

MARILENE BRUM LEMOS

**A LÓGICA DA PRODUTIVIDADE CAPITALISTA E SUAS MANIFESTAÇÕES
NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

CURITIBA

2004

MARILENE BRUM LEMOS

**A LÓGICA DA PRODUTIVIDADE CAPITALISTA E SUAS MANIFESTAÇÕES
NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre. Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Dr^a Vera Regina Beltrão Marques

CURITIBA

2004



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

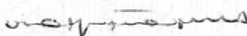
PARECER

Defesa de Dissertação de **MARILENE BRUM LEMOS** para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO. Os abaixo-assinados, DR^a VERA REGINA BELTRÃO MARQUES; DR^a MARIA DE LOURDES GISI e DR^a MARIA DATIVA DE SALLES GONÇALVES argüiram, nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte Dissertação: **“A LÓGICA DA PRODUTIVIDADE CAPITALISTA E SUAS MANIFESTAÇÕES NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO”**

Procedida a argüição, segundo o Protocolo, aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está apta ao Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

PROFESSORES:

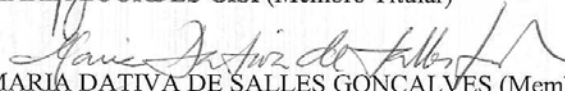
Apreciação


DR^a VERA REGINA BELTRÃO MARQUES (Presidente)

aprovada


DR^a MARIA LOURDES GISI (Membro Titular)

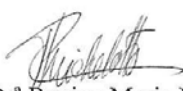
Aprovada


DR^a MARIA DATIVA DE SALLES GONÇALVES (Membro Titular)

aprovada



Curitiba, 27 de agosto de 2004


Prof^a Dr^a Regina Maria Michelotto
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Educação

*Ao amigo Fausto Rodrigues
Teixeira Filho*

*"O médico não prega o
arrependimento;
ele oferece a absolvição."
Mencken*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que participaram comigo nessa caminhada e que contribuíram para as reflexões aqui contidas;

A todos os profissionais que se dedicam à saúde e à educação no Brasil;

Aos profissionais de enfermagem;

Ao ser humano que com carinho e competência me ajudou a encontrar caminhos alternativos e medidas apropriadas para a realização deste trabalho: Fausto Rodrigues Teixeira Filho;

Aos meus pais que me deram à vida e a capacidade de pensar: Wilson Lemos e Marlene Brum Lemos;

Aos meus irmãos: Maria Alzira Brum Lemos, Marcelo Brum Lemos e Wilson Lemos Junior;

Meu companheiro Julio Cezar de Jesus pelas incansáveis discussões e correções gramaticais;

À Prof^a. Dr^a. Vera Regina Beltrão Marques pela orientação deste trabalho e por acreditar em minha capacidade, investindo paciência e me oferecendo estímulo quando tudo parecia não dar certo;

Aqueles que proporcionaram esta experiência compartilhando seus saberes: Prof^o. Dr^o. Claus Germer, Prof^o. Dr^o Gelson João Tesser, Prof^a. Dr^a. Jussara Maria Puglielli, Prof^a. Dr^a. Maria Dativa Salles Gonçalves, Prof^a. Dr^a. Marta Pinheiro;

À amiga, verdadeira mestre que em muitos anos me acompanha em meu percurso intelectual me ajudando e orientado com imparcialidade: Prof^a. Dr^a. Maria Lourdes Gisi;

Aos meus grandes amigos que me devolveram a esperança na humanidade: Akiko Alice Unoki, Cremilda Sfeir, Marcio Luiz Maciel, Marcos Clivatti Freitag, Magda Nanuk G. H. R. Pinto; Nilton Dubinski, Rosana Brittes e Sandra Alessi Müntsch;

À Eliandra Horbach Nogueira pela tradução de parte deste trabalho para a língua inglesa;

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em educação da UFPR pela atenção e dedicação dispensada durante o decorrer do curso: Darci terezinha Preuss Tissi e Francisca de Jesus Guimarães;

Às minhas filhas que me acompanharam com muito carinho e me ajudam constantemente a ser um ser humano melhor: Marina Lemos de Jesus e Tatyane Helena Brum Lemos Nunes.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUÇÃO.....	1
1 A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO NO CAPITALISMO: DA ACUMULAÇÃO PRIMITIVA AO IMPERIALISMO.....	07
1.1 A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO NA ACUMULAÇÃO PRIMITIVA.....	07
1.2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CAPITALISMO DESENVOLVIDO.....	18
1.3 A TRANSFORMAÇÃO DA QUANTIDADE EM QUALIDADE: DO CAPITALISMO DESENVOLVIDO AO IMPERIALISMO.....	27
1.4 A FLEXIBILIZAÇÃO DA PRODUÇÃO E AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO FRENTE AO PROJETO NEOLIBERAL.....	42
2 O TRABALHO DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA IDENTIFICAÇÃO COM A LÓGICA E A RACIONALIDADE DO CAPITAL... ..	46
2.1 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DE ENFERMAGEM.....	46
2.2 A EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	58
2.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM MODERNA NO BRASIL: NA CONTRA MÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	64
2.4 A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL: A OPÇÃO PELO MODELO HOSPITALAR PRIVADO.....	76
3 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS POLÍTICAS NEOLIBERAIS PARA A SAÚDE E A EDUCAÇÃO.....	87
3.1 A CONFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ÀS POLÍTICAS DE AJUSTE ESTRUTURAL.....	87
3.2 PRESCRIÇÕES NEOLIBERAIS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS.....	118
ANEXOS.....	127
ANEXO I.....	128
ANEXO II.....	131
ANEXO III.....	132
ANEXO IV.....	138
ANEXO V.....	148
ANEXO VI.....	152
ANEXO VII.....	154
ANEXO VIII.....	157
ANEXO IX.....	162

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DNSP - DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CAP'S - CAIXAS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
UNIRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ABED - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ENFERMEIRAS DIPLOMADAS BRASILEIRAS
ABEN - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
IAPS - INSTITUTOS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
AI- 5 - ATO INSTITUCIONAL Nº. 5
CFE - CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO
PNI - PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO
INAN - INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
SUCAM - SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE AMBIENTAL
MPAS - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL.
MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE
FAS - FUNDO DE APOIO SOCIAL
SIMPAS - SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA
INPS - INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
DATAPREV - EMPRESA DE PROCESSAMENTOS DE DADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
IAPAS - INSTITUTO DE ARRECADAÇÃO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
CEME - CENTRO DE MEDICAMENTOS
FUNABEM - FUNDAÇÃO NACIONAL DO BEM ESTAR DO MENOR
LBA - LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA
CONASP - CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE PREVIDENCIÁRIA
PIASS - PLANO DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
AIS - AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
SUDS - SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
CNS - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
CPMF - CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA DE MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA
FMI - FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL
BM - BANCO MUNDIAL
OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA NO BRASIL
OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
MARE - MINISTÉRIO DE ADMINISTRAÇÃO E REFORMA DO ESTADO
AIDS - SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
ANVISA - NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA ANVISA
PACS - PROGRAMA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PSF - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ACS - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

REFORSUS - REFORÇO À REORGANIZAÇÃO DO SUS / PROJETO DE REFORMA DO SETOR SAÚDE

PROFAE - PROJETO PARA PROFISSIONALIZAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

COREN - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

PLE - PROJETO LARGA ESCALA

RH - RECURSOS HUMANOS

LDB - LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO

RESUMO

O presente estudo objetiva identificar os momentos em que a lógica da produtividade capitalista se tornou mais evidente durante o processo de formação do enfermeiro no Brasil. A crítica que se realiza à formação profissional da enfermagem é apresentada com base nos determinantes sociais, políticos e econômicos que influenciaram o ensino e a prática da enfermagem no país, bem como na elaboração das leis e normas que regularam as atividades da educação universitária, média, fundamental e dos cursos de capacitação, além de nortear as ações de saúde desenvolvidas ao longo dos períodos analisados. Insere-se numa perspectiva materialista histórica com a preocupação teórica de analisar a realidade social de cada época específica, no contexto do desenvolvimento das forças produtivas. A inserção da enfermagem como profissão no Brasil tem início com a instauração do capitalismo e traz consigo as prerrogativas próprias desse sistema de produção, pela utilização de normas e técnicas de enfermagem bem definidas, aplicáveis a partir da divisão de tarefas e hierarquia das funções. Entretanto, ainda não apresenta princípios científicos bem definidos. As mudanças ocorridas desde a acumulação primitiva do capital até a fase imperialista, produziram mutações tecnológicas e organizacionais, alcançando todos os níveis das organizações sociais, afetando o setor de serviços, que também se submeteu à racionalidade do capital. No Brasil, assim como nos demais países em desenvolvimento, essa racionalidade leva à centralidade da educação e da saúde nas orientações das políticas de intervenção deliberada, colocadas em prática por organismos internacionais. O atual ajustamento da educação e da organização dos serviços de enfermagem aos padrões *tayloristas/fordistas* não interessam mais a nova ordem social, portanto, na medida em que tal contradição se estabelece, devem surgir novas formas de ajustamento ou de enfrentamento à atual política neoliberal, cabendo a própria categoria de enfermagem, a delimitação deste espaço profissional.

Palavras-chave: Enfermagem; educação; capitalismo; políticas neoliberais.

ABSTRACT

The present study objectives to identify the moments where the logic of the capitalist productivity became more evident during the formation process of the nurse in Brazil. The critical one that is done on the professional formation of the nursing is presented on the basis of determinative the social ones, economic politicians and who had influenced the education and the practical one of the nursing in the country, as well as in the elaboration of the laws and norms that had regulated the activities of the university education, average, basic and of the courses of qualification, besides guiding the actions of health developed the long one of the analyzed periods. It inserts in a historical materialistic perspective with the theoretical concern to analyze the social reality of each specific time, in the context of the development of the productive forces. The insertion of the nursing as profession in Brazil has beginning with the instauration of the capitalism and brings obtains the proper prerogatives of this system of production, for the use of norms and techniques of nursing well definite, applicable from the division of tasks and hierarchy of the functions. However, still it does not present well definite scientific principles. The occurred changes since the primitive accumulation of the capital until the imperialist phase had produced technological and organizational mutations, reaching all the levels of the social organizations, affecting the sector of services that also was submitted to the rationality of the capital. In Brazil, as well as in the too much developing countries, this rationality leads to the centrality of the education and the health in the orientation of the politics of deliberated intervention, placed in practical for international organisms. The current adjustment of the education and the organization of the services of nursing to the *tayloristas/fordistas* standards does not interest more to the new social order, therefore, in the measure where such contradiction if establishes, new forms must appear of adjustment or confrontation to the current neoliberal politics, fitting the proper category of nursing, the delimitation of this professional space.

Key words: Nursing; education; capitalism; neoliberal politics.

INTRODUÇÃO

Apesar do trabalho no setor de serviços não se constituir, em tese, como um elemento de autovalorização do capital, não se pode ignorar o enorme desenvolvimento deste tipo de trabalho, que emprega milhões de assalariados, constituindo uma porcentagem significativa da produção capitalista global. As relações capitalistas tem se estendido de forma a ditar também as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde - apesar de estarem incluídos nas formas transitórias de trabalho -, podendo-se argumentar que estes assalariados sob a relação capitalista estão assimilados ao capital, não só de maneira formal, como também de forma real.

Sob esta ótica, os serviços de saúde se caracterizam como unidades de produção que promovem prevenção, reabilitação e cura, encaradas como resultado do processo de trabalho em saúde, inscrito no modo de produção capitalista. Neste processo, a atividade dos trabalhadores em saúde, mediante os meios de trabalho (técnicos e instrumentais), deve transformar o ser humano incapacitado em um ser humano com adequada potencialidade física, emocional e psíquica. Internamente, a concretização ou resultado deste processo, está limitado pelas exigências da dinâmica econômica do capitalismo, ao privilegiar uma pretensa "produtividade", que invariavelmente traduz-se em diminuição de custos, rareamento de recursos humanos e materiais. A manutenção da prevenção, reabilitação e cura dos indivíduos tende a ser rebaixada continuamente, já que os níveis de produtividade econômicos conspiram contra o êxito completo do objetivo primordial das ações de saúde.

O trabalho de saúde é coletivo e abrange uma série de profissionais, como médicos, odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, entre outros, além dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e os agentes de saúde, que pertencem à categoria de enfermagem, sendo também numericamente expressivos em relação aos demais. Deve-se considerar, entretanto, um quantitativo também representativo de trabalhadores na área de enfermagem com baixa instrução e qualificação, que pode ser justificado pela diminuição dos custos da

assistência/cuidado e pela racionalidade da medicina, que tem na figura do médico, seu principal agente.

Apesar da apropriação de todos estes profissionais da mesma finalidade do processo de trabalho, que envolve prevenção, cura e reabilitação da saúde, a equipe de enfermagem, além de conviver com a mesma relação de subalternidade ao profissional médico como os demais, ainda reproduz internamente uma relação semelhante entre a equipe, em que o enfermeiro exerce a hegemonia da categoria. Ainda, no que respeita ao processo de trabalho, os profissionais de enfermagem possuem uma trajetória histórica marcada por prejuízos de várias ordens, como a diminuição progressiva dos salários, aumento da jornada de trabalho pelo acúmulo de empregos, diminuição do quantitativo de pessoal, além daqueles relacionados às questões técnicas, educacionais, materiais e da dificuldade de caráter psicológico advindos da vivência com estados de morbidade e mortalidade constantes. O modelo curativo, ao associar-se a um projeto lucrativo ou excedente de assistência, acentuou a precarização do trabalho de enfermagem, permitindo que as condições insalubres da natureza deste trabalho se potencializassem pela depreciação crescente das condições materiais que o ambiente profissional sofreu.

Assim, tomando por base a teoria da centralidade do trabalho no capitalismo, este estudo tem por objetivo buscar condições que propiciem identificar em que momento a lógica da produtividade capitalista se tornou mais evidente no processo de formação do enfermeiro e as contradições que se estabeleceram durante este percurso, pois um dos aspectos mais vulneráveis da enfermagem é sua dimensão pedagógica. Embora possa ser uma forma eficaz de se aproximar da prevenção, reabilitação e cura dos indivíduos, não representam sob a ótica do capital, um resultado prático e imediato. A lógica capitalista simplesmente não imagina que o aspecto educacional seja exatamente a forma mais rápida e fácil de chegar a uma aproximação destas atividades.

Para isso é necessário, além da reflexão acerca da formação do enfermeiro, ter a compreensão de sua concepção de saúde, assistência e educação em relação ao desenvolvimento do trabalho bem como as formas de organizá-lo. Se sua formação reflete as conseqüências do modo como se organiza a sociedade, cabe o questionamento sobre o entendimento por parte deste profissional a respeito da

natureza do trabalho, se é o ser humano ou a doença. Pressupondo-se que o motivo que impulsiona e determina o processo de produção capitalista é a maior acumulação do capital, e, portanto, a maior exploração possível da força de trabalho, é necessária a identificação das pressões materiais contemporâneas, no sentido de determinar se apontam ou não para mudanças também na ordem da assistência/cuidado à saúde.

Para tal empreendimento se realiza um estudo das formas de organização do trabalho em saúde e as implicações sobre os processos políticos, técnicos e administrativos vividos pelo enfermeiro e os resultados de sua prática, que se justifica devido à carência de análises que busquem a identificação destes aspectos, além das contradições que se estabelecem no processo de formação pedagógica do enfermeiro.

Elegeu-se o enfermeiro como objeto de análise, por ser um trabalhador que pertence ao setor mais dinâmico¹ das instituições de saúde. Em particular, além de ser o responsável técnico pela equipe, assume as funções de assistência/cuidado, educação, direção, coordenação e supervisão dos serviços, o que torna imprescindível a compreensão da organização dos serviços de enfermagem e as características atuais desta atividade.

Este estudo não pretende negligenciar as condições materiais de vida dos vários sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde, mas entender a generalidade e as especificidades do processo de trabalho em enfermagem, mais especificamente do enfermeiro, enquanto responsável pela organização dos serviços de enfermagem. Assim, esta investigação científica abordará as relações sociais do trabalho em enfermagem, acompanhando os processos materiais de cada período analisado, tomando por base os aspectos históricos de efetivação da enfermagem moderna no Brasil, aliada às suas especificidades de formação, profissionalização e organização dos serviços.

¹ Esta dinâmica é determinada em grande parte por tratar-se de categoria cujos participantes são em grande número; cujas atribuições funcionais são múltiplas e cruzam todas as ações em saúde; por se tratar do elo mais constante e próximo do paciente e dos resultados da ação institucional de saúde.

A profissionalização da equipe de enfermagem é uma luta histórica, que ganhou relevância com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei 7 498), e, em conjunto com as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e as que regulamentaram o Sistema de Saúde compõem partes da proposta de empregabilidade e de modernização da saúde no Brasil. Entretanto, as condições dos acordos de empréstimos realizados pelo Banco Mundial na área da saúde e da educação serviram para promover a ampliação e participação do setor privado, contribuindo para a expansão do capital internacional e organização do mundo capitalista.

As contribuições de autores, cuja perspectiva de pesquisa exploratória se manifesta na abordagem dialética, foram utilizadas como referencial teórico, sendo que a apropriação do método materialista-histórico foi se construindo durante todo o desenvolvimento do estudo, propiciando uma interação dialética entre o modo de produção capitalista e a formação do enfermeiro.

O primeiro capítulo apresenta a origem do pensamento filosófico - o liberalismo econômico - que lançou as bases para as primeiras iniciativas na organização do trabalho no sistema de produção capitalista. Esse exercício de leitura insere-se numa perspectiva histórica e tem a preocupação teórica de analisar a realidade econômica, social e política de cada época específica no contexto do desenvolvimento das forças produtivas. Neste sentido, as primeiras incursões referem-se ao período correspondente à acumulação primitiva do capital e perpassa os vários momentos da aceleração capitalista no mundo ocidental, compreendendo períodos significativos quanto às mudanças ocorridas no mundo do trabalho, desembocando no estágio mais avançado do capitalismo - o imperialismo - e as mudanças de ordem estrutural que se estabelecem na atualidade, a partir das medidas neoliberais.

O atual momento de desenvolvimento das forças produtivas produz mudanças que não podem ser conceituadas como simples reformas, tratando-se de uma reestruturação capitalista em todos os níveis, inclusive na saúde e na educação. A partir do modelo neoliberal, que teve início na década de 1970, iniciou-se no mundo o processo de globalização, que, combinando-se com a redução do papel do estado e ênfase na liberdade de mercado, se estabeleceram novas

técnicas gerenciais e estratégias produtivas. Formas de reestruturação da produção de serviços, decalcados de experiências fabris, incorporaram técnicas gerenciais e novos padrões da força de trabalho, como a gestão participativa e a busca da qualidade total, prometendo exponencializar o aproveitamento da inteligência e da atividade, que são determinadas por um novo marco de produtividade. Conceitos como flexibilização produtiva e implementação de métodos sob a rubrica de 'qualidade total' inspiram o aprofundamento da divisão de tarefas.

O segundo capítulo descreve a inserção do trabalho em saúde no setor de serviços e apresenta os fenômenos históricos e sociais que corroboraram para a efetivação profissional dos trabalhadores em saúde, localizando o trabalho de enfermagem e a educação destes trabalhadores no contexto das políticas de saúde no Brasil. Num segundo momento aborda os aspectos relativos à institucionalização da enfermagem moderna no Brasil, dando ênfase às diversas concepções que influenciaram a organização desse trabalho e como o trabalho do enfermeiro se apresenta numa sociedade cuja lei fundamental é a procura sistemática da mais valia, obtida pela exploração do trabalho. A enfermagem como profissão tem início com a instauração do capitalismo e traz consigo as prerrogativas próprias desse sistema de produção, pela utilização de regras e princípios científicos bem definidos, aplicáveis a partir da divisão de tarefas e a hierarquização das funções. A mudança dos paradigmas econômicos fundamentados na flexibilização da produção industrial alcança todos os níveis das organizações sociais principalmente nos países em desenvolvimento, que devem se submeter aos ditames dos organismos internacionais.

A submissão do Brasil às políticas dos organismos internacionais acaba pela imposição de juros ao mesmo nível dos empréstimos para as empresas também para os projetos direcionados à saúde e educação. É neste contexto que se insere o terceiro capítulo, em que se realiza a aproximação do enfermeiro frente às políticas neoliberais para a saúde e educação, demonstrando como se dá a conformação do Sistema Único de Saúde no Brasil às políticas de ajuste estrutural, ao mesmo tempo em que apresenta as concepções que nortearam a formação do enfermeiro para o mercado globalizado.

A inserção da educação neste processo se faz com a introdução da pesquisa nas universidades aliada às empresas e aumento da oferta do ensino superior por meio da expansão da iniciativa privada. A implementação das medidas neoliberais se viabiliza através de reformas curriculares, criação de cursos, enxugamento e reengenharia em departamentos, falta de professores. A principal ofensiva ideológica é a racionalização administrativa dos problemas. Sem qualquer caráter histórico, social ou político, todo e qualquer problema passa a ter uma causa técnica e gerencial. É neste momento da história que se evidenciam as críticas em torno das instituições públicas de ensino, estereotipadas com o discurso da ausência de gerenciamento, a desqualificação dos professores e a ignorância dos alunos. A sociedade do conhecimento surge como ideologia de uma nova sociedade em que a forma para alcançar o desenvolvimento e o poder econômico já não se dará na exploração de matérias-primas e do trabalho manual do homem, e sim, na aplicação dos recursos da mente humana.

Considerando que as mudanças significativas no modo de produção de bens e serviços só se aplicaram com o advento da industrialização e implantação definitiva do sistema capitalista, as transformações no âmbito da saúde e da educação se cristalizaram com as técnicas *tayloristas/fordista*. Entretanto, as transformações atuais no mundo do trabalho que se apresentam de forma estrutural, abalam de maneira significativa às relações humanas. O ideário neoliberal se impõe como sistema, impondo a flexibilização da produção também na saúde e na educação. O atual ajustamento da organização dos serviços de enfermagem aos padrões *tayloristas* não interessam mais a nova ordem social, portanto, na medida em que tal contradição se estabelece, devem surgir novas formas de ajustamento ou de enfrentamento à atual política neoliberal.

As reflexões sobre o ensino de enfermagem no Brasil com a análise das diretrizes, parâmetros e pressupostos nacionais que subsidiaram as leis e pareceres que regularam as atividades da educação universitária, média, fundamental e dos cursos de capacitação desenvolvidas ao longo dos períodos analisados, foram decisivas na formação dos trabalhadores de enfermagem, com vistas a atender às mudanças políticas e as necessidades de competência técnica, humana e interativa exigida pelo mercado de trabalho.

1 A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO NO CAPITALISMO: DA ACUMULAÇÃO PRIMITIVA AO IMPERIALISMO

1.1 A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO NA ACUMULAÇÃO PRIMITIVA

As interpretações do processo histórico possibilitam compreender o trabalho como “uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana”. Trata-se de um processo entre o homem e a natureza, em que o homem coloca em movimento as forças de sua própria corporeidade, no intuito de apoderar-se da matéria natural e modificá-la para sua vida. Reciprocamente, transforma também sua própria natureza. É com o trabalho, ou seja, com a produção dos seus meios de vida - realizada de forma consciente - que o homem distingue-se dos animais ¹, e, quando ultrapassa “(...) a mera atividade instintiva é assim a força que criou a espécie humana e a força pela qual a humanidade criou o mundo como o conhecemos”. ² De acordo com ENGELS os animais só podem utilizar a natureza e modificá-la, pelo simples fato de sua presença nela, enquanto o homem, a modifica e a domina, obrigando-a a servir-lhe. ³

Segundo MARX & ENGELS quando os homens produzem os seus meios de vida, estão indiretamente produzindo sua própria vida material, pois o modo como esses meios são produzidos, através de determinada forma, já é a própria expressão de vida, de um determinado modo de vida. “Como exprimem a sua vida, assim os indivíduos são. Aquilo que eles são, coincide, portanto, com a sua produção, com **o que** produzem e também **o como** produzem. Aquilo que os indivíduos são, depende, portanto, das condições materiais de sua produção”. Esta produção vai surgindo no

¹ MARX, Karl. **O Capital**. Os Pensadores. Livro Primeiro. Vol I. São Paulo : Editora Nova Cultural, 1996, p. 172.

² BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista** : A Degradação do Trabalho no Século XX. Rio de Janeiro : Zahar, 1977, p. 53.

³ Escrito por ENGELS em 1876. Publicado pela primeira vez em 1896 em Neue Zeit. Publica-se segundo a edição soviética de 1952, de acordo com o manuscrito, em alemão. Traduzido do espanhol. Editado a partir de www.insrolux.org/textos/, citado por: ANTUNES, Ricardo. **A Dialética do Trabalho: Escritos de Marx e Engels**. São Paulo : Expressão Popular, 2004, p. 28.

momento em que a população vai aumentando, o que pressupõe um intercâmbio dos indivíduos entre si e entre as diferentes nações. As relações que se realizam entre as nações vão depender do grau de desenvolvimento das forças produtivas, que é indicado pelo desenvolvimento da divisão do trabalho. As diferentes fases de desenvolvimento da divisão do trabalho também são diferentes formas de propriedade, que determinam “(...) as relações dos indivíduos entre si no que respeita ao material, ao instrumento e ao produto do trabalho”.⁴

O tipo de propriedade tribal foi a primeira forma de propriedade evidenciada por MARX & ENGELS⁵, que correspondeu a uma fase não desenvolvida da produção e uma divisão de trabalho pouco desenvolvida. Apresentava-se como uma extensão da divisão natural do trabalho na família, cuja estrutura social era formada hierarquicamente pelos chefes patriarcais, seguidos dos seus membros e escravos, respectivamente.

A segunda forma foi a propriedade comunal e estatal antiga, que resultou da união das tribos e formação de cidades, apresentando uma divisão de trabalho já desenvolvida com o antagonismo entre cidade e campo, e, no interior das cidades o antagonismo entre indústria e comércio marítimo e uma relação de classes já completamente formada entre cidadãos e escravos. ENGELS demonstrou que foi nesta fase, ainda muito primitiva de desenvolvimento da produção, que:

(...) a força do trabalho do homem se tornou apta para produzir consideravelmente mais do que era preciso para a manutenção do produtor, e como essa fase de desenvolvimento é, no essencial, a mesma em que nasceram a divisão do trabalho e a troca entre indivíduos. Não se demorou muito a descobrir a ‘grande verdade’ de que também o homem podia servir de mercadoria, de que a força de trabalho do homem podia chegar a ser objeto de troca e consumo, desde que o homem se transformasse em escravo.⁶

Estabeleceu-se assim a primeira grande divisão da sociedade em uma classe explorada e outra que explorava, e, apesar de ser uma forma de exploração típica da antiguidade, foi sucedida pela servidão na Idade Média.

⁴ MARX, Karl; FRIEDRICH, Engels. **A Ideologia Alemã** : Teses Sobre Feuerbach. São Paulo : Editora Moraes Ltda, 1984, p. 17-20.

⁵ **Ibid.** p. 16-17.

⁶ FRIEDRICH, Engels. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 2002, p. 198.

A propriedade feudal - caracterizada por uma sociedade de ordens - foi a terceira forma de propriedade, que se constituiu sob uma base hegemônica representada pelo setor primário - agricultura -, seguida pelo setor secundário - a indústria - e pelo terciário - comércio e serviços. Após sua completa formação, apresentou uma estrutura hierárquica de propriedade fundiária, com séqüitos armados, que, ligados à nobreza, exerciam o poder sobre a classe produtora direta: os servos ⁷. Entretanto, pela existência de diferentes condições de produção, também se diferenciavam as relações que se estabeleciam entre explorados e exploradores, refletindo um tipo de associação entre ambos.

No campo, sob poder da nobreza existiam os pequenos camponeses servos, que lhes forneciam alimentos e objetos como valores de uso. Os camponeses produziam sua alimentação, manufaturavam seus instrumentos de trabalho, construíam suas casas, estábulos e celeiros; também produziam fibras vegetais e animais, utilizadas na fiação e tecelagem no fabrico de vestuário e roupas de cama, existindo uma economia de mercado de subsistência, em que alguns bens eram produzidos como valores de uso para consumo próprio ou de outros membros de seu círculo doméstico. O fim da servidão que se estruturou na Inglaterra desde a metade do século XIV, gerou uma imensa massa de camponeses livres, que cultivavam suas próprias terras. Em que pese que o direito de posse estivesse protegido por títulos feudais ⁸, esses camponeses partilhavam do usufruto de bens comunais, como pastagens e lavoura, juntamente com os assalariados rurais (também camponeses). Uma produção do tipo mercantil só se concentrava nos produtos de luxo como jóias e carruagens para consumo de uma minoria

⁷ A passagem da escravidão para a servidão foi um processo muito lento, não sendo de interesse neste estudo resgatá-la, porém é importante salientar que foi um processo acompanhado pelo caráter cada vez mais agrário da sociedade ocidental. “De fato, com a atrofia da economia mercantil era mais difícil recorrer-se à mão de obra escrava (caso em que o trabalhador é mercadoria) ou assalariada (caso que a força de trabalho é mercadoria). Assim, apresentava-se como solução natural a mão-de-obra servil, isto é, produtores dependentes, sem liberdade de locomoção (de que goza um assalariado), mas que escapavam à arbitrariedade de um senhor (que atingia o escravo)”. JR, Hilário Franco. **O Feudalismo**. São Paulo : Editora Brasiliense, 1985, p. 39.

⁸ “O traço mais característico da produção feudal em todos os países da Europa ocidental, é a partilha do solo entre o maior número possível de semi-servos. O senhor feudal era como qualquer outro soberano; seu poder dependia mais do número dos seus súditos que do conteúdo da sua bolsa, isto é, dependia do número de camponeses estabelecidos em seus domínios.” MARX, Karl. **A Origem do Capital: A acumulação primitiva**. Tradução de Walter S. Maia. São Paulo : Global Editora e Distribuidora Ltda, 1985 p. 20.

privilegiada. Nas cidades, as corporações⁹, formadas por pequenos capitais de artesãos individuais desenvolveram categorias distintas: mestres, oficiais e aprendizes, originando uma hierarquia semelhante à do campo, existindo um forte antagonismo entre a cidade e o campo.

A descrição de MARX & ENGELS que apresenta de forma mais sistemática os aspectos da divisão do trabalho, indicam que a maior divisão do trabalho material e intelectual é a separação entre a cidade e o campo. Essa oposição inicia com a transição da barbárie para a civilização, do sistema tribal para o Estado, da localidade para a nação, estendendo-se por toda a história da civilização até os dias atuais.¹⁰

Mas, os primeiros fundamentos do regime capitalista, apontados por MARX ocorreram no último terço do século XV e início do século XVI na Inglaterra, com o roubo dos bens da igreja, a fraudulenta alienação do Estado, o furto da propriedade comunal - pela expropriação das terras de uso dos camponeses na produção de alimentos¹¹ - e a institucionalização da propriedade privada - "(...) executada com terrorismo inescrupuloso da propriedade feudal e clânica em propriedade privada moderna", entre outros métodos idílicos utilizados para a acumulação primitiva. "Eles conquistaram o campo para a agricultura capitalista, incorporaram a base fundiária

⁹ As corporações eram organizadas por ofícios, para evitar a concorrência. A corporação limitava o volume e fixava o número de unidades de produção e o número máximo de trabalhadores por unidades, limitando a oferta que se destinava a sustentar um preço justo dos artigos. Apresentando por justificativa a qualidade dos produtos para os consumidores, a corporação proibia inovações técnicas, evitando a tendência do favorecimento de determinados mestres em detrimento dos demais, além de proibir o lançamento de novos produtos, caso a qualidade não fosse comparável aos demais. SINGER, Paul. **O CAPITALISMO: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica**. São Paulo : Moderna, 1987, p. 13.

¹⁰ MARX & ENGELS. **Op. Cit.** p. 64.

¹¹ "(...) A decomposição dos pequenos agricultores em patrões e operários agrícolas constitui a base sobre a qual se forma o mercado interno na produção capitalista". Trata-se de uma desigualdade na distribuição das superfícies semeadas, em que a produção do "(...) campesinato rico excede a norma de trabalho de uma família (...), o que o obriga a *recorrer à mão-de-obra assalariada*. Ao contrário, o campesinato pobre 'oferece operários' (...), ou seja, vende a sua força de trabalho. (...) Observamos aqui o processo de formação do mercado interno tal como ele aparece na teoria da produção capitalista: 'o mercado interno' cresce, de um lado, graças à transformação em mercadoria do produto da agricultura mercantil empresarial, e, de outro, graças à transformação em mercadoria da força de trabalho vendida pelo campesinato pobre". LÊNIN, Ilich Vladimir. **O Desenvolvimento do Capitalismo na Rússia: O processo de Formação do Mercado Interno para a Grande indústria**. VOL I. Tradução e revisão, com base no original russo de Paulo Bezerra. São Paulo : Nova Cultural, 1988, p. 36.

ao capital e criaram para a indústria urbana a oferta necessária de um proletariado livre como os pássaros”.¹²

A violenta expulsão dos camponeses da lavoura levou à marginalização desse segmento da população, sendo evidenciado por HEILBRONER como “(...) a mais miserável de todas as classes sociais, um proletário agrícola; onde não havia trabalho disponível em lavouras, ele acabou por se transformar em indigente, até mesmo em ladrão e comumente em mendigo”.¹³ Tratados como vagabundos, muitos foram enforcados por Henrique VIII da Inglaterra¹⁴, outros, refugiaram-se nas cidades já formadas na Idade Média pelos servos fugitivos da gleba¹⁵, que haviam se tornados livres, e, reunidos em verdadeiras associações corporativas em torno de seus ofícios - como forma de proteção ao trabalho - , submetiam os recém-chegados segundo a organização dos interesses das corporações já existentes. Excluídos das regulamentações das corporações¹⁶, foram gradualmente absorvidos pelas manufaturas e os demais formaram um grande exército de reserva, necessário para a expansão do capital.

¹² MARX, Karl. **O Capital**. Os Pensadores. Livro Primeiro. Vol II. São Paulo : Editora Nova Cultural. 1996, p. 355.

¹³ HEILBRONER, Robert. **A História do Pensamento Econômico**. Os Economistas. São Paulo : Editora Nova Cultural Ltda, 1996, p. 34.

¹⁴ Os enforcamentos eram previstos nas legislações que tratavam como criminosos ou traidores “aqueles que não queriam trabalhar”. Na Inglaterra, este tipo de legislação teve início em 1530 com Henrique VII e só foi abolida em 1714. Previa disposições legais para açoites, marcas com ferro em brasa, espancamentos e crueldades das mais variadas formas. MARX (1985). **Op. Cit.** p, 57-67.

¹⁵ O termo burguês se generalizou após o século XI, sendo representado pelos habitantes dos burgos, que se dedicavam ao comércio, à usura ou aos ofícios, mas que necessitavam de liberdade para o exercício de suas funções, outorgadas pelo senhor feudal, aplicáveis ao conjunto da comuna. Com o tempo, esta categoria obteve muitas conquistas no campo econômico e político, chegando a fazer parte das Assembléias dos Estados Gerais, convocadas pelos reis e mais tarde, não só tomou para si os movimentos revolucionários, como a Tomada da Bastilha e a abolição da monarquia e dos privilégios feudais. **Grande Enciclopédia Larousse Cultural**. São Paulo : Nova Cultural, 1996, p. 992-993. “Dos servos da Idade média nasceram os burgueses livres das primeiras cidades; dessa população municipal, saíram os primeiros elementos da burguesia”. MARX, Karl. **Manifesto Comunista. Cadernos desafio 1**. São Paulo: CS Editora e Gráfica Ltda, s/d, p.18.

¹⁶ “Os oficiais e aprendizes estavam organizados, em cada ofício, da maneira que melhor correspondia ao interesse dos mestres; a relação patriarcal em que se encontravam face aos mestres dava a estes um poder dobrado, por um lado na sua influência direta sobre toda a vida dos oficiais, e depois porque, para os oficiais, o trabalharem com o mesmo mestre era um vínculo real que os unia face aos oficiais dos restantes mestres e deles os separava, e finalmente os oficiais estavam desde logo atados à ordem vigente pelo interesse que tinham em tornar-se eles próprios mestres”. MARX & ENGELS. **Op. Cit.** p. 66.

Se a divisão do trabalho nas corporações era pouco desenvolvida, o mesmo não se pode argumentar em favor das manufaturas. Nas corporações o trabalho do operário se dava de forma completa com suas próprias ferramentas, além do mais era diminuta a ligação entre as cidades, impossibilitando maior intercâmbio de mercadorias, inclusive devido ao tamanho reduzido da população. Nas manufaturas, observou-se a ultrapassagem do sistema corporativo, com a divisão do trabalho entre as cidades pelo alargamento das relações entre as cidades, o intercâmbio e utilização de várias ferramentas e uma nova produção entre as cidades, em que cada uma explorava um tipo de ramo da indústria.

SINGER distinguiu o período que vai do século XVI ao século XVIII como o do desenvolvimento do 'capitalismo manufatureiro' - que tinha o apoio das monarquias absolutas em vários países e das corporações, que muitas vezes eram apoiadas pela nobreza local - definindo-o como uma economia de mercado que se favoreceu das grandes navegações, ao estabelecer a interligação marítima de todos os continentes e mercados locais e regionais segmentados, como condição necessária para a unificação dos mercados. Entretanto, além desse acesso físico aos mercados, também foi necessário um acesso econômico: "(...) a possibilidade de penetrar neles de fora para comprar e vender", acarretando o embate entre o capital manufatureiro e as corporações, surgindo às nações modernas, politicamente dominadas pelo poder nacional e economicamente unificadas pela abolição das barreiras ao comércio interno e das moedas e medidas locais. Passaram a coexistir a moeda nacional e um sistema único de pesos e medidas. "O grande capital comercial e usuário se lança na expansão deste mercado mundial, levando de roldão as limitações corporativas preexistentes. O capital que até então se limitava à circulação de mercadorias e valores, penetra na produção (...)". Surgiram na Europa, empresários 'capitalistas' que empregaram grande número de artesãos e produziram em massa para mercados que cresceram e destruíram barreiras que separavam os mercados locais e regionais.¹⁷ As manufaturas utilizaram como estratégia de expansão, a unificação do mercado nacional e sua dominação mediante monopólio

¹⁷ SINGER, Paul. **Op. Cit.** p. 14.

político, com intervenção do Estado nacional para eliminar seus rivais de mercado, inspirando-se na doutrina mercantilista.¹⁸

A descoberta da América, a circunavegação da África ofereceram à burguesia em ascenso um novo campo de ação. Os mercados da Índia e da China, a colonização da América, o comércio colonial, o incremento dos meios de troca e, em geral, das mercadorias imprimiram um impulso, desconhecido até então, ao comércio, à indústria, à navegação, e, por conseguinte, desenvolveram rapidamente o elemento revolucionário da sociedade feudal em decomposição. A antiga organização feudal da indústria, em que esta era circunscrita a corporações fechadas, já não podia satisfazer às necessidades que cresciam com a abertura de novos mercados. A manufatura a substituiu. A pequena burguesia industrial suplantou os mestres das corporações; a divisão do trabalho entre as diferentes corporações desapareceu diante da divisão do trabalho dentro da própria oficina.¹⁹

Além das transformações das relações entre as nações que passaram a concorrer entre si, dando ao comércio uma conotação política devido à concentração do capital comercial, também se transformaram as relações entre os operários e quem lhes dava trabalho, passando a ser uma relação de dinheiro entre o produtor direto - que ainda era um artesão - e o empresário - que fornecia a matéria prima e os instrumentos de trabalho. Esse empresário 'capitalista' transformou dinheiro em mercadorias, que serviram de matérias constituintes de um novo produto ou de fatores de um processo de trabalho, "(...) que incorporou força de trabalho viva à sua objetividade morta, transformou valor, trabalho passado, objetivado, morto, em capital, em valor que se valorizava a si mesmo"²⁰. O operário 'livre' não vendeu apenas seu trabalho, mas sua força de trabalho, que foi cedida ao capitalista, que realizou lucro e enriqueceu. Esse processo, criado sob a denominação genérica descrita por *Marx* de acumulação primitiva, apresentou-se como:

(...) uma série de processos históricos que resultaram na decomposição da unidade original existente entre o homem trabalhador e seus instrumentos de trabalho (...). Uma vez consumada a 'separação' entre o trabalhador e os seus instrumentos de trabalho, esse estado de coisas há de se manter e reproduzir em escala sempre crescente, até que uma nova e radical revolução no modo de produção destrua tal situação e restaure a unidade primitiva sob uma nova forma histórica.²¹

¹⁸ "Segundo a doutrina mercantilista, cabe ao estado promover as exportações e limitar as importações, de modo a maximizar o saldo comercial e deste modo promover a entrada de dinheiro (ouro e prata) no país, para reforçar o tesouro Real". **Ibid.** p. 18.

¹⁹ MARX, Karl (s/d), p.18.

²⁰ ANTUNES (2004). **Op. Cit.** p. 87.

²¹ **Id.**

Dessa forma, o mercantilismo constituiu-se como o elemento fundamental no processo de acumulação primitiva do capital e, apesar de não apresentar as características do capitalismo em sua totalidade²², criou as condições objetivas para o seu surgimento. O texto decisivo nessa transição é **A origem do Capital** (a acumulação primitiva), em que MARX argumenta que “A ordem econômica capitalista saiu das entranhas da ordem econômica feudal. A dissolução de uma produziu os elementos constitutivos da outra”.²³

Estas considerações permitem compreender que a distinção das épocas econômicas é determinada para MARX não só pelo desenvolvimento da força de trabalho humano, como pelas condições sociais na qual se realiza o trabalho.²⁴ Isto significa dizer que na produção social da sua própria existência, os homens também produzem relações de produção que correspondem ao grau de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. O conjunto das relações de produção, forma a estrutura econômica da sociedade - uma base concreta sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política - portanto, o modo de produção da vida material, geralmente, condiciona o processo da vida social, política e intelectual. Num determinado momento, essas forças produtivas materiais acabam entrando em contradição com as relações de produção existentes com as relações de

²² “Assim como foi a expropriação dos camponeses, sua transformação em assalariados, conduziu ao aniquilamento a indústria doméstica dos campos, a separação da agricultura de toda a espécie de manufatura. E, com efeito, somente este aniquilamento da indústria doméstica do camponês pode dar ao mercado interno de um país a extensão e a constituição exigidas pelas necessidades da produção capitalista. Portanto, o período manufatureiro propriamente dito não chega a produzir esta revolução radical. Vimos que o período manufatureiro não se apodera da indústria nacional senão de uma maneira fragmentária, esporádica, tendo sempre por base principal as oficinas das cidades e a indústria doméstica dos campos. Se a manufatura destruí a indústria doméstica dos campos sob certas formas, em certos ramos particulares e sob certos aspectos, as fazia nascer sob outros aspectos, pois a manufatura não podia passar sem a indústria doméstica para as primeiras modificações das matérias brutas”. MARX (1985) **Op. Cit.** p. 88.

²³ **Ibid.** p. 15

²⁴ Para Engels a classificação precisa da pré-história da humanidade foi introduzida por Morgan (*Ancient Society, or Researches in the lines of Human Progress from Savagery through Barbarism to Civilization* por Lewis H. Morgan. Londres. Mac Millan and Co., 1877), correspondendo as três épocas principais: o estado selvagem, a barbárie e a civilização, sendo que as duas primeiras são subdivididas em inferior, média e superior, de acordo com os progressos obtidos na produção dos meios de existência. Para Morgan citado por ENGELS ‘(...) a habilidade nessa produção desempenha um papel decisivo no grau de superioridade e domínio do homem sobre a natureza: o homem é de todos os seres, o único que logrou um domínio quase absoluto da produção de alimentos. Todas as grandes épocas de progresso da humanidade coincidem, de modo mais ou menos direto, com as épocas em que se ampliam as fontes de existência’. Entretanto, com a entrada em cena da civilização é **O Capital**, de Marx, que oferecerá o aporte científico para tal compreensão. ENGELS. **Op. Cit.** p. 21-22.

propriedade, pois “(...) a propriedade privada é uma conseqüência necessária dos instrumentos de produção”²⁵, se transformando em entraves ao desenvolvimento das forças produtivas, e, desencadeando uma época de revolução social.²⁶

Esta interpretação traz à baila a oposição de *Weber* - já bastante conhecida - sobre a abordagem metodológica utilizada por *Marx* (o materialismo histórico). Segundo WEBER²⁷, que considerava os aspectos culturais como responsáveis pela expansão do capitalismo e da sociedade industrial, o método utilizado por *Marx* - que se aplicava às estruturas econômicas - utilizava uma única fonte de explicações para o desenvolvimento do capitalismo (que é um fenômeno social e universal), tratando-se de uma teoria monocausal, portanto, reducionista.²⁸ Apesar de considerar a existência dos conflitos de classes, não os considerou enquanto fenômeno responsável pela transformação social, pois acreditava que tal conflito era acompanhado por outros fatores, mais especificamente pelo desenvolvimento de um caráter ético de orientação de vida, que se manifestou em todos os ramos do protestantismo, contribuindo para o desenvolvimento qualitativo do espírito do capitalismo.

²⁵ **ibid.p.** 63.

²⁶ Entende-se aqui que o movimento que leva à extinção do Estado é fundamentalmente estrutural, com a superação dos antagonismos de classes até sua supressão. MARX & ENGELS. **Op. cit.** p. 52-53. Observar a inversão desse pensamento em *Gramsci*, apresentado por *Bobbio*: “Erraria porém quem acreditasse, como muitos acreditaram, que a dicotomia *gramsciana* reproduz fielmente a *marxiana*. Enquanto em *Marx* o momento da sociedade civil coincide com a base material (contraposta à superestrutura onde estão as ideologias e as instituições), para *Gramsci* o momento da sociedade civil é superestrutural”. *Marx* “(...) chama de sociedade civil o conjunto das relações econômicas constitutivas da base material, *Gramsci* chama de sociedade civil a esfera na qual agem os aparatos ideológicos que buscam exercer a hegemonia e, através da hegemonia, obter o consenso”. BOBIO, Norberto. **ESTADO, GOVERNO, SOCIEDADE**: Para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1999, p. 39. Ver também do mesmo autor, **Ensaio sobre GRAMSCI** : e o conceito de sociedade civil. São Paulo : Editora Paz e Terra, 1999.

²⁷ WEBER, Max. Tradução de M. Irene de Q. F. Szmrecsányi e Tomás J. M. K. Szmrecsányi. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. São Paulo : Livraria Pioneira Editora, 12ª ed, 1996.

²⁸ Segundo NETO toda explicação única para o fenômeno social é falsa, pois, “qualquer forma de monocausalismo é basicamente redutora”. Apesar de reconhecer esse aspecto positivo em *Weber*, ele refuta a idéia de reducionismo em *Marx*, e mesmo não se referindo a *Weber*, mas a outro crítico de *Marx*, ele acredita que essa crítica não se sustenta quando se trata da textualidade de *Marx*. “Marx não é um autor fatorista, há um fator econômico, um fator político, um fator... (...) isso não existe em Marx. Na medida em que Marx opera sistematicamente com a categoria da totalidade, esta crítica é impertinente com relação a Marx”. NETO, José Paulo. *Relendo a Teoria Marxista da História*. In. Demerval Saviani; Lombardi, José Claudinei; Sanfelice, José Luís. **História e História da Educação** : O Debate Teórico-Metodológico Atual. 2. Ed. Campinas, SP : Autores Associados : HISTEDBR. 2000.

Para *Weber* as formas capitalísticas de produção sempre existiram nas sociedades humanas, como na China, na babilônia, na antiguidade clássica, na Idade Média, porém sem apresentar um caráter ético de orientação da vida como no capitalismo moderno, assim como o desejo do acúmulo de riquezas, por inexistência até meados do século XVII de condições sociais que justificassem a sua perseguição ininterrupta. A mudança ocorreu com a Reforma religiosa promovida por Lutero e principalmente Calvino, responsáveis pelo pensamento racional e pela idéia de vocação associada à atividade profissional, manifestando-se em todos os ramos do protestantismo. O sentido cristão de vocação dado ao trabalho e o conceito de predestinação eram temas centrais da teoria calvinista. Calvino interessou-se por questões econômicas, existindo elementos em sua teologia que contribuíram para uma nova atitude em relação ao trabalho e aos bens materiais, apontando o trabalho como a única forma de salvação, e a criação de riquezas pelo trabalho como um sinal de predestinação. Esses dogmas religiosos, em conjunto com a contabilidade diária, formaram o fundamento de uma ética, isto é, de um conjunto de normas que regiam a conduta diária do fiel. Essas normas, ao se encaixarem as exigências administrativas da empresa - valorização do trabalho e busca do lucro - criaram as condições necessárias para a expansão do espírito capitalista, que nada mais foi que uma concepção de vida norteadas por um sistemático labor vocacional secular que surgiu entre os puritanos, sendo o mais alto instrumento de ascese e o meio mais seguro de preservação da redenção da fé e do homem. Isso gerou o individualismo e um novo tipo de ascetismo no mundo caracterizado por uma vida disciplinada, apego ao trabalho e valorização da poupança. A secularização do espírito do capitalismo gerou a mentalidade burguesa e as realidades cruéis do mundo dos negócios. “Combinando a restrição do consumo com essa liberação da procura da riqueza, é obvio o resultado que daí decorre: a acumulação capitalista”.²⁹

Um dos aspectos da incompreensão do método de *Marx*, é que para se aproximar da totalidade do capitalismo e sua essência, não há outro caminho que não seja enfrentar a aparência da totalidade. O capitalismo moderno se apresenta

²⁹ WEBER. **Op. Cit.** p. 124.

como “uma imensa coleção de mercadorias”³⁰, diferentemente da aparência que a economia feudal apresentava. Daí que para *Marx*, o elo mais frágil, o mais susceptível de compreensão para a inteligência humana do sistema capitalista, passa pela produção de mercadorias. Confunde-se, portanto, o exaustivo trabalho de *Marx*, durante toda sua vida, como a única possibilidade de seu pensamento. O que ocorre, é que a morte de *Marx*, apenas interrompeu uma forma de apreensão da história humana que não se esgota em seu viés econômico. Tudo indica que *Marx* se ateve incansavelmente justamente ao fenômeno que foi determinante para instalação definitiva do capitalismo enquanto sistema social, na qual estão inclusas as classes sociais e suas relações na prática fabril (mantendo-o fiel ao método que desenvolveu).

Em contraposição ao método utilizado por *Weber*, o materialismo histórico utilizado anteriormente por MARX³¹ é uma perspectiva filosófica que oferece grande aporte teórico quanto à origem e desenvolvimento do capitalismo, resistindo às mais variadas críticas, ao evidenciar a história das lutas de classes como a história de todas as sociedades até os dias atuais. Assim sendo, é possível admitir que a base econômica da sociedade precedeu às questões culturais quanto à origem do capitalismo, e, ao mesmo tempo concebê-las como consequência de uma base econômica. Entretanto, a originalidade e a contribuição de *Weber* são indiscutíveis frente às correntes de pensamento de sua época, pois apesar de ser ateu valorizou as concepções religiosas e suas influências no mundo moderno. Sua explicação sobre a influência do protestantismo na expansão do capitalismo é aceita no mundo científico dado ao elevado estágio de desenvolvimento econômico das sociedades que abrigaram representantes da Reforma (calvinistas, metodistas, anglicanos): a

³⁰ MARX (1996) **Op. Cit.** p. 165.

³¹ Uma, entre tantas defesas desse método, é observada em LEFEBVRE, e busca verificar: “(...) como Marx procede a fim de acompanhar o capitalismo e a sociedade burguesa em sua totalidade, sob seu duplo aspecto: no tempo (formação e dissolução) e na atualidade (coerência, autorregulação). Para atingir a história, ele não parte de um estudo histórico. Vamos repetir mais uma vez: parte da lógica. Extrai uma *forma*, o valor de troca. Mostra sua *estrutura* (um conjunto de equivalências) e seu *funcionamento* (troca, circulação, constituição do dinheiro e da moeda). Depois, passa para o *conteúdo*: o trabalho social produtivo, com suas perequações coerentes, os meios sociais (produtividade média de uma sociedade determinada, etc) Atinge assim o *histórico* (divisão do trabalho, acumulação do capital, formação da burguesia)”. LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal/lógica dialética**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro : Editora Civilização Brasileira, 1991, p. 22.

Alemanha, berço da Reforma, a Inglaterra, pátria do anglicanismo, os Estados Unidos, destino de milhares de protestantes expulsos da Irlanda católica e outros tantos imigrantes anglicanos ingleses, e os Países Baixos. Também elaborou conceitos científicos de grande importância para a sociologia - como a burocracia -, e, apesar de utilizar a dialética apenas de forma analítica, demonstrou determinação e autonomia quanto à utilização do método na interpretação dos fenômenos sociais.

1.2 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CAPITALISMO DESENVOLVIDO

Um dos capítulos decisivos de uma longa e descontínua passagem histórica do feudalismo ao capitalismo ³², foi constituído pela Revolução Francesa e a Industrial na Inglaterra, entretanto, foi na França que se deu a primeira experiência democrática da história, apesar da violenta luta de classes e das sangrentas batalhas que resultaram em milhares de mortes - assim como as execuções na guilhotina ³³ - utilizadas como meio de deter o progresso dos contra-revolucionários.

³² Deve-se observar a formulação de *Marx* sobre a essência do sistema capitalista, que reside na separação radical entre produtor e os meios de produção: “Esta separação torna-se cada vez mais acentuada e numa escala progressiva, desde que o sistema capitalista se estabeleceu; mas, como esta separação constituía a sua base, ele não se poderia estabelecer sem ela. Para que o sistema capitalista viesse ao mundo foi preciso que, ao menos em parte, os meios de produção já tivessem sido arrancados sem discussão aos produtores, que os empregavam para realizar o seu próprio trabalho; que esses meios de produção se encontrassem já nas mãos dos produtores comerciantes e que estes os empregassem para especular sobre o trabalho dos outros. O *movimento* histórico que separa o trabalho de suas condições exteriores indispensáveis, eis a causa da acumulação chamada ‘primitiva’ porque ele pertence à idade pré-histórica do mundo burguês”. (...) “Na história da acumulação primitiva, faz época toda revolução que serve de alavanca ao avanço da classe capitalista em vias de formação, sobretudo aquelas que, despojando as grandes massas de seus meios de produção e de existência tradicionais, se lançam de improviso no mercado do trabalho. Mas, a base de toda esta evolução é a expropriação dos cultivadores”. MARX (1985). **Op. Cit.** p.14-17.

³³ Mecanismo composto por “dois montantes com corrediça, afastados de um pé de distância”; de ‘um trincho de boa têmpera’, com um peso grande na parte posterior da lâmina, para acentuar a força do golpe que cai, segundo a vontade do carrasco, por intermédio de duas cordas e duas roldanas; de ‘um cepo de madeira chanfrado na parte superior para alojar, à vontade, a cabeça do paciente deitado de barriga para baixo’ que permitia decapitar a cabeça dos condenados”. Elaborada pelo cirurgião Louis, a máquina levou o nome daquele que a imaginou: o doutor *Guillotin*, deputado do Terceiro Estado de Paris, na defesa da elaboração de uma pena de morte que decapitasse a cabeça de criminosos sem sofrimento para todos os cidadãos, cujo delito fosse do mesmo gênero e independente de sua classe social, diferentemente das condenações que ocorriam no Antigo Regime, que, dependendo de sua classe social, a morte vinha por degolamento a machado ou a espada, para os nobres, por força para os não nobres, e, ainda segundo a natureza do crime a pena de morte podia ser aplicada pelo suplício da roda ou pelo fogo. Durante todo o período revolucionário, o número de executados foi em torno de 16 594. PÉRONNET, Michel. **Revolução Francesa**: em 50 palavras-chaves. São Paulo : Editora Brasiliense, 1988, p.174-176.

A Revolução Francesa é caracterizada por PÉRONNET ³⁴ como um fato histórico de relevância mundial, que se estendeu pelo período compreendido entre 1789 a 1799, e foi desencadeada por ocasião de uma imensa crise financeira, que obrigou o governo real a abandonar a prática do absolutismo e convocar a Assembléia dos Estados Gerais, que se encontrava na mais completa inércia desde 1614. Ao tornarem-se Assembléia Nacional Constituinte - em 9 de julho de 1789 - os Estados Gerais, representados pelos deputados burgueses do Terceiro Estado: 'os patriotas', em confronto com os deputados do clero e da nobreza: 'os aristocratas', colocaram a monarquia sob seu controle. Exercendo forte pressão sobre a Assembléia, os camponeses obtiveram a abolição, criando condições para a burguesia suprimir definitivamente a divisão da sociedade em ordens e proclamar a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. A derrubada da aristocracia, que se sustentava dos privilégios feudais e o fim 'definitivo' da servidão, destruíram a base social que sustentava o Estado absolutista na França, determinando o fim do 'Antigo Regime Político'. ³⁵

A França se tornou primeiramente uma monarquia constitucional, e, em 25 de setembro de 1792 tornou-se república, que foi o símbolo da pátria e uniu o povo francês contra toda espécie de inimigos: aqueles que não se engajavam na política de democracia e de defesa republicana e nacional. O regime monárquico consolidou-se como expressão da noção de Antigo Regime, que terminou com a execução do Rei em 1793 e a destruição de tudo que lembrava a monarquia: os

³⁴ **Ibid.** p. 11-20.

³⁵ "A partir de 1789-1790, seja para aprovar e admirar, seja para reprovar e denegrir, a palavra *revolução* é empregada para designar os acontecimentos que ocorrem na França; a expressão *Antigo Regime* é reservada ao novo conjunto das instituições ou das práticas anteriores a esta revolução, e a expressão *Novo Regime* é reservada ao novo conjunto de instituições que está nascendo. (...) 'a abolição das instituições que feriam a liberdade e a igualdade dos direitos' e especifica essas instituições: ' Já não há nem nobreza nem pariatos, nem distinções hereditárias, nem distinções de ordens, nem regime feudal, nem justiça patrimonial ...já não há nem venalidade, nem hereditariedade de nenhum cargo público...Já não há, para nenhuma parte da Nação, nem para nenhum indivíduo, privilégio algum, nem exceção do direito comum de todos os franceses. Já não há nem *jurandas* nem corporações de profissões, artes e ofícios. A lei já não reconhece nem votos religiosos, nem engajamento algum que seja contrário aos direitos naturais ou à constituição. ... A constituição garante formalmente ' a admissibilidade a todos os empregos sem outra distinção que não as das virtudes e dos talentos...; a repartição igual das contribuições segundo as faculdades'; a igualdade perante a lei; a liberdade de ir e vir, de 'falar, de escrever, de imprimir e publicar seus pensamentos...', de exercer culto religioso ao qual cidadão está ligado; a liberdade de reunião e de petição." **Ibid.** p. 22-23.

títulos feudais foram queimados, mudaram-se os nomes dos lugares, o calendário, e até os nomes de batismo. Também foram dissolvidas

(...) todas as relações sociais antigas e cristalizadas, com seu cortejo de concepções e de idéias secularmente veneradas; as relações que as substituem tornam-se antiquadas antes de se ossificar. Tudo que era sólido e estável se esfuma, tudo o que era sagrado é profanado, e os homens são obrigados finalmente a encarar com serenidade suas condições de existência e suas relações recíprocas.³⁶

A Revolução Industrial³⁷ ocorrida na Inglaterra no último quartel do séc. XVIII forneceu as condições para a passagem definitiva para o sistema industrial caracterizado pelas fábricas e uma série de inovações tecnológicas, como a utilização de modernas máquinas em substituição ao trabalho manual do homem; uso do vapor para acionar a máquina em substituição à energia muscular e a obtenção e posterior utilização de novos minerais nas indústrias químicas. E foi justamente na Grã-Bretanha, devido a circunstâncias mais favoráveis, que essas inovações foram adequadamente aproveitadas, fornecendo ao país as condições de implantar definitivamente o modo de produção capitalista, baseado na produção industrial em massa, nas relações sociais estabelecidas exclusivamente em dinheiro e na propriedade privada dos meios de produção.

Conforme anunciado no Manifesto Comunista, o papel que a burguesia desempenhou na história, foi eminentemente revolucionário:

Onde quer que tenha conquistado o poder, a burguesia destruiu todas as relações feudais, patriarcais e idílicas. Todos os complexos e variados laços que prendiam o homem feudal a seus 'superiores naturais' ela os despedaçou sem piedade, só para deixar subsistir, de homem para homem, o laço do frio interesse, as duras exigências do 'pagamento à vista'. Afogou os fervores sagrados do êxtase religioso, do entusiasmo cavalheiresco, do sentimentalismo pequeno-burguês nas águas geladas do cálculo egoísta. Fez da dignidade pessoal um simples valor de troca; substituiu as numerosas liberdades, conquistadas com tanto esforço, pela única e implacável liberdade de comércio. Em uma palavra, em lugar de exploração velada por ilusões religiosas e políticas, a burguesia colocou uma exploração aberta, cínica, direta e brutal. A burguesia despojou de sua auréola todas as atividades até então reputadas

³⁶ MARX (s/d). **Op. Cit.** p. 20.

³⁷ Refere-se apenas ao seu conceito clássico, evitando-se a periodização utilizada por alguns autores, que consiste em distingui-la de uma Segunda Revolução Industrial (século XIX), com o petróleo, a eletricidade e os avanços da química; e de uma Terceira, ainda em curso, com a utilização da energia atômica e da automação. IGLÉSIAS, Francisco. **A Revolução Industrial**. Coleção tudo é História. São Paulo : Editora Brasiliense, 1981, p. 16.

veneráveis e encaradas com piedoso respeito. Do médico, do jurista, do sacerdote, do poeta, do sábio fez seus servidores assalariados.³⁸

Estas transformações sociais, tecnológicas, políticas e econômicas ocorridas na Europa nesse período, tornaram as idéias e práticas mercantilistas inadequadas, favorecendo a formulação dos ideais do liberalismo econômico³⁹, descritos por vários segmentos do pensamento econômico clássico e apontados por BRAVERMAN como - do ponto de vista teórico - os primeiros a cuidar também dos problemas da organização do trabalho.⁴⁰

A obra de SMITH⁴¹ (1723-1790) publicada em nove de março de 1776, foi a primeira a apresentar as bases do liberalismo econômico clássico, analisando os determinantes do capital e o desenvolvimento histórico da indústria e do comércio entre os países europeus e os processos de criação e distribuição da riqueza. Demonstrou que a fonte fundamental de todas as rendas e a forma como se distribuía a riqueza residia na diferença entre a renda, os salários e os lucros. A tese central dessa obra é que a melhor forma de empregar o capital na produção e distribuição de riquezas é aquela em que o governo não intervém, isto é, nas condições do *laissez-faire*⁴², da propriedade privada e do livre comércio. Para defender esse princípio, *Smith* estabeleceu o conceito da “mão invisível”: os indivíduos, ao buscarem satisfazer seus próprios interesses, são levados por uma “mão invisível” para alcançar o melhor objetivo social possível, sem intervenção do governo. Afirmava que a geração de riquezas advinha do aumento da produtividade

³⁸ **Ibid.** p. 19.

³⁹ De acordo com SINGER, o capitalismo industrial inspira o liberalismo, pois tem como estratégia de ação a unificação de todos os mercados locais e nacionais, além de rejeitar a intervenção do estado no mercado e favorecer a livre competição. “A burguesia, agora industrial, se torna imensamente rica e passa a enxergar no estado absolutista um rival na disputa pelo excedente”. SINGER. **Op. Cit.** p. 18-19.

⁴⁰ BRAVERMAN. **Op. Cit.** p. 82.

⁴¹ SMITH, Adam. **A Riqueza das Nações** : Investigação Sobre a Natureza e Suas Causas. Os Economistas. VOL.I. São Paulo : Editora Nova Cultural, 1996.

⁴² Economia política de não intervenção do governo nos assuntos monetários. É uma doutrina que defende a concorrência e as preferências naturais dos consumidores como principais forças para alcançar a prosperidade e a liberdade. Surgiu ao final do século XVIII como reação liberal à taxaçoão do comércio e ao controle nacionalista dos governos, conhecido como mercantilismo. Os fisiocratas (França) foram os primeiros economistas a desenvolvê-la, porém, seu principal expoente foi *Adam Smith*. MICROSOFT CORPORATION. **Enciclopédia Encarta**. 1993-1999.

no trabalho, que seria decorrente da especialização crescente, sendo determinado pela divisão do trabalho. Para SMITH:

Esse grande aumento da quantidade de trabalho que, em consequência da divisão do trabalho, o mesmo número de pessoas é capaz de realizar, é devido a três circunstâncias distintas: em primeiro lugar, devido à maior destreza existente em cada trabalhador; em segundo, à poupança daquele tempo que, geralmente, seria costume perder ao passar de um tipo de trabalho para outro; finalmente, à invenção de um grande número de máquinas que facilitam e abreviam o trabalho, possibilitando a uma única pessoa fazer o trabalho que, de outra forma, teria que ser feito por muitos.⁴³

A relevância da teoria proposta por *Adam Smith*, residiu em sua transformação no século seguinte por *Karl Marx* em uma denúncia do capitalismo. Segundo SWINGWOOD, *Marx* caracterizou o trabalho de *Smith* como rigorosamente científico, que contribuiu de maneira significativa para compreensão da distinção entre trabalho produtivo (definido como aquele que é diretamente trocado por capital) e improdutivo (o que é trocado por renda: salários, lucros, etc, não formando capital), portanto, um mérito sem precedentes do ponto de vista da produção capitalista.⁴⁴ No entanto, esta concepção de *Smith* foi concebida do ponto de vista do capitalista e não do trabalhador, pois deixou de considerar a propriedade dos meios de produção: no sistema capitalista, os trabalhadores recebem muito menos que o valor acrescentado por sua mão-de-obra ao produto fabricado, originando a mais-valia; a competitividade do capitalismo leva o patrão a manter salários baixos e rigorosas condições de trabalho, tornando os trabalhadores alienados em relação ao seu trabalho e ao seu potencial criativo.

MALTHUS⁴⁵ (1766-1834) defendeu a teoria pessimista da economia, centrada na escassez de recursos e no crescimento da população, sustentando que a população humana crescia em progressão geométrica enquanto os recursos, sobretudo os agrícolas, cresciam somente em progressão aritmética. Portanto, com o passar do tempo, a escassez de alimentos levaria a maioria da população à fome. Defendia também uma limitação moral, sugerindo que as pessoas se casassem

⁴³ SMITH. **Op.cit.** p. 68.

⁴⁴ SWINGWOOD, Alan. **MARX e a Teoria Social Moderna**. Tradução de Carlos Nayfeld. Rio de Janeiro : Editora Civilização Brasileira S.A, 1978, p. 81.

⁴⁵ MALTHUS, Thomas Robert. **Princípios de Economia Política e Considerações Sobre sua Aplicação Prática**: Ensaio sobre a população. Os Economistas. São Paulo : Editora Nova Cultural. 1996.

tarde e formassem famílias pequenas, além de reconhecer que as pragas, guerras e epidemias exerciam papel relevante na contenção da superpopulação. Devido a essas idéias, a economia adquiriu o nome de "ciência lúgubre". Para *Marx* citado por SWINGEWOOD, *Malthus* era apenas um representante da aristocracia - nem sequer da burguesia - contra os trabalhadores. Ele admirava e tecia elogios aos trabalhadores empregados pelo Estado aristocrático - que supunha produtivos - além de louvar a Igreja Oficial.⁴⁶

RICARDO (1772-1823)⁴⁷ estabeleceu várias teorias baseadas em seus estudos sobre a distribuição da riqueza em longo prazo. Pensava que o crescimento da população seria mais rápido que os meios de subsistência, o que provocaria uma escassez de terras produtivas, sendo que os pobres ficariam praticamente à beira da subsistência ou da fome; sua teoria da renda agrária era baseada na produtividade da terra. Defendeu a teoria clássica do comércio internacional, diminuindo a importância da especialização internacional e a livre concorrência. Sua teoria do valor do trabalho afirmava que os salários dependiam do preço dos alimentos, que, por sua vez, dependiam dos custos da produção, os quais estariam relacionados à quantidade de trabalho necessário para produzi-la; em outras palavras, o trabalho era o principal determinante do valor. Ele identificou o conflito existente entre o capitalista e o trabalhador, demonstrando a existência de uma relação desigual entre ambos, em contraste com a teoria de *Smith*. Entretanto, como bem evidencia SWINGEWOOD, *Marx* advertiu que *Ricardo* queria produção por produção, independente de suas conseqüências sociais, que eram vistas como uma necessidade 'A concepção de Ricardo é ... nos interesses da burguesia industrial, somente porque, e na medida em que, seus interesses coincidem com o da produção ou do desenvolvimento produtivo do trabalho humano'.⁴⁸ Mesmo demonstrando grande respeito por *Ricardo*, *Marx* considerava que aquela teoria econômica expressava o triunfo histórico da classe burguesa sobre a sociedade.

Apesar de considerar o acerto da economia clássica ao realçar o "(...) consumo do mais-produto por trabalhadores produtivos, em vez de por improdutivos, como

⁴⁶ SWINGEWOOD. **Op. Cit.** p. 83.

⁴⁷ RICARDO, David. **Princípios de Economia Política e Tributação**. Os Economistas. São Paulo : Editora Nova Cultural, 1996.

⁴⁸ SWINGEWOOD. **Op. Cit.** p. 82.

momento característico do processo de acumulação”, MARX demonstra que é neste mesmo momento que se dá também o início do erro da referida concepção. As teorias de *Smith*, *Ricardo*, e as demais demonstradas pelos economistas subseqüentes, se deram pela compreensão - equivocada - de que ‘a parte da renda, da qual se diz ter sido adicionada ao capital, é consumida por trabalhadores produtivos’.⁴⁹

De qualquer forma, foi esse pensamento liberal - aliado às transformações econômicas e sociais, que libertaram o poder produtivo - que se expandiu pelo continente europeu e por outros continentes, contribuindo de forma decisiva para o desenvolvimento capitalista de produção. Efetivou-se concretamente o processo de trabalho, que residiu na venda da força de trabalho pelo trabalhador e a sua compra pelo empregador - realizado por um contrato de trabalho - já iniciado nas corporações e nas manufaturas. Segundo MARX isso só ocorreu quando a força de trabalho se tornou mercadoria, ou seja, quando o seu possuidor a colocou à venda no mercado e o possuidor de dinheiro a comprou. O comprador não só possuía os meios de sua própria subsistência como também os meios de produção (matéria prima, instrumentos, etc.).⁵⁰ Para BRAVERMAN o trabalhador se obrigou a fazer um contrato de trabalho pela inexistência de condições sociais que lhe possibilitassem outra maneira de ganhar a vida.⁵¹ Já o empregador, que era o dono de uma unidade

⁴⁹ Se para *Smith* a acumulação foi representada meramente como consumo do mais-produto por trabalhadores produtivos ou a capitalização da mais valia, simplesmente convertida em força de trabalho, para *Ricardo* era importante que se distinguisse quem eram os consumidores dos produtos de um país - se aqueles que reproduziam outro valor ou os que não o reproduziam - considerando que a renda era poupada e adicionada ao capital, parte dessa renda era consumida apenas por trabalhadores produtivos, sendo um erro supor que o capital fosse aumentado pelo não consumo. “Segundo essa concepção, toda mais-valia que é transformada em capital tornar-se-ia capital variável. Ela se reparte, ao contrário, como valor original adiantado, em capital constante e capital variável, em meios de produção e força de trabalho. Força de trabalho é a forma em que o capital variável existe dentro do processo de produção. Nesse processo, ela mesma é consumida pelo capitalista. Ela consome, por intermédio de sua função - o trabalho - meios de produção. Ao mesmo tempo, o dinheiro pago na compra da força de trabalho transforma-se em meios de subsistência, que são consumidos não pelo ‘trabalho produtivo’, mas pelo ‘trabalhador produtivo’”. MARX (1996). Vol II. **Op. Cit.** p. 222-223.

⁵⁰ MARX (1996). Vol. II. **Op. cit.** p. 285

⁵¹ “A relação oficial entre o capitalista e o assalariado é de caráter puramente mercantil. Se o primeiro desempenha o papel de senhor e este o de servidor, é graças a um contrato pela qual este não somente se põs ao serviço daquele, e, portanto sob sua dependência, mas por cujo contrato ele renunciou, sob qualquer título, a propriedade sobre seu próprio produto”. MARX (1985). **Op. Cit.** p 14.

de capital, converteu parte dele em salários, originando o processo de trabalho voltado à criação do lucro e expansão do capital.⁵²

Dessa forma, o trabalho executado pelo trabalhador passou a ser controlado pelo capitalista, assim como o produto que dele resultou. Todo esse processo produziu uma jornada de trabalho com duração determinada e um conjunto de bens maior do que o necessário para a manutenção da subsistência do trabalhador, o que se denominou mais-valia. O capitalista transformou essa mais valia em capital adicional, revertendo-se na produção de nova mais valia:

O produto do processo de produção capitalista não é nem mero produto (valor de uso), nem uma mera mercadoria, quer dizer, um produto que tem valor de troca; o seu produto específico é a *mais-valia*. O seu produto são *mercadorias* que possuem mais valor de troca, quer dizer, que representam mais trabalho do que o que foi adiantado para sua produção, sob a forma de dinheiro ou mercadorias. No processo capitalista de produção, o *processo de trabalho* só se apresenta como meio, o *processo de valorização* ou a *produção de mais-valia* como fim. Quando o economista se lembra disto, declara que o capital é uma riqueza utilizada para obter 'lucro'.⁵³

A organização do processo de trabalho fabril em que os trabalhadores se concentravam em um só local permitiu o estabelecimento de variadas formas de controle, servindo para garantir a dominação do capital sobre o trabalho. Assim, as relações que se estabeleceram entre o operário e o burguês no período do desenvolvimento da indústria, foi à transformação dos operários individuais em proletariado - uma classe política - que passou a se organizar em associações, sindicatos e aos partidos políticos em defesa da melhoria das condições de trabalho.⁵⁴ O sistema de trabalho fabril para LEITE⁵⁵ significou, não só um aumento da eficácia tecnológica e maior produtividade, como também uma iniciativa do capital

⁵² BRAVERMAN. **Op. cit.**, p. 55.

⁵³ MARX, Karl. **Capítulo Inédito de O Capital** : Resultados do Processo de Produção Imediata. São Paulo : Editora Moraes, 1985. p. 68.

⁵⁴ A complexidade deste assunto pode ser verificada em *Hobsbawm*, que identifica os variados momentos históricos vivenciados pelos trabalhadores no início do capitalismo. Além de analisar os poucos documentos daquele período, que tratam sobre as condições de trabalho, demonstra dados estatísticos sobre as condições de vida, moradia e alimentação. Também discorre sobre os argumentos utilizados por *Marx e Engels* sobre as condições sociais do século XIX, apontando seus maiores críticos e os recursos que os mesmos utilizaram para desacreditar as evidências demonstradas por *Engels*, após a publicação de *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra* (1944). HOBBSAWM, Eric J. **OS TRABALHADORES: Estudos sobre a História do Operariado**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1981.

⁵⁵ LEITE, Márcia de Paula. **O Futuro do Trabalho: Novas Tecnologias e Subjetividade Operária**. São Paulo: Editora Página Aberta, 1994, p.53.

no sentido de disciplinamento do operário pelo controle e pela apropriação de seu saber, pelas formas hierárquicas e autoritárias de organização desse trabalho. Nessas práticas, estão inclusas tanto a divisão pormenorizada do trabalho, como aumento das horas de trabalho e a superação de valores, hábitos e tradições populares, sendo “(...) fundamental para o capitalista que o controle sobre o processo de trabalho passe das mãos do trabalhador para as suas próprias”.⁵⁶

Ao analisar o capítulo VIII, de **O Capital**⁵⁷ - que trata da jornada de trabalho - pode-se compreender que o prolongamento da jornada de trabalho, significou a adição de um tempo de trabalho excedente, destinado à produção dos meios de subsistência para o proprietário dos meios de produção. A legalização dessa exploração se efetivou com as leis fabris na Inglaterra, não poupando sequer as crianças do árduo trabalho nas fábricas ou nas minas de carvão; tão pouco, se prestou a limitar o trabalho noturno de crianças e adolescentes, de homens e mulheres já fatigados pelo labor e pelas condições insalubres que lhes eram impostas.

A regulamentação da jornada de trabalho foi conquistada a duras penas pela classe trabalhadora, sendo necessária uma verdadeira guerra civil, de longa duração - ainda que mais ou menos oculta - que se iniciou na Inglaterra e se estendeu para outros países, embora com maior lentidão. A exigência de uma lei para a duração de 8 horas como limite legal da jornada de trabalho, foi defendida inicialmente pelo Congresso Geral dos Trabalhadores Americanos e pelo Congresso da Associação Internacional dos Trabalhadores em Genebra em 1866 (movimentos que surgiram de forma instintiva a partir das próprias condições de produção).

No fecho daquele capítulo, *Marx* advertiu que a saída do trabalhador do processo de produção não se deu da mesma forma como ele entrou, pois ele descobriu que o tempo de que possuía para a venda de sua força de trabalho, era o tempo que era forçado a vendê-la, sendo necessário se reunir enquanto classe para conquistar leis que os protegessem de se venderem a si mesmos para o capital.

Entretanto, o contínuo movimento de substituição dos operários pela máquina, criou dois pólos extremos: a riqueza de um lado e a miséria de outro. A acumulação

⁵⁶ BRAVERMAN. **Op. cit.** p. 55.

⁵⁷ MARX (1996). Vol. II. **Op. cit.** p. 345-416.

do capital originou a formação de um exército de reserva de desempregados, dispostos a aceitar qualquer trabalho, possibilitando ao capital desenvolver a produção ainda mais rapidamente, tornando-se “(...) uma das condições da existência e do desenvolvimento da grande indústria mecanizada”.⁵⁸ Esta ação revolucionária da indústria mecanizada, guiada pelo liberalismo econômico, se expandiu rapidamente e se generalizou a todos os recantos das relações humanas. De acordo com IANNI o regime capitalista possibilitou a generalização e o intercâmbio de mercadorias, mercantilizando não só as relações das pessoas, como também as próprias pessoas. “(...) Todos os produtos da criatividade humana tendem a ser mercantilizados, desde a produção material à intelectual”.⁵⁹

Dada as suas características próprias, o século XIX, foi caracterizado por HOBBSAWM, como:

(...) Uma civilização capitalista na economia; liberal na estrutura legal e constitucional; burguesa na imagem de sua classe hegemônica característica; exultante com o avanço da ciência, do conhecimento e da educação e também com o progresso material e moral; e profundamente convencida da centralidade da Europa, berço das revoluções da ciência, das artes, da política e da indústria e cuja economia prevalecera na maior parte do mundo, que seus soldados haviam conquistado e subjugado; uma Europa cujas populações (incluindo-se o vasto e crescente fluxo de emigrantes europeus e seus descendentes) haviam crescido até somar um terço da raça humana; e cujos maiores Estados constituíam o sistema da política mundial.⁶⁰

1.3 A TRANSFORMAÇÃO DA QUANTIDADE EM QUALIDADE: DO CAPITALISMO DESENVOLVIDO AO IMPERIALISMO

Ao final do século XIX e início do século XX, o capitalismo viveu profundas transformações em sua base produtiva, financeira e comercial. O aparecimento de grandes empresas com alto grau de produtividade, que reuniam enorme número de capitais, sob a forma de sociedade anônima e a transformação dos bancos, que passaram de modestos intermediários - que convertiam o capital monetário em

⁵⁸ LÊNIN, Ilitch Vladimir. **O Desenvolvimento do Capitalismo na Rússia: O processo de Formação do Mercado Interno para a Grande indústria.** VOL II. Tradução e revisão, com base no original russo de Paulo Bezerra. São Paulo : Nova Cultural, 1988, p. 129.

⁵⁹ IANNI, Octavio. **Dialética & Capitalismo** : Ensaio Sobre o Pensamento de Marx. Rio de Janeiro : Vozes, 1988, p. 24-25.

⁶⁰ HOBBSAWM, Eric. **Era dos Extremos** : O breve século XX – 1914-1991. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, p. 16.

capital que rendia lucro -, para monopolistas onipotentes - ao dispor de quase todo o capital monetário do conjunto dos capitalistas e de grande parte dos meios de produção e das fontes de matérias-primas -, configurou o início de uma nova fase do capitalismo, denominado por LÊNIN ⁶¹ de imperialismo. Segundo critérios econômicos, ele definiu o imperialismo a partir de cinco traços fundamentais, sendo: a criação dos monopólios gerados pelo elevado grau de desenvolvimento da concentração de produção e de capitais; fusão do capital bancário com o industrial e a criação da oligarquia financeira; grande importância adquirida pela exportação de capitais, diferente da exportação de mercadorias; a partilha do mundo por associações monopolistas internacionais formadas por capitalistas e a divisão territorial do mundo entre as potências capitalistas mais importantes. ⁶²

Tomando por base tal definição, a compreensão é que o imperialismo é o capitalismo em sua fase de desenvolvimento mais avançado, em que a dominação dos monopólios e do capital financeiro adquire importância com a exportação de capital financeiro, dando início à partilha da terra entre os países capitalistas mais importantes. Portanto, a característica essencial do antigo capitalismo, em que predominava a livre concorrência, era a exportação de mercadorias; no capitalismo moderno, em que impera o monopólio, é a exportação de capital.

Assim sendo, a transformação da quantidade à qualidade, no caso específico da transição do capitalismo desenvolvido para o imperialismo, levaram em conta suas principais características: a tendência para anexação de regiões agrárias e industriais e a rivalidade entre as grandes potências na luta pela hegemonia, além

⁶¹ Trata-se de um sistema mundial de exploração de todos os povos da terra, diferenciando-se das revoluções ocorridas ao longo dos milênios, que suprimiram os velhos regimes, como a insurreição dos escravos, o movimento camponês na Idade Média, a Revolução Burguesa na Inglaterra e a Revolução Francesa, ocorridas ao final do século XVIII, que abrangeram apenas uma parte dos povos. LÊNINE, Ilitch Vladimir. **O Imperialismo, fase superior do capitalismo** (Ensaio de vulgarização). Lisboa : edições "AVANTE", 1975.

⁶² Uma definição breve sobre o imperialismo é a de que se trata da fase monopolista do capitalismo. "Essa definição compreenderia o principal, pois, por um lado, o capital financeiro é o capital bancário de alguns grandes bancos monopolistas fundido com o capital dos grupos monopolistas industriais, e, por outro lado, a partilha do mundo é a transição da política colonial que se estende sem obstáculos às regiões ainda não ocupadas por uma potência capitalista, para a política colonial de dominação monopolista dos territórios do globo já inteiramente repartidos. (...) essas definições breves, se bem que cômodas, pois contêm o principal, são insuficientes, porque é necessário extrair, além disso, outros traços muito essenciais do que é preciso definir. Por isso sem esquecer o carácter convencional e relativo de todas as definições em geral, que nunca podem abranger, em todos os seus aspectos, as coordenadas de um fenômeno no seu desenvolvimento completo, convém dar uma definição dos cinco traços fundamentais (...)" **Ibid.** p. 108.

de um outro aspecto de menor complexidade, mas que do ponto de vista estratégico trouxe enormes conseqüências na vida dos trabalhadores, que foi a formação de categorias privilegiadas entre os operários, no intuito de provocar o divórcio do operariado em geral. Isto ocorreu devido ao fato de que o aumento do tamanho das empresas não demandou necessariamente o aumento relativo ou proporcional do número de trabalhadores, mas diferentes processos de trabalho e novas formas de distribuição dos empregados, com a criação de algumas funções técnicas diretamente ligadas à gerência e outras técnicas ou burocráticas não especializadas de grau inferior. As observações de BRAVERMAN demonstram que para se desfazer do vínculo direto entre o capital e seu proprietário individual, foram criados os organizadores ou administradores, que não pertenciam à classe capitalista, pois não possuíam riqueza, porém eram empregados por processo seletivo, em que “(...) qualidades como agressividade e desumanidade, eficiência organizacional e ímpeto, intuição técnica e, sobretudo talento para o mercadejamento”, eram necessárias e cooptadas por parte da organização capitalista a que serviam.⁶³ Por sua vez, SINGER trata de esclarecer a incompatibilidade organizacional existente entre a empresa familiar, típica do capitalismo anterior, em que cada firma era dirigida por seu dono, e as empresas que possuem milhares de sócios-proprietários nas sociedades anônimas, que um grupo majoritário de acionistas, forma o Conselho de Administração e a eles são subordinadas todas as decisões.⁶⁴

Essas mudanças na organização empresarial geraram formas mais apropriadas de coordenação do trabalho coletivo, sendo a gerência científica, um dos elementos, utilizada para esse fim. Desenvolvida por *Frederick W. Taylor* nos Estados Unidos, foi visualizada por BRAVERMAN como um empenho na aplicação dos métodos da ciência aos problemas complexos e crescentes do controle operário em empresas capitalistas em expansão. Entretanto, estes pressupostos básicos referiam-se apenas às condições de produção do ponto de vista do capitalista e na adaptação do trabalho às exigências do capital. Os princípios científicos desencadeados por TAYLOR nada mais foram que um resgate das teorias filosóficas liberais do século passado em que a divisão de tarefas tinha grande destaque, além dos aspectos

⁶³ BRAVERMAN. **Op. Cit.** p. 223.

⁶⁴ SINGER. **Op. Cit.** p. 75.

relativos à hierarquia, autoridade e controle. Suas investigações demonstraram que o operário deveria ser treinado para realização do trabalho pela cooperação íntima da administração e suas leis científicas, deixando de existir um critério individual do operário para solução dos problemas. Outros aspectos valorizados pela gerência científica foram o incentivo salarial - com remunerações diferenciadas -; o prêmio compatível à produção - com vistas ao incentivo da competição entre os trabalhadores -; a adequação do ambiente físico ao trabalho - organização de postos de trabalho separados entre si e comunicação restrita apenas ao chefe imediato - sendo que a relação entre a gerência e o conjunto dos trabalhadores se realizava de forma individual.⁶⁵

Esse método científico, denominado *taylorismo*, substituiu processos rotineiros por outros de maior complexidade, o que gerou um tipo de trabalho muito particular em que o tempo de trabalho era adaptado à produção de grandes lotes a baixo custo. Segundo BRAVERMAN, esse “‘sistema’ era tão-somente um meio para que a gerência efetuasse o controle do modo concreto de execução de toda atividade no trabalho, desde a mais simples a mais complicada”.⁶⁶ Para LEITE a adoção dessa prática foi uma “resposta do capital à resistência dos trabalhadores, a suas intenções de dominar a produção”, tendo em vista uma série de greves contra imposições de normas de trabalho, entre outras reivindicações, que a antecederam.⁶⁷

Esse modelo que foi inicialmente aplicado nas indústrias e que tinha por pressupostos o planejamento e a organização racional do trabalho, a operacionalização dos objetivos, o parcelamento do trabalho com a especialização das funções e a burocratização, se estendeu a todos os setores, no sentido de adequá-los às exigências da sociedade industrial e tecnológica, tornando-a altamente tecnicista. Essas características, apesar de não possibilitarem o status de verdadeira ciência ao movimento da gerência científica, ainda têm papel fundamental nas formas de organização das empresas e instituições capitalistas,

⁶⁵ TAYLOR, Frederick W. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo : Atlas, 1992.

⁶⁶ BRAVERMAN. **Op. cit.** p. 54.

⁶⁷ LEITE. **Op.cit.** p.59.

apesar das críticas que as sucederam, principalmente por retirar dos trabalhadores sua capacidade pensar, criar e controlar seu próprio trabalho.⁶⁸

É importante ressaltar que o início do século XX não conviveu apenas com essas transformações organizacionais, pois do ponto de vista político, as transformações econômicas que as precederam trouxeram graves conseqüências imediatas. Deve-se a isso a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), travada pelas principais potências, ocorrida pela rivalidade política e internacional que se modelava no crescimento e competição econômica, mas que tinha por maior característica a falta de limites, o que a diferenciava das guerras anteriores, travadas com objetivos específicos e limitados. HOBBSAWM oferece a compreensão de como as metas pretendidas com essa guerra foram ilimitadas:

“(...) para os dois principais oponentes, Alemanha e Grã-Bretanha, o céu tinha de ser o limite, pois a Alemanha queria uma política e posição marítima globais como as que então ocupava a Grã-Bretanha, com o conseqüente relegamento de uma já declinante Grã-bretanha a um *status* inferior. ... Para a França, então e depois, os objetivos em jogo eram menos globais, mas igualmente urgentes: compensar sua crescente e aparentemente inevitável inferioridade demográfica e econômica frente a Alemanha. Também aqui a questão era o futuro da França como grande potência. (...) na prática só um objetivo contava naquela guerra: a vitória total, aquilo que na Segunda Guerra Mundial veio a chamar-se ‘rendição incondicional’. Era um objetivo absurdo, que trazia em si a derrota e que arruinou vencedores e vencidos; que empurrou os derrotados para a revolução e os vencedores para a bancarrota e a exaustão física.”⁶⁹

Ao final da Guerra, o acordo de paz proposto pelas potências vitoriosas foi o *Tratado de Versalhes*, que tinha como meta prioritária tornar “(...) o mundo seguro contra o bolchevismo⁷⁰ e remapear a Europa. A partir de 1930 foram sendo formados novos acordos, principalmente entre as três potências descontentes: Alemanha, Japão e Itália, o que resultou, vinte anos mais tarde, na Segunda Guerra Mundial”.⁷¹

⁶⁸ BRAVERMAN. **Op. Cit.** p. 82-83.

⁶⁹ HOBBSAWM. **Op.Cit.** p. 38.

⁷⁰ As observações de HOBBSAWM, sobre o início do século XX, demonstram que em sua grande parte, tudo parecia indicar que o comunismo soviético tendia a ser um sistema alternativo e superior ao capitalismo. A vitória *bolchevique* na Rússia parecia como uma vitória mais global a ser estendida para o restante do mundo, com repercussões bem mais globais que a própria Revolução Francesa do século XIX, pois as conseqüências práticas produzidas pelo bolchevismo foram maiores e mais duradouras, produzindo o mais formidável e revolucionário movimento organizado na história moderna. HOBBSAWM (1996). **ibid.** p. 62.

⁷¹ **ibid.** p. 40.

Entretanto, apesar das inúmeras mortes causadas pela Primeira Guerra Mundial, não se observaram crises e estagnação econômica de imediato; ao contrário, se verificou a continuidade da aceleração capitalista, principalmente nos Estados Unidos da América (EUA) e alguns momentos de instabilidade econômica - muito peculiar ao modo de produção capitalista -, apresentando fases de prosperidade, seguidas de crise e depressão, denominada 'ciclo de conjuntura'. De acordo com SINGER ⁷² o ciclo de conjuntura até a Segunda Guerra Mundial, se apresentou com certa regularidade, em intervalos decenais e uma nítida seqüência de fases, caracterizadas por prosperidade com intensificação da acumulação de capital, expansão da procura de mercadorias e crescente especulação financeira. No auge da prosperidade, ocorria a crise com interrupção da acumulação, queda na procura de mercadorias, aumento de estoque, diminuição de preços e desemprego; por fim vinha a depressão em que a economia funcionava com níveis muito baixos de acumulação, baixíssimo consumo e extenso desemprego. Porém em pouco tempo se verificava a recomposição econômica, com novo período de acumulação positiva, nova expansão na procura de mercados, além do surgimento de novas empresas e recuperação dos empregos, iniciando um novo ciclo de conjuntura, que repetiria a mesma seqüência.

Em 1929 ⁷³ ocorreu a pior crise do capitalismo, que foi seguida por um período de quatro anos de grave depressão, apresentando baixa da produção, de consumo e de emprego, e lenta recuperação, desembocando numa nova crise em 1938. Esse alongamento da depressão gerou condições sociais e políticas contrárias ao capitalismo liberal, principalmente devido ao crescimento dos partidos comunistas, levando as burguesias a financiarem partidos fascistas. Assim, a Alemanha (nazismo de *Hitler*) e os Estados Unidos (o *New Deal* de *Roosevelt*),

⁷² SINGER. **Op. Cit.** p. 39-50.

⁷³ "Em 1927, após um período de fortes investimentos no estrangeiro e com uma economia crescente, os financistas norte-americanos que operavam em *Wall Street* centraram-se no mercado interno. Quanto mais compravam, maior era a subida dos preços, o que atraía mais investimentos. Em 24 de outubro de 1929, conhecido como "quinta-feira negra", iniciou-se um forte movimento vendedor, que produziu o colapso das cotações na referida bolsa. Embora muitos analistas pensassem, no princípio, que se tratava de um ajuste passageiro do mercado, o *crack* de *Wall Street* marcou o início da Grande Depressão, assentando as bases para a criação do *New Deal* de *Franklin D. Roosevelt*, em 1933." **MICROSOFT CORPORATION**. Enciclopédia Microsoft® Encarta®. © 1993-1999.

passaram a adotar medidas de combate a depressão, que foram imitadas por outros países, e, somente após a Segunda Guerra Mundial - devido ao aumento da procura de toda a espécie - é que se acabou com a depressão e o capitalismo ingressou num longo período de prosperidade.

As bases e a história dessa prosperidade podem ser assinaladas pela era *fordista*. O *fordismo*, criado em 1913 por *Henry Ford*, caracterizou-se por um conjunto de práticas de controle de trabalho, pela utilização de novas tecnologias e introdução da produção em série, adotadas na indústria automobilística e que apresentaram como resultado a diminuição de custos e melhoria da qualidade dos automóveis. A montagem dos carros foi decomposta em muitas atividades repetitivas e os trabalhadores submetidos ao tempo imposto pelas esteiras mecânicas, o que gerou maior economia de tempo com o serviço de transporte. Esse sistema de trabalho, conhecido como *linha de montagem*, acarretou uma intensificação do trabalho e um aumento considerável da produtividade, que conseqüentemente gerou novas formas de consumo, a contar com diminuição dos preços das mercadorias.

De acordo com GOUNET depois da Segunda Guerra Mundial, o *fordismo* tornou-se referência obrigatória da indústria automobilística, expandindo-se em seguida para todos os ramos da indústria e para grande parte do setor de serviços. Apesar de ter sido cada vez mais contestado a partir do final de 1960 ⁷⁴, “(...) ele veio a formar a base de um longo período de expansão pós-guerra que se manteve mais ou menos intacto até 1973”. ⁷⁵

O modelo de produção em massa de *Henry Ford* espalhou-se para indústrias do outro lado dos oceanos, enquanto nos EUA o princípio *fordista* ampliava-se para novos tipos de produção, da construção de habitações à chamada *junk food* (o *Mc Donald's* foi uma história de sucesso do pós-guerra). Bens e serviços antes restritos a minorias eram agora produzidos para um mercado de massa, como no setor de viagens a praias ensolaradas (...) o que antes era um luxo tornou-se o padrão do conforto desejado, pelo menos nos países ricos: a geladeira, a lavadora de roupas automática,

⁷⁴ GOUNET, Thomas. **Fordismo e Toyotismo**: na civilização do automóvel. São Paulo : Boitempo Editorial, 1999, p. 21.

⁷⁵ HARVEY, David. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. **Condição Pós-Moderna**: Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural. São Paulo : Loyola, 1992, p.125.

o telefone. ... Contudo o que mais impressiona nesse período é a extensão em que o surto econômico parecia movido pela revolução tecnológica.⁷⁶

Para LEITE o *fordismo* significou o surgimento de um conjunto de normas implícitas e de regras institucionais, que buscavam “(...) ajustar os comportamentos contraditórios dos agentes individuais aos princípios coletivos do novo regime de acumulação”⁷⁷, e, que se tornou possível após efetivação das idéias propostas por Keynes⁷⁸ em que a intervenção do Estado na vida econômica era necessária para manter um regime de pleno emprego.

Segundo PIRES o Estado como interventor da reprodução da força de trabalho, compatibilizou o ritmo e o modelo de acumulação com os níveis salariais e de consumo, tornando-os apropriados ao novo padrão tecnológico e de produção industrial de massas, e pela primeira vez, conseguiu uma conciliação dos interesses da apropriação privada dos meios de produção, com uma forma de gestão mais democrática e com elevação do padrão de vida da população. Entretanto, isso só foi possível devido a concessões feitas pelos trabalhadores, como também pelos empresários industriais, sendo que o Estado Nacional, “(...) além de exercer o papel de regulador macroeconômico passou a exercer também o de administrador da demanda, na tentativa de redução das desigualdades e do desemprego (...)”.⁷⁹

Essas idéias, aliadas a derrota do nazi-fascismo, forneceram sustentação às forças democráticas e populares, principalmente aos sindicatos que conseguiram negociar salários - em parte proporcionais à produtividade do trabalho - caracterizando um crescimento de lucros e salários em ritmos muito semelhantes, propiciando maior demanda de consumo. Foi no âmbito da ‘Guerra Fria’, sob o comando dos governos anticomunistas, fortemente unidos sob a aliança dos EUA, cujos sindicatos eram liderados por social democratas, trabalhistas ou ‘liberais’ - que

⁷⁶ HOBBSAWM. **Op. Cit.** p. 259.

⁷⁷ LEITE. **Op. Cit.** p. 76.

⁷⁸ *John Maynard Keynes* (1883-1946), economista britânico teve enorme influência na renovação das teorias clássicas que tornou possível a regulação estatal da conjuntura, denominada *welfare state* ou Estado do Bem-Estar Social. Acreditava que a economia seguiria o caminho do pleno emprego, sendo o desemprego uma situação temporária que desapareceria graças às forças do mercado. O objetivo do *keynesianismo* era manter o crescimento da demanda em paridade com o aumento da capacidade produtiva da economia, de forma suficiente para garantir o pleno emprego, mas sem excesso, pois isto provocaria um aumento da inflação. MICROSOFT ENCARTA. **Op. Cit.**

⁷⁹ PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo : Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT; Annablume, 1998, p. 37.

não deixavam dúvidas quanto à lealdade ao capitalismo -, que se deu à distribuição de renda. Ao longo desse período, também se observou o crescimento do setor público na maioria dos países capitalistas.

Conforme salienta ANTUNES, paralelamente ao processo de trabalho *taylorista-fordista*, se estabeleceu um sistema de 'compromisso' e de 'regulação' - embora limitado a uma parcela de países avançados - que oferecia a ilusão de que o sistema de metabolismo social do capital era efetivo, duradouro e controlado, regulado e fundado num compromisso entre capital e trabalho mediado pelo Estado, resultado não só da lógica do desenvolvimento anterior do capitalismo como do equilíbrio da relação de forças entre burguesia e proletariado. Tratou-se de um compromisso ilusório, pois,

Sob a alternância partidária, ora com a social-democracia ora com os partidos diretamente burgueses, esse 'compromisso' procurava delimitar o campo da luta de classes, onde se buscava a obtenção dos elementos constitutivos do *welfare state* em troca do abandono, pelos trabalhadores, do seu projeto histórico-societal. Uma forma de sociabilidade fundada no 'compromisso' que implementava ganhos sociais e seguridade social para os trabalhadores, dos países centrais, *desde que a temática do socialismo fosse relegada a um futuro a perder de vista*. Além disso, esse 'compromisso' tinha como sustentação a enorme exploração do trabalho realizada nos países do chamado Terceiro Mundo, que estavam totalmente excluídos desse 'compromisso' social-democrata. Por meio desses mecanismos de 'compromisso' foi se verificando durante o fordismo o processo de *integração* do movimento operário *social-democrático*, particularmente dos seus organismos de representação institucional e política, o que acabou por convertê-lo numa espécie de *engrenagem* do poder capitalista.⁸⁰

Ao final da década de 1960 esse sistema começou apresentar os primeiros indícios de esgotamento, coincidindo com a crise do *fordismo*, que se expressou como uma profunda crise estrutural, cujos traços mais evidentes foram apontados por ANTUNES como sendo a queda da taxa de lucro, causados pelo aumento do preço da força de trabalho; o esgotamento desse padrão de acumulação pela incapacidade de dar resposta à retração acentuada do consumo, devido ao início do desemprego estrutural; aumento considerável da esfera produtiva, que ganhava autonomia relativa frente aos capitais financeiros, que já eram prioridade especulativa da nova fase de internacionalização; a própria crise do Estado do bem-estar social (*welfare state*) e seu financiamento, que acarretou a crise fiscal do

⁸⁰ ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo : Boitempo, 2000, p. 38-39.

Estado capitalista e a forçosa transferência dos gastos públicos para o capital privado; acentuação das privatizações, a tendência generalizada às desregulamentações e à flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho.

A reorganização do capital e de seu processo ideológico e político de dominação culminaram no neoliberalismo e suas principais características: privatização do Estado; desregulamentação dos direitos do trabalho e no desmonte do setor produtivo estatal, seguido do processo de reestruturação da produção e do trabalho.⁸¹ Trata-se de um novo modo de regulação do capitalismo, com formulações ideológicas semelhantes ao liberalismo econômico, que retornaram na década de 70, quando da eliminação do controle estatal sobre o capital. Para desenvolver estas e outras características, próprias do modelo neoliberal, BIANCHETTI aponta *Friederich Hayek* e *Milton Friedman*⁸², como os principais formuladores desta doutrina e sua associação com os governos de *Tatcher* na Grã-Bretanha, *Reagan* nos EUA, *Kohl* na Alemanha e *Nakasone* no Japão, que forneceram as condições para o crescimento dos modelos de ajuste econômicos que sustentam, em seus fundamentos, os princípios básicos desta doutrina na atualidade.⁸³

De acordo com SINGER⁸⁴ a primeira crise estrutural do capitalismo após a Segunda Guerra Mundial, ocorreu ao final de 1973, com o Primeiro Choque do Petróleo, quando a Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP) triplicaram o seu preço, causando aumento da inflação nas principais economias capitalistas, levando-as a adoção de políticas recessivas com corte do gasto público e restrição de crédito, gerando uma recessão mundial na economia capitalista entre 1974 e 1975, com reduções drásticas nos níveis de produção e conseqüente desemprego. Nova crise ocorre entre 1979 e 1981, com um grande aumento dos

⁸¹ **Ibid.** p. 29-31.

⁸² *Friederich Hayek* é o mais importante representante da Escola de Viena e *Milton Friedman* é o maior expoente da Escola de *Chicago*. Estas Escolas são as que possuem maior hegemonia no que diz respeito aos fundamentos epistemológicos do modelo neoliberal e na orientação das políticas econômicas. BIANCHETTI. **Op. Cit.**

⁸³ **Ibid.** 28-29.

⁸⁴ SINGER. **Op. Cit.**

combustíveis, ocorrendo o Segundo Choque do Petróleo, porém com maior duração - até 1982 - e uma recessão mais profunda. Apesar de não se constituírem como causas básicas das recessões, os Choques do Petróleo forneceram aos governos capitalistas as condições ideais para resolver o conflito em favor do capital. Com o alto índice de desemprego, ocorreu a diminuição dos salários e enfraquecimento dos sindicatos e por consequência a lucratividade do capital.

Como estas crises não afetaram de maneira tão drástica os países em desenvolvimento, os grandes banqueiros ampliaram a oferta de créditos a esses países, gerando enormes dívidas externas. A perda da autonomia político-econômica desses países condicionou-os à política dos países capitalistas mais fortes, mais especificamente dos Estados Unidos ⁸⁵, que passaram a exercer sob os mesmos, o controle político e econômico.

A explicação de *Lênin* que apresentou a taxa de lucro como a razão para a exportação de capitais, pode ser utilizada para justificar a exportação de capitais para estas regiões menos desenvolvidas, em que o lucro é em geral mais elevado; também há escassez de capitais, os preços da terra e dos salários são relativamente baixos e as matérias primas são baratas, permitindo o aumento da taxa de mais valia. Com base num estudo elaborado por SOBEET e citado por SILVA ⁸⁶ a exportação de capitais para as regiões menos desenvolvidas, foram as que mais ofertaram taxas de lucros para as subsidiárias americanas no biênio de 1995-1996. O Brasil obteve o primeiro lugar no ranking de maior rentabilidade média destas subsidiárias americanas no mundo, apresentando quase o dobro da rentabilidade

⁸⁵ Trata-se do cumprimento dos objetivos de implantação de um sistema econômico internacional cujas normas garantam a mais livre circulação de bens, serviços e capital, porém não de trabalho a ser alcançado pelos EUA, para implantação de sua estratégia econômica, que reside na idéia de manter a influência hegemônica de seus interesses, adquirida após a Segunda Guerra Mundial. No campo multilateral, a primeira das estratégias foi vincular a renegociação da dívida externa em condições favoráveis à adoção de programas chamados de condicionalidades, atualmente conhecido por *structural adjustment*, que incluem políticas de abertura do setor externo para bens, serviços e capitais; desestatização ou privatização e desregulamentação. "Estas políticas são impostas e supervisionadas por organismos multilaterais, como o FMI e o Banco Mundial, e sua opinião e aprovação é solicitada pelos credores, quando da renegociação das dívidas privadas". GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. **A Política dos Estados Unidos para o Mundo e o Brasil**. Consulta Popular. Cartilha n° 8. São Paulo : Editora Consulta Popular, 2000, p. 26.

⁸⁶ SILVA, Cristiano Monteiro da. IMPERIALISMO E DESNACIONALIZAÇÃO: O CASO DA ECONOMIA BRASILEIRA: *in* INSTITUTO JOSÉ LUIZ e ROSA SUNDERMAN. **Marxismo Vivo. Revista de Teoria e Política Internacional**. São Paulo : Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado, 2002, p.96.

mundial destas empresas; enquanto que a Europa, Austrália, Canadá e Japão apontam uma rentabilidade média de 3,09%, inferior à média mundial, como pode se observar no quadro abaixo:

Quadro 1 – Rentabilidade média das subsidiárias das empresas multinacionais (não-financeiras dos no mundo (controle majoritário) média do biênio 1995-1996 (US\$ bilhões e %)

Ranking	País	Ativos totais	Lucro líquido	Rentabilidade sobre ativos
1-lugar	Brasil	47.575,50	4.005,50	8,42%
2-lugar	Chile	12.096,00	862,00	7,13%
3-lugar	Ásia sem Japão/China/Austrália	186.468,00	12.589,00	6,75%
4-lugar	China	8.671,50	546,50	6,30%
5-lugar	América Latina/Brasil/Chile/México/Argentina	165.969,50	10.131,00	6,10%
6-lugar	México	30.689,00	1.862,50	6,07%
7-lugar	Argentina	16.029,00	806,00	5,03%
8-lugar	Europa	1.528.050,00	60.900,50	3,99%
9-lugar	Austrália	68.244,50	2.720,00	3,99%
10-lugar	Canadá	232.155,00	8.956,00	3,86%
11-lugar	Japão	179.343,50	4.305,00	2,40%
Mundo	Mundo	2.529.087,00	111.717,50	4,42%

FONTE: Survey of Current Business - Departamento de Comércio EUA, setembro 1998 p. 68 e 69. **Elaboração:** SOBEET . Citado por SILVA, Cristiano Monteiro da. **Ibid.** p.97.

A entrada de capital estrangeiro nos países periféricos pela aquisição de empresas já instaladas é um dos objetivos americanos não só no sentido da manutenção da capacidade de proteção de setores da economia americana ameaçados pela competição estrangeira, como pela necessidade de introduzir terceiros Estados a adotar instituições, normas de atividades e políticas econômicas semelhantes às americanas.⁸⁷ As megaempresas multinacionais de todos os países adotam normas semelhantes quanto aos aspectos comercial, fiscal, ambiental e técnico, o que facilita a lucratividade. Segundo GUIMARÃES a todo esse processo de expansão, “(...) se deu o nome neutro de ‘globalização’ da economia e a ele se

⁸⁷ A divulgação dos ideais americanos através de sistemas de treinamento profissional para prováveis integrantes das futuras elites de terceiros países é um dos objetivos da grande estratégia ideológica americana. “(...) Foi promovido através da *United States Information System (USIS)* em especial e dos programas de bolsas de estudo das Universidades, das Fundações, do programa *Fulbright* e outros, em especial a partir da criação da *United States Agency for International Development (USAID)*. Esse programa, de efeitos a longo prazo, mostra hoje seus resultados em países da periferia, em especial onde os sistemas universitários eram considerados precários. Em diversos países da periferia as equipes de política econômica - e às vezes os ministros de Estado - tiveram sua formação profissional nos Estados Unidos”. GUIMARÃES. **Op. Cit.** p. 34

conferiu características de novidade, inexorabilidade, imparcialidade e propiciador de benefício geral”.⁸⁸ O quadro abaixo identifica objetivamente que a internacionalização da economia no Brasil, a partir da década de 90, esteve acompanhada de intensa desnacionalização, sendo que grande parte das empresas de capital nacional foi vendida para empresas estrangeiras.

Quadro 2 – Exemplos de grandes empresas brasileiras compradas por grupos estrangeiros: 1994-98

Empresa	Comprador	País	Setor	Ano
Petroquímica União	Union Carbide	EUA	Petroquímico	1994
Celbrás	Rhodia	França	Têxtil	1994
Adria	Quaker Oats	EUA	Alimentos	1994
Continental 2001	Bosch/siemens	Alemanha	Eletrodomésticos	1994
Bamerindus	HSBC	Reino Unido	Financeiro	1994
Laticínios Avaré	Nabisco	EUA	Laticínios	1995
Petroquímica Bahia	Dow Chemical	EUA	Petroquímico	1995
Lacta	Philip Morris	EUA	Alimentos	1995
Tintas Coral	ICI	Reino Unido	Quim. E Petroq.	1996
Refrigeração Paraná	Eletrolux	Suécia	Eletrodomésticos	1996
Metal Leve	Mahie/Cofap	Alemanha	Autopeças	1996
Kenko do Brasil	Kimberly - Clark	EUA	Higiene	1996
Cia Eletrônica Celma	General Eletric	EUA	Aviação	1996
Paulista Seguros	Liberty Mutual	EUA	Seguros	1996
Bompreço	Royal Ahold	Holanda	Supermercado	1996
Dako	General Eletric	EUA	Eletrodomésticos	1996
Lab. Carlo Erba	Searte	EUA	Quim. E farm.	1997
Banco Geral do Comercio	Santander	Espanha	Bancos	1997
Arno	Seb	França	Eletrodomésticos	1997
Cia Real de Distribuição	Sonae	Portugal	Supermercado	1997
Veja Eng. Amb.	Sita	França	Serv. públicos	1997
Kibon	Unilever	Reino Unido	Alimentos	1997
Cofap	Magneti Marelli	Itália	Autopeças	1997
Gevisa SA Locomotivas	General Eletric	EUA	Outros	1997
Agroceres	Monsanto Brasil	EUA	Alimentos	1997
Freios Varga	Grupo Lucas	Reino Unido	Autopeças	1997
Eldorado	Carrefour	França	Supermercado	1997
Phytoervas	Bristol-Myers Squibb	EUA	Perf. E cosmética	1998
Carlos de Brito (peixe)	Bombril-Cirio	Itália	Alimentos	1998
Real	ABN Amro	Holanda	Financeiro	1998
Postos Hudson	Texaco	EUA	Com.Combust.	1998
Garantia	Crédit Suisse	Suíça	Financeiro	1998
CST/Acesita	Usinor	França	Siderurgia	1998
Excel	Bilbão Vizcaya	Espanha	Financeiro	1998
Lojas Renner		EUA		1998

Fonte: CARTA CAPITAL. 8 de julho de 1998, p. 33 e imprensa. Elaboração: Gonçalves, Reinaldo. (1999). SILVA. Op. Cit. p. 99.

⁸⁸ GUIMARÃES. Op. Cit. p. 30

É relevante ressaltar que existem outros objetivos que compõem a estratégia econômica americana que estão relacionados à garantia de acesso às fontes de matéria-prima, principalmente a energia, justificando o desestímulo e forte pressão exercida pelos EUA contra as políticas de exploração estatal por terceiros países desses materiais, principalmente o petróleo ⁸⁹; além de garantir liberdade às suas empresas no exterior, justificando as campanhas de desregulamentação das atividades econômicas da periferia e redução das ações empresariais estatais desses países, por se apresentarem como concorrentes diante das megaempresas multinacionais.

De acordo com SILVA foram vários os setores da economia brasileira que sofreram sérias mudanças estruturais, no momento em que o controle do capital nacional - privado ou estatal - passou para o domínio do capital estrangeiro. Apesar de não ter contribuído para a formação de novos setores, foram efetivadas grandes aquisições de capacidade instalada, em que o controle da produção se deu de forma desigual, atingindo desde os “setores de produção de painéis à extração de titânio, da produção de aço a bancos da navegação de cabotagem à telecomunicações, de supermercados à aviação, de chocolates à satélites, do transporte à eletricidade”. ⁹⁰ Entretanto, entre os anos de 1995-2000, o setor de serviços foi o que mais apresentou investimento direto de capital estrangeiro, com um percentual aproximado de 75%, conforme demonstra quadro abaixo:

⁸⁹ A perseguição desse objetivo estratégico faz com que até hoje os EUA tenham atitudes hostis em relação à Líbia e ao Irã, sendo o que os levou à Guerra do Golfo contra o Iraque. Trata-se de uma ação punitiva exemplar, que reafirma a importância vital desse objetivo. GUIMARÃES. **Op. Cit.**

⁹⁰ SILVA. **Op. cit.** p. 96.

Quadro 3 - Perfil setorial do investimento direto estrangeiro no Brasil 1995-2000 (%)

Discriminação	% Estoque 1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total	100	100	100	100	100	100
Agricultura, pecuária e Extrativa mineral	1,6	1,4	3,0	0,6	1,6	3,0
Indústria	55,0	22,7	13,3	11,9	41,4	23,8
Alimentos	7,1	2,4	2,1	0,6	5,5	3,9
Automotivo	6,7	3,7	1,5	4,6	12,2	7,2
Minerais metálicos	7,4	1,2	0,0	0,7	0,9	1,4
Química	11,2	2,9	2,4	1,5	9,5	5,2
Demais indústrias	22,6	12,5	7,3	4,5	13,3	6,1
Serviços	43,4	75,9	83,7	87,5	57,1	73,2
Comércio	6,7	8,2	6,2	9,4	10,4	7,3
Intermediação financeira	3,6	5,4	10,8	27,5	7,6	12,6
Telecomunicações	0,5	9,0	5,4	11,0	15,1	33,8
Serviços prestados a empresas	26,9	26,3	35,0	26,7	11,7	3,5
Utilidade pública-energia elétrica	0,0	2,2	23,2	9,5	7,3	8,4
Demais serviços	5,7	6,8	3,1	3,4	5,0	7,6

FONTES: FIRCE; BACEN; DEPEC DIBAP-BACEN – Elaboração: SOBEET, citado por SILVA, Cristiano Monteiro da. Ibid, p.97.

Conforme conclui SILVA,⁹¹ estes dados possibilitam legitimar a teoria do imperialismo apresentada por *Lênin* - com base nos escritos de *Marx* - indicando que o desenvolvimento do capitalismo fomenta a centralização e concentração do capital em escala mundial, dado ao crescimento da participação de multinacionais, sediadas em países de maior nível de desenvolvimento econômico, que comandam grandes volumes de investimentos para outras regiões.

Uma leitura precisa do programa dos EUA apresentado por AMIN permite designá-lo como imperialista no sentido mais brutal da palavra, pois o capital - que se ampara, inclusive, nos meios militares daquele país - está além do expansionismo bárbaro, quando substitui as leis de mercado por valores humanos. Também demonstra bastante semelhança com o programa nazista, que tinha por pressupostos o princípio da raça dominante. Entretanto, a análise da realidade econômica daquele país demonstra que o sistema de produção dos EUA está muito distante de ser o mais eficiente do mundo.

⁹¹ SILVA. **Op.cit.** p. 97

O déficit comercial dos EUA, que aumenta a cada ano, foi de 100 bilhões de dólares em 1989, a 450 bilhões em 2000. Além disso, esse déficit envolveu praticamente áreas de produção: até o excedente, já aproveitado pelos EUA na área de bens de alta tecnologia, que era de 35 bilhões em 1990, se transformou agora em déficit. (...) Os EUA apenas se beneficiam de vantagens comparativas no setor de armamentos, precisamente porque esse setor opera grandemente fora das regras de mercado, e beneficia-se de apoio do Estado.⁹²

1.4 A FLEXIBILIZAÇÃO DA PRODUÇÃO E AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO FRENTE AO PROJETO NEOLIBERAL

As mudanças e transformações ocorridas nos anos de 1980, tais como a introdução de novas tecnologias, a robótica, a automação, entre outras, trouxeram profundas transformações no mundo do trabalho e nas suas formas de concepção. Atualmente, o *taylorismo*, o *fordismo* e demais formas de conceber o conceito e o pensamento organizacional mesclam-se com outras formas de administração, entre elas o *toyotismo*. Criado por *Taiichi Ohno*, o *toyotismo*, surgiu no Japão para reerguer a economia japonesa - mantida sob intervenção econômica, política e militar dos Estados Unidos - após a derrota na Segunda Guerra Mundial, possuindo como característica a criação de novos métodos de fabricação de automóveis para responder a demanda da realidade econômica e geográfica daquele País, naquele determinado momento. O advento do *toyotismo* foi favorecido pela introdução do ramo têxtil na indústria automobilística japonesa, que consiste na operação de várias máquinas simultaneamente por um mesmo trabalhador; pelo aumento da produção sem aumentar o número de trabalhadores; utilização do método *Kan-Ban*⁹³ e sua expansão, juntamente com a necessidade de atender a um mercado interno que solicite produtos diferenciados e pequenos pedidos. Segundo ANTUNES todo este processo de reestruturação, só foi possível a partir da derrocada do sindicalismo

⁹² AMIN, Samir. Contra a militarização e a guerra: *in* AMIN, Samir; CHOMSKI, Naon; ROY, Arundhati. **A Ofensiva do Império e os Dilemas da Humanidade**. Movimento Consulta Popular. Cartilha nº. 13. 2003, p.42-44.

⁹³ Método *Kan-Ban*: técnica utilizada nos supermercados dos EUA, pela qual a reposição dos produtos se dá somente depois de sua venda. Ver ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** : Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 4. ed. São Paulo : Cortez, 1997, p. 24.

japonês e com a criação do "sindicato casa", um sindicalismo de participação e de negociação, que aceita a ordem do capital e do mercado. ⁹⁴

É uma resposta à crise do fordismo nos anos 70. Em lugar do trabalho desqualificado, o operário é levado à polivalência. Em vez da linha individualizada, ele integra uma equipe. No lugar da produção em massa, para desconhecidos, trabalha um elemento para 'satisfazer' a equipe que vem depois da sua na cadeia. Em suma, o toyotismo elimina, aparentemente, o trabalho repetitivo, ultra-simplificado, desmotivante, embrutecedor. Afinal, chegou a hora do enriquecimento profissional, do cliente satisfeito, do controle de qualidade. ⁹⁵

Para GOUNET⁹⁶ assim como no *fordismo*, no *toyotismo* também os concorrentes tiveram que copiar a nova organização do trabalho para poder se expandir, possibilitando a expansão desse método pelo mundo, que se tornou possível devido à acirrada competição das empresas, cujo objetivo era a maior extração possível de mais-valia. O privilégio reside no tempo de fabricação e não na constituição de estoques ou longos transportes. Acrescenta-se a isso a integração via subcontratação e os métodos *just-in-time* ⁹⁷ que aceleram a circulação dos bens da fase preparatória e de sua venda no mercado de produtos finais.

Esse novo processo de trabalho, que substitui a produção em série e em massa anteriormente verificados no *fordismo* e *taylorismo* pela flexibilização da produção, conhecida por *especialização flexível*, é aplicado na organização de empresas, com diminuição das hierarquias e maior participação dos trabalhadores na concepção do processo produtivo. Fundamenta-se num sindicalismo participacionista, pela qual o trabalhador adere à cultura e ao projeto da empresa e obtêm certas garantias de estabilidade. Sobre o processo produtivo há de se observar novas variantes como a introdução da robótica, exigindo dos trabalhadores o conhecimento e o uso simultâneo de várias máquinas, sem uma delimitação técnica destas atividades e de uma produção que se dá para atender a um mercado

⁹⁴ **Ibid.** p. 35.

⁹⁵ GOUNET. **Op. Cit.** p. 33.

⁹⁶ **Ibid.** p. 45.

⁹⁷ "Sistema que opera com a redução de estoques intermediários e obriga cada membro do processo produtivo a antecipar os problemas e evitar que ocorram." SOUZA, Alceu. **Políticas de suprimento, tecnologia de produção e tecnologia de gestão.** Tese de doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo - Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 1996, p.29.

interno que solicite produtos diferenciados e pequenos pedidos, sem a produção de mercadoria excedente.

Esta nova forma de organização industrial e de relacionamento entre o capital e o trabalho que é tida como qualitativamente superior ao *taylorismo/fordismo* - uma vez que possibilita a reorganização no ambiente de trabalho, de maneira a possibilitar um trabalho menos hierarquizado e um trabalhador mais qualificado, participativo e polivalente - apresenta em seu conjunto uma série de mudanças estruturais que evidenciam o caráter essencialmente capitalista do modo de produção atual, com vistas à retomada da acumulação e do projeto global de dominação. De acordo com ANTUNES, entre os elementos constitutivos deste novo modelo flexível de produção, tem-se a qualidade total ⁹⁸ - que traz em seu bojo, a taxa decrescente do valor de uso das mercadorias, como condição para a reprodução ampliada do capital e seus imperativos expansionistas - e a destruição da força humana de trabalho, causada pela liofilização organizativa da 'empresa enxuta'. ⁹⁹ Este 'novo modelo' de produção é a "expressão mais límpida e cristalina deste mundo do trabalho que deve viver o sonho do capital". ¹⁰⁰

⁹⁸ "A necessidade imperiosa de reduzir o tempo de vida útil dos produtos, visando aumentar a velocidade do circuito produtivo e desse modo ampliar a velocidade da produção de valores de troca, faz com que a 'qualidade total', seja, na maior parte das vezes, o *invólucro*, a *aparência* ou o, aprimoramento do supérfluo, uma vez que os produtos devem durar pouco e ter uma reposição ágil no mercado. A 'qualidade total', por isso, não pode se contrapor à taxa de utilização decrescente do valor de uso das mercadorias, mas deve adequar-se ao sistema de metabolismo socioeconômico do capital, afetando desse modo tanto a produção de bens e serviços como as instalações e maquinarias e a própria força humana de trabalho. Como o capital tem uma tendência *expansionista* intrínseca ao seu sistema produtivo, a 'qualidade total' deve tornar-se inteiramente compatível com a lógica da *produção destrutiva*. Por isso, em seu sentido e tendências mais gerais, o modo de produção capitalista converteu-se em inimigo da *durabilidade* dos produtos; ele deve inclusive desencorajar e mesmo inviabilizar as práticas produtivas orientadas para a durabilidade, o que o leva a *subverter deliberadamente sua qualidade*" MÉSZÁROS (1995) citado por ANTUNES (2000). **Op. Cit.** p. 50-51.

⁹⁹ "O padrão de acumulação flexível se "fundamenta num padrão produtivo organizacional e tecnologicamente avançado, resultado da introdução de técnicas de gestão da força de trabalho próprias da fase informacional, bem como da introdução ampliada dos computadores no processo produtivo e de serviços. Desenvolve-se em uma estrutura produtiva mais flexível, recorrendo frequentemente à desconcentração produtiva, às empresas terceirizadas etc. utiliza-se de novas técnicas de gestão da força de trabalho, do trabalho em equipe, das 'células de produção', dos 'times de trabalho', dos grupos 'semi-autônomos', além de requerer, ao menos no plano discursivo, 'o envolvimento participativo' dos trabalhadores, em verdade um participação manipuladora e que preserva, na essência, as condições do trabalho alienado e estranhado. O 'trabalho polivalente', 'multifuncional', 'qualificado', combinado com uma estrutura mais horizontalizada e integrada entre diversas empresas, inclusive nas empresas terceirizadas, tem como finalidade a redução do tempo de trabalho. De fato, trata-se de um processo de organização do trabalho cuja finalidade essencial, real, é a *intensificação das condições de exploração da força de trabalho*, reduzindo muito ou

A conseqüência mais evidente é o distanciamento pleno de qualquer alternativa para além do capital, à medida que se adota e postula uma ótica de mercado, da produtividade, das empresas, não levando sequer em conta, com a devida seriedade, entre tantos elementos tão graves e prementes como, por exemplo, a questão do desemprego estrutural, que atualmente esparrama-se por todo o mundo, em dimensões impressionantes, e que não poupa nem mesmo o Japão, que nunca contou com excesso de força de trabalho.¹⁰¹

Estas transformações ainda em curso também afetam o setor de serviços que cada vez mais se submetem à racionalidade do capital. Observa-se a diminuição do serviço bancário, a privatização dos serviços públicos, da saúde e educação e a predominância do trabalho voluntário. Passam a combinar, portanto, as formas de administração *taylorista e fordista*, com a administração de base flexível. Esta nova dinâmica anima a ideologia da sociedade do conhecimento, na qual o pensamento hegemônico é de um novo trabalhador "com capacidades intelectuais que lhe permite adaptar-se à produção flexível"¹⁰². Entretanto, conforme evidencia GOUNET, essa nova organização de produção está fadada à derrota num espaço de tempo bem menor do que no *fordismo*. A internacionalização da economia e a globalização dos mercados, muito superior à anterior, fazem com que o modelo se generalize com mais rapidez, além da concorrência que se torna mais acirrada, num quadro de crise econômica e saturação.¹⁰³

Como se pôde observar, a divisão entre uma classe que explorava e outra que era explorada, originada da primeira forma de exploração - a escravidão - se mantém por todo o período civilizado, sendo sucedida pela servidão na Idade Média e pelo trabalho assalariado na modernidade, até os dias atuais.

eliminando tanto o *trabalho improdutivo*, que não cria *valor*, quanto suas formas assemelhadas, especialmente nas atividades de manutenção, acompanhamento, e inspeção de qualidade, funções que passaram a ser diretamente incorporadas ao trabalhador *produtivo*. Reengenharia, *lean production*, *team work*, eliminação de postos de trabalho, aumento da produtividade, qualidade total, fazem parte do ideário (e da prática) cotidiana da 'fábrica moderna'." **Ibid.** p. 52-53.

¹⁰⁰ ANTUNES (1997). **Op. Cit.** p. 32.

¹⁰¹ **Id.**

¹⁰² KUENZER, Acácia. **Pedagogia da Fábrica**. São Paulo : Cortez, 1995, p. 4.

¹⁰³ GOUNET. **Op. Cit.** p. 50.

2 O TRABALHO DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA IDENTIFICAÇÃO COM A LÓGICA E A RACIONALIDADE DO CAPITAL

2.1 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO DE ENFERMAGEM

O conhecimento da organização das espécies desaparecidas pela estrutura dos ossos fósseis permitiu conhecer as formações socioeconômicas e identificar os instrumentos utilizados para a condução das atividades humanas. Esta leitura permite compreender que a distinção das épocas econômicas, é determinada para MARX ¹⁰⁴ pelo desenvolvimento da força de trabalho humano e pelas condições sociais na qual se realiza o trabalho.

Não se pretende demonstrar esta formulação, mas realizar algumas considerações sobre como o trabalho em saúde se torna força de trabalho, emprego em um processo de trabalho que, ao mesmo tempo, se submete e é definido pelas relações sociais. Esta concepção facilitará a identificação das formas de condução do trabalho de enfermagem e seus métodos de intervenção, como produtos da história da sociedade e do modo de produção de existência.

Nas investigações referentes ao trabalho em saúde, existe o consenso de que a execução das atividades de assistência/cuidado aos doentes não se apresentaram como parte específica de nenhuma profissão no mundo ocidental pelo menos até o século XVIII.

As atividades de enfermagem desenvolveram-se em paralelo às atividades médicas, diferenciando-se desta última pela sua identificação histórica de uma prática social empírica, de cunho essencialmente prático e com característica assistencial e caritativa, exercida pelas mulheres das famílias, leigos, escravos, religiosos e também pelas agentes (mulheres socialmente marginalizadas), de acordo com cada época histórica. Essa assimetria na relação entre o trabalho médico e o de enfermagem, é verificada em SILVA que distingue historicamente a prática médica como dominante em relação à de enfermagem, por possuir um corpo específico de conhecimentos construídos ao longo do período pré-capitalista, em

¹⁰⁴ MARX, Karl (1996). Vol I. **Op. Cit.**

detrimento à prática de enfermagem, “que nasceu vinculada às atividades domésticas, à mercê exclusivamente do empirismo das mães de família, de monjas ou dos escravos. Prática esta, portanto, detentora de um saber de senso comum, disseminada no meio social, destituída de qualquer conhecimento especializado próprio”.¹⁰⁵

Para ALMEIDA & ROCHA as atividades de assistência/cuidado desde a Idade Antiga até a Revolução Industrial, não apresentaram nenhuma ligação com o corpo do doente ou sequer com sua doença, mas com “a expiação dos pecados e a salvação da alma do paciente e de seu assistente”.¹⁰⁶ Durante o sistema feudal, a assistência/cuidado de enfermagem era compartilhada com os grupos religiosos, sendo identificada como atividade e não como profissão. As linhas filosóficas inspiradoras desse fazer centravam-se na filantropia e no amor ao próximo.¹⁰⁷

Os relatos de PIRES sobre a constituição das profissões de saúde, demonstram que na Idade Média o trabalho em saúde dividia-se por áreas específicas de atuação, sendo realizado por leigos (profissionalizados nas corporações de artífices, como os cirurgiões, os cirurgiões barbeiros e boticários) e os religiosos (físicos, filósofos e intelectuais, cujo trabalho tinha caráter profissional e religioso concomitantemente), porém eram os físicos que detinham os conhecimentos mais valorizados, atendendo as camadas mais privilegiadas da sociedade, sem executar os trabalhos manuais. Tratava-se de uma sociedade dominada pelo cristianismo, sendo que a medicina clínica tinha um caráter de trabalho intelectual, articulado e formado segundo o pensamento dominante, e considerado superior ao trabalho desenvolvido pelos cirurgiões, cirurgiões barbeiros, boticários, dentistas e outros.¹⁰⁸ Foram, portanto, os físicos que se formaram nas universidades medievais e delegaram as atividades e as regras para o trabalho em saúde.

¹⁰⁵ SILVA, Graciete Borges. **Enfermagem Profissional** : Análise crítica. São Paulo : Cortez. 1989. p. 40

¹⁰⁶ ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan S. Yazlle. **O Saber de Enfermagem** : sua dimensão prática. São Paulo : Cortez, 1986, p. 11.

¹⁰⁷ REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo : Cortez, 1989, p. 59.

¹⁰⁸ PIRES, Denise (1998). **Op. Cit.** p. 83-84.

PAIXÃO¹⁰⁹ demonstra que no início do capitalismo, ainda permaneciam pequenos grupos religiosos realizando a assistência de enfermagem, em conjunto com as agentes, consideradas mulheres sem educação, sem moral e marginalizadas, muito provavelmente, por não conseguirem emprego nas fábricas. Também são compartilhadas referências de que essas atividades passaram a ser de responsabilidade de um profissional específico somente com a instauração do sistema capitalista de produção, fator determinante para a institucionalização da enfermagem moderna, que teve seu início na Inglaterra, contemporaneamente à ascensão capitalista e com a Revolução Industrial. Teve como precursora *Florence Nightingale*¹¹⁰ - fundadora da 1ª escola de enfermagem e responsável pela legitimação de um sistema de ensino e de assistência/cuidado aos doentes que se estendeu por toda a Inglaterra e em seguida pelos Estados Unidos, de onde se propagou para todo o mundo. A referida escola apresentou desde o início de seu funcionamento uma visível dicotomia entre uma formação voltada às mulheres das classes populares para o cuidado direto - *nurses* - e outra para aquelas das classes mais elevadas - *ladies nurses* - voltadas para a supervisão e o ensino, iniciando a divisão técnica do trabalho em enfermagem, a partir da divisão de tarefas.

As investigações de RESENDE são referenciais comumente utilizados para demonstrar as conseqüências da forma como foi organizado esse trabalho, e como

A utilização do *status* era fundamental para a difusão da enfermagem, como profissão de damas bem - nascidas. Para o trabalho manual ficavam as *nurses*, provindas de classes sociais mais baixas. A dicotomia entre o trabalho manual e intelectual é assim evidenciada na enfermagem. O trabalho manual, considerado 'inferior', pode ser executado por pessoas 'socialmente inferiores', excluídas do

¹⁰⁹ PAIXÃO, Waleska. **História da Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1979, p. 66.

¹¹⁰ *Florence Nightingale* nasceu em 20 de maio de 1820 em Florença, Itália e faleceu em 13 de agosto de 1910. Preocupada com as péssimas condições de assistência dos hospitais ingleses, visitou instituições de saúde de outros países da Europa. Fez estágio na Escola das Diaconistas de *Kaisers-Werth* (Alemanha), dirigida pelo pastor *Fliedner*. Gostou do trabalho das diaconistas, mas considerou cientificamente insuficiente o programa teórico. Passou algumas semanas com as irmãs Vicentinas do 'Hotel Dieu' de Paris de onde levou boas impressões da assistência prestada aos doentes. Deflagrada a Guerra da Criméia (1854) e impressionada com as notícias sobre a falta de assistência aos soldados ingleses, partiu para *Seutari* com 38 voluntárias, obtendo destaque na administração dos hospitais de guerra e na humanização da assistência aos soldados. De volta à Inglaterra recebeu do governo, além de outras homenagens, a quantia de 40 mil libras que empregou na criação de uma escola de enfermagem no Hospital *St. Thomaz* (1860). BROW, Pam. **FLORENCE NIGHTINGALE**. Personagens que mudaram o mundo: Os grandes humanistas. São Paulo : Editora Globo, 1988.

pensar. Já o trabalho intelectual, considerado 'superior', requeria pessoas vindas de camadas superiores' da sociedade. A divisão social precedeu a divisão técnica. (...) contrapor trabalho manual e intelectual como uma divisão de ordem técnica é tentativa freqüentemente empregada para escamotear as reais origens dessa divisão. Ela nasce em função da divisão social, condicionada pelas relações de poder.¹¹¹

Apesar da hierarquia do serviço de enfermagem nos hospitais já existir mesmo antes de *Nightingale*, existe a compreensão de que a mesma legitimou não só a hierarquia, como também a disciplina no trabalho de enfermagem, que na visão de ALMEIDA &, ROCHA foram “trazidas da sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social”.¹¹²

Estes e outros exemplos, imbuídos do mesmo caráter teórico não retratam com precisão as contradições oriundas do movimento revolucionário de incorporação do pensar e do fazer deflagrados por *Florence*, diante de sua efetiva participação na Guerra da Criméia, com a realização de tarefas manuais até então proibidas para pessoas do seu nível social desde os mais remotos tempos, inclusive na Antiga Grécia, em que a divisão entre trabalho manual e intelectual já se fazia presente. Portanto não se trata de um aspecto único e exclusivo do capitalismo. Ao que parece, *Florence* fez exatamente o contrário: reuniu em uma mesma instituição, as atividades relacionadas ao pensar e fazer, que resultou em uma nova modalidade de trabalho, inexistente até então: o trabalho de enfermagem.

O que é relevante no campo da organização do trabalho de enfermagem durante a revolução industrial não está na forma como aparentemente se apresenta, mas em seu conteúdo, considerando que há uma enorme diferença entre divisão técnica de trabalho e divisão de classes. Deste modo, não é possível considerar adequada à comparação anterior que coloca no mesmo plano, na mesma dimensão, o trabalho de enfermagem institucionalizado por *Florence* e às relações de dominação que se tornaram mais profundas com o advento do capitalismo. A divisão técnica do trabalho de enfermagem, que inclui o parcelamento das atividades em tarefas, procedimentos e responsabilidades, instituídos por *Florence* no início do século, não

¹¹¹ RESENDE. **Op. Cit.** p. 55.

¹¹² ALMEIDA & ROCHA. **Op.cit.** p. 43.

apresentou as características próprias da divisão pormenorizada do trabalho que se desenvolveu no modo de produção capitalista, quando os produtos assumiram a forma de mercadorias, gerando uma nova forma de divisão do trabalho, jamais verificada em outros períodos da história da humanidade.

Considerando que as formas de organização do trabalho modificaram-se consideravelmente com o advento do capitalismo, pode-se inferir que a enfermagem moderna em seu surgimento se apresentou com uma nítida divisão técnica de trabalho, porém ainda como um trabalho não pago, pois as atividades manuais que até aquele momento eram realizadas por voluntárias e religiosas, começaram a ser realizadas pelas alunas das escolas de enfermagem, que recebiam instruções da enfermeira-chefe nas enfermarias onde se alojavam os doentes. Também se revelaram comprometidas com a elaboração de práticas decorrentes de técnicas disciplinares e auxílio ao trabalho médico, aspectos que são observados em NIGHTINGALE ¹¹³ ao se dirigir à capacitação de enfermagem, enquanto treinamento para execução e fidelidade às ordens médicas e de autoridades, o que pode ser observado no trecho abaixo descrito de NUTTING, M. A. & DOCK, L. L. citado por ALMEIDA & ROCHA, de uma carta enviada por *Nightingale* a um médico, membro do Comitê de organização de uma das três primeiras escolas de treinamentos para enfermeiras nos Estados Unidos:

(...) Ao contrário, há enfermeiras, e exclusivamente, para executar as ordens médicas e dos cirurgiões, incluindo, naturalmente, todas as práticas de limpeza, de ar fresco, dieta e outras. Toda organização de disciplina que as enfermeiras devem ser submetidas é com a exclusiva finalidade de capacitá-las a executar inteligentemente e fielmente, tais ordens e tais tarefas como é constituída toda prática de enfermagem.
¹¹⁴

Ao analisar estes aspectos, MELO identifica a enfermagem como uma profissão que surgiu a partir da divisão do trabalho médico, tendo como atribuição tarefas manuais "revestidas de um aparato técnico". ¹¹⁵

Também não se pode excluir a pertinência das críticas sobre a questão de gênero e religiosidade, diante das incursões realizadas por NIGHTINGALE ¹¹⁶

¹¹³ NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem**. São Paulo : Cortez 1989.

¹¹⁴ ALMEIDA & ROCHA. **Op. cit.**, p.46.

¹¹⁵ MELO, C. M. N. **Divisão Social do Trabalho de Enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1986, p. 49.

durante toda a extensão desta obra, ao se reportar à enfermeira sempre como uma pessoa de sexo feminino, que, para o exercício das atividades de enfermagem deveria possuir sentimentos delicados e recatados. Esses e outros adjetivos eram utilizados como sinônimos de qualidade para o exercício da *vocação*, que era uma *Dádiva de Deus*. A predominância fortemente feminina na profissão pode ser apontada como um dos fatores envolvidos na descaracterização da enfermagem enquanto profissão, devido ao fato de que na maioria das sociedades patriarcais, o espaço reservado à mulher ainda é aquele em que não se desenvolve trabalhos que exijam capacidade intelectual. Para TAFFE “trata-se de um trabalho invisível que só aparece quando há fracasso”.¹¹⁷ Estas críticas são salutares para a compreensão da enfermagem atual que ainda preserva valores cívicos e caritativos que em nada contribuem para a melhoria das condições desse trabalho.

A forma capitalista industrial que se consolidou a partir do modelo econômico liberal, criou uma organização do trabalho industrial, que após ser aplicado nas fábricas, alastrou-se rapidamente para os demais setores da sociedade, incluindo os serviços de saúde, modificando radicalmente as formas de organização destes trabalhos. Tratou-se de um momento historicamente definido por transformações também acerca dos modos de viver, adoecer e morrer, com práticas em saúde que aos poucos se diferenciaram das do antigo sistema. Nesse modo de produção a medicina perdeu o caráter religioso, passando a articular-se com a esfera produtiva.

O capitalismo instituído necessitava de corpos saudáveis, como força de trabalho nas grandes indústrias que assumiram a “sua importância econômica pela sua finalidade de manutenção e de reprodução da força de trabalho e pela sua condição de um objeto de consumo sob a forma de atenção (empresas prestadoras de serviços de saúde e de seguro saúde), medicamentos e tecnologia (saber, equipamentos, procedimentos, entre outros)”.¹¹⁸ A partir desse momento, a doença

¹¹⁶ NIGHTINGALE, *Op. cit.*

¹¹⁷ TAFFE, Rejane Eloísa. Prazer e sofrimento em trabalho de mulheres: estudo de caso sobre a organização do trabalho da enfermeira em um hospital público. Porto Alegre: UFRGS, 1997. Dissertação de Mestrado em Recursos Humanos – Universidade Federal de Rio Grande do Sul. 1997, p.142.

¹¹⁸ MÜNTSCH, Sandra Mara Alessi. **Os programas de Saúde do Trabalhador : Pedagogia da Saúde ou Pedagogia do Capital?** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2000, p. 56.

começou a ser tratada como um obstáculo ao desenvolvimento da força produtiva da população, tornando-se necessário não só a redução da mortalidade, como também a elaboração de medidas de manutenção e controle da saúde, que passaram a ser realizadas pelo Estado. Na verdade, o interesse não residia na manutenção da saúde como uma necessidade básica, tão pouco como um direito do cidadão, mas como uma maneira de manter a produtividade. Foi nesse momento que as práticas de saúde começaram a absorver a ideologia dominante e a colaborar para a manutenção da hegemonia de uma determinada classe sobre a outra.

Com a revolução industrial, a prática médica se fortaleceu pela aquisição tecnológica e científica, com a utilização de materiais hospitalares mais sofisticados, surgimento de vários medicamentos, vacinas e outros insumos, que passaram a ser utilizados e controlados pelo médico. Desse modo, a saúde passou a funcionar também como meio de fortalecer o poder econômico - uma vez que também começou a consumir bens - e o médico passou a fazer parte dos grupos políticos e da elite econômica. Coube então a medicina a tarefa de reorganização dos hospitais, criando condições para que a classe médica se tornasse hegemônica em detrimento das demais categorias profissionais que atuavam nos hospitais.

O crescimento das comunidades urbanas e o agravamento das condições sanitárias contribuíram para piorar as condições de vida e trabalho, principalmente na Inglaterra, França, Alemanha e Estados Unidos - países onde o processo de industrialização se encontrava mais avançado - possibilitando a criação da saúde pública, com vistas ao combate às doenças na população. Também foi responsável pela mobilização dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho e todo um processo que resultou em legislações específicas de regulamentação do trabalho assalariado. A epidemiologia passou a ser um instrumento importante para sanear, higienizar e controlar o ambiente e os corpos coletivos, e os profissionais de saúde passaram a ser instrumento também da saúde pública e não apenas do trabalho médico. A hegemonia médica não só se manteve, como se consolidou, entretanto, foi se estabelecendo um espaço profissional para os enfermeiros visitantes e de saúde pública, sendo que em alguns países também foram abertos campos de trabalho para este profissional em escolas e centros de recreação.

O espaço hospitalar se transformou definitivamente em um instrumento de recuperação e cura, porém, para possibilitar ao homem produzir bens e serviços e gerar mais-valia ao capitalista ¹¹⁹, passando a agregar vários trabalhadores para a realização de atividades com o propósito de auxiliar o médico, que era o possuidor da especialização necessária para a realização das ações direcionadas ao diagnóstico e a terapêutica.

Os hospitais começaram a utilizar da força de trabalho de enfermagem, que passou a ser formada por pessoal de nível elementar, basicamente sem preparo nenhum, o que na opinião de ALMEIDA e ROCHA foi um forte argumento para a elaboração das técnicas de enfermagem - descrição de todos os passos para realização das várias tarefas - que se impunham ao pessoal de enfermagem, diante de novos instrumentais e métodos mais avançados de diagnóstico médico. ¹²⁰ Embora, o poder disciplinar fosse confiado ao médico, foi neste momento que o mesmo começou a delegar o exercício das funções controladoras do pessoal de enfermagem ao enfermeiro que “imbuído da falsa convicção de participar da esfera dominante, foi subutilizado em benefício da manutenção da ordem e da disciplina, indispensáveis à preservação do monopólio do poder institucional”. ¹²¹ A partir desse momento os enfermeiros que ficaram nos hospitais, assumiram a tarefa de supervisionar, treinar e administrar os demais trabalhadores da enfermagem, mas

¹¹⁹ De acordo com MARX, a mais-valia como produto específico do processo capitalista de produção, só é gerado por intercâmbio com o trabalho produtivo, não existindo uma relação determinista de equivalência com o conteúdo determinado do trabalho, sua utilidade ou o valor de uso. Portanto, “trabalho de idêntico conteúdo pode ser produtivo ou improdutivo”. Os exemplos citados no Capítulo Inédito de O capital permitem compreender que o trabalho no setor de serviços, em que os trabalhadores vendem seus serviços ao empresário em troca de salário, é considerado produtivo, muito embora, do ponto de vista da forma, eles apenas se submetam formalmente ao capital, pertencendo às formas de transição. MARX, Karl. **Capítulo VI Inédito de O CAPITAL: Resultados do Processo de Produção Imediata.** São Paulo : Moraes, 1985, p. 115. De acordo com BELUCHE as formas transitórias de trabalho são tipos particulares de trabalho que parecem estar a meio caminho entre os modos de produção precedentes e o regime capitalista, devido à particularidade de estarem vinculados ao conhecimento ou habilidade de quem o realiza, não havendo a alienação total do trabalho por quem o realizou. Assim sendo, não está manifesta a inclusão real pelo capital. BELUCHE, OLMEDO. **OS TRABALHADORES DO ESTADO E A TEORIA MARXISTA DAS CLASSES SOCIAIS.** In: *Marxismo Vivo. Op. Cit.* p. 118.

¹²⁰ **Id.**

¹²¹ GEOVANINI, Telma. **Uma abordagem Dialética da Enfermagem.** In: GEOVANINI, Telma *et. al.* História da Enfermagem : Versões e Interpretações. Rio de Janeiro : Livraria e editora Revinter Ltda, 2002, p.24-25.

apesar do processo de trabalho ter se tornado coletivo, predominava a hegemonia médica e o modelo clínico, caracterizado por uma assistência individual e curativa.

A assistência/cuidado de enfermagem abandonou a finalidade religiosa, passando a desenvolvê-la com vistas à organização do ambiente do paciente, com ênfase aos aspectos relacionados à limpeza, luz, calor, dieta, entre outros. O controle das atividades realizadas pelos trabalhadores de enfermagem, passou a ser atividade particular do enfermeiro, originando a enfermagem vocacional, descrita por ALMEIDA & ROCHA, como um modelo de enfermagem “que teve uma função ideológica de valorizar o trabalho de enfermagem degradante dos hospitais, traduzindo-o como sublime arte, a fim de disciplinar os seus agentes e regular o modo de vida, segundo o capitalismo”.¹²²

No século XX, as técnicas de enfermagem desenvolveram-se plenamente, iniciando um período denominado de enfermagem funcional, denotando uma forte influência da gerência científica, que privilegiava a divisão de tarefas, além dos aspectos relativos à hierarquia, autoridade e controle, preconizados por TAYLOR.¹²³ Os serviços de enfermagem abarcaram os aspectos referentes a esta teoria no que diz respeito à confecção de manuais de normas, rotinas e técnicas de enfermagem, porém inexistem referências que indiquem a inclusão por parte do referido serviço, naquele momento, dos aspectos “mais positivos” do *taylorismo*, como a elaboração de rigorosos critérios para seleção, treinamento e aperfeiçoamento científico do trabalhador, valorização do incentivo salarial e o prêmio compatível à produção e adequação do ambiente físico ao trabalho.

Os aspectos concebidos na gerência científica e explicitamente adotados pelos serviços de enfermagem, como a divisão de tarefas por escala, o monopólio do saber e formação de caráter disciplinar, aliados à teoria clássica da administração, favoreceram o “ajustamento da enfermagem a um contexto hospitalar burocrático”¹²⁴. Os fatores que concorreram para este ajustamento foram: a existência de uma estrutura formal, com hierarquia definida; pelas normas escritas que estabeleceram

¹²² *Ibid.* p, 47.

¹²³ TAYLOR, Frederickw. **Princípios de administração científica**. São Paulo : Cortez, 1990.

¹²⁴ TREVISAN, Maria Auxiliadora de. **Enfermagem Hospitalar: Administração & burocracia**. São Paulo : Escopo, 1997. p. 46.

os padrões de comportamento de seus integrantes, tornando a conduta de cada indivíduo e das relações com os demais serviços muito previsíveis, e ainda, a centralização do controle na administração superior do Serviço de Enfermagem, limitando a tomada de decisão dos demais enfermeiros subordinados. Para KURCGANT, as instituições de saúde reproduzem este modelo, por possuírem uma estruturação rígida e hierarquizada que estabelece a subordinação integral de um indivíduo a outro. “A enfermagem, como um desses serviços, reproduz na sua estruturação o modelo maior. (...) As pessoas e as relações interpessoais não são devidamente consideradas, e as propostas de trabalho resultam em atividades rotineiras com avaliações exclusivamente quantitativas”.¹²⁵ Para HALL, citado por TREVISAN, as dimensões que podem determinar o grau de burocratização de uma organização são “a divisão do trabalho baseado na especialização funcional; uma definida hierarquia de autoridade; um sistema de normas englobando os direitos e deveres dos ocupantes de cargos; um sistema de procedimentos que ordenam à atuação no cargo; impessoalidade nas relações interpessoais e promoção e seleção segundo competência técnica”.¹²⁶ Este modelo que abrange o conhecimento técnico e o conhecimento decorrente da prática adquirida com o tempo de serviço não se desenvolveu só em hospitais, mas em todos os setores da sociedade.

Ao final de 1960 nos Estados Unidos começaram a ser publicadas uma série de teorias, numa tentativa do enfermeiro de tornar a enfermagem uma ciência, o que ainda não se consolidou pela inexistência de clareza quanto ao papel do enfermeiro. Para WALDOW “estas teorias de enfermagem não possibilitaram até o presente momento, a superação da indefinição do que seja enfermagem e não apresentaram um objeto de trabalho claramente definido”.¹²⁷

O estágio imperialista gerou novas conformações de trabalho mais flexíveis e novas categorias de trabalhadores mais especializados, aumentando quantitativamente a relação de trabalhadores no setor de serviços, bem como

¹²⁵ KURCGANT, Paulina *et al.* **Administração em enfermagem**. São Paulo : EPU, 1991, p. 6.

¹²⁶ TREVISAN. **Op. Cit.** p.30.

¹²⁷ WALDOW, Vera Regina *et al.* **Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar** : a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre ; Artes Médicas, 1998, p. 76.

aqueles com ocupações diferenciadas dentro das grandes empresas, dando origem ao conceito de capital humano.¹²⁸

Como adverte SWINGEWOOD, *Marx* já argumentava sobre a tendência do capitalismo em aumentar a classe média em tamanho e influência, na medida em que se desenvolvessem suas forças produtivas, e, inclusive sugeriu que com o crescimento das sociedades anônimas e a difusão gradual da divisão do trabalho para os setores da indústria e comércio, haveria um aumento do número de gerentes e supervisores:

Marx escreveu que o capitalista se torna cada vez mais supérfluo no processo produtivo, à medida que as empresas capitalistas passam a ser dominadas pelos bancos e se tornam meros 'capitalistas monetários'. Um regente de orquestra não precisa possuir os instrumentos de sua orquestra, nem está dentro do campo de seus deveres como regente ter algo a ver com os 'salários' dos outros músicos'. É o capital e sua dominação sobre o trabalho que, para Marx, forma o eixo do poder de classe dentro da sociedade capitalista. O desenvolvimento das sociedades anônimas durante a última metade do século XX não pronunciou a extinção do capitalismo e o aparecimento de uma nova 'elite', e sim elas desenvolveram 'a antítese entre o caráter da riqueza como social e como privado' numa nova forma de dominação, uma forma que deve eludir o conceito de elite e as teorias sociais que lhe deram origem.¹²⁹

Na sociedade atual, o setor de serviços, seja público ou privado, abarcou a mesma lógica dos setores altamente produtivos, articulando-se de maneira semelhante às grandes empresas e orientando-se pela mesma forma de organização flexível (*toyotista*), seja na criação de funções de gerência e supervisão que se distinguem dos demais trabalhadores ou pelas concessões salariais, vantagens pessoais por qualificação e dedicação ao serviço, incluindo-se também os serviços direcionados à educação e saúde.

Os enfermeiros que atuam no setor de serviços se lançam ou são cooptados para as funções de gestão - no sentido da organização administrativa -, onde coabitam as formas autoritárias e hierarquizadas do antigo modelo *taylorista/fordista* e o 'novo modelo' organizacional flexível, o que gera uma maior indefinição dos seus papéis dentro das instituições de saúde. Por outro lado, se observa um aumento

¹²⁸ Teoria que tem como um de seus fundamentos a lógica do mercado. Para KUENZER esta teoria reduz a função da educação à formação de recursos humanos para o processo de produção, sendo que a educação para o trabalho serve apenas aos interesses do capital no processo de exploração da força de trabalho. KUENZER. **Op. Cit.**

¹²⁹ SWINGEWOOD. **Op. Cit.** p. 193.

considerável das instituições de ensino em todos os níveis, e um número expressivo de cursos de enfermagem, tanto no nível secundário como no nível superior e pós-graduação, gerando um enorme aumento da demanda por empregos na área da saúde e educação em enfermagem, contribuindo para a acelerada competição, conforme preceituam os manuais das organizações das empresas, moldadas pela social-democracia e instituída nos países periféricos pela imposição dos organismos internacionais.

Do ponto de vista social, se observa o aumento do número de indivíduos que não pertencem à classe dominante, pois não possuem os meios de produção, mas também não possuem a consciência da classe proletária, pois suas aspirações e métodos de trabalho, bem como suas relações com o dinheiro, se encontram em maior afinidade com a classe dominante. Trata-se de um trabalhador fragmentado, tendo em vista que sua relação com o dinheiro o faz acreditar que o dinheiro é o critério básico de classe.

Ocorre que o dinheiro oculta a real natureza da relação de exploração entre o trabalho e o capital, chegando inclusive a criar ilusões de igualdade entre os indivíduos desiguais em termos de propriedade, oportunidades educacionais e status social. Modelos de estratificação construídos em torno do dinheiro, típicos da atual sociedade informacional fornecem uma imagem da sociedade que não se baseia no poder de classe, mas nas diferenças individuais, além de produzir uma visão mais otimista do futuro em termos de crescimento econômico.

A defesa de que a propriedade privada não é mais o eixo principal na atual sociedade e que a classe capitalista virtualmente desapareceu, leva a compreensão equivocada da extinção da classe proletária. Uma vez extinta a classe dominante, a classe do proletariado é, do mesmo modo, virtualmente extinta, já que, dialeticamente, uma não existe sem a outra. A classe média aburguesada, que nunca possuiu uma base capitalista autônoma, pois sempre dependeu da redistribuição social da mais-valia oriunda dos setores industriais, paradoxalmente decai, mas não no sentido de se igualar ao proletariado industrial clássico. Como afirma KURZ:

No interior do sistema produtor de mercadorias, só há a diferença quantitativa da riqueza abstrata, que, se existencialmente toca na questão da sobrevivência, não obstante permanece estéril em termos emancipadores. Um Bill Gates é tão pequeno-

burguês quanto um empresário da miséria, ambos têm a mesma atitude para com o mundo e utilizam as mesmas frases. Com essas frases sobre o mercado universal e a ‘autovalorização’ na ponta da língua, eles atravessam solenemente, juntos, o portão para a barbárie.¹³⁰

Neste sentido, torna-se fundamental que o enfermeiro tenha a compreensão que a privatização e a terceirização desvalorizam o ‘capital humano’ das qualificações, inclusive entre os que estão empregados, havendo a diminuição do seu status; que os “diaristas intelectuais, trabalhadores baratos e empresários da miséria na figura de *free-lance* em mídias, universidades privadas, escritórios de advocacia ou clínicas privadas não são mais exceções, mas a regra”.¹³¹ É imprescindível que o mesmo defina seu papel dentro das instituições de saúde e reafirme sua importância junto à assistência/cuidado ao paciente, e que tenha claro que sua emancipação social, depende na atualidade, da superação da forma social comum a todos.

2.2 A EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Os serviços de saúde no Brasil, historicamente acompanharam a trajetória das atividades econômicas de maior vulto. O modelo agrário-exportador vigente no início do século XX começou a apresentar fragilidades devido a vários fatores de caráter social e econômico, que foram se estruturando de maneira a fornecer as condições necessárias para a alteração da organização da economia nacional do tipo urbano-industrial, semelhante às economias capitalistas.¹³²

¹³⁰ KURZ, Robert. O Declínio da Classe Média. **Folha de São Paulo**. Caderno MAIS, 19 de setembro de 2004, p.11.

¹³¹ **Id.**

¹³² “(...) A industrialização brasileira, na particularidade da *via colonial*, além de hipertardia, retardatária e subordinada ao capitalismo na sua fase monopolista, tem outras especificidades que a distinguem dos casos clássicos de transição (...). Enquanto nas formações centrais o processo de constituição do capitalismo passa pelas formas clássicas de produção – como o artesanato, a manufatura e a grande indústria -, no Brasil o processo de industrialização nasce dentro de um contexto onde predomina a grande indústria, entendida aqui como ‘o organismo de produção inteiramente objetivo que o trabalhador encontra pronto e acabado como condição material de produção’, e onde a mecanização e a coletivização do trabalho substituem o trabalho manual, individualizado ou parcelar das formas anteriores. (...) a acumulação mercantil fundada na

O processo de esgotamento desse modelo, para SCHOELLER, pode ser atribuído a várias questões, entre elas:

(...) (1) às novas necessidades sociais oriundas do rearranjo nas relações internacionais pós-guerra, como a substituição da Grã-Bretanha pelos Estados Unidos na América Latina, ou a queda na exportação do café brasileiro e suas conseqüências, dada a vulnerabilidade histórica da economia nacional em face do mercado externo e ao protecionismo governamental à oligarquia cafeeira; (2) a incipiente industrialização dos locais de escoamento do café, que propiciou a participação no jogo político de novas forças sociais (proletário, camadas médias urbanas, burguesia industrial; (3) o descontentamento de grupos representantes de frações da classe dominante alijadas dos privilégios governamentais, como, por exemplo, frações das oligarquias gaúchas.¹³³

Segundo RIZZOTTO, “apesar de o Estado Oligárquico ter protelado o desenvolvimento industrial no Brasil, esse processo se iniciou no começo do século XX e, em condições históricas favoráveis, tornou-se irreversível”.¹³⁴

O aspecto de maior relevância que ocorreu durante o processo da estruturação da economia nos moldes capitalistas no Brasil, foi a substituição da mão-de-obra da população de escravos pela de trabalhadores assalariados, realizado por imigrantes majoritariamente italianos, que inicialmente vieram para o Brasil por iniciativa dos cafeicultores necessitados de mão-de-obra.

A abolição foi necessária não só para fazer a população livre multiplicar-se, como para produzir os meios de sua própria subsistência, o que interessava ao empresariado e ao estado.¹³⁵ Também precipitou uma condição crítica, que se

economia agro-exportadora cafeeira transita-se lentamente para um processo de acumulação centrado na grande indústria, com relativo grau de mecanização, onde a máquina foi introduzida antes mesmo que o trabalho artesanal individual, aqui, praticamente inexistente, e o trabalho manufatureiro, efetivando a subordinação real do trabalho ao capital. É relevante lembrar que, até a década de 20, inexistia um departamento produtor de meios de produção, o que limitou efetivamente a reprodução simples e ampliada do capital e garantiu a hegemonia do capital mercantil oriundo da economia agro-exportadora cafeeira. Apesar disso, o setor de bens de consumo assalariado viveu, já nos anos 20, um processo de intensa modernização”. ANTUNES, Ricardo. **Classe operária, sindicatos e partido no Brasil: da revolução de 30 até a aliança nacional libertadora**. São Paulo : Cortez e Editora Ensaio; Autores Associados, 1990, p. 49-50.

¹³³ SCHOELLER, Dornelles Soraia. Processo de Trabalho e Organização Trabalhista. *In*. GIOVANINI, Telma *et al.* **História da Enfermagem: Versões e Interpretações**. Rio de Janeiro : Livraria e Editora Revinter, 2002, p. 179.

¹³⁴ RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia : AB, 1999, p.14.

¹³⁵ “Esses interesses eram tanto os do empresário individual quanto os do Estado. O empresário era obrigado a despender grandes somas na compra e na manutenção de escravos, de quem recebia serviços precários. O resultado era o elevado preço dos produtos nacionais,

manifestava em dois aspectos principais. Um aspecto é o econômico: é que o dinheiro, que antes era aplicado nos modos de administração da força de trabalho escrava (segurança, cuidados com saúde, sobrevivência ou satisfação das necessidades fisiológicas), passou a sobrar, ocasionando um aumento de consumo sobre produtos importados, levantando uma dramática taxa de juros, uma inversão negativa da tendência da balança de pagamentos, e, por conseguinte, da inflação.

O outro aspecto refletiu concretamente nos problemas de saúde, é que a abolição gerou a migração desordenada de grandes levas de escravos, então libertos, das fazendas para a região urbana, principalmente para as regiões portuárias, mais especificamente no Rio de Janeiro ¹³⁶, levando-os a se concentrarem em antigos casarões no centro da cidade, em condições de extrema pobreza e promiscuidade, a contar também com a falta de infra-estrutura adequada. As condições subumanas de aglomeração como cortiços, sem solução de saneamento básico, propiciaram a emergência de doenças consideradas transmissíveis.

No sentido de resguardar a produção e a exportação, as autoridades decidiram executar simultaneamente a modernização do porto e a reforma urbana, e ainda, o saneamento da cidade, dado a presença de focos de difteria, malária, tuberculose, lepra e principalmente a febre amarela e a varíola, doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades capitalistas. Iniciou-se o processo de demolição das residências da área central, dando início à formação das favelas na periferia. As autoridades públicas do regime republicano mantiveram a tradição herdada do regime escravista, utilizando-se da repressão “que não se limitava à detenção, chegando inclusive ao espancamento sistemático, ao exílio na selva, ao fuzilamento sumário, à degola

prejudicial tanto para o mercado interno, quanto para o externo. Assim, na obtenção de lucros e vantagens ante outras nações, o ‘tráfico da espécie humana’ já havia se mostrado ser um estorvo, o que estaria demonstrado pelo fato de que cada vez mais países estariam alcançando o progresso sem o recurso à escravidão.” CUNHA, Luiz Antônio. **O ensino de Ofícios Artesanais e Manufatureiros no Brasil Escravocrata**. São Paulo : Editora UNESP, 2000, p.152.

¹³⁶ Este era o “principal porto de exportação e importação do país e o 3º em importância no continente americano, depois de Nova York e Buenos Aires”. NOVAIS, Fernando A. **História da vida privada no Brasil**. Companhia das Letras, Vol. 3, p.22.

em massa”.¹³⁷ Este método violento, dirigido contra estas populações sitiadas no âmbito portuário originou o movimento sanitário brasileiro no início do século XX, denominado “campanhismo sanitário”.¹³⁸

As políticas de saúde nesse período caracterizaram-se por ações realizadas pela polícia sanitária, com vistas à extirpação das doenças contagiosas e parasitárias¹³⁹, causadas pelo ambiente físico, considerando-se a concepção unicausal das doenças. Articularam-se diretamente aos interesses das classes dominantes, e, ao acompanharem as atividades econômicas, se apresentaram de forma normativa, inseparável do papel adaptativo do estado, buscando sempre uma adequação entre o aparelho produtivo e moralidade e padrões de higiene das massas populares. Conforme LUZ o modelo hegemônico da saúde - o campanhismo sanitário - inspirava-se no modelo americano, importado de Cuba, e, semelhante às organizações militares, apresentava uma forte concentração das decisões, além de adotar estilos repressivos de intervenção sobre os corpos individual e social. Esse modelo que apresentava uma estrutura administrativa de saúde autoritária predominou durante a 1ª república, caracterizando recentemente, “(...) em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil”.¹⁴⁰

¹³⁷ **Ibid.** p. 30.

¹³⁸ Tratava-se de ações destinadas à promoção da higiene urbana, que tinham por características medidas jurídicas impositivas, no que respeita a notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária. “No seu conjunto, não ultrapassam os limites de soluções imediatistas a agudos problemas que, de uma forma ou de outra, poderiam vir a comprometer o processo de acumulação cafeeira. Ou então, constituem tão somente tentativas de respostas aos quadros calamitosos, epidêmicos, que ameaçavam a população em geral e que por vezes davam motivos a pressões políticas”. BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Góes de. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo : CEBES-HUCITEC, 1981, p. 43.

¹³⁹ De acordo com STEPAN, citado por BRAGA & PAULA, já no início do século, em 1902 foi lançado por Rodrigues Alves - ao assumir a presidência -, um amplo programa de obras públicas que contemplou o saneamento do Rio de Janeiro. Em 1903 Oswaldo Cruz deu início ao combate à febre amarela urbana, o que já se pretendia realizar no estado de São Paulo por Emílio Marcondes Ribas. A partir da promulgação da lei de obrigatoriedade da vacinação contra varíola em 1904, várias outras medidas gerais de promoção da higiene urbana foram empreendidas por Oswaldo Cruz, atribuições conferidas à diretoria Geral de saúde Pública. STEPAN, Nancy. **Gênese e evolução da ciência no Brasil**. Rio de Janeiro : Arte Nova, 1976. **Id.**

¹⁴⁰ LUZ, Madel. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80. **In: PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro : Relume-Dumara, v.1, 1991, p. 79.

A utilização destas medidas repressivas no combate às doenças, aliada as péssimas condições de habitação e trabalho, baixos salários, aumento da hora de trabalho e intensificação do labor, como consequência imediata da urbanização acelerada no Brasil ¹⁴¹, levou a um descontentamento da população. Toda esta insatisfação possibilitou grandes movimentos sociais, principalmente mobilizações do operariado industrial (as greves de 1917 e 1919), que contribuíram de forma significativa para a composição de organizações próprias ¹⁴² e estruturação da classe operária brasileira nas décadas posteriores. ¹⁴³ O fortalecimento dos movimentos públicos reivindicando melhores condições de trabalho, salário, redução de carga horária e organizações sindicais, levaram o estado brasileiro a adotar medidas de intervenção nas áreas sociais. RIZZOTTO demonstra com muita precisão os aspectos dessa intervenção:

É nesse contexto que o Estado brasileiro, tal como os Estados burgueses em geral, entra como mediador oferecendo determinados serviços de saúde, de educação e outros, com o objetivo de atenuar e/ou desviar a atenção dos conflitos gerados pelo próprio modo de produção. Negava-se a cidadania pelo assistencialismo. Dessa forma, tais serviços, ao mesmo tempo em que atendiam determinadas necessidades dos trabalhadores, atuavam como instrumentos de controle social e ideológico. ¹⁴⁴

¹⁴¹ O deslocamento de imigrantes – mais especificamente italianos - das fazendas para a região urbana e a vinda de outros imigrantes europeus atraídos pelo surto industrial - ainda que incipiente nesse início de século - e pelas atividades relacionadas ao comércio, contribuíram significativamente para a crescente urbanização no Brasil. **Enciclopédia® Microsoft® Encarta. Op. Cit.**

¹⁴² Em 1903 surge no Rio de Janeiro a Federação Operária Regional Brasileira que, em dois anos, se multiplicaria em vários estados do Brasil. A partir de 1906, no primeiro Congresso Operário Brasileiro, a tendência anarquista com a proposta de não representação por vias eleitorais, com reivindicação apenas econômica, vence e domina o movimento até a década de 1930. Movimento Operário no Brasil. **Id.**

¹⁴³ A luta operária nesse período centrava-se em reivindicações relacionadas à conquista de direitos fundamentais do trabalho, como melhoria salarial, redução de jornada de trabalho, férias, entre outros, constituindo-se “(...) 'como um fim em si mesmo, e não um ponto de partida para reivindicações crescentes de nível mais superior'. A predominância de uma pauta predominantemente economicista explicava-se pela hegemonia anarquista e anarco-sindicalista no seio da classe operária. Esta orientação ideológica negligenciava o momento explicitamente político da luta pelo poder estatal, e ao fazer isso drenava todo seu potencial numa luta imediata e não direcionada para a efetiva superação do capitalismo. (...) O movimento operário anarquista no Brasil (...) não permitia a formação de um bloco hegemônico de classes subalternas, pois não buscava, concretamente, a necessária política de aliança com os demais setores dominados, especialmente o campesinato.” ANTUNES (1990). **Op. Cit.** p. 63-64.

¹⁴⁴ RIZZOTTO (1999). **Op. Cit.** p. 20.

Em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) - atualmente denominado Fundação Oswaldo Cruz - com objetivo de criar políticas de saúde que viabilizassem o controle das doenças que ameaçavam o desenvolvimento do comércio internacional.

O projeto inicial idealizado pelo diretor em exercício, Carlos Chagas, visava à implementação de um sistema de Saúde Pública, que privilegiasse os serviços ambulatoriais no fornecimento de educação sanitária à população, com ações básicas de visitação (vistas por Chagas como atividades em que as enfermeiras teriam papel fundamental), ao invés dos métodos realizados pela polícia sanitária, utilizados até aquele momento. Entretanto, devido a uma série de fatores ¹⁴⁵, o projeto não se efetivou da forma idealizada, prevalecendo os serviços ambulatoriais direcionados a assistência curativa, tal qual nos hospitais, em que a medicina e a enfermagem clínica - centradas no modelo biomédico¹⁴⁶ - se faziam presentes, a exemplo dos serviços de saúde dos países em que o capitalismo já havia se consolidado.

Esse modelo se estabeleceu com a criação da primeira lei sobre Previdência Social - Lei Eloy Chaves, 1923 - que deu origem as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), organizadas por empresas e gerenciadas

¹⁴⁵ Os dados fornecidos por MERHY e citados por RIZZOTTO, demonstram que Carlos Chagas tentou implantar um modelo de saúde pública, que se baseava num movimento sanitário denominado 'Rede Local Permanente'. Estabelecia como referência as atividades da Fundação *Rockefeller*, apresentando como proposta a educação sanitária como alicerce das atividades médico-sanitárias, com a composição de uma equipe de profissionais para atuar junto à população e a formação de uma rede geral e única de serviços. A enfermeira teria a função de educadora sanitária, tal qual nos Estados Unidos. No entanto, o projeto que se implantou foi o 'Vertical Permanente Especializado', que atuava nos problemas específicos de saúde, utilizando-se tanto recursos das campanhas e educação sanitária, como da medicina preventiva. Para Rizzotto, esse movimento não se consolidou devido ao forte movimento nacionalista no período, que não aceitava interferência estrangeira, principalmente americana (!) A substituição da polícia sanitária por visitadoras não ocorreu como esperado, devido à rejeição da população quanto às mudanças de hábitos de higiene e moradia que eram recomendadas. *O fato que mais parece convincente neste caso, que também é apontado pela referida pesquisadora, é que, as enfermeiras desistiam do trabalho, pela não observação de resultados. Porém, deve-se considerar que para as alunas da escola e enfermeiras americanas - devido as próprias contingências de inserção na Escola - deveria ser muito difícil a realização de tais tarefas. (grifo nosso). Id.*

¹⁴⁶ Este modelo tem por referencial a busca da maior objetividade na utilização de técnicas para abordar a doença, além da ênfase na medicina curativa, o mecanicismo, o biologismo, a especialização, o individualismo e a recusa pelas práticas alternativas. Foi fundamentado nos princípios do positivismo e do liberalismo, surgindo a partir da divulgação do relatório FLEXNER pela Fundação *Carnegie* - EUA, 1919 - que apresentava os elementos necessários para o ensino médico e organização da medicina. MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino e na tecnologia médicas.** Belo horizonte : PUC-MG/FINEP, 1984, p. 29-30.

através de um colegiado com poder deliberativo e representação de empregadores e empregados e uma forma tripartite de financiamento - empresários, trabalhadores e estado - (este último arrecadava recursos através de impostos). Possuía a função de prestação de serviços (pensões e aposentadorias) e assistência médica como atribuição central. Trata-se de uma das medidas mais importantes na época, pois irá se constituir no embrião da seguridade social no Brasil.

2.3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM MODERNA NO BRASIL: NA CONTRAMÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Por deliberação do DNSP e por iniciativa do sanitarista Carlos Chagas, foi criado o curso de formação para enfermeiras em 1922, porém somente em 1923 começou a funcionar. Apesar de não ser a primeira iniciativa oficial de formação para enfermeiros no Brasil ¹⁴⁷, a Escola de Enfermeiras do DNSP é considerada o marco do surgimento da enfermagem moderna no país, por apresentar como modelo o sistema elaborado por *Nightingale* na Inglaterra ¹⁴⁸. Foi instituída através do Decreto Federal nº. 15.799/22, que regulamentava o funcionamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em seu art. 3º determinou que a mesma devesse funcionar anexa ao Hospital e que o Superintendente da Escola tivesse a superintendência de todas as enfermeiras que trabalhassem no hospital. Também determinou que todo o serviço de

¹⁴⁷ A primeira Escola de formação para enfermeiros no Brasil foi a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, instituída pelo decreto nº. 791, de 27 de setembro de 1890, mas sua regulamentação só ocorreu em 1921 e sua oficialização em 1942. Foi criada com a justificativa da necessidade de mão de obra para as atividades exercidas no Hospital Nacional de Alienados, antigo Hospício Pedro II. Direcionou-se a formação de enfermeiros, não somente para a prática em hospícios, mas para hospitais civis e militares. Mais tarde passou a se chamar Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto e atualmente é denominada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e pertence à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO). A Cruz Vermelha Brasileira criou sua própria escola de enfermagem em 1916. Também já existiam os hospitais militares que realizavam cursos de formação para enfermagem para atuar nos hospitais do exército. Para consultas, ver MOREIRA, Almerinda. **Desmitificando a Origem da Enfermagem Brasileira** in GEOVANINI, *et al.* História da Enfermagem: Versões e Interpretações. Rio de Janeiro : Livraria e Editora Revinter Ltda, 2002, p. 61-128.

¹⁴⁸ Assim como na Inglaterra, no Brasil, também se organizou comprometida com os interesses da classe dominante, apresentando como ideologia à religiosidade, a caridade e a submissão de cunho especificamente cristão, além dos sentimentos cívicos de servir a pátria. ALMEIDA & ROCHA. **Op. Cit.**

enfermagem ficasse ao encargo das alunas nas enfermarias em que o serviço da escola funcionasse, e nas demais, o serviço seria realizado por enfermeiras práticas.¹⁴⁹

Segundo SILVA¹⁵⁰, a escola foi criada no sentido de oferecer formação adequada às enfermeiras que iriam atender ao serviço de enfermagem do DNSP, implantado por Carlos Chagas, com apoio e financiamento da Fundação *Rockefeller*.¹⁵¹ O referido serviço absorveria as enfermeiras diplomadas (nível médio) para o trabalho sanitário do município do Rio de Janeiro, além de estabelecer medidas para preparar as visitadoras do DNSP. Para auxiliar na organização da escola e chefiar provisoriamente o serviço de enfermagem sanitário, foram enviadas pela *Fundação Rockefeller* uma missão de enfermeiras americanas que assumiram tais atividades até suas substituições por enfermeiras brasileiras diplomadas.

Surgia assim, outra perspectiva de profissionalização para as mulheres brasileiras, diferente das atividades exercidas nas fábricas, na agricultura, no comércio ou no magistério, porém nem todas tiveram acesso a esta profissionalização, haja vista a rigidez no recrutamento das candidatas para realização do curso. De acordo com PARSONS citada por PIRES, os requisitos eram:

(...) ser mulher; ser diplomada por uma Escola Normal ou ter estudos equivalentes; apresentar um atestado firmado por médico da Saúde Pública avaliando as condições de saúde física, mental e ausência de defeitos físicos da candidata; ter entre 20 e 35 anos; apresentar referências de boa conduta, sendo que seria levado em consideração a experiência da candidata em direção de casa, no serviço educativo e comercial.¹⁵²

¹⁴⁹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A “Nova” Lei do Exercício Profissional da Enfermagem**. Caderno de legislação/Documentos I. Comissão de Legislação. Brasília, 1987, p. 9.

¹⁵⁰ SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem profissional** : Análise Crítica. São Paulo : Cortez, 1989, p. 76.

¹⁵¹ “(...) o processo de desvinculação da atenção médica das associações religiosas e o processo de medicalização que se encontrava incipiente nos países latino-americanos, reforçavam a iniciativa dos Estados Unidos quanto à expansão dos programas de educação em Enfermagem. É nessa conjuntura que a Fundação *Rockefeller* patrocina o projeto de organização do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública, no Brasil, sob a orientação de enfermeiras norte americanas”. GEOVANINI, *et al.* **Op. Cit.**, p.33-34.

¹⁵² PARSONS, Ethel & CHAGAS, Carlos. **A enfermagem moderna; apelo as moças brasileiras**. Rio de Janeiro, Oficinas Graphicas da Inspeção de Demographia Sanitária, Educação e

Diante do exposto, e considerando que o modelo *nightingaleano* que regia a escola preconizava também o conhecimento de duas línguas estrangeiras e visava à preparação das alunas para posições de destaque nas instituições de saúde, fica claro, portanto, que a nova profissão não se direcionou as mulheres das classes menos privilegiadas, demonstrando a mesma “preocupação em melhorar a imagem social do trabalho de enfermagem”¹⁵³, verificada na criação da escola fundada por *Nightingale* na Inglaterra. De forma idêntica ao funcionamento da escola da Inglaterra, a escola de enfermeiras do DNSP também se instalou anexa a um hospital e as alunas ficaram responsáveis pelo trabalho integral nas enfermarias, inclusive no horário noturno. Segundo as informações de RIZZOTO, no Regulamento do DNSP, no art. 418, constava a obrigatoriedade do cumprimento de 8 horas de trabalho, demonstrando que a normatização do ensino prático dessa forma, enfatizava a prática hospitalar, além de explorar o trabalho das alunas.¹⁵⁴

O curso inicialmente tinha duração de dois anos e quatro meses, possuindo uma estrutura curricular bastante semelhante à utilizada nas escolas americanas e quase que inteiramente voltada à assistência hospitalar, privilegiando as disciplinas com atividades práticas no exercício de técnicas de enfermagem, em detrimento as de cunho teórico.¹⁵⁵

Entretanto, mesmo observando a contradição de uma formação voltada ao atendimento individual, realizado em enfermarias hospitalares para um trabalho em saúde pública, não se revelou um empecilho para que parcela importante das publicações que tratam da história da enfermagem na atualidade, ainda aponte como objetivos da criação da escola, o atendimento imediato aos problemas de saúde pública.

Para SILVA, a escola foi criada para “atender a situação sanitária, agravada pelas grandes endemias e epidemias que vinham ameaçando as relações

Propaganda, 1923, citado por PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem - Brasil 1500 a 1930**. São Paulo : Cortez Editora, 1989, p. 131.

¹⁵³ RIZZOTTO (1990). **Op. Cit.**, p. 52.

¹⁵⁴ **Ibid**, p. 54.

¹⁵⁵ ALMEIDA & ROCHA. **Op. Cit.** p. 82.

comerciais com o exterior”. Afirmações semelhantes são verificadas por GERMANO, que aponta a criação do ensino sistematizado de enfermagem para garantir o saneamento dos portos ¹⁵⁶, e também por PIRES, que define a própria institucionalização da enfermagem no Brasil como um dos segmentos profissionais necessários à instituição das políticas de saúde no campo da ação coletiva. ¹⁵⁷

Estas e outras interpretações semelhantes são analisadas por RIZZOTTO ¹⁵⁸, justamente para demonstrar o quanto estes argumentos se tornaram insuficientes para a compreensão da criação da escola de enfermeiras do DNSP, bem como da origem da institucionalização da enfermagem moderna no Brasil. Sua rigorosa investigação demonstrou que a profissionalização da enfermagem se direcionou para o campo hospitalar desde sua criação. As condições de precariedade dos portos brasileiros no início do séc. XX representaram, de fato, um problema a ser resolvido pela Saúde Pública brasileira, porém na época da criação da escola, as doenças contagiosas mais expressivas, já se encontravam em processo de erradicação. Além disso, as políticas de saneamento favoreciam os investimentos estrangeiros, sendo inclusive, responsáveis pela realização dos serviços dessa natureza naquele período no Brasil. As disciplinas contidas no programa oficial regulamentado pelo DNSP (anexo I) e oferecidas pela escola, eram quase que idênticas às oferecidas pelas escolas americanas (anexo II), em que o modelo biomédico predominava. Das trinta e cinco disciplinas ministradas na escola, apenas quatro eram direcionadas para a Saúde Pública, e a disciplina de Higiene e Saúde Pública não era ofertada. Portanto, era quase impossível à enfermagem se desenvolver no campo da Saúde Pública.

Em 1926, a Escola de Enfermeiras do DNSP passou a denominar-se Escola Anna Nery pelo Decreto nº. 17.268/1926. Foi realizado um novo programa curricular (anexo III), com a retirada de várias disciplinas, rearranjo da carga horária de outras, e instituição de 3 novas modalidades, incluindo aí a disciplina de Psicologia com uma carga horária de 10 horas; a de Higiene e Saúde Pública com 20 horas e a de Ginástica com 12 horas. Também foram realizadas modificações na estrutura física

¹⁵⁶ GERMANO. **Op. Cit.** p. 28.

¹⁵⁷ PIRES (1998). **Op. Cit.** p. 128.

¹⁵⁸ RIZZOTTO (1999). **Op. Cit.**

das salas de aula e nos aposentos das alunas, no entanto, a estrutura do curso em nada se modificou, permanecendo centrada no ambiente hospitalar, sendo a administração do hospital ainda realizada pelas enfermeiras americanas e a assistência pelas alunas do curso.

Nesse mesmo ano foi criada a primeira entidade organizativa de enfermeiros no Brasil, a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ABED)¹⁵⁹ - a partir de 1955 passou a denominar-se Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) - cujas funções se direcionavam a atividades de representação dos interesses dos profissionais e a ela associados e fiscalização do exercício da profissão. Foi responsável pelo primeiro instrumento periódico de divulgação da profissão - *Annaes de Enfermagem* - com a publicação de seu primeiro número em 1932, e, mesmo apresentando uma série de contribuições de interesse para a categoria, também desenvolveu uma silenciosa e intensa campanha em busca de disseminar as intenções do Estado, na área da saúde.¹⁶⁰ A prática profissional, a formação dos profissionais e o controle de qualidade do exercício profissional - tal qual a Enfermagem vigente nos Estados Unidos da América na época - são aspectos evidenciados por SCHOELLER como fundamentais para o processo de hegemonização da Enfermagem moderna no Brasil, tendo em vista o papel desenvolvido pela associação, que trazia o corporativismo e a intensificação da divisão do trabalho em Enfermagem em sua essência, separando as verdadeiras

¹⁵⁹ A concretização da criação de uma associação de ex-alunas aconteceu em 1926, com uma diretoria provisória que atuaria até 1927, quando então foi eleita a primeira diretoria, cuja presidente permaneceria até 1938. A presidente eleita, *Edith Fraenkel*, foi também assessora de *Ethel Parsons* na Superintendência de Enfermagem do DNSP de 1928 a 1930 e Superintendente de 1930 a 1940, acumulando, no período 1930 a 1938, os cargos de Superintendente de Enfermagem do DNSP e presidente da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas. Esse fato, por si só já coloca a proximidade da entidade associativa de Enfermagem ao poder gerado pelo aparelho do Estado, reforçando a visão de que a Enfermagem moderna foi implantada no nosso país abarcando os aspectos prático-profissionais, formadores e associativos fiscalizadores. Abriu também a possibilidade de que as reivindicações dessa associação fossem atendidas mais facilmente pelo governo, dado a estreita relação existente entre a associação e os aparatos governamentais. SCHOELLER. **Op. Cit.** p. 185.

¹⁶⁰ Assim como as escolas e serviços, esse instrumento de informação – atualmente denominado Revista Brasileira de Enfermagem – também foi responsável pela difusão de um discurso ideológico que enfatizou aspectos religiosos como condição primordial ao bom desempenho da profissão, além de uma preocupação com o social estritamente relacionada apenas ao servir, sem nenhum sentido histórico, sem qualquer referência às relações sociais de produção. Essa mesma linguagem se reproduz em vários artigos publicados pela Revista já nos anos 70. GERMANO. **Op. Cit.** p. 28-33.

das falsas enfermeiras, as profissionais das ocupacionais, além de uma visível aliança com as classes dominantes.¹⁶¹

¹⁶¹ “A tentativa de hegemonia da Enfermagem moderna explicitou-se por seu primeiro estatuto, que admitia como sócias da entidade somente as enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermeiras do DNSP e na luta desenvolvida pela regulamentação do exercício profissional antes de 1931, em que a presidente da Associação *Edith Fraenkel*, tentava defender as verdadeiras das supostas enfermeiras, as primeiras, nessa época, representadas somente pelas diplomadas da Escola Anna Nery.” Após três anos da criação da Associação de Enfermeiras Diplomadas, foi criada a Associação dos Enfermeiros da Marinha Mercante, que ao contrário, daquela Associação, que só aceitava filiados formados pela Escola Anna Nery - que tentava consolidar-se como a mais científica - esta última aceitava todas as pessoas envolvidas com o trabalho de enfermagem da Marinha Mercante, independente da escola de formação, contrariando a tendência que se desenvolvia “(...) de as organizações associativas e trabalhistas reproduzissem a luta interna entre as subcategorias de Enfermagem, existentes na época (enfermeiro padrão formado pela Escola Anna Nery, enfermeiro prático, enfermeiro formado por outras escolas), concretizada nos nossos dias pela existência de várias entidades associativas e sindicais – UNATE, Aben, SINDICATO, Federação dos Enfermeiros etc”. Mais tarde transformou-se no Sindicato Nacional dos Enfermeiros da Marinha Mercante, que, junto ao movimento sindical existente, tinha a preocupação central dirigida às condições de trabalho, entretanto, foi a Associação das Enfermeiras Diplomadas, que representava uma enfermagem que se inseria na racionalidade médica, cuja luta principal se tornou hegemônica no País. SCHOELLER. Op. Cit. p. 185-187.

A Revolução de 1930 ¹⁶² evidenciou a derrocada do modelo agrário-exportador e início do processo de modernização e de transição para a industrialização, com vistas ao fortalecimento do mercado interno e um rearranjo do bloco de poder. Getúlio Vargas assumiu a presidência da república, dando nova formatação as relações entre o Estado e a Sociedade no Brasil, com repercussões significativas nas políticas públicas de saúde e trabalho, o que pode ser verificado em sua própria declaração durante o governo provisório:

¹⁶² “Foi um movimento político-militar que, em outubro de 1930, derrubou o presidente Washington Luís Pereira de Sousa, substituído por uma junta militar, formada pelos generais Mena Barreto e Tasso Fragoso e pelo Almirante Isaías Noronha, que, após alguns dias, passou o poder a Getúlio Vargas, como chefe do Governo Provisório. As principais causas da Revolução de 1930 podem ser encontradas: no desgaste político das oligarquias que dominavam a vida política nacional, sobretudo, as mineiras e paulistas, que monopolizavam o governo do país desde a implantação da ‘política dos governadores’; no surto industrial e no crescimento da vida urbana, com o desenvolvimento da classe média e do operariado, gerando novas necessidades e insatisfação com o monopólio do poder pelas elites rurais; e na desestabilização da produção de café, provocada pela crise econômica de 1929. Na década de 1920 os dois primeiros aspectos já haviam provocado manifestações de insatisfação, tais como o tenentismo, movimento de jovens oficiais do exército que se opunham às oligarquias e à Revolução de 1922, e a Revolução de 1924, além da ação da Coluna Prestes. Quando ocorreu a sucessão de Washington Luís, representante de São Paulo à frente do governo federal, o candidato presidencial era Júlio Prestes, também de São Paulo. Entretanto, pelo acordo tácito da ‘política dos governadores’, caberia a sucessão a um político do estado de Minas Gerais que, ao ser preterido, levou o apoio do Partido Republicano mineiro à candidatura oposicionista do gaúcho Getúlio Vargas. Júlio Prestes saiu vitorioso nas eleições, cuja lisura foi questionada, da mesma maneira que as eleições anteriores também já haviam sido questionadas, não ocorrendo nenhuma situação revolucionária naquelas ocasiões. Mas desta vez, o assassinato de João Pessoa, político da Paraíba, que fora candidato a vice-presidente na chapa oposicionista, foi o estopim para o início do movimento revolucionário, embora o assassinato tenha ocorrido por motivos particulares. No dia 5 de outubro de 1930, Oswaldo Aranha e Flores da Cunha iniciam o movimento, ocupando o quartel-general de Porto Alegre. Ao mesmo tempo a revolta eclodia em Minas Gerais. No Recife, em pouco tempo, Juarez Távora causou a fuga do governador Estácio Coimbra, e logo as regiões Norte e o Nordeste estavam em poder dos revolucionários. Em seguida é iniciada a marcha em direção ao leste, atravessando Alagoas, Sergipe e Bahia. Liderados por Getúlio Vargas, os revoltosos, após alguns embates com as tropas legalistas, sobretudo no Rio Grande do Sul, chegaram ao Rio de Janeiro, tornando o movimento vitorioso”. **Enciclopédia® Microsoft® Encarta. Op. Cit.**

É tratada por ANTUNES, como uma “(...) forma *reacionária* de transição, se de um lado não tocou na estrutura latifundiária e ainda permitiu o crescimento da emergente burguesia industrial, não comportou qualquer forma efetiva de participação das classes populares. Ao contrário, o ‘reformismo pelo alto’ marcou uma exclusão absoluta das classes populares na direção econômica, social e política do país. A inexistência de uma transição burguesa clássica em nosso país acarretou também a carência das formas liberal-democráticas, onde a presença popular pudesse encontrar canais de expressão e participação. *Na verdade, o traço fundamental naquele momento foi a exclusão das classes populares de qualquer participação efetiva e a repressão política e ideológica desencadeada pelo estado, através da política sindical controladora e da legislação trabalhista manipulatória*”. ANTUNES (1990), **Op. Cit.**, p.73.

“A organização sindical, a lei de férias, a limitação das horas de trabalho, o salário mínimo, as comissões de conciliação, as caixas de pensões, o seguro social, as leis de proteção às mulheres e aos menores realizam velhas aspirações proletárias de solução inevitável. (...) Não há nessa atitude nenhum indício de hostilidade ao capital que, ao contrário, precisa ser atraído, amparado e garantido pelo poder público. Mas o melhor meio de garanti-lo está, justamente, em transformar o proletariado numa força orgânica de cooperação com o Estado e não o deixar, pelo abandono da lei, entregue à ação dissolvente de elementos perturbadores, destituídos de sentimento de pátria e família”.¹⁶³

Para ANTUNES:

“(...) A questão social ganhou uma dimensão significativa, não só politicamente, mas também porque a constituição de um parque industrial exigia toda uma regulamentação ao mundo do trabalho até então demasiadamente incipiente e restrita a algumas categorias de relevo para o desempenho da economia agrário-exportadora. É dentro desse quadro que se pode entender a atuação do Estado Vargas e seu relacionamento com a classe operária: sua face repressiva manifesta-se inicialmente na formulação de uma política sindical coibidora, controladora e que visou sujeitar politicamente a classe operária à dominação do capital, através da dissolução de suas organizações independentes (...)”.¹⁶⁴

Nesse sentido, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, - criado nesse mesmo período - se responsabilizou pelos programas previdenciários¹⁶⁵, ampliando as ações de seguridade social e assistência médica com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), como um estrutura paralela as CAPs, estruturados por categorias profissionais, de âmbito nacional. Diferenciavam-se das CAPs pela presença direta do Estado no seu gerenciamento, e, de acordo

¹⁶³ VARGAS, Getúlio. A Nova Política do Brasil. Rio de Janeiro, José Olympio, volume 2, p. 97. **Apud** POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Saúde e Trabalho: A Crise da Previdência Social**. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1981, p. 200-201.

¹⁶⁴ Para ANTUNES, “(...) A questão social ganhou uma dimensão significativa, não só politicamente, mas também porque a constituição de um parque industrial exigia toda uma regulamentação ao mundo do trabalho até então demasiadamente incipiente e restrita a algumas categorias de relevo para o desempenho da economia agrário-exportadora. É dentro desse quadro que se pode entender a atuação do Estado Vargas e seu relacionamento com a classe operária: sua face repressiva manifesta-se inicialmente na formulação de uma política sindical coibidora, controladora e que visou sujeitar politicamente a classe operária à dominação do capital, através da dissolução de suas organizações independentes (...)”. ANTUNES (1990). Op. Cit. p. 73.

¹⁶⁵ A partir da década de 30, (...) com a alteração do caráter do Estado e a necessária ampliação de suas bases sociais é que as questões sociais ganharam foros ‘políticos’, isto é, passaram a fazer parte da problemática do poder. E só num segundo momento, quando a acumulação capitalista passou a ser dominada pelo capital industrial, que esse processo político ganhou respaldo econômico”. BRAGA & PAULA. **Op. Cit.** p. 49.

com COHN¹⁶⁶ pela existência de um funcionário executivo do Estado na direção e de um colegiado, representado pelos empregadores e empregados apenas como assessoria, sem poder deliberativo. A escolha dos representantes dos trabalhadores era realizada via indicação de sindicatos reconhecidos pelo Estado, exatamente por preencher os requisitos legais, e aprovados pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Os IAPs, assim como as CAPs, inicialmente, se responsabilizaram pelos serviços ambulatoriais, sendo que a assistência hospitalar ficava a cargo dos próprios segurados. Com o aumento da demanda por assistência, o seguro social passou a se responsabilizar apenas pela hospitalização, o que beneficiou a prática médica privada, além de beneficiar as empresas hospitalares, a indústria farmacêutica e de materiais médico-hospitalares.

Também foi criado o Ministério de Educação e Saúde ¹⁶⁷, com ações mais efetivas, porém ainda de caráter campanhista, tendo como maior oponente, os hospitais ¹⁶⁸ - que cresciam, tanto no aspecto quantitativo, como no qualitativo, pela aquisição de materiais médico hospitalares e instrumentais, bem como aumento do quantitativo de pessoal médico, mas principalmente de enfermagem – e as clínicas de atendimento para-hospitalar, de cunho privado, que se instalavam no país a passos largos. A lógica da organização capitalista do trabalho também

¹⁶⁶ COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social : antigos estigmas e novos desafios In ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil : Políticas e Organização de Serviços**. 2. ed. São Paulo : Cortez : CEDEC, 1998, 15.

¹⁶⁷ Embora limitada, incorporou vários serviços de combate a endemias, como o Serviço Nacional de Febre Amarela – 1937 - e o de Malária no Nordeste – 1939 - (ambos financiados pela Fundação Rockefeller), institucionalizou as campanhas sanitárias e em 1941 assumiu a formação de técnicos em saúde pública, criando também o serviço de Educação sanitária. **Id.**

¹⁶⁸ A partir da década de 30, com o aumento do quantitativo de hospitais majoritariamente privados ou revestidos do caráter filantrópico, ocorreu a criação de muitas escolas de enfermagem sob direção de religiosas, que também assumiram as chefias dos hospitais, porém na maioria das vezes, as mesmas não possuíam a formação que se pretendia superior. A exemplo tem-se a Escola Carlos Chagas em Belo Horizonte, anexa ao Hospital São Vicente de Paula (1933); a Escola Cruzeiro do Sul em Rio Verde-Evangélica (1937) a Escola de Enfermeiras do Hospital de São Paulo fundado pelas Franciscanas Missionárias de Maria (1938); a Escola Luiza de Marillac no Rio de Janeiro fundada pela ordem de São Vicente de Paula (1939). BAPTISTA, S. S. & BARREIRA, I. As condições de surgimento das escolas de enfermagem brasileiras (1860-1966). **Rev. Alter. de Enferm.** (Rio de Janeiro). Janeiro, v. 1, nº 2, p. 12. *Citado por* GISI, Maria Lourdes. **A formação da Competência técnico-Científica e Política do Enfermeiro: Uma Diretriz Curricular**. Tese de doutoramento. Faculdade de filosofia e Ciências da universidade estadual paulista, campus de Marília. Marília, 1998.

penetrou na organização do trabalho em saúde no Brasil, semelhante ao ocorrido no fim do século XVIII nos países já industrializados. O hospital ganhou uma nova conformação, tornando-se um espaço institucionalizado, onde a tarefa de curar - deixou de ser um ato de caridade - passou a ser uma necessidade social, inclusive de sustentação de todo um sistema de organização da sociedade. O trabalho em saúde tornou-se coletivo, realizado por vários indivíduos que executavam tarefas parceladas, muitas delegadas pelo médico, que detinha o conhecimento científico com base no paradigma positivista, hegemônico nas organizações hospitalares.

Esse período representou o início do processo de consolidação do exercício profissional da enfermagem no Brasil, com o reconhecimento da Escola Anna Nery (que em 1937 passou a ser considerada instituição complementar da Universidade do Brasil) como Escola Oficial padrão pelo Decreto nº. 20.109/31, que determinava a comparação das demais escolas a ela. Entretanto, paralelamente à formação das enfermeiras no Brasil - que procurava equiparação ao nível superior - já existiam cursos informais e treinamento em serviço para pessoal de nível mais elementar. Segundo as investigações de CARVALHO, citadas por ALMEIDA & ROCHA, a formação de pessoal de nível mais simples, como o auxiliar de enfermagem, tinha por pressuposto a problemática numérica, pois, mesmo após vinte e três anos da criação da Escola Anna Nery, só existiam 1300 enfermeiras formadas, justificando, portanto, a emergência da criação de cursos regulares com treinamento em larga escala para a assistência direta aos internados em hospitais¹⁶⁹.

Desde sua implantação, as alunas e o pessoal treinado no serviço, exerceram atividades direcionadas a tarefas e procedimentos a serem executados com o doente. Essas atividades relacionadas diretamente ao paciente, como higiene, alimentação, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, entre outras, eram distribuídas aos indivíduos que atuavam na enfermagem, pelas enfermeiras, que se direcionaram as atividades de supervisão e gerência, no controle da força de trabalho, em conformidade com os projetos administrativos dos hospitais. Essa forma funcionalista de organização do trabalho, inspirada no modelo *fordista* de produção em massa, sob forte influência das concepções

¹⁶⁹ ALMEIDA & ROCHA. **Op.cit.** p. 83.

tayloristas, levou os historiadores da enfermagem a definição de que existia uma forte divisão entre trabalho manual e intelectual, tal qual o trabalho realizado nas fábricas. Porém, é importante ressaltar que o trabalho realizado pelas enfermeiras no tocante à distribuição de tarefas, realização de escalas de serviço, manutenção de materiais e equipamentos - ainda na atualidade - está longe de ser trabalho intelectual e muito distante da concepção do trabalho realizado pelos chefes e gerentes nas fábricas, em que eles idealizam anteriormente as etapas do processo de trabalho. Já o enfermeiro, ao ocupar-se dessas atividades, afastou-se da assistência/cuidado ao paciente. Portanto, como não realiza esse trabalho - muitas vezes intuitivo - também não o concebe ¹⁷⁰. Que os fundamentos da administração científica exerceram forte influência nos serviços de enfermagem também no Brasil, não restam dúvidas, porém grande parte das atividades realizadas pela enfermagem da época, era concebida ou pelo médico ou por quem as realizava ¹⁷¹, que no caso não eram as enfermeiras. O papel da enfermeira estava centrado na identificação dos agentes que iriam realizar o procedimento e na descrição minuciosa dos passos a serem seguidos (técnicas de enfermagem), com vistas a diminuição do tempo na realização das tarefas e redução de gastos, *tal qual na*

¹⁷⁰ “(...) O *como fazer* tem sido a preocupação constante da enfermagem enquanto prática profissional. A divisão de tarefas tem norteado essa prática. A elaboração ou simples adoção de manuais de técnicas e de procedimentos tem sido uma das maiores preocupações dos enfermeiros que assumem a responsabilidade dos serviços de enfermagem. As escalas diárias de divisão de atividades estabelecem um método de trabalho funcionalista que é típico da fase mecanicista da administração. A assistência de enfermagem é fragmentada em atividades e para cada elemento executor é determinada uma ou mais tarefas. Dessa forma o elemento executor se distancia do todo, que é a assistência de enfermagem, para se fixar na parte, que é a tarefa. A assistência de enfermagem integral ao paciente, que é aquela que permite ao executor participar do planejamento, execução e avaliação de todas as atividades que integram a assistência, ocorre somente na assistência a pacientes graves.” KURCGANT, Paulina *et al.* **Administração em enfermagem**. São Paulo : EPU, 1991, p. 6.

¹⁷¹ A administração de medicamentos, por exemplo, é prescrita detalhadamente pelo médico. O mesmo indica qual o medicamento a ser utilizado, a dosagem exata, as formas de diluição e o local de aplicação. Neste caso, a concepção foi realizada pelo médico. Quem administra o medicamento tem que necessariamente conhecer o material a ser utilizado, a técnica de aplicação e cuidados para não contaminar o medicamento. Também é ele quem se relaciona com o paciente e lhe explica o que será realizado. Como seria possível, uma outra pessoa – no caso, o enfermeiro – conceber esse trabalho no lugar de quem o está realizando? Imaginem um banho no leito. Como poderia ser concebido por outra pessoa que não seja aquele que o realiza? Não se trata de limpar um aparelho ou manuseá-lo. Neste caso, manuseia-se um indivíduo, com os mais variados tipos de sentimentos, hábitos e costumes, que só são identificados no exato momento da realização do procedimento. E é neste momento que quem o está realizando, precisa pensar em como e por que fazê-lo. (grifo nosso)

atualidade-. Deve-se considerar também que os aspectos concebidos na gerência científica foram adotados em todas as organizações, inclusive nos hospitais, que não eram dirigidos por enfermeiras. Apesar das enfermeiras terem apresentado desde o início de sua formação, a preocupação com a adequação do ambiente físico ao paciente, a divisão de tarefas e outras características típicas do modelo *taylorista/fordista*, a inexistência de qualquer bibliografia ou outro tipo de referência demonstra que as mesmas não tinham a compreensão dos aspectos políticos que envolviam as organizações. Parece difícil, inclusive, que a concepção do serviço de enfermagem nesses moldes tenha sido concebida pelas enfermeiras. Além do mais, desde a institucionalização do trabalho tipo profissional no Brasil, a enfermagem desenvolveu-se como forma de trabalho assalariado, tanto quanto os demais indivíduos da equipe.

Até o presente momento, é possível identificar que a preocupação das enfermeiras desde sua profissionalização - manifesta nos documentos da ABED -, esteve voltada: a busca de uma hegemonia da enfermagem moderna sobre as demais; as questões salariais; as de caráter social - pela defesa da eugenia da raça e pelo sentimento de religiosidade ¹⁷²; além do rigor das técnicas de enfermagem, como já citado anteriormente.

¹⁷² *“Examinando o estatuto constato que o fim principal da organização da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras é o de elevar o padrão da profissão e também: a) trabalhar incansavelmente pelo progresso da educação de enfermagem e pelo estabelecimento de escolas de Enfermagem que tenham os mesmos requisitos da Escola Oficial do governo Federal; b) incitar o espírito de união e de cooperação entre as enfermeiras diplomadas; c) manter profícua vigilância contra suposta enfermeiras, defendendo a classe de acusações tendenciosas; d) promover votação e sansão de leis regulamentando a profissão de enfermeiras.” (...)* *“As nossas casa de saúde e hospitais de um modo geral, não podem estar providos de pessoal competente, mormente de enfermeiros, porque além de faltar um reservatório de onde se supram, pagam ordenados tão minguados às suas enfermeiras que naturalmente só poderão atrair pessoas pouco capazes e muito necessitadas de ganhar a vida. (...) Os horários são estafantes, trabalham 12 e mais horas sem nenhum conforto material (...) As refeições, fazem-nas na maior parte das vezes às pressas, numa pequena copa ou cozinha, de pé, porque sala para esse fim é coisa secundária. O número de doentes é sempre grande, e o de enfermeiras, por questões econômicas, sempre diminuto (...) A conseqüência é atenderem mediocrementemente a todos ou então um pouco melhor àqueles que podem dar boas gratificações”. (...)* *e uma vez criada essa consciência, ninguém mais teria o direito de trazer a vida seres infelizes e doentios; seria um crime de lesa a pátria, um crime de lesa humanidade, que deveria estar sujeito a penalidades previstas por lei.”* Textos transcritos da *Annais de Enfermagem*, fornecidos por SCHOELLER. **Op. Cit.** p.196.

“Comprometo-me solenemente a servir de todo o coração a aqueles cujos cuidados me forem confiados. (...) Trabalharei sempre com fidelidade e obediência para com os meus superiores e peço a Deus que me conceda paciência, benevolência e compreensão, no santo mistério de cuidar dos que sofrem.” Publicação de formatura das alunas da primeira turma da escola Anna Néri,

2.4 A CONSOLIDAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL: A OPÇÃO PELO MODELO HOSPITALAR PRIVADO

O período pós-guerra (1945-1964), representou no Brasil o momento decisivo do processo de industrialização, na qual se verificou intensa migração interna e crescente urbanização, além das condições favoráveis: existência de matérias primas para indústrias de consumo e de infra-estrutura, boa oferta de mão de obra, de capitais e alguma infra-estrutura de transportes. Também foram introduzidos vários planos econômicos ¹⁷³, com vistas à proteção do desenvolvimento da indústria nacional.

No tocante à saúde pública, acentuava-se cada vez mais a dicotomia entre o modelo campanhista que ainda predominava nos órgãos de Saúde Pública e o curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, ambos burocratizados e ineficazes. “Uma tecnoburocracia médica formada no exterior em administração de serviços de saúde foram combatidas com mais programas, serviços e campanhas, que finalmente redundaram no aumento e na reprodução da dicotomia saúde pública *versus* atenção médica individual”. ¹⁷⁴

As enfermeiras da escola Anna Nery e seu organismo representativo, aparentemente alheio a esses aspectos de ordem social, político e econômico, centravam suas atenções apenas nos assuntos referentes à profissionalização e ao ensino de enfermagem, o que não foi em vão. Afinal resultou na consolidação

encontramos a seguinte citação, que faz parte do ‘Juramente na profissão de Fé das Enfermeiras Brasileiras’, onde é reafirmado o papel submisso da nova profissão e a crença nos princípios cristãos (As pioneiras, 1925). PIREZ (1989). **Op. Cit.** p.136.

¹⁷³ **Plano Salte**, criado no governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), era um programa econômico, definido como “um programa governamental de despesas e investimentos para os exercícios de 1949 a 1953”, que recebeu esse nome a partir das iniciais das quatro áreas prioritárias de ação: saúde, alimentação, transportes e energia. Os recursos que viabilizariam os investimentos nesses setores deveriam sair do orçamento federal e de empréstimos internos. Foi aplicado apenas parcialmente. O **Plano de Metas**, criado no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), tinha como objetivo criar novos investimentos e aumentar a produtividade dos já existentes, visando elevar o nível de vida da população, através da criação de novos empregos, consistia no estabelecimento de 31 metas, distribuídas em seis grandes grupos, detectadas como setores-chaves da economia brasileira: energia, transporte, alimentação, indústrias de base, educação e construção de Brasília (meta síntese). Um dos pontos importantes do programa foi à criação da indústria automobilística (meta 27), pensada dentro do planejamento do processo de substituição de importações. ENCICLOPÉDIA® MICROSOFT® ENCARTA. **Op. Cit.**

¹⁷⁴ LUZ (1991). **Op. Cit.** p. 80.

da enfermagem como profissão em 1946, quando a Escola Anna Nery, elevou-se a categoria de estabelecimento de ensino da Universidade do Brasil. Em 1949, através da Lei nº. 775/49 todas as escolas de enfermagem tiveram seu reconhecimento pelo Ministério da Educação, e não mais, a equiparação com a Escola Anna Nery. Ocorreu também uma modificação curricular (anexo IV), que, segundo ALCÂNTARA não apresentou mudanças significativas, predominando a formação voltada a realização de técnicas para uma assistência/cuidado direto para atuação em hospitais e saúde pública, porém voltada a doença e não a saúde. Com a expansão dos serviços da rede hospitalar e o surgimento dos hospitais universitários (públicos com fins educacionais), as enfermeiras, em sua maioria, direcionaram-se as atividades hospitalares. Entretanto continuaram a desempenhar suas funções em cargos administrativos e de supervisão dos demais membros da equipe de enfermagem. A duração do curso passou a ser de quatro anos, com exigência do curso secundário completo para admissão.¹⁷⁵ Essa mesma lei também determinou as condições para a preparação dos auxiliares de enfermagem, sendo instituída a categoria de auxiliar de enfermagem, marcando formalmente a divisão técnica do trabalho de enfermagem também no Brasil¹⁷⁶. Entretanto somente em 1955 o auxiliar de enfermagem foi reconhecido oficialmente como integrante da equipe de enfermagem, com a Lei nº. 2 604/55, lembrando que, majoritariamente, a parcela mais considerável de trabalhadores na

¹⁷⁵ ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira**. Ribeirão Preto : USP, 1996, p. 29.

¹⁷⁶ “Será que era só uma questão numérica (falta de enfermeiras) a razão da criação dos cursos de auxiliares de enfermagem? Não estaria aqui presente também a necessidade de divisão do trabalho com respeito ao que é manual e intelectual?” Estas indagações de ALMEIDA & ROCHA sobre a razão da criação desses cursos, apesar de pertinentes, na verdade, não demonstram o real interesse das enfermeiras na época da criação dos mesmos. Até o presente momento foi possível delinear com bastante precisão que os interesses daqueles que investiram na criação da Escola Anna Nery e da ANED (bem como os relatos publicados por essa última), estavam voltados à criação de uma profissão com status, proporcional aos das classes sociais mais abastadas. Fica bastante claro que não se tratava só de uma divisão técnica do trabalho. O que pretenderam, de fato foi reproduzir no bojo da equipe de enfermagem, uma espécie de dominação-subordinação, semelhante àquelas que se estabeleciam na classe social, que não era possível de se realizar no contexto da organização hospitalar como um todo, haja vista que a classe médica era a que detinha a hegemonia nessas organizações. ALMEIDA & ROCHA. **Op.cit.** p. 83.

enfermagem era composta pelo atendente de enfermagem que representava 70% do quadro de pessoal.¹⁷⁷

Na década de 50, sob forte influência da política do *welfare state Keynesiano*¹⁷⁸, ampliou-se ainda mais os serviços públicos de assistência à saúde, bem como o número de hospitais. Aos enfermeiros coube a elaboração de princípios científicos para nortear a assistência/cuidado de enfermagem, a exemplo dos enfermeiros americanos. Nessa mesma década o trabalho de enfermagem foi influenciado pela teoria das necessidades humanas, reforçando o papel do enfermeiro como líder da equipe. Apesar das transformações ocorridas na enfermagem, não se observou a ruptura com os princípios que caracterizaram a enfermagem tradicional brasileira desde sua criação, preservando-se a religiosidade, a disciplina militar e o empirismo como regra, com poucas exceções¹⁷⁹.

Segundo GISI, até 1961, os cursos para enfermeiras eram de nível médio, mas em 1961 a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional¹⁸⁰ definiu o

¹⁷⁷ Categoria de trabalhadores sem preparo formal de ensino que desenvolviam atividades empíricas ou com pouca qualificação na área de enfermagem. RAMALHO. Maria Lucia Martins. **O Serviço de Enfermagem: administração e organização**. São Paulo : Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1983, p. 15.

¹⁷⁸ Tratou-se de um modelo adotado – também - pelo Estado brasileiro, através de políticas anticíclicas de administração da demanda, que se davam pela busca da meta de pleno emprego e o aumento da demanda. Na verdade, essas ações do Estado benfeitor – muito distantes da crença de princípios de redistribuição socialista - se sustentavam sobre as necessidades de redução de conflitos sociais e do aumento do consumo para gerar uma ativação do aparelho produtivo. Apesar de contraditórias com os princípios ortodoxos das teorias econômicas liberais, essas estratégias não se contrapõem aos seus fundamentos últimos, ou seja, à necessidade de que existam certas condições que favoreçam o processo de acumulação do capital. BIANCHETTI, Roberto G. **Op. Cit.** p. 92-93.

¹⁷⁹ “(...) Não é só o corpo, nem só o espírito, mas um e outro juntos, num composto indissolúvel que contém qualquer coisa misteriosa e imperscrutável... Daí a grandeza da medicina e da enfermagem...Essas profissões tornar-se-ão ainda mais nobres à luz da verdade cristã, considerando a origem divina e o amor fraterno que devem unir todos os homens”. Texto publicado na década de 50 - Annaes de Enfermagem. GERMANO. **Op. Cit.** p. 30.

¹⁸⁰ No que concerne ao ensino técnico, essa lei propiciou um avanço significativo, pois incorporou ao sistema regular de ensino os cursos técnicos de nível médio e estabeleceu a equivalência entre os cursos propedêuticos e os profissionalizantes. Passou a coexistir dois ramos de ensino médio diferenciados, porém equivalentes: um propedêutico representado pelo científico e outro profissionalizante, com os cursos normal (magistério), industrial, comercial e agrícola. Apesar disso, observou-se a mesma lógica de um sistema que legitimava o caráter seletivo e classista da escola, pois a distribuição dos alunos continuava a se dar conforme sua origem de classe. Somente em torno de 30% dos alunos provenientes das camadas menos privilegiadas optavam pelos cursos profissionalizantes, pois a grande maioria das matrículas eram realizadas nos cursos propedêuticos por candidatos ao ensino superior, não atingindo a maioria das pessoas das camadas populares.

currículo mínimo do curso superior de enfermagem, que culminou com sua passagem definitiva para o ensino superior com o Parecer nº. 271/62, sendo criado o novo Currículo Mínimo de Enfermagem (anexo V), que reduziu a carga horária para vinte e quatro meses acadêmicos, além de retirar a disciplina de Saúde Pública, ao mesmo tempo em que foram sendo incluídos conteúdos de administração de serviços de Enfermagem.¹⁸¹ Esta lei também classificou as escolas de auxiliar de enfermagem como de nível médio, exigindo o curso ginásial como pré-requisito para o ingresso, e criou condições para criação das escolas médias, entre elas, o curso técnico de enfermagem.

Apesar da criação desde 1953 das Conferências Nacionais de Saúde, somente em 1963, no governo Goulart, que se realizou a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em que se discutiu pela primeira vez aspectos relacionados às reformas de base, tais como a municipalização da saúde e situação sanitária brasileira, porém nada se viabilizou de fato. De acordo com MENDES¹⁸² o que se observou de concreto, foi um “movimento simultâneo de crescimento da atenção Médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas que acaba por levar à conformação e hegemonização do modelo médico-assistencial privatista”, sendo que o importante deixava de ser o saneamento do espaço e da circulação das mercadorias para se dirigir sobre o corpo do trabalhador na manutenção e reparação de sua capacidade produtiva.

A reação política das forças sociais conservadoras, frente às elites progressistas que exigiam reformas de base imediatas, foi um dos fatores que levou ao golpe militar de 1964. O governo militar, representado pelo presidente Marechal Castelo Branco (1964-1967), dedicou-se à *reestruturação política do país*, com a proscricção de partidos de oposição, particularmente os de esquerda e

KUENZER, Acácia. **Ensino de 2º Grau** : O Trabalho Como Princípio Educativo. São Paulo : Cortez, 1988, p 12.

¹⁸¹ Essa redução da carga horária do curso causou grande insatisfação na categoria, sendo objeto de discussão no III Congresso de Educação de Enfermagem realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 1967 e no Seminário Nacional sobre currículo dos Cursos de Graduação em Enfermagem realizado pela Escola de Enfermagem da USP em 1969. GISI. **Op. Cit.** p, 61-62.

¹⁸² MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro : HUCITEC-ABRASCO, 1994, p. 20-21.

cassação de direitos políticos de muitos brasileiros. Combateu a inflação mediante o controle dos salários e aumento dos impostos e também eliminou a representação dos segurados nos IAPs, fechando todos os canais de negociação com a classe trabalhadora. Uma lei aprovada em 1965 suprimiu as liberdades civis, ampliou o poder do governo e suspendeu as eleições gerais que seriam realizadas nesse mesmo ano. Também se iniciou os acordos internacionais impostos pela política norte americana para a América Latina, que tinha por objetivos a formação de pessoal para atender as necessidades urgentes de mão de obra especializada, propiciar a formação de cidadãos conscientes dos problemas do país e estabelecer relações entre escola e comunidade, o que culminou na inserção do Brasil no sistema capitalista internacional.

A internacionalização da economia, com vistas a proteger o processo acumulativo de produção, um rigoroso sistema de repressão política e um modelo econômico concentrador de renda, são aspectos inerentes a esse período, que se traduziram em uma série de reformas no campo da saúde a partir de 1966, sendo, a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que gerou o Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que abrangia quase toda população urbana e rural, privilegiava a atenção médica individual e orientava-se pela lucratividade¹⁸³. Também se fortaleceu a influência das empresas privadas na área da saúde.

Foi nesse contexto que se criou em 1966, o primeiro Curso Técnico de Enfermagem, com a argumentação que existiam atribuições que não estavam sendo atendidas nem pelos auxiliares, devido à baixa escolaridade e nem pelos enfermeiros, pelo seu pequeno número. Também existiam argumentos favoráveis que apontavam como uma necessidade para que o auxiliar de enfermagem pudesse ocupar a faixa dos cursos do segundo ciclo. Mas, foi apenas com a Lei 5692/71, que fixou os critérios mínimos para o ensino de 1º e 2º graus, que o curso técnico, assim como o auxiliar, passou efetivamente a integrar o sistema de educação no Brasil, sendo caracterizado por um discurso que se fundamentava na Teoria do Capital Humano, que, para KUENZER:

¹⁸³ *Ibid.*, p.22.

Apontava a baixa produtividade e a inadequação da proposta educacional em relação ao momento histórico que o país atravessava, principalmente no que diz respeito às necessidades do mercado de trabalho em função das metas de desenvolvimento econômico acelerado e de desmobilização política. Segundo essa lógica, a maioria dos cursos eram 'excessivamente acadêmicos' e não preparavam para o exercício das funções produtivas, não atendendo às necessidades do mercado de trabalho, o que se considerava um dos fatores explicativos para a crise econômica em que mergulhava o país.¹⁸⁴

Ao que tudo indica, o curso Técnico de Enfermagem cumpriu as diretrizes da política educacional do governo, sendo mais um estrato que se agregou à categoria, contribuindo para uma maior fragmentação das funções, até hoje bastante indefinidas. Deve-se considerar também que naquele período, grande parte da equipe era composta por atendentes de enfermagem e outros agentes com pouca instrução formal.

O governo de orientação militar do presidente Artur da Costa e Silva (1967-1969), cuja preocupação central era o desenvolvimento econômico foi marcado por atividades anti-governamentais, entre as quais se destacaram as revoltas estudantis ocorridas em 1968 e pelo Ato Institucional nº. 5 (AI-5) que impunha sérias restrições às atividades políticas. Tratava-se de um Decreto governamental de 13 de dezembro de 1968, que suspendia garantias constitucionais e fortalecia a repressão aos que se opunham ao Movimento Militar. Vigorou até 1979, quando foi revogado no processo de abertura política impulsionada no governo de Ernesto Geisel. O recrudescimento do movimento estudantil contra o governo, bem como o início de atividades terroristas, em 1968 foram invocados como motivos para colocar em recesso o Congresso Nacional, as Assembleias Legislativas e as Câmaras Municipais, e realizar novas cassações de mandatos e direitos políticos, além de aposentar funcionários públicos, sobretudo professores universitários, tidos como contrários ao regime, atingindo, entre outros, o ex-governador Carlos Lacerda. Concedeu ao presidente poder para governar por meio de decretos e estabeleceu a censura.¹⁸⁵

Entretanto a economia continuava a crescer a passos largos. Em agosto de 1969, caiu gravemente doente e em outubro o general Emílio Garrastazu Médici o

¹⁸⁴ KUENZER. **Op. Cit.** p. 14.

¹⁸⁵ **Enciclopédia Encarta. Op. Cit.**

sucedeu. O regime de Médici (1969-1974) intensificou a repressão e os grupos revolucionários se tornaram mais ativos. A economia do país continuou crescendo e o progresso chegou aos cantões do país. Entre 1968 e 1974, o país viveu momentos de uma modernidade própria do primeiro mundo, com a instalação de setores tecnologicamente muito avançados e com a incorporação de padrões de produção e de consumo próprios aos países desenvolvidos. Foi um período de alta taxa de crescimento, levando o Brasil ao alcance da posição de oitava economia capitalista do mundo. Este período foi denominado de milagre econômico brasileiro.¹⁸⁶ Porém, tornavam-se cada vez mais graves a crise energética, o descontrole da inflação e o déficit na balança comercial. A Igreja Católica aumentou as críticas diante dos fracassos do governo para melhorar as condições de vida das camadas mais pobres da população.

Uma nova reformulação do ensino de enfermagem só ocorreu em 1972, através do Parecer 163/72 e Resolução 4/72 do Conselho Federal de Educação (CFE) (anexo VI), oriunda da Reforma Universitária de 1968, porém de acordo com GISI¹⁸⁷, tratou-se de oferecer uma formação fragmentada, pela inexistência de uma articulação entre as partes que o compunham. A disciplina de Saúde Pública ficou apenas como um conhecimento introdutório, as de Sociologia e Psicologia ficaram num plano secundário e aquelas direcionadas à saúde da mulher e à

¹⁸⁶ 'O milagre econômico' foi um período de expansão particularmente acelerado de certas economias, característico dos anos que seguiram à II Guerra Mundial. O termo foi utilizado inicialmente em 1955 para designar a recuperação econômica da Alemanha. No Brasil, esse processo se deu no final da década de 60, e perdurou por parte da década de 70. Produziu também uma "política de saúde do milagre, coerente com a política de então, que preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade, conjugada a baixos salários para grande parte da classe trabalhadora. Esta política desfavoreceu a maioria das categorias, mas favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia. Esses grupos foram beneficiados por altos salários e incentivos, o que possibilitou o aumento do consumo desses setores privilegiados, assim como a difusão da ideologia de consumo no conjunto da sociedade. A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo. Especificamente um bem de consumo médico". LUZ (1991). **Op. Cit.**, p. 81

¹⁸⁷ "Este currículo é organizado por matérias a serem desdobradas em disciplinas nos currículos plenos de acordo com as necessidades regionais e é dividido em três partes: a primeira parte, pré-profissional com ênfase na área biológica, traduz a busca da cientificidade da enfermagem em outras áreas do saber visando possibilitar uma dimensão intelectual ao seu trabalho (Almeida & Rocha, 1989), muito embora a designação destas matérias como **Noções Gerais** já reforçasse a idéia de abordagem superficial desses conteúdos. A segunda parte refere-se ao tronco profissional com matérias de maior concentração na área médico-cirúrgica. A terceira parte é opcional e refere-se às habilitações em Enfermagem Obstétrica, Saúde Pública e Médico-Cirúrgica. Abre ainda a possibilidade da oferta da Licenciatura. A carga horária desse currículo é de 2.500 horas e de 3.000 horas com as habilitações". GISI. **Op. Cit.** P. 62.

saúde coletiva destinaram-se ao campo das habilitações, refletindo “a evolução médica da época, que se volta cada vez mais aos interesses de uma política privatizante centrada na assistência curativa especializada”¹⁸⁸. Contudo, propiciou a constituição dos cursos de pós-graduação, surgindo em 1972, o primeiro em nível de mestrado. Os Conselhos Regionais e o Federal de Enfermagem, destinados à fiscalização da profissão até então de responsabilidade do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia foram criados em julho de 1973 (Lei nº. 5.905).

No que concerne à organização do estado, este período foi influenciado economicamente pelo setor produtivo estatal, a saber, a indústria siderúrgica, do petróleo e energia elétrica e no sistema financeiro pelo Banco do Brasil e outros de caráter regional e estadual. O aparelho social ganhou corpo na área da saúde e previdência, com a criação de várias estruturas: O Programa Nacional de Imunização (PNI), o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), a Superintendência de Controle Ambiental (SUCAM) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), este último com ações médicas individualizadas, através do Instituto Nacional de Assistência Médica e previdência Social. O Ministério da Saúde caracterizou-se por ações voltadas ao interesse coletivo e vigilância sanitária, com decréscimo orçamentário (1974).¹⁸⁹ Para LUZ, também se evidenciou a generalização

(...) da demanda por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos - já poucos - tradicionalmente destinados aos serviços públicos.¹⁹⁰

Pode-se admitir, portanto, que nesse período houve o crescimento da rede privada que não só tinha o comprador certo para seu produto - o Ministério da

¹⁸⁸ **Ibid.** p, 63.

¹⁸⁹ MENDES (1994). **Op. cit.**

¹⁹⁰ LUZ. **Op. Cit.** p. 82.

Previdência e Assistência Social - como também foi financiado pelo setor público, através do Fundo de Apoio Social (FAS).

Em 1977, com o surgimento dos indícios da crise no setor ¹⁹¹, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SIMPAS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e integraram-se a eles todos os institutos e fundações *geradoras de lucros (grifo nosso)*, sendo:

- Instituto Nacional de Previdência Social: concessão de benefícios (INPS);
- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: serviços médicos e assistência social (INAMPS);
- Empresa de processamentos de dados da Previdência Social (DATAPREV);
- Instituto de Aposentadorias e Pensões da Assistência Social: arrecadação (IAPAS);
- Centro de Medicamentos (CEME);
- Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEN);
- Legião Brasileira de Assistência (LBA).

Visando racionalizar os serviços e diminuir os gastos crescentes com a atenção médica, estas reformas, sem dúvidas, favorecem a produção privada dos serviços de saúde ¹⁹². Assim, a medicina e a enfermagem curativas encontraram-se totalmente fortalecidas com o capitalismo favorável ao consumo desmedido de medicamentos, bem como a indústria de equipamentos médico-cirúrgicos, fundamentais às empresas de saúde, forçando o atendimento dos interesses do capital no setor. ¹⁹³

A década de 70 representou o marco inicial da procura pela autonomia e da especificidade da enfermagem - pela construção de um corpo de conhecimento

¹⁹¹ Em aproximadamente meados da década de 70, se iniciou no Brasil um processo de luta pela democratização política que trouxe em seu bojo o movimento da Reforma Sanitária, com o entendimento da saúde como um direito do cidadão e dever do estado. Foi um período de transição democrática, que perdurou até 1988, com a promulgação da Constituição Federal. Esse movimento congregou os setores mais progressistas da área da saúde, além dos setores de esquerda, e, liderados - de forma não pública - pelo Partido Comunista Brasileiro, tomou por base a experiência da Reforma sanitária Italiana. A proposta era de um sistema de saúde único, estatal e descentralizado, mantendo-se o setor privado como entidade suplementar, sob controle público. A estratégia adotada pelas lideranças foi a da ocupação de cargos estratégicos no aparato do Estado, mais especificamente no sistema de previdência social. COHN. Op. Cit. p,

¹⁹² ABEN. **Op.cit.**, p. 12.

¹⁹³ GERMANO. **Op.cit**, p. 40.

próprio - dando início ao processo de discussão para conceituar enfermagem como ciência. Esse processo iniciado pelas enfermeiras norte-americanas com a construção das teorias de enfermagem, foi deflagrado no Brasil por *Vanda de Aguiar Horta* com a Teoria das necessidades humanas básicas¹⁹⁴. Observou-se uma clara substituição dos conhecimentos da biologia, fisiologia e da própria medicina, pelos da psicologia, com ênfase nos aspectos comportamentais e de relações humanas e os da sociologia-função, papel, ação social - entre outros, mas não se confirmou na prática enquanto conhecimento específico do enfermeiro. Conforme evidencia RIZZOTTO,

Na perspectiva histórica não é possível estabelecer um sistema de necessidades concluso, uma estrutura mínima e congelada de necessidades humanas, pois a riqueza do homem está exatamente na sua capacidade de satisfazer e criar novas necessidades, ou seja, de fazer história. Para isto, em primeiro lugar, o homem precisaria estar em condições de viver e desenvolver-se socialmente, sendo que o desenvolvimento social se constitui no próprio desenvolvimento de necessidades. Contudo, não basta que as necessidades existam, mas fundamentalmente como elas são satisfeitas o que revela o padrão de sociabilidade existente na estrutura societária.

Num dos momentos da análise de ALMEIDA & ROCHA¹⁹⁵ - sobre a distribuição da carga horária teórico-prática dos quatro currículos de enfermagem do país de 1923, 1949, 1962 e 1972 - foi demonstrado um crescente aumento da teoria e conseqüente diminuição da prática demonstrando o movimento de intelectualização do enfermeiro. Ao mesmo tempo em que a enfermagem tentava construir um espaço próprio, com publicações científicas acerca das teorias de enfermagem, a religiosidade ainda se expressava enquanto fator de primeira ordem ao bom desempenho da profissão, além das características como bondade, amor e fraternidade. Apesar de a ABEN ter sido responsável por muitas conquistas da categoria, publicou - com raras exceções¹⁹⁶ - até 1980, artigos que

¹⁹⁴ HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo : EPU, 1979.

¹⁹⁵ ALMEIDA & ROCHA. **Op. Cit.** p. 85.

¹⁹⁶ Como exceção, Germano cita o texto de VERDERESE. Maria de Lourdes. Conceito de Autoridade e Democracia em Ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. nº. 4, Ano X, Dez. 1957. p. 371-74. Além desse texto, também são citadas somente outras duas publicações datadas de 1980, sendo: PEDRAZZANI, João Carlos. Formação do Profissional de Saúde - estrutura ocupacional e demandas educacionais. **Revista brasileira de enfermagem**. Ano XXXIII. Out.dez. 1980 e de uma resenha da **Revista Educación Médica y Salud** de Everaldo Ribeiro NUNES, intitulada **Antologia**

negligenciaram a exploração do trabalho e os conflitos decorrentes de uma sociedade de classes.

3 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS POLÍTICAS NEOLIBERAIS PARA A SAÚDE E A EDUCAÇÃO

31 A CONFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ÀS POLÍTICAS DE AJUSTE ESTRUTURAL

Após um período de lutas armadas e forte repressão política (1969-1974), ocorreu uma gradual distensão (1974-1979), culminando com a abertura (1979-1985) e anistia aos políticos cassados (1979), mas a maior característica da década de 80 foi o fato de o país apresentar de forma mais contundente uma profunda crise econômica e política, que teve início ainda na década de 1970.¹⁹⁷

Em 1984, o candidato oposicionista Tancredo Neves foi eleito pelo Colégio Eleitoral, como fruto desviado de uma ampla manifestação popular por eleições diretas. Entretanto, o término do governo militar não põe fim à crise política, devido à inflação e a enorme dívida externa¹⁹⁸ sob o controle do Fundo Monetário Internacional.

¹⁹⁷ “O esgotamento, nos anos 70, do longo ciclo de acumulação, iniciado no pós-guerra, começou apresentar sinais de enfraquecimento em meados da década de 60, e se esgotou completamente na década seguinte, caracterizado pelo declínio das taxas de crescimento e posterior crise estrutural das economias centrais, deslançou um profundo processo de reestruturação tecnológica e produtiva nos países industrializados e a emergência do processo de globalização, que se intensificaria nas décadas seguintes. Pela primeira vez na história, todas as formas de capital atingiram uma escala global no seu processo de circulação, o que causou uma deterioração do controle dos Estados nacionais e instituições multilaterais sobre variáveis econômicas importantes, como os fluxos de capitais financeiros e produtivos e sobre o próprio mercado. Essas mudanças no sistema capitalista mundial foram acompanhadas pelo progressivo declínio da influência das concepções *Keynesianas* que haviam dominado as políticas macroeconômicas desde o pós-guerra. Assim, já nos anos 70, era marcante a crescente influência das teorias monetárias neoliberais. Estas iriam ganhar hegemonia nas décadas seguintes na condução das políticas globais, constituindo-se no alicerce ideológico que vem fundamentando a atuação do Banco Mundial e do FMI desde então”. SOARES, Maria Clara. **Banco Mundial: políticas e reformas**. In: TOMMASI, Livia de; WARDE, Miriam Jorge; HADDAD, Sérgio (organizadores) **O Banco Mundial e as Políticas Educacionais**. São Paulo : Cortez, 2003, p. 20.

¹⁹⁸ Atualmente, o Banco Mundial (BM) é o maior captador mundial não soberano de recursos financeiros e o principal financiador de projetos de desenvolvimento de âmbito internacional, exercendo grande influência no mercado internacional. Considerando os financiamentos acumulados até 1994, o Brasil efetuou empréstimos de tal ordem, que só foi superado pelo México e pela Índia, tornando-o um importante captador de recursos. Entre 1947 e 1965, os empréstimos realizados pelo Brasil destinavam-se aos setores de energia e transportes e entre 1966 a 1975, a setores diversificados e somente a partir de 1976, ocorreram financiamentos relevantes nos setores sociais. Nos períodos de 1955-1957 (devido ao viés nacionalista do governo Vargas) e 1960-1964 (devido ao

Ao contrário, as contribuições de GENTILI, demonstram que o ideário neoliberal que vinha se impondo desde a década de 70, foi tomando corpo na década de 80 e se efetivou gradativamente de fato na década seguinte até os dias atuais ¹⁹⁹, *apesar da recente vitória eleitoral de lideranças de esquerda* (grifo nosso).

A desaceleração do crescimento econômico e aceleração inflacionária atingiram a capacidade de reprodução do regime autoritário brasileiro, pela decomposição do bloco de poder que dava sustentação ao regime militar e a base que até então ancorava o processo de industrialização, transformando uma crise fiscal e financeira em crise orgânica do estado. Passaram a conviver ao mesmo tempo um processo de redemocratização do país e um forte movimento popular que exigia reformas das políticas sociais e de saúde. ²⁰⁰

Uma política de saúde concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, identificada por LUZ, como a expressão do regime político autoritário da época, não forneceu o direito à saúde, como dever do estado, já reivindicado no período anterior. Ao contrário, as condições de saúde da população tornavam-se cada vez mais críticas, focalizando nos serviços de saúde o centro da crise do modelo de política social. Nas eleições de 1982 para os governos estaduais, ocorreu a vitória da oposição, cujo tema obrigatório dos programas centrava-se nas questões de saúde. O mesmo ocorreu com muitos deputados estaduais e federais que se elegeram com programas direcionados à saúde. ²⁰¹

Como resposta a crise financeira da Previdência, foi criado o Conselho Consultivo da Administração em Saúde Previdenciária (CONASP), composto por

rompimento do governo JK com o FMI, que se acentuou no governo João Goulart), o Banco Mundial não aprovou empréstimos para o Brasil. Atualmente, o Banco Mundial é composto pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), que abrange quatro agências: a Associação Internacional de Desenvolvimento (IDA), a Corporação Financeira Internacional (IFC), o Centro Internacional para Resolução de Disputas sobre Investimentos (ICSID) e a Agência de Garantia de Investimentos Multilaterais (MIGA). Desde 1992 o BM assumiu a administração do Fundo Mundial para o Meio Ambiente (GEF), aprovado pela ECO 92 como o principal fundo para gerenciamento do meio ambiente no âmbito global. **Ibid.** p.1-33.

¹⁹⁹ GENTILI, Pablo, et. al. **Pedagogia da Exclusão: Crítica ao neoliberalismo em Educação.** Rio de Janeiro : Vozes, 1998. p 85.

²⁰⁰ RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Tese de doutorado apresentada Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000, p.187.

²⁰¹ LUZ. **Op. Cit.** p. 82.

representantes de vários órgãos, que passou a ter um papel definidor das políticas do MPAS, diminuindo o poder da tecnocracia médica - até aquele momento no poder - e apontando novos rumos para a assistência médica previdenciária. O CONASP favoreceu a criação de novas propostas de reordenação do setor saúde, cuja ênfase gravitava em torno da descentralização ²⁰² - liderada pelos setores progressistas, onde muitos já ocupavam cargos na administração previdenciária - e da inclusão dos usuários na definição das políticas e do fortalecimento do setor público, com ações de qualidade.

O movimento pela reforma sanitária influenciou o processo de descentralização da saúde no Brasil, que teve início em 1983 ²⁰³ com a assinatura dos primeiros convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o repasse dos recursos da Previdência Social para os estados e municípios como pagamento da assistência prestada aos previdenciários. De acordo com ESCODA & LIMA as AIS lançaram as bases precursoras do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

²⁰² Deve-se considerar que a defesa da descentralização não é privilégio dos setores progressistas. "Os principais órgãos internacionais de financiamento também a indicam como um dos mecanismos centrais do saneamento fiscal - e de certa forma também social - das sociedades periféricas. Partindo-se dessas duas perspectivas - das quais esta última tem na busca da racionalidade econômica (entendida como eficiência) das políticas sociais uma das razões centrais de sua proposta, enquanto a primeira valoriza a dimensão propriamente política da descentralização - o problema passa a ser o de articular as dimensões política e econômica desse processo". COHN, Amélia. Descentralização, Saúde e Cidadania **In: Lua Nova - Revista de Cultura e Política**. nº. 32, 1994, p. 5.

²⁰³ Na verdade, existiram outras experiências anteriores, que não obtiveram sucesso. Por exemplo, em 1975 foi proposta a implantação do Sistema Nacional de Saúde - Lei nº. 6229/75 - onde os técnicos do Ministério da Saúde elaboraram o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS). Foi um programa interministerial, coordenado pelo MS e que tinha por objetivo a criação de agências de saúde públicas simplificadas junto a agrupamentos humanos de áreas rurais em municípios de até 20.000 habitantes. Visava à implantação de uma ampla rede de Unidades de Saúde Pública - Postos de Saúde, Centros de Saúde e Unidades Mistas - O impedimento a efetiva implantação do PIASS foi de natureza política, pois localizava-se periféricamente à estrutura hegemônica prestadora de serviços de saúde. O PREV-SAÚDE também criado por técnicos do Ministério da Saúde em 1980, tinha como fundamentação teórica os conceitos aprovados na Conferência Internacional de Alma Ata - pela OMS em 1978 - sobre cuidados primários de saúde e se apoiava na prática do PIASS e de outras experiências de atenção primária à saúde, desenvolvidas no Brasil e em outros países. Com recursos da Previdência Social, o PREV-SAÚDE pretendia organizar os serviços de saúde, implantando e incrementando a rede de serviços básicos, constituindo um nível primário estatal. Os níveis secundários e terciários se articulariam conforme os princípios de regionalização e hierarquização. A rede privada de serviços de saúde passaria a ter papel complementar à ação estatal. O PREV-SAÚDE foi literalmente bombardeado pela Direção Geral do INAMPS e pelas empresas hospitalares. A aliança que se estabeleceu entre membros da tecnocracia do INAMPS e representantes das empresas hospitalares inviabilizou o PREV-SAÚDE. LAFOZ, Sonia. **Introdução à Uma Discussão sobre o Planejamento em Saúde no Brasil: A POI,**

(SUDS), que já incorporava o pensamento do projeto da reforma sanitária, elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília (1986).²⁰⁴ O SUDS (1987) foi o segundo momento do processo de descentralização da saúde, sendo que o repasse de verbas estava associado ao repasse dos equipamentos próprios da previdência social e dos estados. Também teve início o processo de descentralização das ações de saúde em todos os estados brasileiros, que não apresentou mudanças significativas nos serviços, nem no modelo assistencial.²⁰⁵

O terceiro momento da descentralização da saúde se deu com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que apontou para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regionalizado, hierarquizado e com acesso universal igualitário. Entretanto, não se pode qualificar como cidadã a atual constituição, tendo em vista que, segundo COHN, “ao mesmo tempo que ela garantiu e ampliou os direitos de quem não os tinha ou os tinha precariamente, como é o caso dos trabalhadores, ela reforçou e/ou criou privilégios que acabaram por se transformar em obstáculos à superação da crise do Estado e à construção de uma democracia estável”. Ocorre, que a Constituição, tal qual foi formulada, demonstra duas situações ambíguas: de um lado aparece a descentralização e a extensão dos direitos, sem a correspondente previsão das fontes de financiamento; de outro, o repasse dos recursos para os níveis estadual e municipal, sem os respectivos encargos. “De fato, nem na própria regulamentação constitucional, nem nas leis orgânicas estaduais e municipais, são claramente definidas as competências de cada esfera do poder”.²⁰⁶

Instrumento de unificação. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. **Saúde em Debate** – Março de 1989, p. 71.

²⁰⁴ ESCODA, Maria do Socorro Quirino; LIMA, Maria de Fátima. **Saúde, Sociedade e Governo.** Texto apresentado às etapas municipais e estadual-RN, da IX Conferência Nacional de Saúde, mimeo, 1992, p. 3.

²⁰⁵ Apesar da estadualização do INAMPS - fator fundamental para a efetivação do SUDS, a partir da Constituição Federal de 1988 - o SUDS não promoveu a efetiva descentralização administrativa para os municípios. O que se observou foi o sucateamento dos Postos de Assistência Médica do INAMPS - no que respeita a retirada de aparelhos, instrumentais e materiais, com destino ignorado – antagonismo ostensivo contra os trabalhadores remanescentes da esfera federal pelas chefias indicadas pelo Estado, à continuidade da diminuição das verbas públicas e um total descaso com a questão da participação popular. (grifos nossos)

²⁰⁶ COHN. **Op. Cit.**, p 7-8.

Ao final da década de 80 ainda não havia ocorrido, de fato, à descentralização da saúde proposta na VIII CNS. Na verdade, o que se observou foi um movimento de recentralização da racionalidade econômica, em detrimento da lógica política, que se fosse democrática, iria buscar a racionalidade e a eficiência como parte de um processo mais amplo, em que, o direito à saúde seria concebido como diretamente vinculado à cidadania.

Resumindo a análise de COHN²⁰⁷ sobre esse tema, tem-se que o processo de descentralização ainda não se concretizou até os dias atuais e vem sendo implantada com grande volume financeiro dos municípios, aliada a uma baixa definição das competências de cada nível de poder, que acaba por impor restrições à autonomia dos municípios na definição de suas políticas de saúde. Também inexistente um padrão de articulação entre os níveis federal, estadual e municipal, levando alguns municípios a se relacionarem diretamente com o nível federal e outros em que o nível estadual atua como intermediário. Levantando a hipótese de que o nível municipal, dotado de autonomia, aumentasse para 10% de sua receita, os gastos com saúde, ainda assim, seriam insuficientes para financiar a saúde, do ponto de vista da universalização do acesso.

Assim, a relação entre “descentralização, democracia e racionalidade passa a ser ditada pela busca da racionalidade estritamente econômica”, que envolve duas situações contraditórias: A perspectiva do governo central é a de que os recursos para a saúde serão provenientes do orçamento fiscal ou da seguridade social, já a perspectiva do poder local é a do aumento da pressão da demanda, devido à proximidade da administração com a comunidade e a dificuldade de garantir a universalização do acesso a esses serviços, haja vista, a dependência das receitas tributárias dos municípios e a tendência à diminuição dos aportes estaduais. Os critérios de repasse dos recursos dos níveis federal e estadual para os municípios estão sendo definidos pela produção de atos médicos, e não pela qualidade e acesso aos serviços. Desse modo, a descentralização vem sendo entendida como equivalente à democratização da saúde, sem a mediação da conjuntura econômica e política.

²⁰⁷ Id.

Com a aprovação das leis 8 080 e 8 142, em 1990, observou-se uma expansão do número de Conselhos de Saúde e a partir de 1993 iniciou-se o processo de municipalização, porém, o financiamento do SUS continua alvo de discussões, prevalecendo o aumento do aporte de recursos através da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF), ao mesmo tempo em que se incorporam mecanismos de mercado no relacionamento entre as diversas esferas do governo, subordinando a própria rede pública à lógica da produtividade que rege as relações público-privado, o que contribui para a reprodução do modelo médico-assistencial hegemônico, de alto custo e inadequado as necessidades de saúde da maioria da população.

De acordo com SOARES, “a atual política de saúde, não por acaso, centra seu foco de atenção no âmbito municipal/local, impondo padrões de atuação não condizentes com a enorme heterogeneidade deste país, e totalmente distantes das possibilidades reais dos municípios de darem resposta aos crescentes problemas de saúde com os quais se defrontam”.²⁰⁸

A partir da década de 1980, o Banco Mundial passou a impor condições para concessão de novos empréstimos aos países em desenvolvimento endividados, interferindo diretamente na política interna desses países por meio de programas de ajuste estrutural como forma de garantir o pagamento da dívida e transformar a estrutura econômica dos países, convenientes ao novo padrão de reestruturação econômica, com base no neoliberalismo.

Sem levar em conta a especificidade e peculiaridades dos países latino-americanos, as características do pacote de medidas e diretrizes da política econômica neoliberal contemplam a redução das despesas e do déficit públicos; congelamentos de salários nominais e queda de salários real; liberação de preços; restrições no crédito e elevação das taxas de juros; desvalorização da moeda e liberalização do comércio exterior.

Apesar das relações entre Brasil e Banco Mundial não serem de todo muito amistosas, o Brasil assinou o primeiro acordo de estabilização com o FMI e Banco Mundial no início da década de 1980, adotando programas de estabilização e ajuste

²⁰⁸ SOARES, Laura Tavares. **As Atuais Políticas de Saúde**: os riscos do desmonte neoliberal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 53, n. especial, p.17-24, dez. 2000, p. 22.

da economia, direcionadas ao pagamento da dívida externa. Na metade da década, foram implementados programas de estabilização que contrariaram as orientações desses organismos e em 1989 houve uma queda na participação nos empréstimos do BIRD. Porém, a partir do governo de Fernando Collor de Melo, o Brasil vem adotando uma série de reformas propostas pelo modelo neoliberal, com a adoção de diversos programas de estabilização, corte de gastos públicos, renegociação da dívida externa, abertura comercial, flexibilização e estimulação do ingresso de capitais estrangeiros, privatizações, eliminação de vários programas de incentivo e controle de preços, aumento de exportações e início do desmonte do serviço e das políticas públicas.

Durante toda a década de 80 e nos primeiros anos da década de 1990, a economia brasileira apresentou instabilidade do crescimento, associada à taxa de inflação extremamente elevada. Observou-se a diminuição da renda *per capita*, aumento da concentração de renda, deterioração das condições de vida quanto das perspectivas de superação dos problemas estruturais relacionados à miséria e à desigualdade social.²⁰⁹

Os indicadores sócio-econômicos apresentados pela Representação da Organização Pan-Americana no Brasil (OPAS) editado em 1998 demonstraram que o Brasil é um dos países com as mais destacadas desigualdades. A renda média dos 10% mais ricos é de 30 vezes a dos 40% mais pobres, enquanto que em países com grau de desenvolvimento semelhante é 10 vezes maior. Entre 1960 e 1990 os 50% mais pobres tiveram a participação na renda nacional reduzida de 18% para 12%, enquanto a dos 20% mais ricos elevou-se de 54% para 65% no mesmo período. A pobreza assume variados aspectos, resultantes da diversidade física, econômica e social. Existem pólos de pobreza diametralmente opostos quanto a sua característica, como é o caso do nordeste e o sudeste. A pobreza nordestina é típica de sociedades tradicionais à margem do crescimento urbano-industrial, enquanto a pobreza da região sudeste associa-se social e economicamente à participação dessa região como centro dinâmico da economia nacional. No nordeste o tamanho

²⁰⁹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS. ESCRITÓRIO DE REPRESENTAÇÃO NO BRASIL. **A Saúde no Brasil**. Brasília, novembro de 1998, p. 4-6.

das famílias pobres é maior, os chefes de família, com poucas exceções são analfabetos e a condição de ocupação é “por conta própria”.

Apesar da participação do Banco Mundial (BM) na saúde ter se iniciado em 1975 como diretrizes e orientações voltadas às políticas nacionais para os países da América Latina, com a apresentação de um conjunto de propostas para reforma do setor saúde, dirigidas ao ‘combate a pobreza’, o primeiro acordo firmado entre Brasil e o Banco ocorreu de fato em 1981 e somente nos anos 90 foram feitos acordos de empréstimos de maior aporte de recursos financeiros. Para RIZZOTTO, os fenômenos que foram significativos para ampliação desses empréstimos foram: a insistência da discussão sobre pobreza e a necessidade de reformas setoriais, tendo em vista que o setor saúde já se mostrava como um mercado promissor para o investimento privado em nível mundial e a disseminação de doenças, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS - que é vista pelo governo americano e o Banco como uma questão de segurança. Atualmente, reforça a autora, não se pode negar que determinadas políticas do MS estão muito próximas às orientações do BM, seguindo a mesma lógica da reforma do Estado no Brasil. Como exemplo tem-se a criação de subsistemas dentro do SUS; os incentivos à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de ações do MS para organismos não estatais - como já existe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA ²¹⁰; a reestruturação do MS; a criação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), direcionados às populações pobres. Os dados do Ministério da Saúde, em 2000, fornecidos por RIZZOTTO demonstram que o PACS conta com 114.793 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são trabalhadores sem qualificação e sem a cobertura da legislação (não tem férias, 13º salário, aposentadoria). É notável a semelhança entre o PACS e a proposta do “trabalhador comunitário de saúde” do BM. O PSF por sua vez, oferece uma

²¹⁰ Criada em 26 de janeiro de 1999 - Lei Federal nº 9728 - é responsável pelo controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados”. Também executa o controle dos portos, aeroportos e fronteiras, sendo o interlocutor junto ao Ministério das relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos de cunho internacional na área de vigilância sanitária. www.ans.saude.gov.br.

cobertura muito aquém da oferecida pelo PACS, além de estar circunscrito ao REFORSUS, que é financiado pelo BIRD.

São três os projetos que fazem parte dos acordos de empréstimos, e contam com a participação do BIRD: Projeto de Vigilância e Controle de Doenças, Projeto de Controle e Prevenção de DST/AIDS e REFORSUS - Reforço à Reorganização do SUS – ou “Projeto de Reforma do Setor Saúde” como é denominado no acordo de empréstimo assinado pelo Brasil.²¹¹

Muito recentemente, em 2000, o BID financia, juntamente com o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), o Projeto para Profissionalização de Pessoal de Enfermagem - PROFAE (anexo VII).²¹² Apesar de ser um projeto direcionado a área de educação, a agência executora do mesmo é o Ministério da Saúde. É classificado pelo Banco como uma operação setorial de combate à pobreza, com vistas à promoção da igualdade social. São oferecidos cursos para auxiliar e técnico de enfermagem em todo o Brasil, por meio de ações descentralizadas, em escolas públicas e privadas, sendo que a escolha da instituição se faz via licitação e a instituição vencedora se responsabiliza pela realização do curso, com recursos do PROFAE.

O interesse do Banco Mundial e FMI pela privatização dos serviços de saúde na América Latina, não é uma política isolada, estando articulado a uma ideologia e ao pacote de medidas, já conhecido. Conforme denuncia SOARES, um dos fatores responsáveis pelo desvio de recursos de âmbito local é o pagamento das internações hospitalares, realizado pelas prefeituras, através das AIHS. Apesar do valor pago pelas mesmas aos hospitais e clínicas particulares ser irrisório, estes estabelecimentos estão sendo beneficiados por governos locais que “têm se mostrado tão corruptos quanto os demais níveis de governo e igualmente imunes ao controle social supostamente exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde, muitas vezes manipulados pelos respectivos prefeitos e/ou secretários municipais de saúde”. A expressão máxima da mercantilização da saúde são os seguros privados de saúde, que se beneficiam duplamente: pela política de desmonte do

²¹¹ RIZZOTTO (2000). **Op. Cit.** p. 216.

²¹² PROJETO PARA PROFISSIONALIZAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM (BR – 0305). Resumo Executivo. www.bird.org.br. Acesso em 22/05/2004.

SUS que ‘expulsa’ clientela potencial para esses seguros e pelo privilégio do financiamento direto e indireto através dos subsídios e isenções fiscais, que representa um grande desvio de recursos públicos. Devem-se considerar as sérias limitações desses privilégios, pois esses seguros privados possuem um potencial de cobertura bastante reduzido, aproximadamente em torno de 30%. Nesse caso, a maioria da população – os 70% restantes - continua dependendo do serviço público. Também existem as restrições feitas a determinadas clientelas e patologias que não dão lucro e a baixa qualidade da assistência. A introdução da lógica mercantil no interior do serviço público que privilegia a relação custo/benefício em detrimento a qualidade “são os modismos gerenciais, como a ‘flexibilização’ e da ‘desregulamentação’, que geram um total descompromisso do serviço com a população atendida”. Essa estratégia, presente na Reforma do Estado, transforma órgãos públicos estatais em agências privadas - as conhecidas organizações sociais - que, além de serem financiadas com recursos públicos, podem cobrar por serviços cobrados.²¹³

O governo de Fernando Henrique Cardoso deu prosseguimento às reformas: ampliou o processo de abertura econômica, intensificou as privatizações e aprovou uma série de mudanças constitucionais que abriram caminho para o aprofundamento das reformas. Muitas das mudanças coincidiram com as propostas do Banco Mundial e FMI, como a reforma do sistema previdenciário, a revisão do sistema tributário, a flexibilização dos monopólios, a concentração dos recursos para educação no ensino básico, entre outros.²¹⁴

Semelhantes encaminhamentos estão sendo dados por Luis Inácio Lula da Silva, que inclusive, já aprovou a reforma previdenciária, conforme o Plano Diretor de Reforma do Estado²¹⁵, flexibilizando a estabilidade e os regimes jurídicos e

²¹³ SOARES, Laura Tavares. **Op. Cit.**, p. 23.

²¹⁴ SOARES, Maria Clara. **Op. Cit.** p. 37.

²¹⁵ Trata-se do primeiro documento do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), gerado em 1995. Os dados fornecidos pelo documento retratam com bastante clareza as propostas que se queria implantar. Por exemplo, as causas do agravamento da crise fiscal e da inflação são atribuídas à presença do Estado no setor produtivo, o que faz da Reforma apenas um instrumento para “consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Para a implantação de uma administração de “caráter gerencial” que permita “formas modernas” de gestão, basta que se flexibilize a estabilidade e os regimes jurídicos dos servidores públicos. É essencial que as aposentadorias ocorram em “idade razoável” e proporcional ao tempo de

modificando o tempo de aposentadoria dos servidores públicos federais. Também isentou os empresários do Imposto de Renda (IR) sobre as exportações, gratificando os titulares da dívida externa com a redução do IR à remessa de juros para o exterior, gerando a reconcentração de renda nacional dos setores financeiros, do agronegócio e exportação de mercadorias. Os encargos da dívida externa no período de 2003-2004 demandaram 60% do orçamento total, podendo chegar a 70% em 2005, sendo que os impostos e as contribuições cobrem apenas 30% do gasto orçamentário.

Os governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992), Itamar Franco (1992-1994), Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), Luis Inácio Lula da Silva (2003 até os dias atuais), procuraram combater a inflação com planos econômicos de estabilização, persistindo e/ou se agravando os problemas sociais, também em relação à infância, segurança e reforma agrária, cuja manifestação mais expressiva é representada pelo movimento dos sem-terra e à distribuição social da renda nacional.

A Síntese de Indicadores Sociais, apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2004, publicada na Revista CARTA CAPITAL, demonstrou aumento do desemprego, queda na renda dos brasileiros de todas as classes sociais e disparidades no rendimento regional entre o sudeste (R\$ 862,20) e nordeste (R\$ 429,50), denotando um crescimento econômico com forte concentração de renda. As desigualdades foram visíveis também no setor da educação em que os 20% mais ricos apresentaram 6,5 anos a mais de estudos do que os 20% mais pobres, mesmo com a redução de 30% no índice de analfabetismo formal, tendo em vista que um terço dos brasileiros ainda são considerados analfabetos funcionais. 71% dos estudantes da rede privada do ensino superior pertencem ao um quinto da população com mais renda, sendo que 82% daqueles que integram a rede pública, provêm dos dois quintos superiores da escala. As desigualdades são enormes também no que se refere à cor e gênero, mas, são nos dados sobre trabalho infantil que reside a expressão mais criminosa do atual estágio

contribuição. E, assim sucessivamente. Trata-se do documento piloto, a partir do qual serão gerados os demais. SOARES, Laura Tavares. **Op. Cit.** p. 18.

capitalista: cerca de 13 milhões de crianças de 5 a 13 anos no mercado de trabalho em 2003, principalmente em atividades agrícolas, e 38% sem receber remuneração.²¹⁶

3.2 PRESCRIÇÕES NEOLIBERAIS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Algumas transformações ocorridas ainda na década de 1970, como a implantação da metodologia da assistência de enfermagem²¹⁷; a introdução da consulta de enfermagem em alguns hospitais e a participação do enfermeiro em

²¹⁶ PARDINI, Flavia. Mais-Valia: Nivelar por baixo. **Revista Carta Capital**, São Paulo, ano XI, n. 331, p.58, 2 de março. 2005.

²¹⁷ Tratou-se da aplicação de métodos científicos na assistência de enfermagem. No Brasil, foram utilizados com maior expressão os fundamentos teóricos de *Wanda Aguiar Horta*, com a aplicação do processo de enfermagem, definido pelo inter-relacionamento de seis passos dirigidos ao procedimento a ser executado no atendimento do indivíduo, ainda bastante utilizado na atualidade. O primeiro passo é o histórico de enfermagem, que é um roteiro sistematizado utilizado para coleta de dados para identificação dos problemas do ser humano, que após sua análise e avaliação levam ao passo seguinte, denominado diagnóstico de enfermagem. É determinado pela identificação das necessidades do indivíduo e na determinação de parâmetros que se relacionam a natureza e a extensão de dependência do atendimento. O terceiro passo é o plano assistencial de enfermagem, que tem por base conceitos para o ato de assistir, em que se delineiam os encaminhamentos, orientações, ajuda e execução de cuidados. O plano ou prescrição de cuidados é o quarto passo, sendo uma descrição diária e aprazada das atividades que devem orientar a equipe na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do indivíduo. Após sua avaliação realiza-se o quinto passo que é a evolução de enfermagem e trata-se da avaliação da resposta do indivíduo mediante análise e descrição das mudanças ocorridas com o mesmo diante dos cuidados prestados. O sexto e último passo é o prognóstico de enfermagem, sendo uma estimativa de resposta aos cuidados prestados e correção dos possíveis erros de cada fase. HORTA. **Op. Cit.** p, 35-36.

Este e outros referenciais, que situam a problemática de saúde ao nível individual e uma atuação restrita à decisão do profissional, permite o restabelecimento das condições biológicas do homem como força de trabalho para se manter no mercado. Ignora a categoria social do homem e esconde as diferenças de classe. A metodologia de assistência de enfermagem em que o profissional compartilha o seu saber com outros profissionais num trabalho conjunto com a coletividade, grupos, famílias e indivíduos, com vistas à captação e interpretação da realidade de saúde, dentro de um contexto social historicamente determinado e interferência nessa realidade e sua reinterpretação, com nova intervenção sobre ela, é o referencial teórico capaz de superar os antigos modelos assistências de enfermagem. Trata-se da metodologia de assistência de enfermagem fundamentada no materialismo histórico e dialético, apontada por EGRY e QUEIROZ como aquela que “possibilita desfazer os mitos vigentes na enfermagem e na saúde como o do ‘messianismo’ que confere não só poder como responsabilidade absolutos ao enfermeiro quando da sua assistência ao paciente; ou de ‘impotência profissional’ ao não conseguir ‘sozinho’ modificar as condições, ainda que singulares, de cada pessoa, todos eles originários de uma postura idealista de prática profissional. Nesta prática é inevitável que surjam sentimentos de ‘culpa’ ora responsabilizando a clientela, ora responsabilizando o profissional pela não ‘melhora das condições de saúde’”. Ver EGRY, Emiko Yoshikawa; QUEIROZ, Vilma machado de. **BASES METODOLÓGICAS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA FUNDAMENTADAS NO MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO. REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM.** BRASÍLIA. 41(1) Jan./mar.1998, p. 32.

atividades ambulatoriais de cunho preventivo, como no Programa de Imunizações - mesmo que incipientes - favoreceu o amadurecimento técnico do enfermeiro. Entretanto não deram conta de responder às questões que sempre permearam as discussões da categoria, como a indefinição de papéis e a luta - principalmente dos enfermeiros - pela afirmação de um status profissional semelhante às outras categorias da área de saúde de nível superior, mais especificamente a categoria médica.

Uma enfermagem que privilegiava a prática tecnicista fundada no modelo biomédico e que prestava uma assistência individual e curativa, certamente que também não exercia influência na definição das políticas de saúde do País. As primeiras experiências com atenção básica em saúde e atividades de cunho preventivo, no início da década de 1980, levaram os enfermeiros a repensar seu papel social. No auge do Movimento pela Reforma Sanitária, com as discussões pela implantação do Sistema Único de Saúde, os segmentos da categoria de enfermagem começaram a ter maior expressão nos movimentos sociais e em defesa da saúde pública, bem como do processo de formação profissional, deflagrado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Um intenso movimento foi desencadeado na enfermagem, que buscava analisar a formação do enfermeiro e sua inserção profissional nas práticas de saúde no mundo capitalista. Começaram a surgir bibliografias, que, apresentavam como referencial a análise crítica do ensino e da prática de enfermagem, podendo-se citar: Germano (1983), Silva (1986), Almeida & Rocha (1989), Pires (1989), entre outros.

Em 1985, a ABEN, em conjunto com o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - encaminhou a Presidência da República documento reivindicatório, solicitando a aprovação da Lei do Exercício de Enfermagem, além de melhoria das condições de trabalho para a enfermagem, diminuição da jornada de trabalho, instituição de insalubridade e periculosidade, salário mínimo profissional, acesso do enfermeiro aos níveis decisórios e a transformação do atendente em auxiliar de enfermagem, ou seja, a preparação do atendente de enfermagem para o ensino regular ou supletivo de ensino de 1º grau nos termos legais do Conselho Federal de Educação. Segundo SCHOELLER, o documento em questão não foi discutido pela totalidade das entidades representativas da enfermagem, e menos ainda 'pela

subcategoria dos enfermeiros' (!), o que se repetiu também em relação à participação na VII e VIII CNS, em que a base social da categoria "só tomou conhecimento das questões após sua realização".²¹⁸

Em 1986 ocorreu a vitória da chapa Participação na direção da ABEN nacional, com a democratização interna da entidade e a proposta de unificação da luta da enfermagem. Segundo GISI também se tornou evidente a atuação da Comissão de Educação/ABEN desta gestão -1986/1989 - e da Comissão de Especialistas de Enfermagem/SESU como fator fundamental no desencadeamento dos debates ocorridos nacionalmente e que trouxeram à baila novas propostas de formação, pautadas no compromisso social do enfermeiro.²¹⁹

Em junho desse mesmo ano, foi aprovada a 'nova' Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº. 7498), sendo regulamentada em junho de 1987 (decreto nº. 94.406). Apresentou algumas contribuições importantes como: a garantia da participação da enfermagem no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde e nos planos assistenciais de saúde, incluindo consulta e auditoria de enfermagem; obrigatoriedade de habilitação legal e registro no Conselho de Enfermagem e o reconhecimento legal do técnico de enfermagem, que já estava regulamentado pelos organismos educacionais. Entretanto foram vetados os artigos que tratavam: da necessidade de órgão de enfermagem na estrutura básica de todas as instituições de saúde; do reconhecimento da autonomia técnica do enfermeiro para exercício da enfermagem nas instituições de saúde e para o exercício liberal da profissão e da obrigatoriedade de registro das instituições privadas de prestação de serviços de saúde e de ensino nos Conselhos de Enfermagem (CORENs). Foram também registradas críticas pertinentes: não se verificou nenhuma manifestação sobre as questões quantitativas no que se refere aos recursos humanos necessários na adequação da assistência/cuidado e foram excluídos os aspectos relacionados às condições de trabalho específicas da profissão e ao direito de organização por local de trabalho. Permaneceram indefinidas as funções das categorias que pertencem à

²¹⁸ SCHOELLER. **Op. Cit.** p 231.

²¹⁹ GISI. **Op. Cit.** p, 69.

enfermagem e a tentativa de redefinição dessas funções com base em competências acabou refletindo uma concepção estratificada, hierarquizada e autoritária da prática da enfermagem e a busca de uma saída legal para a crise da prática atual do enfermeiro.²²⁰

Com a aprovação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, os serviços de saúde no país passaram a ter dez anos para realizar formação de todo o pessoal de nível elementar que exercesse atividades em enfermagem. Para formar este quadro de pessoal, as Secretarias de Saúde optaram por desenvolver um programa de educação em serviço, denominado Projeto Larga Escala (PLE)²²¹, que pressupunha um grande envolvimento das enfermeiras no ensino e supervisão dos auxiliares de saúde em formação, para os habilitar como auxiliares de enfermagem. O PLE teve importante impacto na qualificação da força de trabalho em enfermagem na rede básica de serviços de saúde de todo o país.

As discussões da categoria - principalmente entre os enfermeiros - começaram a se dar em torno da prática de enfermagem até então voltada à doença e tecnicamente centrada em tarefas, em que, compartilhavam o mesmo espaço os enfermeiros presos aos cargos administrativos, distantes da assistência/cuidado e grande parte do pessoal de enfermagem sem qualificação profissional. A indefinição do papel do enfermeiro e suas atribuições e a dificuldade nos relacionamentos profissionais entre os membros da equipe de enfermagem também repercutia no ensino, que não formava adequadamente os profissionais para atuação nos programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde. A ABEN, através de

²²⁰ ABEN. **Op. Cit.** p. 16-17.

²²¹ Projeto desenvolvido na década de 80, inicialmente mais voltado para a formação de auxiliares de enfermagem, mas que em seu desdobramento possibilitou a implantação de uma rede de Escolas Técnicas de Saúde. Foi idealizado pela Enfermeira-Docente Isabel Santos, que rejeita a denominação de projeto, pois o entende como um movimento. "O Projeto Larga Escala, no sentido estrito da palavra, nunca existiu. Ele era uma idéia, não tinha dinheiro, não tinha meta, era uma idéia. Eu tinha muito claro todos os seus componentes de como eles deveriam ser. Mas, a rigor, não se poderia chamá-lo de projeto. Acho que para sua construção foi muito bom não ser projeto, pois não se tinha prazo, você podia seguir o ritmo dos acontecimentos. Dessa forma eu não posso chamá-lo de projeto, como o PROFAE, por exemplo, que tem um prazo de quatro anos e tem um financiamento externo. O Larga Escala não tinha dinheiro algum, as coisas conseguidas foram na conversa (...) Talvez fosse mais um movimento." CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaçu de; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Isabel dos Santos: A arte e a paixão de aprender fazendo.** Natal (RN) : Observatório RH NESC/UFRN, 2002, p. 68.

seus boletins e revistas conclamava seus associados a maior participação na entidade, oferecendo mais informações aos filiados. Também participou efetivamente nos movimentos, principalmente o da Reforma Sanitária.

Foi justamente na 8ª CNS, que foram apresentadas as primeiras sugestões sobre política de recursos humanos no âmbito do SUS. Analisando o relatório final da referida Conferência ²²² observa-se que são evidenciados os princípios da capacitação e reciclagem permanente para os trabalhadores do SUS, integrados ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde, bem como a necessidade da elaboração de currículos para a área da saúde com ênfase ao conhecimento das práticas terapêuticas alternativas.

A realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde no mesmo ano se deu em continuidade aquela Conferência, constituindo-se um fórum privilegiado de debate. Apesar de não negligenciar as questões relativas à adequação da capacitação de pessoal à realidade social brasileira, incorporou aspectos referentes ao recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefia. Reuniu profissionais de várias áreas, além de usuários do setor saúde, conforme indicado na apresentação do Relatório Final. ²²³

Argumentações mais detalhadas sobre este assunto também foram apresentadas pelos componentes dos Grupos de Trabalho de Recursos Humanos ²²⁴ e publicadas nos documentos elaborados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com vistas à construção de uma política de Recursos Humanos para a saúde. Além dos aspectos relacionados à formação de pessoal de nível técnico com a sugestão da criação de Escolas Técnicas Públicas integradas ao novo sistema e a oferta de cursos multiprofissionais específicos para o setor saúde, também foram abordados aspectos relativos à qualificação profissional para os trabalhadores dos

²²² Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

²²³ Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

²²⁴ SECRETARIA TÉCNICA DA COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. **Documentos III**, Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1987.

serviços, com a oferta de cursos como o Larga Escala, realizados a partir do fortalecimento e reconhecimento dos Centros Formadores de RHs para a saúde.

A nova Constituição Nacional promulgada em 1988 no **artigo 200** atribuiu ao Sistema Único de Saúde as competências de ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e incrementação do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação. Parece evidente que é responsabilidade dos órgãos gestores do Sistema, a implementação das formas de qualificação de pessoal, seja no sentido da educação formal como ao nível de capacitação em serviço.²²⁵

Mais tarde em 1990, a Lei Orgânica da Saúde²²⁶ também atribuiu ao SUS essas mesmas competências, recomendando a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Cada uma dessas Comissões teria por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. Também atribuiu a União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e a realização de pesquisas e estudos na área da saúde, com a utilização dos serviços dos SUS como campo de prática para o ensino e a pesquisa. O **artigo 30** apresenta a seguinte normatização: “As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, (instituída junto ao Conselho Nacional de Saúde), garantida a participação das entidades profissionais correspondentes”.

Foi este contexto que deu legitimidade as discussões que se realizavam nacionalmente na forma de seminários, oficinas e organização de Comitês de Graduação durante dois Congressos Brasileiros de Enfermagem. De acordo com GIS “os seminários contemplavam nas discussões as análises conjunturais tomando

²²⁵ BRASIL. 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado. Brasília, DF.

²²⁶ BRASIL. **Lei nº. 8 008**. Dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

como referência o processo de trabalho em saúde, o movimento de reforma sanitária e as discussões locais de escolas e grupos de enfermagem.”²²⁷ Durante o 42º Congresso Brasileiro de Enfermagem - em 1990 - foi criado o Fórum Nacional de Escolas de Enfermagem, que gerou Fóruns Estaduais, culminando com a aprovação do Parecer 314/94 do Conselho Nacional de Educação, com as diretrizes e parâmetros nacionais para a elaboração dos currículos plenos de graduação em enfermagem e nesse mesmo ano foi aprovada a Portaria nº. 1 721 (anexo VIII), do Ministério da Educação e do Desporto fixando os conteúdos mínimos.

O novo currículo apresentou um salto de qualidade, ao retirar as habilitações médico-cirúrgico, saúde pública e materno-infantil - que até aquele momento eram optativas, propiciando a formação generalista - e ao introduzir as disciplinas de antropologia, saúde ambiental e saúde coletiva. Também teve ampliação da carga horária de 2 500 horas para 3 600 horas e o curso passou a ter a duração de quatro anos. Apesar desses avanços, não se conseguiu incluir a licenciatura como obrigatória, haja vista, que a atribuição que mais confere autonomia ao enfermeiro é a prática pedagógica, exercida não somente na docência, mas em todas as atividades desse profissional. Foi introduzido o termo “competência-técnico-científica e política”, até aquele momento inexistente na prática pedagógica do enfermeiro, apesar de fazer parte do discurso dos enfermeiros desde meados da década de 1980.²²⁸

Apesar das modificações nos projetos pedagógicos das instituições de ensino superior e nos cursos de graduação em enfermagem, predominou o parcelamento das atividades, a indefinição de papéis, a precariedade nas condições de trabalho e a baixa remuneração como regra quase sem exceção. Também se observou nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem a continuidade da ênfase à disciplina de Administração de Serviços de Enfermagem, reafirmando o papel deste profissional enquanto administrador.

²²⁷ GISI. Op. Cit. p, 70.

²²⁸ Para melhores definições sobre competência profissional, e como se emprega no processo pedagógico da prática do enfermeiro, **ver GISI. Op. Cit.**

A 9ª CNS²²⁹, realizada em 1992 priorizou a discussão em torno dos aspectos relacionados à municipalização, e em relação à área de recursos humanos contemplou a necessidade da regulamentação imediata do **art. 200**, Inciso III, da Constituição Nacional, que atribuiu ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos no âmbito nacional, estadual e municipal.

Em 1996 a 10ª CNS²³⁰, apresentou as seguintes propostas no campo da administração de Recursos Humanos em Saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deveriam promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das Equipes de Trabalhadores em Saúde; as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais deveriam implantar e manter técnica e financeiramente os Centros Formadores de Trabalhadores em Saúde, autônomos, com atuação integrada com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e com as Secretarias de Educação e Universidades; o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deveriam estimular e fomentar a capacitação em gerência de serviços para os Secretários e Dirigentes de Saúde, em parceria com os Conselhos de Secretários de Saúde, Universidades e Núcleos de Saúde Coletiva; o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde deveriam manter assessoria permanente aos Municípios para a realização de programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação de trabalhadores em saúde.

Nesse sentido, caberia também ao Ministério da Saúde, após ampla discussão com as entidades representativas da área de RH, apresentar um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde, para deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que fosse articulado nacionalmente, inclusive com previsão de repasses financeiros específicos para essas atividades, baseado nos seguintes princípios:

²²⁹ Conferência Nacional de Saúde, 9, 1992, Brasília. Saúde: municipalização é o caminho. **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

²³⁰ Conferência Nacional de Saúde, 10, 1996, Brasília. Onde dá SUS, dá certo! **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

- Criação de Comissões Permanentes para integração entre os Conselhos de Saúde, os Serviços de Saúde e as Instituições de Ensino Fundamental e Superior, para deliberação sobre a capacitação, formação, educação continuada e reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde, a partir da ótica do SUS;
- Fortalecimento dos vínculos com Universidades, promovendo articulações intersetoriais, para modificar a formação dos profissionais, capacitando-os para atuação na Atenção Integral à Saúde, individual e coletiva;
- Revisão dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do Sistema Único de Saúde;
- Estímulo à utilização das unidades e serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de trabalhadores em saúde (sistema de saúde-escola), com a supervisão das unidades de ensino e de serviço, garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS;
- Fomento à integração das instituições de ensino superior, particularmente as universidades públicas (federais e estaduais), para a execução de programas de formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde de todos os níveis de escolaridade;
- Estímulo à criação de Escolas de Saúde Pública em todos os Estados da União;
- Criação de novos cursos de nível médio e superior para a área da saúde de acordo com as necessidades do SUS, identificadas a partir de critérios epidemiológicos e da manifestação dos Conselhos de Saúde;
- Organização de programas de ajuda financeira, condicionada à prestação de serviços em Unidades e Serviços de Saúde públicos por tempo equivalente aos recursos investidos, para estudantes dos cursos de interesse para o SUS;
- Reestruturação dos Programas de Residência Médica e Estágios, com vistas a sua adequação às necessidades do SUS;
- Fomento à educação continuada, através do aumento de vagas para a residência médica e a criação de programas de residência e estágios de enfermagem,

psicologia, nutrição, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e todas as profissões de nível superior ligadas à saúde;

- Qualificação dos cursos profissionalizantes de nível médio para a área da saúde, com fiscalização rigorosa e fechamento dos que não têm condições de funcionamento.

A XI CNS – 2000 ²³¹ - cuja chamada foi “Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, além de propor medidas de formação para conselheiros de saúde e comunidade em geral sobre o SUS, também propôs a capacitação dos Promotores da Justiça da área da cidadania. Manteve as propostas das conferências anteriores, de fortalecimento dos princípios do SUS, seu caráter público, a integralidade e a equidade, evidenciando aspectos relativos à humanização e formação de trabalhadores através de cursos regulares ou de educação em serviço por aparelhos formadores que se articule com o SUS. Para a qualificação e capacitação dos recursos humanos do SUS, previu-se 1% do orçamento da saúde em cada esfera de governo. Também foi dada ênfase a necessidade de revisão dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS.

Apesar do discurso acima proferido pelos intelectuais da saúde, percebe-se que o PROFAE passa a ser reconhecido como o projeto de formação profissional ideal, e sua expansão para outras categorias profissionais torna-se cada dia mais evidente. Desta forma, se reforça a política de privatização e a consolidação de um sistema paralelo de formação profissional, devido ao fato de que até o presente momento, o Brasil ainda não disponibilizou um aparato institucional capaz de implementar ações de formação profissional dentro da perspectiva de classe; também não se criou os Centros Públicos de Formação Profissional, mantidos pelo estado, previstos nas Conferências de Saúde. Além do mais, desde a implantação do PROFAE as escolas privadas pararam de contratar professores-enfermeiros para

²³¹ Conferência Nacional de Saúde, 11, 2000, Brasília. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

seu quadro efetivo, optando pela contratação por serviços prestados²³², conforme o PROFAE estabelece. O trabalho em docência que o enfermeiro realizava nesses cursos, agora tem um outro caráter: o do subemprego.

Como se pôde observar, as políticas neoliberais para a saúde estão sendo caracterizadas pela expressão “para todos”. Esta terminologia é também utilizada nas legislações que remetem à educação, embora não se aplique ao emprego e nem a renda. O emprego e a renda, segundo CORAGGIO “poderiam sobrevir eventualmente da capitalização que os pobres fizessem do investimento em serviços sociais a eles dirigidos”, portanto, por razões de equidade ou para promover o desenvolvimento, deve haver a intervenção do Estado para garantir que aqueles que não têm renda para obter esses serviços no mercado os recebam como serviço público. A expressão “para todos”, significa a degradação do conceito intrínseco de saúde, educação ou saneamento, que se reflete utilizando-se o adjetivo básico. Nesse caso, os que podem pagar pelo serviço não básico ficam excluídos do pacote básico pela via pública. Assim dividindo-se a população em dois segmentos tem-se: os pobres que utilizam serviços públicos, de baixa qualidade e aqueles que obtêm serviços de melhor qualidade por meio do mercado.²³³

Na educação “(...) a perspectiva neoliberal é de uma educação regulada pelo caráter unidimensional do mercado”. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei 93941/96 - foi concebida no âmbito desta reestruturação,

²³² Diferente do contrato de trabalho regulado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o contrato de prestação de serviços - antigamente denominado locação de serviços - é regulado pelo Código Civil Brasileiro. Trata-se de um contrato que pode ser prestado tanto por pessoa física quanto jurídica, diferente do contrato de trabalho que só pode ser prestado por pessoa física. O contrato de prestação de serviços é a exceção, a regra é o contrato de trabalho. Entretanto, deve-se reconhecer que tudo que não for proibido pode ser objeto do contrato de prestação de serviços. Toda a espécie de serviço ou trabalho lícito, material ou imaterial, pode ser contratada mediante retribuição, que geralmente se efetua quando da entrega do serviço. Segundo o Novo Código Civil Brasileiro (NCC), um contrato pode não ter prazo para acabar, o que não significa que seja inválido ou que deva vigorar para toda a eternidade. Trata-se, nesse caso, de um contrato por prazo indeterminado. Tradicionalmente, nos contratos por prazo indeterminado, qualquer das partes pode dar por findo o contrato a qualquer momento, sem multa. Observa-se que neste tipo de contrato o trabalhador não tem carteira assinada pelo empregador, portanto, não tem férias, décimo terceiro salário, fundo de garantia, entre outros direitos atribuídos ao trabalhador admitido por contrato de trabalho. VEIGA, Cecília M. **CONTRATOS: teoria - Prática - Legislação – Jurisprudência**. São Paulo : Desafio Cultural Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2001.

²³³ CORAGGIO, José Luis. **Propostas do Banco Mundial para a Educação: sentido oculto ou problemas de concepção?** In: TOMMASI; WARDE; HADDAD. Op. Cit.p. 88.

contribuindo com as formulações necessárias para a implantação da estratégia neoliberal, sendo a questão relativa à autonomia universitária um dos aspectos de maior relevância, pois neste caso particular significa que a universidade deve prover às suas peculiaridades. Caracteriza-se pela introdução da pesquisa aliada às empresas, o que facilita a expansão da iniciativa privada.

As medidas neoliberais aplicadas de forma sistemática nas universidades significam reformas curriculares, criação de cursos, aulas cheias, falta de professores, entre outras. Na tentativa da minimização dos problemas, acentuam-se os projetos com financiamentos do Banco Mundial e outros organismos internacionais. Estes organismos retiram da Universidade sua principal função de atender as necessidades mais urgentes da sociedade, permitindo que a mesma passe a ter a função de atender as imposições destes organismos, através do parceria com a classe dominante nacional. Há redução de salários e de pessoal, há padronização empresarial de todo um sistema e por fim a crença de que toda instituição no âmbito do capitalismo merece aspirar ao lucro.

A partir das determinações da LDB e do Plano Nacional de Educação, uma nova resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (anexo IX), que contempla as “orientações” do BM no que respeita a formação do enfermeiro para o mercado globalizado, que passa a ser o definidor fundamental das relações humanas. Além de revelar uma concepção baseada no modelo de competências para o trabalho produtivo importado de países europeus e norte-americanos, para definir novos perfis de trabalhadores de enfermagem, observa-se a evidência de uma série de competências que não são tratadas de forma coletiva. Ao contrário, são enfatizados aspectos como a aquisição de competências individuais a serem aprendidas ou adquiridas, em substituição a produção do conhecimento coletivo, além de estarem associadas à idéia de avaliação. Na verdade, o modelo de competências descrito no referido documento se reduz a uma lista de desempenhos e ao saber fazer, além de apontar como recurso para cursos de pós-graduação e capacitação em serviço, a modalidade de ensino à distância.

Esta mudança de conceitos exprime, também, uma materialidade mais complexa e perversa da contradição capital trabalho. O que não mudou é a natureza da relação

capital e a forma de subordinar a vida humana aos desígnios do lucro. Pelo contrário, exacerbou-se a exclusão de muitos, evidenciada pela elevação do desemprego, inclusive nos países do capitalismo central e os índices de miséria absoluta.²³⁴

Se no senso comum existe a idéia de que quem tem mais educação tem maiores possibilidades de emprego, e que o setor privado tem interesse na capacitação de recursos humanos porque irá precisar deles no mercado, torna-se mais fácil para os empresários da educação sustentar a idéia de que a educação deva ficar a cargo do mercado, mesmo após demonstração de que o mercado não funciona dessa forma.

De qualquer maneira, é sabido que o BM está empenhando ao máximo suas forças no ajuste fiscal e na diminuição do papel do estado, portanto, a retórica da diminuição da pobreza no mundo não se aplica. Por outro lado, todas as estratégias defendidas e aplicadas - com o aval do governo brasileiro e das instituições envolvidas - não causam o empobrecimento do setor que concentra as maiores rendas, mas sim das camadas médias e dos setores que não se encontram abaixo da linha da pobreza.

Na educação, a reestruturação proposta pelo BM²³⁵ é entendida como reforma do sistema escolar, que além de inevitável é urgente. No pacote de reformas para os países em desenvolvimento, destaca-se como prioridade, a educação básica; a melhoria da qualidade e da eficiência da educação como eixo da reforma educativa; a necessidade de reformular a administração da educação e a descentralização e institucionalização de instituições escolares autônomas e responsáveis por seus resultados; convocação para uma maior participação dos pais e da comunidade nos assuntos escolares; impulso ao setor privado e aos organismos não governamentais – ONGS - como agentes ativos do processo educacional, nas decisões e implementações; mobilização e alocação de recursos adicionais para a educação de primeiro grau; definição de políticas e prioridades baseadas na análise econômica.

²³⁴ GENTILI. **Op. Cit.** p.104.

²³⁵ Para uma análise mais complexa, ver CORAGGIO. **Op. Cit.**

Sobre a centralidade dos temas educação, trabalho e conhecimento, as investigações de NORONHA demonstram que para o Banco Mundial, o que “se espera dos indivíduos é que adquiram habilidades que os capacitem minimamente, a saber, buscar conhecimentos (entendidos como informação, prática e difusão) de forma permanente”. Na perspectiva do BM, não é necessário o desenvolvimento de uma formação ampla, complexa, com base nos conhecimentos socialmente produzidos e acumulados pela sociedade, nem tão pouco que a escola propicie tal formação. O conhecimento está disponível a todos na rede, bastando acessá-lo de modo igual, em qualquer lugar e por qualquer consumidor, de forma rápida e eficiente. Nesse pensamento está explícita a concepção de que não existem classes sociais, e que os indivíduos devem buscar a empregabilidade, capacitando-se e interagindo com os recursos tecnológicos a disposição de todos (no mercado). Por isso, as recomendações para capacitação e treinamento em serviço é a que se utilize a educação a distância, que além de menos onerosa, possibilita a criatividade, que os pobres dos países periféricos tanto necessitam.²³⁶

Já no que respeita a saúde, admite-se que o processo da Reforma Sanitária Brasileiro esteja em vias de institucionalização. De acordo com SILVA é marcante o processo de descentralização e da municipalização da saúde no Brasil, tendo em vista que mais de 99% dos municípios brasileiros atualmente são responsáveis pela gestão da saúde. Entretanto, a falta de pessoal ainda é muito grande e contribui para ampliação da demanda reprimida na assistência. Ocorre que o nível municipal assumiu toda a responsabilidade pela estrutura de recursos humanos nas redes básicas de saúde, devido a redução da capacidade de investimento do Estado nas políticas sociais - parte das medidas de ajuste estrutural da economia - que teve como consequência a não reposição de servidores federais e dos governos estaduais exonerados ou aposentados.²³⁷

Sem negligenciar os aspectos positivos no âmbito da educação e formação dos trabalhadores em saúde, como por exemplo, o aumento dos cursos ao nível de

²³⁶ NORONHA, Olinda Maria. **Políticas neoliberais, conhecimento e educação**. Campinas, São Paulo : Alínea Editora, 2002, p.70-80.

²³⁷ SILVA, Silvio Fernandes. Recursos humanos para o SUS; desafios para gestão municipal. **Olho Mágico**. vol. 8, nº. 3, set/dez. 2001.

pós-graduação e uma melhoria na interação ensino-serviço, é importante que o enfermeiro não perca de vista as manifestações da imposição neoliberal nos rumos da saúde e da educação brasileira, tendo em vista sua inserção nesses segmentos e pelo quantitativo de pessoal de enfermagem envolvido nos Programas e Projetos do Ministério da Saúde, que em sua maioria são financiados pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais agregados e ele, sob o comando do FMI. Programas como o PACS, o PSF e o PROFAE, podem trazer conseqüências negativas à enfermagem brasileira. Bem a gosto do BM, esses programas facilitam a entrada de milhares de “agentes” sem qualificação no mercado, no caso do PACS e do PSF, ao mesmo tempo em que o PROFAE, facilita uma enorme concorrência no mercado da saúde, através dos vários cursos, alguns inclusive, de qualidade duvidosa, oferecidos com recursos provenientes dos organismos internacionais, que postulam o aniquilamento da saúde e da educação pública. “Em assinando contratos e aceitando as condicionalidades do banco financiador, estas são apresentadas à sociedade como decisões e inovações de órgãos nacionais e não como imposição externa”.²³⁸

As ‘novas políticas de gestão’, que já há algum tempo vem sendo aplicadas nos serviços de saúde, adentraram as portas das universidades nomeadas como autonomia universitária, trazendo em seu bojo a dominação da pesquisa pelo grande capital internacional e a superexploração do trabalho docente. Os grandes hospitais universitários estão à mercê dos donos do capital que aguardam estrategicamente o momento oportuno para se apropriarem também da assistência/cuidado prestado aos pacientes nestas instituições, bem como da pesquisa e extensão. A descentralização das ações administrativas e assistenciais dos serviços destas instituições deverá ser o primeiro passo para se forjar a dependência, a instabilidade dos trabalhadores e a precarização desse trabalho. Cabe repensar novamente o papel da equipe de enfermagem e do enfermeiro em particular, e nas estratégias de enfrentamento às políticas de cooptação e de destruição da liberdade e da autonomia sindical que já ocorre em todo o país e nas possibilidades de desvelar as armadilhas destas políticas.

²³⁸ RIZZOTTO. *Op. Cit.*

Deve-se atentar também para a sutileza de como essa visão de mercado vem se aplicando ao setor da saúde em particular, em detrimento dos demais setores ligados à área social, a contar com o envolvimento de diversos agentes vinculados a áreas muito progressistas do movimento da reforma sanitária no período de sua instauração, como lideranças de movimentos populares, de partidos políticos, de sindicatos, entre outros movimentos. Curiosamente, na atualidade são os mesmos indivíduos que ocupam cargos estratégicos no governo, portanto, os que conduzem ou avalizam as reformas do MS. Neste caso, a formulação de estratégias para mudanças, mesmo quando 'sugeridas' pelos organismos internacionais, geram maior confiabilidade, afinal estão sendo implantadas por militantes do movimento sanitário. Estas atitudes começam por se legitimar através do humanismo, que nega a violência das transformações e concebe a realidade como uma mudança pacífica e contínua, entretanto, a motivação material que originou este humanismo foi à necessidade de se adaptar ao aparato do estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se evidencia da produtividade capitalista nos serviços de saúde e de educação no Brasil, e, conseqüentemente, no trabalho de enfermagem - que inclui estes dois aspectos de forma bem específica - são as atuais investidas do ajuste estrutural já iniciado no Brasil, devido às condicionalidades impostas pelos organismos financeiros, como o Banco Mundial e o FMI. A “Reforma do Estado” no Brasil é de tal vulto, que ao reprimir violentamente os gastos públicos (cf. Lei de Responsabilidade Fiscal) tensiona, como efeito, a incorporação privatista da saúde.

A doutrina da “reversão do modelo assistencial” curativo e hospitalocêntrico se encaixa com perfeição na lógica de contenção de gastos, ao devolver à população grande parte da responsabilidade que os serviços de saúde prestavam nas instituições. Para garantir a aplicação destas políticas, são criadas agências reguladoras como a ANVISA. Mas a heterogeneidade dos municípios brasileiros na oferta de serviços de saúde e a demanda do quadro epidemiológico exigem resoluções que estão acima da possibilidade de resposta dos programas implementados de forma vertical pelo Ministério da Saúde, como o de “Agentes Comunitários de Saúde” e o “Programa de Saúde da Família”. O “Projeto de Profissionalização na Área de Saúde: Enfermagem – PROF AE” qualificou dezenas de milhares de trabalhadores que não conseguem ser absorvidos amplamente pelo mercado, limitando-se a ser fator de pressão pelo rebaixamento dos níveis de salário da área.

Tanto quanto na saúde, a educação conta com uma infinidade de programas que subsistem com financiamento internacional com investimentos apenas nos níveis básicos e a introdução da lógica mercantil na organização destes serviços. Nas universidades, o corte de verbas imposto pelo governo, encontra, prontamente, a resposta adaptacionista de amplo setor, que enfim pode legitimar a saída de emergência da “parceria” com o grande empresariado como tática perene. Há redução de salários e de pessoal, há a padronização empresarial de todo um sistema. O passo seguinte é a crença de que toda instituição no âmbito do capitalismo merece aspirar ao lucro e, portanto, limitar-se a adotar os critérios

contábeis de qualquer outra empresa. Neste processo está posta a inversão estrutural da coisa pública que passa a anunciar a coisa privada.

O processo de trabalho e sua imbricação no setor de serviços tem tido pouca atenção, sendo escassas as publicações existentes sobre o trabalho de enfermagem. Até a década de 1980, as publicações, em sua maioria, dirigiram-se à elaboração de técnicas de enfermagem, higiene, conforto, limpeza e outras atividades diretamente relacionadas ao ambiente físico e as teorias de enfermagem elaboradas desde a década de 1970, articulavam-se apenas às necessidades biológicas do indivíduo.

As primeiras publicações referenciadas ao longo desse estudo que apresentaram análises mais complexas do trabalho de enfermagem forneceram as primeiras informações sobre o surgimento da enfermagem moderna no Brasil. Entretanto, exposições mais precisas só foram apresentadas na década de 1990, destacando-se a publicação de *Rizzotto*, em 1999.

Naqueles trabalhos observou-se a busca em estabelecer a relação entre enfermagem e capitalismo, e, ainda que de forma parcial, trouxeram contribuições que possibilitaram aos pesquisadores que os seguiram enfrentar as dificuldades teórico-ideológicas em estabelecer nexos entre um serviço contratado para atender as necessidades urgentes de saúde pública e os interesses da classe dominante. Mas é a opção pelo modelo hospitalar privado, já no momento da criação da enfermagem profissional no Brasil, a primeira manifestação da lógica da produtividade capitalista na formação e no trabalho do enfermeiro.

Outra questão que merece ser salientada é a afirmação constante naqueles estudos de que existe a separação entre o trabalho manual e intelectual, tentando uma forçosa comparação com o trabalho fabril, e querendo demonstrar uma relação de semelhança com as práticas utilizadas nas fábricas para controle do trabalho operário. Eleva-se o enfermeiro à condição de intelectual administrador de saúde, retirando-lhe atribuições “menos nobres” para repassá-las às subcategorias criadas para este fim. O que deveria ser uma condição enriquecedora que propiciasse uma concepção de integralidade do trabalho torna-se motivo para novas amputações, desintegrando a função assistir/cuidar, típica da enfermagem. Assim, ao separar o pólo saúde (cuidar) do pólo educação (assistir), suprimem-se as duas dimensões, e

a nova função que resta em seu lugar aparece como mero ectoplasma administrativo. Deste resquício de matéria surgem vocações administrativas, que por seu turno, procurarão justificar, cada vez mais, sua existência.

De onde vem a eficácia da sedução administrativa? Há indicações de que a inclinação do enfermeiro pelas atividades administrativas - que tem por lógica os objetivos das organizações de saúde, até o momento estruturadas sob uma base funcionalista/sistêmico -, põe em perspectiva a possibilidade de participação nos gradientes decisórios, estratégicos das organizações. E, portanto, viabiliza a aspiração de elevação na pirâmide social, a par do status que se acredita que a categoria médica possui. Paradoxalmente, este pendor apresenta-se mais visível numa época de crise estrutural do capital, em que as condições de vida da população tendem a ser rebaixadas continuamente, afunilando os espaços de ascensão social, e por isso, provocando o acirramento das disputas.

A crise da finalidade do trabalho em enfermagem, e mais precisamente do enfermeiro, não encontra paralelo nas demais categorias que se constituíram no trabalho em saúde, desde que este se tornou coletivo. Consideramos plausível que a explicação encontre-se nas relações conflituosas que ainda se estabelecem entre a equipe de enfermagem, devido à intensa fragmentação horizontal do trabalho, em que este se apresenta com uma rica heterogeneidade de tarefas; e à fragmentação vertical que define, tacitamente ou não, a valoração desigual das tarefas e a perspectiva de ascendência sobre outros estamentos da categoria.

O resgate da finalidade do trabalho de enfermagem, junto ao resgate da identidade do enfermeiro, depende da retomada de iniciativas em defesa de um serviço público de saúde e educação, igualitário e de qualidade e não mais a peregrinação pelo status profissional e ascensão de classe. Não é necessário entregar-se às atribuições administrativas que descolam o enfermeiro da matéria viva do seu trabalho, impondo-lhe uma mentalidade e um método fabril (que são, em seu legítimo território, não menos questionáveis) incapazes de dar conta das demandas micro-estruturais e estruturais dos serviços de saúde, mantendo-se assim a enfermagem em abstração, suspensa no ar, mais afeita ao universo dos anjos ou aos jogos circenses de trapézio.

A função de assistir/cuidar historicamente reconhecida pelos demais participantes da equipe de saúde, dispõe, em si mesma, da força flexora que tende a se direcionar à gestão da integralidade da assistência/cuidado nos serviços e instituições prestadoras de serviços de saúde.

Diante do exposto, podemos inferir que a manifestação da lógica capitalista na formação do enfermeiro se mostra mais evidente no Brasil no presente momento, apesar de sua constatação já na criação da enfermagem profissional.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira.** Ribeirão Preto : USP, 1996.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan S. Yazlle. **O Saber de Enfermagem** : sua dimensão prática. São Paulo : Cortez, 1986.

AMIN, Samir; CHOMSKI, Naon; ROY, Arundhati. **A Ofensiva do Império e os Dilemas da Humanidade.** Movimento Consulta Popular : Cartilha nº. 13. 2003.

ANTUNES, Ricardo. **Classe operária, sindicatos e partido no Brasil:** da revolução de 30 até a aliança nacional libertadora. São Paulo : Cortez e Editora Ensaio; Autores Associados, 1990.

_____. **Adeus ao Trabalho?** : Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 4. ed. São Paulo : Cortez, 1997.

_____. **Os sentidos do Trabalho:** Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo : Boitempo, 2000.

_____. **A Dialética do Trabalho:** *Escritos de Marx e Engels.* São Paulo : Expressão Popular, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A “Nova” Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.** Caderno de legislação/Documentos I. Comissão de Legislação. Brasília, 1987, p. 9.

BIANCHETTI, Roberto G. **Modelo neoliberal e políticas educacionais.** São Paulo : Cortez, 2001.

BOBBIO Norberto. **Ensaio sobre GRAMSCI** : e o conceito de sociedade civil. São Paulo : Editora Paz e Terra, 1999.

_____. **ESTADO, GOVERNO, SOCIEDADE:** Para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1999.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Góes de. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social.** São Paulo : CEBES-HUCITEC, 1981.

BRASIL. 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado. Brasília, DF.

BRASIL. **Lei nº. 8 008**. Dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista** : a Degradação do Trabalho no Século XX. Rio de Janeiro : Zahar. 1977.

BROW, Pam. **Florence Nightingale**. Rio de Janeiro : Editora Globo S.A., 1988.

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Izabel dos Santos**: A arte e a paixão de aprender fazendo. Natal (RN) : Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

COHN, Amélia. Descentralização, Saúde e Cidadania **In: Lua Nova – Revista de Cultura e Política**. nº. 32, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992, Brasília. Saúde: municipalização é o caminho. **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996, Brasília. Onde dá SUS, dá certo! **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. **Relatório Final**. Ministério da saúde, Brasília.

CUNHA, Luiz Antônio. **O ensino de Ofícios Artesanais e Manufatureiros no Brasil** Escravocrata. São Paulo : Editora UNESP, 2000.

DEMerval, Saviani; LOMBARDI, José Claudinei; SANFELICE, José Luís. **História e História da Educação** : O Debate Teórico-Methodológico Atual. 2. Ed. Campinas, SP: Autores Associados : HISTEDBR. 2000.

EGRY, Emiko Yoshikawa; QUEIROZ, Vilma machado de. **BASES METODOLÓGICAS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA FUNDAMENTADAS NO MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO**.REVISTA BRILEIRA DE ENFERMAGEM. BRASÍLIA. 41(1) Jan./mar.1998

ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil : Políticas e Organização de Serviços**. 2. ed. São Paulo : Cortez : CEDEC, 1998.

ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 2002.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino; LIMA, Maria de Fátima. **Saúde, Sociedade e Governo**. Texto apresentado às etapas municipais e estadual-RN, da IX Conferência Nacional de Saúde, mimeo, 1992.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Caderno Mais**. 19 de setembro de 2004.

GISI, Maria Lourdes. **A formação da Competência técnico-Científica e Política do Enfermeiro: Uma Diretriz Curricular**. Tese de doutoramento. Faculdade de filosofia e Ciências da universidade estadual paulista, campus de Marília. Marília, 1998.

GENTILI, Pablo, et. al. **Pedagogia da Exclusão** : Crítica ao neoliberalismo em Educação. Rio de Janeiro ; Vozes, 1998.

GEOVANINE, Telma et. al. **História da Enfermagem** : Versões e Interpretações. Rio de Janeiro : Livraria e editora Revinter Ltda, 2002.

GOUNET, Thomas. Fordismo e toyotismo: na civilização do automóvel. São Paulo : Boitempo Editorial, 1999.

GRANDE ENCICLOPÉDIA LAROUSSE CULTURAL. São Paulo : Nova Cultural, 1996.

GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. **A Política dos Estados Unidos para o Mundo e o Brasil**. Consulta popular. Cartilha nº. 8. São Paulo : Editora Consulta Popular, 2000.

HARVEY, David. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. **Condição Pós-Moderna: Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural.** São Paulo : Loyola, 1992.

HEILBRONER, Robert. **A História do Pensamento Econômico.** Os Economistas. São Paulo : Editora Nova Cultural Ltda, 1996.

HOBSBAWM, Eric J. **OS TRABALHADORES:** Estudos sobre a História do Operariado. Rio de Janeiro : paz e Terra, 1981.

_____. **Era dos Extremos** : O breve século XX – 1914-1991. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem.** São Paulo : EPU, 1979.

IANNI, Octavio. **Dialética & Capitalismo** : Ensaio Sobre o Pensamento de Marx. Rio de Janeiro : Vozes, 1988.

IGLÉSIAS, Francisco. **A Revolução Industrial.** Coleção tudo é História. São Paulo : editora brasiliense, 1981.

INSTITUTO JOSÉ LUIZ E ROSA SUNDERMAN. **Marxismo Vivo.** Revista de Teoria e Política Internacional. São Paulo : Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado, 2000.

JR, Hilário Franco. **O Feudalismo.** São Paulo : editora brasiliense, 1985.

KUENZER, Acácia. **Ensino de 2º Grau** : O Trabalho Como Princípio Educativo. São Paulo : Cortez, 1988.

_____. **Pedagogia da Fábrica.** São Paulo : Cortez, 1995.

KURCGANT, Paulina *et al.* **Administração em enfermagem.** São Paulo : EPU, 1991.

LAFOZ, Sonia. **Introdução à Uma Discussão sobre o Planejamento em Saúde no Brasil: A POI, Instrumento de unificação.** Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. **Saúde em Debate** – Março de 1989.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal/lógica dialética**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro : Editora Civilização Brasileira, 1991.

LEITE, Márcia de Paula. **O Futuro do Trabalho**: Novas Tecnologias e Subjetividade Operária. São Paulo: Editora Página Aberta, 1994.

LÊNIN, Ilitch Vladimir. **O Imperialismo, fase superior do capitalismo** (Ensaio de vulgarização). Lisboa : edições "AVANTE", 1975.

_____. **O Desenvolvimento do Capitalismo na Rússia**: O processo de Formação do Mercado Interno para a Grande indústria. VOL I. Tradução e revisão, com base no original russo de Paulo Bezerra. São Paulo : Nova Cultural, 1988.

_____. **O Desenvolvimento do Capitalismo na Rússia**: O processo de Formação do Mercado Interno para a Grande indústria. VOL II. Tradução e revisão, com base no original russo de Paulo Bezerra. São Paulo : Nova Cultural, 1988.

LUA NOVA. **Revista de Cultura e Política**. nº. 32.

LUZ, Madel. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática" – Anos 80. *In*: **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro : Relume-Dumara, v.1, 1991.

MALTHUS, Thomas Robert. **Princípios de Economia Política e Considerações Sobre sua Aplicação Prática**. Ensaio sobre a população. Os Economistas. São Paulo : Editora Nova Cultural. 1996.

MARX, Karl. **Manifesto Comunista. Cadernos desafio 1**. São Paulo: CS Editora e Gráfica Ltda, s/d.

_____. **Capítulo Inédito de O Capital** : Resultados do Processo de Produção Imediata. São Paulo : Editora Moraes, 1985.

_____. **A origem do Capital** (a acumulação primitiva). São Paulo : Global Editora e Distribuidora Ltda, 1985.

_____. **O Capital**. Os Economistas. Livro Primeiro. Vol I. São Paulo : Editora nova Cultural. 1996.

_____. **O Capital**. Os Economistas. Livro Primeiro. Vol II. São Paulo : Editora Nova Cultural. 1996.

_____. **Para a Crítica da Economia Política.** Os Pensadores. São Paulo : Editora nova Cultural Ltda, 1999.

MARX, Karl; FRIEDRICH, Engels. **A Ideologia Alemã : Teses Sobre Feuerbach.** São Paulo : Editora Moraes Ltda, 1984.

MELO, C. M. N. **Divisão Social do Trabalho de Enfermagem.** São Paulo : Cortez, 1986.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica:** suas implicações no ensino e na tecnologia médicas. Belo Horizonte : PUC-MG/FINEP, 1984.

MENDES, E.V. (org) **Distrito Sanitário.** O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec. Abrasco, 1994.

MERHY, Emerson Elias. **O Capitalismo e a Saúde Pública :** a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. Campinas, SP : Papyrus, 1987.

MICROSOFT CORPORATION. **Enciclopédia Encarta.** 1993-1999.

MÜNTSCH, Sandra Mara Alessi. **Os programas de Saúde do Trabalhador : Pedagogia da Saúde ou Pedagogia do Capital? Dissertação de Mestrado.** Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2000.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem.** São Paulo : Cortez 1989.

NORONHA, Olinda Maria. **Políticas neoliberais, conhecimento e educação.** Campinas, São Paulo : Alínea Editora, 2002.

NOVAIS, Fernando A. **História da vida privada no Brasil.** Companhia das Letras, Vol. 3.

NOVELO, Frederico U. **Estado Keynesiano e Estado neoliberal: In Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo.** LAURELL, Asa Cristina (organizadora). São Paulo : Cortez, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS. ESCRITÓRIO DE REPRESENTAÇÃO NO BRASIL. **A Saúde no Brasil.** Brasília, novembro de 1998.

PAIXÃO, Waleska. **História da Enfermagem.** Rio de Janeiro, 1979.

PÉRONNET, Michel. **Revolução Francesa**: em 50 palavras-chaves. São Paulo : Editora Brasiliense, 1988.

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

_____. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo : Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT; Annablume, 1998.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Saúde e Trabalho**: A Crise da Previdência Social. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1981.

PROJETO PARA PROFISSIONALIZAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM (BR – 0305). Resumo Executivo. www.bird.org.br. Acesso em 22/05/2004.

RAMALHO, Maria Lucia Martins. **O Serviço de Enfermagem**: administração e organização. São : Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde, 1983.

RICARDO, David. **Princípios de Economia política e tributação**. Os Economistas. São Paulo : Editora Nova Cultural, 1996.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia : AB, 1999.

_____. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90** : um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

REVISTA CARTA CAPITAL. São Paulo, ano XI. nº 331. março, 2005.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde** : dialética do pensar e do fazer. 2 ed. São Paulo : Cortez, 1989.

SECRETARIA TÉCNICA DA COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. **Documentos III**, Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1987.

SILVA, Graciete Borges. **Enfermagem Profissional** : Análise crítica. 2. ed. São Paulo : Cortez. 1989.

SILVA, Silvio Fernandes. Recursos humanos para o SUS; desafios para gestão municipal. **Olho Mágico**. vol. 8, nº. 3, set/dez. 2001

SINGER, Paul. **O CAPITALISMO**: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica. São Paulo : Moderna, 1987.

SMITH, Adam. **A Riqueza das Nações** : *Investigação Sobre a Natureza e Suas Causas*. Os Economistas. VOL.I. 5 ed. São Paulo : Editora nova Cultural, 1996.

SOARES, Laura Tavares. **As Atuais Políticas de Saúde**: os riscos do desmonte neoliberal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 53, n. especial, p.17-24, dez. 2000.

SOARES. Maria Clara.

SOUZA, Alceu. **Políticas de suprimento, tecnologia de produção e tecnologia de gestão**. Tese de doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo-Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 1996.

STEPAN, Nancy. **Gênese e evolução da ciência no Brasil**. Rio de Janeiro : Arte Nova, 1976.

SWINGWOOD, Alan. **MARX e a Teoria Social Moderna**. Tradução de Carlos Nayfeld. Rio de Janeiro : Editora Civilização Brasileira S.A, 1978.

TAFFE, Rejane Eloísa. **Prazer e sofrimento em trabalho de mulheres**: estudo de caso sobre a organização do trabalho da enfermeira em um hospital público. Porto Alegre: UFRGS, 1997. **Dissertação de Mestrado** em Recursos Humanos – Universidade Federal de Rio Grande do Sul. 1997.

TAYLOR, Frederick W. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo : Atlas, 1992.

TOMMASI, Livia De.; WARDE, Miriam Jorge; HADDAD, Sérgio (organizadores) **O Banco Mundial e as Políticas Educacionais**. São Paulo : Cortez, 2003.

TREVISAN, Maria Auxiliadora de. **Enfermagem Hospitalar**: Administração & burocracia. São Paulo : Escopo, 1997.

VEIGA, Cecília M. **CONTRATOS**: teoria - Prática - Legislação – Jurisprudência. São Paulo : Desafio Cultural Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2001.

WALDOW, Vera Regina *et al.* **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre : Artes Médicas, 98.

WEBER, Max. Tradução de M. Irene de Q. F. Szmrecsányi e Tomás J. M. K. Szmrecsányi. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** São Paulo : Livraria Pioneira Editora, 12^a ed,1996.

www.ans.saude.gov.br

www.bird.org.br

ANEXOS

ANEXO I

CURSO DE ESTUDOS PARA AS ALUMNAS DA ESCOLA DE ENFERMEIRAS E DAS VISITADORAS DE SAÚDE PÚBLICA*

Grupo de enfermeiras diplomadas para a escola de Enfermeiras do Hospital São Francisco de Assis

Miss Louise Kieninger R. N.	Diretora da Escola
Miss Anita Lander A. B. - R.N.	Instrutora em Theoria
Miss Johanna Schwarte B.S.-Pd.B.- R.N. (em serviço)	Instrutora em Pratica
Miss Anna Wetterhuus R.N.	Enf ^a Chefe S. de Operação
Miss Florence Thurber R.N.	Enf ^a Chefe Depart. Cirurgia
Miss Patnella Van Witzenberg R.N.	Enf ^a Chefe Medica
Miss Clara Walters B.A.-R.N. (em serviço)	Enf ^a Chefe Dispensarios
Miss Lilian Trotter R. R.C.	Dept ^o ouv. nar. garg.
Miss leonora James B. A. – B.S.	Instrutora em dietéticas
Miss Louise Pitz R. N.	

CURSO PRELIMINAR DE 4 MESES

Principios e methodos elementares da enfermeira e

Hygiene Pessoal	Miss Lander	45 horas
Pratica em Methodos	Miss Schwarte	45 horas
Ethica	Miss Kieninger	durante todo o curso
Historia sobre a		
Arte de Enfermeira	Miss Lander	20 horas
Attaduras	Miss Scwarte	10 horas
Massagem	Miss Wetterhuus	10 horas
Drogas e Soluções	Sr. Luiz Gonçalves	20 horas

* transcrito tal como se encontrava em documento, com data de 30 de maio de 1923 do Acervo histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery. Citado por RIZZOTTO, Maria Lucia Frison. **HISTÓRIA DA ENFERMAGEM**: e sua relação com a SAÚDE PÚBLICA. Goiânia : AB, 199, p.83.

Elementos da Physica e Chimica	Dr. Theophilo Torres	50 horas
Anatomia e Physiologia	Dr. Theophilo	
Autopsia	Dr. Margarino Torres	
Bacteriologia	Dr. Rocquette Pinto	15 horas
Bacteriologia Theoria	Miss Lander	30 horas
Bacteriologia Practica Dietetica	Miss Swarte Miss L. James	30 horas
Primeiros Soc. E Techina de cirurgia – anest.	Dr. J. Govea ou assist.	10 horas
Ouvidos, Nariz, Garganta e olhos	Dr. J. Marinho ou Dr. Mourillo	08 horas

CURSO PARA AS ALUMNAS INTERNAS

Elementos de Pathologia e doenças medicas	Dr. Thompsom Motta	30 horas
Doenças de creanças e lactentes	Dr. João Amarante	20 horas
Obstetricia e Gynecologia	Dr. Armando Aguinaga	25 horas
Orthopedia	Dr. Raul baptista	
Materia Medica	Sr. Luiz A. Gonçalves	20 horas
Doenças Cirurgicas	Dr. Fernando Vaz	20 horas
Dietetica para doentes	Miss James	50 horas
Doenças Epidêmicas	Dr. Leitão da Cunha	15 horas
Tuberculose	Dr. Plácido Barbosa	
Técnica da Sala de Operação	Miss Wetterhuus	

Obs: todas as conferências serão seguidas por demonstrações e recomendações sob a direção de enfermeiras diplomadas.

ULTIMO ANNO

Doenças Mentaes e Nervosas		20 horas
----------------------------	--	----------

Doenças de Ocupação, Venereas e de Pele	10 horas
Therapeutica especial	10 horas
Revista do Trabalho de Enfermeira	10 horas
Condições Sociaes Modernas	10 horas
Problemas Profissionaes	10 horas
Emergencia e Primeiros Socorros	10 horas
Introdução ao Trabalho de Visitadoras e Serviços Sociaes	10 horas
Introdução aos Trabalhos Particulares	10 horas
Introdução aos Trabalhos Institucionaes	10 horas
Introdução ao Trabalho de Laboratório	10 horas
Problemas de Cassa de Famílias Industriaes	10 horas
Estudo de Doenças Especiaes	10 horas

ANEXO II

QUADRO COMPARATIVO ENTRE O PRIMEIRO PROGRAMA OFICIAL DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY, O PROGRAMA EFETIVAMENTE MINISTRADO PARA A PRIMEIRA TURMA DA ESCOLA, INICIADO EM 1923 E O CURRÍCULO AMERICANO – “STANDARD CURRICULUM FOR SCHOOLS OF NURSING” DE 1917.*

PROGRAMA OFICIAL DE 1923*	PROGRAMA MINISTRADO NA TURMA DE 1923*	C.H.	CURRÍCULO AMERICANO DE 1917*	C.H.
PRINCÍPIOS E METODOS DA ARTE DE	PRINCÍPIOS E METODOS ELEMENTARES DA	45/45P	PRINCÍPIOS E MÉTODOS DE ENFERMAGEM	60
BASES HISTÓRICAS ETHICAS DA ARTE DE	HISTÓRIA SOBRE A ARTE DE ENFERMEIRA	20	HISTORIA DA ENFERMAGEM E PRINCÍPIOS	10
ANATOMIA E PHYSIOLOGIA	ANATOMIA E PHYSIOLOGIA	25	ANATOMIA E FISIOLOGIA	60
HYGIENE INDIVIDUAL	HIGIENE PESSOAL	10	HIGIENE INDIVIDUAL	10
ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR			ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	10
THERAPEUTICA, PHARMACOLOGIA	DROGAS E SOLUÇÕES	20	DROGAS E SOLUÇÕES	20
MATERIA MEDICA	MATERIA MEDICA	20	MATÉRIA MÉDICA E TERAPÊUTICA	20
METODOS GRAPHICOS NA ARTE DE				
PHYSICA E CHIMICA APLICADA	ELEMENTOS DE PHYSICA E CHIMICA	25	QUÍMICA APLICADA	20
PATHOLOGIA ELEMENTAR	ELEMENTOS DE PATOLOGIA	10	ELEMENTOS DE PATOLOGIA	10
PARASITOLOGIA E MICROBIOLOGIA	BACTERIOLOGIA	15	BACTERIOLOGIA	20
COZINHA E NUTRIÇÃO	DIETETICA	15	COZINHA E NUTRIÇÃO	40
	DIETETICA PARA DOENTES	50	DIETOTERAPIA	10
ARTE DE ENFERMEIRA:				
EM CLINICA MEDICA	DOENÇAS MÉDICAS	20	ENFERMAGEM MÉDICA	20
EM CLINICA CIRURGICA	DOENÇAS CIRURGICAS	20	ENFERMAGEM CIRÚRGICA	20
EM DOENÇAS EPIDEMICAS	DOENÇAS EPIDEMICAS	15	ENFERMAGEM EM DOENÇAS	20
EM DOENÇAS VENEREAS E DA PELLE	DOENÇAS DE OCUPAÇÃO, VENEREAS E DE	10	ENFERMAGEM EM DOENÇAS OCUPACIONAIS,	10
EM TUBERCULOSE	TUBERCULOSE	10		
EM DOENÇAS NERVOSAS E MENTAES	DOENÇAS MENTAES E NERVOSAS	20	ENFERMAGEM EM DOENÇAS MENTAIS E	20
EM ORTHOPEDIA	ORTHOPEIDIA	10	ENFERMAGEM ORTOPÉDICA	20
EM PEDIATRIA	DOENÇAS DE CRIANÇAS E LACTENTES	20	ENFERMAGEM PEDIÁTRICA	20
EM OBSTETRICIA	OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA	25	ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	10
EM GINECOLOGIA			ENFERMAGEM GINECOLÓGICA	10
EM OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA EM	OUVIDO, NARIZ, GARGANTA E OLHOS	08	ENFERMAGEM EM DOENÇAS DOS OLHOS,	10
HYGIENE E SAUDE PUBLICA			SANEAMENTO PÚBLICO	10
RADIOGRAPHIA				
CAMPO DE ACCÃO DE ENFERMEIRA			CAMPOS DA ENFERMAGEM	10
PROBLEMAS SOCIAES E PROFISSIONAES	PROBLEMAS PROFISSIONAES	10	PROBLEMAS PROFISSIONAIS	10
PARTE ESPECIALIZADA	CONDIÇÕES SOCIAES E MODERNAS	10	CONDIÇÕES SOCIAES E MODERNAS	10
(QUATRO ULTIMOS MEZES)	ATTADURAS	10	ATADURAS	10
	MASSAGEM	10	MASSAGEM	10
	REVISTA DO TRABALHO DE ENFERMEIRA	10		
			ELENTOS DE PSICOLOGIA	10
			PRINCÍPIOS DE ÉTICA	10
	THERAPEUTICA ESPECIAL	10	TERAPÊUTICA ESPECIAL (TERAPÊUTICA	10
	EMERGENCIA E PRIMEIROS SOCORROS	10	ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA E	10
SERVIÇO DE SALA DE OPERAÇÕES	TECHNICA DA SALA DE OPERAÇÃO	10	TÉCNICA DE SALA DE OPERAÇÃO	10
			ELETIVAS (ESCOLHA DE TRÊS)	
SERVIÇO DE SAÚDE PUBLICA	INTRODUÇÃO AO TRABALHO DE VISITADORA E	10	INTRODUÇÃO À ENFERMAGEM DE SERVIÇO	10
SERVIÇO ADMINISTRATIVO HOSPITALAR				
SERVIÇO DE DISPENSARIOS				
SERVIÇO DE LABORATORIOS	INTRODUÇÃO AO TRABALHO DE LABORATORIO	10	INTRODUÇÃO AO TRABALHO DE	10
SERVIÇO PRIVADO	INTRODUÇÃO AO TRABALHO PARTICULAR	10	INTRODUÇÃO À ENFERMAGEM PARTICULAR	10
SERVIÇO OBSTETRICO				
SERVIÇO PEDIATRICO				
	INTRODUÇÃO AO TRABALHO INSTITUCIONAL	10	INTRODUÇÃO AO TRABALHO INSTITUCIONAL	10
	ESTUDO DE DOENÇAS ESPECIAES	10	PROBLEMA DE DOENÇAS ESPECIAIS	10
	PROBLEMAS DE CASA DE FAMILIAS	10	PROBLEMAS DOMÉSTICOS DE FAMÍLIA	10
	OBS.: CADA ALUNA DEVERIA ESCOLHER UM CURSO ESPECIAL EM QUALQUER MATÉRIA, PARA CURSAR O ÚLTIMO ANO.		OBS.: 1. OS ESTÁGIOS PREVISTOS ERAM NAS CLÍNICAS MÉDICAS E CIRÚRGICAS, COM OITO MESES EM CADA UMA. 2. O SERVIÇO NOTURNO NÃO DEVERIA EXCEDER A DOIS MESES CONSECUTIVOS.	

* Os nomes das disciplinas foram transcritos conforme se apresentam nos documentos originais.

Fonte: Extraído do quadro apresentado por Carvalho, 1972, p. 28, citado por: RIZZOTTO, Maria Lucia Frison. **História da Enfermagem**: e sua relação com a Saúde Pública. Goiânia : AB, 1999, p. 63-64.

ANEXO III

PROGRAMA DO CURSO THEORICO*

CURSO PRELIMINAR – QUATRO MEZES

Anatomia e Physiologia – 45 horas – Dr. Theophilo Torres
Aulas theoricas e praticas

Neste curso são estudadas a estrutura e as funções dos diversos órgãos e systema do corpo humano em seu estado normal. Este estudo é indispensável, pois proporciona às alumnas uma base solida e necessaria à comprehensão perfeita em seus trabalhos de hygiene, dietetica, massagem, materia medica, Medicina e cirurgia, ensinando-lhes, ao mesmo tempo, o modo inteligente de praticar toda e qualquer enfermagem nas enfermarias.

Bacteriologia – 30 horas – Dr. Augusto Duarte Pinto
15 horas theoricas e 15 aulas praticas no laboratório

Este curso trata dos habitos e características dos micro-organismos em geral, e dos germes pathogenicos das doenças mais comuns. O seu fim é ajudar a alumna:

- 1) a proteger-se, assim como a seu doente, contra infecções;
- 2) a comprehender a necessidade de asepsia cirurgica;
- 3) a aprender a fazer uso cuidadoso da technica: na enfermagem, na limpeza e na dietetica.

Physica e Chimica – 30 horas – Dr. Alberto Fransciso Canejo
15 aulas theoricas e 15 aulas praticas.

Os princípios fundamentaes e processos que facilitam a comprehensão da physiologia, dietetica, economia domestica, bacteriologia e materia medica, são estudados neste curso.

O modo pratico de empregar estas sciencias nos principaes problemas de enfermagem, será nelle explicado.

Hygiene Individual – 10 horas – Edith Fraenkel

Este curso tem por fim mostrar às alumnas a importancia fundamental de uma boa saude e tambem fazer-lhes ver a relação da hygiene com todos os trabalhos de enfermagem.

* Transcrito tal como se encontra em documento do Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery, divulgado pelo Departamento nacional de saúde Pública, 1926. Citado por RIZZOTTO, Maria Lucia Frison. **HISTÓRIA DA ENFERMAGEM**: e sua relação com a SAÚDE PÚBLICA. Goiânia : AB, 199, p.83.

É principalmente estudada neste curso a conexão que existe entre a alimentação, vestuário, repouso, exercício, banho e recreio para equilíbrio perfeito da saúde individual.

Historia da enfermagem – 10 horas – D. Edith Fraenkel

A enfermagem através dos povos primitivos: os Egípcios, Hindús, Gregos, Romanos, Hebreus, na idade Média; a influência dos ideais religiosos nos cuidados dispensados aos doentes, assim como às Organizações Modernas de enfermagem são objecto de estudo neste curso, a fim de mostrar às alumnas o valor que deve ser dado aos ideais e obstáculos vencidos pelas enfermeiras dos tempos antigos. Tem este curso ainda a vantagem de proporcionar elementos para solução de problemas com os quais as enfermeiras deparam em sua carreira, assim como também o de estudar as oportunidades para a organização de uma profissão nacional.

Ethica de Enfermagem – 15 horas – D. Edith Fraenkel

Este curso se destina a auxiliar as alumnas a traçar, de um modo nitido e definitivo, o seu modo de encarar a vida, elevando sempre os seus ideais de conduta, pessoal e profissional.

As obrigações da enfermeira para com os doentes, médicos e colegas serão estudadas amplamente, assim como serão explicadas, de um modo geral, a origem e a razão de ser da etiqueta do hospital. O seu fim é conseguir harmonia, eficiência, cooperação inteligente e productiva na obediência às ordens e regras do hospital e Departamento de Saúde Pública.

Drogas e soluções – 15 horas – D. Edith Fraenkel

O seu fim é familiarizar a enfermeira, desde o início de seu curso, com a variedade de formas das drogas mais comuns. A prática de pesar e medir drogas, preparar soluções geralmente usadas nos hospitais, é ensinada às alumnas, assim como o modo correcto de usar termos apropriados e símbolos próprios da matéria médica.

Este curso é como que uma introdução às aulas da matéria Médica, que serão dadas às alumnas da Classe Junior.

Nota: O conhecimento minucioso de fracções decimais, proporções e percentagem, é requisito indispensável neste curso.

Nutrição e Cozinha – Dietética – 45 horas – D. Edith Fraenkel

5 aulas theoricas e 30 horas no laboratorio

O valor nutritivo dos diversos alimentos e os requisitos do corpo humano são estudados, de modo a habilitar a alumna a estabelecer uma dieta equilibrada para os doentes, convalescentes, crianças e pessoas em perfeita saúde, variando esta, segundo as exigências da idade, actividade física e clima.

As aulas praticas proporcionarão a oportunidade de aprender os principaes e mais simples processos de cosinha, assim como tambem as mudanças ocasionadas na alimentação, conforme o processo de preparação.

Ataduras – 10 horas – D. Edith Fraenkel

Aprendem as alumnas neste curso os diversos methods de aplicar ataduras, as mais simples e communs, usados nas enfermarias e ambulatorios. É mediante a pratica que ellas adquirem rapidez, agilidade e dextreza manual.

Arte de Enfermeira – 105 horas – D. Edith Fraenkel

45 aulas theoricas e 60 horas praticas.

Este curso é o mais importante de todos desta profissão, pois os cuidados prestados à cabeceira do doente formam a base da arte de enfermagem. É nelle que a enfermeira mostra se sabe aplicar os conhecimentos adquiridos theoreticamente.

Elle se destina a:

- 1) fazer comprehender os princípios fundamentaes resultantes de uma boa enfermagem;
- 2) preparar a alumna para poder resolver os problemas que diariamente encontrará em seu trabalho;
- 3) desenvolver a agilidade manual e os habitos de economia;
- 4) estabelecer uma thecnica uniforme e completa.

Durante duas ou tres semanas as alumnas praticam sómente nas aulas. Depois então, trabalham nas enfermarias, de uma a quatro horas diarias, até terminar o curso preliminar. Cada ponto novo de technica de enfermagem é estudado demonstrado e praticado na sala de aulas, antes de ser posto em execução nas enfermarias.

Gymnastica – 12 horas – Miss Sascha Engelhart

Tendo este curso a auxiliar a alumna, por meio de exercicios simples, a se desenvolver physicamente, aprendendo a ter uma posição correcta, a andar e a respirar do modo mais apropriado à conservação da saude, e a corrigir o máu funcionamento dos intestinos.

PRIMEIRO ANNO – JUNIOR – UM ANNO E DOIS MEZES

Psychologia – 10 horas – Dr. J. P. Fontanelle

Este curso tem por fim:

- 1) facilitar a comprehensão dos principios fundamentaes da natureza humana;
- 2) ajudar a alumna a fazer uma idéa justa e imparcial do modo de agir de cada um;

3) desenvolver os princípios necessários para agir correctamente com doentes e demais pessoas com que conviva durante a sua carreira;

4) ajudar a alumna a ter domínio sobre si própria e um ponto de vista normal em seu contacto com outras pessoas em sua vida privada;

5) formar base sólida para estudos futuros de ética e enfermagem de doentes mentais.

Materia Medica – 20 horas – Dr. Francisco Alvares Barata

A acção terapêutica, os sintomas tóxicos e os antidotos para as drogas mais conhecidas são estudadas neste curso, com o fito de fazer a enfermeira administrar os remédios de um modo inteligente e ser exacta nas observações sobre os seus resultados.

Massagem – 12 horas – Miss Sascha Engelhardt Demonstrações e aulas práticas

Este curso não é dado com o fito de especializar a enfermeira nesta matéria, mas somente para desenvolver-lhe a agilidade e destreza manuais, de forma a saber fazer com habilidade, inteligência e facilidade toda e qualquer fricção, como lhe compete no seu officio de enfermeira.

Pathologia Interna – 50 horas – Dr. Francisco Alvares Barata Demonstrações e clínicas nas enfermarias

Este curso está dividido em duas partes:

1) Principais causas das doenças; processos das doenças mais comuns; significação de termos técnicos;

2) Causas, sintomas, prophylaxia e tratamento de doenças comuns. O Objectivo deste estudo tende a:

1) desenvolver a agilidade e precisão na administração de cuidados mais adiantados de enfermagem, fazendo da enfermeira uma observadora sagaz e relatora exacta dos sintomas das molestias e dos resultados obtidos pelo tratamento;

2) desenvolver a cooperação com os médicos e pathologistas, afim de auxiliá-los nas suas experiências.

Pathologia Externa - 20 horas – Dr. Rodolpho Josetti

Este curso se destina a dar uma idéa da natureza dos principais casos de cirurgia, com sintomas, tratamentos e complicações, para que a alumna possa tomar conta dos doentes de cirurgia, compreendendo perfeitamente o seu estado, e saiba agir prompta e acertadamente em casos de emergência. A prática na sala de operações e nas diversas salas de curativos de cada enfermaria habilita a enfermeira a adquirir a agilidade em casos elementares de cirurgia e aplicação de ataduras.

Hygiene Infantil - 20 horas – Dr. João Amarante

Este curso estuda o desenvolvimento mental e phisico da criança normal; as principaes molestias que podem affectar a criança; alimentação apropriada para a infancia e as causas da mortalidade infantil.

Faz parte do curso visita a um estabelecimento de clinica infantil, sob a direção do Departamento Nacional de Saude Publica.

Obstetrícia e Gynecologia – 20 - horas –Dr. Armando Aguinaga

Um estudo rapido da anatomia e physiologia dos órgãos reprodutores da mulher, precede o estudo especial deste curso, que se destina a tornar a enfermeira competente auxiliar em casos obstetricos, normaes e anormaes, ensinando-lhe tambem os primeiros cuidados a prestar aos recém-nascidos. Despertar-lhe assim a apreciação da importancia da enfermagem na obstetricia não somente individual, como tambem para o melhoramento da raça.

SEGUNDO ANNO – SENIOR – UM ANNO E DOIS MEZES

Tuberculose – 10 horas – Dr. Plácido Barbosa

Neste curso são explicadas as causas predisponentes da tuberculose; fontes e modo de contagio; typos, primeiros symptomas e curso da molestia, tratamento e prevenção da mesma. Este curso tem como supplemento visitas ao Departamento de Prophylaxia de Tuberculose e um estudo das Regras da Saúde Publica.

Doenças Venereas – 12 horas – Dr. Joaquim Mota

Este curso tem por fim pôr a enfermeira em contato com as principaes doenças venereas, syphilis e gonorrhéa, de modo tambem auxiliar na propaganda educativa do povo, ensinando a prophylaxia das mesmas. Tambem se destina a detalhar todos os recursos e diligencias possíveis para a prevenção e tratamento das doenças venereas.

Moléstias transmissíveis – 12 horas – Dr. Leitão da Cunha

Este curso se destina a esclarecer a enfermeira sobre a natureza, tratamento e prevenção de molestias infecciosas, inherentes a este clima, para que possa logo reconhecer seus symptomas, prestar assistencia cuidadosa aos doentes e evitar que o mal se propague aos outros.

Moléstias de Vista – 3 horas – Dr. Joaquim Vidal

Neste curso são dadas sobre anatomia e physiologia dos olhos, causas e prevenções do máu funcionamento da vista, molestias principaes da vista, cuidados de enfermagem aos operados, afim de habilitar a enfermeira a tratar de seus doentes com eficiencia.

Moléstias de Ouvidos, Nariz e Garganta – 6 horas – Dr. Maurílio Mello

Antes de ser iniciado o curso, deverá a enfermeira fazer um estudo rápido da anatomia e fisiologia do ouvido, nariz e garganta.

Estas aulas tratam das principais moléstias e defeitos dos órgãos acima, dos serviços de enfermagem especiais a prestar em tais casos, assim como dos cuidados aos operados.

Arte de Enfermeira de Saúde Pública – 30 horas

10 horas de aulas – D. Edith Fraenkel

20 horas de excursões – Miss Winifred Dawson

Neste curso são dadas aulas sobre história, desenvolvimento, princípios fundamentais, organização, função e alvo da enfermagem de saúde pública, de modo a que a enfermeira possa adquirir uma base teórica fundamental para o serviço de visita domiciliar nos districtos.

A prática é adquirida durante um estágio de dois meses no Distrito de Prática, sob instrução e vigilância da enfermeira-professora da Arte de Enfermeira de Saúde pública. É durante este tempo que são feitas as excursões aos principais hospitais, clínicas, ambulatórios, entrepostos do leite, laboratório de análises e rede de esgotos etc.

Higiene e Saúde Pública – 20 horas – Dr. J. P. Fontanelle

Este curso tem por fim dar à enfermeira um conhecimento prático em geral sobre os métodos usados para proteger a saúde individual e coletiva, de modo que ella possa cooperar energeticamente, com a Diretoria de Saúde e outra qualquer iniciativa particular, e tornar-se apta a ajudar na educação do povo em tudo que se refere à higiene e à saúde.

Medicina de urgência – 10 – horas – Dr. Barbosa Mello

Este curso é dado para ajudar à enfermeira, depois de diplomada, a adaptar os métodos de enfermagem que adquiriu no hospital, às condições que encontrará mais tarde, em casas particulares.

Nesta matéria do curso são estudados, primeiros socorros para fracturas, hemorragia, choque, queimaduras, convulsões, insolação, intoxicações, envenenamentos por gaz ou drogas, transporte de feridos etc.

ANEXO IV

REGULAMENTO A QUE SE REFERE O DECRETO Nº 27.426 DE 14 DE NOVEMBRO DE 1949*

Art. 1º. O "Curso de Enfermagem" tem por finalidade a formação profissional de enfermeiros, mediante ensino em cursos ordinários 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 pessoa capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa.

Art. 3º. Além dos dois cursos ordinários, podem ser criados outros, de pós-graduação, destinados a ampliar conhecimentos especializados de enfermagem ou de administração.

Art. 4º. Compreendidos os trabalhos práticos e os estágios, a duração do curso de enfermagem é de trinta e seis meses: e o auxiliar de enfermagem é de dezoito meses.

DO CURSO DE ENFERMAGEM

Art. 5º. No curso de enfermagem será ministrado o ensino de:

1ª Série:

I - Técnica de enfermagem, compreendendo:

- 1) Economia hospitalar
- 2) Drogas e soluções
- 3) Ataduras
- 4) Higiene individual

II - Anatomia e fisiologia

III - Química biológica

IV - Microbiologia e parasitologia

V - Psicologia

VI - Nutrição e Dietética

VII - História da enfermagem

VIII - Saneamento

IX - Patologia geral

X - Enfermagem e clínica médica

XI - Enfermagem e clínica cirúrgica

XII - Farmacologia e terapêutica

XIII - Dietoterapia.

* LEX. 1949. 1ª Secção, pág. 193.

2ª Série:

- I - Técnica de sala de operações
- II - Enfermagem e doenças transmissíveis e tropicais
- III - Enfermagem e fisiologia
- IV - Enfermagem e doenças dermatológicas, sifiligráficas e venéreas
- V - Enfermagem e clínica ortopédica fisioterápica e massagem
- VI - Enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica
- VII - Enfermagem e socorros de urgência
- VIII - Enfermagem e clínica urológica e ginecológica
- IX - Sociologia
- X - Ética (ajustamento profissional).

3ª Série:

- I - Enfermagem e clínica otorrinolaringológica e oftalmológica.
- II - Enfermagem e clínica obstétrica e puericultura neonatal.
- III - Enfermagem e clínica pediátrica compreendendo dietética infantil
- IV - Enfermagem de saúde pública compreendendo:
 - 1) Epidemiologia e Bioestatística
 - 2) Saneamento
 - 3) Higiene da Criança
 - 4) Princípios de Administração Sanitária
- V - Ética (ajustamento profissional), II.
- IV - Serviço Social.

Art. 6º. O ensino será ministrado em aulas teóricas e práticas mantendo-se a mais estreita correlação dos assuntos, ficando o candidato sujeito a estágios.

Art. 7º. A prática e os estágios se farão mediante rodízio dos alunos em serviços hospitalares ambulatoriais e unidades sanitárias, abrangendo:

- I - Clínica médica geral;
 - 1) dermatologia
 - 2) sifilografia
 - 3) doenças venéreas
 - 4) moléstias transmissíveis e tropicais
 - 5) neurologia e psiquiatria
 - 6) moléstias da nutrição
 - 7) tuberculose
- II - Clínica cirúrgica geral;
 - 1) sala de operações
 - 2) ortopedia fisioterápica
 - 3) ginecologia
 - 4) otorrinolaringologia
 - 5) oftalmologia
- III - Clínica obstétrica e neonatal;
- IV - Clínica pediátrica

V - Cozinha geral de dietética

VI - Serviços urbanos e rurais de saúde pública

Parágrafo único. Cada estágio terá a duração mínima de quinze dias, abrangendo serviços de homens e de mulheres além do estágio mínimo de sete dias em serviço noturno. O estágio em serviço de Saúde Pública terá a duração mínima de três meses.

Art. 8º. A duração do período de ensino de cada disciplina constará do regimento da escola exceto o de técnica de enfermagem que persiste na duração do curso.

Art. 9º. De todas as disciplinas de cada série haverá provas escritas parciais e exames finais constantes de escrita e oral ou prático-oral nas disciplinas que o comporem.

Parágrafo 1º. Além do exame final, nas disciplinas lecionadas em período de três meses, haverá uma prova parcial.

Parágrafo 2º. Nas demais disciplinas, haverá duas provas parciais além do exame final.

Art. 10. Não será admitido às provas do exame final o aluno que obtiver nota inferior a cinco na prova parcial ou média inferior a cinco, quando forem duas a provas parciais.

Art. 11. O aluno que faltar a prova parcial ou no exame final terá zero. Fica-lhe assegurado, porém, o direito a Segunda chamada, nos termos da legislação federal do ensino, e ressalvando à direção da escola, nos casos de alegada doença, mandar submetê-lo a exame clínico.

Art. 12. As provas parciais deverão realizar-se dentro do prazo de uma hora. É facultado à banca examinadora formular questões sobre o ponto do programa, sorteado no momento da prova.

Parágrafo único. Compete à banca examinadora corrigir os erros, assinalando-os, e julgar as provas, atribuindo a nota - graduada de zero a dez - por extenso e assinada. .

Art. 13. Nas provas orais e prático-orais, o exame será prestado perante banca examinadora que concederá a nota merecida, em ata lavrada e assinada no momento.

Art. 14. À Secretaria da escola compete reunir em mapa, assinado por diretor, as notas das provas parciais e do exame final. A soma será dividida por dois quando se tratar de uma prova parcial; por três, quando da disciplina houver duas provas parciais, sendo o quociente o resultado final.

Art. 15. Considerar-se-á aprovado na disciplina o aluno que obtiver média final não inferior a cinco, o que será também, o limite de aprovação o para a nota de cada estágio. E expressamente vedado o acréscimo de qualquer fração para complemento de nota.

Art. 16. Ao aluno que, satisfeitas as exigências da freqüência e da média condicional, não houver comparecido nos exames finais, por motivo justificado, a juízo do diretor, será facultado submeter-se às provas finais em Segunda época.

Art. 17. Ao aluno que não obtiver aprovação em uma disciplina poderá ser concedida matrícula condicional, na série imediatamente superior, se provada a compatibilidade dos horários.

Art. 18. Quando a aprovação na série depender exclusivamente de

nota de estágio, poderá o diretor conceder novo estágio, fora do período de férias.

Parágrafo único. A concessão de novo período de estágio poderá ser feito apenas uma vez, para cada disciplina.

Art. 19. Ao aluno que concluir regularmente o curso será conferido o grau de enfermeiro, expedindo-lhe o diploma, assinado pelo diretor e pelo secretário, quando se tratar de escola federal, e, também pelo inspetor federal, quando reconhecido o curso.

Art. 20. O ensino será ministrado:

1 - por professores contratados. em relação às seguintes matérias:

Anatomia, doenças transmissíveis e fisiológicas, farmacologia, fisiologia e biologia, dietoterapia, higiene e saúde pública, microbiologia e parasitologia, nutrição e arte culinária, patológica geral, psicologia, química, sociologia, clínica ginecológica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica e puericultura neonatal, clínica oftalmológica, clínica ortopédica, traumatológica e fisioterápica, clínica otorrinolaringologia e bioestatística, saneamento, higiene da criança e princípios de administração sanitária;

2 - por professores, inspetores e enfermeiros-chefes dos hospitais ou serviços em que se faz o estágio, desde que sejam diplomados em Enfermagem, quando se tratar das demais disciplinas..

3 - por professores especializados, quanto às matérias dos cursos de especialização.

Art. 21. Nos cursos ou nas disciplinas que funcionarem nas sedes de cursos, médicos ou de serviços sanitários, o ensino das cadeiras não privativas poderá ser ministrado por professores ou assistentes daqueles cursos ou ter médicos especializados, mediante acordo.

Art. 22. Quando o curso integrar Faculdade de Medicina ou for por esta mantido, a designação dos professores de cadeiras não privativas será feita pelo Diretor da Faculdade.

Parágrafo único. Quando a Faculdade de Medicina integrar Universidade federal ou equiparada poderá o regimento do curso dispor que a designação desses professores seja feita pelo respectivo Reitor à hipótese de ser federal a Faculdade e integrar Universidade, também federal.

DO CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Art. 23. No curso de auxiliar de enfermagem será ministrado o ensino de:

- I - Introdução
- II - Noções de ética
- III - Corpo humano e seu funcionamento
- IV - Higiene em relação à saúde
- V - Economia hospitalar
- VI - Alimento e seu preparo
- VII - Enfermagem elementar

Art. 24. Além do comparecimento às aulas teóricas dessas disciplinas, os alunos serão obrigados a estágios em hospitais gerais e em unidades sanitárias, sob forma de rodízio, compreendendo:

- I - Enfermeiras de clínica médica geral de homens e de mulheres
- II - Enfermeiras de clínica cirúrgica geral, de homens e de mulheres

III - Sala de operações e centro de material cirúrgico

IV - Berçário

V - Cozinha geral

Parágrafo único. É obrigatório o estágio noturno, não superior a quinze noites.

Art. 25. O curso é desenvolvido em dezoito meses, assegurando-se a cada aluno trinta dias de férias, mediante escala previamente estabelecida pelo diretor.

Art. 26. O aluno de curso auxiliar é obrigado a quarenta e quatro horas de atividade escolar por semana, incluídos os estágios. Perde o direito de prestar exames aquele que houver faltado a mais de um terço das aulas de cada disciplina.

Parágrafo único. O aluno que não houver completado os estágios regulamentares será obrigado a compensá-los para que possa receber o certificado.

Art. 27. De todas as disciplinas haverá uma prova parcial e, no fim do curso, provas escritas e orais; quanto à de enfermagem, será prático-oral.

Art. 28. A nota final, em cada disciplina, será a média aritmética entre as notas da prova parcial e a da prova final.

Parágrafo único: A nota cinco é a mínima de aprovação em cada disciplina, exceto em enfermagem, na qual o aluno será, apenas, considerado habilitado ou inabilitado.

Art. 29. O ensino de enfermagem auxiliar somente poderá ser ministrado por enfermeiro: o lecionamento será feito por contrato, nas escolas fiscalizadas e, conforme a lei, nas oficiais.

Art. 30. O regime das aulas, práticas, dos estágios, das transferências de matrículas e dos exames será idêntico ao do curso de enfermagem.

Art. 31. Ao aluno que concluir o curso será conferido o certificado de auxiliar de enfermagem assinado pelo diretor e pelo secretário, quando se tratar de escola federal e, também pelo inspetor, quando reconhecido o curso.

DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

Art. 32. Nos cursos de especialização ou de pós-graduados destinados a aprofundar a aprendizagem. Será ministrado o ensino de disciplina do currículo, adicionadas de matéria acessórias.

Parágrafo único. A prorrogação desses cursos destinados exclusivamente a diplomados, deverá variar conforme o seu objetivo, para melhor atender às necessidades da prática.

Art. 33. Os cursos de especialização em Saúde Pública deverão realizar-se estreita cooperação com os órgãos sanitários, federais e estaduais, quer na parte teórica, quer prática, obrigatório em serviços ativos.

Art. 34. Nos cursos especializados em administração será devidamente dada a legislação federal referente ao exercício da profissão e bem assim a do ensino de enfermagem.

Art. 35. Os cursos de especialização serão realizados nas escolas federais ou conhecidas que funcionarem em cidades onde houver Faculdade de Medicina.

Parágrafo único. Compete à direção da escola fixar as condições para matrícula nesses cursos, não sendo permitido transferência. .

DAS MATRÍCULAS

Art. 36. Para matrícula inicial em qualquer dos dois cursos ordinários é obrigatória a apresentação de:

- I - Certidão de registro civil que prove a idade mínima de dezesseis anos e máxima de trinta e oito;
- II - Atestado de sanidade física e mental;
- III - Atestado de vacina e
- IV - Atestado de idoneidade moral.

Parágrafo 1º. No curso de enfermagem, é exigida a prova de conclusão de curso secundário.

Parágrafo 2º. No curso de auxiliar de enfermagem, e exigir-se-á um dos seguintes certificados:

- 1 - De conclusão de curso primário oficial ou reconhecido;
- 2 - De exame de admissão à primeira série ginasial, de curso oficial ou conhecido;
- 3 - De exame de admissão ao curso, prestado ante banca examinadora da própria escola em que o candidato pretender ingresso constando de provas escritas e orais sobre noções de português aritmética, geografia e história do Brasil. Considerar-se-á habilitado aquele que obtiver no mínimo nota de três em cada prova, e média igual ou superior a cinco, no conjunto.

Art. 37. Sempre que o número de candidatos à matrícula, em cada curso, exceder o limite fixado para a primeira série, serão todos submetidos a concurso de habilitação, que se realizará na forma do disposto no artigo 1º, da lei nº 20, de 20 de novembro de 1949.

Art. 38. O concurso de habilitação e os e os exames de admissão para matrícula na primeira série serão válidos somente no ano e perante a escola em que forem prestados.

DA TRANSFERÊNCIA

Art. 39. A transferência de alunos, de uma para outra escola, sob a jurisdição do Ministério da Educação e Saúde, se processa no período de matrículas, ressalvadas as exceções de lei e observadas as condições:

I - Apresentação de guia de transferência da escola de origem e de carteira de identidade;

II - Histórico escolar minucioso, compreendendo por transcrição: 1) documentação com que se inscreveu o candidato no concurso de habilitação e o resultado de cada prova deste; 2) discriminação de todas as disciplinas teóricas cursadas seu número de horas e notas; 3) clínicas e serviços em que estagiou, número de dias e aproveitamento.

III - Atestado de conduta, assinado pela diretoria da escola de origem;

IV - Prova de que o aluno vai cursar, pelo menos, doze meses a escola a que se destina.

V - Existência de vaga e decisão favorável.

Parágrafo único. A administração da escola a que se destina o candidato poderá mandar submetê-lo a exame de saúde, bem como efetuar indagação quanto à conduta do mesmo para ulterior deliberação.

DA CONGREGAÇÃO

Art. 40. Constituem a Congregação do curso:

1 - O diretor.

2 - Os professores das cadeiras privativas, não privativas, eleitos pelos seus pares em sessão a que presidirá o Diretor.

Art. 41. Quando o curso integrar Faculdade de Medicina ou for por esta mantido, o Diretor da mesma presidirá às sessões da Congregação: com direito a voto.

Parágrafo único. Quando a Faculdade integrar Universidade, federal ou equiparada pode o regimento do curso dispor que a presidência da Congregação caiba ao Reitor, com direito de voto, ressalvada a hipótese de Faculdade federal que integrar Universidade equiparada.

Art. 42. O regimento de dada escola disporá acerca da competência da Congregação assegurando-se em qualquer caso, a aprovação dos programas dos cursos ordinários e o desenvolvimento dos cursos de especialização.

Parágrafo único. Cabe, ainda à Congregação elaborar o projeto de regimento e propor modificações para aprovação, na forma da lei.

Art. 43. Quando o curso de auxiliar de enfermagem funcionar isoladamente, nele se reunirão seus professores, em Conselho, para as deliberações de caráter coletivo, nos termos de seu regimento.

Parágrafo único. Quando um curso de auxiliar de enfermagem funcionar em escola que mantiver curso de enfermagem as deliberações coletivas cabem à Congregação da escola.

DO DIRETOR

Art. 44. O Diretor do curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem será obrigatoriamente diplomado em enfermagem, de preferência portador de diploma de curso de especialização.

Art. 45. A competência, os direitos e deveres do Diretor serão fixados no regimento, cabendo-lhe a admissão de professores das cadeiras não privativas, seus assistentes, instrutores monitores e auxiliares.

Art. 46. Nos cursos federais, a admissão a que se refere o artigo anterior se processará na forma da lei vigente.

Art. 47. Quando a escola mantiver os dois cursos ordinários, o Diretor dos mesmos será o do curso de enfermagem.

Parágrafo único. Quando os cursos funcionarem isoladamente, o Diretor de curso de auxiliar de enfermagem será um de seus professores, diplomado em enfermagem.

DOS PROFESSORES E AUXILIARES

Art. 48. Os professores e os auxiliares de ensino serão obrigados ao acompanhamento completo dos programas, admitida a compensação das aulas a que faltarem por motivo justificado sem prejuízo do horário escolar e independentemente de remuneração extraordinária.

Parágrafo único. É vedada a recondução ou a renovação de contrato de professor que não seja assíduo às aulas ou que não se empenhe no sentido

máximo rendimento escolar

DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DOS CURSOS E DO SEU RECONHECIMENTO

Art. 49. Para que um curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem se organize e comece a funcionar, é indispensável a autorização do Governo Federal.

Art. 50. A autorização de funcionamento será requerida pela entidade que se proponha a manter o curso devendo a petição ser instruída com documentação hábil que demonstre e comprove:

- a) que a entidade mantenedora é de caráter público ou privado;
- b) que dispõe de recursos e de instalações adequadas ao ensino completo e eficiente das matérias do curso;
- c) que o corpo docente proposto é idôneo e capaz técnica e moralmente provado o registro dos diplomas na Diretoria do Ensino Superior,
- d) que utiliza internato para residência confortável e higiênica de dois terços dos alunos no mínimo;
- e) que a organização administrativa e didática do curso obedece às exigências mínimas da lei e deste regulamento:
- f) que a matrícula está limitada em cada série à capacidade das instalações
- g) que o projeto de regimento obedece às leis e a este regulamento assegurando a formação dos hábitos de disciplina necessários ao exercício da profissão de enfermeiro e impedindo o proselitismo de ideologias contrárias ao regime político vigente:
- h) que dispõe de aparelhamento administrativo regular sobretudo no que se refere à sua gestão financeira.

Art. 51. O requerimento de autorização prévia será acompanhado da documentação legalizada que prove a satisfação de todas as exigências constantes do artigo anterior, cabendo à Diretoria do Ensino Superior promover as verificações que reunidas em relatório escrito submetidas com parecer ao Ministro da Educação e Saúde o qual se decidir favoravelmente, expedirá portaria de autorização válida por dois anos letivos.

Art. 52. A autorização é de caráter condicional não implicando de modo algum no reconhecimento do curso.

Parágrafo único. A autorização não poderá ser concedida se não estiverem satisfeitas todas as exigências regulamentares..

Art. 53. Decorrido o primeiro ano letivo o Diretor do estabelecimento é obrigado a requerer dentro de sessenta dias o reconhecimento do curso sob pena de ser passada a autorização.

Art. 54. Requerido o reconhecimento do curso providenciará a Diretoria do Ensino superior no sentido de ser feita por uma Comissão especial de três membros minuciosa verificação da organização e do funcionamento do curso.

Parágrafo único. O relatório da Comissão será estudado pela Diretoria do Ensino Superior que o fará completar quando necessário encaminhando-o em seguida ao Conselho Nacional de Educação que emitirá parecer.

Art. 55. O reconhecimento somente poderá ser concedido se todas as

exigências constantes da Lei e deste regulamento houverem sido observadas.

Parágrafo único. Quando o aconselharem razões de natureza didática ou de interesse público o Conselho Nacional de Educação poderá propor seja prorrogada a autorização por um ano letivo, cabendo-lhe, ainda, na forma da Lei, decidir sobre a transferência de alunos regularmente matriculados quando negado o reconhecimento do curso.

Art. 56. Não se concederá autorização de funcionamento nem reconhecimento de curso quando a entidade de caráter privado não provar que é instituído sob a forma de fundação ou não estiver consignado que todas as suas rendas e doações serão utilizadas, exclusivamente em benefício do ensino.

Art. 57. A concessão do reconhecimento de curso far-se-á mediante decreto do Presidente da República dependendo de prévio parecer do Conselho Nacional de Educação.

Art. 58. Se depois de concedida a autorização se verificar que o curso deixou de atender a uma ou mais das exigências legais ou regulamentares, será a mesma cassada, mediante proposta da Diretoria do Ensino Superior.

Art. 59. Se depois de concedido o reconhecimento verificar que o curso deixou de atender a uma ou mais exigências legais e regulamentares, será o mesmo cassado, mediante proposta do Conselho Nacional de Educação.

Art. 60. Faz-se cassar a autorização de funcionamento por portaria do Ministério da Educação e Saúde e o reconhecimento por decreto do Presidente da República.

Art. 61. O curso que estiver compreendido nas disposições dos artigos 58 e 59 deixará imediatamente de funcionar, ficando a entidade mantenedora obrigada a recolher sem perda de tempo, sob as penas da lei, o arquivo escolar ao Ministério da Educação e Saúde. O Conselho Nacional de Educação deliberará sobre a transferência dos alunos.

Art. 62. O estabelecimento em que funcionar o curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem não poderá expedir diploma ou certificado de qualquer natureza.

Parágrafo único. Se o estabelecimento de que trata este artigo houver funcionado com autorização nos termos da lei poderá uma vez reconhecido expedir aos alunos que antes hajam concluído regularmente o curso os componentes diplomas ou certificados se o contrário não for determinado no parecer de reconhecimento.

Art. 63. Os estabelecimentos que mantêm cursos de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem autorizados ou reconhecidos serão fiscalizados na forma da lei.

Parágrafo único. A fiscalização será exercida pela Diretoria do Ensino Superior até a criação e instalação de órgão próprio.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 64. A admissão os direitos e deveres dos professores, instrutores, assistentes e monitores constarão no regimento de cada escola.

Art. 65. É obrigatória a freqüência às aulas teóricas e práticas e aos estágios, não podendo ser aprovado na série o aluno que embora satisfeitas as demais condições haja faltado a mais de um terço de qualquer das aulas ou dos estágios.

Parágrafo único. Em hipótese alguma será concedida redução ou dispensa de aula de prática ou de estágio devendo este ser compensado.

Art. 66. É obrigatório o uso de uniforme durante os trabalhos escolares.

Art. 67. Os alunos do sexo masculino, de qualquer dos cursos, poderão ser dispensados dos estágios nas clínicas obstétrica e pediátrica.

Art. 68. Não se admitem alunos ouvintes em qualquer dos cursos.

Art. 69. Aos alunos é vedado prestar serviços de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem a particulares bem como doar sangue ou prestar-se a exames experimentais.

Art. 70. As escolas que apenas mantiverem curso de auxiliar de Enfermagem serão obrigadas a adotar esta designação no seu nome.

Art. 73. Os atuais cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem, equiparados, que passarem à categoria de reconhecidos, e os já reconhecidos são obrigados a elaborar novos regimentos, adaptando-se aos termos da Lei nº 775 de 6 de agosto de 1949 e às normas básicas deste regulamento submetendo-os dentro de noventa dias à Diretoria do Ensino Superior para oportuna apreciação do Conselho Nacional de Educação e decisão do Ministro da Educação e Saúde.

ANEXO V

CURRÍCULO DO CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER Nº 271

Aprov. Em 19-10-1962

No ofício nº 115. de 27 de outubro de 1962, a Associação Brasileira de Enfermagem solicita revisão do Parecer nº 271, deste Conselho, que aprovou o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem. Como relator, passo a apreciar as modificações pleiteadas:

1) Inclusão da disciplina: Fundamentos de Enfermagem.

Como esse nome, a Comissão de Peritos de Enfermagem reunida por iniciativa da Diretoria do Ensino Superior, propõe uma cadeira englobando: Anatomia, Fisiologia, Microbiologia, Parasitologia, Bioquímica, Nutrição e Dietética. Do currículo mínimo aprovado constam todas essas matérias e ainda Psicologia Geral. São conhecimentos básicos para a prática racional e consciente da profissão. Nada impede que essas matérias sejam reunidas sob a denominação pleiteada.

2) Inclusão da disciplina: enfermagem e Saúde Pública.

Não consta do curso geral, que prepara o enfermeiro para cuidar do doente, como auxiliar do médico. Mas consta do currículo de mais um ano letivo, que prepara o enfermeiro de Saúde Pública, ainda em curso de graduação. Poder-se-ia argumentar que foi organizado também um segundo curso, com mais um ano letivo, para a formação da enfermeira obstétrica, sem que se suprimisse a enfermagem geral, destinada ao trabalho hospitalar, deve estar habilitada a cuidar de gestantes parturientes e puérperas. A enfermeira obstétrica deve ter conhecimentos teóricos e práticos mais aprofundados da assistência obstétrica, que a habilitem a assistir o parto normal na ausência do médico.

Em resumo: não consta a Enfermagem de Saúde Pública do curso geral porque entendeu o Conselho desdobrar o atual curso de enfermagem em três cursos de graduação, um dos quais o de Enfermagem de Saúde Pública, inclui a matéria pretendida. Nada, entretanto impede que as escolas a incluam, como também complementar, no curso geral.

3) Inclusão da disciplina: Ciências Sociais. Tal matéria não consta, como obrigatória no curso de medicina. Como exigi-la no de enfermagem? Obrigatoriamente, foi incluída no currículo do curso de Serviço Social. Como matéria complementar, as escolas de enfermagem poderão adotá-la.

4) Exclusão da disciplina: Patologia Geral.

O fundamento é que a matéria "pode perfeitamente ser integrada nas disciplinas de enfermagem". Assim, não se pleiteia propriamente a exclusão da matéria. Argumenta-se que poderá ser lecionada juntamente com outras disciplinas. O currículo mínimo, aprovado pelo Conselho não impede. O equívoco vem da suposição errônea de que cada matéria enumerada pelo Conselho deva ser uma cadeira. No caso, concordo em que os conhecimentos que a enfermeira deva ter da patologia humana se incluam no rótulo geral:

"Fundamentos da Enfermagem".

5) *Modificação da disciplina "Administração" para "Administração Aplicada à Enfermagem"*. Argumento: "O ensino da Administração Geral não basta para a Escola atingir seu objetivo que é o de preparar enfermeiras chefes". Continua o equívoco. A matéria é "Administração", a terminologia genérica. que o Conselho tem adotado. No curso de medicina, quando se diz Anatomia, subentende-se que seja a do homem. No curso de enfermagem, "Administração" refere-se, evidentemente àquela que serve à profissão de enfermeira. Não vejo necessidade do complemento pleiteado. A especialização ficará nos programas e planos de estudos que a escola vier a adotar.

6) *Substituição da frase do Parecer: "Uma ou mais formam o conteúdo das cadeiras" por "uma ou mais disciplinas de enfermagem formam o conteúdo das cadeiras"*.

Justificativa:

"As disciplinas que no curso de medicina são chamadas básicas e desempenham papel importantíssimo, num curso de graduação: são em geral lecionadas por assistentes das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia, Filosofia, ou por enfermeiras. que recebem gratificação por aula dada. Não justifica que se constituam cadeiras pois acarretariam ônus enorme e desnecessário para a escola".

É verdade que o Parecer não obriga as escolas a criarem tais cadeiras, mas a simples menção de que o fato é possível poderá provocar pressão por parte de pessoas interessadas para a sua criação, sobretudo nas escolas governamentais.

A argumentação não procede. A frase impugnada é meramente explicativa. Consta, de um modo geral, de todos os currículos por mim relatados. A intenção é esclarecer às escolas quais as tarefas e competências que a nova lei lhes entrega. Quando assim faz, é na suposição de que os responsáveis pelo ensino vão fazer bom uso do poder que passaram a deter. Parte-se do pressuposto básico da confiança. A argumentação evoca uma frase de passividade e irresponsabilidade dos educadores, felizmente superada.

Entretanto, como nossa tarefa é apenas indicar as matérias do currículo mínimo, toda a parte final de documento poderá ser suprimida.

Em conclusão, atendendo em parte, as ponderações do memorial, proponho que o texto aprovado seja substituído pelo seguinte, que será o único publicado:

Ao inquérito promovido pelo Conselho Federal de Educação responderam as seguintes entidades:

- I - Associação Brasileira de Enfermagem do Rio de Janeiro - GB.
- II - Escola de Enfermagem "Dom Epaminondas", São José dos Campos- Estado de São Paulo.
- III-Escola de Enfermagem Rachel Haddock Lobo - Rio de

Janeiro - GB.

IV - Escola de Enfermagem Wenceslau Braz - Itajubá - Estado de Minas Gerais.

V - Escola de Enfermagem Madre Justina Inês - Caxias do Sul – Estado do Rio Grande do Sul.

VI - Escola de Enfermeiras da Univ. de Goiás - Goiânia - Estado de Goiás.

VII - Escola de Enf. "Madre Ana Moeller" - Porto Alegre - RGS.

VIII - Escola de Enf. Nossa Senhora das Graças - Recife - Estado de Pernambuco.

Pernambuco.

IX - Escola de Enf. Da Univ. do Recife - Recife - Est.

X - Escola de Enf. Alfredo Pinto - Rio de Janeiro - GB.

XI - Escola de Enf. Luiza de Marillac - Univ. Católica do Rio de

Janeiro.

XII – Escola de Enf. São Francisco de Assis da universidade do Maranhão – São Luís – Est. Do Maranhão.

XIII – Escola de Enfermagem Madre Maria Teodora da Universidade Católica de Campinas – Estado de São Paulo.

XIV – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – Est. De São Paulo.

XV – Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo – juiz de fora – Estado de Minas Gerais.

XVI – Escola de Enfermagem da Univ. Da Bahia – Salvador – Estado da Bahia.

XVII – Escola de Enfermagem Magalhães Barata – Belém – Estado do Pará.

XVIII- Escola de Enf. Da Fac. de Medicina da Univ. de São Paulo – SP.

XIX – Escola de Enfermagem de Porto Alegre da Universidade do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RGS.

XX – Escola de Enf. “Madre Leonice” – Univ. Católica do Paraná – Curitiba – Estado do Paraná.

Do estudo das sugestões recebidas e tendo em vista as condições culturais e sócio-econômicas do país, que aconselham soluções modestas e de maior rendimento prático, resultou para a comissão a convicção de que o curso para a formação do enfermeiro deva ser de três anos letivos.

A partir dessa base, e com mais um ano letivo, seriam graduados dois tipos de enfermeiros especializados: o enfermeiro de Saúde Pública e a enfermeira Obstétrica.

Depois de alguns anos de exercício profissional, esses graduados poderiam voltar às escolas, para cursos de pós-graduação em Administração e em magistério, para as funções de chefia de serviços e de ensino. Tais cursos, bem como os de aperfeiçoamento, são de competência das Escolas, não lhes cabendo currículos oficiais.

Os currículos dos três cursos de graduação ficariam assim

constituídos:

- 1) Curso Geral (3 anos letivos)
 - Fundamentos da Enfermagem
 - Enfermagem Médica
 - Enfermagem Cirúrgica
 - Enfermagem Psiquiátrica
 - Enfermagem Obstétrica e Ginecológica
 - Enfermagem Pediátrica
 - Ética e História de Enfermagem
 - Administração

- 2) Curso de Enfermagem de Saúde Pública (mais um ano letivo além do curso geral).
 - Higiene
 - Saneamento
 - Bioestatística
 - Epidemiologia
 - Enfermagem de Saúde Pública

- 3) Curso de Enfermagem Obstétrica mais um ano letivo do curso geral.
 - Gravidez, parto e puerpério normais
 - Gravidez, parto e puerpério patológicos
 - Assistência pré-natal
 - Enfermagem obstétrica

A esses currículos mínimos, as escolas poderão acrescentar outras matérias complementares, obrigatórias ou facultativas.

No curso geral, as disciplinas de enfermagem terão em vista os aspectos da saúde pública correspondentes.

Este, o parecer da comissão.

a) Clóvis Salgado, relator. Maurício Rocha e Silva, Deolindo Couto.

ANEXO VI

RESOLUÇÃO Nº. 04-72, DE 25 DE FEVEREIRO DE 1972*.

O Presidente do Conselho Federal de Educação, no uso de suas atribuições legais, na forma do artigo 26, da Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, e tendo em vista o Parecer nº 163-72, que a este incorpora, homologado pelo Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Educação e Cultura, resolve:

Art. 1º. O currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia compreenderá 3 (três) partes sucessivas:

- a) pré-profissional;
- b) tronco profissional comum, levando à graduação do Enfermeiro e habilitando o acesso à parte seguinte;
- c) de habilitações, conduzindo pela seleção de matérias adequadas, à formação do Enfermeiro Médico-Cirúrgico, da Enfermeira Obstétrica ou Obstetrix e do Enfermeiro de Saúde Pública, respectivamente, a partir do Enfermeiro.

Parágrafo único. Nas universidades e estabelecimentos isolados que ministrem mais de um curso de graduação, a parte pré-profissional incluirá as matérias do 1º ciclo comum a todos os cursos da instituição na área das Ciências da Saúde.

Art. 2º. A parte pré-profissional compreenderá as seguintes matérias:

Biologia - incluindo noções fundamentais de Citologia, Genética, Embriologia e Evolução;

Ciências Morfológicas - incluindo Anatomia e Histologia;

Ciências Fisiológicas - incluindo Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia e Nutrição;

Patologia - compreendendo Processos Patológicos Gerais, Imunologia, Parasitologia e Microbiologia;

Ciências de Comportamento - incluindo noções de Psicologia e Sociologia;

Introdução à Saúde Pública - incluindo Estatística Vital, Epidemiologia, Saneamento e Saúde da Comunidade.

Art. 3º. O tronco profissional comum abrangerá as seguintes matérias:

Introdução à Enfermagem;

Enfermagem Médico-Cirúrgica;

Enfermagem Materno-Infantil;

Enfermagem Psiquiátrica;

Enfermagem em Doenças Transmissíveis;

Exercício da Enfermagem - incluindo Deontologia Médica e Legislação Profissional;

Didática Aplicada à Enfermagem;

Administração Aplicada à Enfermagem.

Art. 4º. A parte de Habilitações compreenderá as seguintes matérias grupadas como abaixo:

* Transcrito conforme publicação no D.O. de 26 de julho de 1972, p. 6.623.

I - Para a habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
Enfermagem Médico-Cirúrgica, incluindo administração de Centro Cirúrgico, Enfermagem em Pronto Socorro, Unidade de Recuperação e de Cuidado Intensivo e Administração de Serviços de Enfermagem Hospitalar.

II- Para a habilitação em Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia.
Obstetrícia - Enfermagem Obstétrica, Ginecologia e Neonatal; Administração de Serviços de Enfermagem em Maternidades e Dispensários pré-natais.

III - para a habilitação em Enfermagem de Saúde Pública; e Administração de Serviços de Enfermagem em Unidades de Saúde. .

Art. 5º. Integrarão ainda o currículo do curso de Enfermagem e Obstetrícia, em qualquer de suas modalidades, o Estudo de Problemas Brasileiros e a Prática de Educação Física, com predominância desportiva, de acordo com a legislação específica.

Art. 6º. O presente currículo mínimo poderá ser enriquecido de outras matérias, a critério da Instituição.

Art. 7º. Na organização curricular as matérias correspondentes às 3 (três) partes do curso serão distribuídas em disciplinas, estabelecendo-se um sistema de pré-requisitos, de modo a assegurar a ordenação lógica dos assuntos.

Parágrafo único. Ao Enfermeiro que receber, em estudos regulares, a formação pedagógica, prescrita para os cursos de licenciatura, será concedido o Diploma de Licenciado em Enfermagem, com direito ao registro definitivo como professor, ao nível de 1º e 2º graus, das disciplinas e atividades relacionadas à Enfermagem, Higiene e Programas de Saúde.

Art. 8º. O Curso de Enfermagem e Obstetrícia será ministrado com as seguintes modalidades mínimas de duração;

a) na habilitação geral de Enfermeiro - 2.500 horas de atividades, integralizáveis no mínimo de 3 (três) anos letivos;

b) nas habilitações em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia e Enfermagem de Saúde Pública 3.000 (três mil) horas de atividades, integralizáveis no mínimo de 4(quatro) e no máximo de 6(seis) anos letivos;

c) na modalidade de Licenciatura - além da parte de conteúdo prescrita para qualquer das modalidades anteriores - a formação pedagógica da licenciatura exigida no Parecer nº 672-69.

Art. 9º. Na modalidade geral de Enfermeiro e em todas as habilitações será exigido o Estágio Supervisionado em hospital e outros serviços médico-sanitários, a critério da instituição com carga horária não inferior a 1/3 (um terço) da correspondente à parte ou partes profissionalizantes do currículo, e levado a efeito durante todo o transcurso desse período de formação.

Art. 10. A observância desta Resolução será obrigatória para os alunos matriculados a partir do ano letivo de 1973, podendo as Instituições que assim o entendam adotá-la no corrente ano.

Art. 11. A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. - Roberto Figueira Santos - Presidente.

ANEXO VII

ENFERMAGEM - Dispõe sobre a formação do enfermeiro, em curso de graduação e revoga a Resolução nº 4, de 25 de fevereiro de 1972.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA nº. 1.721 - DE 15 DE DEZEMBRO DE 1994*

O Ministro de Estado da Educação e do Desporto, no uso das atribuições e tendo em vista o disposto no artigo 4º. da Medida Provisória nº 711 de 17 de novembro de 1994 e considerando o Parecer nº 314, de 6 de abril de 1994, do então Conselho Federal de Educação, aprovado conforme despacho publicado no "Diário Oficial" da União de 28 de novembro de 1994 Seção I, página 17.991, que fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de Enfermagem, resolve:

Art. 1º. A formação do enfermeiro será feita em curso de graduação e cumprirá os mínimos de conteúdo e de duração fixados pela presente Portaria.

Art. 2º. Os currículos plenos dos cursos de graduação em Enfermagem serão elaborados pelas instituições de ensino superior, objetivando estimular a aquisição, integrada de conhecimentos básicos, teóricos e práticos que permitam ao graduado o competente exercício de S8I profissão.

Art. 3º. Os currículos mínimos para os cursos de graduação em Enfermagem conterão as seguintes áreas temáticas nas quais estão incluídas matérias e disciplinas relativas às Ciências Biológicas e Humanas, a saber:

§ 1º. Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem: nesta área, compreendendo 25% da carga horária do curso, incluem-se conteúdos fundamentais das Ciências Biológicas e das Ciências Humanas, obrigatoriamente:

a) Ciências Biológicas:

-Morfologia (Anatomia e Histologia);

-Fisiologia (Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia e Biofísica);

-Patologia (Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia).

e imunologia)

-Biologia (Citologia, Genética e Evolução, Embriologia).

b) Ciências Humanas:

-Antropologia Filosófica;

-Sociologia; '

-Psicologia Aplicada à Saúde.

§ 2º. Fundamentos da Enfermagem: nesta área, compreendendo 25% da carga horária do curso. Incluem-se obrigatoriamente os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da Enfermagem, na assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo (em hospitais, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde), incluindo:

* D.O.U. de 16 de dezembro de 1994, págs. 19.801 e 19.802.

- História da Enfermagem;
- Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional e Legislação);
- Epidemiologia;
- Bioestatística;
- Saúde Ambiental;
- Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem;
- Metodologia da Pesquisa.

§3º. Assistência de Enfermagem: nesta área, compreendendo 35% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente e ao adulto, considerando o perfil epidemiológico e o quadro sanitário do País/Região/Estado, predominantemente sob a forma de estágio supervisionado em situações:

- Clínicas;
- Cirúrgicas;
- Psiquiátricas;
- Gineco-Obstétricas;
- Saúde Coletiva.

§ 4º. Administração de Enfermagem: nesta área, compreendendo 15% da carga horária do curso, incluem-se obrigatoriamente os conteúdos (teóricos e práticos) de administração do processo de trabalho da Enfermagem e da assistência de Enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados de médio porte, ambulatoriais e rede básica de * S8de.

Art. 4º. Além do conteúdo teórico e prático desenvolvido ao longo da formação do enfermeiro, ficam os cursos de Enfermagem obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais. Ambulatórios e rede básica de serviços de saúde.

§ 1º. O Estágio Curricular Supervisionado deverá ser desenvolvido sob supervisão docente e observará a programação e avaliação específica.

§ 2º: Na elaboração da programação e no processo de supervisão e avaliação do aluno, em estágio Curricular Supervisionado, será assegurada efetiva participação do enfermeiro dos serviços de saúde onde se desenvolve o referido estágio.

§ 3º. Em nenhuma hipótese o Estágio Curricular Supervisionado poderá ser inferior a 2 (dois) semestres letivos. ~C> letivos.

Art 5º. O curso de graduação em Enfermagem terá a duração mínima de 4 (quatro) anos letivos e máxima de 6 (seis) anos (ou 12 semestres) letivos, compreendendo uma carga horária de 3.500 horas/aula.

Parágrafo único. No mínimo de 3.500 horas/aulas previstas estão incluídas as destinadas ao Estágio curricular Supervisionado e excluídas as correspondentes à disciplina obrigatória por força de legislação específica (Educação Física).

Art. 6º. A adaptação do currículo baixado pela Resolução CEF nº 4, de 25 de fevereiro de 1972, aprovado far-se-á. por via regimental, segundo os recursos e interesses de cada instituição, dentro do prazo de 1 (um) ano, a partir da data da publicação desta Portaria.

Parágrafo único. As adaptações regimentais das Instituições de Ensino superior, que mantêm cursos de Enfermagem, serão apreciadas pelos Conselhos de Educação competentes.

Art. 7º. Essa Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas a Resolução de nº. 4. De 25 de fevereiro de 1972, do Conselho Federal de Educação e demais disposições em contrário - Murílio de Avellar Hingel. Ministro da Educação e do Desporto.

ANEXO VIII

**PROJETO PARA PROFISSIONALIZAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM
(BR – 0305)**

RESUMO EXECUTIVO

Tomador do empréstimo:	Governo do Brasil	
Agência executora:	Ministério da Saúde	
Valor e Fonte:	BID	US\$ 185 milhões
	Contrapartida Local	US\$ 185 milhões
	Total:	US\$ 370 milhões
Prazos e condições:	Período de amortização:	25 anos
	Período de auxílio:	4 anos
	Período de auxílio:	4 anos
	Taxa de interesse:	variável
	Inspeção e supervisão:	1 %
	Taxa de crédito:	0,75%
	Moeda:	dólar americano
Objetivos:	<p>O objetivo do projeto é elevar a qualidade do tratamento ao paciente interno e externo por meio da profissionalização do pessoal auxiliar, particularmente em estabelecimentos ligados contratualmente ao Sistema Unificado de Saúde (SUS), a fim de providenciar o cuidado com a população de baixa renda. Busca-se: (i) reduzir a carência de auxiliares de enfermagem capacitados; (ii) promover o desenvolvimento do mercado de trabalho médico; (iii) reforçar a estrutura regulatória e os processos relativos à sua efetividade, corrigindo as falhas atualmente existentes; (iv) criar condições técnicas e financeiras para a sustentabilidade do treinamento de pessoal auxiliar de enfermagem.</p>	
Descrição:	<p>O processo alcançará estes objetivos por meio de duas componentes, quais sejam: (i) ensino e profissionalização de pessoal de enfermagem; (ii) reforço institucional das agências que regulam o treinamento técnico de recursos humanos para o SUS.</p> <p>No tocante à primeira componente, subprojetos serão submetidos a um fundo competitivo para financiar a profissionalização e cursos escolares (certificado</p>	

equivalente à educação fundamental) para auxiliares de enfermagem não capacitados. Os cursos serão ofertados por estabelecimentos que: (i) ofereçam tanto educação quanto profissionalização em associação com provedores que empreguem auxiliares de enfermagem e – se estes não tiverem capacidade própria para tanto – com organizações de treinamento comprometidas com o projeto; e (ii) demonstrarem ter uma proposta de trabalho que esteja ligada a uma específica demanda relativa às necessidades da enfermagem dentro da área do projeto.

A segunda componente procurará reforçar a sustentabilidade e viabilidade das atividades da primeira componente através da prevenção de futuras contratações de enfermeiros despreparados, da expansão de oportunidades para o treinamento de auxiliares de enfermagem, e da introdução de sistemas para criar e regular a qualidade do treinamento profissional destes. Para alcançar este objetivo, especial atenção será dada a mecanismos sustentáveis voltados à regulação do mercado e financiamento a profissionalização dos auxiliares de enfermagem durante e após o programa. Os elementos-chave deste processo são: (i) treinamento de ensino para instrutores e avaliadores necessários para os cursos de profissionalização e sistema de certificação de habilidades; (ii) estabelecimento de sistemas de informação em oportunidades de treinamento e admissão empregatícia; (iii) elaboração e implementação de um sistema de certificação do pessoal de enfermagem habilitado; (iv) consolidação de centros de excelência em treinamento com autonomia operacional, administrativa e financeira. Adicionalmente, o programa, como parte de sua estrutura de financiamento, encontra o compromisso do Fundo de Amparo ao Trabalhador, que irá financiar atividades de treinamento consideradas como prioridade pelo Ministério da Saúde.

País do Banco e sua Estratégia:

O projeto contribuirá principalmente para os seguintes aspectos da atual estratégia do Banco no campo da saúde: (i) combinar os esforços das instituições públicas e privadas para melhorar as condições da saúde; e (ii) reforçar a capacidade pública de regulação. Esta estratégia específica visa intervir no mercado de treinamento e no campo de regulação para auxiliares de enfermagem, de modo a atacar as raízes do problema da grande massa de pessoal não-habilitado (ver parágrafos 1.1, 1.5, 1.6 e 1.7).

Análise social e ambiental:

O Comitê sobre Impacto Social e Ambiental (*Committee on Environment and Social Impact*) aprovou o projeto e indicou não ser obrigatória a informação acerca das atividades ou a prática de qualquer ação subsequente à sua realização. Recomendou, entretanto, a inclusão de tópicos relacionados à saúde reprodutiva (ver parágrafo 4.12)

Benefícios:

Os principais benefícios do projeto são (i) melhoria da qualidade do tratamento dos pacientes internos e externos graças à profissionalização dos auxiliares de enfermagem; e (ii) estabelecimento de uma base institucional e de condições de mercado favoráveis para o treinamento de profissionais da área de saúde depois de o PROFAE ter sido concluído.

Riscos:

Auxiliares de enfermagem já treinados têm a tendência de mudar-se, tornando necessária a contínua contratação de auxiliares não-habilitados. Dada a segmentação do mercado de trabalho, auxiliares de enfermagem poderiam deixar áreas rurais ou menos populosas em direção às grandes cidades, onde os salários são mais altos. Tal fato forçaria as instituições que sofressem tal perda a contratar mão de obra não especializada na área. Os critérios de eleição focam, com especial cuidado, subprojetos de profissionalização em área com população menos numerosa e na continuidade do processo de regulação realizado por associações profissionais, as quais têm se mostrado efetivas na restrição da contratação de pessoal de enfermagem não qualificado.

Resistência cultural face aos sistemas de certificação e informação. No quadro de uma cultura estruturada na pré-qualificação das instituições de ensino, estas inovações poderiam gerar oposição com relação às associações de enfermeiros (bem como outras associações profissionais) e com outras instituições de treinamento. Para minimizar tal risco, estas associações estarão ativamente envolvidas na criação do sistema de certificação, e, treinadores estarão envolvidos na criação do sistema público de informação, dentre outros métodos.

Cláusulas contratuais especiais:

São condições precedentes à primeira liberação:

- a) apresentação do acordo firmado entre a agência executora e a agência que irá contratar por bens e serviços (parágrafos 3.7)
- b) apresentação evidente da entrada oficial into force das Regulações de Operação (ver parágrafo 3.8(a));
- c) *não traduzido*
- d) apresentação do acordo entre o Banco do Brasil para o registro de estudantes em cursos do projeto (parágrafo 3.8(b)) (condição já fulfilled);
- e) apresentação do acordo assinado com a agência responsável pelo aspecto da subcomponente de treinamento (parágrafo 3.8 (g)).

Como condição necessária e anterior à transferência de recursos para qualquer subprojeto, o acordo assinado pela agência executora e pela agência responsável pela área do subprojeto em questão deve ser apresentado ao Banco com antecedência.

Como condição precedente e anterior à primeira liberação relativa à subcomponente de certificação de habilidades, evidências do estabelecimento planejado dos segmentos técnicos e consultivos vislumbrados pelo sistema de certificação (parágrafo 3.32).

Uma vez que 50% dos recursos da componente I tiverem sido comprometidos, a restrição relacionada à proporcionalidade territorial de determinado estado será levantada (parágrafo 3.2), de modo que nenhum estado deverá receber mais do que 35% do total de recursos (parágrafo 3.2).

Combate à pobreza e classificação segundo o setor social:

Esta operação é classificada como projeto de promoção da igualdade social, conforme descrição de alvos determinados pelo Oitavo Reabastecimento do Banco (documento AB01704).

Exceções à Política do Banco:

Nenhuma

Aquisições:

Considerando que a aquisição liga-se principalmente aos serviços de treinamento, o acordo inclui uma cobertura Annex D para preencher as necessidades do projeto e as políticas do Banco (parágrafo 3.42). Os procedimentos planejados em Annex D serão aplicados aos subprojetos da componente I uma vez que os subprojetos serão financiados em bases múltiplas segundo critérios de qualidade, uma unidade de preço referencial será utilizada (parágrafo 3.42 (iii)). Lances internacionais competitivos serão usados para aquisições acima de US\$ 1,5 milhão. A política padrão do Banco, apresentadas em Annex B, serão aplicadas para a aquisição de serviços e bens previamente listados, e as políticas concernentes ao Annex C serão aplicadas para a contratação de serviços de consultoria (parágrafo 3.43). Recomenda-se que uma agência seja contratada direta e especificamente para administrar a contratação de consultores e outras atividades previamente requeridas, de acordo com o tópico GS-403 do Manual de Aquisição (parágrafo 3.6).

Liberações:

Dada a natureza descentralizadora da implementação do projeto, o envolvimento de 10 agências regionais e 300 operadores ao longo de todo o país, e o custo das atividades contempladas, um capital de giro de 10% do valor total do empréstimo é recomendado (parágrafo 3.47) O fundo será repostado mediante documentação – a ser apresentada pela unidade de gerenciamento do projeto – para gastos, componentes e coexecução pelas agências do projeto.

ANEXO IX**CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (*)
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR****RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.**Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do
Curso de Graduação em enfermagem.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "c", da Lei nº. 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

*CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente : os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;

X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;

XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;

XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;

XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;

XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe e de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;

XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;

XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;

XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;

XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;

XXIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;

XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

XXXII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e

XXXIII - reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:

a) Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

c) Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e

d) Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

§ 1º Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

§ 2º Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de

estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e

IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

Art. 15. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior