna deixada pela legislação de enfermagem em anos anteriores, ou seja, a indefinição das atribuições desempenhadas por essa nova categoria, na equipe de enfermagem. O que se percebe, na análise desses documentos, é a criação de novas categorias, a fim de aumentar o número de profissionais no mercado a baixo custo, entretanto, sem delimitação de funções.

Acrescenta-se a isso a existência de mais uma categoria, atendente de enfermagem, que era composta por pessoas sem formação especializada, cuja aprendizagem das práticas do cuidado dava-se no serviço de forma empírica. Ela não era considerada categoria legalizada, porém, correspondia à maioria da força de trabalho na enfermagem, até sua extinção, prevista na lei do exercício profissional de 1986.

Esse contexto da não-delimitação de funções correspondentes a cada categoria na equipe de enfermagem deve ter contribuído para as dificuldades encontradas pela enfermeira na aplicação do processo de enfermagem. Se existia a clareza de que competia a ela a supervisão, administração e o ensino, isso não acontecia na delegação das tarefas a serem executadas.

Contudo, a necessidade da aplicação de uma metodologia científica para prestar o cuidado de enfermagem começou a ser introjetada na categoria, com relatos de experiência da aplicação do processo de enfermagem, adequações e

¹⁴⁷ SANTOS *et al.* **Legislação em Enfermagem**: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2002.

exclusões de etapas desse método, até a formulação de outras metodologias por diversos autores. No início da década de 1980, começaram os trabalhos da *North American Diagnosis Association* (NANDA), que desenvolveu a taxonomia para o diagnóstico de enfermagem.

Esse caminhar culminou com a publicação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispunha sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem, coroando os esforços empreendidos desde o início da década de 1960.

2.3 EXERCÍCIO PROFISSIONAL – LEI 7.498/86

Depois de 11 anos de esforço conjunto entre a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem, os enfermeiros conseguiram a aprovação de Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que atualizava o exercício profissional da enfermagem, e do Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamentava a Lei 7.498/86. Muitos de seus artigos foram vetados, outras emendas surgiram, entretanto, a categoria considerou um grande avanço para o desenvolvimento profissional.

No texto dessa lei, a redução das categorias na enfermagem reflete a realidade profissional, pois algumas categorias que antes figuravam na lei de 1955 tinham se extinguido (enfermeiros práticos e parteiras práticos), e foi criada a de técnico de enfermagem. A figura do atendente de enfermagem, que não constava oficialmente na lei, mas figurava como participante das práticas de cuidado de enfermagem, foi extinta oficialmente, e concedeu-se prazo de dez anos, a partir da data da publicação da lei, para que ele buscasse a qualificação.

Art. 2º Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.¹⁴⁸

O texto da lei regulamenta, como atribuições do enfermeiro:

¹⁴⁸ BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e Dá Outras Providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jun. 1986.

Art. 10º. O desempenho das atividades de enfermagem constitui o objeto da profissão liberal de enfermeiro, ao qual é assegurada autonomia técnica de planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.

Art. 11º O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

- 1) Privativamente:
 - a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da Instituição de saúde pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
 - b) Organização e direção de serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
 - c) Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
 - d) VETADO
 - e) VETADO
 - f) VETADO
 - g) VETADO
 - h) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
 - i) Consulta de enfermagem;
 - j) Prescrição da assistência de enfermagem;
 - l) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
 - m) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; [...].¹⁴⁹

Nesse artigo, as atribuições de administração e supervisão das unidades de enfermagem permanecem, dando continuidade às atribuições delegadas à enfermeira, desde a implantação da profissão no Brasil.

Todavia, algumas atividades da administração desenvolveram-se e outras foram criadas, no período compreendido entre as duas leis do exercício profissional, de 1955 e 1986, como consultoria, auditoria e emissão de pareceres, que, já na década de 1980, figuravam no processo de trabalho dos enfermeiros, advindas da necessidade dos seguros de saúde e medicina de grupo de fiscalizar as atividades prestadas a essas instituições.

A regulamentação da prescrição de enfermagem e a consulta de enfermagem, que foi conquista da enfermagem e é de interesse do presente estudo, coroa a trajetória da metodologia da assistência de enfermagem iniciada na década de 1960, desenvolvida com esforços, reflexões, críticas e indiferenças, com a inclusão da sistematização da assistência nessa lei. A aprovação desses

¹⁴⁹ BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e Dá Outras Providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jun. 1986.

instrumentos retratou o reconhecimento da sociedade da necessidade de implantação do método científico no processo de trabalho do enfermeiro.

Prossegue o artigo, agora determinando as funções da enfermeira na equipe de saúde:

- 2) Como integrante da equipe de saúde:
 - a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
 - b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
 - c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
 - d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
 - e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
 - f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
 - g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
 - h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
 - i) execução de parto sem distócia;
 - j) educação visando a melhoria de saúde da população; [...].¹⁵⁰

A participação da enfermagem na elaboração e avaliação dos programas de saúde já era realidade na prática assistencial. Mais uma vez, a lei vem a reboque da prática, conseqüentemente, regulamenta o que já acontece na realidade de uma sociedade.

Também a participação da enfermagem em programas de saúde coletiva foi impulsionada pela reforma sanitária, quando os profissionais da área redirecionaram a lógica das políticas de saúde para a prevenção de doenças, que tanto assolavam a população brasileira, e promoção da saúde.

Outra atribuição à enfermeira, que não aparecia na lei do exercício de 1955, era o controle de infecção hospitalar. Essa função também já era exercida pelo enfermeiro, como integrante das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, foco de atenção das autoridades e dos profissionais de saúde.

A lei também descreve as atribuições do técnico e do auxiliar de enfermagem:

¹⁵⁰ BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. *Op. cit.*

Art. 12º O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação do planejamento da assistência de enfermagem:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 13º O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto do paciente;
- d) participar da equipe de saúde; [...].¹⁵¹

A promulgação desses artigos permitiu a delimitação das funções das categorias envolvidas, que, até então, entrelaçavam-se, e isso dificultava a tomada de responsabilidade por parte dos profissionais envolvidos.

No entanto, a definição dessas atribuições não foi, e ainda não é, consenso na categoria. Para Lorenzetti:

A definição das atribuições de cada um dos exercentes da enfermagem é um dos pontos mais importantes da problemática atual e que identificamos como polêmico, porque a versão final aprovada conta com enfermeiros que discordam e têm uma forte oposição e indignação aos auxiliares de enfermagem.¹⁵²

Essa insatisfação é reflexo do excessivo número de categorias numa mesma profissão, divisão ímpar entre as profissões liberais, acrescidas por interesses governamentais e do mercado de trabalho. Trata-se do grande desafio a ser enfrentado ainda pela categoria, ou seja, a adequação e redução do número dessas divisões contextualizadas com as práticas do cuidado, nos dias de hoje.

Apesar dessa polêmica, a promulgação da lei foi um grande avanço para a profissão de enfermagem, pois delimitou o campo de ação dos profissionais, impulsionando-os para a apropriação das funções que lhe foram atribuídas.

¹⁵¹ BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. *Op. cit.*

¹⁵² LORENZETTI, J. A “nova” Lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. In: SANTOS *et al.* **Legislação em Enfermagem**: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2002. p.317.

No caso da execução da prescrição e da consulta de enfermagem, sua regulamentação reflete os esforços que a categoria já vinha desenvolvendo para obter a visibilidade e a credibilidade desses instrumentos, mostrando à sociedade a necessidade do embasamento científico no processo de trabalho do enfermeiro. A regulamentação na lei da execução da prescrição e da consulta de enfermagem do exercício profissional despertou a necessidade de apropriação desses instrumentos por parte dos enfermeiros.

Assim, as décadas de 1980 e 1990 caracterizaram-se por novo impulso na metodologia da assistência de enfermagem. Esforços acadêmicos e na prática assistencial visaram à aplicação do diagnóstico de enfermagem e da sistematização da assistência prestada.

Estudos no Brasil trouxeram o referencial de pesquisas internacionais, como a taxonomia da *North American Nurses Diagnosis Association* (NANDA) e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), dentre outras. A NANDA foi resultado de pesquisas norte-americanas, que elaboraram uma taxonomia para o diagnóstico de enfermagem, unificando termos e determinando as características definidoras e os fatores relacionados a cada diagnóstico levantado.

A primeira versão da CIPE surgiu em 1996, oriunda da necessidade de uma classificação internacional para determinar as práticas da enfermagem no contexto mundial. A partir dessa classificação, a ABEn Nacional, a pedido do Conselho Internacional de Enfermeiros, desenvolveu a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC).

Os estudos para implementação dessas duas e outras taxonomias e metodologias para a sistematização da assistência buscam adequar essas pesquisas internacionais ao contexto da enfermagem no Brasil. Percebe-se um movimento na contemporaneidade, por parte da ABEn Nacional, para que sejam empenhados esforços para o desenvolvimento e a validação da CIPESC, por tratar-se de uma taxonomia brasileira e, portanto, adequada à realidade do País.

Dessa exposição, compreende-se que a aprovação, na lei, da prescrição e da consulta de enfermagem representou novo impulso à metodologia da assistência. Os profissionais, ao verem estampadas em lei suas atribuições, sentiram-se responsabilizados pela busca de subsídios que fornecessem o referencial para sua implementação, que permeia os dias atuais na categoria.

Assim, a lei do exercício profissional e a prática têm relação de cumplicidade. A lei reflete a prática, normatizando as atribuições que a sociedade necessita e que são evidenciadas por essa prática, a qual também se modifica, ao adequar-se aos anseios da sociedade expressas na lei.

Essa constatação faz-se necessária para que se contextualize a história da implantação da metodologia da assistência de enfermagem, cuja análise deverá estar permeada pelos aspectos legais que regulamentavam a prática da época estudada, permitindo compreender as atribuições delegadas e os anseios da sociedade, no que se refere ao profissional enfermeiro.

3 A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Mudanças profundas permearam a prática assistencial da enfermagem no Brasil, a partir dos primórdios do século XX. A necessidade de mão-de-obra no setor da saúde, para debelar as doenças pestilentas que afligiam as cidades portuárias, impulsionou a criação de escolas de enfermagem no País, fundadas sob a orientação de enfermeiras norte-americanas, que introduziram os preceitos de Florence Nightingale, nas práticas do cuidado profissional. O cuidado passou a ter embasamento científico, requerendo formação específica, com o objeto e o processo de trabalho definidos. Nesse contexto, surgiu a enfermeira como profissional liberal, alcançando prestígio e remuneração, na década de 1920.

As práticas do cuidado, até então a cargo de religiosas e voluntários, passaram a ser executadas por profissionais leigos, com formação específica, remuneração e com a divisão social do trabalho. Assim, o objeto da enfermagem modificou-se:

[...] transformou-se historicamente: de um lado, tornou-se mais complexo e se fragmentou; de outro, transfigurou-se, pois se o que contava para o feudalismo europeu era a salvação das almas (dos doentes e de quem os tratava), para o capitalismo, o que conta é a salvação dos corpos necessários ao sistema produtivo.¹⁵³

A fase de implantação profissional no Brasil, a partir da década de 1920, caracteriza-se pelo foco na profissionalização, no aprendizado de técnicas de enfermagem, preparo de futuras administradoras institucionais e líderes de equipe, com base nos preceitos de Florence de abnegação e subserviência médica. Outro preceito, a divisão do trabalho em intelectual, executado pelas enfermeiras diplomadas (*ladies*) e manual, das auxiliares do serviço de enfermagem (*nurses*), delimitou claramente o papel a ser desempenhado pelas duas categorias. À enfermeira caberiam as atividades de administração e organização dos serviços de enfermagem, vinculada às instituições, e o ensino profissional, desempenhando o

¹⁵³ SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional: Análise Crítica**. São Paulo: Cortez, 1986. p.117.

papel de líder da equipe, e ao pessoal auxiliar caberiam as medidas de conforto e de reabilitação, enfim, o cuidado direto ao enfermo.

A partir da década de 1950, profissionais impulsionados pelo positivismo, pela lógica do sistema capitalista e pelo avanço da ciência buscaram a introdução dos princípios científicos, como norteadores das ações de enfermagem. Assim, a construção de um conhecimento próprio, por meio da elaboração de várias teorias, forneceu o referencial teórico necessário à implementação da prática assistencial, trazendo respaldo científico ao processo de trabalho do enfermeiro, norteando suas ações.

A busca da cientificidade profissional passou por alguns aspectos, como:

[...] o caráter tardio do ensino regular na área de enfermagem, para o caráter tardio de sua transformação em ocupação remunerada e, finalmente, para o caráter tardio da constituição da (moderna) categoria profissional das enfermeiras. Este tríplice retardamento reflete-se, por sua vez, no respectivo processo de cientificação, que se apresenta permeado de equívocos e contradições.¹⁵⁴

No Brasil, a introdução da metodologia científica no processo de trabalho da enfermeira iniciou-se na década de 1960. Para que fosse possível a análise histórica dessa implementação, utilizaram-se como fonte os artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1960 a 1986, buscando nelas a contextualização histórica da época delimitada.

3.1 PRIMEIRAS REFERÊNCIAS SOBRE A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA

O primeiro artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem sobre sistematização da assistência de enfermagem, no período proposto, é de autoria de Wanda de Aguiar Horta, intitulado *Considerações sobre o diagnóstico de Enfermagem*, de 1967. Esse fato confirma a autora como precursora da aplicação da metodologia científica no Brasil e a forte influência dela durante as décadas seguintes.

A introdução de uma sistematização científica no processo de trabalho da enfermeira encontrou resistências, pois, como relata Horta, embora o termo estivesse em uso há alguns anos nos Estados Unidos, e mesmo lá levantasse

¹⁵⁴ SILVA, G. B. *Op. cit.* p.126.

controvérsias, somente naquela época, ocorria a utilização tímida do termo 'diagnóstico' no Brasil. Horta define que "[...] diagnosticar é, em síntese, aplicar o método científico, isto é, a utilização dos processos lógicos pelo pensamento, na busca da verdade ou na sua exposição. Os processos gerais de pensamento são utilizados de modo sistemático e refletido na procura do diagnóstico"¹⁵⁵.

Eis o novo paradigma da época: sistematizar o pensamento, o raciocínio, para levantar os problemas do paciente, elaboração que as enfermeiras já realizavam, porém, de forma intuitiva e sem registros.

Para Horta, o enfermeiro estaria capacitado a fazer o diagnóstico de enfermagem, pois detém conhecimentos das ciências básicas, na aprendizagem, relaciona a teoria com a prática e tem a experiência resultante da vivência de 24 horas em contato com os problemas do paciente. Horta apresenta três justificativas para a aplicação do diagnóstico de enfermagem. Eis a primeira:

1º - O pequeno número de enfermeiros, assoberbados com a sobrecarga das tarefas administrativas, além de seus encargos de chefia e responsabilidades de liderança, impede que os mesmos dêem cuidados pessoais de cabeceira aos pacientes sobre sua guarda: desta situação resulta a delegação de inúmeras atribuições ao pessoal auxiliar. Essa delegação não é e nem deve ser arbitrária, o enfermeiro é obrigado a planejar todas aquelas tarefas para que o pessoal, sob sua direção, as execute. Mas, como é possível planejar o tratamento de enfermagem sem antes diagnosticar as necessidades do paciente?¹⁵⁶

A constatação feita por Wanda Horta de que o enfermeiro delegava os cuidados diretos do paciente ao pessoal auxiliar parece não ter suscitado qualquer questionamento na categoria, inclusive sendo esse fato utilizado como justificativa para o planejamento do cuidado prestado ao paciente. Entretanto, não o era, devido ao déficit de profissionais enfermeiros, que impingia à prática assistencial a lógica da delegação de funções. Portanto, o preceito da divisão social do trabalho, encontrado no ensino e na prática assistencial, era incorporado ao processo de trabalho do enfermeiro, considerando o cuidado indireto como objeto de suas funções assistenciais.

¹⁵⁵ HORTA, W. A. Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.7-13, jan./fev. 1967. p.7.

¹⁵⁶ HORTA, W. A. *Op. cit.* 1967. p.9.

2º - Fatores sócio-econômicos obrigam a que problemas de saúde do indivíduo, grupo ou comunidade, sejam solucionados no mais curto prazo de tempo; é absolutamente anti-econômico o uso de medidas empíricas, ensaios de êrro e acêrto; cabe ao enfermeiro o diagnóstico de enfermagem e aplicar o tratamento específico.¹⁵⁷

Estampa-se nesse comentário a lógica do mercado de trabalho da sociedade capitalista de então. A produtividade da área da saúde estava intimamente ligada à rotatividade dos indivíduos hospitalizados, acarretando, na enfermagem, inserida nesse mercado, a lógica da otimização do tempo.

3º - O progresso das ciências do Homem em especial das ciências médicas exige do enfermeiro maior soma de conhecimentos, maior capacidade de reflexão, análise e síntese, levando-o, em suma, a utilizar estes processos na resolução dos problemas dos indivíduos, grupos ou comunidades sob sua orientação profissional.¹⁵⁸

Os avanços tecnológicos na área da saúde e o mercado de trabalho competitivo impulsionaram a enfermagem para as especificidades do cuidado terapêutico, exigindo desse profissional conhecimentos e habilidades condizentes com o contexto capitalista. Para sua inserção nesse mercado, a enfermagem precisaria identificar qual seria seu papel na equipe multiprofissional da área da saúde. Horta já vislumbrava essa necessidade, ao recomendar a postura crítica e reflexiva do profissional enfermeiro, tomando para si a responsabilidade da resolução dos problemas de enfermagem do indivíduo sob seus cuidados.

Para tal desempenho, o diagnóstico de enfermagem era o instrumento capaz de subsidiar o raciocínio clínico nesse processo, embasado nas necessidades humanas básicas. Nesse artigo, Horta fundamenta seu referencial teórico, o das necessidades humanas básicas de Maslow, que permeou toda sua produção intelectual.

A resistência de outros profissionais da área quanto ao termo diagnóstico de enfermagem, que, nos dias atuais, ainda suscita questionamentos da classe médica, já aparecia naquela época, quando havia a preocupação de distingui-lo do diagnóstico médico, tendo este a finalidade de identificar a doença do indivíduo e aquele, identificar suas necessidades.

¹⁵⁷ HORTA, W. A. 1967. *Op. cit.* p.9.

¹⁵⁸ *Idem.*

A taxonomia utilizada por Wanda Horta no artigo difere da utilizada hoje. Ela exemplifica o diagnóstico de enfermagem a um paciente comatoso, como: “Deficiência total das atividades da vida de relação e deficiência parcial das atividades da vida vegetativa”. Essa denominação é alterada pela própria autora em suas publicações posteriores.

Segue ela propondo o plano para o tratamento de enfermagem, conhecido como plano assistencial ou de cuidados de enfermagem, focado em: cuidados higiênicos, atividades físicas, observação e controle das atividades vitais, alimentação, cuidados psicológicos, sociais e espirituais, cuidados com a medicação, ambiente e proteção contra infecções e acidentes. Um dado que chama a atenção é a preocupação da autora com o aspecto preventivo e de reabilitação, além do curativo, que deveriam nortear o plano assistencial.

Ainda em 1967, Wanda Horta *et al.* publicaram o artigo *O ensino do Plano de Cuidados em Fundamentos de Enfermagem*¹⁵⁹. A experiência foi realizada pelas autoras na citada disciplina, Fundamentos de Enfermagem, em 1963, como tarefa facultativa na escola da Universidade de São Paulo (USP) e, no ano seguinte, incorporou-se o plano de cuidados como requisito básico do estágio prático, do curso de graduação dessa universidade. Essa disciplina fornecia a apresentação do planejamento global de atividades do aluno em relação ao paciente, na forma de plano de cuidados de enfermagem. A constatação do ensino desse plano, apenas três anos após a publicação do artigo nos Estados Unidos sobre o processo de enfermagem, demonstra o pioneirismo das enfermeiras docentes brasileiras, o preparo intelectual e o grau de comprometimento com a categoria, fomentando o intercâmbio internacional para fortalecimento da enfermagem brasileira.

O ensino do plano de cuidados tinha, como estrutura, roteiro de aulas teóricas compostas de: Anamnese de enfermagem com exame físico; Diagnóstico de enfermagem; Plano de Cuidado de Enfermagem, que era subdividido em Significado e Características; Pessoas relacionadas à elaboração e execução do plano; Objetivos gerais e específicos; e Fonte de informações e elaboração do plano.

Percebe-se, nesse artigo, o início dos estudos da autora sobre a elaboração de uma sistematização científica para a assistência de enfermagem, que, mais tarde,

¹⁵⁹ HORTA, W. A. O ensino do Plano de Cuidados em Fundamentos de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n.4, p.249-263, ago. 1967.

ela chamaria de 'processo de enfermagem'. Revelam-se, no instrumento utilizado para o plano de cuidados, algumas etapas que, posteriormente, a autora incorporou ao processo de enfermagem, como a anamnese e o exame físico, o diagnóstico e o plano de cuidados.

A complexidade desse primeiro instrumento é reconhecida pelas próprias autoras, quando fazem a ressalva da necessidade de aperfeiçoamento do método didático e da simplificação do plano para sua utilização. No entanto, vislumbram a importância do plano assistencial e, nesse artigo, delegam para a categoria responsabilidades, recomendando:

[...] que as escolas de enfermagem adotem sistematicamente o ensino do plano de cuidados, iniciando-se no primeiro ano da graduação; a necessidade do preparo dos docentes para o ensino do plano de cuidados e que as enfermeiras o tomem como uma de suas responsabilidades[?]; a utilização de planos de cuidados e que esforços sejam emitidos no sentido de idealizar planos simples e acessíveis a todo o pessoal de enfermagem.¹⁶⁰

A relevância da aplicação de uma sistematização já era indicada em 1968, por Clarice Oliveira e Hyeda Rigaud, quando apontaram o plano de cuidado integral:

Se a enfermagem assume seu papel de liderar a orientação da assistência de enfermagem ao paciente, se mantém a sua equipe orientada quanto ao que deve ser feito com o paciente, se mostrar a sua capacidade de sintetizar o atendimento de todas as necessidades do paciente, num planejamento bem feito e eficiente, por certo será este o maior testemunho de sua possibilidade de desempenhar o seu papel na equipe de saúde e de poder caracterizar-se como profissional liberal, porque terá a sua área de trabalho bem definida.¹⁶¹

O plano assistencial elaborado pelas enfermeiras até essa época resumia-se em anotações no Kardex¹⁶², que auxiliavam as enfermeiras na passagem de plantão e no planejamento do cuidado. Pesquisa de Oliveira e Rigaud¹⁶³, realizada no Hospital da Universidade da Bahia, sobre a opinião de enfermeiras quanto à

¹⁶⁰ HORTA, W. A. O ensino do Plano de Cuidados em fundamentos de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n.4, p.249-263, ago. 1967.

¹⁶¹ OLIVEIRA, C.; RIGAUD, H. M. Plano de cuidado integral de enfermagem ao paciente hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.458-470, out. 1968. p.462.

¹⁶² Kardex são impressos de papel cartão (fichas), com 5x8 polegadas (cf. MARIA, V. L. R. *et al.* Evolução do paciente: anotações de enfermagem no Kardex e passagem de plantão com equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.30, n.3, p.237-243, jul./set. 1977. p.238).

¹⁶³ OLIVEIRA, C.; RIGAUD, H. M. **Op. cit.** 1968.

utilização do plano de cuidado para a melhoria da assistência de enfermagem, relata as resistências a esse método, pois, embora 90% das enfermeiras pertencentes à amostra reconhecessem o seu indiscutível valor no planejamento da assistência ao paciente, elas faziam ressalvas quanto ao seu funcionamento nos moldes em que era feito; 60% opinavam pela necessidade de revisão do sistema de anotações e comunicações internas, no sentido de torná-lo mais objetivo; e 80% apontavam a insuficiência quantitativa e qualitativa de pessoal, prejudicando o andamento dos trabalhos. Contudo, as idéias da sistematização da assistência baseada em metodologia científica começaram a dar frutos, pois o artigo propunha um plano escrito de assistência integral de enfermagem a pacientes hospitalizados, visando à melhoria no padrão de assistência de enfermagem.

Contra-pondo-se à falta de questionamento quanto ao processo de trabalho da enfermagem, transparecido nos artigos, o editorial da Revista Brasileira de Enfermagem de 1968 faz enfático apelo à categoria:

Lançamos como classe um brado de alerta. Se aos auxiliares de enfermagem e aos atendentes estiverem cabendo as funções que mais importam para a cura dos internados há um grave erro de ética profissional praticado pelos enfermeiros diplomados. Não se brinca com realidade deste setor. A ABEn tomará providência, doa a quem doer, caso os enfermeiros não tomem, por si mesmo, o caminho apontado pelo nível de responsabilidade social que seu diploma de nível universitário lhes assegura.¹⁶⁴

A redação desse editorial revela a preocupação com a delimitação de funções da equipe e a busca do cuidado direto, que já suscitava questionamentos na massa crítica da enfermagem brasileira, representada pela redatora chefe, Haydeé Guanais Dourado, e pela editora, Anayde Correa de Carvalho.

Entretanto, se o trabalho manual sempre fora atribuição do pessoal auxiliar de enfermagem, desde os primórdios profissionais, por que a enfermeira tomava agora para si essas ações? Quais seriam os determinantes que direcionavam essa atitude?

Essas indagações quanto à delimitação de atividades da equipe de enfermagem não aparecem repentinamente, pois já figuravam em estudos desde o início da década de 1960, coincidindo com a constatação, na literatura de

¹⁶⁴ EDITORIAL. Funções de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1/2/3, jan./fev./abr./jun. 1968.

enfermagem, da necessidade de aplicação de método científico sistematizado, delegando à enfermeira a responsabilidade do planejamento das ações prestadas ao enfermo. Porém, essa constatação traz alguns questionamentos relacionados à realidade da prática profissional da época: Como fazê-lo, se o déficit de profissionais e o fato de estarem assoberbadas de atividades administrativas dificultavam o cuidado direto? Como prestar o cuidado direto ao indivíduo, se em sua formação os ‘trabalhos manuais’ tinham menos valia? Como prestar o cuidado direto sem perder o prestígio das outras categorias da área de saúde?

Um artigo publicado em 1968, sobre as atividades de enfermagem em hospital governamental, permite clara identificação do processo de trabalho do enfermeiro, naquela época:

De nosso convívio com os problemas hospitalares sabemos de queixas constantes referentes à escassez de pessoal, a qual seria responsável por um serviço de enfermagem deficiente. A essa escassez é atribuída a necessidade das enfermeiras delegarem a pessoas de formação inferior muitas das tarefas que lhes competem. Sabemos que este problema não é característico deste hospital, nem da realidade brasileira e que países muito mais avançados que o Brasil tem-se defrontado com situação semelhante.¹⁶⁵

A referida pesquisa parece responder ao editorial, reconhecendo a delegação de funções. Entretanto, discorre quantitativamente sobre as atividades da equipe de enfermagem em um hospital público, fornecendo dados detalhados, como horário de trabalho distribuído em três turnos: manhã, das 7 às 15h; tarde, das 15 às 22h; e o noturno, das 22 às 7h. A porcentagem do cuidado direto era de 40,3%, na parte da manhã, e 12,6%, à tarde. Os cuidados organizacionais computavam 59,7% pela manhã e 87,4% à tarde. Na clínica médica, no período da manhã, a enfermeira dispunha de 8,22 minutos para cada paciente, sendo efetivamente despendido 0,9 minuto de cuidado direto e 2,46 minutos no trabalho indireto.

Assim, essa pesquisa confirma o discurso da categoria até então, de que “quem mais lida com o paciente é o atendente; segue-se o auxiliar e, em seguida, a enfermeira”¹⁶⁶. Em suas conclusões, as autoras afirmam:

¹⁶⁵ SANTOS, C. F.; MINZONI, M. A. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.396-442, out. 1968. p.396.

¹⁶⁶ SANTOS, C. F.; MINZONI, M. A. **Op.cit.** 1968. p.422.

5 – As enfermeiras estão de maneira geral muito ausentes das unidades, sendo que à tarde essas ausências são quase o dobro, em média de tempo, para todas as unidades, em relação às do período da manhã.

6 – A elevada taxa de ausência no período da tarde se explica pela responsabilidade que as enfermeiras têm sobre outras unidades. Isto é um índice patente de escassez de enfermeiras no hospital.

8- Dentre as atividades indiretas as enfermeiras trabalham predominantemente na área de organização. São baixos os valores percentuais da área técnica e menores ainda os valores da área básica.

17- As secretárias trabalham dentro de seus próprios níveis, mas poderiam receber algumas das tarefas de organização que estão sendo executadas por enfermeiras.¹⁶⁷

Elas apontam como determinantes da escassez de enfermeiros na instituição salário insuficiente e número reduzido de vagas destinadas a esse profissional. Ainda, sustentam que “O conhecimento destas razões deveria ser suficiente pelo menos para que a culpa de serviços deficientes de enfermagem não [continuasse] recaindo apenas sobre as enfermeiras, que muito pouco [poderiam] fazer nas condições atuais de trabalho”¹⁶⁸.

O déficit de profissionais obrigava a delegação de funções indevidas, fazendo com que a enfermeira despendesse 20% de seu tempo em atividades de outros níveis, principalmente, de secretaria. Isso evidencia certa desorganização na distribuição das funções de cada nível.

As autoras suscitam questionamentos quanto ao cuidado integral *versus* enfermeira administrativa. As enfermeiras estavam sendo formadas para o cuidado integral, devendo conceber o indivíduo como ser biopsicossocial, distante da prática observada na pesquisa. Elas formulam perguntas instigantes, que orientam ainda hoje a prática assistencial da enfermagem:

Por que preparar tão bem as enfermeiras se elas não vão cuidar dos pacientes? Para o tipo de atividades que vêm predominantemente executando não estará faltando um Curso de Administração de Empresas? Precisamos é saber para **o que** devemos preparar as futuras enfermeiras e prepará-las para isto. Se se desejar realmente manter como ideal de enfermagem o cuidado integral do paciente, que se treinem as futuras profissionais para esta função mas lutem por **poder dar este cuidado**. Na medida em que esses cuidados estão sendo dados por pessoal não preparado, estão reconhecendo que não há necessidade de toda a preparação técnico-científica que as escolas vêm ministrando.¹⁶⁹

¹⁶⁷ SANTOS, C. F.; MINZONI, M. A. *Op. cit.* 1968. p.425.

¹⁶⁸ SANTOS, C. F.; MINZONI, M. A. *Op. cit.* 1968. p.426.

¹⁶⁹ *Idem.*

Ao analisar a prática da enfermagem no século XX, numa perspectiva histórica, constata-se que, se a enfermagem não tinha delimitado concretamente seu objeto de trabalho, o cuidado direto e integral, como poderia implementar uma sistematização em seu processo de trabalho que priorizasse esse cuidado?

3.2 DIVULGAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Wanda Horta continuou propagando a necessidade do planejamento da assistência, publicando, em 1971, três artigos.

O primeiro é *O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem*¹⁷⁰, de Horta, Hara e Paula, no qual consideram como funções da enfermeira a determinação do diagnóstico e a elaboração e execução do plano de cuidados. As autoras preconizam alguns conhecimentos e algumas habilidades como instrumentos indispensáveis ao desenvolvimento profissional do estudante. Os instrumentos básicos relatados são: comunicação, planejamento, avaliação, método científico, observação, trabalho em equipe, destreza manual e criatividade, ainda hoje ensinados nos cursos de graduação em enfermagem.

O segundo artigo publicado, *A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem*¹⁷¹, descreve e conceitua o histórico de enfermagem, pontuando-o como o primeiro passo do método científico para a elaboração do diagnóstico de enfermagem.

O terceiro artigo publicado, *A metodologia do processo de enfermagem*¹⁷², é um marco na história da metodologia da assistência de enfermagem no Brasil. Coroa e agrupa a produção anterior da autora, quando conceitua e estrutura as etapas do processo de enfermagem. Nele, ela discorre sobre o referencial americano que embasou seus estudos, como os conceitos de 'prognóstico de enfermagem', 'histórico de enfermagem', 'plano de cuidados', entretanto, Horta esclarece que havia divergências quanto à terminologia e à metodologia utilizadas pelas enfermeiras, especialmente nos Estados Unidos.

¹⁷⁰ HORTA, W. A.; HARA, Y.; PAULA, N. S. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3/4, p.159-169, abr/jun. 1971.

¹⁷¹ HORTA, W. A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.46-52, jul./set. 1971b.

¹⁷² HORTA, W. A. A metodologia do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 25, n. 6, p.81-95, out./dez. 1971c.

Um dado curioso, não comumente encontrado na literatura de enfermagem, é o relato de Horta sobre o trabalho publicado que fundamentou seus estudos na metodologia científica:

Berggren e Zagornik, em artigo publicado em julho de 1968, em "Nursing Outlook", falam em "processo de enfermagem" e aí o esquematizam. Este trabalho serviu de inspiração ao nosso próprio modelo esquemático. Aí citam Ida Orlando como introdutora do termo "processo de enfermagem" porém com significado diferente do nosso".¹⁷³

O trabalho de Horta foi a unificação de conceitos da terminologia e a estruturação completa da metodologia, citada por ela como 'processo de enfermagem'.

Horta defende a necessidade de a enfermagem se desenvolver técnica e cientificamente e ressalta que a priorização das atividades administrativas delega o cuidado aos atendentes de enfermagem, feito de modo empírico. Se nos Estados Unidos já aparecia o elemento técnico em administração de unidade hospitalar, ela questiona: O que restaria ao enfermeiro? e responde:

A meu ver o enfermeiro deverá voltar às suas origens profissionais, isto é, assistir o indivíduo, família ou comunidade, no atendimento de suas necessidades básicas, mas agora utilizando-se de método próprio baseado na metodologia científica, não mais fundamentada no empirismo, no "eu acho", no atendimento somente da execução de ordens médicas, ou de cuidados rotineiros; sem perspectiva de desenvolvimento, e, o que é mais grave, sem atender realmente às necessidades do paciente, família ou comunidade.¹⁷⁴

Horta preconiza, assim, a quebra da divisão social do trabalho na enfermagem; o retorno às origens profissionais citadas por ela, do cuidado direto ao indivíduo, contrapondo-se aos preceitos de Florence Nightingale; e que a visão da possível falta de função do enfermeiro na área da saúde, com o surgimento de novas categorias, seria o propulsor para o cuidado direto ao indivíduo.

Ela conceitua e define as etapas do processo de enfermagem¹⁷⁵: 1. Histórico de enfermagem; 2. Análise dos dados, com a identificação das necessidades humanas básicas; 3. Diagnóstico de enfermagem; 4. Avaliação do diagnóstico diante das observações feitas na execução do plano terapêutico; 5. Plano terapêutico de

¹⁷³ HORTA, W. A. *Op. cit.* 1971c. p.82.

¹⁷⁴ *Idem*, p.84.

¹⁷⁵ HORTA, W. A. *Op. cit.* 1971c.

enfermagem, englobando todos os cuidados necessários, enquanto o paciente estiver sob os cuidados do profissional; 6. Implementação do plano e avaliação, com o plano de cuidados diário; 7. Evolução de enfermagem, anotação diária de tudo que ocorre com o paciente e 8. Prognóstico de enfermagem.

Essa proposta foi um marco na história da metodologia da assistência no Brasil, corroborada por vários autores na década seguinte¹⁷⁶, que relataram em artigos publicados a aplicação e o ensino do modelo preconizado por Wanda Horta. O referencial das necessidades humanas básicas, ainda hoje, fundamenta o ensino e a prática assistencial da categoria, conforme relatos de pesquisas da atualidade¹⁷⁷.

Com a publicação do livro de Wanda Horta em 1979¹⁷⁸, houve a redução de etapas do processo de enfermagem, restando apenas: Histórico de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Plano assistencial; Prescrição de enfermagem; Evolução e prognóstico de enfermagem.

¹⁷⁶ CIANCIARULLO, T. I.; KOIZUMI, M. S.; FERNANDES, R. A. Q. Prescrição de enfermagem. Experiências de sua aplicação em hospital particular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.144-149, abr./jun. 1974.

DUARTE, A. B.; REIS, I. E. M. dos. Importância das anotações dos cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 3, p.83-91, jul./set. 1976.

CALDAS, N. P.; PEREIRA, A. C.; ALVAREZ, L. H. Instrumentos de registro das atividades de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 3, p.92-102, jul./set. 1976.

CAMPOS, E.; MACHADO, M. H.; MORIYA, T. M. Tentativa de um diagnóstico de enfermagem da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 4, p.25-27, out./dez. 1976.

KOCH, R. M. e OKA, L. N. Processo de enfermagem – avaliação feita por alunos do Departamento de Enfermagem da UCP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 30, n.3, p.274-285, jul./set. 1977.

NOGUEIRA, M. J. C. Uma experiência com consultas de enfermagem para crianças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.30, n. 3, p.294-306, jul./set. 1977.

PAULA, N. S. de P. *et al.* Processo de enfermagem orientado para os problemas do paciente: iniciação de ensino em fundamentos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 31, n. 1, p.101-113, jan./mar. 1978.

ARAÚJO, O. M. M. Consulta de enfermagem a gestante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.32, n. 3, p.259-270, jul./set. 1979.

LUCKESI, M. A. V. Aplicação do processo de enfermagem no hospital Ana Nery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 31, n. 2, p.141-156, abr./jun. 1978.

RESENDE, L. B. de; ANDRADE, V. R. O.; IMBIRIBA, C. E. Implantação da metodologia assistencial no IASERJ. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, n. 2, p.123-137, abr./jun. 1981.

¹⁷⁷ CARRARO, T. E.; KLEMBERG, D. F.; GONÇALVES, L. M. O ensino da metodologia da assistência de Enfermagem no Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n.5, p.499-501, set./out. 2003.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K. Ensino do processo de Enfermagem nas escolas de graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 10, n. 2, p.185-191, mar./abr. 2002.

¹⁷⁸ HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

3.3 VALIDAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Em 1972, publicou-se novo artigo sobre a aplicação do diagnóstico de enfermagem, questionando a sua prática:

Finalmente, tendo em vista as considerações feitas quanto aos aspectos relevantes e pontos críticos de uma problemática como a do diagnóstico de enfermagem, temos que convir que se acreditamos realmente que a enfermagem é o que há de melhor para o indivíduo e a sociedade, porque então não conseguimos validá-la, definitivamente, na prática profissional?¹⁷⁹

Constata-se que inquietações percebidas ainda hoje na prática da enfermagem, quanto a sua identidade profissional, sua validação e valorização na área da saúde, tiveram seus primórdios há 40 anos.

A percepção de que a cientificidade e a sistematização da assistência prestada são imprescindíveis para a autonomia profissional é apontada desde aquela época, como fica explicitado no artigo de Carvalho, quanto ao diagnóstico de enfermagem:

Só teria propósito se fosse substanciado por um corpo de conhecimentos que pudesse garantir para a enfermagem uma posição definitivamente conceituada no âmbito das profissões de saúde, e que pudesse defini-la, explicitativamente, em termos de ciência e utilidade prática [...].¹⁸⁰

O diagnóstico de enfermagem deu nova dimensão às práticas do cuidado, estendendo as perspectivas profissionais ao âmbito da investigação científica, avançando para a estruturação definitiva de uma ciência da enfermagem.

No entanto, a etapa do histórico de enfermagem da metodologia proposta por Wanda Horta foi alvo de voz discordante, a exemplo do artigo de Amália C. Carvalho¹⁸¹. Discorrendo sobre o histórico de enfermagem, ela aponta os direitos do paciente. Para a autora, a profissão de enfermagem, bem como de outras áreas de saúde, preocupada em estabelecer rotinas para facilitar seu trabalho, alcançar maior produtividade, relega as reais necessidades e os anseios do paciente internado.

¹⁷⁹ CARVALHO, V. de. A problemática do diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1/2, p.114-125, jan/abr. 1972. p.123.

¹⁸⁰ CARVALHO, V. de. **Op. cit.** p.118.

¹⁸¹ CARVALHO, A. C. Considerações sobre o ensino de campo na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.149-153, out./dez. 1972.

Será do seu agrado submeter-se a tantos interrogatórios? Não poderá esquivar-se da anamnese do médico e, muitas vezes, de um ou muitos estudantes de medicina; terá que aceitar também que enfermeiras e estudantes de enfermagem o obriguem a tão fastidioso processo? Compreenderá verdadeiramente a intenção desses interrogatórios? Saberá em que consiste, e fará mesmo questão de receber o cuidado integral, se isso depender de ter de abdicar da intimidade de sua vida particular? Será que isso é o que realmente espera do pessoal de enfermagem?¹⁸²

Esse questionamento está presente até hoje, entre os alunos de graduação, que consideram o histórico de enfermagem longo e exaustivo para o indivíduo internado.

Wanda Horta deu continuidade ao seu estudo sobre diagnóstico de enfermagem publicando o artigo *Estudo básico da determinação de dependência de enfermagem*, em 1972¹⁸³, teorizando que, ao determinar o diagnóstico, a enfermagem precisaria determinar o grau de dependência do atendimento em natureza e extensão. O critério de natureza divide-se em total e parcial, consistindo em ações de ajudar (A), orientar (O), supervisionar (S) e encaminhar (E); e, em extensão, atribui-se um número para o grau de dependência, dispondo-se numeração de 1 a 5, conforme a dependência do indivíduo com relação aos cuidados de enfermagem necessários para a satisfação de suas necessidades. Em sua conclusão, a autora incentiva realização de estudos clínicos experimentais para validação dos preceitos teóricos e de pesquisas para determinar o grau de dependência de cada necessidade básica afetada.

A aplicação desse critério para elaboração do diagnóstico está em desuso nos dias atuais, tendo sido desenvolvidas outras taxonomias, a partir de conceitos iniciados naquela época, por enfermeiras que buscavam a autonomia e a delimitação do espaço da enfermagem na área da saúde.

Após a publicação dos artigos de Horta sobre sua metodologia, seguiram publicações de relatos da aplicação do processo de enfermagem e sua validação como instrumento no processo de trabalho do enfermeiro, demonstrando os problemas que essa metodologia enfrentaria.

¹⁸² CARVALHO, A. C. *Op. cit.* p.151.

¹⁸³ HORTA, W. A. Estudo básico da determinação de dependência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.267-273, jul./set. 1972.

A aplicação da prescrição de enfermagem é relatada em artigo publicado em 1974, por Cianciarullo, Koizumi e Fernandes¹⁸⁴. As autoras já apontavam, nessa época, resistência à aplicação da metodologia científica, representada por período de dois anos e meio, para conseguir implementá-la. Comentam elas:

No entanto, quando tentamos racionalizar a assistência de enfermagem no hospital particular, encontramos barreiras, já consideradas comuns e até agora aparentemente insolúveis, tais como: enfermeiras em número insuficiente e pouco preparadas para enfrentar a realidade do hospital particular e pessoal subalterno que, mesmo sendo suficiente na quantidade, é deficitário no seu preparo.

O planejamento de cuidados de enfermagem que nas escolas e hospitais-escola está se tornando um componente natural da enfermagem, nos demais transforma-se em “tabu” ou simplesmente é ignorado.¹⁸⁵

A deficiência quantitativa no número de enfermeiras, principalmente em hospitais não-governamentais, é relatada pelas enfermeiras do INPS Oguisso e Schmidt, em artigo publicado em 1976. Responsáveis pela avaliação do serviço de enfermagem prestado a esse instituto, elas fazem um relatório da assistência hospitalar dos enfermeiros credenciados por ele.

Embora o ideal seja, realmente, a prestação da assistência direta e pessoal ao paciente pela enfermeira, a não ser em Unidades de Terapia Intensiva e em alguns poucos hospitais governamentais que contam em seu quadro de pessoal com enfermeiras em número até razoável, a grande maioria ou a quase totalidade dos hospitais não governamentais não dispõe, ainda, de enfermeiras para dar cobertura assistencial direta.¹⁸⁶

Dessa forma, a tônica da produtividade a baixo custo ainda era forte na década de 1970, pois as enfermeiras concentravam-se nos hospitais públicos, dada a escassez de oportunidades na iniciativa privada.

As enfermeiras ficavam em cargos diretivos do serviço de enfermagem do hospital, ou em chefia de centro cirúrgico ou obstétrico, ou na supervisão de grandes áreas, às vezes, isso extrapolava o próprio serviço de enfermagem e elas responsabilizavam-se por setores outros, como nutrição e lavanderia. Quanto às atividades administrativas, elas não se restringiam apenas à previsão e requisição

¹⁸⁴ CIANCIARULLO, T. I.; KOIZUMI, M. S.; FERNANDES, R. A. Q. Prescrição de enfermagem. Experiências de sua aplicação em hospital particular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.144-149, abr./jun. 1974.

¹⁸⁵ CIANCIARULLO, T. I.; KOIZUMI, M. S.; FERNANDES, R. A. Q. **Op. cit.** p.144.

¹⁸⁶ OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. Problemas assistenciais de enfermagem nos hospitais e clínicas particulares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 1, p.24-37, fev. 1976. p.25.

de materiais, equipamentos, aparelhos e medicamentos para a unidade, mas também se relacionavam com a elaboração das próprias contas hospitalares dos pacientes¹⁸⁷.

Essas atividades administrativas distanciavam a enfermeira do cuidado direto, acarretando nela receio de desempenhar esse papel, quando solicitado:

[...] algumas enfermeiras quando entrevistadas, após vistoria, confessavam simplesmente não ter segurança para executar esta ou aquela técnica. Entre estas técnicas destacamos a sondagem gástrica, vesical, enteroclasma, certos curativos e até aplicação de venóclise. Conseqüência direta desta insegurança, será, por certo, a fuga destas situações, em detrimento da supervisão e orientação de funcionários, função específica das enfermeiras nesses hospitais.¹⁸⁸

Essa confissão revela a dicotomia entre a teoria e a prática assistencial. Enquanto aquela pregava o retorno ao cuidado integral, essa mostrava as deficiências e inseguranças dos profissionais em prestar a assistência direta. Assim, a enfermeira que prestaria o cuidado direto ao paciente deveria também se ocupar das tarefas administrativas, o que retirava sua destreza na execução da técnica, expondo-a a avaliação por parte do pessoal auxiliar. Isso evidencia a inadequação do ensino à prática das enfermeiras, um descompasso entre o fazer e o saber.

Outro problema descrito pelas autoras do artigo em suas vistorias era o 'empréstimo' do nome da enfermeira a instituições que não a empregavam, o que era explicado pelo fato de o INPS condicionar os convênios com hospitais à existência da profissional 'enfermeira' em seus quadros. "É lamentável que muitas colegas não compreendam ainda suas responsabilidades como profissionais e dêem apenas seu nome a algumas dessas entidades, em troca de uma gratificação ínfima sem maior atenção ao trabalho que lhes competiria executar nessas Unidades"¹⁸⁹.

Mais uma vez, a lógica da produtividade a baixo custo faz-se presente. O que constituiria grande avanço de mercado de trabalho e reconhecimento da categoria não foi entendido por parcela dos profissionais, que se sujeitavam a esse papel em troca de ínfimos ganhos financeiros. Esse fato ilustra a hipótese apresentada por Alves¹⁹⁰ de que o mercado de trabalho determina o comportamento das

¹⁸⁷ OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. *Op. cit.*

¹⁸⁸ OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. *Op. cit.* p.33.

¹⁸⁹ OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. *Op. cit.* p.34.

¹⁹⁰ ALVES, D. B. **Mercado e condições de trabalho da enfermagem**. Salvador: Gráfica Central, 1987.

trabalhadoras de enfermagem. Ela complementa dizendo que o comportamento das trabalhadoras de enfermagem também influencia o comportamento do mercado de trabalho.

Levantamento realizado em 1985, em Salvador, Bahia, por Alves¹⁹¹, demonstrou que o mercado público previdenciário prefere a mão-de-obra da enfermeira (42,8%) e da auxiliar, enquanto o mercado privado privilegia a mão-de-obra não-qualificada, isto é, a da atendente de enfermagem, com 45,3%. Nas 65 empresas estudadas, o setor curativo absorve 87,8% das trabalhadoras de enfermagem, enquanto as empresas do setor de saúde pública detêm 12,2% dessas trabalhadoras.

Corroboram essa visão Oguisso e Schmidt:

Esta é, portanto, uma das primeiras características de hospital não governamental, isto é, a carência permanente de profissional enfermeira. Esse problema é considerado por muitas enfermeiras como insolúvel, pois a primeira preocupação de qualquer empresário, assim considerados também os proprietários ou sócios e o diretor do hospital, é obter o máximo de renda ou receita com o mínimo de despesas. O aumento da receita é, em geral, obtido mediante economia na contratação de pessoal qualificado. Por ser mais onerosa a contratação de enfermeiras, estas são substituídas por auxiliares de enfermagem e até por atendentes, a quem são entregues atribuições e responsabilidades que deveriam caber somente às enfermeiras.¹⁹²

Esses dados evidenciam a lógica do mercado capitalista, que, para baixar os custos, contrata prioritariamente pessoal de menor qualificação, acrescentando a seus quadros profissionais graduados apenas para a administração e chefia de equipes de enfermagem. “A posição da enfermagem no mercado de trabalho é agravada pelo débil poder de participação em processos decisórios, que além de ser limitado é de âmbito exclusivo das enfermeiras, e, fundamentalmente, que assumem cargos de chefia”¹⁹³.

Essa falta de poder de participação em processos decisórios também é reflexo do ensino de enfermagem. Os preceitos de abnegação e subserviência refletem-se na prática, quando os profissionais entendem ser essa a lógica do processo de trabalho na área da saúde.

¹⁹¹ ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987.

¹⁹² OGUSSO, T.; SCHMIDT, M. J. *Op. cit.* 1976. p.24.

¹⁹³ ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987. p.54.

A dicotomia teoria-prática foi apontada, quando, em pesquisa sobre a aplicação da prescrição de enfermagem, constatou-se que “O planejamento de cuidados de enfermagem que nas escolas e hospitais-escola está se tornando um componente natural da enfermagem, nos demais se transforma em ‘tabu’ ou simplesmente é ignorado”¹⁹⁴.

Esse relato expõe a restrição da aplicação da metodologia da assistência à teoria. A prática ainda não havia incorporado a sistematização da assistência em seu processo de trabalho, fato presente, ainda na hoje, pois a resistência à aplicação da metodologia científica é percebida nas instituições brasileiras.

Em sua tese de doutorado, publicada em 1974¹⁹⁵, Wanda Horta identifica, como resultado de sua pesquisa:

[...] que a enfermagem hospitalar encontra-se voltada ainda para os cuidados clínicos (ordens médicas) dos pacientes, pois aqueles problemas identificados se referiam principalmente à verificação dos sinais vitais, controle de diurese, curativos, sonda vesical, venóclise, oxigênio-terapia, jejum, sonda naso-gástrica, controle de vômitos e evacuações e a queixas dos pacientes relacionadas às dores.¹⁹⁶

Poucos foram os problemas identificados em áreas específicas da enfermagem, como: condições de limpeza corporal, condições dos locais para medicação parenteral, cuidados com o revestimento cutâneo-mucoso, locomoção, sono e repouso.

Esse enfoque da enfermagem nos cuidados clínicos é explicado, em parte, pela introdução da alta tecnologia no cenário hospitalar dessa década, tornando as ações de enfermagem mais complexas, dando ênfase na eficiência em administrar tratamentos sofisticados e em novos medicamentos.

A preocupação nos últimos anos consiste, portanto, na eficácia da competência técnica como meta a ser perseguida por todos os profissionais de

¹⁹⁴ CIANCIARULLO, T. I.; KOIZUMI, M. S.; FERNANDES, R. A. Q. Prescrição de enfermagem. Experiências de sua aplicação em hospital particular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.144-149, abr./jun. 1974. p.144.

¹⁹⁵ HORTA, W. A. A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.214-219, abr./jun. 1974.

¹⁹⁶ HORTA, W. A. *Op. cit.* 1974. p.217.

enfermagem, com vistas a contribuir com o avanço tecnológico, com o desenvolvimento¹⁹⁷.

O modelo tecnicista, o culto à eficiência, trouxe prestígio às ações de enfermagem, que retornou ao cuidado direto em unidades de alta especificidade, porém, acarretou o distanciamento entre a enfermeira e o ser humano, interpondo entre eles a máquina e sacramentando a sua condição de auxiliar médico.

Nesse sentido, torna-se importante ressaltar que esse é um período (1970-75) em que se registra uma acentuada tendência à privatização do atendimento médico. Em consequência, a formação de profissionais de enfermagem teria de refletir a mercantilização que avançava cada vez mais na área de saúde. E isto de fato ocorreu, segundo se pode verificar pela última legislação do ensino de enfermagem – Parecer 163/72 –CFE, que consolidou a exclusão da saúde pública, conforme já estabelecia a legislação anterior (Parecer 271/62 – CFE); e assim privilegiou cada vez mais as disciplinas curativas, pois são essas que requerem um maior consumo de equipamentos médicos e medicamentos, conforme as exigências do capital.¹⁹⁸

Corroborando essa percepção Alves:

À medida que o capital foi aumentando houve um crescimento no mercado hospitalar curativo, com subseqüente simplificação e desqualificação das ocupações de enfermagem e criação do seu trabalhador coletivo. O sistema educacional foi legitimando essa situação, legitimando a desigualdade na enfermagem, ao preparar trabalhadoras parciais da enfermagem para atender o mercado de trabalho.¹⁹⁹

Essa preparação parcial, voltada exclusivamente para o atendimento hospitalar, atendia ao mercado de trabalho da década de 1970. É fato ilustrativo desse foco na educação a criação dos primeiros cursos de pós-graduação voltados preferencialmente para as áreas médica e cirúrgica, que ofereciam maior número de vagas no mercado de trabalho da época.

Concomitantemente a isso, a publicação de artigos sobre a metodologia da assistência prosseguia, em artigo publicado por Lygia Paim²⁰⁰, em 1976, ressaltando a importância da prescrição de enfermagem, como: “[...] atividade principal do enfermeiro e, portanto, [que] corresponde àquela unidade de trabalho que, uma vez

¹⁹⁷ GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983. p.104.

¹⁹⁸ GERMANO, R. M. *Op. cit.* p.95.

¹⁹⁹ ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987. p.95.

²⁰⁰ PAIM, L. Sistema de registros de enfermagem, plano assistencial e prescrições de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 3, p.66-82, jul./set. 1976.

assumida, projetará toda nossa autonomia de enfermeiros no desempenho profissional”²⁰¹.

Ela aponta, em seu artigo, que, embora desde 1965 o Congresso Brasileiro de Enfermagem recomendasse a utilização de planos de cuidados de enfermagem, isso não foi assumido pelos profissionais como prioritário no desempenho de suas ações. Nessa pesquisa realizada com enfermeiros de escolas e de hospitais-escola, Lygia Paim aponta como impedimentos a isso: 1. relativos às escolas – déficit qualitativo do ensino de plano de cuidados, da aprendizagem de conceitos chave para elaboração do plano e déficit de aproximação com as instituições de saúde da comunidade; 2. relativos às instituições de saúde – sistema centrado em tarefas (produção), déficit de participação de administradores na provisão de condições para a realização de trabalhos dessa natureza, por enfermeiros, déficit de aproximação com as escolas; 3. relativos a falta de consenso da equipe de enfermagem – déficit de estudos em grupo sobre aspectos qualitativos do cuidado, déficit de liderança dos próprios enfermeiros em sua área de autonomia; 4. dificuldades na composição da equipe de enfermagem – déficit de líderes de equipe e de pessoal auxiliar qualificado; 5. imposição de atividades inespecíficas ao enfermeiro.

Paim considera, ainda, que o ensino do processo de enfermagem parece ter ficado no nível de idéia geral, mais preocupado em informar sobre o plano de cuidados, sem ensinar a elaborar a prescrição de enfermagem. Assim, ela propõe o contrário, entender a prescrição como unidade valorativa do plano de cuidados, estando, para ela, aí, a compreensão da não-utilização do plano de cuidados. O destaque feito por Paim à prescrição de enfermagem concretizou-se na década de 1980, quando o plano assistencial foi substituído pela prescrição de enfermagem.

Fazendo alusão futurista, a autora discorre sobre a possibilidade de programar as prescrições em computadores, visando à auditoria em enfermagem. Na contemporaneidade, a prescrição de enfermagem informatizada é realidade em várias instituições hospitalares e em unidades de saúde pública, o que contribui para a visualização quantitativa das ações de enfermagem, melhoria da qualidade da assistência prestada e controle de auditorias.

²⁰¹ PAIM, L. *Op. cit.* 1976. p.67.

A prescrição unificada dos profissionais de saúde, que, nos dias atuais, ainda é uma aspiração, já era apontada na década de 1970, quando Lygia Paim escrevia, em seu artigo sobre prescrição de enfermagem, que “Os enfermeiros precisam estar preparados e, no mais breve tempo possível, partirem para outros estudos de formas de registro conjunto em equipe de saúde”²⁰².

Os registros de enfermagem foram também tema de estudo de Duarte, Reis e Santos²⁰³, em 1976. Sobre isso, dado significativo a ser resgatado é a citação, pela primeira vez, da expressão ‘metodologia da assistência de enfermagem’, nos artigos analisados da revista, no período proposto. Em sua pesquisa, elas verificaram que o problema não estava na forma desordenada de anotar ou em o que anotar, e sim, na ausência de anotações de enfermagem. Havia defasagem entre o que era preconizado no dimensionamento da enfermagem e o que era encontrado no exercício da profissão. As autoras apontam que os serviços de enfermagem deveriam desenvolver programas de atualização e treinamento do grupo.

Essas informações apontam as dificuldades encontradas na prática assistencial para implantação da sistematização da assistência, como a falta de conhecimento da metodologia por parte dos profissionais, devido à falta de atualização deles e a dicotomia teoria-prática.

A não-utilização da sistematização da assistência também é relatada por Caldas, Pereira e Alvarez, em artigo de 1976²⁰⁴. Essas autoras demonstram que esses instrumentos não estavam padronizados nem visavam à racionalização do trabalho, e restringiam-se a folha única de anotações, balanço hídrico e gráfico de sinais vitais. Os instrumentos do processo de enfermagem não eram utilizados nem havia outro que os substituíssem, em que a enfermagem registrasse suas observações.

Foi declarado não existir competência expressa, no momento, para os registros relativos ao desenvolvimento do processo de enfermagem. Em situação ideal sugerem os informantes que seja competência do enfermeiro (56,4%) porém a opinião divide-se com as abstenções a esta resposta (43,58 %). Este fato pode ser atribuído ao desconhecimento por parte dos enfermeiros da moderna metodologia da assistência de enfermagem.²⁰⁵

²⁰² PAIM, L. *Op. cit.* 1976. p.74.

²⁰³ DUARTE, A. B.; REIS, I. E. M. dos.; SANTOS, V. O. Importância das anotações dos cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 3, p.83-91, jul./set. 1976.

²⁰⁴ CALDAS, N. P.; PEREIRA, A. C.; ALVAREZ, L. H. Instrumentos de registro das atividades de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 3, p.92-102, jul./set. 1976.

²⁰⁵ CALDAS, N. P.; PEREIRA, A. C.; ALVAREZ, L. H. *Op. cit.* 1976. p.99.

Novamente, o relato do desconhecimento da metodologia da assistência por parte da categoria evidencia que o método ainda não estava socializado ou ainda não era compreendido. Esse fato parece ser corroborado pelo curto espaço temporal, entre a divulgação desse método, em 1971, e o ano da pesquisa publicada nesse artigo.

Em artigo publicado, em 1976, Campos, Machado e Moriya²⁰⁶ fazem um relato de experiência, formulando diagnósticos de enfermagem da família. Realizaram-se visitas domiciliares, com o objetivo de pesquisar o streptococcus, e emergiram dados que propuseram diagnósticos de enfermagem da família. Esse diagnóstico limitou-se ao levantamento das necessidades humanas afetadas de Wanda Horta, seguindo o referencial da época da pesquisa. Entretanto, demonstra um avanço em termos de pesquisa, pois relata a tentativa das autoras de identificar os problemas de enfermagem na família e comunidade, os quais eram restritos, até então, de forma individualizada, ao paciente hospitalizado.

Há, entretanto, relatos de registros sistematizados, como escrevem Maria *et al.*²⁰⁷, de uma experiência de cinco anos de utilização da ficha Kardex. Essa iniciativa demonstra que a teoria da metodologia da assistência foi validada na prática assistencial, pois as autoras relatam a experiência das anotações de forma sistematizada, para facilitar seu processo de trabalho.

É curiosa a revelação das autoras de que as anotações eram primeiramente escritas a lápis e, posteriormente, a tinta, por incentivo da médica que compunha a equipe, no sentido de guardá-las como documentação e pesquisa, pois não faziam parte do prontuário do paciente. Os registros eram compostos por: ficha de entrevista (identificação, condições gerais, queixas e observações do enfermeiro); a ficha de recomendações (em que eram anotadas as ocorrências durante a internação); e a ficha de internação (preenchida na admissão e enviada à unidade de internação).

²⁰⁶ CAMPOS, E.; MACHADO, M. H.; MORIYA, T.M. Tentativa de um diagnóstico de enfermagem da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 4, p.25-27, out./dez. 1976.

²⁰⁷ MARIA, V. L. R. *et al.* Evolução do paciente: anotações de enfermagem no Kardex e passagem de plantão com equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 30, n. 3, p.237-243, jul./set. 1977.

É através do kardex que temos uma visão geral de todos os pacientes internados e conseqüentemente do seu estado de dependência de enfermagem (diagnóstico), pode-se então fazer o planejamento das atividades dos funcionários, revertendo numa melhor assistência com menor esforço.²⁰⁸

Percebe-se, no entanto, que o desenvolvimento dos registros sistematizados visavam à solução de problemas administrativos e não a favorecer o planejamento da assistência, tendo a enfermeira de buscar melhoria na qualidade do serviço prestado.

3.4 O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A dificuldade da aplicação do processo de enfermagem gera questionamentos quanto ao seu processo de ensino-aprendizagem na graduação. Os artigos de Wanda Horta já traziam o relato do ensino da metodologia da assistência.

A percepção do aluno de enfermagem sobre o processo de enfermagem está relatada no artigo de Koch e Oka²⁰⁹ (1977), no qual evidenciam que a maioria dos discentes não acreditava em sua aplicabilidade prática, devido principalmente à sua complexidade, que exigia muito tempo para execução. As opiniões quanto ao processo de enfermagem foram assim condensadas pelas autoras:

Para o paciente – o processo de enfermagem ajuda em todos os aspectos, individualizando-o, porque ele se sente mais seguro e tratado como pessoa.

A equipe de enfermagem – acharam que foi difícil a colaboração da equipe, embora se note um melhor entrosamento com aqueles que tem boa vontade.

A equipe médica – não participou muito, talvez mais por não terem conhecimento do assunto do que por resistência à modificação.

Quanto à própria atuação – muito teórico, mas deu para motivar a modificação.

Quanto à viabilidade na prática profissional – infelizmente a maioria não acreditou muito na sua viabilidade, devido principalmente à sua complexidade, exigindo muito tempo para sua execução.²¹⁰

²⁰⁸ MARIA, V. L. R. *et al.* **Op. cit.** 1977. p.240.

²⁰⁹ KOCH, R. M. e OKA, L. N. Processo de enfermagem – avaliação feita por alunos do Departamento de Enfermagem da UCP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 30, n. 3, p.274-285, jul./set. 1977.

²¹⁰ KOCH, R. M. e OKA, L. N. **Op. cit.** 1977. p.280.

Esse artigo talvez forneça subsídios para compreender como o aluno da graduação modificava a prática assistencial, ao levar o aprendizado da academia para a prática. Se ele, ao graduar-se, não se motivara com o processo de enfermagem, como implementá-lo em seu processo de trabalho?

Corroboram essa constatação Sánchez *et al.*: “É notória a dificuldade de aprendizagem do processo de enfermagem pelos alunos de graduação. Dificuldade esta, demonstrada pela atuação não significativa destes egressos como agentes de mudança quando profissionais”²¹¹.

Elas apontam causas para essas dificuldades:

Podemos ainda referenciar que a dissociação teórico-prática da aplicabilidade do processo de enfermagem, no campo, pelos alunos de graduação, vem sendo evidenciada pela inadequação dos campos de ensino clínico que por sua vez ainda não operacionalizam um modelo de assistência de enfermagem sistematizada.²¹²

A falta de motivação dos alunos foi provocada também pela não implementação dessa metodologia nos campos de estágio, pois não vivenciavam o processo de enfermagem, percebiam-no como mais um conteúdo acadêmico, sem aplicabilidade no processo de trabalho do enfermeiro.

No artigo de Koch e Oka, revela-se a relutância da aplicação do processo de enfermagem por enfermeiros que trabalhavam em escolas ou em hospitais, por motivos que ainda estão presentes no discurso da categoria, como: falta de tempo, falta de pessoal, pouco resultado positivo. Entretanto, ao discorrer sobre a aplicação do processo de enfermagem, elas fazem um alerta: “É necessário lembrar, ainda, que, com a nova legislação sobre o exercício profissional, esta será a função específica do enfermeiro em futuro próximo”²¹³.

Esse trecho revela que a categoria já havia reconhecido a sistematização da assistência de enfermagem como importante instrumento em seu processo de trabalho, fato comprovado pela sua inclusão no projeto da nova lei do exercício profissional da enfermagem, que foi promulgada nove anos depois da publicação desse artigo.

²¹¹ SANCHÉZ, S. *et al.* Fatores que influenciam na implementação de um modelo de assistência de enfermagem – uma proposta alternativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3/4, p.195-204, jul./dez. 1984. p.197.

²¹² SANCHÉZ, S. *et al* **Op. cit.** 1984. p.198.

²¹³ KOCH, R. M. e OKA, L. N. **Op. cit.** p.281.

Elas terminam seu artigo apostando nessa metodologia:

Creemos que, com a aplicação de assistência sistematizada, pode ser diminuído o número de funcionários, e além disso, o enfermeiro aproximando-se mais do paciente, retoma seu lugar de líder da equipe de enfermagem. O tempo que se perde na elaboração do plano e coleta de dados é ganho na prestação de cuidados previamente estabelecidos e adequados.²¹⁴

A aproximação ao paciente e o cuidado direto são utilizados como argumento para a valorização da categoria e da liderança e para a diminuição de funcionários necessários, acompanhando o contexto da época, ou seja, os avanços tecnológicos, a valorização do cuidado direto e a diminuição de custos.

Outro relato das resistências é fornecido por artigo que discorre sobre a implantação do processo de enfermagem fundamentado no referencial teórico de Wanda Horta:

Dificuldades foram encontradas na implantação do Processo de Enfermagem no Hospital Ana Nery e continuam a estar presentes em sua execução. Em primeiro lugar por ser uma metodologia nova de trabalho e, em segundo, porque em toda e qualquer mudança metodológica ocorrem resistências.²¹⁵

Apesar das dificuldades de implementação apontadas, as autoras relatam mais uma vez a relevância profissional dessa sistematização na fala dos enfermeiros: “Assim, no geral, as enfermeiras sentem que o processo de enfermagem [...] dá um cunho científico e eficiente à sua ação; proporciona maior autonomia profissional; facilita a assistência específica ao paciente”²¹⁶.

Outras autoras, além de Wanda Horta, propuseram uma metodologia para sistematizar as ações de enfermagem, como Lygia Paim, Rosalda Paim e Liliana Daniel²¹⁷.

Na análise dos artigos das décadas de 1960 e 1970, da Revista Brasileira de Enfermagem, observou-se pluralidade de termos utilizados com o mesmo significado, como: planejamento de cuidados, plano assistencial e plano de

²¹⁴ KOCH, R. M. e OKA, L. N. *Op. cit.* p.281.

²¹⁵ LUCKESI, M. A. V. *et al.* Aplicação do processo de enfermagem no hospital Ana Nery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 31, n. 2, p.141-156, abr./jun. 1978. p.151.

²¹⁶ LUCKESI, M. A. V. *et al.* *Op. cit.* p.151.

²¹⁷ PAULA, N. S. de, *et al.* Assistência de Enfermagem sistematizada – experiência de aprendizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 65-71, jan./mar. 1984.

cuidados; anotações e registros; sistematização da assistência, processo de enfermagem e metodologia da assistência.

Essa diversidade terminológica foi observada também por Simões²¹⁸ que, revisando publicações na REBEn, entre 1974 e 1978, observou a inexistência de uma linguagem homogênea na comunicação entre os enfermeiros.

Há excesso de termos com significado semelhante, o uso de certas palavras não é uniforme, multiplicam-se as palavras para designar a mesma coisa, dificultando a interpretação do pensamento do autor, como: atividade de enfermagem, atendimento de enfermagem e assistência de enfermagem, citados segundo a autora com significados diferentes. “A enfermagem necessita de uma terminologia própria para que possa desenvolver-se como ciência. E esta dificuldade explica-se por estar a enfermagem em um estágio incipiente na estruturação de suas bases científicas”²¹⁹.

Essa diversidade pode ter contribuído para dificultar a socialização do conhecimento, especialmente num país de dimensões continentais como o Brasil. Assim, a pluralidade de nomenclaturas para designar a metodologia da assistência também contribuiu para que profissionais não se apropriassem desse método científico em seu processo de trabalho.

A análise dessa corrente de pensamento, do final da década de 1970, levou ao reconhecimento do processo de enfermagem como instrumento para a melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente, pois permite individualização da assistência, melhor avaliação do cuidado prestado e proporciona autonomia, delimitando a área de ação do enfermeiro; e facilita a relação enfermeiro-paciente e o roteiro de trabalho para os auxiliares com cuidados predeterminados adequados a cada situação.

Chama a atenção na análise documental a quase unanimidade da autoria dos artigos, que é de docentes que relatam experiências em hospitais-escola, os quais, apesar de reconhecerem o processo de enfermagem, apontam as dificuldades de sua aplicação.

Assim, percebe-se que, apesar dos profissionais reconhecerem a relevância da metodologia da assistência para sua prática laboral, sua utilização e pesquisas

²¹⁸ SIMÕES, C. Considerações sobre o uso e a semântica de algumas palavras empregadas nos textos da REBEn no período de 1974-1978. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 33, n. 3, p.305-309, jul./set. 1980.

²¹⁹ SIMÕES, C. **Op. cit.**1980. p.309.

relativas ao tema estão restritas à academia e aos hospitais-escola, palco das aulas práticas da graduação. O enfermeiro assistencial tinha resistência à aplicação dessa sistematização, principalmente, pelo desconhecimento desta nova metodologia, fato relativizado a partir da criação dos cursos de pós-graduação na década de 1970, que permitiram a maior socialização do saber em enfermagem.

O referencial teórico unanimemente utilizado nessas décadas foi o das necessidades humanas básicas, como se constatou em pesquisa com 100 enfermeiros que atuavam em hospitais, universidades, Previdência Social e rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, que aponta esse referencial sendo utilizado por 77% dos entrevistados.²²⁰

3.5 A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA NA DÉCADA DE 1980

A década de 1980 inaugurou nova proposta de trabalho para o Sistema de Serviços de Saúde, baseada na Alma-Ata, os Cuidados Primários de Saúde. Assim, o foco do cuidado que outrora fora predominantemente curativista foi contestado, iniciando-se o movimento de prevenção e extensão da cobertura de cuidados de saúde à população. A enfermagem inserida nesse contexto conceituava cuidados primários, que:

Consistem nos cuidados prestados ao nível periférico do sistema. Esses cuidados são realizados pelo médico geral, por outros profissionais como a (o) enfermeira (o), o dentista, etc. e pelo pessoal técnico, auxiliar e elementar.

Este nível de assistência serve como ponto de entrada, primeiro contato, triagem e referência para os demais níveis do sistema de saúde.²²¹

O conceito de Cuidados Primários de Saúde levou a discussões na área da saúde, durante toda a década, culminando com a promulgação, na Constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde e o redirecionamento do mercado de trabalho para a saúde pública.

A implementação da metodologia da assistência de enfermagem prosseguiu, nessa década, com a publicação de artigos de relato de experiências de enfermeiras na aplicação do processo de enfermagem, com adequações. Algumas relatam a

²²⁰ SANCHÉZ, S. *et al.* **Op. cit.**1984.

²²¹ ADAMI, N. P. Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, n. 1, p.8-14, jan./mar. 1981. p.11.

aplicação de forma mais sucinta. A percepção na análise é de que algumas etapas vão sendo excluídas, como plano de cuidados e prognóstico de enfermagem, com base principalmente na viabilidade prática do processo.

Outra característica dos anos de 1980 é a diversificação das Teorias de Enfermagem que fornecem o embasamento teórico para a prática assistencial, como a publicação sobre a aplicação da teoria de Myra Levine, no processo de enfermagem na saúde comunitária²²². Soma-se a isso a necessidade de adaptação multidisciplinar, com o surgimento de novas profissões na área da saúde.

O foco da área da saúde também se modificou, pois não se limitava mais à reabilitação, mas também incluía a promoção da saúde e maior cobertura populacional, contextualizada pelas novas diretrizes formuladas na Alma-Ata de 1978, que modificava toda a lógica assistencial, propondo os cuidados primários de saúde. Exigia-se do profissional enfermeiro, na década de 1980: “uma atitude de tomada de decisão, seja no hospital, no domicílio ou na comunidade, o que dela requer uma função mais completa com características multidisciplinares e uma linha definitiva diante dos problemas sociais existentes”²²³.

A enfermagem inserida nesse contexto procurava seu caminho, diversificando seu foco de assistência. Permeada pelas discussões sobre a prevenção da saúde, por meio dos cuidados primários, continuava prestando assistência curativista nas instituições hospitalares.

A constatação da ausência de reflexões por parte da categoria foi apontada por Germano²²⁴. Ao analisar artigos publicados na Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1955 a 1980, ela conclui que a formação de uma consciência crítica em educação e saúde não tem sido objeto de reflexão, por parte dos intelectuais da enfermagem, e continua:

²²² FAGUNDES, N. C. O processo de enfermagem em saúde comunitária a partir de Myra Levine. **Revista Brasileira de Enfermagem**, RS, v. 36, n. 3/4, p.265-273, jul./dez. 1983.

²²³ SANCHÉZ, S. *et al* **Op. cit.** 1984. p.196.

²²⁴ GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

Enfim, a direção intelectual que a ABEn imprime através da **Revista** e que é difundida para professores, enfermeiros e estudantes de todo Brasil consiste essencialmente: em primeiro lugar, em conceber o social e a sociedade de forma abstrata, despojados de conteúdo histórico e de conflitos sociais, como algo em permanente harmonia ou ainda como sinônimo de relações interpessoais. Em segundo lugar, o Estado concebido como uma entidade paternal, inquestionável, afinal como um autêntico **guardião do bem comum** e não como uma instância de dominação; por isso mesmo a ABEn mantém com o Estado relação de colaboração irrestrita e também de subordinação. Em terceiro lugar, a noção de educação e de enfermagem se pauta por conceber a primeira, como ensino rígido, autoritário, elitista e pouco criativo; enquanto a segunda é concebida, ao mesmo tempo, sob o prisma do espírito cristão, da obediência e do tecnicismo.²²⁵

A aparente falta de reflexão crítica e a subordinação do ensino em enfermagem é também foco de atenção de outros autores como Alves (1987). Essa autora propõe repensar a educação como instrumento de conscientização, atribuindo à escola uma autonomia relativa em relação à estrutura social. “A opção por uma educação que interessa ao mercado de trabalho ou que atenda às necessidades da população é uma opção política. Em qualquer situação, as trabalhadoras devem estar preparadas para assumi-la criticamente para, ao enfrentá-la, poderem barganhar em favor do que é justo e, portanto, mais democrático”.²²⁶

Para compreender a prática assistencial da enfermagem, é necessário identificar qual papel cabe à categoria na prestação de serviços à população. A indefinição da finalidade de seu trabalho, cuidado direto e indireto, permeia toda a reflexão sobre seu processo de trabalho.

A identificação do papel da enfermeira passa pela identificação das raízes históricas desta categoria profissional e pela identificação de suas determinações estruturais no Brasil de hoje, separando-se os níveis ideal e real e trabalhando-se com os dados da realidade concreta de um momento histórico determinado. Isto significa reconhecer as transformações por que passou a enfermagem do pré-capitalismo ao capitalismo e detectar suas características básicas na sociedade brasileira atual. Nesta, está reservado um lugar para as enfermeiras na divisão social do trabalho, que diz respeito, sobretudo, ao desempenho de atividades administrativas e de ensino. Em outras palavras, estas atividades constituem o objeto de trabalho, por excelência, das enfermeiras de hoje no Brasil e não é negando-o que a categoria se preservará.²²⁷

²²⁵ GERMANO, R. M. *Op. cit.* 1983. p.105.

²²⁶ ALVES, D. B. *Op. cit.* 1987. p.96.

²²⁷ SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional: Análise Crítica.** São Paulo: Cortez, 1986. p.123.

Assim, compreender a divisão social do trabalho que constou historicamente tanto no ensino como na prática assistencial e a indeterminação da identidade profissional é fundamental para a análise da implementação da metodologia da assistência de enfermagem.

Neste período, 1960 a 1980, o universo de trabalho da enfermagem modificou-se. A enfermeira foi bombardeada por exigências antagônicas: o mercado que exigia maior complexidade de conhecimentos e especificidades do cuidado, para acompanhar o avanço tecnológico na área médica; a academia, conclamando para o cuidado direto ao paciente e o planejamento das ações da equipe de enfermagem, contrapondo-se ao ensino que perpetuava a divisão social do trabalho na enfermagem; o déficit de profissionais, acarretando número expressivo de enfermos sob seus cuidados; as atividades administrativas cobradas pelas instituições empregadoras; a falta de destreza na execução de algumas técnicas, que a colocavam sob avaliação da equipe quanto a sua competência.

A implantação da metodologia da assistência de enfermagem está inserida nesse contexto, portanto, as dificuldades e resistências experienciadas não couberam apenas à vontade dos profissionais, mas, sim, permearam-se pelos interesses antagônicos da sociedade brasileira.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento da metodologia da assistência de enfermagem esteve contextualizado nos caminhos percorridos para a profissionalização da enfermagem no Brasil, que foi fundada sob interesses do governo, mercado de trabalho e do ensino de enfermagem.

Esses interesses refletem-se nas políticas de saúde, que, nas décadas de 1960 e 1970, privilegiavam a prática curativa, individual e especializada e a assistência previdenciária, acarretando a lógica da expansão na área hospitalar, direcionando o mercado de trabalho e o ensino da enfermagem. Foi nesse período de expansão hospitalar, da ênfase nas práticas curativas, da procura pela valorização profissional, que se inseriu o planejamento da assistência, buscando o embasamento científico no processo de trabalho do enfermeiro.

A implementação dessa nova proposta, no entanto, foi resultado de uma tomada de consciência dos profissionais da área, pois, o que determinava o senso comum na categoria – que o processo de enfermagem teria ficado no passado, e após um período de estagnação ressurgido com o advento da taxonomia de NANDA – não se mostrou verdadeiro.

As décadas de 1970 e 1980 caracterizaram-se pela validação desse instrumento pela categoria e por os esforços culminarem com a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamentou a prescrição de enfermagem e a consulta de enfermagem como atribuições do enfermeiro.

Outra constatação a ser salientada é a respeito dos diferentes termos utilizados na área para designar algo único. Apesar de esta pesquisa buscar a história da implementação da ‘metodologia da assistência de enfermagem’, esse termo foi encontrado em apenas um artigo de 1976 e não se repetiu. Então, concluiu-se que, no período proposto, entre 1960 e 1986, o termo vigente era ‘processo de enfermagem’. A determinação desse termo é facilmente explicada pela influência dos estudos de Wanda Horta, na época. Nos dias atuais, migrou-se para ‘metodologia da assistência’ e ‘sistematização da assistência de enfermagem’.

A diversidade de termos nas pesquisas de enfermagem dificulta a socialização do conhecimento na prática assistencial. Tendo-se em mente a

importância da uniformização de termos, principalmente para a execução da metodologia da assistência, esforços vêm sendo feitos, no sentido de obter uma unificação mundial de termos para o diagnóstico e as ações de enfermagem.

Outro termo que caracteriza a época estudada é ‘assistência de enfermagem’, sendo ela prestada ao indivíduo, buscando atender às suas necessidades. Evidencia-se, mais um vez, a repercussão dos estudos de Wanda Horta na categoria no período estudado, quando seu referencial das necessidades humanas básicas foi amplamente utilizado.

Após essas constatações, percorre-se o cenário da implementação dessa metodologia.

As concepções da enfermagem, no início do século XX, quanto à menos valia do trabalho manual, sua formação restrita aos grandes centros urbanos e o pequeno número de secundaristas no País acarretaram déficit de profissionais nesse período. Em 1956, havia apenas 4.517 enfermeiras no Brasil²²⁸.

A política de governo nas décadas de 1960 e 1970 para expansão profissional fez diminuir os ganhos financeiros da categoria, que, se na década de 1920, era reconhecida como profissão liberal, passou a ser assalariada, com ganhos ditados pelo mercado de trabalho.

O preparo dos docentes e discentes até a década de 1960 era deficitário, o que foi comprovado por dados estatísticos, pois, em 1956, 64% das professoras de enfermagem tinham apenas o certificado ginásial. A carreira de nível superior, anseio da categoria desde a implementação do ensino de enfermagem, somente foi consolidada em 1961, com o ingresso efetivo de secundaristas. Esse fato também foi determinante das dificuldades de expansão do ensino, o que também foi comprovado por números, pois, em 1950, havia 39 escolas, e, em 1974, eram apenas 41, com a efetivação da pós-graduação somente após a década de 1970²²⁹.

Entretanto, a publicação do artigo de Wanda Horta sobre o processo de enfermagem, em 1971, coincidiu com o processo de qualificação docente imposto pela reforma universitária, provocando na academia o desenvolvimento de metodologias pedagógicas para seu ensino e sua validação em hospitais-escola. Esse fato é comprovado em artigos da época e na constatação de que os 47 artigos analisados, unanimemente, são de autoria de docentes ou de profissionais ligados a

²²⁸ SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional: Análise Crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

²²⁹ SILVA, G. B. **Op. cit.** 1986.

centros acadêmicos, destacando-se, quantitativamente, escolas de São Paulo e do Rio de Janeiro. Soma-se à falta de preparo docente a existência de apenas um periódico de abrangência nacional na área, nas décadas estudadas, a Revista Brasileira de Enfermagem, que socializava conhecimento e experiências de implementação a toda a categoria.

Esse período também coincide com a ditadura militar no País, que estabeleceu a centralização do poder e uma rigorosa repressão política, por meio da censura aos meios de comunicação e forte repressão policial. Portanto, a população, na qual se insere a categoria da enfermagem, foi alijada de vários direitos e exacerbada de deveres para com a pátria. Aliam-se a isso os preceitos de abnegação e obediência em que se fundamentava sua formação em enfermagem e o número reduzido de profissionais, que contribuíram para a falta de criticidade apontada por autoras²³⁰ que procederam à análise dos artigos na Revista Brasileira de Enfermagem, no mesmo período.

Outro fator apontado neste estudo é a dicotomia da academia, que pregava o planejamento da assistência, o retorno ao cuidado direto, em dissonância com o mercado de trabalho e a lei do exercício profissional vigente, a qual atribuía ao profissional enfermeiro a administração, supervisão e o ensino.

A academia vislumbrava a necessidade de apropriar-se do objeto de enfermagem, como sendo o cuidado direto, todavia, essa atribuição não era de interesse do mercado de trabalho, que, para o desempenho dessas tarefas, tinha mão-de-obra barata, personificada pelos atendentes de enfermagem.

Assim, criou-se na categoria a crise de identidade profissional, que está presente ainda nos dias atuais, entre o cuidado indireto e o cuidado direto. Em contraponto, a própria academia continuou formando *ladies-nurses*, isto é, formando a enfermeira para a supervisão, o ensino e a administração, delegando ao pessoal das categorias auxiliares o trabalho manual, o cuidado direto.

A aplicação do processo de enfermagem encontrou outra barreira: o cumprimento das ações prescritas pelo enfermeiro, devido ao despreparo dos atendentes de enfermagem, representantes majoritários da força de trabalho no período. Dados demonstram que, em 1974, a força de trabalho da enfermagem era

²³⁰ SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional: Análise Crítica**. São Paulo: Cortez, 1986; e GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

composta por 65% de atendentes de enfermagem, 21,5% de auxiliares de enfermagem e apenas 6,5% de enfermeiras²³¹.

O ensino do processo de enfermagem foi foco de diversos artigos da década de 1970, explicitando a metodologia pedagógica aplicada aos alunos. Entretanto, essas mesmas pesquisas mostram que a percepção do docente era de que o aluno reconhecia a importância da aplicação do método científico, porém, considerava-o extenso e de difícil implementação.

Assim, o pressuposto deste estudo, de que houve falhas na implementação da metodologia da assistência no Brasil, não foi confirmado. Os achados históricos confirmam as dificuldades encontradas na implementação da metodologia científica, entretanto, apontam para a necessidade da compreensão do momento histórico correlacionando às políticas de saúde da época.

O planejamento da assistência em enfermagem, pregado pela academia na década de 1960, foi reconhecido como relevante para a prática assistencial de enfermagem, tanto que foi regulamentado em lei, em 1986.

As dificuldades na implantação da sistematização da assistência ocorreram devido ao número insuficiente de enfermeiras e ao contexto das políticas de saúde da época, conseqüentemente, do mercado de trabalho. O cuidado direto e o planejamento da assistência não interessavam às instituições, e, sim, o bom andamento do serviço de enfermagem.

O mérito da academia foi vislumbrar a futura crise de identidade profissional, alertando a categoria para o retorno ao cuidado direto, contrapondo-se à lógica do mercado de trabalho. Essa crise realmente aconteceu, advinda dos avanços tecnológicos que impuseram a necessidade de formação especializada, do que surgiram os primeiros cursos de pós-graduação na década de 1970. Contudo, na época, esse retorno ao cuidado direto não foi compreendido pelos profissionais, pois, em sua formação e na sociedade, havia a menos valia do trabalho manual.

Talvez seja esta a crítica que cabe à academia. O cuidado direto não foi incorporado ao ensino, quando os preceitos da divisão social do trabalho foram mantidos na formação, antagonicamente ao novo objeto da enfermagem. Assim, a academia pregava o cuidado direto, entretanto, continuou formando *ladies-nurses*, com as atribuições de supervisão, administração e ensino.

²³¹ SILVA, G. B. *Op. cit.* 1986.

O discurso dos profissionais em pesquisas recentes, apontam como dificuldades de implantação da metodologia da assistência de enfermagem, nos dias atuais: escassez de tempo; instrumentalização insuficiente na academia; e falta de apoio institucional. Estes argumentos encontraram fundamentação histórica na análise da implementação desta metodologia, entretanto, não podem ser transpostas para a atualidade, pois contextualizadas com as políticas de saúde vigentes, não encontram fundamentação, já que o mercado de trabalho do século XXI, agora direciona para o cuidado direto ao paciente.

Todavia, esse retorno ao cuidado direto, deve ser acompanhado por reflexões da categoria, pois, se, por um lado, a identidade profissional é alcançada, por outro, a administração do serviço na unidade não poderá ser delegada a outrem, sob pena de subjugação a outra categoria profissional.

Aponta-se aqui que a análise histórica da implementação da metodologia da assistência de enfermagem não consegue responder por si como ela vem influenciando o processo de trabalho do enfermeiro. Essa questão exigirá novos estudos a partir deste, no sentido de compreender como o processo de trabalho vem se modificando na prática assistencial da categoria, a partir da implementação da metodologia da assistência de enfermagem, na década de 1960.

Esses estudos deverão contextualizar-se com as mudanças ocorridas no ensino e, conseqüentemente, no currículo dos cursos de graduação, após a melhoria da qualificação dos docentes na década de 1980. Outro fator a ser relevado é o aumento do número de periódicos, a partir da década de 1990, que fomentaram a pesquisa e a publicação de relatos de experiência sobre a aplicação da metodologia da assistência, facilitando a socialização do conhecimento.

A compreensão da influência da metodologia da assistência nos dias atuais perpassa pela contextualização do mercado de trabalho. Numa época de globalização, da busca de trabalhadores reflexivos, o apoio ao planejamento dessa assistência tem impulsionado os enfermeiros a implementar a sistematização da assistência, quer em hospitais ou unidades básicas de saúde.

As reflexões vindouras deverão ser embasadas na consciência de que a metodologia da assistência é instrumento para a cientificidade, autonomia e visibilidade do trabalho do enfermeiro.

Dessa forma, para que as atribuições da prescrição do cuidado de enfermagem, regulamentadas em lei do exercício profissional, sejam efetivamente

implementadas na prática assistencial, a luta iniciada há 40 anos deverá ter continuidade, respeitando-se e reconhecendo-se as conquistas efetivadas, posto que, apesar da contrariedade constatada, elas vislumbraram, no planejamento da assistência de enfermagem, o instrumento consagrador da identidade e da autonomia profissional.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS JURÍDICAS. **Dicionário jurídico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

ALCÂNTARA, G. Novas tendências na educação da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 27 (5): 335-345, out. 1964.

_____. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos a sua expansão na sociedade brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p.188-192, abr./jun. 1973.

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de Enfermagem**: um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ALVES, D. B. **Mercado e condições de trabalho da enfermagem**. Salvador: Gráfica Central, 1987.

ARAGÓN, D. P. B. Enfermagem – ontem e hoje. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.1, n. 1, p.13-26, mar. 1976.

BENJAMÍN, W. **Magia e técnica, arte e política**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2001.

BOURDÉ, G; MARTIN, H. **As escolas históricas**. Lisboa: Fórum da História, 1993.

BRASIL. **Decretos do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil**. Crêa no Hospício de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. 9º fascículo. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890.

_____. Decreto-lei 15.799/22, de 10 de novembro de 1922. Approva o Regulamento do hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 14 de novembro de 1922.

_____. Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Approva o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 1 de fevereiro de 1924.

_____. Decreto-lei 20.109/31, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da Enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das Escolas de Enfermagem e Instruções Relativas ao Processo de Exame para Revalidação de Diplomas. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 28 jun. 1931.

BRASIL. Lei 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 13 ago., 1949.

BRASIL. Decreto 27.426, de 14 de novembro de 1949. Aprova o Regulamento Básico para os Cursos de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 21 nov., 1949.

_____. Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o Exercício da Enfermagem Profissional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ, 21 set. 1955.

_____. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jun., 1986.

CALDAS, N. P.; PEREIRA, A. C.; ALVAREZ, L. H. Instrumentos de registro das atividades de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.29, p.92-p.102, 1976.

CAMPOS, E.; MACHADO, M. H.; MORIYA, T. M. Tentativa de um diagnóstico de enfermagem da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.29, p.25-27, 1976.

CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de Enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. *In*: CARRARO, T. E. e WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologias para a assistência de Enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora, 2001.

CARRARO, T. E.; KLETEMBERG, D. F.; GONÇALVES, L. M. O ensino da metodologia da assistência de Enfermagem no Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n.5, p.499-501, set./out. 2003.

CARVALHO, A. C. Considerações sobre o ensino de campo na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.25, n.5, p.149-153, out./dez. 1972.

CARVALHO, V. de. A problemática do diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 25, n. 1/2, p.114-125, jan./abr. 1972.

CASTRO, I. B. Estudo exploratório sobre a consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 28, n 4, p.76-94, out./dez.1975.

CIANCIARULLO, T. I.; KOIZUMI, M. S.; FERNANDES, R. A. Q. Prescrição de enfermagem. Experiências de sua aplicação em hospital particular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 27, n. 2, p.144- 149, abr./jun. 1974.

COELHO, E. B. S.; WESTRUPP, M. H. B.; VERDI, M. Da velha à nova república: a evolução das políticas de saúde no Brasil. Trabalho produzido como material instrucional para o programa ESPENSUL. 1995.

COHN, A. e ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 32, p.407-408, 1979.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

CUNHA, C. Situação de enfermagem no país. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p.1-8, jun. 1977.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K. Ensino do processo de Enfermagem nas escolas de graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 10, n. 2: p.185-191, mar./abr. 2002.

DUARTE, A. B.; REIS, I. E. M. dos. Importância das anotações dos cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, p.83-91, 1976.

EDITORIAL. Funções de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1/2/3, jan./fev./abr./jun. 1968.

FRIEDLANDER, M. R. O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 15 (2):129-134, 1981.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GONÇALVES, E. L. *et al.* **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988.

HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HORTA, W. A.; NARA, Y.; PAULA, N. S. Ensino do plano de cuidados em fundamentos de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, n.4, p.249-263, ago. 1967.

HORTA, W. A. Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 20, p.7-13, jan./fev. 1967.

_____. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 24, n. 3/4, p.159-169, abr./jun. 1971.

_____. A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 25, n.5, p.46-53, jul./set. 1971.

_____. A metodologia do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 25, n. 6, p.81-95, out./dez. 1971.

_____. Estudo básico da determinação da dependência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 25, n. 4, p.267-271, jul./set. 1972.

JORGE, M. L. Subsídios para uma análise histórica do setor de saúde no Brasil. **Cadernos de Estudo – Unimep**. Curso de Saúde Pública. Módulo III. dez.1981.

KOCH, R. M. e OTA, L. N. Processo de enfermagem – avaliação feita por alunos do departamento de enfermagem da UCP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 30, p.274-285, 1977.

LE GOFF, J. **Enciclopédia Enaudi**. Lisboa: Casa da Moeda, 2000.

LORENZETTI, J. A “nova” Lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. *In*: SANTOS *et al.* **Legislação em Enfermagem**: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2002.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. Saúde e Instituições médicas no Brasil. *In*: GUIMARÃES, R. **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para o debate. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.77-94, 1991.

MEIER, M. J. **Técnica e tecnologia mediando o saber-fazer na Enfermagem**. 1998. 89f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Pós-graduação do Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná (CEFET), Curitiba.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1995.

MENDES, M. A.; BASTOS, M. A. R. Processo de Enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p.271-276, mai./jun. 2003.

MOREIRA, A. A primeira escola de enfermagem. *In*: GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. Problemas assistenciais de enfermagem nos hospitais e clínicas particulares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 1, p.24-37, fev. 1976.

PADILHA, M. I. C. S. As representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 3, p.443-454, jul./set. 1999.

PAIM, L. Sistema de registros de enfermagem, plano assistencial e prescrições de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.29, p.66-82, 1976.

PEDUZZI, M; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p.392-398, jul./ago. 2002.

PINHEIRO, M. R. A enfermagem no Brasil e em São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.433-441, out. 1962.

PIZANI, M. A. P.N. **Os caminhos do ensino de graduação em enfermagem na cidade de Curitiba, de 1953 a 1994**. 1999. Dissertação de Mestrado, programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.

RESENDE, M. de A. Histórico da Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n.6, p.496-515, dez.1962.

REZENDE, M. A. Ensino de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.110-158, abr. 1961.

SANTOS, C. A. F. **A enfermagem como profissão**. São Paulo: Pioneira, 1973.

SANTOS, E. F. dos. *et al.* **Legislação em enfermagem**: Atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu, 1997.

SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional**: Análise Crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SCHOELLER, S. D. Sindicalismo e enfermagem no Brasil. *In*: GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

SECAF, V. e SANNA, M. C. Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil - um documento da década de 50 do século passado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p.315-317, mai./jun. 2003.

SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional**: Análise Crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SINGER, P. *et al.* **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

THOFEHRN, M. B. *et al.* O processo de enfermagem no cotidiano de acadêmicos de Enfermagem e enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.69-79, Jan. 1999.

FONTES HISTÓRICAS

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

1961

REZENDE, M. A. Ensino de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.110-158, abr. 1961.

1962

ROCHA, J. A. O que um diretor de hospital espera de um serviço de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p.298-304, ago. 1962.

PINHEIRO, M. R. A enfermagem no Brasil e em São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.433-441, out. 1962.

RESENDE, M. DE A. Histórico da Revista Brasileira de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n.6, p.496-515, dez.1962.

1964

MELLO, C. G. A enfermagem como profissão na atual conjuntura social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1/2, p.56-61, fev./abr. 1964.

HORTA, W. A. Aspectos do conforto do paciente em hospitais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3/4, p.114-118, jun./ago.1964.

ALCÂNTARA, G. Novas tendências na educação da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p.335-345, out. 1964.

ALCÂNTARA, G. Formação e aperfeiçoamento da enfermeira em face das exigências modernas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n.6, p.408-419, dez. 1964.

BARRETT, J. A enfermeira-chefe do futuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p.510-524, dez. 1964.

1967

ALVIM, E. de F. A formação profissional no mundo atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.231-233, ago. 1967.

HORTA, W. A. Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.7-13, jan./fev. 1967.

1968

EDITORIAL. Funções de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1/2/3, jan./fev./abr./jun. 1968.

HORTA, W. A. *et al.* Renovação dos métodos e técnicas de ensino em “fundamentos de enfermagem” na escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, p.231-244, ago. 1968.

OLIVEIRA, C.; RIGAUD, H. M. Plano de cuidado integral de enfermagem ao paciente hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.458-470, out. 1968.

SANTOS, C. F.; MINZONI, M. A. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n. 5, p.396-442, out. 1968.

1971

HORTA, W. A.; HARA, Y.; PAULA, N. S. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3/4, p.159-169, abr./jun. 1971.

HORTA, W. A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.46-52, jul./set. 1971.

1972

CARVALHO, V. de. A problemática do diagnóstico de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1/2, p.114-125, jan./abr. 1972.

HORTA, W. A. Estudo básico da determinação de dependência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.267-273, jul./set. 1972.

HORTA, W. A. Observação: descrição de método para desenvolvimento desta habilidade em estudantes, na disciplina fundamentos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.179-184, jul./set. 1972.

CARVALHO, A. C. Considerações sobre o ensino de campo na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.149-153, out./dez. 1972.

1973

ABDELLAH, F. G. Critérios de avaliação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1/2, p.17-32, jan./fev. 1973.

ALCÂNTARA, G. de. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos a sua expansão na sociedade brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p.188-192, abr./jun. 1973.

1974

CIANCIARULLO, T. I.; KOIZUMI, M. S.; FERNANDES, R. A. Q. Prescrição de enfermagem. Experiências de sua aplicação em hospital particular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.144-149, abr./jun. 1974.

HORTA, W. A. A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.214-219, abr./jun. 1974.

1975

26. CASTRO, I. B. e. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p.76-94, out./dez. 1975.

1976

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. Problemas assistenciais de enfermagem nos hospitais e clínicas particulares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n., p.24-37, fev. 1976.

PAIM, L. Sistema de registros de enfermagem, plano assistencial e prescrições de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 3, p.66-82, jul./set. 1976.

DUARTE, A. B.; REIS, I. E. M. dos; SANTOS, V. O. Importância das anotações dos cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 3, p.83-91, jul./set. 1976.

CALDAS, N. P.; PEREIRA, A. C.; ALVAREZ, L. H. Instrumentos de registro das atividades de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 3, p.92-102, jul./set. 1976.

CAMPOS, E.; MACHADO, M. H.; MORIYA, T.M. Tentativa de um diagnóstico de enfermagem da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 4, p.25-27, out./dez. 1976.

HORTA, W. A. *et al.* Significado psicológico da dor para enfermeiras e médicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 4, p.96-99, out./dez. 1976.

1977

KOCH, R. M. e OKA, L. N. Processo de enfermagem – avaliação feita por alunos do Departamento de Enfermagem da UCP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 30, n. 3, p.274-285, jul./set. 1977.

MARIA, V. L. R. *et al.* Evolução do paciente: anotações de enfermagem no Kardex e passagem de plantão com equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 30, n. 3, p.237-243, jul./set. 1977.

NOGUEIRA, M. J. C. Uma experiência com consultas de enfermagem para crianças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.30, n. 3, p.294-306, jul./set. 1977.

1978

PAULA, N. S. de P. *et al.* Processo de enfermagem orientado para os problemas do paciente: iniciação de ensino em fundamentos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 31, n. 1, p.101-113, jan./mar. 1978.

LUCKESI, M. A. V. *et al.* Aplicação do processo de enfermagem no hospital Ana Nery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 31, n. 2, p.141-156, abr./jun. 1978.

1979

ARAÚJO, O. M. M. Consulta de enfermagem a gestante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 32, n. 3, p.259-270, jul./set. 1979.

Comitê de consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 32, n. 4, p.407-408, out./dez. 1979.

1980

SIMÕES, C. Considerações sobre o uso e a semântica de algumas palavras empregadas nos textos da REBEn no período de 1974-1978. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 33, n. 3, p.305-309, jul./set. 1980.

1981

ADAMI, N. P. Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, n. 1, p.8-14, jan./mar. 1981.

RESENDE, L. B. de; ANDRADE, V. R. O.; IMBIRIBA, C. E. Implantação da metodologia assistencial no IASERJ. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 34, n. 2, p.123-137, abr./jun. 1981.

1982

CASTRO, I. B.; CARVALHO, V. de; BORGES, M. V. Reflexões sobre a prática de enfermagem no Brasil e na América Latina – implicações educacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, RS, v. 35, n. 2, p.185-191, abr./jun. 1982.

1983

SILVA PINTO, S. M. P. e colaboradora. Metodologia da assistência – uma nova estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, RS, v. 36, n. 2, p.177- 182, abr./jun. 1983.

FAGUNDES, N. C. O processo de enfermagem em saúde comunitária a partir de Myra Levine. **Revista Brasileira de Enfermagem**, RS, v. 36, n. 3/4, p.265-273, jul./dez. 1983.

1984

PAULA, N. S. de *et al.* Assistência de Enfermagem sistematizada – experiência de aprendizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n.1, p.65-71, jan./mar. 1984.

SANCHÉZ, S. *et al.* Fatores que influenciam na implementação de um modelo de assistência de enfermagem – uma proposta alternativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3/4, p.195-204, jul./dez. 1984.