

POTENCIAL INTERDISCIPLINAR DA **ENFERMAGEM**

HISTÓRIAS PARA REFLETIR
SOBRE O TEMPO PRESENTE



MARIA ANGÉLICA DE ALMEIDA PERES
MARIA ITAYRA PADILHA
TÂNIA CRISTINA FRANCO SANTOS
ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA FILHO

Organização



ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA DE
ENFERMAGEM



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal
Gestão 2020/2022

Sonia Acioli de Oliveira

Presidente

Marcia Regina Cubas

Vice Presidente

Lenilma Bento de Araújo Menezes

Secretária Geral

Sonia Maria Alves

Diretora do Centro Financeiro

Idenise Vieira Cavalcante Carvalho

Diretora do Centro de Desenvolvimento da Prática
Profissional e do Trabalho de Enfermagem

Dulce Aparecida Barbosa

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

Esrón Soares Carvalho Rocha

Diretor do Centro de Estudos e
Pesquisas em Enfermagem

Edlamar Kátia Adamy

Diretora do Centro de Educação

CONSELHO FISCAL – TITULARES

Maria Goreti de Lima

Aline Macedo de Queiroz

Keli Marini Dos Santos Magno

CONSELHO FISCAL – SUPLENTES

Claudia Capellari

Quesia Nayrane Ferreira

Maria do Amparo Oliveira

PRODUÇÃO EDITORIAL

Paulo Roberto Pinto | Projeto gráfico e diagramação
Magdalena Avena | Assistente editorial

P861 Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para
refletir sobre o tempo presente / Organização
Maria Angélica de Almeida Peres, Maria Itayra Padilha,
Tânia Cristina Franco Santos e Antonio José de Almeida
Filho.

84 p. : il. , color. ; -- Brasília, DF : Editora ABEn, 2022.

ISBN 978-65-89112-09-9

e-Book (PDF)

Texto de vários autores.

1. Enfermagem. 2. História. 3. Pesquisa Histórica.
4. Ensino Interdisciplinar. I. Associação Brasileira de
Enfermagem. II. Maria Angélica de Almeida Peres (Org.), III.
Maria Itayra Padilha (Org.), IV. Tânia Cristina Franco Santos
(Org.), V. Antonio José de Almeida Filho(Org.).

CDU 378
CDD 607

Ficha catalográfica elaborada por Magdalena Avena CRB SP-009663/O

2022.v1

APRESENTAÇÃO

Este e-book reúne autores que se dedicam à pesquisa histórico-social na Enfermagem em sete capítulos, que colocam a pesquisa histórica como potencializadora de reflexões em torno da interdisciplinaridade na saúde. Sua organização foi iniciada pelo Departamento Científico de História da Enfermagem (DHE) na gestão provisória da ABEn Nacional (2019-2020), a partir de um projeto da então Presidente, Profa. Dra. Francisca Valda da Silva,

A escolha dos capítulos considerou o acelerado ritmo de transformações sociais na contemporaneidade que leva a busca pelos caminhos percorridos para que se compreenda o contributo do cuidado de enfermagem em práticas de saúde interdisciplinares. Permeiam esses caminhos os contextos e perspectivas globais apresentadas no primeiro capítulo, no qual o passado é instrumento para a formação de consciência histórica, política e cultural da Enfermagem e onde a História da Enfermagem por si só contempla interfaces com outras disciplinas como Artes, Antropologia, Filosofia, História, Museologia e Sociologia, importantes na formação de profissionais conscientes do valor da memória para si, sua classe e a sociedade.

O capítulo dois reforça a interdisciplinaridade no ensino de História da Enfermagem no Brasil em espaços museológicos das instituições públicas de nível superior. A inserção de visitas guiadas a museus das escolas de enfermagem é apresentada como base para a formação, contribuindo, sobretudo, para a construção e fortalecimento da identidade profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, abrindo possibilidades para a pesquisa, o ensino e a extensão no museu, práticas pouco aplicadas na educação em enfermagem.

Sob a ótica da formação em Enfermagem, o terceiro capítulo reúne trajetórias de cursos de nível superior em três importantes regiões do Brasil - Nordeste, Centro-Oeste e Sul, explicitando o valor das alianças interdisciplinares para o avanço da formação na área, de modo que as universidades se tornam locais de conquista de espaço acadêmico-científico para as profissões de saúde, dentre as quais está a Enfermagem, que teve o quantitativo de cursos ampliado no século XX, em especial após a Reforma Universitária de 1968, influenciando positivamente no desenvolvimento das diferentes regiões do país.

No espaço acadêmico, a Enfermagem investiu na formação pós-graduada lato e stricto sensu com produção de conhecimento próprio e passou a se distinguir no saber/fazer especializado, acompanhando os avanços técnicos-científicos da área da saúde. No capítulo quatro são apresentadas as circunstâncias de desenvolvimento da prática de enfermagem em cuidados paliativos, hoje área de exercício de autonomia profissional, que demonstra seu lugar na equipe interdisciplinar, conforme se reconhece a sua importância na prevenção de infecções na assistência de saúde pública e hospitalar.

A autonomia da enfermagem no contexto da saúde é reiterada no capítulo cinco em que o trabalho desses profissionais em Centrais de Material e Esterilização mostra-se como alicerce na prevenção de infecções e na qualidade da assistência, sendo o Enfermeiro, gestor desse setor, com credenciais e expertise para estruturar normativas para a segurança do paciente em colaboração com os demais serviços e profissionais da instituição de saúde.

No capítulo seis, a assistência de enfermagem às populações vulneráveis vem a foco em diálogo com a produção científica em História da Enfermagem, cujo referencial teórico da Nova História permite aos grupos de investigação abordar, pela técnica da história oral, uma população excluída socialmente, constante preocupação das políticas públicas de saúde. O texto traz questões relacionais sobre equidade e interdisciplinaridade a partir da visão de diferentes atores sociais, democratizando a narrativa histórica na Enfermagem.



No que se refere a trajetória da Enfermagem e ao ensino e a pesquisa em História da Enfermagem, o capítulo sete encerra esta obra sintetizandoas metodologias aplicadas à pesquisa histórica por Enfermeiros brasileiros, tipificando-as para a construção da investigação histórica.

Acredita-se que as reflexões aqui empreendidas, bem como o mapeamento de possibilidades de análise e construções no campo histórico, para além de visibilizarem marcos, fatos, personalidades importantes e a interdisciplinaridade na construção da enfermagem brasileira, suscitam a oportunidade de viver e escrever a história que está por vir. Abre-se o leque para a história de uma Enfermagem cada dia mais potente, forte, unida, reconhecida pelo seu saber próprio e científico. Este é o nosso desejo e trabalho diário.

Maria Angélica de Almeida Peres

Coordenadora do Departamento Científico de História da Enfermagem da ABEn Nacional.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Fernanda Batista Oliveira Santos

Membro do Departamento Científico de História da Enfermagem da ABEn Nacional.

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil



PREFÁCIO

A conjuntura social do início do Século XXI se caracterizava pelo intenso movimento de expansão das fronteiras da inovação tecnológica em todas as áreas do conhecimento, associado ao potente movimento de globalização da informação. Visões progressistas ocuparam espaços importantes nas agendas sociais e políticas com a perspectiva de por em prática ideias de uma educação inclusiva a partir da produção e aplicação na prática de resultados de pesquisa. Assim, o trabalho em equipe de saúde pautado nos conceitos de integralidade da atenção e interdisciplinaridade de saberes se constituiu com um avanço significativo para a reorganização da área da saúde.

O conceito de integralidade da atenção insculpido na Lei nº 8080/1990 introduziu uma nova perspectiva para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais da saúde, o qual pode ser traduzido pelo entendimento de que nenhuma categoria profissional ou saber específico por si só daria conta de prestar atenção e assistência à saúde a um sujeito ou coletividade. Para que a necessidade de atenção à saúde seja integralmente satisfeita é imperativo a conjunção de muitos e diferentes saberes e fazeres numa perspectiva ampliada e continuada. Destarte, compreender o processo saúde-doença como uma resposta ao modo de viver e trabalhar passa a exigir um profundo entendimento da vida em sociedade para que as ações de saúde possam ter a perspectiva de alcançar a complexidade do ser humano em suas relações consigo, com as outras pessoas e com o mundo onde está inserido.

Este panorama, como é de se prever, passou a exigir mudanças concretas no modo de formar trabalhadores para atuar na perspectiva proposta pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS, sendo esse sistema o ordenador da formação de recursos humanos para a saúde⁽¹⁾. Nesta circunstância, o conceito de interdisciplinaridade se insere nos projetos políticos pedagógicos dos cursos de formação profissional da área como orientador de estratégias problematizadoras ou de busca de solução de problemas, proporcionando um campo propício para trocas positivas de conhecimentos e experiências.

Todavia, nem sempre a interdisciplinaridade encontrou nos espaços de formação ou de atenção em saúde propriamente dita a compreensão do seu significado. Possivelmente, a tradição dos processos formadores, que quase sempre foram voltados para uma especialização precoce, dificultou a integração das diversas disciplinas e a formação do espírito do trabalho em equipe baseada na complementaridade dos conteúdos das ciências próprias e aplicada.

Passados 20 anos do século atual, estudos têm sido publicados sobre esta questão. Porém, em que pese que o conceito de interdisciplinaridade está melhor compreendido e até faça parte do vocabulário de docentes, pesquisadores e demais trabalhadores tanto da área da educação como da saúde, estudos que abordam tal temática continuam sendo necessários, principalmente aqueles que possam contribuir para ampliar o universo de aplicabilidade das experiências interdisciplinares.

As leituras sobre o tema e a experiência acumulada em atividades sobre currículo integrado para formação de enfermeiras me permitem reconhecer que o verdadeiro sentido da interdisciplinaridade se manifesta, principalmente, quando há troca frequente e contínua entre diferentes docentes e pela qualidade e profundidade da integração entre as disciplinas que compõem um projeto curricular. Com efeito, essa integração necessariamente produzirá um novo conhecimento que será compartilhado por todas as disciplinas participantes, mas não será específico de nenhuma delas, passando a compor gradativamente um elo, uma nova cultura de integração entre saberes/fazeres e entre pessoas.

A Enfermagem, como prática social, ao longo do seu desenvolvimento construiu um corpo próprio de conhecimento que hoje se reconhece como um saber a ser considerado no conjunto da interdisciplinaridade,



com larga experiência nos processos de cuidar em saúde e teorias que explicam o fenômeno **cuidado de enfermagem** como parte expressiva integrante do cuidado em saúde, apresentando contribuições relevantes para o entendimento da complexidade humana.

Considerando a perspectiva apresentada, foi com muita alegria que recebi a honrosa incumbência de prefaciar este E-Book que o Departamento Científico de História da Enfermagem (DHE/ABEn) entrega à sociedade brasileira; uma obra que traz interessante abordagem sobre os vínculos entre a Enfermagem, como campo de conhecimento e prática social, e a área da saúde na perspectiva da interdisciplinaridade, abordada como uma totalidade que envolve diferentes áreas de conhecimento e abrange a dinâmica do mundo da vida⁽²⁾.

Na presente obra, a interdisciplinaridade se coloca como pano de fundo na construção de conhecimento sobre História da Enfermagem que, ao se delinear, analisa a conjuntura social em que os fenômenos históricos aconteceram, mostrando a agregação de conhecimentos da área da saúde, da sociologia, antropologia, política e história, com vistas à compreensão de como e por que as coisas aconteceram, além do aporte de outras áreas igualmente importantes, a exemplo da arquivologia e biblioteconomia, entre outras.

A História da Enfermagem é um campo de conhecimento fértil para visualizar a integração de diversas disciplinas na construção de um novo conhecimento, inclusive pelas “pistas” que vão ficando ao longo da história sobre outros fenômenos sociais que compõem o cenário de cada acontecimento. Por exemplo, o quanto se aprendeu sobre o cuidado de enfermagem ao se investigar o que se escondia no “silêncio dos corredores” das Santas Casas de Misericórdia? Outro exemplo, ao estudar a inserção da enfermagem moderna em Alagoas, nos primeiros anos da década de 1950, quanto foi revelado sobre os primórdios da medicina no Estado, das instituições de saúde locais e do lugar da mulher na sociedade alagoana da época?

Importantes contribuições para a história das práticas de saúde no Brasil são os estudos que revelam experiências de cuidado interdisciplinar, na difícil tarefa de compor um cuidado baseado no princípio da integralidade da atenção, mormente quando voltados para pessoas portadoras de doenças negligenciadas, como se costuma referir nos dias atuais. É perceptível a contribuição da história, da sociologia, da antropologia e dos princípios religiosos que ditaram os cuidados para esses grupos sociais, configurando comportamento de repulsa e medo que se reconfiguraram para serem hoje objeto de tecnologia interdisciplinar de atenção em saúde, superando coletivamente a segregação de pessoas em razão de suas doenças.

As práticas de afastamento da doença e da morte buscaram através do tempo conter as infecções, seja pela “invenção” (grifo meu) de antibióticos, seja pela observação atenta que identifica as mãos e os objetos de cuidado como veículos de transmissão de microrganismos causadores de infecção. Nesse E-Book, o desenvolvimento dos fazeres da equipe de enfermagem pode ser visto no estudo sobre as ações desenvolvidas em centrais de processamento de materiais e esterilização, favorecendo o sucesso das intervenções cirúrgicas e dos demais procedimentos que exigem técnica asséptica.

Não obstante, a construção de conhecimento interdisciplinar não prescinde de muito investimento em processos educativos, até porque os membros da equipe de saúde e das outras profissões precisam aprender não só a produzir conhecimento juntos e integrados, mas precisam aprender a trabalhar interdisciplinarmente, a compreender a complexidade das ações de saúde e a sutileza de cuidar respeitando os limites éticos ao alçar toda a criatividade que a largueza da mente aberta pode acionar. Para tanto, construir estratégias e cenários interdisciplinares é fundamental para que esta perspectiva possa se concretizar.

Por fim, desenvolver estudos na perspectiva interdisciplinar exige que as bases de cada disciplina participante do projeto sejam compreendidas por todos, de maneira que, ao se apropriar do conteúdo das disciplinas, não se incorra em embaraços epistemológicos ou metodológicos. Sobre esta questão, renomados pesquisadores da área de História da Enfermagem se debruçaram sobre a metodologia da pesquisa com



leveza e consistência, na tentativa de esclarecer dúvidas que são frequentes entre os estudiosos, não só da área da enfermagem, mas de qualquer área que se proponha a contribuir com a escrita da história.

Por tudo que foi dito, este E-Book reforça o princípio de que “somente um bom conhecimento disciplinar pode nos conduzir a consistentes voos interdisciplinares”⁽³⁾ e o alcance dos espaços de compartilhamento de ideias e práticas em saúde requer, urgentemente, a riqueza de informações que a interdisciplinaridade disponibiliza, apontando para a necessidade de que a formação profissional e a experiência do mundo do trabalho ajude a configurar uma prática de saúde mais humanizada, que considere os aspectos socioculturais e a abertura para a alteridade no cuidado em saúde⁽⁴⁾.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 1990 [cited 2021 Nov 02]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Santos G, Coelho MTAD, Fernandes SAF. A produção científica sobre a interdisciplinaridade: uma revisão integrativa. *Educ Revista*. 2020;36:e226532. <https://doi.org/10.1590/0102-4698226532>
3. Rezer R, Matsuêr RY. Paradoxos e contradições da interdisciplinaridade: reflexões críticas em um programa de pós-graduação da área interdisciplinar. *Rev Eletrôn Científ Ensino Interdiscip* [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 02];6(16). Available from: <http://natal.uern.br/periodicos/index.php/RECEI/article/view/1605>
4. Carvalho LB, Freire JC, Bosi MLM. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. *Physis*. 2009;19(3):849-65. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300017>

Regina Maria dos Santos

Doutora em Enfermagem. Vice-Presidente da ABEn Nacional (Gestão provisória 2019-2020)
Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil



SUMÁRIO

8 CAPÍTULO I

**OLHARES SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE
NA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM: CONTEXTOS
E PERSPECTIVAS GLOBAIS**

21 CAPÍTULO II

**ENSINO DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM EM
ESPAÇOS INTERDISCIPLINARES: MUSEUS
E CENTROS DE MEMÓRIA**

30 CAPÍTULO III

**ALIANÇAS INTERDISCIPLINARES NA
CRIAÇÃO DE CURSOS DE ENFERMAGEM
NO NORDESTE, CENTRO-OESTE E SUL
DO BRASIL**

41 CAPÍTULO IV

**TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS
NO MUNDO E NO BRASIL**

50 CAPÍTULO V

**HISTÓRIA DA ENFERMAGEM NOS ESPAÇOS
INTERDISCIPLINARES: CUIDADOS COM
MATERIAIS CIRÚRGICOS E EQUIPAMENTOS
HOSPITALARES E A PREVENÇÃO DAS
INFECÇÕES RELACIONADAS À
ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

58 CAPÍTULO VI

**ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS POPULAÇÕES
VULNERÁVEIS E A INTERDISCIPLINARIDADE
DE DINÂMICA DOS ESTUDOS DE
HISTÓRIA DA ENFERMAGEM**

71 CAPÍTULO VII

**METODOLOGIA HISTÓRICA APLICADA
À ENFERMAGEM: REFLEXÕES
E CONTRIBUIÇÕES DA
INTERDISCIPLINARIDADE**



<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c01>

OLHARES SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE NA HISTÓRIA DA ENFERMAGEM: CONTEXTOS E PERSPECTIVAS GLOBAIS

Deybson Borba de Almeida^I
ORCID: 0000-0002-2311-6204

Gilberto Tadeu Reis da Silva^{II}
ORCID: 0000-0002-0595-0780

Maria Sagrário Gómez Cantarino^{III}
ORCID: 0000-0002-9640-0409

Rosana Maria de Oliveira Silva^I
ORCID: 0000-0002-7705-8927

Giselle Alves da Silva Teixeira^{II}
ORCID: 0000-0001-7316-0783

Nívia Vanessa Carneiro dos Santos^{III}
ORCID: 0000-0002-0241-7593

Fabricia Cristine Santos Leite^I
ORCID: 0000-0003-4904-3311

^IUniversidade Estadual de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.

^{II}Universidade Federal da Bahia.
Salvador, Bahia, Brasil.

^{III}Universidad de Castilla-La Mancha.
Toledo, Espanha.

Autor Correspondente:
Deybson Borba de Almeida
E-mail: dbalmeida@uefs.br



Como citar:

Almeida DB, Silva GTR, Cantarino MSG, Silva RMO, Teixeira GAS, Santos FCS, et al. Olhares sobre a interdisciplinaridade na história da enfermagem: contextos e perspectivas globais. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.). Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 8 a 20 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c01>

Revisora: Maria Itayra Padilha
Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,
Santa Catarina, Brasil.

APRESENTAÇÃO E PROPÓSITO

Neste capítulo analisaremos a interdisciplinaridade na história da Enfermagem em diferentes perspectivas e refletiremos sobre a importância da história e Enfermagem. Compreender estes dois objetos em interação, a partir da interdisciplinaridade é destacar as potências destes campos quando vistos sob um olhar mais abrangente e atento à complexidade do fenômeno.

REFLEXÕES SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE, ENFERMAGEM E HISTÓRIA

Em inicial, abordar que tanto a Enfermagem como a História são ciências interdisciplinares já que congregam de outras na construção de um campo de saber específico. E, partindo para o campo conceitual a interdisciplinaridade regimenta isto como um ponto de cruzamento entre atividades (disciplinares e interdisciplinares) com lógicas diferentes, refutando a ideia da homogeneização e enquadramento conceitual.

Em uma primeira parada, partindo do aspecto conceitual do léxico, Enfermagem, que pode ser compreendida como um campo de conhecimento ocupado predominantemente por mulheres, que exercem essa profissão para reproduzir a sua própria existência. Elas se utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender seu objeto de trabalho, o cuidado humano⁽¹⁾.

O conceito de interdisciplinaridade remete a algo que estabelece relação entre dois ou mais campos de saber. No caso específico da enfermagem, identificamos diversas áreas correlatas, incluindo pedagogia, medicina, direito, administração, farmacologia, filosofia, antropologia, história, sociologia e psicologia, o que configura este espaço como naturalmente propício para a prática da interdisciplinaridade.



O objeto de trabalho da enfermeira é o cuidado a pessoa, compreendido sob uma ótica profissionalizada, determinada por aspectos históricos e sociais, que está essencialmente vinculado à natureza humana, à figura feminina em sua origem ontológica e caracterizado como um ato de proteção, zelo e amor ao próximo, que prescinde a vida⁽²⁾.

Florence Nightingale (1820-1910) contribuiu, de modo expressivo, para a profissionalização do cuidado, criando escolas de Enfermagem, com arcabouço técnico e com uma divisão do trabalho pré-estabelecida, passando a ser reconhecida como atividade necessária e útil para a sociedade moderna e capitalista, a qual precisava de formação especial e de conhecimentos que fundamentassem o agir profissional no ambiente hospitalar⁽³⁾.

Nesse contexto, foram estruturadas as bases da Enfermagem, inicialmente sob influência do paradigma positivista, o que levaria a uma fragmentação do saber/fazer por meio de inúmeras especializações e divisões do conhecimento. Alertamos neste ponto, para uma genuína controvérsia: como o cuidado humano, em sua complexidade, pode ser generalista, integral e especializado, se ele é essencialmente interdisciplinar?

Quando analisamos o trabalho da enfermeira, sua concepção integral e o seu pretense objeto, podemos afirmar que as teorias de enfermagem, o processo de enfermagem, são caminhos possíveis para essa prática, essencialmente interdisciplinar, que extrapola a especialização, a tecnificação que se insurge frequentemente no trabalho do mundo moderno, capitalista e neoliberal.

As Teorias de Enfermagem foram desenvolvidas com o objetivo de organizar e sistematizar ações nas quais os cuidados de Enfermagem estejam presentes, gerando conhecimentos que sustentarão e subsidiarão a prática da Enfermeira, em busca de melhores resultados. São, portanto, elementos fundamentais para a implementação do cuidado em Enfermagem⁽⁴⁾.

Em outro ponto deste capítulo, buscamos um olhar direcionado para a História compreendida como a ciência dos homens no tempo, obra de uma sociedade que remodela/modela, segundo suas intencionalidades e luta de classes na arena social⁽⁵⁾.

Para Bloch⁽⁵⁾, o tempo verdadeiro é *continuum*, se caracterizando como abstrato, multifacetado e complexo, representado em sua noção física por duas fases significativas: uma influenciada pela concepção de Newton, acerca de um tempo absoluto, e a outra influenciada por Einstein e a sua teoria da relatividade, onde se tornou absurda a primeira noção.

De outro modo, a ideia conceitual do léxico história congrega duas possibilidades de entendimento e significação, ciência dos homens em si, modo de investigação científica⁽⁶⁾.

Para Mattoso⁽⁷⁾, não se trata da comemoração do passado, mas de uma forma de desvelar o presente. Assim, quando desvelamos a relação entre o ontem e o hoje, vislumbramos a possibilidade de decifrar/intervir na ordem possível no mundo de dominação social, porventura, indispensável à sobrevivência. Isso, por extensão, também nos permite intervir nos processos sociais, suas injustiças e equívocos.

Em prosseguimento, quando olhamos a história da enfermagem, identificamos processos sociais mediados/marcados por questões sociais, econômicas e políticas que repercutiram na gênese, na formação e na prática profissional até os dias de hoje, com desdobramentos no futuro da profissão.

Em direção ao primeiro aspecto da história da enfermagem, identificamos as influências da religião na gênese profissional, e que, em alguns momentos, a igreja católica chegou, inclusive, a ser porta-voz da enfermagem na formulação de um pensamento, do perfil necessário para exercer a profissão, bem como, na consolidação de atitudes que influenciaram/influenciam a formação e o exercício profissional das enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem⁽⁸⁾.

Nesta perspectiva, a análise histórica da Enfermagem tem uma subdivisão muito marcada entre a prática leiga e a prática profissionalizada com influências da instituição religiosa nestes dois momentos. O primeiro momento, identificado como prática leiga⁽⁹⁾ repercutiu na postura de abnegação, obediência e dedicação, marcando profundamente a profissão.

Portanto, este momento histórico foi influenciado por fatores socioeconômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal, bem como, nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo. Onde surge a Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosas, deixando um legado de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos sendo legitimados e aceitos pela sociedade, como características inerentes à Enfermagem.

A introdução da Enfermagem nos hospitais ocorreu no século XIII. Na época, as religiosas que atuavam nesses locais respaldavam suas condutas na filosofia cristã, de amor ao próximo, o que na prática, consistia em alimentar o faminto, dar água ao sedento, vestir o despido, visitar o prisioneiro, abrigar o desempregado, cuidar do doente e sepultar o morto⁽¹⁰⁾.

A instituição religiosa, por sua vez, se apropriava do cuidado de doentes e pobres como um meio de assegurar a centralidade e poderio da Igreja, bem como para garantir seu próprio enriquecimento mediante apoio dos poderes públicos e isenção de impostos. A prática da Enfermagem, notoriamente vinculada a uma forte motivação cristã, levava as irmãs em direção à caridade e à assistência de enfermos, mas, neste percurso, elas eram gradualmente submetidas a regras rígidas de moral e boa conduta, com ensino essencialmente prático e não sistematizado⁽¹¹⁾.

O abandono das instituições hospitalares supracitadas somente ocorreu tempos depois com a Reforma Protestante e a crise da Igreja Católica Ocidental. Com isso, esses locais passaram a ser considerados insalubres para depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças coabitavam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos, sob exploração deliberada e executando o serviço doméstico⁽¹²⁾.

As consequências para a Enfermagem foram grandes. O período ficou conhecido como obscuro para tal área de saber, eclodindo no fechamento dos hospitais e na expulsão das religiosas que neles atuavam. Foi uma crise longa, que somente evidenciou algum sinal de trégua após movimentos reformadores no limiar da revolução capitalista, motivados principalmente por iniciativas religiosas e sociais, que tentavam melhorar as condições do pessoal no serviço em hospitais⁽¹⁰⁾.

Após esse período obscuro, houve o ressurgimento do hospital como centro de cura. Essa mudança interferiu, precisamente, na divisão do trabalho da Enfermagem, pois permitiu a concentração de instrumentos de trabalho, tendo como resultado a possibilidade de produção de serviços em grande escala, configurando-se como núcleo do aparelho ideológico do Estado⁽¹⁰⁾.

Emergiu neste momento uma nova concepção de hospital como espaço de cuidados e de cura, que se constitui em meio de consumo coletivo, fábrica de produzir serviços de saúde, atrelada ao valor do corpo, vinculado à produção capitalista. Como consequência dessas transformações, a Enfermagem se institucionalizou como profissão feminina, não mais para ser executada por leigos despreparados, mas como uma atividade que exigia preparo técnico específico para o seu desempenho⁽¹⁰⁾.

A Enfermagem moderna permanece vinculada ao gênero feminino e a valores religiosos, sendo reconhecida na Inglaterra com Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX. A atuação de Florence coincide com o momento em que a Enfermagem foi institucionalizada como área específica de trabalho, estimulada pela necessidade de organizar os hospitais militares para o cuidado com o corpo dos soldados durante a Guerra da Crimeia. Essa necessidade, vale mencionar, atendia ao projeto burguês expansionista que precisava investir na rápida recuperação da força de trabalho, por ser imprescindível para a produção capitalista que se instalava⁽¹³⁾.

No entanto, temos registros históricos da Enfermagem exercida como profissão, com escopo de trabalho, atribuições específicas, remuneração salarial e contrato de trabalho ainda no século XVI. Um estudo encontrou referências a enfermeiros e auxiliares em S. Jorge da Mina, costa da Guiné, na passagem de quatrocentos para quinhentos do século passado⁽¹⁴⁾.

Outra instituição que contribuiu e influenciou com a profissionalização da enfermagem foi o Exército, em especial com o princípio da unidade de comando, encontrado na organização linear tendo suas origens militares e na época medieval, refletindo na dicotomia entre o pensar e fazer na enfermagem⁽¹⁵⁾.

A exemplo dessa influência, está o estudo de Bernardes, Lopes e Santos⁽¹⁶⁾, que afirmam que a participação de enfermeiras na Força Expedicionária Brasileira, evidencia que estas mulheres enfrentaram os desafios do cotidiano na guerra e adaptaram-se às adversidades dos acampamentos/enfermarias, e ao tempo que as levou ao enfrentamento de barreiras, propiciou a apreensão de novas culturas e tecnologias.

E onde essas lógicas, religiosa e militar, se encontram com interdisciplinaridade? Exatamente em sentido oposto, pois as duas primeiras caminham para escopos profissionais bem delineados, disciplinados e em lógicas que guardam aproximação com a tecnificação e um olhar especializado da profissão.

Desse modo, analisando os fatos do passado e na perspectiva de utilizá-los como subsídio para intervir no futuro, entendemos de que quanto mais as enfermeiras se aproximarem de uma lógica reducionista para a sua ciência e prática, mais a interdisciplinaridade estará afastada de suas análises, pesquisas e prática profissional. Alertamos, inclusive, para a possibilidade de isso comprometer a qualidade do cuidado em enfermagem e saúde.

Portanto, reconhecer a enfermagem como um campo interdisciplinar, trata-se de uma possibilidade de sua potencialidade e vislumbrar novas oportunidades de produção de saber em diversas áreas do campo profissional e acadêmico.

ESTUDOS E PERSPECTIVAS SOBRE HISTÓRIA DE ENFERMEIRAS/ENFERMAGEM

Enfermeiras brasileiras têm investido em pesquisas históricas para compressão de si e de seu objeto de trabalho, a exemplo nos estudos baseados em histórias de vida de enfermeiras, aqui considerados um espaço de produção de conhecimento recente e com grande potencial de favorecer a construção da história da enfermagem brasileira e mundial, sendo que esses estudos permitem a reconfiguração da profissão e ampliam a produção de conhecimento⁽¹⁷⁾.

Alguns estudos⁽¹⁸⁻²²⁾ apresentaram quatro histórias de vida de mulheres e enfermeiras, sendo três brasileiras e uma portuguesa, que expressam a militância profissional nos campos da formação ou do sindicalismo. Essas análises evidenciam aspectos essenciais para o engajamento profissional, consciência de classe e participação política em busca da transformação/mudança das dificuldades enfrentadas cotidianamente por enfermeiras durante o exercício profissional.

Em outra direção, temos estudos com os atos legislativos portugueses, onde se buscou identificar estereótipos sexistas da enfermagem portuguesa entre o período de 1935 a 1974, tendo como resultado a influência das forças armadas, da religião e a do gênero na profissão⁽¹⁸⁾.

Por fim, a pesquisa histórica, do tipo história de vida com enfoque biográfico, caracteriza-se pelo movimento criativo, que produz sentido ao ser traçada como fonte de novos saberes. No estudo em questão, os autores constataram a fragilidade política da profissão vinculada a questões de gênero e religião da gênese profissional, além da crise de identidade profissional como fenômeno histórico-social-econômico e político⁽²²⁾.

Para esses autores, estudos históricos possibilitam a tomada de consciência/ação para as necessidades da profissão, pois fomentam um saber mais crítico e reflexivo, neste caso acerca de uma politicidade do cuidado capaz de produzir um cuidado mais humano e ético em várias frentes.

Outro campo possível de abordagem histórica na enfermagem é o trabalho desenvolvido no campo do cuidado ou da gestão, quando podemos identificar modelos que matriciam seus atos/atitudes e reflexões. Especificamente dois deles, o modelo da administração científica e o biomédico, muitas vezes segregam e dissociam o cuidado da gestão dos serviços de saúde, invisibilizando o fazer e os saberes dessa enfermeira, com profundas repercussões na sua identidade profissional.

Para melhor entendimento, podemos compreender um modelo de atenção como o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Nesse sentido, o modelo biomédico possui as seguintes características: médico-centrado, predominantemente curativo, voltado para demanda espontânea, hospitalocêntrico, tem o indivíduo como

objeto da ação, favorece a desvinculação profissional-comunidade e apresenta baixa capacidade de resolver problemas e limitação de ação setorial.

Já o modelo de gestão baseado na administração científica pode ser caracterizado como aquele que está assentado na produção de bens e serviços, na divisão das tarefas e na observação de tempos e movimentos. O objetivo é obter maior produtividade e lucratividade sobre a venda da força de trabalho e da produção de bens e serviços.

Esse esforço para aumentar a produtividade demandou a adoção de métodos e sistemas de racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário, colocando-o sob comando da gerência, e exigiu a seleção rigorosa dos mais aptos para realizar as tarefas, a fragmentação e hierarquização do trabalho. Nesse sentido, investiu-se no desenvolvimento de estudos de tempos e movimentos para melhorar a eficiência do trabalhador e propôs-se que as atividades complexas fossem divididas em partes mais simples, para facilitar a racionalização e padronização⁽²³⁾. Paralelamente, também no intuito de alcançar a máxima produtividade possível, foram propostos aos trabalhadores incentivos salariais e prêmios, pressupondo que as pessoas são motivadas exclusivamente por interesses salariais e materiais, de onde surge o termo *homo economicus*.

Para esses autores, a teoria da administração científica, que tem interferido na organização e gestão do trabalho industrial, também tem influenciado os serviços de saúde e a enfermagem. Uma de suas heranças presente até os dias atuais, é a manutenção de algumas características que permeiam os cuidados em saúde: ênfase no “como fazer”, divisão do trabalho em tarefas, excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas, fragmentação da assistência, dentre outros. Destaca-se a preocupação da equipe de enfermagem em cumprir as tarefas, pois seu desempenho é avaliado pelo quantitativo de procedimentos realizados. Técnicos e auxiliares cuidam da assistência direta e a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho.

Destacamos que ambas as lógicas impactam no processo de trabalho da enfermeira, cujo fazer é essencial ao processo de trabalho em saúde, uma vez que, além do seu escopo específico, ela gerencia os outros processos vinculados a saberes profissionais diferenciados e que vão ser demandados a partir do próprio cuidado em enfermagem.

Do mesmo modo, a gestão dos serviços de saúde, incluindo os serviços de enfermagem, é feita por contingente expressivo da categoria de enfermeiras, tanto no campo dos sistemas de saúde como no âmbito dos serviços de enfermagem e saúde, nos espaços micro e macro.

Contudo, apesar dessa atuação ampla e deste olhar abrangente, a enfermeira, muitas vezes, recusa esse olhar interdisciplinar e dissocia a gestão dos cuidados, não reconhecendo sua centralidade nos processos e sistemas de saúde, tampouco a interferência das políticas e dos modelos em seu fazer. Nesse sentido, a pesquisa histórica se torna válida para promover este reconhecimento, do que se é e daquilo que pode ser feito.

Portanto, acreditamos que esse movimento de lançar olhares interdisciplinares sobre a história da Enfermagem é fundamental, pois favorece reflexões e mudanças capazes de interferir no futuro da profissão, no seu campo de saber específico, na formação e no cuidado em saúde/enfermagem.

A INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO DE HISTÓRIA EM SAÚDE E ENFERMAGEM: A VISITA TÉCNICA COMO AÇÃO PEDAGÓGICA

Na segunda parte deste capítulo, optamos por contextualizar questões que envolvem a interdisciplinaridade, a construção do conhecimento para a formação em saúde e em enfermagem, no intuito de revelar possibilidades e tendências, desafios e perspectivas para olhares diferenciados e, por conseguinte, novas possibilidades no ensino em um componente curricular.

Para tanto, apresentaremos contextos em que a visita técnica foi utilizada com método facilitador no processo ensino-aprendizagem e, que tais estratégias são desenvolvidas em países como Espanha, Inglaterra e Portugal. Tais estratégias provocaram a inclusão de espaços culturais e sociais como possibilidades formativas nas quais resgatam elementos históricos importantes no âmbito dos cuidados em saúde.

A VISITA TÉCNICA COMO MÉTODO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

A visita técnica como método de ensino-aprendizagem permite vivenciar a experiência de estar no futuro ambiente de trabalho mediante a observação das abordagens, rotinas empregadas, cuidado, contato direto com o paciente, empatia e postura do profissional diante das adversidades.

Para que o processo de ensino-aprendizagem promova a construção do raciocínio crítico, reflexivo, baseado nos conhecimentos teóricos fornecidos ao discente nas instituições de ensino superior, precisamos reformular a metodologia utilizada, bem como rever a postura docente, ainda pautada no ensino bancário tradicional⁽²⁴⁻²⁵⁾. Mais do que transmitir ideias, acreditamos ser imprescindível buscar novas metodologias e formas de ensino, que permitam uma efetiva apropriação das novas perspectivas educacionais, a fim de favorecer associações com a realidade atual da sociedade do conhecimento⁽²⁶⁾.

No entanto, considerando o preparo exigido dos profissionais da saúde diante das necessidades cotidianas e reconhecendo a aprendizagem como um processo de construção diária, que exige do discente a capacidade de ação e reflexão muitas vezes imediatas, alertamos para a necessidade de que os docentes responsáveis pela formação desse profissional se apropriem não somente dos aspectos que envolvem a dinâmica teórico-prática. É necessário, portanto, que eles reconheçam e se empoderem do seu papel social enquanto mediadores desse processo de construção do conhecimento⁽²⁷⁾.

A prática docente precisa, entre outras coisas, instaurar a dúvida, trabalhar com as incertezas e promover a busca por uma compreensão integrativa dos temas a serem abordados com os discentes. Nesse aspecto, a visita técnica é umas das ferramentas ideais para o desenvolvimento dessa prática⁽²⁸⁾.

Essa influência é reconhecida com base na nossa experiência de realizar atividades práticas, dentre elas, a visita técnica.

O momento da visita técnica é, portanto, vivenciado pelo discente como a oportunidade de adquirir e agregar os conhecimentos obtidos, ao mesmo tempo em que fortalece sua reflexão, crítica e autoconfiança. Isso permite torná-los claramente mais preparados e confortáveis para lidar com as práticas relacionadas ao processo de formação⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Ao dizermos da Enfermagem, quando tratamos da temática histórica, necessariamente nos apropriamos e nos aproximamos de territórios interdisciplinares, do historiador, mas também do antropólogo, arquiteto, pedagogo, sociólogo, psicólogo, apenas para citar alguns⁽³⁰⁾. Assim, com esse leque de conhecimentos, oriundos de diversos campos do saber, temos a possibilidade de compreender os processos que permeiam a História da Enfermagem e entender os pilares que a sustentam⁽²⁶⁾.

E são esses conhecimentos de múltiplas disciplinas que permitem a construção de pontes de saberes e a ampliação de nosso olhar, pois cada ponte atravessada é um novo saber envolvido e outras facetas desveladas. Assim, gradualmente, podemos nos aproximar de um conhecimento livre, em uma perspectiva de um olhar ampliado sobre outras vivências disciplinares.

Em relação ao tema deste capítulo, **Olhares sobre a interdisciplinaridade na história da enfermagem: contextos e perspectivas globais**, nossa pretensão foi lançar um olhar atento para a construção do processo de ensino da história, que também se concretiza pelo desenvolvimento de biografias de personalidades da Enfermagem, fundamentadas em relações interpessoais da história de vida dessas pessoas. Além disso, intencionamos estabelecer uma mirada para a possibilidade de ensinar tal temática utilizando-se de material arqueológico, cultural e histórico na constituição de um processo de ensino-aprendizagem criativo, crítico e reflexivo, que possibilite um tangenciamento de ideias sobre situações, fatos e datas que marcaram o movimento de saúde nacional e internacionalmente.

Entendemos que a interdisciplinaridade é uma atitude diferenciada de (re)olhar sobre as coisas, os lugares e os modos de agir dos indivíduos/profissionais/instituições que se encontram em atividades conjuntas no mundo⁽³¹⁾. Contudo, ao indicarmos os espaços interdisciplinares que podem ser utilizados na formação de

Enfermeiras, fica evidente, e incontestável, que a complexidade de tais questões na área das ciências da saúde demanda a contribuição de vários profissionais, de múltiplas áreas acadêmicas.

Trata-se de um desafio constatado em diversas áreas, inclusive na saúde e, especificamente, na área disciplinar da Enfermagem. Desenvolver uma ou múltiplas confluências entre saberes tem exigido dos docentes maior tempo de estudo para alcançar uma genuína suspensão de verdades epistêmicas em relação a formas de analisar e resolver problemas teóricos e práticos, em espaços permeados por hegemonias e hierarquias, intra e interdisciplinares, institucionais e financeiras, mas passíveis de serem transformados e (re)configurados em espaços de construção de conhecimento(s) e verdade(s) interdisciplinares.

Dessa maneira e reiterando o assinalado por Hidalgo⁽³²⁾, consideramos necessário perceber a “encruzilhada” existente e transcender para uma flexibilidade de raciocínios, modos institucionais e práticas científicas e políticas. Necessário também que possamos descobrir como construir e coproduzir conhecimentos e soluções a fenômenos complexos, que transcendem a disciplinaridade. E, como expressa este autor sobre a articulação de ideários para a produção do conhecimento novo na imbricação de mais de uma disciplina:

[...] a articulação de ideias, dados ou informação, métodos, ferramentas, conceitos ou teorias de duas ou mais disciplinas que buscam responder a uma pergunta, um problema ou produzir um novo conhecimento ou produto a fim de avançar no entendimento geral ou resolver problemas cujas soluções se encontram fora do alcance de uma disciplina ou área de pesquisa⁽³²⁾.

A ciência não pretende perder de vista a disciplinaridade, mas vislumbra a possibilidade de um diálogo interdisciplinar, que aproxime os saberes específicos, oriundos dos diversos campos do conhecimento, em uma fala compreensível, audível aos diversos interlocutores⁽³³⁾. A interdisciplinaridade faz-se mister a intercomunicação entre as disciplinas, de modo que resulte em uma modificação entre elas, através de diálogo compreensível, uma vez que a simples troca de informações entre organizações disciplinares não constitui um método interdisciplinar⁽³⁴⁾.

Ademais, devemos entender que a interdisciplinaridade condiz, antes de tudo, com a formação da consciência crítica e da atitude de uma vontade política capaz de resolver o problema do diálogo entre várias disciplinas, no interesse da educação ou da construção científica. Nos termos de uma diretriz mediadora, a interdisciplinaridade serve à trama das relações nas diferentes áreas profissionais, ou como estratégia para equilibrar o esforço da consciência de um grupo na totalização de uma experiência em causa.

No contexto da enfermagem, a interdisciplinaridade foi assunto debatido em congressos internacionais e encontros regionais do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE/ICN)⁽³⁵⁾, como também em comitês especiais com relatórios específicos para apoiar tais discussões. Os resultados destes conclaves evidenciaram a tríade entendida como diretrizes ou parâmetros para ajustes no perfil e nas competências profissionais, a fim de implementar programas curriculares e planos assistenciais, e até para resolver problemas diante dos desafios da enfermagem rumo ao século XXI.

Salientamos ainda e, sem perder de vista as pressões sociais em torno das questões mundiais, algumas iniciativas: Saúde para todos/Ano 2000; a luta contra a SIDA/AIDS; os esforços na assistência à saúde da mulher e da criança; a necessidade de ampliar a extensão da cobertura de saúde em todas as nações; e a imperiosa reivindicação para disponibilizar quantitativos e qualitativos de pessoal de saúde.

Buscamos, na elaboração deste manuscrito, envidar esforços para tornar visível a intensificação da interdisciplinaridade com os campos do conhecimento da história da Enfermagem, para que possamos dar visibilidade a aspectos da temporalidade, espacialidade e das pessoas⁽³⁴⁾. Para tanto, iluminamos múltiplos olhares em direção à interdisciplinaridade que se desenvolve no componente curricular História da Enfermagem, seus contextos e perspectivas, alargando e visibilizando realidades internacionais por meio de parcerias entre Brasil, Espanha, Inglaterra e Portugal.

Ao mesmo tempo, resgatamos estratégias de ensino adotadas por docentes desses países para a utilização de elementos da história, pedagogia e práticas de cuidado para reconfigurar espaços de aprendizado em nível internacional que permitam olhares diferenciados da profissão e de seus personagens. Acreditamos que esse compartilhamento de experiências possa, inclusive, reger a compreensão das práticas de saúde/enfermagem praticadas em determinados períodos temporais numa perspectiva, também, de um espaço social, político e imaginário.

Ante o exposto, podemos afirmar que a interdisciplinaridade conforma um espírito norteador de uma nova sistemática para ampliar a visão de conjunto, a convergência de ideias, e é capaz de substituir o paradigma da dissociação tão presente nas ciências.

Corroborando⁽³⁴⁾, a interdisciplinaridade a que nos referimos neste contexto indicado anteriormente pode se apresentar como instância primária ante uma espacialidade, o que podemos entender como uma espacialidade e materialidade física, do “*locus*”, propriamente dito, mas que também nos permite refletir sobre o conceito do “espaço social” e do “espaço imaginário”.

Esta noção mais ampliada como perspectiva para o ensino da história é ainda pouco difundida nos espaços de formação em saúde. No entanto, este movimento poderia constituir-se em uma unidade de determinada lógica interna e que a singulariza, possibilitando a compreensão de contextos complexos que viabilizam o confronto entre o passado e o presente, bem como reflexões e compreensões da história em saúde com múltiplas possibilidades ampliadas.

Dessa maneira e corroborando a necessidade intensa de diálogo entre as ciências sociais, Bloch⁽⁵⁾ afirma: [...] para Reis e Febvere, a interdisciplinaridade poderia se dar pelo “objeto comum” à história e às ciências sociais: o homem social. (...) A “troca de serviços” seria necessária para que, olhando um mesmo objeto sob perspectivas particulares, pudéssemos chegar a uma visão mais global e detalhada dele. Este objeto comum é que exigia a interdisciplinaridade, a pesquisa coletiva⁽³⁴⁾

De posse desses conceitos e em busca de ampliar a discussão a esse respeito, optamos por trazer à luz reflexões sobre o contexto da disciplina de história da enfermagem e acerca de um movimento interdisciplinar que se configure a partir da história das profissões e, mais especificamente, da Enfermagem. Buscamos, também, apresentar a interdisciplinaridade como essencial para a realização dos estudos históricos, considerando sua relação com as demais disciplinas, permitindo uma releitura de espaços de formação pouco utilizados, mas que, sob um novo olhar, possam contribuir para a formação em saúde.

Durante esse percurso de formação os acadêmicos de enfermagem são estimulados a refletir sobre fatos vividos no ambiente hospitalar, para que, no decorrer dessa jornada, possam desenvolver habilidades. Dessa forma, eles associam atributos do domínio cognitivo (saber), habilidades do domínio psicomotor (saber fazer) e atitudes que pertencem ao domínio afetivo (saber ser e conviver) para adquirir uma visão ampla do seu campo de atuação⁽³⁶⁾.

Assim, apresentaremos **três atividades acadêmicas** que podem ser utilizadas para compreensão de contextos de saúde, mas, também, sociais, políticos, culturais e econômicos.

Na formação em saúde e do enfermeiro, são desenvolvidos projetos que visam oportunizar aos estudantes vivências que o instrumentalizem em uma conjunção de saberes e práticas para seu processo de aprendizagem em sintonia com a realidade loco-regional?

Diante da complexidade da associação de saberes históricos, sociais, políticos e econômicos, algumas estratégias de ensino podem se tornar relevantes e, quiçá, imprescindíveis para o desenvolvimento de algumas unidades de ensino ou componentes curriculares, sobretudo quando permitem a exploração em diversos contextos e realidades em saúde e, para a enfermagem.

OS CONTEXTOS DE SAÚDE NA ERA MEDIEVAL EM TOLEDO - ESPANHA

Iniciamos este relato de experiência percorrendo sobre uma visita guiada ao Centro Histórico da Cidade Medieval de Toledo, como possibilidade de sensibilização para o ensino no contexto histórico em saúde. A

visita ocorre no primeiro semestre letivo de uma Instituição de Ensino Superior da Municipalidade de Toledo – Espanha, e busca clarificar o contexto histórico de uma cidade medieval, evidenciando as práticas de saúde e estimulando uma reflexão teórico-prática acerca da realidade existente. Isso permite questionamentos e reflexões sobre saberes e vivências pessoais.

Evidenciamos que sítios de valor arqueológico são obras conjugadas do homem e da natureza que refletem, em maior ou menor grau, a evolução das sociedades e dos estabelecimentos humanos ao longo do tempo. Neste contexto, múltiplas estratégias de ensino podem ser utilizadas para resgatar o percurso das questões afetas à saúde.

Durante a visita, são indicados fatos históricos, econômicos, sociais e culturais que permitem aos estudantes relacioná-los com momentos históricos relatados em sala de aula e suscitar reflexão sobre suas próprias realidades. Ademais, a proposta pedagógica do curso e a realização da visita apresentam uma sinergia, o que proporciona uma aprendizagem significativa.

Além disso, há oportunidade para contextualizar movimentos sanitários em saúde e em enfermagem e, dessa forma, despertar nos estudantes conhecimentos sobre as relações históricas da cidade de Toledo. Assim, entendemos que a visita guiada se configura como uma alternativa de aprendizagem significativa, na medida em que permite o desenvolvimento de uma postura participativa, crítica, de aproximação e reflexões sobre a história da cidade, do processo saúde-doença e da profissão.

Em nosso entendimento, a referida estratégia propõe reflexões e implicações para a formação de profissionais da saúde, pois evidencia as preocupações presentes naquele determinado período histórico, ao mesmo tempo em que traz para a realidade o que por vezes é abordado apenas em componentes teóricos pouco atrativos e descontextualizados nos cursos superiores em saúde. Dessa forma, a utilização deste espaço concreto e de descobertas na área de saúde explicita a possibilidade de sua utilização factível como estratégia lúdica para o ensino em saúde.

O CUIDADO EM SAÚDE DESDE A IDADE DO COBRE: A POVOAÇÃO DE CONIMBRIGA

A segunda descrição é a visita ao sítio arqueológico de Conimbriga, como mais uma oportunidade de resgate temporal da história para a contextualização de aspectos arquitetônicos, sanitários, de cuidado à saúde das pessoas e de constituição social, econômica e cultural. Durante esta visita, é visível o fio condutor da interdisciplinaridade para o participe atento a todo o movimento temporal e histórico.

Conimbriga é uma povoação estabelecida desde a Idade do Cobre, minimamente 1.500 a 1.200 a.C., sendo um importante centro durante a República Romana. A antiga cidade foi habitada desde antes da Idade Média e apresenta bom estado de conservação dos seus vestígios arqueológicos. É um dos mais extensos e diversificados sítios arqueológicos de que se tem conhecimento em Portugal, classificado como Monumento Nacional.

A evidência arqueológica revela-nos que Conimbriga foi habitada, pelo menos, entre o séc. IX a.C. e Séc. VII-VIII e descoberta pelos romanos, na segunda metade do séc. I a.C. Era um povoado florescente, na medida em que a paz estabelecida na Lusitânia operou-se uma rápida romanização da população indígena, tornando-se uma próspera cidade, organizada, planejada e dividida por classes sociais.

No que se refere à formação em saúde, assinalamos que o desenvolvimento da tecnologia de construção de aquedutos favoreceu a construção de diversas termas em vários pontos do território antigamente ocupado pelo Império Romano. O costume de homens e mulheres tomarem banhos diariamente (à tarde, depois do trabalho) está relacionado tanto com a assimilação do culto à Hígia e Panaceaia, as filhas de Esculápio deusas da saúde e limpeza, como as recomendações da medicina hipocrática que foram cultuadas e disseminadas pelos romanos.

Eram diversas as finalidades dos banhos, incluindo higiene corporal e terapia pela água com propriedades medicinais. Em geral, as manhãs eram reservadas às mulheres e as tardes aos homens. As mais antigas termas romanas de que se tem conhecimento datam do século V a.C. em Delos e Olímpia, embora as mais

conhecidas sejam as de Caracala. Destacamos que essa prática envolvia diversas estruturas de vestiário, tais como: tepidário - banhos tépidos, banhos mornos; prefúrnio - local das fornalhas que aqueciam a água e o ar; caldário - banhos de água quente; e o frigidário - banhos de água fria e o sudatório - espécie de sauna.

Com o desenvolvimento do cristianismo no Império e mediante a associação dessa prática ao paganismo, os banhos públicos foram proibidos. A hidroterapia, no entanto, sobreviveu, ressurgindo no renascimento ou associada a diversas práticas de sauna da população europeia, sobretudo nas regiões nórdicas e de fronteira com a Ásia.

Evidenciamos, neste momento, a riqueza de informações presentes neste espaço e reiteramos a possibilidade de utilizá-lo, assim como outros, para apresentar aos alunos a estratégia e a prática pedagógica relacionada às necessidades de saúde vivenciadas neste sítio arqueológico ao longo dos tempos. Mais do que uma contextualização temporal, isso possibilita constatar, *in lócus*, a efetividade das práticas interdisciplinares, uma vez que fica evidente o amplo leque de ações e estratégias pedagógicas possíveis para a formação em saúde.

O MUSEU FLORENCE NIGHTINGALE E O RESGATE DA MEMÓRIA E O TEMPO HISTÓRICO

Outra maneira de olhar para as práticas interdisciplinares no campo da história da enfermagem é o entendimento de que o espaço museológico pode ser um local de imensa riqueza cultural e de representação simbólica para as profissões. Nesse sentido, apresentamos a terceira possibilidade de utilizar um espaço interdisciplinar para a Enfermagem: o museu dedicado à “dama da lâmpada”, Florence Nightingale. Trata-se de um espaço privilegiado para produção de conhecimento, pois, além das exposições, guarda como riqueza ações de preservação, investigação e comunicação dos bens culturais.

Os museus são instituições que preservam referências patrimoniais e, por meio delas, propõem reflexões amplas sobre o homem, o meio ambiente e suas atividades, de modo que se vinculam, necessariamente, ao conhecimento interdisciplinar. Para Santos, 2006, o discurso museológico deve ser aberto, plural, diversificado, multilíngue e multifacetado, tal como é a experiência das diferentes sociedades que conformam a História da humanidade. Deve ainda ser semelhante a uma rede educativa e multirreferencial da aprendizagem, no sentido de compreender a constituição interdisciplinar do museu, seus desdobramentos e tendências⁽³⁷⁾ sobre a representação peculiar na construção e registro da memória social, buscando alternativa para a não linearidade do saber.

Essas premissas ficam evidentes no museu Florence Nightingale, onde é possível constatar a rede de figurações artísticas da sociedade real ou imaginária, inscrita no passado e recontada no presente. É mais do que um espaço institucional, social e cultural, constituído pela soma dos objetos que apresenta suas exposições, pois local que age como um elemento simbólico na produção da identidade profissional de Enfermeiras e parteiras no mundo, na medida em que evidencia a dimensão existencial que permite o olhar permanente para um campo de perscrutar a ação profissional das enfermeiras. Os feitos desta personalidade são evidenciados a partir da Guerra da Crimeia, como heroína de guerra e figura icônica, pelos cuidados prestados aos soldados feridos e, conseqüentemente, pela sensível diminuição do número de mortos.

A principal atividade do museu é a visita pública, mas também há espaço de atendimento a crianças, jovens e adultos, sobretudo do sistema educacional inglês, que se utiliza destes locais para permitir os conhecimentos e narrativas do período das guerras, como também da ação de Enfermeiras para assistir os soldados. Destacamos, em conformidade com Santos, 2006, também a tentativa de aproximar elementos do passado e do presente, por meio de uma exposição permanente, e propiciar maior interação com o público após a reforma e digitalização de todo o acervo em mídia auditiva e cenográfica.

Atualmente, o Museu Florence Nightingale oferece visitas guiadas, entrevistas e diálogos com monitores, gestores do espaço cultural e equipe técnica especializada, como historiadores e museólogos, o que permite aos visitantes um melhor aproveitamento do espaço interativo e da coleção disponibilizada. Presumimos que o Museu objetiva preservar a memória desta personalidade da Enfermagem Mundial, Florence Nightingale,

enaltecer seu papel para o êxito e conquista na Guerra da Crimeia, divulgar a importância dos feitos desta enfermeira para a saúde da população de sua época e fomentar o desenvolvimento identitário da profissão.

Além disso, enfatiza a fundação da primeira escola de enfermagem junto ao Hospital Saint Thomas e resgata o modelo instituído em diversos países para a formação de Enfermeiras. Salientamos ainda que a senhora Nightingale teve e tem um indiscutível papel de difusão, no sentido de conferir visibilidade a esta profissão e de ainda inspirar vários profissionais com seu exemplo e atitudes.

Diante do exposto, investigamos de que forma esses cenários, considerando as possibilidades de aprendizagem no âmbito acadêmico ou extracurricular, bem como o fato de serem espaços contemplados apenas de forma incipiente nos currículos de formação de professores de Ciências, poderiam contribuir para essa formação. Analisamos também a pertinência e viabilidade de inclui-los como novos espaços para estágio na disciplina Prática de Ensino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama aqui desvelado indica novos contextos e perspectivas sobre a interdisciplinaridade na história da enfermagem, tendo esta como um fio condutor para o desenvolvimento de novos saberes interdependentes e capazes de responder aos atuais desafios da sociedade. Reconhecemos, portanto, a interdisciplinaridade como algo que ilumina um caminho em direção à incessante e necessária busca pela transformação social.

Na construção da História da Enfermagem, devemos, sem dúvida, considerar a possibilidade da interdisciplinaridade, pois, através dela, é possível agregar um amplo campo de conhecimentos. O resultado será uma história mais ampla, teoricamente mais consistente, com diferentes significados e percepções, que fornece maior compreensão acerca da profissão e identidade para aqueles que a exercem.

Para atender esta perspectiva e os desafios da referida amplitude devemos potencializar a participação de outras disciplinas, conhecimentos que podem contribuir significativamente para a abrangência e profundidade de uma prática de ensino interdisciplinar.

Neste sentido há que se compreender, com urgência, que a interdisciplinaridade é uma estratégia no trabalho de classificação epistemológica em que se admite o esforço conjugado de várias disciplinas, sobretudo, separadas por ideologias que fragmentam a formação profissional sem critérios unificadores e em detrimento do espírito interdisciplinar, buscando alcançar os sentidos e significados de um objeto de estudo. Trata-se de uma ferramenta que também promove a estratégia de equipe de trabalho, o que, por sua vez, favorece a articulação de parcerias nacionais e internacionais em busca do alcance de propósitos ou objetivos comuns.

O atual sistema de ensino universitário Europeu reflete o entendimento de múltiplas perspectivas para uma compreensão da interdisciplinaridade como prática universitária, pois revela a existência de pontos de vista diferenciados.

Utilizar-se da visita técnica como uma prática curricular interdisciplinar como ação educativa é de fundamental relevância para a ambientação dos estudantes em novos cenários de aprendizado, tanto no campo hospitalar como da saúde coletiva, mas também em espaços culturais e sociais que quando, conjugados, poderão propiciar a complementaridade e a identificação da interdisciplinaridade como caminho para diminuir a fragmentação do cuidado em saúde.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade tem sido entendida como uma via promissora para a reorganização do trabalho em saúde, pois permite articular princípios/valores, saberes e fazeres e por propiciar as trocas disciplinares na formação em saúde e, especificamente, na temática de história de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MCP, Rocha SMM. O Trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.
2. Waldow VR. Cuidado: uma revisão teórica. Rev Gaúcha Enferm[Internet]. 1992 [cited 2020 Oct 30];13:29-35. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3999/42946>

3. Souza MFG, Santos ADB, Monteiro AI. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 30];66:2:167-73. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/03.pdf>
4. Oliveira LM, Evangelista RA. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): excelência no cuidado. *Rev Núcleo Interdisc Pesqui Ext UNIPAM*. 2010;1;7:83-8.
5. Bloch MLB. *Apologia da história ou o ofício do pesquisador*. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
6. Aróstegui J. *La investigación histórica: teoría y método*. Barcelona: Editorial Crítica; 2001.
7. Mattoso J. *A escrita da história: teoria e métodos*. Lisboa: Editorial Estampa; 1997.
8. Gussi MA, Dytz JLG. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008;61;3:337-84. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300017>
9. Peruzzo AS, Albuquerque GL, Dyniewicz AM. O Projeto Político Profissional da Enfermagem Brasileira e as presidentes da ABEn-Paraná entre 1980 e 2001. *Rev Bras Enferm*. 2006;59:389-96. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000700002>
10. Melo CMM. *Divisão do trabalho e Enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1986.
11. Pires D. *Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem - Brasil: 1500 a 1930*. São Paulo: Cortez, Editora; 1989.
12. Geovanini T, Moreira A, Schoeller SD, et al. *História da Enfermagem: versões e interpretações*, 3. ed, Rio de Janeiro: Revinter; 2010. 470p.
13. Gomes MLB, Baptista SS, Silva ICM. *A luta pela politização das enfermeiras: sindicalismo no Rio de Janeiro – 1978/1984*. Rio de Janeiro (RJ): Ed. EEAN/UFRJ; 1999.
14. Queiroz PJB. Enfermeiros e auxiliares portugueses assalariados em S. Jorge da Mina, Afonso Freyre, Enfermeyro; Inês, Fernanda, Beatriz e Catarina, pera servirem na enfermaria. *Pensar Enfermagem*. 2014;18:49-65.
15. Kurcgant P, Ciampone MHT. A pesquisa na área de Gerenciamento em Enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2005;58;2:161-4. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000200006>
16. Bernardes MRB, Lopes GT, Santos TCF. O cotidiano das enfermeiras do exército na força expedicionária brasileira (FEB) no teatro de operações da 2ª Guerra Mundial, na Itália (1942-1945). *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(3):314-21. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300005>
17. Oguisio T, Campos PFS, Santiago ES. Maria Rosa Sousa Pinheiro e a reconfiguração da enfermagem brasileira. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009[cited 2020 Oct 30];18;4:643-51. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/05.pdf>
18. Almeida DB, Queirós PJP, Silva GTR, Laitano ADC, Almeida SS. Estereótipos sexistas na enfermagem portuguesa: um estudo histórico no período de 1935 a 1974. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016[cited 2020 Oct 30];20;2:228-235. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0228.pdf>
19. Almeida DB, Silva GTR, Queirós PJP, Freitas GF, Laitano ADC, Almeida SS. A enfermagem portuguesa: história de vida e militância de Maria Augusta Sousa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016[cited 2020 Oct 02];50;3:498-504. Available from: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0498.pdf
20. Almeida DB, Silva GTR, Freitas GF, Santos NVC, Almeida IFB, Silva DO. As contribuições de Stella Barros para a enfermagem brasileira: trajetória de vida e militância política. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 30];27:390-03. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/39003>
21. Almeida DB, Silva GTR, Queirós PJP, Freitas GF, Almeida IFB. História de vida de Josicélia Dumêt Fernandes: percurso de uma professora e enfermeira. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 30];25:171-05. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17105>
22. Almeida DB, Silva GTR, Queirós PJP, Freitas GF, Almeida IFB. Lúcia Esther Duque Moliterno: conhecendo a história de vida de uma militante da enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2017[cited 2020 Oct 30];25:133-45. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13345>
23. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2020 Oct 02];15;3:508-14. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>
24. Gómez S. La formación multiprofesional en la formación sanitaria especializada: otras unidades multiprofesionales en la formación sanitaria especializada desde el punto de vista de la enfermería. In: Millán J, Palés JL, y Morán-Barrios, J. *Principios de Educación Médica: desde el grado hasta el desarrollo profesional*. Madrid: Editora médica pan-americana; 2015. p. 438-44.

25. López-Gómez E. El concepto y las finalidades de la tutoría universitaria: una consulta a expertos. REOP - Rev Española Orient Psicopedag [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 30];28;2:61-78. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/20119>
26. Paim AS, Iappe NT, Rocha DLB. Métodos de enseñanza utilizados por docentes del curso de enfermería: enfoque en la metodología de investigación. Enferm Glob [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 30];14;37:136-52. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_docencia2.pdf
27. Dias EP, Stutz BL, Resende TC, Batista NB, Sene SS. Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. Rev Psicopedag [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 30];31;94:44-55. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v31n94/06.pdf>
28. Cruz RAO, Araujo ELM, Nascimento NM, Lima RJ, Sá-França JRF, Oliveira JS. Reflexões à luz da Teoria da Complexidade e a formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2017;70;1:236-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0239>
29. Moraes JNL. Charge, museu e produção de sentidos. Rev Eletrôn Jovem Museol. 2008;1;1.
30. Santos CO. Museu como Espaço Cultural e Educativo na Atividade Turística. Rev P@rtes. São Paulo: 2008.
31. Cantarino SG, Gutiérrez de la Cruz S, Espina Jerez B, Dios Aguado MM. Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: desde los albores del s. XX hasta la actualidad. Cult Cuid. 2019;52:58-67. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.05>
32. Hidalgo C. Encrucijadas interdisciplinarias. Buenos Aires: Fundación CICCUS/CLACSO; 2018. 242 p.
33. Braga PBA. Experiências e reflexões interdisciplinares na América do Sul: o interstício criativo. ClimaCom Inter/Transdisciplinaridade [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 30];5;13. Available from: <http://climacom.mudancasclimaticas.net.br/?p=10008>
34. Japiassu H. A interdisciplinaridade e a patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
35. Consejo Internacional de Enfermeras. Por un triunfo común: acción de grupo de enfermeras. Ginebra: CIE; 1983. 192 p.
36. Paranhos VD, Mendes MMR. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;17;1:109-15. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100017>
37. Kalaitzidis E, Schmitz K. A study of an ethics education topic for undergraduate nursing students. Nurse Educ Today [Internet]. 2012 [cited 2020 Oct 30];32;1:111-5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691711000499>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c02>

ENSINO DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM EM ESPAÇOS INTERDISCIPLINARES: MUSEUS E CENTROS DE MEMÓRIA

Maria Angélica de Almeida Peres^I

ORCID: 0000-0002-6430-3540

Fernanda Batista Oliveira Santos^{II}

ORCID: 0000-0002-8523-0547

Maria Lelita Xavier^{III}

ORCID: 0000-0003-3014-733X

Pacita Geovana Gama de Sousa Aperibense^{IV}

ORCID: 0000-0002-3176-2134

Gisele Fernandes Tarma Cordeiro^I

ORCID: 0000-0001-5083-6373

^IUniversidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

^{II}Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

^{III}Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

^{IV}Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Macaé, Rio de Janeiro, Brasil

Autora Correspondente:

Maria Angélica de Almeida Peres
E-mail: mariangelica@eean.ufrj.br



Como citar:

Peres MAA, Santos FBO, Xavier ML, Aperibense PGG, Cordeiro GFT. Ensino de história da enfermagem em espaços interdisciplinares: museus e centros de memória In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 21 a 29 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c02>

Revisora: Tânia Cristina Franco Santos.
Doutora em Enfermagem.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, RJ.

APRESENTAÇÃO

Nas primeiras décadas do século XXI, a Enfermagem brasileira vem demonstrando forte e acumulada preocupação com a memória e a identidade profissional, expressa pela criação e manutenção de acervos institucionais. Isso pode estar sendo dinamizado graças aos avanços produzidos a partir da produção de conhecimento na linha de pesquisa de história da enfermagem brasileira, presente em grande parte dos atuais cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Uma das vertentes da pesquisa em história da enfermagem é o destaque à construção e desenvolvimento de fortalecida identidade profissional de enfermagem, tema de interesse comum para a formação acadêmica e para a prática profissional na assistência cotidiana à saúde.

Ademais, a enfermagem vem sendo engrandecida com a criação e uso pedagógico de museus e centros de memória com a finalidade de preservar sua história profissional e divulgação na sociedade brasileira em geral, da importância da enfermagem no contexto do desenvolvimento social de todo o país. Em nível nacional, as duas principais instituições representativas da enfermagem, inauguraram importantes espaços de memória da enfermagem brasileira no ano de 2010. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) inaugurou, em 12 de maio, na cidade de Salvador/Bahia, em endereço expressivo, pelas exposições artísticas, no histórico bairro Pelourinho, o Museu Nacional da Enfermagem (MUNEAN), e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional) inaugurou em 4 de agosto, na sua sede na cidade de Brasília/DF, o seu Centro de Memória da Enfermagem Brasileira (CEMEnf).

Outras iniciativas já existiam em instituições de ensino superior de enfermagem nas diferentes regiões do Brasil, majoritariamente ligadas a núcleos/grupos de pesquisa de história da enfermagem, que ao longo dos anos vêm utilizando esses espaços como laboratórios de ensino, pesquisa e extensão⁽¹⁻²⁾.



Este capítulo relata as principais experiências em prol da interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em história da enfermagem, bem como as possibilidades que se vislumbram para que museus de enfermagem se transformem em espaços culturais mais acessíveis à população.

USO DOS ESPAÇOS DE MEMÓRIA COMO FORMA DE ESTABELECEM RELAÇÕES INTERDISCIPLINARES

Os museus e centros de memória são repositórios da memória de um povo, responsáveis pela guarda e preservação das obras e artefatos que se constituem em acervos representativos de suas histórias e cultura, registradas com meios instrumentais e condições tecnológicas disponíveis em cada época, como pictografias, esculturas, monumentos, máquina fotográfica, filmes, entre outros, evoluindo através da criação e aperfeiçoamento dos seus suportes informacionais. Ao serem reunidos em espaços museais, passíveis de exposição, tornam-se objetos que compõem um espaço de produção de conhecimento, intermediando a construção social da memória e favorecendo a interdisciplinaridade.

O museu, com esta finalidade de ser um espaço de produção de conhecimento, tem sua origem na Alexandria, no palácio de Alexandre, fundado por Ptolomeu Filodelfo no século III a.C., e financiado pelo Estado. Funcionava como uma instituição pluridisciplinar de ensino e de pesquisa. Em suas dependências reunia museu, biblioteca, universidade, bem como jardins botânicos e zoológicos, difundindo conhecimento em diversas áreas do saber, como filosofia, medicina, história, astronomia, mitologia e astrologia⁽³⁾.

Nessa perspectiva, o museu é concebido e perdura na atualidade, a partir de duplo posicionamento: de um lado é guardião de acervos expressivos da memória de uma determinada sociedade e de outro, é espaço de ensino e pesquisa com multiplicidade de objetos de estudo a disposição de professores, estudantes e pesquisadores que se entrelaçam formando pontos de interseção nos contextos das práticas sociais. Logo, o espaço museal se transmuta em espaço interdisciplinar.

Os espaços museais ao preservarem referências patrimoniais possibilitam reflexões sobre o homem, seu meio ambiente e suas atividades. Deste modo, vinculam-se necessariamente ao conhecimento interdisciplinar. O discurso museológico deve ser aberto, plural, diversificado, multilíngue e multifacetado, como é a experiência das diferentes sociedades que constroem a história da humanidade⁽⁴⁾.

A relação museu/ensino evidencia-se pelas especificidades que regem o ensino formal e o ensino não formal. Entre as instituições de ensino e os espaços museais existem múltiplas formas de interação baseadas em diversidades de ações educativas propostas por ambas as instituições. Considerando que o impacto das ações educativas dos museus não é único e nem homogêneo é importante entender quais as possibilidades e especificidades possíveis de cada ação educativa⁽⁵⁾, proporcionando aos estudantes entrarem em campos de conhecimento distintos, como história, antropologia, sociologia, entre outros.

Desse modo, os museus contribuem para a diversificação dos modos de ensinar e aprender. O professor pode utilizar o museu com suas riquezas históricas para fazer da visita um espaço de curiosidade, envolvimento e questionamento, despertando no estudante interesse efetivo pelo conhecimento. Os objetos museais podem servir como fonte de análise, de interpretação e de crítica por parte dos estudantes, levando a uma postura questionadora que aumenta o conhecimento sobre os homens e sua história⁽⁶⁾. Essa postura é possível quando as metodologias de ensino colocam o estudante como protagonista no processo de ensino aprendizagem, apresentando recursos que os incentive a ter iniciativa na busca de conhecimento⁽⁷⁾.

Nessa linha de pensamento, a enfermagem tem se destacado com a criação de espaços museais independentes e com grande possibilidade educativa além de estabelecer parcerias com os seus pares na troca de conhecimentos como o Centro de Memória Nalva Pereira Caldas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em relação ao Museu da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tais espaços como repositórios da memória, na condição de patrimônio da profissão, se constituem em elementos que fortalecem o sentimento de identidade, seja ele individual social ou coletivo da enfermagem, de enfermeiros e dos estudantes de enfermagem, e possibilita recriar o caminho histórico

percorrido pelas nossas antecessoras e compreender a conformação da profissão na atualidade. A História promove o desenvolvimento de habilidades críticas nos estudantes com relação a eventos e questões históricas, além de explorar como os eventos podem alterar a profissão⁽⁸⁾.

A partir de 2017, com a criação do Museu da Escola de Enfermagem Anna Nery, institucionaliza-se a atividade de visita guiada, que já era realizada nas dependências da estrutura tombada onde funciona a instituição - o Pavilhão de Aulas - com um passeio pelo patrimônio da enfermagem sob sua guarda e administração. A divulgação dessa experiência se expande a outras instituições que iniciam o mesmo processo em seus espaços de memória, como foi o caso do Centro de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMENF/UFMG) que, como o Museu da EEAN, articulou suas propostas, a partir da implementação de projetos de extensão universitária.

O investimento de pesquisadores brasileiros de história da enfermagem se volta para o patrimônio material e imaterial da enfermagem, resultando em espaços de exposição da sua história, de modo que a busca pelo conhecimento, especialmente nos cursos de graduação em enfermagem, tire proveito das atividades em museus como estratégia de revitalizar o ensino de história da enfermagem.

VISITA GUIADA AO MUSEU DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO ESTRATÉGIA DE DIFUSÃO DE CONHECIMENTO INTERDISCIPLINAR

O ensino de história da enfermagem e a preservação da memória institucional são preocupações da EEAN desde sua inauguração na década de 1920. O primeiro currículo da escola trazia em sua matriz a presença da disciplina História da Enfermagem como uma das bases da formação profissional de enfermeiras, o que se mantém até a atualidade. Convém destacar que, durante muitos anos (até os anos 1960, seguramente), essa disciplina foi privilegiada e estrategicamente ministrada por Diretoras de Escolas de Enfermagem, ou alguém de grande prestígio entre os docentes.

Tendo sido a primeira escola de enfermagem baseada nos princípios de Florence Nightingale e reconhecida pelo governo federal, a EEAN, que passou a fazer parte da Universidade do Brasil, hoje UFRJ, em 1937, adquiriu importante papel no desenvolvimento da enfermagem brasileira, sendo pioneira, portanto, em colocar o ensino de enfermagem na universidade e em oferecer formação *stricto sensu* para enfermeiros, dentre outras iniciativas de liderança que constam na literatura que trata da história dessa instituição⁽⁹⁾.

Em um tempo em que o papel era o principal suporte para o registro documental, a EEAN cuidou de manter sua documentação organizada e preservada, incluindo fotografias impressas que registram a trajetória da instituição e da formação de enfermeiros no Brasil, uma vez que se trata de uma das principais instituições de ensino de enfermagem do país.

Na década de 1970, a Associação de Ex-alunos da EEAN, cuja sigla oficial é ANA, se dedicou a reunir e inventariar todos os objetos que poderiam constituir o acervo museal da instituição, reunindo-os em caixas identificadas, que foram guardadas para quando houvesse um espaço apropriado à sua exposição. Dessa forma, uma reserva técnica do museu da EEAN passou a existir de fato e de direito, contudo, o projeto de criação do museu ainda não seguiu adiante, com a mesma celeridade.

Mais de quarenta anos se passaram até que, em 2017, foi possível a inauguração do Museu da EEAN no espaço que já havia sido o refeitório das estudantes e a biblioteca setorial de pós-graduação, no primeiro andar do Pavilhão de Aulas da Escola, prédio histórico, inaugurado em 1927. As circunstâncias que fizeram a escola retomar o projeto de criação do museu envolveram o Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras) e o Centro de Documentação (CDOC) da EEAN, ambos criados em 1993, além da ANA e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA)⁽¹⁰⁾.

Por ocasião das comemorações dos 90 anos da EEAN, em 2013, a professora responsável pela disciplina Estudos de História da Enfermagem, oferecida na graduação, e coordenadora do CDOC/EEAN, Maria Angélica de Almeida Peres, iniciou a atividade de visita guiada ao Pavilhão de Aulas (PA) para os estudantes que

cursavam a referida disciplina. Essa atividade se expandiu, passando a ser ofertada para outras instituições de ensino superior de enfermagem nos anos seguintes, atingindo instituições do município do Rio de Janeiro e de outras localidades como Niterói, Duque de Caxias e Ribeirão Preto.

O aumento da procura pelas visitas guiadas ao PA e o reconhecimento dos cursos de enfermagem quanto a contribuição da atividade para a formação profissional do ensino de história da enfermagem, fizeram renascer de modo fortalecido a ideia da criação do museu, que foi revitalizada quando, no trabalho de conservação dos documentos da ANA, realizado no CDOC/EEAN, sua presidente na gestão 2016-2020, Pacita Geovana Gama de Sousa Aperibense, auxiliada por estudantes de graduação inseridos nas disciplinas eletivas de Oficina de História da Enfermagem I e II, localizou o inventário dos objetos guardados para o museu. Esse documento levou a ANA e o CDOC/EEAN a situar tais objetos, que não foram encontrados nesse exato momento, mas deu pistas à identificação de todas as peças contidas no PA, as quais puderam ser identificadas como artefatos museológicos.

Em 2016, na gestão da Diretora Neide Aparecida Titonelli Alvim, o espaço onde antes funcionava a biblioteca setorial da pós-graduação em enfermagem, transferida para o reformado Pavilhão Thompson Motta, foi cedido para abrigar o Museu da EEAN. Ao mesmo tempo, o HESFA, outro prédio tombado pertencente a UFRJ, localizado em frente ao PA, campo de estágio dos estudantes desde a sua inauguração, e local que abrigou a escola de 1923 até 1927, passava por reforma de restauração quando em suas dependências foram encontradas caixas identificadas como sendo da ANA, contendo objetos assinalados como: “Museu da EEAN”. Assim, o seu Diretor Geral, professor da EEAN, Roberto José Leal, devolveu para a ANA o referido material.

Diante da existência do material museológico, a equipe do CDOC/EEAN buscou e encontrou no próprio PA mais objetos guardados em um galpão. Após um intenso e árduo trabalho de limpeza, higienização, inventário, catalogação e restauração do acervo encontrado e dos objetos, mobiliário e peças dispersos no interior do PA, a equipe tinha material para organizar uma exposição e uma reserva técnica.

A inauguração do Museu da EEAN, ocorrida em 22 de maio de 2017, deu mais vida à atividade de visita guiada que passou a ter mais um espaço complementar. Um projeto de extensão intitulado “Caminhando pela História da Saúde: trajetória e memória da Escola de Enfermagem Anna Nery”, coordenado pelos professores do Nuphebras, Maria Angélica de Almeida Peres, Antonio José de Almeida Filho e Tânia Cristina Franco Santos, além da Presidente da ANA, Pacita Geovana Gama de Sousa Aperibense e das técnicas administrativas Rosa Maria Souza Braga e Anamaria de Souza Fagundes, transformou o Museu da EEAN em um espaço de difusão do ensino de história da enfermagem para cursos de graduação em enfermagem e cursos técnicos de enfermagem, bem como de extensão ao público em geral.

A visita guiada é oferecida para grupos com mais de cinco pessoas mediante agendamento prévio. É realizada pela equipe do projeto de extensão, incluindo estudantes extensionistas, de segunda a sexta-feira entre 8 e 17 horas. Consiste em um encontro para uma breve exposição oral e fotográfica sobre a história da enfermagem seguida pelo passeio nos três andares do PA, no Pavilhão Thompson Motta (antiga maternidade anexa ao PA) e no Museu, sempre com um guia. Os visitantes são estimulados ao diálogo e é permitido fotografar a visita. Ao final ocorre um momento de integração, no qual se aplica um *quiz* ou uma roda de conversa. Todos os visitantes recebem um questionário para avaliação da visita para preenchimento online.

O ensino de história da enfermagem a partir do Museu da EEAN se expande para o espaço de todo o PA devido a sua condição de patrimônio tombado. Tem sido uma experiência bem-sucedida que impacta na formação de profissionais da enfermagem em relação ao conhecimento interdisciplinar, uma vez que traz a museologia, a história, a arquivologia, a antropologia, dentre outras ciências que se entrecruzam durante a visita guiada. Além disso, professores de enfermagem, visitantes, se beneficiam ao acompanharem seus estudantes, contribuindo para a troca de saberes e criando ideias à renovação da prática docente em história da enfermagem, favorecendo a construção e reforço da identidade profissional da enfermagem brasileira.

Aprender a história da profissão possibilita ao estudante e, até mesmo ao profissional, situar-se em um campo de conhecimentos e práticas, sentindo-se pertencente a um grupo social distinto, que possui

características próprias e necessidades ao seu desenvolvimento. O Museu da EEAN, em um ano de existência, recebeu instituições de ensino de diferentes municípios do Rio de Janeiro e de outros estados. Também passou a integrar a rede de museus da UFRJ, através do Sistema de Museus, Acervos e Patrimônio (SIMAP) da mesma universidade.

A visita guiada ao museu apresenta aos estudantes e a sociedade em geral a história da enfermagem e a importância dessa profissão para a sociedade. Além disso, difunde ciência e cultura, contribuindo com o papel da universidade em retornar para a comunidade contributos para o seu desenvolvimento.

Com a pandemia da COVID-19 em 2020, o Museu da EEAN passou a oferecer visitas guiadas virtuais, o que oportunizou a atividade ser realizada para outras instituições que, pela distância do Rio de Janeiro, não teriam possibilidade de comparecer para participarem. Assim, pode-se citar as visitas feitas à cursos de enfermagem dos estados do Ceará, Maranhão, Santa Catarina, Amapá e Pará.

O valor, quer da disciplina, quer desse acervo museal, enriquece a dinâmica curricular ao tempo em que alarga a oferta de novos temas de pesquisa aos estudantes e trazem consigo o fortalecimento da história viva dos estudos de História da Enfermagem em sua plural dimensão. Na exploração do espaço museal ocorrem diferentes experiências como o interesse pela profissão, a identificação com as personagens históricas, a emoção expressa no encontro com o passado e o entusiasmo despertado pelo discernimento resultante do conhecimento da história da enfermagem.

CONTRIBUIÇÃO DO CENTRO DE MEMÓRIA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS PARA A INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO DE ENFERMAGEM

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) originou-se da Escola de Enfermagem Carlos Chagas. Sua criação, em 07 de julho de 1933, ocorreu uma década após a criação da escola tida como modelo de formação em enfermagem no Brasil de 1931 até 1949, a Escola de Enfermagem Anna Nery. Tendo sido a primeira escola criada durante o Padrão Anna Nery, buscou, como a primeira, seguir o arquétipo nightingaleano de formação, tornando-se referência para a profissionalização da enfermagem mineira e brasileira⁽¹¹⁾.

Em razão de seu histórico de compromisso com a formação em saúde e notoriedade em seus quase 90 anos de existência, a Escola de Enfermagem da UFMG conta, desde 2006, com um espaço museográfico denominado Centro de Memória da Escola de Enfermagem (CEMENF). A constituição desse Centro só foi possível pelas inúmeras iniciativas empreendidas por professores e funcionários interessados na História da Enfermagem e na preservação da memória profissional e institucional.

O primeiro marco da criação de um centro de memória para a Escola de Enfermagem da UFMG é da década de 1980 com a localização e reunião de documentos históricos que constituíram o acervo da Escola Carlos Chagas. Tal iniciativa foi reforçada com a produção de um acervo oral na década de 1990, idealizado por um grupo de enfermeiras e docentes de história da enfermagem, com o intuito de resgate da memória institucional. Este trabalho permitiu que pesquisadores pudessem iniciar a produção de dissertações de mestrado e teses de doutorado, bem como livros e artigos em história da enfermagem^{1*}, compondo um *corpus* bibliográfico para as disciplinas que trabalham a enfermagem e a saúde em seu contexto histórico, social, político e cultural⁽¹²⁾.

Em 2005, o Centro de Memória da EEUFMG ganhou um espaço físico para sua constituição de fato. O acervo guardado até então começou a ser reorganizado, catalogado e tratado com o apoio de estudantes extensionistas do curso de enfermagem da UFMG. Com a sua inauguração, em 2006, os próximos anos foram

1 *Realça-se as seguintes produções: o livro "Criação, cotidiano e trajetória da Escola de Enfermagem da UFMG: um mergulho no passado" (1999) e as teses: "Escola de Enfermagem Carlos Chagas: a Deus, pela Humanidade, para o Brasil (2006); A trajetória histórica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais: desdobramentos da Federalização 1950-2004 (2018).

intensos no que concerne ao trabalho interdisciplinar para a conformação da sua atual estrutura⁽¹³⁾. A coordenação do espaço, até então realizada por docentes enfermeiras, foi entregue a uma docente da EEUFMG, historiadora, e o espaço integrou-se à Rede de Museus da UFMG, potencializando o diálogo com outras áreas afins da universidade: História, Museologia, Ciências do Estado, principalmente no que se refere à orientação de estudantes de iniciação científica e extensão, que passaram a colaborar com os seus saberes.

Desde sua criação, o CEMENF passou por reformulações e conta atualmente com área de exposição de objetos e documentos, sala de reserva técnica, sala para guarda do arquivo institucional e sala administrativa, abertos ao público em horário comercial, recebendo ocasionalmente visitantes, funcionários e alunos da EEUFMG.

Buscando a inovação interdisciplinar, em 2019, o Centro de Memória da EEUFMG passou a contar em sua coordenação com uma enfermeira, pesquisadora de história da enfermagem, que assumiu como encargo docente a disciplina “Enfermagem no contexto histórico e social” do curso de graduação em enfermagem, ofertada pelo Departamento de Enfermagem Básica. Essa disciplina, dentre outros assuntos, trata da história da profissão e de sua profissionalização.

Já era uma recomendação da Rede de Museus da UFMG, a qual o CEMENF está filiado, que os espaços museais fossem explorados para o ensino, pesquisa e extensão. Assim, foi feita, em janeiro de 2019, uma reorganização da condução pedagógica da disciplina “Enfermagem no contexto histórico e social”, passando a contar com dois encontros, com carga horária total de oito horas, ofertados no CEMENF como espaço de ensino, atividade apoiada pela câmara departamental do Departamento de Enfermagem Básica.

A experiência exitosa com o ensino de história da enfermagem *in loco* despertou a equipe do CEMENF para a oferta de outras atividades. Assim, diante da percepção de que havia uma demanda das demais escolas de ensino técnico e graduação em enfermagem relacionada à ausência de um espaço para o ensino de história da enfermagem no estado de Minas Gerais, teve início a oferta de visitas ao Centro de Memória por meio de projeto extensionista: “Visita guiada: o CEMENF de portas abertas”.

O projeto “Visita guiada”, fomentado pela Pró-Reitoria de Extensão/Rede de Museus da UFMG, tem como objetivo geral: oportunizar à sociedade espaços de discussão acerca da história e da profissão enfermagem; e como objetivos específicos: realizar visitas guiadas no espaço museográfico do CEMENF; discutir sobre objetos e documentos históricos da enfermagem e relacioná-los aos seus contextos; apresentar a profissão e seus percursos de profissionalização na área de enfermagem, possibilidades de atuação e modalidades de ingresso na UFMG. A visita acontece mediante marcação prévia na secretaria do CEMENF para que o docente e discentes extensionistas do curso de enfermagem da UFMG, responsáveis pela visita, possam realizar o planejamento e recepção do público.

Uma vez agendada, a visita inicia com roda de conversa conduzida por discente extensionista supervisionado pela coordenação do projeto, momento em que se fala sobre a profissão e ingresso na EEUFMG. Em seguida, visita-se o espaço museográfico do CEMENF com explanação sobre os principais objetos expostos e seus contextos históricos. Nesse momento, os visitantes podem tirar fotos, produzir vídeos e são encorajados a seguirem as mídias sociais do CEMENF. Ao fim, é realizada nova roda de conversa para que seja possível debater, tirar dúvidas e realizar a avaliação da visita buscando o aprimoramento contínuo.

Como dito, a Escola de Enfermagem da UFMG é uma referência para a história da profissionalização da enfermagem mineira e brasileira⁽¹⁴⁾. Diante dessa relevância, o CEMENF também vem se tornando referência para as demais escolas de enfermagem do estado de Minas Gerais, públicas e privadas, de ensino técnico e graduação, e tem recebido constantemente solicitações para as visitas tutoradas.

Em apenas um ano de trabalho, o projeto “Visita guiada” contabilizou mais de 1.500 visitas ao seu espaço, o que sinaliza que esta era uma demanda reprimida. Entende-se que oportunizar a visita ao CEMENF à comunidade interna e externa à universidade é disponibilizar o bem público da UFMG à sociedade e descortinar os caminhos da trajetória da enfermagem como profissão no estado de Minas Gerais, que permitiram com que a escola se materializasse em uma instituição sólida para o conhecimento científico na saúde.

Ao realizar a solicitação de visita é feito um cadastro do solicitante no banco de dados do projeto “Visita guiada” pelo discente extensionista responsável. Esse cadastro conta com questões básicas de identificação e anseios do solicitante para com a visita e equipe do CEMENF. Até o momento, considerando 1831 visitantes no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2021, 100% (29) dos interessados na visita guiada são professores de enfermagem. Estes lecionam disciplinas relacionadas a História da Enfermagem, Ética e Legislação, Fundamentos da Enfermagem e Biossegurança. Dentre eles 13,8% (4) são do sexo masculino e 86,2% (25) são do sexo feminino, possuem uma média de idade de 37,9 anos, 86,2% (25) são graduados em enfermagem, mas também estão presentes professores com graduação em ciências biológicas e física. 72,4% (21) dos professores possuem pós-graduação e destaca-se o maior número deles com especialização⁽¹⁵⁾.

Os alunos acompanhados por estes docentes são oriundos de instituições públicas e privadas com a participação de 37,5% de instituições de ensino superior e 62,5% de instituições de ensino técnico. Os dados coletados no agendamento da visita permitem conhecer os motivos que levam a visita ao Centro de Memória, destacando-se a busca pelo aperfeiçoamento do ensino em História da Enfermagem, aprimoramento dos conhecimentos e discussões sobre os delineamentos da profissionalização da enfermagem⁽¹⁵⁾.

O delineamento do perfil dos visitantes do CEMENF permitiu vislumbrar outras atividades extensionistas para este público, apoiando a interação e a discussão de temas de interesse do profissional da enfermagem. Uma das questões identificadas foi a necessidade de um maior apoio a este público no que se refere ao ensino de História da Enfermagem como eixo estruturante da identidade profissional, posicionamento político e engajamento cultural. Diante disso, pautou-se no planejamento estratégico do CEMENF para o ano de 2020, uma capacitação com o intuito de atender esses docentes e discentes no que se refere ao preparo mínimo para o ensino e aprendizado da História da Enfermagem, o que expande o espaço museal para a formação docente de modo a difundir experiências e ideias para revigorar o ensino de história da enfermagem.

CENTRO DE MEMÓRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS E MUSEU DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY: INTERSEÇÕES PARA A INTERDISCIPLINARIDADE

Diante da conjuntura de uma pandemia de COVID-19, o projeto “Visita guiada” precisou se reinventar no início do ano de 2020. As visitas físicas ao CEMENF deram lugar a visitas virtuais e a capacitação para os docentes cadastrados no banco de dados do projeto planejada para acontecer de forma física precisou ser repensada. Nesse sentido, uma parceria importante interdisciplinar foi firmada com o Museu da EEAN. Este espaço também havia diagnosticado em seu projeto extensionista, a mesma demanda referente a necessidade de capacitação de professores de História da Enfermagem.

Assim, estruturou-se uma capacitação virtual no 1º semestre de 2020, com apoio das instituições que abrigam os dois espaços museais. A equipe foi composta pelas coordenadoras e pelos bolsistas de extensão de cada projeto de visita guiada, por uma docente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e outra da UFRJ, Campus Macaé Professor Aloísio Teixeira, também responsáveis pelas disciplinas de História da Enfermagem de suas instituições e pesquisadoras na área. A validação do curso foi feita pela Associação Brasileira de Enfermagem Seção Minas Gerais (ABEn-MG) e os participantes puderam ser certificados pela entidade, marcando a união potente entre professores de história da enfermagem interessados no mesmo objetivo: tornar o ensino mais atrativo para o estudante e ampliar seu potencial de construção da identidade profissional.

Em um segundo momento o mesmo curso de capacitação foi oferecido em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem Seção Tocantins (ABEn-TO) e contou com 157 inscritos de 15 Estados e do Distrito Federal, com a prevalência do estado de Tocantins com 42,5% de inscritos. Dentre o público-alvo a prevalência foi de docentes e discentes de graduação e pós-graduação em enfermagem. O formulário de inscrição coletou as principais queixas deles quanto ao ensino e aprendizado em História da Enfermagem, destacando-se em maior número a escassez de recursos metodológicos inovadores e fontes de pesquisa. Esses dados apoiaram a elaboração dos encontros virtuais.

Foram realizados cinco encontros de uma hora cada que contaram com um público médio de 80 pessoas e, a cada encontro, foi contabilizado um número maior de participantes em comparação ao encontro anterior, demonstrando um crescimento do público ao decorrer da capacitação. A fim de avaliar a capacitação, foi elaborado um questionário de encerramento que abordou questões a respeito da percepção dos participantes em relação a esta oferta. Quando perguntados sobre os conteúdos abordados nos encontros 73,6% dos inscritos classificaram o conteúdo como excelente e as principais sugestões foram em relação ao tamanho da carga horária, que foi considerada pequena pelos participantes. Já, sobre a relevância 79,2% classificaram que o curso foi de grande relevância para sua formação. Além disso, ao serem perguntados se recomendariam o curso para outras pessoas, 100% dos participantes que responderam ao formulário afirmaram que sim⁽¹⁵⁾.

A capacitação possibilitou a socialização do conhecimento de história da enfermagem para profissionais de grande parte do país, saindo do eixo sudeste-sul, que concentra uma boa parte dos pesquisadores da área, e mostrou-se relevante para formação complementar dos inscritos. Os dados obtidos demonstram que as demandas, que até então eram reprimidas, puderam ser minimizadas e apontam perspectivas para outras capacitações, a fim de contemplar o público interessado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação em enfermagem tem no conhecimento de história da enfermagem uma potente ferramenta para a interdisciplinaridade de saberes que tende a engajar os futuros profissionais nas lutas empreendidas no exercício profissional para os avanços das práticas assistenciais.

Revitalizar o ensino de história da enfermagem é um desafio que as instituições guardiãs da memória da profissão vêm se propondo a fazer no Brasil. As instituições aqui tratadas, o Museu da EEAN/UFRJ e o CEMENF/UFGM inseriram no ensino técnico e de graduação em enfermagem a educação museal por meio da visita guiada. Além disso, propuseram e realizaram um curso de capacitação docente que repercutiu para profissionais da assistência e estudantes, que se mostraram interessados em saber mais sobre a história da enfermagem. Há nisso tudo um genuíno interesse no crescimento e na interdisciplinaridade do saber-fazer da enfermagem resultante do aprofundamento do conhecimento sobre a trajetória profissional e, mais ainda, daquilo que somente pode ser percebido quando toma-se de empréstimo as expressões que podem ser lidas por outras disciplinas, como a Arte, a Literatura, a História, a Arquitetura, a Sociologia, a Museologia, entre outras, que se juntam quando estamos dentro de um museu. Diante disso, as iniciativas permitem ir além do ensino de Enfermagem e levam os estudantes a buscar outras dimensões pertinentes à História, que certamente são capazes de despertar o interesse em estudar este tema em nível *stricto sensu*, aprofundando aquilo que já é conhecido e fazendo emergir novos temas para a pesquisa.

Aprender no museu requer o uso dos cinco sentidos na apreensão do passado. Requer imaginação e provoca emoções relacionadas a uma profissão, portanto, é fundamental para despertar o desejo em ser enfermeiro e guiar a construção de uma identidade profissional forte que aproxime os profissionais pela identidade de grupo conhecida e reconhecida ao longo da formação acadêmica.

O advento de uma pandemia de consequências e ações bastante graves para o país e para o mundo, que exigiu o distanciamento social e fechamento total dos espaços de cultura foi um desafio que, ao ser superado em adaptações, permitiu reinventar a visita guiada na forma virtual, ampliando ainda mais o alcance da atividade de ensino museal. Guardadas as devidas proporções entre a visita presencial e virtual, é possível reconhecer tanto o Museu da EEAN quanto o CEMENF como pioneiros no processo de revitalização do ensino de história da enfermagem no Brasil.

Contudo, ainda é preciso mudar o olhar e significado dado à história da enfermagem pelas instituições de formação nos seus diferentes níveis, a fim de que seja explorado seu potencial de coesão como identidade de grupo profissional, imagem indispensável a uma identidade coletiva. A história da enfermagem é uma disciplina vigorosa que precisa vir ocupar seu lugar movendo-se em espiral nos currículos de enfermagem de

todo o país e, assim, ganhar força de união para alavancar temas interdisciplinares que garantam a produção de novas teses e estudos correlatos à futuridade que o presente está a exigir.

REFERÊNCIAS

1. Barreira IA, Baptista SS. O movimento de reconsideração do ensino e da pesquisa em História da Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(6):702-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000600024>
2. Padilha MI, Borenstein MS, Santos I(Orgs.) *Enfermagem: história de uma profissão.* 2ª edição. São Caetano do Sul, SP: Difusão editora; 2015.
3. Reis BSS. *Expectativas dos professores que visitam o Museu da Vida[Dissertação].* 2005. 106f. Departamento de Educação. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2005.
4. Cândido MMD. *Museus como espaço de interdisciplinaridade e o ofício do historiador.* Anpuh – XXV Simpósio Nacional De História. Fortaleza; 2009.
5. Costa HHFG. *Museus fazem bem à saúde? uma tese sobre museu e saúde na sociedade do século XXI.* *Museol Interdiscip.* 2020;9(17):147-57. <https://doi.org/10.26512/museologia.v9i17.29475>
6. Coelho EA. *A relação entre Museu e Escola.* UNISAL: Lorena; 2009.
7. Santos TS. *A relação museu-escola: uma investigação das influências exercidas pela escola, sobre as abordagens museais[Dissertação].* Campina Grande: Centro de Ciências e Tecnologia. Programa de Pós-graduação em Ensino de Ciências e Educação Matemática da Universidade Estadual da Paraíba; 2016.
8. Padilha MI, Borenstein MS, Santos I. (Org.) *Enfermagem: história de uma profissão.* 3ª edição. São Caetano do Sul, SP: Difusão editora; 2020.
9. Dias NL, Carvalho MS, Paim L, Aperibense PGGG, Peres MAA. *Monumentos e personagens históricos: preservação da identidade profissional da enfermagem em espaço acadêmico.* *Hist enferm Rev eletrônica [Internet]* 2016[cited 2020 Apr 16];7(2):423-39. Available from: <http://here.abennacional.org.br/here/2a05.pdf>
10. Peres MAA, Souza ABSF, Silva DM, Aperibense PGGG, Duarte SCM, Santos TCF. *Museu como estratégia de difusão do conhecimento em história da enfermagem.* *Hist enferm Rev eletrônica* 2019;[cited 2020 Apr 16];10(2):10-22. Available from: <http://here.abennacional.org.br/here/v10/n2/a1.pdf>
11. Santos FBO, Rabelo ARM, França BD, Carregal FAS, Marques RC, Silva KL, et al. *Black women in nursing history: the cultural competence in Maria Barbosa Fernandes trajectory.* *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 4):1. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0221>
12. Frugoli AG, Santos BM, Carrega FAS, Santos FBO, Souza HP, Reis MRF, et al. *Acervo oral da escola de enfermagem da universidade federal de minas gerais: experiência potente na graduação.* São Paulo: Atena; 2020.
13. Santos FBO. *A trajetória histórica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais: desdobramentos da federalização 1950-2004[Tese].* Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2018.
14. Santos FBO, Carregal FAS, Rodrigues RD, Marques RDC, Sena RRD. *História da enfermagem brasileira (1950-2004): o que tem sido discutido na literatura?* *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018;8(e):1-14. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1876>
15. *Centro de Memória da Escola de Enfermagem (CEMENF). Banco de dados Projeto Visita Guiada: o CEMENF de portas abertas.* Belo Horizonte (MG): Centro de Memória da Escola de Enfermagem da UFMG; 2020.

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c03>

ALIANÇAS INTERDISCIPLINARES NA CRIAÇÃO DE CURSOS DE ENFERMAGEM NO NORDESTE, CENTRO-OESTE E SUL DO BRASIL

Laís de Miranda Crispim Costa^I

ORCID: 0000-0003-4997-567X

Andréa Mathes Faustino^{II}

ORCID: 0000-0002-5474-7252

Juliana Bonetti de Carvalho^{III}

ORCID: 0000-0003-4286-570X

Marcela das Neves Guimarães^I

ORCID: 0000-0003-2008-0119

Wender Ferreira dos Santos^{II}

ORCID: 0000-0003-2279-7594

INTRODUÇÃO

A atualidade requer superação na forma fragmentada de olhar o homem e o mundo ao seu redor, o que se aplica à disciplina da enfermagem, que está em permanente evolução, na busca de formas próprias para produzir e legitimar seus conhecimentos no campo da ciência. A história da enfermagem, inserida como um subcampo da enfermagem, situa-se entre dois campos do conhecimento: o da História e o da Enfermagem, sendo, portanto, compreendida como uma área interdisciplinar.

O conhecimento acerca da enfermagem contribui sobremaneira para compreender o contexto desta profissão, bem como para a construção de sua memória e identidade. Um dos caminhos para alcançar tais resultados é a produção de conhecimento através de pesquisas sobre sua história. A partir desse entendimento, o presente capítulo visa discorrer sobre um panorama da criação de cursos de enfermagem, com ênfase em três regiões do país e apontando uma experiência de pesquisa desenvolvida pelas autoras em cada uma das regiões a serem apresentadas.

Quanto à organização socioprofissional da enfermagem no Brasil, a inserção da enfermagem moderna, com base nos princípios nightingaleanos, teve início em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), hoje denominada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Até então, o ensino nessa área, sem base científica, era majoritariamente empreendido por instituições religiosas⁽¹⁻²⁾.

Apesar de a EEAN ser considerada a primeira escola de enfermagem no Brasil no Sistema Nightingaleano, o ensino de Enfermagem iniciou-se oficialmente em 1890, com a promulgação do Decreto nº 791 e criação no mesmo ano da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras – EPEE no Hospício Nacional de Alienados (hoje denominada

^IUniversidade Federal de Alagoas.
Maceió, Alagoas, Brasil

^{II} Universidade de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil

^{III} Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Autora Correspondente:

Laís de Miranda Crispim Costa
E-mail: laismcc@gmail.com



Como citar:

Costa LMC, Faustino AM, Carvalho JB, Guimarães MN, Santos WF. Alianças interdisciplinares na criação de cursos de enfermagem no Nordeste, Centro-Oeste e Sul do Brasil. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 30 a 40 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c03>

Revisora: Maria Itayra Padilha. Doutora em Enfermagem.
Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,
Santa Catarina, Brasil



Escola Alfredo Pinto), dirigida por médicos, que tinha como objetivo preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares⁽³⁻⁴⁾.

Nas primeiras décadas do século XX, duas vertentes de ensino de enfermagem se mantêm no país. Particularmente, a EEAN foi idealizada para dar suporte à Reforma Sanitária, liderada por Carlos Chagas, o qual teve contato com o padrão das enfermeiras norte-americanas, que aqui chegaram através da Missão Parsons⁽²⁾. Vale ressaltar que este grupo de enfermeiras permaneceu no Brasil durante uma década (1921-1931), deixando como legado a institucionalização de um sólido ensino de enfermagem, instrumentos legais que norteavam o ensino e o exercício profissional, bem como rituais e emblemas que simbolizavam um modelo de enfermeira para a sociedade brasileira⁽⁴⁾.

Na década de 1930, através do decreto 20.109/1931, o governo regulamenta o exercício da enfermagem e estabelece a EEAN como “escola padrão” a partir de 1931, o que perdurou por 18 anos, de modo que todas as escolas criadas no período anterior a 1949 teriam de levar em consideração a necessidade de equiparação à escola considerada como padrão. Assim, entre 1931 e 1949, coube à EEAN o papel de enunciar um modelo de enfermeira para a sociedade brasileira, mediante o discurso autorizado e legitimado pelo então aparelho de Estado do governo Vargas⁽⁵⁾. Com a promulgação da Lei 775/49, a EEAN perde a prerrogativa de validar o ensino da enfermagem no Brasil. Doravante, as escolas de enfermagem passam a ser regulamentadas por essa lei, que estabelece as condições mínimas para o processo de formação; a avaliação das escolas passa a ser realizada pelo Ministério da Educação e Saúde, com reconhecimento pelo presidente da República⁽⁵⁾.

Nesse contexto, a partir da segunda metade do século XX, o governo brasileiro, movido por uma ideologia de modernização conservadora e, particularmente o Ministério de Educação e Cultura (MEC), reconhecia a necessidade de implantação de cursos universitários em várias regiões do país, sobretudo nas mais pobres. A rigor, essa prioridade se justificava, pois, das 15 escolas de enfermagem implantadas no Brasil na década de 1950, apenas uma se localizava na região Norte (Escola de Enfermagem de Manaus – 1951). Nas décadas de 1960 e 1970, prevalecia a necessidade de investimento na educação em enfermagem, período em que insere a criação dos Cursos de Enfermagem das Universidades Federais de Santa Catarina, Brasília e Alagoas, objeto de discussão deste capítulo.

O ENSINO DE ENFERMAGEM NA REGIÃO SUL: OS DESAFIOS DA CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

A profissionalização e o ensino de Enfermagem na região Sul iniciou-se na década de 1950, com a criação da primeira Escola de Enfermagem, em 4 de dezembro de 1950, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esta Escola esteve vinculada à Faculdade de Medicina até o ano de 1968, tornando-se independente a partir da Reforma Universitária de 28 de novembro de 1968. As aulas eram ministradas em salas da Faculdade de Medicina; os médicos docentes ministravam as aulas básicas, como anatomia e fisiologia, e as aulas específicas da área da Enfermagem ficavam a cargo das enfermeiras docentes. As aulas práticas ocorriam na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. À medida que o número de enfermeiras docentes crescia na Escola de Enfermagem da UFRGS (EENFURGS), os médicos foram deixando de ministrar as disciplinas⁽⁶⁾.

Ainda na década de 1950, foram criadas outras Escolas de Enfermagem na região Sul, todas situadas no Estado do Rio Grande do Sul, como a Escola de Enfermagem da Universidade Franciscana em 1955, a Escola de Enfermagem do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) em 1956 e a Escola de Enfermagem da Universidade do Cruzeiro do Sul (UCS) em 1957.

O Rio Grande do Sul se destaca pela criação das primeiras Escolas de Enfermagem na região Sul e por manter certa constância nas criações de Cursos de Enfermagem subsequentes. De acordo com o portal do e-MEC, foram criadas quatro Escolas de Enfermagem na década de 1970, três na década de 1980, sete na década de 1990 e 47 após o ano de 2000, totalizando na atualidade 65 cursos de Enfermagem em funcionamento no Estado. Difere do Estado do Paraná, que teve sua primeira Escola de Enfermagem criada na Pontifícia Católica (PUCPR) em 1959 e, somente 16 anos depois, deu-se a criação do Curso de Enfermagem da Universidade

Federal do Paraná, em 1975. Porém, na atualidade, após o ano de 2000, houve um aumento demasiado na abertura de cursos, tornando-se o Estado da região Sul que mais tem cursos de Enfermagem em funcionamento, totalizando 77 cursos em 2020. Até a criação do curso de Enfermagem da UFPR, em 1975, em Curitiba só existia uma escola superior de Enfermagem, a Escola de Enfermagem Madre Léonie, fundada em 1953, por iniciativa da Congregação das Irmãs de São José, e que mais tarde, em 1959, foi incorporada à então recém-criada Universidade Católica do Paraná⁽⁷⁾. É plausível, portanto, supor que havia uma necessidade premente de mais cursos superiores para a formação de enfermeiros no Estado; a existência de um hospital-escola na Universidade Federal do Paraná indicava um cenário bastante favorável para esta iniciativa⁽⁸⁾.

A criação de um curso de Enfermagem na UFPR foi proposta, oficialmente, ao Conselho Setorial do Setor de Ciências da Saúde em 29 de novembro de 1973, ficando o então Diretor, Antonio Ramos May, responsável pela indicação de uma comissão que elaborasse o Plano de Estruturação do Curso. Esta comissão, em 11 de março de 1974, apresentou um relatório com o plano estrutural do curso de Enfermagem. Em 27 de maio deste mesmo ano, pela Resolução 4/74, do Conselho de Ensino e Pesquisa (CEP) da UFPR, é autorizada a criar e implantar o Curso de Enfermagem no Setor de Ciências da Saúde, com a aprovação do Plano de Estruturação apresentado pelo coordenador da Comissão Especial⁽⁸⁾. Em seu início, o curso estava ligado ao Colegiado do curso de Medicina, instância por onde deveriam passar quaisquer aprovações ou providências a ele referidas. Após atender às várias interpelações feitas pelo MEC, foi obtido o reconhecimento do curso, formalizado pela Portaria Ministerial n.º 100, de 21 de janeiro de 1980, com habilitação “Enfermeiro”⁽⁸⁾.

Acompanhando o contexto da época, o curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi criado num período em que a situação da Enfermagem e da Saúde do Estado era caótica, com um número escasso de profissionais para uma infinidade de problemas de saúde que se apresentavam na população. O curso foi pensado e criado com o objetivo de formar enfermeiros qualificados, capazes de modificar a realidade da saúde precária que se apresentava no Estado⁽⁹⁾.

Além da carência, os profissionais enfermeiros existentes no Estado perceberam que também não tinham vida associativa, pois a seção da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) mais próxima localizava-se no Rio Grande de Sul. Foi então que em 13 de março de 1962 criou-se a Associação Brasileira de Enfermagem – seção Santa Catarina (ABEn-SC), liderada pela enfermeira Irmã Cacilda e com a participação ativa das enfermeiras Úrsula Engel e Flérida Goudel de Cardoso. Convictas de que precisavam de um espaço de discussões e da união de forças para lutarem pelo espaço da Enfermagem no Estado, essas enfermeiras, juntamente com algumas poucas que existiam em Florianópolis, consultaram a diretoria da ABEn Nacional sobre os trâmites legais deste processo e logo iniciaram a criação da ABEn-SC⁽⁹⁾.

Por meio da Irmã Cacilda, junto ao secretário da Saúde de Florianópolis, Dr. Fernando Oswaldo de Oliveira, o Enfermeiro foi reclassificado como Profissional de Nível Superior, garantindo um salário mais alto do que o das demais categorias de enfermagem. A partir da visibilidade e do trabalho comprometido desenvolvido pelas enfermeiras, este secretário e o pediatra Dr. Miguel Salles Cavalcanti solicitaram, em 1963, a assessoria das enfermeiras Irmã Cacilda e Úrsula Engel junto à Comissão de Implantação do Hospital Infantil Edith Gama Ramos (HIEGR). Essas enfermeiras se responsabilizaram por assumir a organização e a implantação do primeiro Serviço de Enfermagem no Estado, segundo os padrões da moderna administração⁽¹⁰⁾.

A partir de 1964 foi contratado um grupo de cinco enfermeiras provenientes do Rio Grande do Sul (RS), que fizeram parte da equipe de Enfermagem do HIEGR, a saber: Eloíta Pereira Neves, Irmgard Brueckeimer, Nelcy Terezinha Pacheco Coutinho, Nilsa Borges Paim e Leonor Borges Caon, que logo regressou ao RS, sendo substituída pela enfermeira Lydia Ignez Rossi. Assim, a ideia de criação um curso superior de enfermagem na UFSC surgiu em 1965, por este grupo de Enfermeiras do HIEGR, embora já fosse motivo de discussões nas reuniões da ABEn-SC⁽¹¹⁾.

Em dezembro de 1967, foram elaborados os documentos necessários para o funcionamento do curso de graduação em Enfermagem na UFSC, como o Regimento Interno, o currículo pleno e o complementar. A futura

coordenadora do curso, professora Eloíta Pereira Neves, visitou “as principais escolas de enfermagem do país, com a finalidade de conhecer sua situação quanto à organização didática, administrativa e financeira”⁽¹¹⁾.

Em 24 de janeiro de 1969, por meio da Resolução 2/69 do Reitor David Ferreira Lima⁽¹²⁾, o curso de graduação em Enfermagem da UFSC é criado. Em março de 1969 o curso foi autorizado para iniciar como Faculdade de Enfermagem, anexa à Faculdade de Medicina, situação modificada a partir da implantação em 1970 da Reforma Universitária, Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968⁽¹³⁾.

Em 1970 foi criado o Departamento de Enfermagem, que teve como primeira chefe a enfermeira Eloíta Pereira Neves, também coordenadora do Curso de Enfermagem, na época. Manteve-se como coordenadora do Curso até 1972, e como chefe do Departamento de Enfermagem até 1974⁽¹⁰⁾.

Este curso teve início com um regime seriado formado por três séries; cada uma constituía-se de dois semestres. O currículo do curso seguiu o Parecer do Conselho Federal de Educação nº 271/62 e era desenvolvido em três anos, com a alternativa de o estudante realizar o quarto ano de habilitação em Saúde Pública ou Enfermagem Obstétrica. Em fevereiro de 1969 foi realizado o primeiro Concurso Vestibular, um exame específico destinado à seleção de estudantes para a Enfermagem; em março do mesmo ano, iniciaram-se suas atividades didáticas⁽¹⁴⁾.

A primeira turma do Curso de Graduação de Enfermagem (1969-1971) era composta por 24 estudantes, sendo as disciplinas básicas ministradas pelos docentes da Faculdade de Medicina, e as profissionalizantes e os estágios supervisionados, pelas docentes enfermeiras. Foi a única turma vinculada à Faculdade de Medicina, já que as turmas subsequentes se formaram desvinculadas da Medicina, começando assim um processo de autonomia na formação acadêmica. As atividades práticas de estágios supervisionados eram realizadas em instituições de saúde conveniadas com a UFSC, entre elas os Hospitais: de Caridade, Governador Celso Ramos, Nereu Ramos, Colônia Santa Teresa, Colônia Sant’Ana, Maternidade Carmela Dutra, Infantil Edith Gama Ramos, entre outras⁽¹⁴⁾.

Os primeiros anos do curso de Enfermagem foram tempos de muitos desafios, mudanças de espaços físicos, mudanças curriculares, adaptações, estruturação do curso e do corpo docente, porém foi um período muito promissor. O cotidiano do curso de Enfermagem se dava com a efetiva participação das enfermeiras docentes que atuavam na área acadêmica e administrativa. A área da pesquisa ainda não fazia parte da tradição da enfermagem, pois os cursos de pós-graduação só foram criados a partir de 1972. “Nos primeiros anos do Curso de Enfermagem, o ensino foi a maior preocupação dos docentes. [...] os professores caminhavam passo a passo na construção e na consolidação de um ensino de qualidade”⁽¹³⁾.

Seis anos após a sua criação, o curso de graduação em Enfermagem da UFSC é reconhecido por meio do Decreto nº 76.853/1975, do presidente Ernesto Geisel, após a avaliação de uma comissão especial do Conselho Federal de Educação. Desde a sua criação, o curso de Graduação em Enfermagem da UFSC teve como norte a preocupação com a qualidade do ensino e o dever de formar profissionais comprometidos com a busca por atender às necessidades de saúde da sociedade catarinense.

Em Santa Catarina, o reflexo do esforço e da luta das enfermeiras docentes em face da profissionalização da Enfermagem pode ser visto com a criação de novos cursos de Enfermagem pelo Estado. Enfermeiras recém-formadas no curso de Enfermagem da UFSC contribuíram com a criação dos Cursos de Enfermagem da Unisul (1976) em Tubarão, da UNC (1978) em Concórdia e da Univali (1980) em Itajaí. Cabe ressaltar que o aumento do número de cursos de graduação em Enfermagem no Estado de Santa Catarina se deu a partir do ano de 2000; atualmente o Estado conta com 49 cursos de Enfermagem cadastrados no portal e-MEC⁽¹⁵⁾.

O ENSINO DE ENFERMAGEM NA REGIÃO CENTRO-OESTE: A EXPERIÊNCIA DE CRIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

A história da formação e do desenvolvimento dos cursos de Enfermagem na região Centro-Oeste do Brasil acompanha a própria história da região central do país. Até o início dos anos de 1940, a região era um lugar

de muitas matas e cerrados, contava com muitos índios, contudo, em termos de quantitativo de população urbana e rural, era considerada uma grande área “vazia”, desprovida de investimentos e com poucos estabelecimentos de saúde, o que levou por muito tempo ao baixo desenvolvimento econômico, urbano e cultural⁽¹⁶⁾.

Com relação à formação de enfermeiras na região Centro-Oeste, tudo começa com a criação da primeira Escola de Enfermagem, no ano de 1933, na cidade de Anápolis, Estado de Goiás, de orientação religiosa, com o apoio da igreja presbiteriana. Havia a necessidade de se ter profissionais enfermeiras mais capacitadas para atuar junto à população da época, a qual sofria de endemias como a tuberculose e a febre amarela⁽¹⁷⁾.

A primeira escola foi denominada de “Escola de Enfermagem Florence Nightingale”, provavelmente por influência dos fundadores do Hospital Evangélico Goiano, inaugurado em 1927, na cidade de Anápolis, pelo médico inglês James Fanstone e sua esposa Ethel Fanstone⁽¹⁷⁾. Essa instituição foi um marco para a enfermagem na região e para a sua consolidação. Ainda na década de 1930, outra escola de formação de enfermeiras foi inaugurada no Estado de Goiás, na cidade de Rio Verde, no ano de 1937, devido à dedicação do médico missionário norte-americano Donald Covil e sua esposa Helen Gary Gordon, os quais foram enviados para a “Missão Brasil Central”. Esta escola estava também associada a um Hospital Evangélico na mesma cidade⁽¹⁷⁾.

Em meados de 1938 foi lançada a política colonizadora “Marcha para o Oeste”, instituída durante o mandato do presidente Getúlio Vargas com o objetivo de desenvolver o interior do país. Até então, o extenso território nacional somente havia progredido quase que exclusivamente na região do litoral do Brasil, deixando o interior estagnado. Cerca de 90% da população brasileira ocupava apenas 1/3 do território nacional⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

No início da década de 1940, a terceira escola de enfermagem foi fundada, agora na cidade de Goiânia, recém-nomeada como capital do Estado de Goiás⁽¹⁸⁾. Esta, por sua vez, ficou associada à Ordem Católica da Associação São Vicente de Paulo e foi denominada “Escola de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo”. Assim, até o final da década de 1940, as primeiras três escolas de enfermagem da região Centro-Oeste do Brasil estavam vinculadas a ordens religiosas, sendo duas delas evangélicas e a outra, católica⁽¹⁷⁾.

O marco desse primeiro momento de fundação das escolas de enfermagem na região Centro-Oeste é de um modelo religioso, associado a um hospital, contrariamente ao que era preconizado pelo modelo instituído como padrão no Brasil, o da Escola de Enfermeiras Anna Nery. Até aquele momento, todos os cursos criados estavam concentrados no Estado de Goiás.

Durante o governo do presidente Juscelino Kubitschek, durante os anos de 1956 a 1961, houve uma ampliação da política de interiorização do Brasil e a transferência da capital do país do Rio de Janeiro para Brasília, em abril de 1960. Um novo período se inicia, que contribuiu expressivamente para o desenvolvimento socioeconômico da região central do país⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A construção de Brasília é um marco e elemento importante para o aumento da necessidade de enfermeiras na região central do Brasil. A nova capital precisaria de uma infraestrutura de saúde condizente e adequada para atender os funcionários e familiares daqueles que viriam trabalhar na nova sede do governo federal.

Durante as décadas de 1950 e 1960, nenhum novo curso de Enfermagem foi implantado na região Centro-Oeste, mesmo com o impulso econômico da região, decorrente da construção da nova capital, no Distrito Federal. Ao final da década de 1960, somente a Escola São Vicente de Paulo permaneceu funcionando como formadora de enfermeiras de nível superior; as outras duas escolas passaram a ofertar somente o curso de técnico e auxiliar de enfermagem. O fim dos cursos de enfermagem nessas duas cidades se deu por causa da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, de 1961, que estabeleceu como exigência o curso secundário completo para o ingresso no nível superior⁽¹⁷⁾.

Em 1972, durante uma reunião especial de ministros da Saúde das Américas, realizada em Santiago, no Chile, foi instituído o II Plano Decenal de Saúde para as Américas, com ações para o período de 1971 a 1980. Estabeleceu-se como meta a ampliação do quantitativo dos profissionais de saúde, o que incluía os enfermeiros de nível superior, sendo necessário o aumento da oferta de vagas nos cursos já existentes, bem como a criação de novas escolas de enfermagem no país^(17,19).

O Departamento de Assuntos Universitários (DAU/MEC) designou um grupo de enfermeiras (professoras Maria Dolores Lins de Andrade, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Maria Rosa de Souza Pinheiro, da Universidade de São Paulo (USP), e Maria Nilda Andrade da (UFPE), que integravam o Grupo Setorial de Saúde (GSS) desse departamento) para prestar assessoramento no diagnóstico sobre os cursos, a fim de identificar um modelo do ensino de enfermagem em 1975, e se conhecer o perfil dos cursos existentes no Brasil nesse ano. Neste período havia 41 cursos ativos no Brasil. O produto gerado pelo documento serviu de referência e apoio técnico à implantação de novos cursos de graduação em Enfermagem^(17,20).

Entre os novos cursos que se utilizaram desse padrão, três se situavam nas Universidades Federais da região Centro-Oeste, todos criados no ano de 1975: os cursos de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), em abril de 1975, da Universidade Federal do Goiás (UFGO), em junho de 1975, e da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), em outubro de 1975^(17,20).

A história da criação do curso de Enfermagem na UnB tem suas bases na história da criação da própria universidade. A UnB foi criada dois anos após a inauguração de Brasília, pela Lei nº 3.998, de 15 de dezembro de 1961. A universidade tinha como objetivo “(...) reinventar a educação superior, entrelaçar as diversas formas de saber e formar profissionais engajados na transformação do país”⁽²¹⁾. O professor Darcy Ribeiro, com a colaboração do professor Anísio Teixeira, foi o responsável por delinear o perfil da instituição.

No Plano Orientador da instituição de 1962, já era prevista a implantação da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), composta pelos cursos de Medicina (previsto para ser criado em 1966), Enfermagem, Nutrição e Odontologia (previstos para serem criados em 1970, de forma integrada). Efetivamente no ano de 1966 foi criado o curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas que, no ano de 1970, passa a ser denominada Faculdade de Ciências da Saúde (FS), como forma de justificar uma maior integração entre os cursos, uma vez que a Reforma Universitária (RU) de 1968 determinou que os cursos da área da saúde, incluindo o de Enfermagem, deveriam integrar Centros de Ciências da Saúde ou Centros de Ciências Biomédicas⁽²²⁻²³⁾.

O movimento para efetivar a criação do curso de Enfermagem só foi possível devido à pressão do MEC. Nos anos de 1970 havia uma grande carência de enfermeiros nas regiões do interior do país e uma grande demanda por esses profissionais. Um fator que colaborou para o início do curso na UnB foi a inexistência, na época, de alguma instituição que formasse enfermeiros no Distrito Federal⁽²³⁾.

Outras situações que se somaram foram a Reforma Universitária de 1968 (Lei 5.540, de 1968), que promovia a inserção dos enfermeiros na carreira universitária, e o fato de a enfermagem ter sido a área de ensino que menos havia crescido entre os anos de 1953 e 1973. O Brasil possuía um déficit de enfermeiros para atender às necessidades da população. Segundo as recomendações do Plano Decenal de Saúde para as Américas, de 1972, deveria haver 4,5 enfermeiros para cada 10 mil habitantes^(17,24).

O “Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília”, elaborado em 1959, previa a criação de “Escola e residência de enfermeiras de Brasília”, que teria a função de formar enfermeiros de nível superior e funcionaria junto ao Hospital de Base. Infelizmente essa ideia não teve continuidade; em seu lugar foi criada, em 1962, pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal, a “Escola de Auxiliares de Enfermagem de Brasília”, que tinha por objetivo a formação de profissionais de nível médio⁽²⁵⁾.

Depois do atraso de alguns anos, em 1973 é estruturado um grupo de trabalho para estudar a criação do curso de Enfermagem na UnB, composto por quatro médicos e duas enfermeiras. Em setembro do mesmo ano é constituída uma comissão para apresentar um projeto de implantação do curso de Enfermagem, no que se refere ao currículo pleno e corpo docente, com base na Resolução da Reitoria nº 218/73. Essa comissão não possuía um enfermeiro docente, apesar de o Distrito Federal já possuir certa quantidade de enfermeiras^(23,25-26).

Em 18 de março de 1975 foi encaminhado ao reitor o projeto do curso de Enfermagem, cuja criação foi aprovada no dia 9 de abril de 1975 pelo Conselho Diretor. Foi enviada ao MEC a solicitação da criação de novos cursos; entre eles, estava o curso de Enfermagem da UnB. Os cursos de Nutrição, Odontologia e Enfermagem

foram autorizados em abril de 1975, ficando o curso de Enfermagem sob a administração do Departamento de Medicina Complementar do Curso de Medicina^(25,27).

Nos primeiros anos de sua existência, o curso teve de enfrentar a falta de infraestrutura para o seu funcionamento, pois não possuía um espaço físico próprio para realizar seus trabalhos. Em 1979, o seu processo de reconhecimento tramitou no CFE, que designou uma comissão para avaliar a proposta pedagógica e as condições de funcionamento do curso. Para que o curso fosse reconhecido, deveria haver a contratação de, pelo menos, mais três enfermeiros como docentes, com curso de especialização, para ministrar as disciplinas profissionalizantes. Outra exigência era a criação do Departamento de Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde^(23,28).

Apesar da exigência do CFE para criar o Departamento de Enfermagem, esta não foi atendida. Contudo, o reconhecimento do curso foi autorizado em 1980, com o comprometimento do reitor de criar, num curto espaço de tempo, o Departamento. Somente em 1986, com a reestruturação administrativa da FS, o Curso de Enfermagem passou à condição de Departamento (Resolução nº 6/86 do Consuni), conforme recomendado no Parecer nº 382/80 do Conselho Federal de Educação^(25,29), desvinculando-se do curso de Medicina a partir desse ano. A primeira docente enfermeira e primeira coordenadora do curso foi a professora Maria Aurineide da Silva Nogueira⁽²⁹⁾.

A INSERÇÃO DO ENSINO SUPERIOR DE ENFERMAGEM EM ALAGOAS: A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

O processo de criação, implantação e consolidação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (Ufal) também transcorreu na década de 1970, período mais intenso do regime militar no Brasil.

Precisamente no dia 19 de julho de 1973, o reitor da Ufal à época, professor Nabuco Lopes, designou, através da Portaria nº 259, uma comissão formada por dois professores médicos e uma enfermeira contratada pelo Hospital Universitário, para propor um currículo ao curso que se pretendia implantar na Ufal, obtendo autorização para funcionamento no dia 1º de novembro do mesmo ano, em reunião do Conselho de Ensino e Pesquisa da Ufal⁽³⁰⁾.

Para contextualizar o fato apresentado, ressalta-se que, em fevereiro do ano referido, atracou no porto de Maceió o Navio-Escola Hope (*Health Opportunity for People Everywhere*). A vinda do navio ocorreu no âmbito de um convênio celebrado em 1972 entre o governo do Estado de Alagoas (no mandato do governador Afrânio Lages), o Projeto Hope e a Ufal. Entre os objetivos do convênio, ressalta-se o ensino das mais recentes técnicas da ciência médica norte-americana e a atuação dos profissionais no atendimento de casos especiais de saúde⁽³¹⁾. As enfermeiras que faziam parte desse projeto permaneceram no município até novembro do mesmo ano.

Na oportunidade, a população de Alagoas teve contato com um modelo de enfermagem vigente nos Estados Unidos da América na década de 1970. Até então, a sociedade alagoana contava com cuidados elementares, prestados por auxiliares e atendentes de enfermagem que trabalhavam nos serviços de saúde do Estado, restringindo-se à subordinação às ordens médicas⁽³²⁾. Nos idos de 1973, Alagoas não dispunha de curso de graduação em enfermagem; a única iniciativa de ensino formal na área era a Escola de Auxiliares de Enfermagem de Alagoas (EAEA), criada em 1952⁽³¹⁾.

Apesar de o convênio (com suporte do navio Hope) não ter como objetivo a criação do curso de Enfermagem no Estado, a cultura de enfermagem norte-americana exerceu influência marcante no movimento que estimulou a criação do curso de Enfermagem na Ufal, seja por ter trazido à luz a escassez de enfermeiras no Estado, seja por sua atuação junto ao corpo docente até a criação e a consolidação do curso.

A esse respeito é elucidativo que a composição do primeiro corpo docente estendeu-se para além da formatura da primeira turma, que aconteceu em junho de 1977, e contou com a atuação das enfermeiras do Projeto Hope, as quais, mesmo após a partida do navio (em novembro de 1973), permaneceram em terra por mais cinco anos, cumprindo um programa integrado junto ao Governo de Alagoas e à Ufal⁽³¹⁾.

Um fato que simboliza a parceria entre o projeto norte-americano e a Ufal foi a doação pelo Hope de equipamentos e insumos para a montagem do primeiro laboratório de enfermagem do curso recém-criado no Departamento de Enfermagem da Universidade⁽³⁰⁾. É interessante acrescentar que este espaço recebeu o nome de “Laboratório de Enfermagem June Sessil Barrera”, em homenagem a uma das enfermeiras norte-americanas que permaneceram no Brasil, dando prosseguimento ao projeto.

Conforme já mencionado, o período de 1960 a 1970 representou um marco para o ensino superior de Enfermagem no Brasil, pois no espaço temporal de 15 anos ampliaram-se em mais de 100% os cursos de graduação de formação de enfermeiros; em 1961 havia 32 cursos, evoluindo-se para 66 em 1976⁽³³⁾.

Foi nesse contexto que lideranças do Estado de Alagoas identificaram argumentos expressivos que justificavam a criação do primeiro curso de graduação em enfermagem: Estado com baixo índice de desenvolvimento, número insuficiente de profissionais de enfermagem e população a padecer com precárias condições de saúde⁽³⁴⁾. Como aludido, a atuação das enfermeiras norte-americanas possibilitou uma nova visão do potencial do trabalho da enfermeira e a grande necessidade dessas profissionais para o Estado, bem como a compreensão do reitor, professor Nabuco Lopes, para implantar o curso na Ufal naquele momento⁽³¹⁾.

A partir da implantação do curso, criou-se o Setor de Estudos de Enfermagem, vinculado ao Departamento de Medicina Interna, sob a chefia do professor Osvaldo Brandão Vilela. Diante das circunstâncias, o reitor designou a professora Vera Rocha como primeira coordenadora do curso de Enfermagem, muito provavelmente pela estreita relação que ela mantinha com a Universidade e por fazer parte da Comissão, juntamente com dois médicos⁽³²⁾.

À época, o currículo mínimo de qualquer curso de Enfermagem e Obstetrícia deveria atender ao Parecer nº 163/72, como consta na Resolução nº 4-72, de 25 de fevereiro de 1972, que estabelece a divisão do currículo em três troncos, quais sejam: pré-profissional, o qual incluía as matérias do 1º ciclo comum a todos os cursos da instituição na área das Ciências da Saúde; tronco profissional comum, que contempla as disciplinas específicas da graduação em enfermagem e habilita o acesso à parte seguinte; e habilitações, que abordam matérias adequadas à formação do Enfermeiro Médico-Cirúrgico, da Enfermeira Obstétrica ou Obstetritz e do Enfermeiro de Saúde Pública.

Após a criação do curso, era preciso cuidar da sua efetiva implantação. O primeiro vestibular ocorreu em janeiro de 1974; as aulas tiveram início em março, e as ingressantes passaram a cursar as disciplinas do ciclo básico, a maioria ministrada por docentes formados em Medicina. A formatura da primeira turma ocorreu em junho de 1977. A partir de intenso trabalho do corpo docente, o curso foi reconhecido pelo Conselho Federal de Educação em 27 de agosto de 1979, através da Resolução CFE nº 825/1979.

Durante os primeiros anos de funcionamento, formaram-se basicamente quatro grupos distintos entre os protagonistas do curso: das alunas; das professoras enfermeiras; dos professores médicos; e das enfermeiras norte-americanas do Projeto Hope. Nessa trama de agentes sociais, cada qual desempenhou funções um tanto distintas, tendência que se acentuou à medida que se estabeleceram sinais de competição e de ampliação entre as atribuições de cada um. Dialeticamente, esse cenário fez emergir a noção de interdependência, formando um tecido social dinâmico⁽³⁵⁾.

À proporção que as professoras enfermeiras, provenientes de diversos estados brasileiros, tomaram posse como docentes, elas assumiram a direção do curso e também passaram a participar das discussões que se davam na Universidade. Essas experiências fizeram emergir a consciência da necessidade de conquista de espaço na universidade e o reconhecimento social do curso recém-criado.

Dessa visão panorâmica alusiva aos primórdios do curso, assenta-se a tese de que a estadia do navio-escola do projeto Hope e as inovações empreendidas nos cuidados de Enfermagem no Estado de Alagoas conferiram visibilidade ao capital simbólico do trabalho da enfermeira, contribuindo sobremaneira para a criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. A partir das lutas empreendidas por um grupo de enfermeiras docentes do citado curso, tornou-se possível consolidar o espaço de atuação da enfermagem alagoana.

O segundo curso de Enfermagem em Alagoas só foi criado em 1998, por uma instituição privada denominada Centro de Ensino Superior de Maceió (Cesmac). Portanto, 25 anos separam estes dois contextos. Vale ressaltar que o aumento do número de cursos de graduação em Enfermagem em Alagoas se deu a partir de 2001; atualmente o Estado conta com vinte cursos de Enfermagem cadastrados no portal e-MEC, sendo 15 na modalidade presencial, quatro na modalidade EaD e um em processo de extinção⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IMPORTÂNCIA DA ESCRITA/HISTÓRIA DA CRIAÇÃO DE CURSOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem se interessa por estudos de sua história, pois o enfermeiro que se apropria desta disciplina, de certo modo se apodera de sua própria história e adquire maior domínio e sabedoria para conhecer e discutir de forma crítica, madura e reflexiva aspectos relativos à sua profissão, desenvolvendo condições de analisar as situações postas na realidade atual⁽³⁶⁾.

A transversalidade e a interdisciplinaridade buscam reintegrar conhecimentos isolados em cada disciplina e agrupar um largo campo de conhecimento, “tendo como produto final uma história mais ampla, teoricamente consistente, com diferentes significados e percepções, fornecendo maior compreensão acerca da profissão e identidade para os profissionais que nela atuam”⁽³⁶⁾.

A possibilidade do resgate de informações históricas da memória é um importante recurso nas pesquisas históricas para a construção e a preservação da identidade profissional e, por extensão, institucional⁽³⁷⁾. Os escritos deste capítulo, advindos de pesquisas desenvolvidas por enfermeiras das regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sul do país, demonstram que uma das formas de a enfermagem produzir conhecimento na linha de pesquisa da história é através da realização de estudos sobre os processos de criação, implantação e desenvolvimento das Escolas de Enfermagem no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

1. Carlos DJD, Padilha MI, Villarinho MV, Borenstein MS, Maia ARCR. Nursing Schools in northeastern Brazil (1943-1975). *Rev Rene*. 2014;15(2):326-33. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200018>
2. Silveira CA, Paiva SMA. [The evolution of the teaching of nursing in Brazil: a historical review]. *Cienc Cuid Saude*. 2011;10(1):176-183. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.6967> Portuguese.
3. Galleguillos TGB, Oliveira MAC. [The beginnings and the development of nursing education in Brazil]. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(1):80-7. Portuguese.
4. Amorim WM, Barreira IA. [The circumstances of the reconfiguration process of the professional school of assistance to psychopaths of the Federal District]. *Esc Anna Nery*. 2006;10(2):195-203. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200005> Portuguese.
5. Costa LMC, Santos RM, Trezza MCSF, Rozendo CA, Almeida LMWS. [Production of a historical research on graduate programs in nursing: an integrative review]. *Hist enferm Rev eletrônica*[Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 05];3(1):1-17. Available from: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo1.pdf> Portuguese.
6. Riffel MJ, Moretto VL, Silveira R. Obstetric nursing: trajectory and constitution in seven decades of the UFRGS Nursing School. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190142. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190142>
7. Rodrigues J, Oguisso T, Freitas GF, Ciozak SI. [The trajectory of a nurse: Neuza Aparecida Ramos]. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3):400-406. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300011> Portuguese.
8. Perna PO (Org.). *Contribuição para a História do Curso e Departamento de Enfermagem da UFPR*. Curitiba: UFPR; 2013.
9. Zago AT. *ABEn-SC Gestão 1962-1964 (DVD)*. In: Kirchoff ALC, Zago AT, Paim L (ed.). *A trajetória da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina: lembranças Cinquentenárias (1962-2012)*. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem-Seção Santa Catarina; 2013. p. 49-51.

10. Neves EP. A Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina e a repercussão na criação do Curso de Graduação em Enfermagem na UFSC. In: Zago AT, Martins CR, Borenstein MS, Mendes NTC (org). Contribuições da ABEn-SC para a Enfermagem Catarinense. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem-Seção Santa Catarina; 2010. p. 21-46.
11. Borenstein MS, Althoff CR. Projetando e conquistando um caminho para a formação profissional do enfermeiro. In: Borenstein MS, Althoff CR, Souza ML. Enfermagem da UFSC: recortes de caminhos construídos e memórias (1969-1999). Florianópolis: Insular; 1999. p. 25-64.
12. Universidade Federal de Santa Catarina. Secretaria Geral. Divisão de Pessoal. Boletim do Pessoal. Florianópolis. 1969;3(25):01-02.
13. Presidência da República (BR). Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União; 1968 [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5540-28-novembro-1968-359201-publicacaooriginal-1-pl.html>
14. Bub LIR, Mendes NTC. Os primeiros 10 anos (1969-1979). In: Borenstein MS, Althoff CR, Souza ML. Enfermagem da UFSC: recortes de caminhos construídos e memórias (1969-1999). Florianópolis: Insular; 1999. p. 65-126. Portuguese.
15. Ministério da Educação (BR). Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 23]. Available from: <http://emec.mec.gov.br/emec/nova#avancada>
16. Vieira Neto J. [Brazilian center-west urbanization]. Espaço em Revista. 2008 [cited 2020 Nov 10];10(1):38-65. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/espaco/article/view/13545/8693> Portuguese.
17. Barbosa TSC, Baptista SS. [Movement of expansion of the upper courses of nursing in the center-west region of Brazil: a historical perspective]. Rev Eletr Enf. 2008;10(4):945-56. <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46742> Portuguese.
18. Oliveira AMV. [The perception of change: the records in the city of Goiás]. História [online]. 2011;30(1):189-208. <https://doi.org/10.1590/S0101-90742011000100009> Portuguese.
19. Pires-Alves F, Paiva CHA, Hochman G. [History, health and its workers: from the international agenda to the Brazilian policies]. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(3):819-29. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300002> Portuguese.
20. Wright MGM, Paim L, Rodrigues KH. [Development of Higher Education in Nursing in the Midwest Region - Quality Indicators for Undergraduate Courses]. Rev Bras Enferm. 1982;35(1):60-73. <https://doi.org/10.1590/0034-716719820001000007> Portuguese.
21. Universidade de Brasília. Criação[Internet]. Brasília: UnB; 2008 [cited 2020 Nov 17]. Available from: http://www.unb.br/sobre/principais_capitulos/criacao. Portuguese.
22. Ministério da Educação e Cultura (BR). Universidade de Brasília (ed.). Plano Orientador da Universidade de Brasília [Internet]. Brasília: Ministério da Educação e Cultura; 1962 [cited 2020 Nov 16]. Available from: http://www.dpo.unb.br/documentos/Relatorios_antigos/PDE_UnB_Orientador_UnB_1962.pdf. Portuguese
23. Cardoso FA, Dytz JLG. [Creation and consolidation of the nursing course at the university of Brasília: a guardianship's history (1975 - 1986)]. Esc Anna Nery. 2008;12(2):251-7. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000200008> Portuguese.
24. Rocha MEMO, Nunes BMVT. [Expansion of undergraduate Nursing courses: study in Piauí]. Rev Bras Enferm. 2013;66(3):391-398. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300014> Portuguese.
25. Hildebrand SM. Formação e mercado de trabalho de enfermeiros no Distrito Federal: 1980-1993 [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1994. 175p. Portuguese.
26. Universidade de Brasília (UnB). Resolução da Reitoria nº 218, de 28 de setembro de 1973. Constitui a comissão para o projeto de implantação do Curso de Enfermagem da UnB. Brasília: Universidade de Brasília; 1973. Portuguese.
27. Universidade de Brasília (UnB). Resolução Conselho Diretor nº 28, de 9 de abril de 1975. Aprova a criação do Curso de Graduação em Enfermagem da UnB. Brasília: Universidade de Brasília; 1975. Portuguese.
28. Universidade de Brasília (UnB). Ofício n 06/1979. Trata do processo de reconhecimento do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia - Habilitação Geral em Enfermagem Comissão que verificaria as condições de funcionamento do Curso de Enfermagem da UnB. Brasília: Universidade de Brasília; 1979. Portuguese.
29. Santos WF, Cruz KCT, Faustino AM. [Nursing course at the University of Brasília: Historical path (1975-2015)]. Hist enferm Rev eletrônica. 2020 [cited 2020 Nov 17];11(2):85-98. Available from: <http://here.abennacional.org.br/here/v11/n2/a1.pdf> Portuguese.

30. Figueiredo MCS, Mendonça MRA, Santos RM. Avaliação do curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió; 1987. Portuguese.
31. Santos RM, Lira YCMS, Nascimento RF. O Navio Hope: um novo encontro entre a Enfermagem Brasileira e a Norte-Americana. Maceió: EDUFAL; 2009. Portuguese.
32. Costa LMC. Tecitura da identidade profissional da primeira turma do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas: contribuição do corpo docente – 1973/1977 [dissertação]. Maceió (AL): Universidade Federal de Alagoas; 2012. 109p. Portuguese.
33. Teixeira E, Vale EG, Fernandes JD, Sordi MRL (orgs). O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: Inep; 2006. Portuguese.
34. Santos RM, Tavares LVS, Cruz DE, Trezza MCSF. [Circumstances of creation of the Nursing in Federal University of Alagoas: a preliminary study]. *Hist enfer Rev eletrônica*. 2010 [cited 2020 Nov 17];1(1):69-94. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2010/bde-25595/bde-25595-123.pdf> Portuguese.
35. Costa LMC, Santos RM, Santos TCF, Trezza MCSF, Leite JL. [Project HOPE contribution to the setting up of the professional identity of the first nurses from Alagoas, 1973-1977]. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(4):535-42. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670406> Portuguese.
36. Padilha MICS, Borenstein MS. [Nursing History: Teaching, research and interdisciplinarity]. *Esc Anna Nery*. 2006;10(3):532-538. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300024> Portuguese.
37. Queirós PJP, Almeida Filho AJ, Monteiro APA, Santos TCF, Peres MAA. Parliamentary debates in Portugal from 1821 to 1910. Identification of Nursing History sources. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170006. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170006>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04>

TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO MUNDO E NO BRASIL

Carolina Fraga Paiva^I

ORCID: 0000-0001-8960-1571

Tânia Cristina Franco Santos^I

ORCID: 0000-0003-2325-4532

Laís de Miranda Crispim Costa^{II}

ORCID: 0000-0003-4997-567X

Antonio José de Almeida Filho^I

ORCID: 0000-0002-6430-3540

^I Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

^{II} Universidade Federal de Alagoas.
Maceió, Alagoas, Brasil

Autora Correspondente:

Carolina Fraga Paiva
E-mail: carolinafraga02@gmail.com



Como citar:

Paiva CF, Santos TCF, Costa, LMC, Almeida-Filho AJ. Trajetória dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 41 a 49 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c04>

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES: A MORTE VERSUS OS CUIDADOS PALIATIVOS

Este texto tem por objetivo dissertar acerca de aspectos importantes na evolução dos cuidados paliativos e a enfermagem. Assim, temos que a morte é um tema que acompanha a história da humanidade, onde cada cultura a explica de maneira particular, perpetuando suas interpretações de geração em geração. Desde a idade média até os dias atuais a morte transita entre o domicílio e o espaço hospitalar, com idas e vindas. Assim, o processo civilizatório iniciado há cerca de quatrocentos ou quinhentos anos evidencia que as atitudes das pessoas frente à morte sofreram e ainda sofrem mudanças significativas⁽¹⁾.

A intenção de uma morte digna, próximo de pessoas queridas e menos sofrida, foi descrita pelos ingleses nas décadas de 1950 e 1960, se estendendo aos Estados Unidos da América (EUA) e outros países da Europa, o que culminou na criação do modelo de cuidados integrais e mais humanizados, especificamente para pessoas com doenças avançadas, progressivas e crônicas, sem possibilidade de tratamento modificador da doença⁽²⁾.

Com o desenvolvimento dos cuidados integrais e humanizado ao paciente e o processo de morrer, os profissionais da área da saúde perceberam uma forma de atendimento com ênfase nos cuidados, por meio de uma assistência interdisciplinar, a considerar os familiares envolvidos e o momento final de vida. Trata-se, então, dos Cuidados Paliativos, que tem como principal meta a qualidade de vida e requer planejamento interdisciplinar. Nesse planejamento de atuação multiprofissional, com tendência à horizontalização das relações de poder entre as áreas envolvidas, há reciprocidade, enriquecimento mútuo, permitindo a troca de conhecimento, inclui-se a família e utiliza-se dos recursos disponíveis na comunidade como aspectos fundamentais⁽³⁾.



Assim, os cuidados paliativos nascem no sentido de pensar o cuidado em uma postura menos curativista, cujo foco passa a ser a pessoa cuidada e não a doença que lhe acomete. Entretanto, cabe registrar que o termo *hospice* antecede os cuidados paliativos; tem origem no latim *hospes*, que significa estranho e depois anfitrião; *hospitalis* que significa amigável, ou seja, boas-vindas ao estranho, e evolui para o significado de hospitalidade⁽⁴⁾. Já o termo *palliare*, da mesma origem, significa amparar, proteger, abrigar. Em analogia, surge como foco principal a perspectiva do cuidar e não somente curar⁽⁵⁾, salvaguardando a dignidade da pessoa até o fim de sua vida.

Por conseguinte, a história dos cuidados paliativos se confunde com a do termo *hospice* e foi em 1947 que Cicely Saunders conheceu e acompanhou até a morte um paciente de 40 anos chamado David Tasma, que recebeu uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. David lhe deixou uma herança, dizendo: Eu serei uma janela na sua Casa. Segundo Cicely, este foi o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar⁽⁶⁾, e também será a forma que dar-se-á o início dessa discussão.

CUIDADOS PALIATIVOS: DA EXPERIÊNCIA DE CICELY SAUNDERS AO MOVIMENTO DE EXPANSÃO

Essa nova forma do cuidado foi introduzida nas décadas de 1950 e 1960, por Cicely, inglesa com formação humanista, enfermeira, médica e assistente social. Assim, a precursora desse novo processo destacou-se no desenvolvimento desses cuidados e difundiu a medicina paliativa na Inglaterra, no Canadá, EUA e na Austrália⁽⁶⁾.

Fundou então em 1967 o San Christopher's Hospice, cujo objetivo era proporcionar qualidade de vida e finitude digna a pessoa com doença avançada sem possibilidade de tratamento modificador da doença, cuja estrutura abarcava a assistência e também o desenvolvimento de ensino e pesquisa para estudantes e profissionais de diferentes países do mundo⁽⁷⁾. Sua vida foi dedicada a esse perfil de pacientes e, para ela, era possível cuidar quando não era mais possível curar. O St. Christopher's era composto por uma equipe multiprofissional, além de voluntários, que acolhiam pacientes com doença avançada sem possibilidade de alteração prognóstica⁽⁶⁾. A iniciativa era pautada em uma assistência centrada no controle da dor e alívio dos sintomas e, sobretudo, dirigida à totalidade e individualidade da pessoa, e não à sua doença, tornou-se então uma militante em prol dos direitos desses pacientes⁽⁸⁾.

Considera-se que o movimento de *hospices* pelo mundo tem origem no trabalho de Cicely, desenvolvido a partir de uma filosofia de cuidados específicos, voltado para uma abordagem psicossocial e espiritual, ativa comunicação, tomada de decisão, apoio do familiar e outros envolvidos no processo⁽⁹⁾. A partir dela, a filosofia desses cuidados difundiu-se pelo mundo com objetivo de propiciar uma assistência total e individualizada para o cuidado de pacientes com doença avançada.

Na América do Norte, esse movimento se deu em 1973, com a visita do médico cirurgião canadense Balfour Mount ao St. Christopher's Hospice, dando início a um serviço semelhante ao de Cicely, após identificar necessidades dos pacientes que estavam morrendo no Montreal's Royal Victoria Hospital. Ato contínuo, em 1974, com o desenvolvimento do novo serviço, na primeira unidade de cuidados paliativos do Canadá, Mount cunhou o termo "cuidados paliativos" para destacar o foco na atenção à qualidade de vida dos pacientes até o momento da morte. O termo *palliative care* foi criado para descrever o serviço iniciado no Canadá, e desde então ganhou aceitação mundial⁽⁹⁾.

No mesmo ano, 1974, o termo "cuidados paliativos" passou a ser adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Comitê de Câncer criou um grupo de trabalho responsável pela definição de políticas que visassem o alívio da dor e cuidados para pacientes com câncer, direcionando a recomendação para todos os países do mundo⁽¹⁰⁾.

Em 1985, em face da expansão dos movimentos de protesto contra o abandono de pacientes sem possibilidades terapêuticas, pelo sistema de saúde inglês, foi fundada a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda e a Inglaterra foi o primeiro país a reconhecer a medicina paliativa como especialidade médica⁽²⁾.

Dando continuidade aos registros voltados para os cuidados paliativos, foram publicados em 1986 pela OMS os princípios que regiam a atuação da equipe multiprofissional atuante nesses cuidados, baseando-se

em medidas para melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família, que são eles: promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilitasse ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto; oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; e iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, incluindo todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes⁽¹¹⁾.

Em 1990, com o intuito de uma abordagem abrangente e integrada dos cuidados paliativos, a OMS o conceituou pela primeira vez como:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares⁽¹²⁾.

Já no século XXI, em termos de cenário internacional tem-se importantes documentos que legitimam a importância dos cuidados paliativos, a exemplo do *Capetown Declaration* em 2002⁽¹³⁾, *Korea Declaration* em 2005⁽¹⁴⁾ e *Budapest Commitments* em 2007⁽¹⁵⁾, os quais apontam a necessidade de desenvolvimento e implementação de políticas de cuidados paliativos com equidade do acesso, disponibilidade de fármacos específicos e investimento de formação em profissionais de saúde para essa especialidade.

Assim, o movimento dos cuidados paliativos no mundo fortaleceu o processo de resgate de autonomia, priorizando o ser humano em sua individualidade e totalidade, além de aspectos profissionais como a discussão da equipe de saúde sobre as possibilidades terapêuticas e os caminhos a serem traçados para alcançar uma “boa morte”. Esses objetivos surgiram em contraposição a uma abordagem do morrer considerada fria e desumanizada, como modelo de morte moderna⁽²⁾, difundindo-se no mundo.

O MOVIMENTO DE EXPANSÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

No Brasil, os cuidados paliativos tiveram início na década de 1970, com os primeiros serviços instituídos no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo⁽¹⁶⁾, porém, em 1944 teve início a primeira iniciativa desses cuidados com a criação do Asilo para Cancerosos. A criação se deu devido à fragilidade de recursos e serviços disponíveis no Centro de Cancerologia (CC), no antigo Distrito Federal/Rio de Janeiro, bairro da Penha, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer avançado, cujo perfil de assistência e filosofia o caracterizou como serviço aos pacientes sem resposta farmacológica⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Desde então, os cuidados paliativos têm conquistado seu espaço no campo da saúde gradativamente. Algumas fontes evidenciam que os primeiros serviços foram registrados no Rio Grande do Sul, Porto Alegre, com a Prof^a. Dr^a. Miriam Marteleite, anesthesiologista que em 1979 fundou o Serviço de Dor e, em 1983, o Serviço de Cuidados Paliativos no Hospital de Clínicas. No mesmo ano, na cidade de São Paulo, o médico fisiatra Antonio Carlos Camargo de Andrade Filho fundou o Serviço de Dor da Santa Casa e, três anos depois, em 1986, o serviço de cuidados paliativos⁽¹⁹⁾.

Com inspiração no movimento liderado por Cicely, em 1986, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) iniciou no antigo Hospital de Oncologia (HO), atual Hospital do Câncer II (HCII) - localizado na Avenida Binário do Porto, 831, Santo Cristo, no Rio de Janeiro - o atendimento ao paciente com câncer avançado sem possibilidade de tratamento modificador da doença, pelo programa de atendimento aos pacientes sem possibilidades terapêuticas. Esse programa ampliou suas atividades, evoluindo para Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico (STO) em 1989⁽¹⁷⁾.

Em 1990, esses cuidados se fortaleceram com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Além disso, O INCA foi definido no Art. 41 dessa lei, como órgão de referência na prestação de serviços de saúde, em âmbito nacional para avaliação e estabelecimento de parâmetros da prestação de serviços no SUS⁽²⁰⁾.

No mesmo ano, a médica Magda Rezende, responsável pela administração assistencial, fundadora e conselheira da Fundação Ary Frauzino (FAF) para a Pesquisa e Controle do Câncer, encaminhou à direção do INCA o “Projeto de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais” que tinha como proposta a criação do Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (Gesto), sendo oficializado, em 26 de dezembro de 1990, mediante assinatura de contrato. Assim, em 1991, foi implantado o primeiro serviço de cuidados paliativos no INCA⁽²¹⁾.

A abordagem dos cuidados paliativos prioriza o controle impecável de sinais e sintomas, além do respeito e dignidade no percurso da vida, fortalecendo uma visão holística, capaz da observação do paciente para além das questões biológicas, respeitando seus desejos, necessidades e individualidade no intuito de ofertar qualidade de vida no decorrer da doença⁽¹¹⁾.

A década de 1990 representou para o INCA um período de grande protagonismo na liderança do controle do câncer, com ênfase na ampliação de funções e reestruturação dos serviços, desenvolvimento, reorganização e criação de novos programas nacionais¹⁷. Importante registro institucional foi a reestruturação e ampliação das funções nas unidades e toda a abordagem assistencial oncológica que reforçava o objetivo de promoção da qualidade da assistência, de pacientes e familiares, por meio da atuação respaldada em publicações e princípios da OMS⁽²²⁾. Expandindo esse movimento, na mesma década, o Decreto n.º 109, de 2 de maio de 1991 registrou no Art. 14 que ao INCA competia assistir ao Ministro de Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

Em 1996, o STO deu continuidade às suas atividades no sétimo andar da unidade do Hospital do Câncer III (HCIII) (Rua Visconde de Isabel, 274 – Vila Isabel, Rio de Janeiro), e simultaneamente, com essa transferência, foram iniciadas obras de um novo prédio, que seria exclusivo para os cuidados paliativos. A construção foi desenvolvida no mesmo espaço físico do HCIII⁽²³⁾.

No ano seguinte (1997), em paralelo a esse movimento, foi fundada, na cidade de São Paulo, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), fundamentada em estatutos da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, que já era um conselho de larga experiência. A ABCP era composta por um grupo de profissionais interessados no assunto, que propunham a prática de divulgação dos cuidados paliativos no Brasil⁽²⁴⁾. Como desdobramento desse movimento no Brasil, esses cuidados alcançaram relevância nacional, a partir da publicação da Portaria n.º 3.535, de 02 de setembro de 1998, a qual representou um marco na política de controle do câncer, que os considerou uma exigência, estabelecendo critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Ademais, a Portaria prevê a reestruturação das unidades hospitalares na prestação de atendimento ao paciente oncológico, garantindo integralidade e o estabelecimento de rede hierarquizada de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)⁽²⁵⁾.

É nesse contexto que a construção do novo prédio do INCA foi finalizada e a unidade exclusiva de cuidados paliativos foi inaugurada oficialmente no dia 23 de novembro de 1998, inicialmente denominada Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO), antigo STO⁽²⁶⁾. Em 2000, outro hospital criou uma enfermaria para cuidados paliativos através do Programa do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo⁽²⁷⁾.

Nos anos subseqüentes, importantes portarias foram instituídas, as quais foram responsáveis por subsidiar e fortalecer o desenvolvimento dos cuidados paliativos e respaldar a atuação profissional. Assim, já em 2001, a Portaria n.º 881, instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, cujo objetivo era promover a humanização da assistência nos espaços hospitalares⁽²⁸⁾.

Com relação ao manejo da dor, foi publicada a Portaria n.º 19 em 03 de janeiro de 2002, que ampliou a inserção de cuidados paliativos e instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, voltado para a dor crônica⁽²⁹⁾. Em 23 de julho do mesmo ano, a Portaria GM/MS n.º 1.318, estabeleceu os opiáceos como medicamentos excepcionais⁽³⁰⁾ e a Portaria GM/MS n.º 1.319, regulamentou a criação e cadastramento dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica⁽³¹⁾; já a Portaria n.º 859, em 12 de novembro, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, o uso de opiáceos, codeína, morfina e metadona, no alívio da dor crônica⁽³²⁾, todas no âmbito do SUS.

Nesse contexto a OMS revisou e ampliou o conceito de cuidados paliativos, enfatizando que deveriam ser planejados e realizados por uma equipe multidisciplinar, priorizando a prevenção e alívio do sofrimento, a identificação precoce de sintomas, e uma avaliação impecável de forma a promover o tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, objetivando a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares⁽¹¹⁾.

Ainda não há no país uma política exclusiva de cuidados paliativos. O Ministério da Saúde (MS) vem consolidando formalmente esses cuidados no âmbito do sistema de saúde, por meio de portarias e outras publicações do MS. Em 2005, a Portaria GM/MS n.º 2.439 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, abarcando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, em uma linha que contemple todos os níveis de atenção⁽³³⁾.

No mesmo ano da criação da política, foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), cujo objetivo é difundir as práticas desses cuidados e contribuir para o ensino, pesquisa e otimização dos cuidados, um marco para as práticas da medicina. ANCP disponibilizou em 2009 publicações sobre esses cuidados através do Manual de Cuidados Paliativos, atualizado em 2012⁽³⁴⁾.

Em 2006, segundo Maciel⁽³⁵⁾, no Brasil, destacaram-se outras experiências de cuidados paliativos: O grupo de Cuidados Paliativos do Hospital Emílio Ribas de São Paulo, que se tornou referência, o Projeto Casa Vida, vinculado ao Hospital do Câncer de Fortaleza, no Ceará; o trabalho da equipe de Londrina no Programa de Internação Domiciliar da Prefeitura, assim como núcleos ligados à assistência domiciliar no Paraná. Outros destaques apresentados foram os Grupos nos Hospitais de Câncer de Goiânia, Belém, Manaus, Salvador, Barretos, e São Paulo; ambulatórios em Hospitais Universitários como o da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), capitaneado pelo Professor Marco Túlio de Assis Figueiredo; escolas de Botucatu e Caxias do Sul; o trabalho do Hospital de Base de Brasília e do Programa de Cuidados Paliativos do Governo do Distrito Federal⁽³⁵⁾. No nordeste, na cidade do Recife, registrou-se o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), que em 2009 implantou um ambulatório especializado no atendimento de cuidados paliativos⁽³⁶⁾.

Em 2010 foi publicado no *The Economist* o primeiro resultado de uma investigação sobre *The Quality of Death Index* (em português: índice de “Qualidade da Morte”), que classificou 40 países de acordo com sua prestação de cuidados de fim de vidas, utilizando indicadores como disponibilidade de cuidados de fim de vida, gasto governamental, formação profissional na área, entre outros. Em primeiro lugar no *ranking* estava a Inglaterra que, segundo o relatório, possuía ampla política nacional, voltada para a assistência em cuidados paliativos. O Brasil encontrou-se na 38ª posição, à frente somente de Uganda e Índia⁽³⁷⁾.

Em 2015 novo relatório foi publicado, com a inclusão de mais 40 países, na avaliação. As primeiras colocações foram mantidas e o Brasil passou a ocupar o 42º lugar, abaixo de outros países latino-americanos, como a Argentina e o Chile. De acordo com o relatório, o Brasil integra um grupo de países que conta com um número limitado de subsídios governamentais para o acesso de pacientes aos serviços especializados em cuidados paliativos⁽³⁸⁾.

Segundo publicação do Atlas de Cuidados Paliativos da Associação Latino-americana de cuidados paliativos referindo-se ao ano de 2012, o Brasil possuía seis instituições do tipo *hospice*, 24 equipes de atenção domiciliar, destas 17 voltadas ao atendimento de adultos e sete pediátricas. Esses serviços são públicos em sua maioria. No nível terciário, existem 16 serviços de cuidados paliativos que funcionam em hospitais⁽³⁹⁾.

Em 2014 foi publicado o Decreto-Lei nº 173/2014, que procede a ajustamentos à Lei Orgânica do Ministério da Saúde, às Orgânicas da Administração Central do Sistema de Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, por forma a acolher a Comissão Nacional e as Regionais de Cuidados Paliativos⁽⁴⁰⁾. No mesmo ano a OMS publicou o Atlas Global de Cuidado Paliativo, onde apresentou os resultados de seu levantamento sobre o desenvolvimento ao redor do mundo. O Brasil recebeu a classificação 3A¹, que se caracteriza por países onde a provisão desses cuidados é oferecida de maneira isolada. Segundo a OMS, o sistema de saúde do país apresentava o mesmo nível de desenvolvimento que Angola, Bangladesh, Congo, Moçambique e Irã⁽⁴¹⁾.

Em 2018 a *The Lancet Commission* publicou o resultado de seu levantamento mundial. Evidenciou-se que 90% dos opióides prescritos no mundo eram consumidos por 10% da população mundial, evidenciando que no Brasil é frequente o não controle da dor em pessoas com doenças graves e sem adequado cuidado paliativo⁽⁴²⁾.

A ANCP registrou, em outubro de 2018, uma publicação em site oficial intitulada: Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil, com o objetivo de prestar informações consideradas de potencial interesse para toda a sociedade brasileira, além de recomendações para melhorar a oferta e a qualidade desses cuidados oferecidos no Brasil e também realizou um levantamento sobre os serviços disponíveis, encontrando até agosto/2018, 177 serviços⁽⁴³⁾. As características dos serviços estão na tabela 1, apresentada abaixo.

Tabela 1 - Mapeamento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018.

Análise dos serviços cadastrados no mapa da ANCP		
até dia 16/8/18	N	%
Número total de serviços de CP cadastrados	177	100
Centro-Oeste	8	5
Norte	5	3
Nordeste	36	20
Sudeste	103	58
Sul	25	14
Início das atividades dos serviços		
2016-2018	40	23
2011-2015	49	28
2006-2010	23	13
2000-2005	12	7
1999 ou antes	7	4
não informado	46	26
Funcionam em hospital	131	74
Funcionam em hospice	8	5
Atende pacientes do SUS	117	66
Atende pediatria	38	21

Legenda: ANCP=Academia Nacional de Cuidados Paliativos; CP=Cuidados Paliativos

1 Nesse grupo o desenvolvimento dos cuidados paliativos é irregular no escopo e não bem apoiado; com fontes de financiamento fortemente dependente de doações; disponibilidade limitada de morfina; e um pequeno número de serviços comparado ao tamanho da população.

O mapeamento evidencia que mais de 50% dos serviços iniciaram suas atividades na década de 2010, registrando uma desigualdade de disponibilidade, com mais de 50% dos serviços concentrados na região sudeste, e apenas 13 equipes em toda a região norte-nordeste. Os serviços centrados na rede hospitalar e os dados apresentados mostram que a disponibilidade de *hospices*, sobretudo na área pediátrica, são áreas ainda mais críticas em termos de acesso a esses cuidados⁽⁴³⁾.

Apesar dos esforços empreendidos, o Brasil não apresenta uma articulação nacional em cuidados paliativos. A implantação de uma rede consistente e organizada constitui-se uma tarefa desafiadora aos gestores, e, a despeito de todas as iniciativas governamentais anteriormente expostas, a implementação desses cuidados no sistema de saúde brasileiro é lenta e desarticulada entre os diferentes níveis assistenciais. Existem importantes obstáculos, sejam eles de ordem operacional, ética ou cultural e o enfrentamento dessas questões é fundamental para que o país possa implantar um modelo de *hospice* e de cuidados paliativos que não seja assimilado de maneira acrítica, mas enraizado socialmente e compatível com as necessidades e peculiaridades do país⁽⁴⁴⁾.

A GUIA DE CONCLUSÃO

Conclui-se que os enfrentamentos dos desafios, no mundo e, especialmente no Brasil, requerem a adoção de estratégias eficazes em prol dos cuidados paliativos, de modo a implementação plena de tais cuidados nos sistemas de saúde. Tais cuidados estão em conformidade com os direitos fundamentais do ser humano, pois têm como objetivos a diminuição do sofrimento e a não interferência no momento da morte.

Os desafios são muitos e, certamente, a eclosão de uma pandemia reverberou na assistência aos pacientes em fim de vida, uma vez que estes ficaram ainda mais expostos às complicações e morte. Gestores e profissionais de saúde precisam abraçar e compreender a filosofia de atenção à saúde inerente aos cuidados paliativos, pois os cuidados paliativos são uma necessidade humanitária.

É responsabilidade dos profissionais, de acordo com sua formação, prestar um cuidado holístico ao fim da vida, qualificado, competente e diferenciado, focando diferentes ângulos, direcionado para as necessidades individuais do paciente. Assim, o exercício da interdisciplinaridade na equipe de saúde é retratado na modalidade de cuidados paliativos, onde essa abordagem permite o cumprimento do principal objetivo: oferta de qualidade de vida e dignidade no processo de morrer.

REFERÊNCIAS

1. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. 107 p.
2. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; 2004. 228 p.
3. Oliveira RA. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. 689 p.
4. Figueiredo MTA, Melo AGC. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da associação brasileira de cuidados paliativos e da associação internacional de hospice e cuidados paliativos. In Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALMC. Dor e Cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole; 2006. p. 16-28.
5. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In Pessini L e Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Edições Loyola; 2014. p. 181-204.
6. Saunders DC. Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach. Londres: Hodder Arnold; 1991. 128 p.
7. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prát Hospit*. 2005;7(41):107-112.
8. Menezes RA, Heilborn ML. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 18];15(3):563-80. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v15n3/a04v15n3.pdf>
9. Morden NE, Chang CH, Jacobson JO, Berke EM, Bynum, JPW, Murray KM, et al. End-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer is highly intensive overall and varies widely. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(4):786-96. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0650>

10. Santos DBA, Lattaro RCC, Almeida DA. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. Rev Inic Cient Libertas [Internet]. 2006 [cited 2021 Jan 15];1(1):72-84. Available from: <http://www.libertas.edu.br/revistalibertas/revistalibertas1/artigo05.pdf>
11. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos: Ampliado e atualizado [Internet]. 2012 [cited 2021 Jan 18]. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
12. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee [Internet]. 1990 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>.
13. Sebuyira LM, Mwangi-Powell F, Pereira J, Spence C. The Cape Town Palliative Care Declaration: home-grown solutions for sub-Saharan Africa. J Palliat Med [Internet]. 2003 [cited 2021 Jan 15];6(3):341-3. Available for: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14509478/>
14. International Association for Hospice and Palliative Care. Korea Declaration: report of the second global summit of National Hospice and Palliative Care Associations [Internet]. 2005 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <http://www.helpthehospices.org.uk/about-us/international/resources/developing-services/advocacy/>
15. European Association for Palliative Care. Budapest commitments: a framework for palliative care development [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/Budapestcommitments.aspx>
16. Fonseca A, Geovanini A. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Rev Bras Educ Med [Internet] 2013. [cited 2021 Jan 18];37(1):120-5. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>
17. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Uma história de orgulho para o Brasil [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 26]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rede-cancer-01-integral.pdf>
18. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Resenha da luta contra o câncer no Brasil: documentário do Serviço Nacional de Câncer [Internet]. 2007 [cited 2021 Jan 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resenha_luta_contra_cancer.pdf.
19. Figueiredo MTA. A história dos cuidados paliativos no Brasil. Rev Ciênc Saúde [Internet] 2010 [cited 2021 Jan 15];1(2):1-2. Available from: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/509
20. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 1990 [cited 2021 Jan 16]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
21. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Convênio celebrado entre o Instituto Nacional de Câncer – INCA e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico – GESTO. Instituto Nacional do Câncer; 1990. 9 p.
22. Melo AC, Valero FF, Menezes M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. Psicol Saúde Doenças [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan 15];14(3):452-69. Available from: <https://scielo.pt/pdf/psd/v14n3/v14n3a07.pdf>
23. Firmino F. A Enfermeira na história da implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO): unidade IV do Instituto Nacional de Câncer (INCA) Cuidados Paliativos [Tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2004. 122 p.
24. Hermes HB, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(9):1-12. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 3.535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia [Internet]. Diário Oficial da União. 1998 [cited 2021 Jan 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html
26. Peixoto AP. Cuidados Paliativos. Sociedade de Tanatologia e Cuidado Paliativo de Minas Gerais. 2004 [cited 2021 Jan 26]. Available from: <http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20%20generalidades.pdf>
27. Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari; 2013. p. 427
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 881, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia [Internet]. Diário Oficial da União. 1998 [cited 2021 Jan 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos [Internet]. Diário Oficial da União. 2002 [cited 2021 Jan 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html

30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.318 de 23 de julho de 2002. Institui os opiáceos como medicamentos excepcionais, no âmbito do SUS e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2002 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br>
31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.319, de 23 de julho de 2002. Regulamenta a criação e cadastramento, no âmbito do SUS, dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2002 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4449.html>
32. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 859, de 12 de novembro de 2002. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, o uso de opiáceos, codeína, morfina e metadona, no alívio da dor crônica e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2002 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2019/01/Portaria-SAS-859-12-11-2002-250-KB.pdf><https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dor-cronica-2012.pdf>
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [Internet]. Diário Oficial da União. 2005 [cited 2021 Jan 15]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html
34. Kira CM. Sedação Paliativa. In Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: ANCP; 2012 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
35. Maciel MGS. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. Rev Prática Hospitalar [Internet]. 2006 [cited 2021 Jan 15]; 47 (8): 46-9. Available from: <https://api-wordpress.paliativo.org.br/download/a-terminalidade-vida-cuidados-paliativos-no-brasil-consideracoes-perspectivas/>
36. Alves RSF, Cunha ECN, Santos GC, Melo MO. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 15]. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-ppc-39-e185734.pdf>
37. The Economist Intelligence Unit. The quality of death: ranking end-of-life care across the world. London: The Economist; 2010 [cited 2021 Jan 26]. Available from: http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/qod_index_2.pdf
38. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. London: The Economist; 2015. Available from: <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
39. Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos na América Latina. Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina [Internet]. Houston: IAHP Press, 2012 [cited 2021 Jan 26] Available from: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/1/Atlas%20Portugues.pdf>
40. Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 173, de 19 de novembro de 2014. Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n. 124/2011, de 29 de dezembro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 2014 [cited 2021 Jan 18]. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/58940164/details/maximized?serie=l&dreId=58940158>
41. World Health Organization (WHO). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
42. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, Lima L, Badhelia A, XiaoXiao JK, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 15]; 7(391):1391-454. Available from: <https://www.thelancet.com/commissions/palliative-care>.
43. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <https://api-wordpress.paliativo.org.br/ancp-divulga-panorama-dos-cuidados-paliativos-no-brasil/>
44. Florani CA. Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. 192 p.

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c05>

MATERIAIS CIRÚRGICOS E HOSPITALARES E A PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Ricardo da Costa¹

ORCID: 0000-0002-2271-9003

Tânia Cristina Franco Santos¹

ORCID: 0000-0003-2325-4532

Carolina Fraga Paiva¹

ORCID: 0000-0001-8960-1571

Kyvia Rayssa Bezerra Teixeira¹

ORCID: 0000-0003-1556-4178

Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes^{III}

ORCID: 0000-0001-8233-815X

Antonio José de Almeida Filho¹

ORCID: 0000-0002-2547-9906

INTRODUÇÃO

Este texto visa dissertar sobre aspectos históricos dos cuidados e ações de enfermagem envolvendo materiais cirúrgicos e equipamentos hospitalares e sua relação com a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) estão inseridas no âmbito dos aspectos histórico-sociais e cirúrgicos, com impacto na segurança da assistência à saúde. O processo de trabalho cirúrgico, incansável de aprimoramentos, se constitui a partir de um desdobramento científico ao longo da história. Os cuidados específicos com os materiais utilizados neste trabalho engendraram um ganho dimensional para o processo de esterilização dos materiais hospitalares⁽¹⁾.

Antes do advento das primeiras técnicas aplicadas com o intuito de enfraquecer ou eliminar microrganismos dos materiais cirúrgicos, estes eram imprecisos em relação às técnicas cirúrgicas. Também se configuravam como rudes e improvisados e o processo de limpeza era ineficaz, pois para isso eram utilizados panos comuns, ou mesmo a própria vestimenta dos cirurgiões⁽²⁾.

Uma consideração importante era o local onde aconteciam as cirurgias, muitas vezes realizadas nas casas dos cirurgiões, ou dos próprios pacientes, porões, ou na mesma localidade de um acidente, como nas guerras⁽³⁾.

Os três fatores essenciais e inexistentes à época – materiais cirúrgicos precisos, seus processos ideais de limpeza e o local adequado para realizar as cirurgias – aumentavam a taxa das IRAS e de mortalidade. Assim, muitos cirurgiões ficavam desestimulados com a utilização de intervenções cirúrgicas como forma de tratamento das enfermidades⁽⁴⁾.

No entanto, outros cirurgiões persistiram nas práticas cirúrgicas e desenvolveram estudos voltados a destruir os microrganismos impregnados nos materiais cirúrgicos. Eles tomavam como base o conhecimento das complicações do pós-operatório, geradoras de infecções, incapacidades funcionais e mortalidade⁽⁴⁾.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

^{III} Universidade Federal do Piauí.
Teresina, Piauí, Brasil

Autor Correspondente:

Ricardo da Costa

E-mail: ricardowentrick@gmail.com



Como citar:

Costa R, Santos TCF, Paiva CF, Teixeira KRB, Nunes BMVT, Almeida Filho AJ. Materiais cirúrgicos e hospitalares e a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 50 a 57 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c05>

Revisor: Maria Angélica de Almeida Peres
Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil



Uma das primeiras técnicas utilizadas no século XVIII, por George Buffon e John Needham, entre os anos de 1707 e 1788, foi o emprego da água fervida nos materiais com sujidade após cada ato cirúrgico. A contribuição desse estudo apontou o enfraquecimento dos microrganismos, porém sem a eliminação por completo dos mesmos. A conclusão fomentou a hipótese da geração espontânea das bactérias, ainda não contemplada no estudo da multiplicação natural destas⁽²⁾.

Em seguida, Franz Schulze, em 1836, observou a entrada de ar nos recipientes durante o emprego da fervura da água sobre as matérias orgânicas e considerou que esse fato se constituía uma fonte de contaminação. Sucessivamente, Theodor Schwann (1837) evidenciou a entrada de ar posterior ao processo de fervura, mediante o fechamento incorreto do recipiente-embalagem dos materiais. A presença do ar, então, tornou-se uma discussão na integridade dos materiais submetidos a tal processo⁽²⁾.

Apesar desses estudos, a ideia da geração espontânea das bactérias ainda permanecia cercada de incertezas, pois nenhum método de esterilização, até então, destruía totalmente a carga microbiana. Em 1859, Pouchet repetiu os estudos realizados anteriormente e obteve resultados opostos aos experimentos já realizados. Essa oposição se deu a partir da conclusão de que o emprego da fervura de nada adiantava se os materiais submetidos ao processo de “esterilização” não fossem manipulados e armazenados de forma correta⁽²⁾.

Louis Pasteur (1862) observou o crescimento de microrganismos na decomposição de matéria orgânica e formulou um meio de reduzi-los ou exterminá-los. Era do seu conhecimento a multiplicação microbiana como causa principal de infecção nos pacientes submetidos a tratamentos e intervenções médicas. Assim, seguiu os caminhos das pesquisas dos seus antecessores e adicionou mais tempo no processo de fervura dos materiais e concluiu: o ato de ferver uma matéria decomposta por dois minutos não era suficiente para destruir os microrganismos, mas se fosse fervida por uma hora e, posteriormente, inserida em um frasco totalmente fechado não ocorria nenhuma proliferação dos mesmos enquanto o frasco não fosse aberto. Com isso, Pasteur conseguiu contestar a crença na geração espontânea das bactérias e foi considerado o precursor da esterilização dos materiais⁽²⁻³⁾.

Ainda no século XIX surgiu a “era bacteriológica”, marcada pela descoberta de um número maior de microrganismos, e que deu início às ações voltadas para as medidas preventivas, como a assepsia realizada nos procedimentos cirúrgicos, a limpeza dos ambientes e a fervura dos instrumentais utilizados⁽²⁾.

Outra ação preventiva foi desenvolvida por Inácio Filipe Semmelweis, que após enfrentar vários episódios de infecção em puérperas sob sua responsabilidade e com elevada taxa de mortalidade, observou que essa infecção se relacionava à falta de higiene: uma paciente era atendida após a outra com mãos e instrumentais sujos e contaminados. Ele então preconizou a lavagem das mãos para todos os profissionais envolvidos no cuidado dispensado às pacientes e a limpeza dos materiais. Seus procedimentos permanecem como métodos eficazes ao controle de infecção hospitalar até os dias de hoje⁽⁴⁾.

Nesse contexto histórico, a enfermagem se ocupou, segundo os trabalhos de Florence Nightingale, de criar as condições favoráveis à recuperação dos pacientes por meio dos cuidados em relação à iluminação adequada, limpeza do ambiente, ventilação, temperatura, cuidados com odor e ruídos. Suas medidas visavam à precaução das contaminações cruzadas, descritas em sua teoria ambientalista. Suas formulações são uma contribuição valiosa ao combate das infecções adquiridas durante a assistência à saúde⁽⁵⁾.

Nos últimos anos do século XIX, toda a discussão entre cirurgiões e pesquisadores acerca dos microrganismos resultou em um aprimoramento das técnicas de limpeza dos materiais cirúrgicos. Nesse período foi possível correlacionar técnicas cirúrgicas, limpeza do ambiente e materiais cirúrgicos às fontes principais da infecção pós-operatória⁽⁶⁾.

Como desdobramento dos avanços acima relacionados, às cirurgias passaram a ser realizadas no ambiente hospitalar, porém em locais ainda não específicos, que atendessem critérios de controle de infecções relacionadas aos procedimentos invasivos. Paulatinamente, os ambientes para a realização das cirurgias foram sendo criados e, juntamente, os locais de preparo dos materiais, ambos vinculados às próprias unidades de internação, organizados conforme as especialidades médicas⁽⁵⁾.

Apesar das descobertas associadas aos procedimentos cirúrgicos e aos cuidados com os doentes, a ocorrência de infecções cirúrgicas recaídas sobre a população passou a ser considerado um problema de saúde pública, o que levou os governos, ainda no final do século XIX, a reestruturar os hospitais. Tal medida se consolidou com os avanços tecnológicos proporcionados pela revolução industrial. Esta permitiu o aprimoramento dos materiais e instrumentais cirúrgicos, além da criação de equipamentos hospitalares. Tudo isso demandava o aprimoramento dos cuidados específicos relacionados à limpeza, preparo, organização, esterilização e controle de infecção⁽⁷⁾.

Os primeiros métodos de esterilização com autoclaves foram desenvolvidos por Charles Chamberland em 1880, quando desenvolvia estudos para esterilização de meios de cultura. Trabalhou como colaborador de Luís Pasteur e foi pioneiro no estudo do tratamento das doenças infecciosas e na desinfecção e esterilização. Em 1879 desenvolveu um mecanismo de esterilização denominado Autoclave de Chamberland e demonstrou que a esterilização pelo calor era eficaz. Esse princípio funciona até os dias atuais, mesmo com a modernização do tempo presente⁽⁷⁾.

Nesse contexto político-social de reestruturação hospitalar, a enfermagem, em suas práticas desenvolvidas ao longo da história, com aspectos dinâmicos e sensíveis às mudanças do comportamento de saúde da sociedade, se aprimorou nas técnicas de processamento de materiais hospitalares, adaptando-as ao seu saber-fazer⁽⁸⁾.

A qualidade dos serviços de saúde e o controle das IRAS tornaram-se aspectos histórico-sociais no cenário mundial, com impacto direto na segurança da assistência à saúde. A partir da criação de resoluções, leis e políticas de saúde pública acompanharam a evolução tecnológica e o processo de trabalho associados à esterilização dos materiais hospitalares⁽¹⁾.

Os esforços realizados para o controle das IRAS foram importantes ao longo da história, todavia as IRAS continuam a ser um problema de saúde pública na atualidade, não só no Brasil como no mundo, pois existem questões relacionadas à resistência bacteriana dentre outras, que tem chamado a atenção de instituições como a Organização Mundial de Saúde, ANVISA, e outras agências e associações de controladores⁽⁹⁾.

Outros desafios no controle das IRAS na atualidade são os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, tanto diagnósticos como terapêuticos, que contribuem para o desenvolvimento das infecções relacionadas à saúde⁽¹⁰⁾.

DESENVOLVIMENTO DE PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE MEDIANTE OS CUIDADOS COM MATERIAIS HOSPITALARES: CONTRIBUIÇÃO DAS NORMAS REGULADORAS NO BRASIL

Os cuidados com os materiais hospitalares nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) no Brasil foram instituídos mediante as políticas públicas de saúde. Através de um conjunto de leis e resoluções, esses cuidados foram empregados nos novos espaços dos ambientes hospitalares, criados com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência e do controle das infecções hospitalares⁽¹¹⁾.

A lei orgânica do SUS, criada em 19 de setembro de 1990, foi um marco que norteou a organização e o funcionamento das assistências nos serviços de saúde do Brasil, com a promulgação das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Um dos objetivos dessa lei foi a reformulação dos EAS como medida preventiva primordial para o controle das infecções, com destaque para a criação de um novo fluxo de material e pessoal nas novas dependências hospitalares, incluindo o Centro de Material e Esterilização (CME)⁽¹²⁾.

O CME foi definido em 1994, através da portaria nº 1884, como uma área de apoio técnico, com o objetivo de proporcionar condições de esterilização de material médico, de enfermagem e cirúrgico. Para essa finalidade, o CME deveria contar com áreas para recepção, desinfecção, limpeza, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de materiais. Trata-se, portanto, de uma solução arquitetônica para proporcionar uma assistência segura no ambiente hospitalar⁽¹³⁾.

Em sucessão à portaria nº 1884/94, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) criou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, em 21 de fevereiro de 2002. Essa resolução dispôs sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos dos EAS. Segundo essa resolução, o CME deve existir na unidade hospitalar que contenha centro cirúrgico, obstétrico e/ou ambulatorial, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência – unidades de maior etiologia das IRAS(11). No mesmo ano, em 14 de novembro, a Anvisa publicou a RDC 307, que manteve o mesmo regulamento técnico para os EAS, com pequenas alterações. Em relação ao CME, recomendou-se maior distanciamento das esterilizadoras⁽¹⁴⁾.

Com todas as disposições editadas nas resoluções de 2002 para compor os espaços físicos do novo CME, a equipe de enfermagem precisou de novas orientações em relação à saúde do trabalhador, dimensionamento de pessoal e controle de infecção hospitalar. As atividades exclusivas de esterilização dos materiais foram desenvolvidas mediante os treinamentos específicos com novos equipamentos⁽¹⁵⁾. Uma contribuição para o conhecimento da enfermagem no CME dos hospitais brasileiros foi desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), criada em 1991 com a finalidade inicial de orientar as práticas no centro cirúrgico. Posteriormente, a partir do ano 2003, as práticas recomendadas para a correta esterilização dos materiais hospitalares foram editadas em manuais e são atualizadas periodicamente⁽¹⁶⁾.

As práticas recomendadas para o correto processamento de materiais foram posteriormente inseridas na RDC 15 de 2012, da Anvisa⁽¹⁷⁾. Cinco anos depois, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) especificou, por meio da resolução 0543, o cuidado indireto da enfermagem no CME, o método de dimensionamento profissional, a carga de trabalho e as atividades desenvolvidas⁽¹⁸⁾.

OS RECURSOS HUMANOS DO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Historicamente, o preparo de trabalhadores para desenvolver a limpeza, desinfecção e esterilização de materiais não era uma preocupação no âmbito hospitalar, por essa razão o CME não tinha funcionários fixos e geralmente abrigava profissionais com dificuldade de adequação em outras áreas do hospital. Com os avanços tecnológicos e a automatização do trabalho no CME ocorreram mudanças no processo de trabalho e nos profissionais⁽¹⁹⁾.

No decorrer da história a enfermagem era quem realizava a limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais hospitalares e, na atual realidade executa procedimentos em aparelhos modernos complexos e de difícil aprendizagem o que requer um preparo específico dos profissionais⁽¹⁶⁾.

Na maioria dos hospitais brasileiros, o enfermeiro é quem gerencia o CME e coordena uma equipe composta por técnicos e auxiliares de enfermagem. Desenvolve ainda as funções de planejamento, com administração de recursos materiais, monitoramento dos equipamentos e coordenação do processo de trabalho. Para exercer essa função deve ser um profissional com conhecimento científico, que acompanhe as constantes inovações. A resolução do Conselho Federal de Enfermagem número 424 de 19 de abril de 2012, normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem no centro de materiais e esterilização e em empresas processadoras de produtos de saúde⁽²⁰⁻²¹⁾.

As atividades desenvolvidas na CME apresentam riscos físicos, químicos e biológicos que repercutem diretamente na saúde dos funcionários da área de enfermagem, e repercutem na segurança da esterilização, que se não ocorrer de maneira adequada compromete a segurança na assistência aos pacientes e contribui para a disseminação das infecções hospitalares.

A equipe de enfermagem do CME é composta na sua maioria por mulheres, cuja demanda de esforços físicos para carregamento de caixas cirúrgicas pesadas e manuseio de autoclaves provoca um desgaste físico e emocional pelo uso excessivo da força muscular, com apresentação de problemas posturais e fadiga geral. Os equipamentos funcionam com temperaturas elevadas e as pessoas são expostas ao calor excessivo⁽²²⁾.

As substâncias químicas como fumaça, vapores, líquidos ou pastas como também os microrganismos presentes no ambiente de trabalho, no ar ou nas superfícies podem submeter os profissionais a desgastes na sua saúde⁽¹⁹⁾.

Outras questões referem-se à especificidade do trabalho no CME, como ruídos, comunicação da equipe com outras unidades hospitalares e entre si, visibilidade do trabalho dos profissionais que como os demais riscos serão corrigidas com a introdução de medidas preventivas no ambiente de trabalho. O envolvimento da gerência em promover mudanças pode contribuir para comportamentos positivos, que ao longo do tempo minimizam os problemas da saúde do trabalhador no centro de material e esterilização⁽²³⁾.

A educação permanente também é uma das maneiras de reciclar esses trabalhadores do CME, com aprimoramento nas ações de preparo, esterilização e distribuição de produtos para a saúde suscetível de reprocessamento e que serão consumidos nos setores do hospital, bem como envolver as pessoas para que reflitam sobre suas ações e importância do seu trabalho⁽²⁴⁾.

No que concerne aos impactos na saúde dos trabalhadores do CME existem outras formas de atenuar esses condicionantes, por meio de práticas preventivas que visam qualidade de vida. As pessoas necessitam de condições saudáveis e bem estar para otimizar suas atividades no ambiente de trabalho⁽²⁵⁾.

O CME E A PREVENÇÃO DO SARS-COV-2

A nova síndrome respiratória pandêmica denominada COVID-19 está associada, desde dezembro de 2019, ao novo coronavírus SARS-CoV-2. Esse vírus pertence à família *Coronaviridae* e tem causado grande preocupação mundial, sobretudo aos sistemas de saúde. Os pesquisadores estão na tentativa de descrever os padrões de infectividade, transmissibilidade e morbimortalidade do vírus. A infecção por COVID-19 apresenta sintomas comuns aos resfriados e pode se agravar para uma pneumonia e desconforto do trato respiratório, com desfecho potencialmente fatal⁽²⁶⁾.

A transmissão ocorre pelas vias aéreas, por meio de aerossóis e gotículas eliminados por intermédio de espirros e tosse. No ambiente hospitalar, esses meios de transmissão se agravam durante a realização de procedimentos junto aos doentes, devido aos manejos das vias aéreas, como intubação, extubação, aspiração e ventilação mecânica. Esses cuidados são realizados com materiais em que o referido vírus pode permanecer⁽²⁷⁾.

O tempo de permanência do vírus em superfícies e materiais hospitalares é primordial para a elaboração de estratégias preventivas para evitar a propagação e a disseminação viral. Os fatores de sobrevivência do SARS-CoV-2, após sua impregnação em matérias inanimadas, dependem de fatores como o tipo de superfície, condições do ambiente, temperatura, umidade e o método de desinfecção empregado. A variação multifatorial da propagação da COVID-19 contribui para a característica pandêmica da doença⁽²⁸⁾.

A história da pandemia, mundialmente difundida, apresenta desfechos diferentes por entre os países e tornou-se uma emergência de saúde pública. Assim, os hospitais adotaram medidas efetivas e necessitaram de equipamentos e materiais adequados ao combate da COVID-19 para estabelecer os cuidados à saúde dos infectados. O CME destaca-se nesse cenário com a oferta de materiais processados para instrumentalizar os procedimentos, sobretudo os invasivos⁽²⁹⁾.

Esse destaque recaiu sobre o aumento do uso de Produtos Para a Saúde (PPS) utilizados quando pacientes com acometimentos mais graves são internados. Além dos PPS utilizados habitualmente, destacam-se os circuitos ventilatórios, nebulizadores, máscaras de ventilação, inaladores, umidificadores e demais materiais de suporte ventilatório⁽³⁰⁾.

O quantitativo e a variação de PPS processados pelo CME estão relacionados ao número de internações e a gravidade dos cuidados dispensados às pessoas. O tempo do processamento, as rotinas e a capacitação da equipe de enfermagem são estratégias e devem estar contidos nos protocolos instituídos por EAS⁽³¹⁾.

A Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) recomenda o manejo correto para o processamento de materiais durante a pandemia

da COVID 19. Esse manejo aborda os aspectos de proteção individual e coletiva em todas as etapas da limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais.

Na limpeza, os materiais que entraram em contato com pacientes contaminados com o SARS-CoV-2 devem ser separados em embalagem plástica fechada para garantir o transporte seguro. Como exemplo de materiais, temos os de indução anestésica⁽³²⁾.

A limpeza automatizada dos materiais é a forma recomendada para processamento de PPS e segundo a RDC 15 de 2012 para os serviços com automatização desse procedimento é necessário a limpeza manual de materiais complexos⁽¹⁷⁾.

A desinfecção visa a destruição ou desativação de todos os organismos potencialmente patogênicos com ênfase nas formas vegetativas exceto nos esporos bacterianos existentes nos materiais. Após a limpeza os materiais devem passar por processos de acordo com a sua classificação como produtos críticos, semicríticos ou não críticos. De acordo com a especificação do material irão receber desinfecção simples, desinfecção de alto nível ou a esterilização⁽¹⁷⁾.

O método de desinfecção ocorre por processos químicos de submersão do material limpo em uma substância germicida, com recomendações restritas aos riscos aos trabalhadores. A RDC 08 de 27 de fevereiro de 2009 proibiu a submersão de materiais cirúrgicos e produtos considerados críticos para a saúde. O método físico para desinfecção de alto nível são as lavadoras desinfetadoras com sistemas automáticos e programas específicos⁽³³⁻³⁴⁾.

Para o processo de desinfecção são recomendados os métodos automatizados, pois garantem um monitoramento mais adequado do processo. O uso de EPI deve seguir as orientações da instituição e da RDC 15, de acordo ainda com o tipo de atividade: recepção, limpeza, preparo/acondicionamento/inspeção e área de desinfecção química. Para todas essas atividades, há a indicação do uso de máscara cirúrgica. Em casos de limpeza manual com potencial para aerossolização, como por exemplo, a limpeza manual com o uso de escovas, o profissional deve utilizar máscaras N95/PPF2 ou equivalente⁽¹⁷⁾.

A esterilização dos materiais deve ser realizada mediante um fluxo unidirecional da área mais suja para a mais limpa do CME. Separar e identificar os materiais utilizados em pacientes contaminados pelo SARS-CoV-2 e proceder ao correto Processamento de Produtos para a Saúde⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente é possível constatar que os cuidados na saúde e, em particular, o cuidado de enfermagem, conta com um aparato científico e tecnológico, acrescido dos princípios assinalados por Florence Nightingale, desde o século XIX. A organização do trabalho sistematizado e do ambiente do cuidado destacado por Florence propiciam condições favoráveis à recuperação dos pacientes e a mitigar os riscos de contaminações cruzadas. Estes são alguns dos legados valiosos iluminados no combate às infecções adquiridas durante a assistência à saúde

Ao logo do tempo vivenciamos um contexto político-social de reestruturação hospitalar e, com isso, a enfermagem precisou acompanhar de forma dinâmica e sensível as mudanças nos serviços de saúde. Um exemplo disso foi o aprimoramento nas técnicas de processamento de materiais hospitalares.

Os cuidados com os materiais hospitalares nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) no Brasil foram norteados por políticas públicas de saúde, através de leis e resoluções. Tais iniciativas visavam melhorar a qualidade da assistência e o controle das infecções hospitalares.

Historicamente coube a enfermagem a responsabilidade de realizar a limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais hospitalares e, nos dias atuais, executa procedimentos em aparelhos modernos complexos que requer um preparo específico dos profissionais.

A pandemia, mundialmente difundida, com desfechos distintos entre os países tornou-se uma emergência de saúde pública. Assim, os hospitais são compelidos a adotar medidas efetivas no processamento de

equipamentos e materiais adequados ao combate da COVID-19, com vista a contribuir para a realização de cuidados seguros à saúde dos infectados.

O CME, nesse contexto, ganha relevância, pois, cabe a este serviço, a oferta de materiais processados para instrumentalizar os procedimentos, sobretudo os invasivos. Acrescenta-se que tal destaque também se deu em função do aumento do uso de Produtos Para a Saúde (PPS) utilizados quando pacientes com acometimentos mais graves são internados, o que acontece de forma crescente.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira HM, Silva CPR, Lacerda RA. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):505-11. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342016000400018>
2. Al-Chueyr LPM. Pasteur e a geração espontânea: uma história equivocada. *Filos Hist Biol [Internet]*. 2009 [cited 2020 Jan 10];4:65-100. Available from: <http://www.abfhib.org/FHB/FHB-04/FHB-v04-03-Lilian-Martins.pdf>
3. Fitzharris, L. *Medicina Dos Horrores: A História De Joseph Lister, O Homem Que Revolucionou O Apavorante Mundo Das Cirurgias Do Século XX*. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca Ltda; 2019. 285p.
4. Thorwald J. *O século dos cirurgiões*. São Paulo: Leopardo; 2010. 304 p.
5. Martins DF, Benito LAO. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciên Saúde*. 2016;14(2):153-66. <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>
6. Souza MCB. *O trabalho no centro de material e esterilização [Tese]*. [São Paulo]: Universidade Estadual de Campinas; 2012. 176 p.
7. Taube SAM, Zagonel IPS, Méier MJ. Um marco conceitual ao trabalho da enfermagem na central de material e esterilização. *Cogitare Enferm*. 2005;10(2):76-83. <https://doi.org/10.5380/ce.v10i2.5013>
8. Machado RR, Gelbcke FL. Que brumas impedem a visibilização do Centro de Material e Esterilização? *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):347-54. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200019>
9. Oliveira AC, Damasceno QS, Ribeiro SMC. Infecções relacionadas a saúde: desafios para a prevenção e controle. *REME Rev Min Enferm*. 2009;13(3):445-50. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/211>
10. Toniolo AR. Histórico e evolução das infecções relacionadas à saúde. In: Carvalho R, Waksman RD, Farah OGD. *Enfermagem em centro de material, biossegurança e bioética*. São Paulo: Manole, 2015. p. 161-9
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002a [Internet]. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, avaliação, elaboração de projetos físicos de EAS. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2002 [cited 2020 Jul 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html
12. Presidência da República (BR). Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. 1990 [cited 2020 Jul 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
13. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. *Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde*. 2. ed. Brasília, [Internet]. 1994 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/superficie.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002b. Altera a Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 [Internet]. 2002 [cited 2020 Jul 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0307_14_11_2002.html
15. Costa R. *Centro de Material e Esterilização: reconfiguração da assistência indireta de enfermagem em um hospital geral (2002 a 2007) [Dissertação]*. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2019. 115 p.
16. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Práticas Recomendadas*. 7 ed. São Paulo: SOBECC; Manole, 2017.
17. Ministério da Saúde (BR). Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências [Internet]. 2012 [cited 2020 Jul 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html

18. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº. 0543/2017: parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de profissionais de Enfermagem nos Serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. 2017 Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-543-2017-completa.pdf>
19. Baptista PCP, Silva A, Bianchi ERF. A saúde do trabalhador de enfermagem no centro de material e esterilização. In: Graziano AKU, Silva EMP. Enfermagem em centro de material e esterilização. São Paulo: Manole, 2011. 301-318 p.
20. Gil RF, Camelo SH, Laus AM. Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares. Texto Contexto Enferm. 2013;22(4):927-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400008>
21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 424 de 19 de abril de 2012. Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem no Centro de Materiais e esterilização e empresas processadoras de produtos de saúde [Internet]. 2012[cited 2020 Jul 10]. Available from: https://www.confen.gov.br/resoluocofen-n-42242012_8990html
22. Rego GMV, Rolim ILTP, D'Eça Júnior A, Sardinha AHL, Lopes GSG, Coutinho NPS. Quality of life at work in a central sterile processing department. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180792. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0792>
23. Bittencourt VLL, Benetti ERR, Graube SL, Stumm EMF, Kaise DE. Vivências de profissionais de enfermagem sobre riscos ambientais no centro de materiais e esterilização. Rev Min Enferm. 2015;19(4):864-870. Available from: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150067>
24. Ouriques CM, Machado M. Enfermagem no processo de esterilização de materiais. Texto Contexto Enferm. 2013;22(3):695-703. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300016>
25. Medeiros VCC. Biossegurança e riscos relacionados ao bloco cirúrgico. In: Carvalho R, Waksman RD, Farah OGD. Enfermagem em centro de material, biossegurança e bioética. São Paulo: Manole; 2015. p 217-232.
26. Beeching NJ, Fletcher TE, Fowler R, Petri WA, Zhang X, Nir-Paz R. Coronavirus (covid-19): latest news and resources. BMJ Best Practices [Internet]. 2020[cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://proqualis.net/sites/coronavirus-covid-19-latest-news-and-resources>
27. Chan JF, Yua S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet. 2020;395(10223):514-23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9)
28. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Nota técnica sobre características de aparelhos ventiladores artificiais no suporte ao paciente com COVID-19 [Internet]. 2020[cited 2020 Jul 10]. Available from: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/26/Nota_te__cnica_sobre_caracteri__sticas_de_aparelhos_ventiladores_artificiais_no_suporte_ao_paciente_com_COVID-19.pdf
29. Ti LK, Ang LS, Foong TW, Ng BSW. What we do when a COVID-19 patient needs na operation: operating room preparation and guidance. Can J Anaesth [Internet]. 2020[cited 2020 Jul 10];67(6):1-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090746/>
30. Miranda AMF, Quintino APM, Martins L, GalicchioLG, Silva MVG, Bandeira OB, et al. NOTA técnica coronavírus e CME. São Paulo: NASCE/CME, 2020[cited 2020 Jul 10]. 43p. Available from: <http://nascecme.com.br/nota-tecnica-coronavirus-e-a-cme/>
31. Lewis R. Preventing Contaminated Medical Devices in the Context of COVID-19. Med Tec Intelligence. Soapbox [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://www.medtechintelligence.com/column/preventing-contaminated-medical-devices-in-the-context-of-covid-19/>
32. Covid Anaesthetic Induction[Internet]. Video: 7 min 54 seg. 2020 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=OF6dMhRvD8M>
33. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 08 de 27 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre as medidas para redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido MCR em serviços de saúde [Internet]. 2009[cited 2020 Jul 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0008_27_02_2009.html
34. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 33 de 16 de agosto de 2010. Dispõe sobre a proibição de registro de novos produtos saneantes na categoria esterilizante para aplicação sobre forma de imersão, adequação dos produtos desinfetantes e esterilizantes hospitalares para artigos semicríticos já registrados na ANVISA e dá outras providências [Internet]. 2010[cited 2020 Jul 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0033_16_08_2010.html

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c06>

ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS E A INTERDISCIPLINARIDADE DINÂMICA DOS ESTUDOS DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Maria Itayra Padilha^I

ORCID: 0000-0001-9695-640X

Jaime Alonso Caravaca-Morera^{II}

ORCID: 0000-0002-6647-217X

Stefany Petry^I

ORCID: 0000-0001-9713-247X

Amanda Nicacio Vieira^{III}

ORCID: 0000-0002-6743-2575

Maria Lígia dos Reis Bellaguarda^I

ORCID: 0000-0001-9998-3040

Djailson José Delgado Carlos^{IV}

ORCID: 0000-0002-1078-1264

^IUniversidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

^{II}Universidad de Costa Rica.
San Jose, San Jose, Costa Rica

^{III}Secretaria Municipal de Saúde de Biguaçu.
Biguaçu, Santa Catarina, Brasil

^{IV}Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Autora Correspondente:

Maria Itayra Padilha
E-mail: itayra.padilha@ufsc.br



Como citar:

Padilha MI, Caravaca-Morera JA, Petry S, et al. Atenção em saúde às populações vulneráveis e a interdisciplinaridade dinâmica dos estudos de História da Enfermagem. In: Título Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.). Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 58 a 70 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c06>

Revisor: Tânia Cristina Franco Santos. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente capítulo apresenta uma problemática que vem sendo trabalhada pelos participantes do Laboratório de Pesquisas em História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES), vinculado ao Departamento de Enfermagem e à Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), responsável pela realização de estudos relativos à historicidade do processo de cuidar articulado às especialidades do cuidado de enfermagem. Ao longo dos últimos dez anos temos trabalhado em vários estudos relativos a história da enfermagem e saúde, assim como em pesquisas acerca das populações vulnerabilizadas em seus vários aspectos, e mais, especialmente, com pessoas vivendo com HIV ou pessoas com diagnóstico clínico de AIDS^{(1)*}, deficientes físicos, usuários de drogas, moradores de rua e, acerca das expressões genérico-sexuais como a feminilidade, a homossexualidade e a transexualidade.

Entendemos que a pesquisa histórica pode e deve ter um compromisso com a realidade social que vivemos no sentido de compreendê-la, fornecer subsídios para aprimorar as políticas de saúde relativas a esta clientela, melhorar o cuidado de enfermagem nos ambientes de prática profissional e propiciar oportunidades de revisão nos currículos dos cursos de graduação em saúde e enfermagem. O caráter disciplinar da organização curricular traz uma inter-relação necessária de matriz metodológica, conceitos que compõem uma práxis⁽²⁾. A partir do que, desenvolvida por agentes históricos, não é o campo

* Neste estudo optamos por utilizar a terminologia proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), que une os esforços de 11 organizações – ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mulheres, OIT, UNESCO, OMS e Banco Mundial – e trabalha em estreita colaboração com parceiros nacionais e globais para acabar com a epidemia da AIDS até 2030 como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável(1).



disciplinar que interage, mas sim as pessoas no universo da prática científica. E esta é a interdisciplinaridade que a história imprime na pesquisa social e nos estudos em saúde. O que demanda uma conceituação de interdisciplinaridade, enquanto inter-relação, interação disciplinar nos modos, formas e atitudes que superem a aplicabilidade isolada e fragmentada dos conteúdos na construção do conhecimento. É, pois, a interdependência dos saberes, não das partes, mas do todo complexo em resposta à diversidade das informações, para emergir um conhecimento abrangente sobre determinado fenômeno.

Os estudos de natureza sócio-histórica compreendem o estudo dos grupos humanos no seu espaço temporal e está preocupada em discutir os variados aspectos do cotidiano das diferentes classes e grupos sociais. Os contextos utilizados para estes estudos podem ser um hospital, uma escola, uma instituição, uma cidade, uma rua e um grupo de indivíduos que fizeram parte de um determinado momento histórico. Desenvolver a pesquisa histórica para construir a memória da enfermagem e analisar criticamente a história das enfermeiras e da enfermagem é um desafio a ser enfrentado crescentemente⁽³⁾. Neste sentido, seus resultados devem apresentar sustentação suficiente para defender as boas práticas de saúde e enfermagem. As boas práticas desenvolvidas a partir de investigações científicas têm gerado nos últimos tempos novas descobertas e comprovações que permitem melhorar os cuidados aos usuários, auxiliando no manejo clínico e na tomada de decisão.

Apesar de a vulnerabilidade ser um constructo teórico largamente empregado nas mais variadas áreas do conhecimento, entre elas, as da saúde e da enfermagem, algumas pesquisas têm defendido a sua não cristalização e a necessidade de revisitação e de problematização constantes de seus aspectos fundantes. Sob esta assertiva, mostram-se relevantes os estudos que trazem à tona a apreensão dos diferentes grupos sociais acerca de sua vulnerabilidade, assim como os saberes e as práticas dos quais estes dispõem para a sua redução, o empoderamento. Além disto, é necessário o exame da incorporação deste conceito por profissionais de saúde, assim como o modo como se organizam individual e/ou coletivamente para enfrentarem a fragilidade presente nos mais diversos contextos de assistência à saúde, nos âmbitos da atenção primária, secundária ou terciária⁽⁴⁻⁶⁾.

O conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Neste contexto, há de se ressaltar o surgimento da epidemia da AIDS, fenômeno histórico determinante para que pesquisadores e profissionais de saúde pudessem repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade.

A partir da década de 1980, o termo “vulnerabilidade” assim como “vulnerável” passa a ser recorrentemente utilizado nas pesquisas em saúde e comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas à problemas e danos de saúde⁽⁷⁻⁸⁾.

Articulado as questões relativas às pessoas vivendo com HIV ou pessoas com diagnóstico clínico de AIDS e, a vulnerabilidade envolvida com esta população, nosso interesse também se volta às práticas sexistas e estigmatizantes, as quais, atualmente podem ser percebidas como um conjunto de derivações de uma (hetero/cis) normatividade de gênero que está estruturada por meio da binarização e dicotomização dos sexos, dos gêneros, dos corpos e das sexualidades. E trazem como consequência irrefutável a vulnerabilidade, o estigma e a discriminação das diferenças plurais do Ser pessoa e cidadão⁽⁹⁻¹¹⁾.

Neste contexto, a linguagem sócio-simbólica atua como agente moderador das (re)produções da vulnerabilidade, do estigma e da exclusão, ao tempo que possui propriedades sistêmicas que veiculam algumas performances de rejeição social, aqui em destaque, qualquer população historicamente invisibilizada, por exemplo os moradores de rua, as/os usuárias/os de drogas, a população LGBTQI+, as pessoas com deficiência, dentre outras.

Criou-se no imaginário que qualquer pessoa apresentando características que fogem do esperado em termos de controle social e normativo, caracteriza transgressão. O que se mostra enquanto sinônimo de violação das noções que pressupõem a existência de uma norma espacial que estabelece e demarca os limites do comportamento dos sexos, corpos, gêneros e sexualidades⁽¹²⁾.

A vinculação entre o ser “vulnerabilizado” e, as diferentes manifestações do estigma e da perversa exclusão social encontram-se ilustradas nas dicotomias homem-mulher, homossexual-heterossexual, sadio-doente, sadio-drogado, sadio-deficiente que atuam como insígnia que legitima a homogeneidade social, ignorando o sentido heterônomo implícito na diversidade e na pluralidade humana⁽¹³⁾. Neste sentido este texto é espaço de reflexão crítica acerca das possibilidades dos estudos históricos em lidar com temas relativos à história presente e de ampla relevância social. E, ainda, impactar a sociedade que vivemos no sentido de dar visibilidade a alguns grupos tratados neste capítulo.

Assim, temos por objetivo historicizar as estratégias de boas práticas profissionais, de pesquisa e ensino em populações estigmatizadas e socialmente vulnerabilizadas à luz dos princípios sociológicos, ideológicos, políticos e organizacionais, em seus diferentes níveis de atenção à saúde.

Para cada uma das partes deste capítulo, convidamos pesquisadores que realizaram seus estudos de Mestrado ou de Doutorado em temas aderentes às condições enfrentadas por populações vulneráveis, à luz da investigação histórica.

SOBRE NÃO LUGARES E DESFILIAÇÕES SOCIAIS: HISTÓRIAS DE VIDA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A rua, como espaço urbano, para muitas pessoas é sinônimo de trânsito, de anonimato e de vínculos voláteis, porém para outras se torna em uma possibilidade de ser e (sobre)viver. Para estas últimas, a rua é o universo que pode chamar de seu, é seu (não)lugar^{** (14)} – fato que em definitivo, cria tensões nas noções de espaço que temos construído historicamente.

Retomando essa ideia, o termo habitante de rua⁽¹⁵⁾ sugere o reflexo humano de um processo contínuo de desfiliações sociais que obedece à exclusão perante diferentes causas ou fatores sanitários relacionados. Efetivamente, ao ser este, um fenômeno de incidência multifatorial e multidimensional seus elementos plurais encontram-se relacionadas à pobreza, desemprego, deslocamentos forçados, conflitos sociais, violências, condições de saúde mental, consumo de substâncias psicoativas, deficiência e pertencer à comunidade LGBTQ+. Torna-se fundamental salientar, que esses dados têm sido compreendidos graças às diversas pesquisas que o GEHCES-UFSC, tem desenvolvido no Brasil e em parceria com alguns países da América Latina utilizando como recurso metodológico as histórias de vidas. De fato, essa técnica como gênero narrativo-dialógico supõe um conjunto (des)continuado de discursos de caráter oral que elabora uma pessoa com relação à diferentes situações que têm ocorrido na sua vida e que permitiram (des)construir-se e definir-se.

O fato mais valioso dessas pesquisas internacionais foi encontrar nas suas histórias um recurso idôneo para acessar os relatos a partir da memória individual que ao final desvelaria o reflexo da memória coletiva desse contexto no qual os colaboradores se localizavam. Dito de outro modo, o processo de construção de histórias de vida de pessoas em situação de rua foi mediado por quatro fatores fundamentais:

O **primeiro** foi a atitude de escuta *in loco*, que favoreceu a construção do discurso do outro. O **segundo**, a recuperação do passado a partir da própria experiência, pois para a pessoa participante, a construção da sua história de vida significou voltar no tempo e se reencontrar nos múltiplos contextos e com as personagens que contribuíram com sua definição como ser humano. O **terceiro**, os processos identitários que foram resgatados durante essa construção historiográfica, os quais desenvolveram-se desde a representação que a pessoa entrevistada elaborou de si e das características que ela atribuiu ao longo do relato, incluindo sua

** O não lugar define-se por sua carência de identidade frente ao lugar social ou antropológico. Recorremos a Marc Augé⁽¹⁴⁾ para afirmar que se um lugar pode ser definido como um espaço identitário (não existe um grupo de pertença), relacional e histórico.

própria identidade. Finalmente, o **quarto** fator vinculado à construção das histórias de vida foi a memória individual e coletiva, que no meio do discurso e da escuta, foi materializada através da linguagem e da palavra com a finalidade de ficar sedimentada. Por outra parte, com relação aos desfechos das pesquisas temos identificado que as histórias de vida das pessoas em situação de rua têm estado permeadas pela volatilidade, efemeridade, transitoriedade e os anseios plasmados no não-lugar, onde o futuro existe somente enquanto discurso, ou seja, uma abstração.

Diante dessa complexidade absoluta, o espaço do não lugar da rua, não criou identidade singular, nem relações, senão solidão⁽¹⁴⁾. O não lugar, visto de dentro de nosso sistema social, trata-se de um espaço que oferece um contato efêmero e não perene, embora eles morem para sempre ali. Assim, dada sua itinerância no espaço da rua, as pessoas nesta situação têm construído uma imagem assistemática e irregular de si em relação aos demais habitantes da sociedade.

De fato, com as pessoas em situação de rua participantes de nossas pesquisas, tudo tem sido relativo, pois hoje estão em um lugar e amanhã habitarão outro espaço. Simplesmente trocam de cidade, segundo a época do ano e onde vão desenvolver outras ou as mesmas estratégias para (sobre)viver. Suas experiências têm marcado dinâmicas, que se inserem em estilos de vidas particulares, com normas e valores previamente estabelecidos⁽¹⁵⁾.

O futuro, conseqüentemente, dadas as limitações da interação do sujeito com os outros como ele e, com os outros que conformam o sistema, se reduz, na imediatez, para satisfazer as necessidades básicas de alimentação, vestimenta e abrigo. Mas, por que e como tem chegado as pessoas habitar o não lugar – rua? Qual imagem se constrói a partir de suas histórias de vida?

Em primeiro lugar, devemos mencionar que o momento discursivo no qual a pessoa identifica as causas pelas quais se encontra na rua obedece aos conflitos familiares, consumo problemático de substâncias psicoativas (principalmente álcool e *crack*), violências sociais e desemprego. Como esta afirmação trata-se de uma aproximação deste nosso lugar como pesquisadores, podendo somente nos referir aos dados de campo próprios, ainda quando somos cientes das múltiplas dimensões associadas e relacionadas com o fenômeno e que foram previamente explicitadas⁽¹⁶⁾.

A análise das histórias de vida tem nos permitido afirmar que as pessoas participantes na interação constroem uma imagem identitária discursiva difusa. Dessa forma, desvela-se o conector temporal que marca a atualidade como uma circunstância ao tempo que possibilita ao morador de rua a construção de um significado de tipo experiencial que justifica seu presente. Eles se auto-percebem como pessoas itinerantes, que convivem e (sobre)vivem em um entorno hostil por meio de estratégias bem definidas⁽¹⁷⁾. A descrição dessas estratégias constrói uma imagem de si consciente de sua agenda e das atividades que realizam, como: pedir esmolas, vender produtos nos semáforos, catar materiais recicláveis, trabalhos informais, dentre outros. Contudo, essas atividades carecem de imagem de afiliação, pois não se identificam com os próprios pares nem com a sociedade. Por essa razão nas histórias de vida que temos conhecido o “aqui e ali” convertem-se em não lugares discursivos que remetem ao espaço presente livre de identidade⁽¹⁶⁾.

Por outro lado, as representações discursivas de si nos remetem a pessoas que oscilam entre a dor e a esperança. São e estão em trânsito pois habitam entre não lugares. São e quiseram ser cidadãos reconhecidos. Na sequência, as marcas do lugar aqui (presente) e cá (rua) são as conseqüências da quebra discursiva e da perda da imagem de afiliação e autonomia. Em conseqüência, a chegada de uma pessoa à rua implica inexoravelmente na solidão e no despojamento do autorreconhecimento, fatos que criam obstáculos à construção de uma identidade discursiva singular e social. No lugar-rua são escassos os nomes próprios. Por sua vez, na rua temos analisado uma construção da imagem do eu sustentada em fenômenos como: a dor, o abandono, a rejeição, o consumo de substâncias psicoativas, a doença e a solidão. O anterior, alimentado por uma imagem de sujeito em trânsito, de passagem. São pessoas que estão na rua como uma possibilidade existencial.

Dito isto, a análise das histórias de vida de pessoas em situação de rua no que diz respeito à relação dos conceitos de imagem, não lugar, construção de futuro e identidade, permite-nos concluir que em termos

discursivos, se veem eles mesmos como seres transitórios e periféricos. Dado que para alguns, a rua foi a solução, para outros a causa da exclusão. Precisamente, essa exclusão e o sentido de não pertença são as razões que justificam o movimento de ir e vir por um mundo totalmente líquido.

HISTÓRIAS DE VIDA QUE RESSIGNIFICAM O GÊNERO EM TEMPOS PÓS-MODERNOS: SOBRE EXPERIÊNCIAS CORPORAIS E (TRANS)FORMAÇÕES

Falar de transexualidade implica necessariamente posicionar a discussão a partir dos significados do gênero que emergem no seio de uma sociedade cisheterossexual ou seja, a partir da análise de um sistema absolutamente reducionista e binário. Nesse sentido, a luta que enfrentam as pessoas transexuais refere-se precisamente à uma disputa contra esse discurso normativo do gênero, que instala nas pessoas transexuais “um sentido de descontinuidade” do reconhecimento das convenções sociais que regulam o modo em que devemos conceber o corpo desde o feminino e masculino.

No entanto, este reconhecimento do “dever ser”, provoca a disjuntiva na construção identitária e que se manifesta através do corpo, no entanto este representa e é concebido como o lugar que encarna a identidade: a importância do corpo é crucial, pois sua visibilidade e aparência desempenham um papel importante na definição e o estabelecimento do gênero⁽¹²⁾.

Por essa razão, a transexualidade se inscreve em um contexto comandado pelos discursos cisnormativos do sexo e do gênero, que determinam as formas de ser ao tempo que entregam as pautas sobre o como se devem ir configurando as identidades dentro da sociedade. Consequentemente, falar de pessoas trans, é falar de transição, de transformação; é falar de um processo, de uma vivência que transita na busca de uma suposta coerência cognoscitiva e o lugar subjetivo no meio de um mundo social abstrato e difícil de habitar. Trata-se de compreender um transitar de um gênero para outro com a esperança de materializar tecnologias inefáveis.

Conexo a essas concepções, fica evidente que o termo trans tem sido promovido como uma categoria que abriga a pessoas transexuais, transgêneros, travestis e pessoas não-binárias e, que emerge com a intenção de esclarecer uma diferença substancial com os discursos historicamente legitimadas desde o Direito, a Religião e a Medicina.

Assim, ser trans inclui a qualquer pessoa que vive em um gênero distinto ao designado ao nascer, independentemente se deseja ou não acessar as modificações corporais, dado que passa pelo princípio de autoconhecimento e autopercepção. Ou seja, as pessoas trans reconhecem que sua percepção enquanto fundante de sua condição como sujeitos e cidadãos, têm a possibilidade de contestar a suposta objetividade de um gênero assinado socialmente. Todas estas identidades, como menciona Judith Butler⁽¹¹⁾, remetem a experiências do ser desconstruído, enquanto a concepção normativa do gênero pode desfazer à própria pessoa ao socavar sua capacidade de continuar habitando uma vida mais leve, convertendo às pessoas trans e às identidades não normativas em objeto de vigia, controle, punição e rejeição.

As identidades trans representam, nos tempos atuais, a expressão de algoritmos diferentes e igualmente ininteligíveis que os próprios algoritmos normalizadores. O anterior aponta a percepção da pós-modernidade como o fator que tem propiciado a aparição na cena de tudo aquilo que tem vetado ou cancelado pelo sujeito hegemônico.

Refletindo em um sentido relacional, aquelas pessoas que têm sido excluídas do projeto moderno têm feito sua aparição questionando à construção de ser humano, cisgênero, heterossexual e branco da atualidade. Por essa razão, na modernidade líquida⁽¹⁸⁾, o sólido se dilui e esta metáfora se vislumbra como o reflexo da decadência das certezas e verdades absolutas e das regras universais; pelo contrário se tornam visíveis novas perspectivas de ver e viver a realidade.

Portanto, as vivências corporais e as (trans)formações que têm por objetivo a migração de gênero contestam aquilo que historicamente foi estabelecido, convertendo o gênero em uma categoria líquida que faz emergir

questionamentos como os seguintes: o que implica o ser homem ou ser mulher? Pode uma pessoa registrada como homem considerar-se e sentir-se como mulher e vice-versa? O que implica o sentir-se mulher/homem?

Evidencia-se, assim, que estamos diante de uma realidade que soma identidades que reclamam por olhares flexíveis, criativos, agudos que se deslocam entre perspectivas teóricas e a compreensão das distintas realidades. Lentes que ampliam e diversificam o olhar, num conjunto interdisciplinar de posições e flexibilidades na compreensão, aceitação e respeito diante de referenciais teórico-metodológicos que transparecem essa fluidez na abordagem histórica. Nossas pesquisas têm nos permitido considerar à pós-modernidade latino-americana como uma mistura de modos (a suspeita filosófica, a desconstrução na teoria crítica, o ceticismo em política e o relativismo na ética) e modas (os estilos, o desencanto pós marxistas e brinquedo narcisista).

É precisamente na compreensão desta nova realidade, que acontecem as diversas expressões sexo-genéricas que se apartam dos modelos e das instituições hegemônicas e rejeitar a rigidez da institucionalização dos saberes e incorporar as novas possibilidades existenciais. Nesse sentido, os estudos desenvolvidos no seio do GEHCES vislumbram-se possibilidades de construção e reinterpretação das tramas simbólicas compartilhadas, das desigualdades de poder e das historicidades marcadas pela heterogeneidade das práticas humanas⁽¹⁹⁾.

São pesquisas que exploram as possibilidades de reconhecer que as pessoas trans não podem permanecer em um lugar passivo. Outorgam desde a perspectiva sanitária, vozes e oportunidades de construir suas origens no tempo atual. Trabalhar com as histórias de vida neste espaço pós-moderno tem levado a conhecer a importância que tem a história oral, assim como os relatos, as fotografias, as memórias e outros documentos pessoais que vão constituindo a história individual e coletiva das pessoas com as quais pesquisamos. Assim, a história de vida tem se constituído no jogo dialógico de perspectiva sensível e próxima que permite desvelar o corpo trans como enunciação política, caracterizando a interdisciplinaridade no itinerário histórico da vida dessas pessoas.

Por essa razão, adquire sentido aqui destacar a pesquisa intitulada “Corpos em trânsito: espaços, emoções e representações que (des)constroem realidades” que nos fala de um corpo trans atravessado por representações sociais que designam uma posição e uma função ainda difusa na sociedade. Porém menciona-se na pesquisa que o corpo trans se traduz em um lugar de limites e liberdades. Aparece como um produto cultural diante do qual as pessoas (sobre)vivem, expressam e compreendem o mundo, sendo resultado de um reflexo de poder que é exercido sobre ele e que determina as formas possíveis e admissíveis de ser⁽¹²⁾. Nos nossos resultados foi possível encontrar relatos de corpos que lutam contra expectativas sociais impostas pelas diferentes instituições sociais sobre o que significa ser mulher e ser homem.

Antes de introduzirmos os resultados das pesquisas realizadas, partimos de duas premissas: a **primeira** nem todas as pessoas trans são afetadas necessariamente da mesma forma pela sociedade e **segundo**, embora muitos dos fatores violência, exclusão, barreiras no acesso à educação, ao sistema de saúde, educação, dentre outros, não afetam de forma exclusiva às pessoas trans, a identidade de gênero parece ser um mediador que agrava e magnifica o alcance da gravidade. Adicionalmente, embora cada relato das nossas pesquisas tenha sido singular, no que diz respeito à vivência trans é possível identificar que existe uma característica temporal que desvela certa permanência e continuidade muito parecidas entre si.

No que diz respeito às primeiras memórias é possível afirmar que a maioria das pessoas trans expressam pela primeira vez sua identidade de gênero entre a infância e adolescência. De fato, a não adaptação entre sua expressão de gênero e as expectativas sociais criadas pelo entorno são tema de lembranças pouco gratas. Nas primeiras lembranças aparecem desenhados traços de incerteza diante do futuro, medos e dificuldades diante de si, reconhecendo “de algo” que não se ajusta ao esperado pela alteridade. Ou seja, aparecem os primeiros indicativos de uma identidade que se constrói à margem da norma.

Nesta fase parece que a certeza identitária vislumbra-se em uma inquietação e em uma percepção complexa do futuro. Certamente, o questionamento desse momento de sua história relacional, outorga-lhe um sentimento de estar vivendo em um corpo governado por regras externas que não fazem sentido. Assim,

aparece o conflito que instala dissonância relacional consigo desde tenras idades. Para além destas lembranças a dissonância relacional da transexualidade fica evidente nas atitudes que permanecem perenes no tempo, atitudes estas que estão associadas a uma rejeição de fazer e pensar segundo o gênero atribuído.

Além da família, o entorno escolar aparece em praticamente todas as histórias de vida como âmbitos de discriminação e violências exercidas por pares, docentes e outras pessoas. O assédio e o *bullying* (in) justificados na expressão de gênero distinto eram relatos frequentes e presentes, somados à cumplicidade de docentes⁽²⁰⁾.

Em consonância com o anterior e como resultado destas violências, a maioria das pessoas trans abandonaram seus estudos, evidenciando o fracasso do pretendido discurso de educação equitativa, inclusiva e universal diante a diferença. Paradoxalmente, o abandono escolar coincidia com a expulsão do lar familiar.

Nesse mesmo âmbito, a busca por ambientes menos hostis e de mercados laborais mais abrangentes levou muitas destas pessoas trans, nascidas em várias regiões, capitais e municípios, a procurarem contextos que oferecerem melhores condições de vida e assim se lançarem à migração forçada. Deste modo, a cadeia de exclusões começa a somar elos, tais como: o afastamento do lar, o abandono escolar, a discriminação social que se traduz em falta de oportunidades reais de emprego formal. Por essa razão, as oportunidades de emprego informal e de baixa renda, assim como a prostituição, lamentavelmente, são as poucas alternativas que se apresentam⁽²⁰⁾.

Por essa razão, o exercício da prostituição não só expõe as pessoas trans (principalmente mulheres trans e travestis) à estigmatização e a violência institucional policial senão também às situações de risco com relação à saúde, relativas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A situação criada pela conjunção de todos esses fatores – expulsão do lar, educação incompleta, acesso à trabalhos precários ou prostituição como possibilidade de sustento, migrações forçadas – atentava contra o exercício de outros direitos igualmente básicos como o acesso a uma moradia digna, a saúde e a justiça⁽²⁰⁾.

No que diz respeito ao acesso à saúde, o principal problema que sofre a população trans se vincula à discriminação e violência institucional exercida pelos profissionais atuantes no sistema sanitário. Acrescidas às dificuldades do sistema público compartilhadas pela população cisgênero (burocracia, listas de espera prolongadas) somam-se os obstáculos adicionais impostos perante a identidade de gênero. Por sua vez, tudo isto motiva aos que, no intuito de realizar cirurgias de reafirmação de gênero (mastectomias, implantes mamários, neocolpovulvoplastias, faloplastias, histerectomias ou cirurgias estéticas), recorram a ambientes clandestinos para sua realização. Contextos estes que se caracterizam pela prática de mudanças corporais em condições precárias, insalubres e sem nenhuma garantia de formação profissional por parte de quem as realiza. Fazemos referência aqui às injeções de azeites e silicões industriais e à utilização de hormônios em dosagens não controladas nem supervisionadas clinicamente⁽¹²⁾.

Nesse sentido e após este discreto perpassar nas vidas das pessoas trans, consideramos que as subjetividades trans são o reflexo das diferenças que são articuladas em múltiplas significações. Seus corpos “alteram” as formas e estatutos instituídos pela diferenciação sexual e genérica. São corpos desestabilizadores que incomodam e desequilibram a ordem cisheteronormativa. São corporeidades, a maioria do tempo excluídas pelo olhar familiar, escolar, social. E é a representação das simulações performáticas que causam abjeção.

São corpos que se (re)apropriam e se (re)definem em cada movimento. São identidades que flutuam nos interstícios da fixa oposição binária do sexo e gênero, a problematizam, ao tempo que relativizam o significado do “masculino”, do “feminino”, do “cis”, do não-binário, dentre outras figuras linguísticas com as quais convivemos cotidianamente. São pessoas que se permitem expressar nesta contemporaneidade. São corpos, são sexos, são gêneros e são sexualidades revestidas e portadoras de significação e de representação. São pessoas que nos convidam a pensar sobre o significado verdadeiro da identidade, e simultaneamente nos demonstram que ela é simplesmente uma instituição volátil e complexa, cuja definição depende exclusivamente das pessoas que a vivenciam, sentem, pensam e experimentam.

UMALENTE SOBRE A HISTÓRIA ORAL DE PESSOAS COM HIV-AIDS À LUZ DO CUIDADO E DA INTERDISCIPLINARIDADE

Os entendimentos e representações históricas encontradas na literatura, apontam a trajetória da epidemia da AIDS associada a estigmas de crenças e valores morais acerca da sexualidade humana. A origem dessa infecção provocou uma revolução de posicionamentos morais na sociedade, encarando tal infecção a rótulos. Inicialmente conhecida como a doença dos 5H (homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e profissionais do sexo) muito influenciada pelo estilo de vida enquanto comportamentos socialmente aceitáveis perante a sociedade. Em decorrência dessas representações, o preconceito às pessoas com HIV e a AIDS muito pesou em seus protagonismos, pois esses personagens foram alvos de críticas e sofrimento e de pouca importância dada às suas vivências emocionais enquanto pessoas em processo de adoecimento diante de uma condição então pouco conhecida e estudada no meio científico.

A epidemia do HIV/aids é diferenciada em três fases de caracterização. Sendo a primeira representada por homens homossexuais com alto nível de escolaridade infectados pelo HIV, denominados como grupo de risco. A segunda fase, devido aos índices de contaminação entre os usuários de drogas injetáveis, associada a comportamentos de risco. A terceira fase e a atual, compreende ao conceito de vulnerabilidade, visto que houve uma interiorização e aumento de casos no sexo feminino com baixa escolaridade⁽²¹⁾.

A epidemia do HIV/aids está muito relacionada a identidades sociais específicas, o que cria subsídios para outros grupos populacionais negligenciarem o perigo. A vulnerabilidade surge, inicialmente, ligada às lutas civis e ao discurso jurídico, tornando-se uma grande preocupação científica na área sanitária. Nesse contexto, a construção paradigmática da vulnerabilidade tenta ultrapassar a leitura epidemiológica do risco para considerar e articular instituições públicas e privadas no cuidado integral do HIV/aids⁽²²⁾.

Nota-se, que mesmo com a evolução científica e resolutividades farmacológicas, que os estigmas associados ao HIV e a AIDS são produtos profundamente enraizados em nossa sociedade. Nesse contexto, a história oral surge como importante ferramenta que empodera seus personagens a contar suas histórias. E não somente compartilhá-las, mas fazer dessas memórias e vivências um espaço de destaque.

A história oral surge, pois, como uma possibilidade de registro dos relatos, podendo ser individuais ou coletivos em arquivos de áudio. Esses relatos, vivências e experiências de seus personagens possuem caráter temático específicos e podem ser encarados como uma técnica ou método que é definido para esclarecer situações conflitantes e/ou polêmicas, como por exemplo, a historicidade associada à epidemia. Dar visibilidade a essa problemática através da ótica de seus personagens, auxiliar na identificação de lacunas que possam estar acontecendo no atendimento em saúde para que então sejam implementadas ações e políticas que possam dar suporte e visibilidade⁽³⁾. Os profissionais de saúde têm responsabilidade com a saúde pública no combate à vulnerabilidade sanitária para preservar e/ou restaurar a integridade dessas pessoas. Esse dever, atribuído à profissão e ao profissionalismo, manifesta-se nas ações de promoção e preservação dos direitos fundamentais, como dignidade humana e direitos humanos, e acima de tudo no respeito às suas histórias de vida⁽²³⁾.

Estudos associados à história oral de pessoas com HIV/aids podem servir como subsídio para o esclarecimento aos pares, à população e à comunidade científica. As pesquisas demonstram a importância no desenvolvimento de estudos e implementação de ações em saúde que explorem as diversas dimensões da temática, tanto quanto ao cuidado e prevenção do HIV/aids, determinantes sociais (escolaridade, gênero, diversidade sexual, classe social), atuação e articulação dos profissionais em saúde no atendimento.

O trabalho em equipe na área da saúde diante da complexidade do HIV/aids deve levar em consideração a integralidade e intersubjetividade da assistência. Esse trabalho não consiste apenas da interação ou compartilhamento de uma mesma situação no trabalho, faz-se necessária a articulação das ações em saúde no intuito de preservar as especificidades de cada profissão. Esse processo consiste na compreensão ampla da saúde-doença, dos saberes das mais diversas disciplinas e da experiência dos profissionais, que é o próprio profissionalismo dos membros que congregam as profissões.

A interdisciplinaridade precisa ser configurada desde a graduação dos profissionais em saúde, para que desde o início do processo formativo, o futuro profissional compreenda a importância e relevância do trabalho em equipe para a integralidade do cuidado à pessoa com HIV/aids. E neste contexto, a interdisciplinaridade se mostra na ação de quem educa e daquele que cuida e é cuidado. Isto, numa vertente de que, a mudança na mentalidade e no imaginário social se amplie a partir do profissionalismo dos trabalhadores em saúde⁽²⁴⁾.

O GEHCES vem dando enfoque nas potencialidades que a história oral pode proporcionar, realizando pesquisas que abarcam todo o universo das pessoas com HIV/aids. Temáticas como Infecções Sexualmente Transmissíveis e sua aproximação com o curso de graduação em enfermagem sobre a perspectiva dos estudantes e dos docentes, acidentes de trabalho com profissionais de enfermagem, percepções de pacientes com aids, o cuidado dos profissionais de saúde às pessoas com HIV/aids na atenção básica, entre outros.

Nesse contexto, estudo realizado frente ao conhecimento e autocuidado de estudantes de um curso de graduação em enfermagem frente à temática as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) identificaram por meio das fontes orais como esse conhecimento surge na vida dos estudantes, evidenciando o contexto familiar, escolar e até mesmo a graduação como ambiente de apresentação do tema. O autocuidado desses jovens universitários, apesar do conhecimento acerca dos métodos de prevenção e dos riscos de uma relação desprotegida, era uma atitude pontual ou até mesmo esquecida. Dentro do currículo do curso de graduação em enfermagem, os estudantes apontaram que o tema era abordado de maneira superficial em alguns momentos da graduação, sendo relacionado mais especificamente com a atenção básica de saúde⁽²⁵⁾.

Dando continuidade ao tópico em questão, sob a perspectiva dos docentes quanto à mesma temática e sua inserção no currículo do curso de graduação em enfermagem foi possível identificar o desenvolvimento e implementação do tema associado ao departamento de saúde pública e seus docentes na década de 1970 e 1980. Os ensinamentos eram de responsabilidade e interesse desses docentes e era restrito apenas a algumas IST. Com o advento da aids, os docentes por meio de seus relatos, apontaram que a temática ganha maior destaque e visibilidade. Na década de 1990 começa a ser associada a docentes referência ou aqueles que buscavam abordar a temática em suas aulas. O tema, atualmente, aparece de maneira situacional e não está obrigatoriamente inserido em uma disciplina específica⁽²⁶⁾.

Levando em consideração a história oral temática sob as diferentes óticas de um tema específico, podemos identificar os fenômenos e as lacunas que precisam ser estudadas a fim de melhorar, neste contexto, o ensino da enfermagem com relação as Infecções Sexualmente Transmissíveis, sexualidade e populações vulneráveis.

UMALENTE SOBRE A HISTÓRIA ORAL E A VULNERABILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Falar sobre deficiência nos faz refletir sobre muitos aspectos globais e locais, suas histórias, suas vitórias, desafios, ganhos e perdas ao longo do tempo. A deficiência física, particularmente, é marcada por tabus, estigmas, desafios de aceitação na sociedade, inclusão e acessibilidade, busca e luta por direitos igualitários. Direitos de serem aceitos como cidadãos que “produzem”, formam famílias, são profissionais qualificados que se instruem, pessoas que se inserem e são reconhecidas dentro de uma sociedade. Por outro lado, encerrar a ideia de que são pessoas incapazes, vítimas, injustiçados, produto de uma sociedade historicamente exclusiva, sendo visto como ser frágil, que não podem exercer o mesmo papel das pessoas sem deficiência física ou do ser incapaz, que não possui qualificação e direito de escolha devido a sua condição física.

Devido a essa dicotomia sobre pessoas com deficiência física, o GEHCES, busca desvelar a partir dos seus estudos, as mais diversas e singulares histórias deste grupo de pessoas, marcado pelo seu percurso e histórias que refletem sobre a vulnerabilidade enquanto grupo e seus enfrentamentos individuais. Ademais, os estudos trazem as boas práticas recomendadas ou exercidas pelas instituições e profissionais de saúde⁽²⁷⁾.

Além disso, os resultados obtidos com a realização de estudos relacionados às pessoas com deficiência física comprovam a necessidade urgente de trabalhar questões com enfoque na prevenção frente à ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, alertando para situações de maior risco, necessitando de

intervenções capazes de eliminar barreiras tanto ambientais como sociais. Estes indivíduos apresentam as mesmas necessidades de saúde de qualquer outra pessoa e têm seu estado de saúde influenciados pelo contexto social em que vivem, como questões de vulnerabilidade - através de baixa escolaridade e qualificação profissional, visão de ser seres assexuados ou com incapacidade de formar famílias e a dificuldade de acesso aos serviços e à reabilitação⁽²⁸⁾.

A caminho de chegar aos resultados expostos, desenvolve-se no GEHCES a pesquisa histórica buscando investigar, compreender, desvelar a trajetória de um grupo de pessoas, instituição ou disciplina. De modo tal, que se possa a partir de relatos orais, sendo a história temática, de vida ou uma biografia, ou de forma documental através de livros, jornais ou protocolos. A história oral retrata narrativas compostas de memórias e suas construções que se modificam ao longo do tempo, retratando uma trajetória social e a reflexão de si, pelo próprio participante discutida pelo pesquisador⁽³⁾.

Dessa forma, é possível compreender acerca dos aspectos sociais e individuais, condições de saúde e características das pessoas com deficiência física, em estudos de dissertação como: "História de vida de pessoas com Deficiência Física Adquirida"⁽²⁹⁾. A dissertação articula dois laboratórios de pesquisa, o GEHCES e o Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem (PRAXIS), "A influência da acessibilidade na autonomia da pessoa com deficiência em uma Universidade Federal"⁽³⁰⁾. A Tese "A Trajetória da Equipe Multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação em Florianópolis/Santa Catarina (1973/1991)"⁽³¹⁾, ambos de 2015, além do projeto de tese em desenvolvimento: "Histórias de vida de mulheres com deficiência física relacionadas à gravidez, parto e puerpério" iniciado em 2018.

A dissertação "História de vida de pessoas com Deficiência Física Adquirida", buscou investigar o perfil das pessoas que adquiriram deficiência física para possibilitar conhecer como elas vivem após essa nova condição para que se possa estruturar e prestar uma assistência à saúde de acordo com suas necessidades. Por meio da história oral de vida, pode-se compreender suas influências no desenvolvimento e implementação de estratégias para convivência da deficiência física adquirida, concluindo assim que o modo como cada indivíduo passa por essa experiência e a enfrenta está diretamente relacionado à sua história de vida. Assim como a rede familiar e de amigos, e a necessidade de um serviço de reabilitação adequado para atender tal demanda⁽²⁹⁾. As estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pessoas que adquiriram deficiência física focalizam nos objetivos do futuro e não nas limitações em si, como carreira, filhos, família e aquisição de condições que possam propiciar sua recuperação e melhora da qualidade de vida. Nesse sentido, torna-se indispensável o acompanhamento multidisciplinar, devido às necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das pessoas portadoras de alguma deficiência física, que se não tratadas prejudicam o modo com que vão encarar essa nova situação⁽²⁹⁾.

A dissertação intitulada "A influência da acessibilidade na autonomia da pessoa com deficiência em uma Universidade Federal", tinha como objetivo compreender como a acessibilidade em uma Universidade Federal do Sul do Brasil influencia no exercício da autonomia de pessoas com deficiência física. O estudo refere que as barreiras atitudinais aparecem à medida que a sociedade se modifica. A inclusão só pode ser considerada satisfatória quando todos adaptarem-se ao novo conceito de sociedade, em que prevalece o respeito aos direitos e deveres das pessoas com ou sem deficiência. A falta de informações é um dos principais fomentadores do preconceito, e combatê-lo é essencial para a inclusão das pessoas com deficiência. A informação é essencial para combater o preconceito e tabus, e dessa forma ocorrer a adaptação de uma nova sociedade mais igualitária e equânime⁽³⁰⁾.

A tese intitulada "A Trajetória da Equipe Multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação em Florianópolis/Santa Catarina (1973/1991)", apresenta uma abordagem sócio-histórica para compreensão da trajetória da equipe multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), primeira instituição pública de referência na área de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Santa Catarina (SC). No itinerário da equipe multidisciplinar do CCR de Florianópolis/SC destacou-se o avanço no conhecimento científico na área

da reabilitação de pessoas com deficiência física possibilitando a atualização de conhecimentos, melhora na qualidade do atendimento e desenvolvimento de estratégias inovadoras na época. Outro ponto importante foi a aproximação e inclusão da família junto ao profissional de saúde no processo da reabilitação da pessoa com deficiência, exercendo um papel transformador, contribuindo para independência e suporte adequado também em domicílio⁽³¹⁾.

O projeto de tese em desenvolvimento “Histórias de vida de mulheres com deficiência física relacionadas à gravidez, parto e puerpério”, busca compreender as influências das histórias de vida de mulheres com deficiência física em relação à gravidez, parto e puerpério. Além disso, tem como objetivos conhecer os significados de ser mãe, gestar e parir a partir da experiência vivenciada por mulheres com deficiência física, bem como identificar os aspectos facilitadores e dificultadores vivenciados por estas mulheres, analisando juntamente o papel da família durante esse processo. A dificuldade de encontrar as participantes do estudo foi grande no início, pois ainda é um grupo que possui pouca inclusão nas instituições de saúde de modo geral, especialmente em Florianópolis, local do estudo. A falta de acessibilidade nos locais, principalmente de saúde e a visão da sociedade em geral, até de alguns profissionais de saúde, de que a mulher com deficiência não possui o direito e a capacidade de engravidar e ser mãe é algo terrivelmente marcante nas falas das participantes. Ainda que, comparando algumas participantes em diferentes tempos históricos, como uma mulher com deficiência engravidar há 30 anos atrás e atualmente conseguimos perceber que elas estão muito mais empoderadas diante do mundo virtual e suas informações de fácil acesso, locais de trabalho e instituições de ensino com inserção de pessoas com deficiência física e um acompanhamento de saúde-doença mais apurado em questões desenvolvidas na gestação, parto e puerpério. Entretanto, ainda sim há julgamentos por parte dos profissionais de saúde e algumas pessoas da família, tabus referentes à educação sexual, falta de ambientes adaptados e de estímulo da autonomia das mulheres e mães com deficiência física. Os grupos em situação de vulnerabilidade, especialmente aqui, o de pessoas com deficiência física devem ser ouvidos, estudados, acolhidos e tratados com inclusão dentro de uma sociedade que privilegia e respeita a coletividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vulnerabilidade investigada nos estudos apresentados traz a termo a interdisciplinaridade, quando se mostra o movimento da história focado na vulnerabilidade da saúde humana. Destacando-se a história da Enfermagem e da Saúde enquanto possibilidade de desvendar a complexidade do pensamento e elaboração do conhecimento. Nesta perspectiva, a história apresenta possibilidade de contextualização e de compreensão do meio e de relações complexas, que são simultaneamente, solidárias e conflitivas. E, ainda, que respeite a diversidade e a unidade, caracterizando um pensamento único entre as partes. Na história da sociedade, riscos e vulnerabilidades aparecem no processo de viver humano e são indissociáveis do itinerário da vida das pessoas, independentemente de cultura, raça, cor, credo, gênero, sexualidade, religião, política e economia. Essas fragilidades enfrentam na sociedade globalizada, a interdisciplinaridade exata da confluência de ações no âmbito da ciência social. O que emerge, neste capítulo, a historicidade das populações vulnerabilizadas pelo HIV-aids, deficiência física, usuários de drogas, moradores de rua, pela feminilidade, homossexualidade e transexualidade.

Conceitos e significações são trazidos à discussão reflexiva de pertença a algo que está longe da institucionalização, seja familiar, de propriedade, de lugar, de identidade. Há nos estudos apresentados uma re-identidade com a significação de papéis e reorientação sexual, liberdade de gênero, que influencia a convivência, o profissionalismo e a assistência em saúde.

Desse modo, estudos de natureza sócio-históricos quando aplicados à área da saúde assumem relevância por possibilitarem a compreensão dos fenômenos contextualizados conforme a diversidade e a pluralidade humana. Com isso, o conhecimento advindo se constitui em importante ferramenta para o profissional de saúde ao possibilitar o entendimento da organização – individual ou coletiva – dos diferentes grupos quanto às situações de vulnerabilidade, estigmas e exclusão social.

Nesse cenário, o GEHCES vem instrumentalizando a prática dos profissionais de enfermagem como a produção de trabalhos de conclusão de curso e em nível de pós-graduação. Feito isso, tem incrementado publicações nas bases de dados eletrônicos, com o intuito de valorizar e socializar o conhecimento aplicado à saúde. Tais produções, valendo-se dos recursos da História Oral, com vistas ao alcance da interdisciplinaridade, têm dado voz e visibilidade a esses personagens, socialmente renegados, registrando suas histórias. Por fim, essa postura remete ao chamamento das responsabilidades dos profissionais de saúde quanto ao engajamento às lutas contra as situações de vulnerabilidade e ao compromisso com a integridade dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (BR). Guia de Terminologia do UNAIDS [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2020 Dec 21]. Available from: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/WEB_2018_01_18_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf
2. Velloso MP, Guimarães MBL, Cruz CRR, Neves TCC. Interdisciplinarity and training in the collective health area. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(1):257-71. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00097>
3. Padilha MI, Bellaguarda MLR, Nelson S, Maia ARC, Costa R. The use of sources in historical research. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e2760017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>
4. Santos Él, Gomes AMT, Oliveira DC. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):408-16. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000700013>
5. Gomes AMT. A vulnerabilidade como elemento organizador do cuidado de enfermagem no contexto do HIV/aids: conceitos, processos e representações sociais [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem; 2011.
6. Santos Él. Vulnerabilidade de enfermeiros no cuidado a pacientes com HIV/aids: um estudo de representações sociais [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem; 2012.
7. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 117-139.
8. Castellanos MEP, Baptista TWF. Interview with José Ricardo Ayres. *Saúde Soc*. 2018;27(1):51-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018000002>
9. Caravaca-Morera JA, Padilha MI. Social representations of sex and gender among trans people. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1235-43. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0581>
10. Caravaca-Morera JA. Battlefield: Social Representations of Commercial Sex Work on Transvestite and Transsexual Females in Brazil. *Acta Psicol*. 2018;32(125):79-93. <https://doi.org/10.15517/ap.v32i125.30528>
11. Butler J. *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.
12. Caravaca-Morera JA, Padilha MI. Bodies in motion: spaces, emotions and representations that (de)construct realities. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03203. <https://doi.org/1590/S1980-220X2016036103203>
13. Almeida G, Murta D. Reflections on the possibility of depathologizing transsexuality and the need for comprehensive health care for transsexuals in Brazil. *Sex. Salud Soc. (Rio J)*. 2013;14(2):380-407. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>
14. Auge M. *Les nouvelles peurs*. Paris: Manuels Payot, 2013.
15. Caravaca-Morera JA, Mata-Chavarría E, Padilha MI. Nomady corpographies: about homelessness stories, social challenges and heterotopies. *Rev Baiana Enferm*. 2019;33:e29124. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.29124>
16. Caravaca-Morera JA, Padilha M. Entre batalhas e pedras: histórias de vida de moradores de rua, usuários de crack. *Hacia promoc. Salud*. 2015;20(1):49-66. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.4>
17. Caravaca-Morera JA, Padilha MI. The family relationships dynamics of homeless people-crack users. *Saúde Debate*. 2015;39(106):748-59. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030015>
18. Bauman Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

19. Foucault M. *Arqueologia do saber*. Felipe Baeta Neves. 8ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2013.
20. Caravaca-Morera JA, Padilha MI. *Trans necropolitics: dialogues on devices of power, death and invisibility in the contemporary world*. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(2):e3770017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003770017>
21. Silva AFC, Cueto M. *HIV/AIDS, its stigma and history*. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2018;25(2):311-4. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000200001>
22. Oviedo RAM, Czeresnia D. *The concept of vulnerability and its biosocial nature*. *Interface*. 2015;19(53):237-50. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>
23. Morais TCA, Monteiro PS. *Concepts of human vulnerability and individual integrity in bioethics*. *Rev Bioét*. 2017;25(2):311-9. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017252191>
24. Bellaguarda MLR, Padilha I, Nelson S. *Eliot Freidson's sociology of professions: an interpretation for Health and Nursing*. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20180950. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0950>
25. Dal Vesco SNP. *Conhecimentos e Atitudes de Estudantes de Enfermagem diante das Infecções Sexualmente Transmissíveis [Dissertação]*. Florianópolis: Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.
26. Dal Vesco SNP. *Ensino das Infecções Sexualmente Transmissíveis no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (1977-2019) [Dissertação]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2020.
27. Vieira NA, Petry S, Padilha MI. *As boas práticas presentes em estudos históricos de enfermagem e saúde (1999-2017)*. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4): 973-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0538>
28. Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FRS, Padilha MI, Brehmer LCF, Marques AMFB. *The disabled and Public Policy: the gap between intentions and actions*. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(10):3131-42. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17622016>
29. Ferreira AC. *História de vida de pessoas com deficiência física adquirida [Dissertação]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
30. Mazera MS. *A influência da acessibilidade na autonomia da pessoa com deficiência em uma Universidade Federal [Dissertação]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.
31. Espíndola DS. *A trajetória da equipe multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação em Florianópolis/ Santa Catarina (1973-1991) [Tese]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e09.c07>

METODOLOGIA HISTÓRICA APLICADA À ENFERMAGEM: REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES DA INTERDISCIPLINARIDADE

Luciana Barizon Luchesi^I
ORCID: 0000-0002-7282-109X

Fernando Porto^{II}
ORCID: 0000-0002-2880-724X

^IUniversidade de São Paulo (EERP-USP).
Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

^{II}Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Autora Correspondente:
Luciana Barizon Luchesi
E-mail: luchesi@eerp.usp.br



Como citar:

Luchesi LBL, Porto F. Metodologia histórica aplicada à Enfermagem: reflexões e contribuições da interdisciplinaridade. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.). Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 71 a 84 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c07>

Revisora: Antonio José de Almeida Filho
Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

MÉTODO HISTÓRICO E ASSUNTOS CORRELATOS

Pensar em método histórico conduz a algumas discussões, quando identificamos diversos estudos com a assertiva que se trata de pesquisa histórica na abordagem qualitativa. Para tanto, algumas provocações e reflexões iremos trazer para iniciarmos entendimento melhor em diversos aspectos.

O campo da história é vasto em seus domínios. Nesse sentido, ao menos duas obras evidenciam a sustentação da assertiva. Ambas foram organizadas pelos mesmos autores, Ronaldo Vainfas e Ciro Flamarion Cardoso, intituladas *Domínios da História*⁽¹⁾ e *Novos Domínios da História*: Nelas encontramos os diversos aspectos, como bem citam os autores, sobre as abordagens em campos “não penetrados – ou pouco frequentados”⁽²⁾. Nessa perspectiva, Cardoso e Vainfas apresentam aos leitores as modalidades básicas da epistemologia da história, ordenadas em três, denominadas reconstrucionismo, construcionista e desconstrucionista⁽¹⁻²⁾.

Em síntese, na primeira, por consenso, os historiadores aplicavam regras do método para a geração do conhecimento. Para tanto, eram formados ao longo dos tempos modernos, advindos do século XVII da escola metódica, o que direcionava o olhar empirista centrado no rigor e imparcialidade das fontes disponíveis (textos), segundo os manuais tradicionais de metodologia da história. O construcionismo tratava de posturas heterogêneas, sejam elas marxistas, sejam sob sua influência, na linha de pensamento de Max Weber e os denominados novos historiadores, pela escola do Annales e suas respectivas fases, considerando que o passado deve ser entendido a partir do presente e o desconstrucionismo como processo de desconstrução, submetido a interrogatório retórico, a partir da crítica que pode negar ou contradizer o conteúdo assertivo à construção da narrativa histórica⁽²⁾.

Logo, no presente, isso não significa o fim de uma em detrimento de outra, alguns permanecem em suas posturas epistêmicas, o que entendemos ser salutar, desde que as



críticas sejam fundamentadas não apenas com citações de princípios e generalidades e apoiadas em teóricos, como se eles fossem suficientes para explicar ou sustentar a construção das narrativas. São necessárias novas versões e interpretações argumentativas para que possamos avançar na construção do conhecimento⁽¹⁻²⁾.

Para se ter determinada ideia dos grupos referentes aos aspectos epistêmicos, sugerimos a leitura da coleção *Os historiadores clássicos da história*, volumes I, II e III⁽³⁻⁵⁾ quando os organizadores apresentam, por ordem alfabética, os intérpretes da história com suas respectivas linhas de pensamento e conceitos ou concepções norteadoras de suas investigações, o que não caberia aqui, mesmo que, em síntese, a apresentação devida à quantidade de laudas e por não correremos o risco de digressão da proposta central do capítulo. Seja como for, trata-se de leitura sugestiva para o aprofundamento no entendimento de como e onde eles se posicionam no campo da história. Obra interessante que o campo da história da enfermagem poderia se debruçar para fazer, considerando as nossas antecessoras para chegarmos no ponto em que chegamos⁽¹⁻³⁾.

Ressaltamos que entendemos por método histórico aquele empregado pela historiografia, o que não a reduz à reconstrução dos antecedentes em um determinado problema a ser investigado na vertente da temporalidade de uma determinada variável social pela sua cronologia⁽⁶⁾.

Dessa forma, a partir deste momento, iremos objetar a pena da escrita para o que se encontra nos artigos, dissertações, teses, relatórios sobre a construção do conhecimento histórico e propor reflexões e contribuições no campo metodológico, mesmo nos arriscando em terreno movediço em algumas assertivas que iremos propor.

Isso posto, no caminhar da construção das (re)configurações das narrativas históricas, em diálogo com outras áreas do saber. Pensar nesta perspectiva é considerar a tecedura sociocultural, na tentativa de não alicerçar a criatividade de quem tem a pena, mas estabelecer balizas que possibilitem construções argumentativas para novas versões e interpretações ou até mesmo sustentações tradicionais. Logo, a intenção é propor constructos com menos fragilidades e tensões epistêmicas.

Como temos a oportunidade de ler artigos, capítulos e livros destinados ao seu consumo para aplicação da história da enfermagem, com as respectivas citações para a construção do conhecimento, acreditamos que podemos avançar para além, por exemplo, se publicássemos mais debates historiográficos, resenhas e até mesmo ensaios teóricos. Trata-se de material rico, que os núcleos e laboratórios de pesquisa podem e devem fazer como experimentos para serem aplicados em pesquisa história da enfermagem.

São experimentações valiosas que permitem reflexões aplicadas e, quando equivocadas, nos ensinam os caminhos a não serem seguidos a fim de evitarmos as armadilhas. Inclusive devem ser registradas e publicadas, pois contribuem na construção das narrativas, são fases que otimizam o tempo do pesquisador quando em busca da melhor proposta metodológica a ser aplicada em suas investigações.

Adotar essa linha de pensamento requer ir além das ditas “caixinhas” no processo metodológico, considerando a organização da construção do saber em tipo, locais de busca das fontes, tipificação das fontes, procedimento de análise, referencial teórico, dentre outros aspectos desse tipo encontrados nas seções das investigações acadêmicas da história da enfermagem.

Observamos em diversos artigos, dissertações, teses, que emitimos pareceres, que a pesquisa no campo da história da enfermagem é tratada como abordagem qualitativa. Isso para alguns leitores desavisados induz ao entendimento de que elas são qualitativas, quantitativas e quanti-qualitativas, o que reduz o campo da pesquisa, especialmente para a construção da narrativa histórica.

Nossos argumentos, para tanto, são com base em historiadores tais como José D´Assunção Barros,⁽⁷⁾ Júlio Aróstegui⁽⁶⁾ dentre tantos outros. Assim sendo, cabe, aqui, destacar que nossa intencionalidade não se trata de criar uma metodologia ou método para o campo da história da enfermagem, mas sim ratificamos trazer à baila algumas reflexões para as tipificações dos estudos na enfermagem como histórico. Com base nas leituras e aplicabilidade nas investigações, o método histórico precisa ser visto para além da classificação, que reduz a riqueza que dele requer como habilidade na construção da narrativa. Para tanto, vamos às argumentações, por exemplo, sobre os estudos históricos a serem realizados na abordagem qualitativa.

Para José D'Assunção Barros⁽⁷⁾ a **abordagem** refere-se aos tipos de fontes, tratamento, modos de fazer a pesquisa, modos de ver, relacionados com metodologia, a saber, por exemplo: História Oral, História Serial, Biografia, Micro-História, História Quantitativa, sendo as **dimensões** aquelas relacionadas à vida humana, fatias da sociedade, embora, na realidade social, elas se encontram interligadas, quando geram campos específicos da historiografia, por exemplo, História da Cultura Material, História Política, História Cultural e **domínios** direcionados aos agentes históricos a serem examinados – a mulher, o marginal, o jovem, as massas anônimas e qualquer outro – nos espaços sociais – rural, urbano, vida privada – e aos objetos de estudo – arte, direito, religiosidade, sexualidade, o que podemos citar, como exemplos, História da Mulheres, História da Vida Privada, História da Sexualidade, História do Direito, História da Arte dispostos no campo histórico.

Outro autor que reforça o dito é Júlio Aróstegui,⁽⁶⁾ mesmo com as ressalvas por ele expostas no sentido que os historiadores necessitam se debruçar mais para o tratamento da temática, considerando “imperioso não esquecer a estreita relação, necessária e insubstituível, que em uma disciplina sempre liga a teoria, o método, e as técnicas”. Mediante elas, ele cita a qualitativa como técnica, inclusive pouco empregada, pois não mensura a construção dos dados, mas sim classificação e tipifica os dados em função de sua qualidade/característica. Logo, elas, ao classificarem, também descrevem variáveis de um determinado processo sem mensurá-las, pois cabe às técnicas as operações que realizam os historiadores dos fatos em dados, sendo o engate entre a realidade empírica e as evidências, para demonstração da hipótese proposta, e ratifica que elas são os elementos-chave na construção dos dados, portanto, operação de campo e prossegue com a classificação que veremos mais adiante.

Outro elemento interessante é o termo historiografia. Esse, apesar de parecer ser claro para alguns historiadores, é discutível, epistemologicamente. O termo requer posicionamentos e entendimentos de quem fala e de onde fala. Em outras palavras, o termo historiografia, para uma determinada linha de historiadores, tem por significação a história da história e, para outros, no mínimo, trata-se do resultado da pesquisa, o que também conduz, quando sinônimo, que a História não é uma ciência, mas trata-se de estudos cientificamente elaborados, pois em seus procedimentos não cabe arbitrariedade ao considerar, a partir do empírico, explicações contextualizadas e plausíveis, citado por José Jobson de Andrade Arruda ao fazer a apresentação da obra de Júlio Aróstegui⁽⁶⁾.

Isso coaduna com a passagem citada por Durval Muniz Albuquerque Júnior (2007, p. 33) ao relatar que, “a História é uma invenção do presente, embora ancorada nos signos deixados pelo passado. Passado que está longe de estar morto, de estar acabado, passado que é parte do próprio presente. No rio, como na História, águas passadas movem moinhos e destinos”. Pensar nessa perspectiva, é entender que o passado ficou lá e o que temos hoje são dados que possibilitam a construção de narrativas por verossimilhança.

Nesse aspecto, incluímos as reflexões e contribuições, denominadas de eixos, para, quiçá, a construção do domínio do campo histórico da enfermagem, a saber, em três: História das Instituições, História Oral e História da Cultura dos Cuidados. Esses foram organizados e pensados com resultado aplicado durante o I Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem, ocorrido em São Paulo, em 2007, quando os pesquisadores do campo se encontraram para debates e discussões com os seus resultados, reflexões e contribuições, promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O resultado das apresentações gerou o produto, intitulado *Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem: novas perspectivas da produção intelectual em história da enfermagem*⁽⁸⁾ e foi, anos mais tarde, desdobrado no editorial “Pesquisar história da enfermagem no Brasil: o que temos a dizer?”⁽⁹⁾, como possibilidade de organização do campo da história da enfermagem, a saber:

- 1. História das Instituições** e/ou trajetória do ensino, da assistência e agremiações de Enfermagem ao reunir os movimentos sociais considerados no âmbito da formação profissional. Evoca a memória dos espaços da formação e do trabalho, sendo ele o eixo temático aglutinador das investigações de monta por diversos pesquisadores e grupos de pesquisa;

- 2. História de Vida**, quando as biografias e memórias individuais de ilustres ou anônimos tornam-se o foco e visa-se, por elas, a versão e interpretação do desenvolvimento da profissão e dos cuidados prestados;
- 3. Antropologia dos Cuidados**, também conhecida como Cultura dos Cuidados, é destinada à compreensão da reflexão sobre as ideias, ações e circunstâncias relacionadas à prática e às situações no processo das necessidades de saúde em diferentes contextos.

Como podemos identificar, trata-se de uma proposta no campo metodológico de organização das investigações que necessita ser aprofundada, mas aponta para aspectos interessantes que contribuem para os avanços na construção do conhecimento. Destacamos, também, que o eixo história oral já faz parte do domínio no campo histórico pelos historiadores. Isso implica se tratar de caminho organizativo para a enfermagem nas pesquisas em história da enfermagem.

TEMPORALIDADES NA PESQUISA HISTÓRICA

A cronologia na história apresenta balizas ou delimitações, que são convenções aplicadas pelos historiadores, que da mesma maneira que são feitas também podem ser desfeitas. Elas são montagens com finalidade da construção para a narrativa histórica⁽¹⁰⁾, que servem para a condução da análise do interior da pesquisa. Logo, entendemos como marcadores temporais, mesmo diante das suas (re)dobras para que seja possível aproximação do que ocorreu no passado, na produção de sentido a ser narrado.

Nessa perspectiva, as balizas, as delimitações, bem como suas (re)dobras isolam o fenômeno para o pesquisador, desde que ele não perca de vista as articulações e as circunstâncias do fenômeno a ser investigado. Isto implica que, para narrar as configurações, desenhos, relevos das camadas dos discursos sedimentados na memória em textos escritos e imagéticos, algumas relativizações são necessárias, pois a história trata-se de invenção com signos advindos do passado⁽¹⁰⁾.

Fernand Braudel, historiador francês conhecido pela sua obra mais importante, *Mediterrâneo do século XVI*, e por seus escritos sobre a história mundial da vida material e capitalismo, pertenceu ao grupo dos Annales. Ele investiu na busca das permanências e realidades duradouras no campo da história, por meio das longas durações, visando as relações humanas nas suas diversas formas de vida coletiva e civilizações, no entendimento de que “o passado lambuzo o tempo presente”⁽¹¹⁾.

O passado, ao lambuzar o presente, trazemos, em síntese, as concepções de Fernand Braudel⁽¹²⁾ sobre as durações do tempo. A primeira refere-se à curta duração, ou seja, direcionada ao tempo breve, ao indivíduo, ao evento. Ela se ocupa com os acontecimentos que (de)marcaram, cronologicamente, o percurso de quem a escreve (de)codificados em números, como, por exemplo, um dia, dias e alguns anos; a segunda, trata-se da média duração relacionada à conjuntura ao se expressar em algumas décadas; a terceira, destinada à longa duração compreendida em séculos, considerada por ele como estrutural⁽¹³⁾. Logo, entendê-las é a possibilidade de articulações da cultura e sociedade para a construção da narrativa histórica.

Entender a finalidade das balizas, delimitações, (re)dobras do tempo é atividade para além do aspecto numérico, que elas podem significar. São partes da aplicação do método histórico com suas dimensões, abordagens e domínios⁽⁷⁾ que refletem nos resultados da narrativa histórica.

FONTES E INSTRUMENTOS

O documento histórico, como fonte, e os conceitos que o definem constituem o processo de construção permanente que, por meio da subjetividade, pode criar diferentes versões e interpretações da história. Mesmo a ideia de fato histórico é mutante e, assim como a ideia de documento histórico, está relacionada a um diálogo entre o passado e o presente. Destaca-se, porém, que a ideia de diálogo se contrapõe à Escola

Metódica do século XIX que, após validação do documento, entendia esse como um retrato fidedigno do passado. Diálogo pressupõe avanço, um exercício de subjetividades⁽¹⁴⁾.

A partir do século XIX, o conceito de documento histórico é ampliado, com grande impulso da Escola dos Annales do início do século XX, onde o historiador deveria ser guiado por tudo que retratasse o humano, ampliando não apenas os campos da história, mas também a tipologia das fontes. Observa-se esgarçamento da ideia de documento histórico, para além da ideia de documento clássico, adicionando documentos iconográficos, arqueológicos e orais, com suportes libertos da ideia exclusiva de papel. Além disso, clamavam por uma mudança de postura dos historiadores, de meros leitores do conteúdo documental, para posturas analíticas, explicativas e críticas, sem deixar de considerar a formação histórica do pesquisador, seu lugar de fala e suas posturas ideológicas, que compõem sua subjetividade⁽¹⁴⁾.

A classificação das fontes orienta o pesquisador na escolha do material a ser analisado em seu estudo, buscando respostas para perguntas formuladas e a fim de atender os objetivos propostos. Ao longo dos tempos, houve várias classificações, cada uma com suas limitações semânticas ou materiais, a escolha deve buscar praticidade e clareza⁽¹⁵⁾.

Observa-se também mudança na ideia de “verdade” atribuída ao documento histórico. Na visão tradicional, o documento, após crítica de sua veracidade, era considerado válido em seu conteúdo, mas falsificações sempre existiram e foram alterando esse conceito. Carlos Ginzburg descreve que o método histórico se aproxima do trabalho de detetive ou de médico buscando desvendar o documento histórico⁽¹⁴⁾.

A quantidade documental também pode apresentar dificuldades de aprofundamento do tema ao historiador. Portanto, o estabelecimento de objetivos deve estar atrelado à delimitação temporal, ou do próprio tipo de documento. Sugere-se, ainda, a utilização de matrizes de análise, conforme o tipo de fonte utilizada, que podem colaborar significativamente para a organização dos dados. O uso de crítica interna e externa pode também ser aplicado⁽¹⁵⁾.

Em síntese, o documento histórico seria uma fonte sobre o passado, conservado de forma intencional, ou não, analisado pela visão do presente e seus nexos entre a subjetividade atual e do passado. Nesse sentido, está ligado ao momento histórico e à visão de determinada época, com existência relacionada ao meio social responsável pela sua conservação. Os limites impostos ao historiador são os próprios limites do documento, se por um lado ele pode ser dócil, por outro lado domina aquele que se submete à sua análise, na subjetividade sobreposta está o conhecimento sobre o passado. O documento em si é um personagem histórico, que carrega a beleza da contradição, da imprevisibilidade e as marcas das ações humanas⁽¹⁴⁾.

A utilização de estratégias como triangulação de fontes permite inferências e assertivas com menor probabilidade de erro, atribuindo maior longevidade ao estudo, podendo os dados serem contestados ou confirmados em estudos posteriores⁽¹⁵⁾.

No âmbito das pesquisas em história da enfermagem, identifica-se a utilização de ampla variedade de fontes iconográficas, orais, monumentos, documentos oficiais, jornais, entre outros, demonstrando uma aproximação da área com conceitos contemporâneos de documento histórico. Destaca-se, ainda, que a escolha da fonte está relacionada à perspectiva metodológica de trabalho e, também, a um campo específico da história. Nesse momento, objetiva-se destacar algumas experiências da produção em história da enfermagem, segundo alguns tipos de fonte.

ICONOGRAFIA

A iconografia está relacionada a imagens, aos processos e técnicas na sua produção, podendo ser fotografias ou outros tipos de impressão como publicações, desenhos, caricaturas, entre outros. Considerando as questões metodológicas para a análise de um tipo de iconografia, no caso, as fotografias, observa-se uma aproximação da área de história da enfermagem com os estudos de semiótica. Além disso, a bibliografia produzida sinaliza a fotografia como terreno fértil para estudos sobre visibilidade profissional.

No final da década de 1990, a Prof.^a Dr.^a Tânia Cristina Franco dos Santos defendeu tese de doutorado, intitulada *A câmera discreta e o olhar indiscreto: a persistência da liderança norte-americana no ensino da enfermagem na capital do Brasil (1928-1938)*, posteriormente publicada no livro *O poder simbólico da enfermagem norte-americana no ensino da enfermagem na capital do Distrito Federal (1928-1938)*⁽¹⁶⁾ tese tinha como massa documental prioritária fotografias⁽¹⁷⁾ que, por essa razão, chegou a ser nomeada como inovadora e inédita nos estudos de enfermagem⁽¹⁸⁾.

O pesquisador deve estar atento às representações de um tempo, traduzidas na imagem, e a pesquisa busca nos indivíduos e objetos a tradução desse tempo. O artigo intitulado “Aplicação da semiótica na análise de fac-símiles: pesquisa documental”, que buscou discutir análise semiótica, em estudos que utilizam a fotografia, trata-se de uma leitura importante aos iniciantes. Além disso, a triangulação da análise das fontes, com utilização de matriz de análise, na busca por verossimilhança, é uma interpretação do possível, que pode confrontar ou corroborar estudos prévios⁽¹⁹⁾.

Ainda nos estudos de história da enfermagem destacamos também as teses do Prof. Dr. Antonio José Almeida Filho, *A Escola Anna Nery (EAN) no “front” do campo da educação em enfermagem e o (re)alinhamento de posições de poder (1931-1949)*,⁽²⁰⁾ do Prof. Dr. Wellington Mendonça Amorim, *A reconfiguração da primeira escola de enfermagem brasileira: a missão de Maria de Castro Pamphiro, 1937-1949*,⁽²¹⁾ do Prof. Dr. Fernando Porto, intitulada *Os ritos institucionais e a imagem pública da enfermeira brasileira na imprensa ilustrada: o poder simbólico no click fotográfico (1919-1925)*⁽²²⁾. Assim como os artigos: *A prática do ensino na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto: um registro da mídia impressa (1946)*⁽²³⁾ e *Rito católico e imagem da enfermeira (1957)*⁽²⁴⁾.

Algumas obras do âmbito da fotografia também precisam ser conhecidas pelo pesquisador como: Maria Ciavatta, *O mundo do trabalho em imagens: a fotografia como fonte histórica*⁽²⁵⁾. Mirian Moreira Leite e Bela Feldman-Bianco, *Desafios da imagem: fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais*⁽²⁶⁾. Ana Maria Mauad de Sousa Andrade, *Sob o signo da imagem: a produção fotográfica e o controle dos códigos de representação social da classe dominante do Rio de Janeiro da primeira metade do século XX.*,⁽²⁷⁾ entre outros.

Ao longo de vários trabalhos, foram desenvolvidas matrizes de análises por pesquisadores de História da Enfermagem, que colaboram para esses estudos. O artigo “Aplicação da semiótica na análise de fac-símiles: uma pesquisa documental”⁽¹⁹⁾ mostra detalhadamente o exemplo de uma matriz fotográfica, desdobramento do estudo anterior de Porto⁽¹⁷⁾.

IMPRESA ESCRITA

A imprensa escrita é, ao mesmo tempo, objeto e sujeito na história de nosso país. Desde seus primórdios no Brasil de 1808, com o jornal *Correio Braziliense*, a imprensa escrita tem sido um importante meio de análise do passado, que registra parte importante da formação do país. Trata-se de uma história que muitas vezes se confunde entre os campos político, das instituições e da imprensa, através daqueles que detêm os jornais, revistas e outros meios impressos. Portanto, não há uma história da imprensa sem uma relação com a história política, econômica, social e cultural brasileira.⁽²⁸⁾ No âmbito da História da Enfermagem Brasileira, esse tipo de fonte tem sido amplamente investigado, com aproximações teóricas com história, sociologia e antropologia, assim como análises de sua composição do âmbito de diagramação.

Para Bourdieu, o *campo jornalístico* tem leis próprias e aplica recortes à realidade do que se acredita ser relevante para os leitores, aplicando, assim, uma censura à realidade. Além disso, estão envolvidos em disputas econômicas na busca por leitores e pelo furo jornalístico, o que por vezes segrega assuntos importantes à invisibilidade⁽²⁹⁾.

Dito isso, a pesquisa em história da enfermagem, com utilização da fonte da imprensa escrita, não pode se abster de analisar o campo jornalístico, as linhas editoriais, a política, economia e cultura da época como interface para análise de seus resultados. Novamente destaca-se a importância de recortes temporais,

geográficos, ou mesmo na escolha dos jornais e a justificativa da escolha, assim como a organização de dados por matrizes de análise. Alguns estudos sobre fontes iconográficas, já mencionados no item anterior, tiveram como fonte também o texto jornalístico. Os estudos atuais buscam análise de imagem profissional, visibilidade de eventos históricos da enfermagem na imprensa escrita, lutas pela visibilidade social da enfermagem, entre outros temas.

Podemos trazer alguns exemplos que utilizam teóricos, matrizes de análise e análise de diagramação, como as dissertações: *Fatos e fotos da enfermeira da Cruz Vermelha Brasileira no enfrentamento da gripe espanhola*;⁽³⁰⁾ *A visibilidade da criação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo na imprensa escrita (1951)*;⁽³¹⁾ *Publicidade das instituições de saúde e a imagem pública da enfermeira brasileira nas páginas da Fon-Fon (1917-1930)*;⁽³²⁾ *Cruz Vermelha Brasileira, filial Ribeirão Preto e o curso de socorros urgentes*.⁽³³⁾ Além dos artigos: *Corpo e cuidado nas peças publicitárias do Jornal do Brasil (1891)*;⁽³⁴⁾ *Identidade profissional de enfermagem: uma perspectiva através das lentes da mídia impressa brasileira*.⁽³⁵⁾

FONTES ORAIS

A fonte oral apresenta uma trajetória de idas e vindas ao longo da história. Inicialmente destacam-se os historiadores gregos Heródoto e Tucídides, cujas narrativas se sustentavam na oralidade⁽³⁶⁾. No entanto, houve queda na credibilidade da fonte oral, com o avanço dos conceitos de documento histórico, cristalizado, principalmente no século XIX, a ideia de que os documentos oficiais eram a única fonte possível da história⁽³⁷⁾.

No século XX nova reviravolta, com o movimento francês da Escola dos Annales, oriunda da Revista *Annales D'histoire Economies et Sociales*, de criação de Lucien Febvre e Marc Bloch, e o esgarçamento do conceito de documento histórico, devolvendo nova vitalidade à oralidade, com estatuto de metodologia na História Oral. Além disso, o movimento buscava derrubar barreiras disciplinares.⁽³⁸⁾ Após a Segunda Guerra Mundial, a História Oral ganha modernidade na Universidade de Columbia, em Nova York, com Allan Nivins⁽³⁷⁾.

No Brasil, o uso da História Oral amplia-se com o Programa de História Oral da Fundação Getúlio Vargas, na década de 1970 e em 1994 com a fundação da Associação Brasileira de História Oral⁽³⁹⁾. Mesmo com avanços, a História Oral ainda sofre duras críticas pelo avanço da produção não representar avanço teórico, demandando análises teórico-metodológicas mais robustas e inovadoras⁽⁴⁰⁾.

Em 2010, Oguisso, Freitas e Campos organizam o livro *Pesquisa em História da Enfermagem*, que contou com a participação de vários membros da diretoria da Academia Brasileira de História da Enfermagem (ABRA-DHENF). Além de ser referência para a leitura de possibilidades de estudos de História da Enfermagem com diferentes fontes, apresenta um capítulo de Luchesi e Lopes, intitulado "História Oral", que se propôs a ser leitura voltada para os estudantes, com vários exemplos práticos⁽⁴¹⁾. Os estudos com fontes orais, no âmbito da História da Enfermagem, em geral, têm se debruçado sob a leitura teórica e metodológica de alguns autores da história como: Le Goff,⁽³⁸⁾ Thompson,⁽⁴²⁾ Meihy e Holanda,⁽⁴⁰⁾ Meihy e Ribeiro,⁽⁴³⁾ Alberti,⁽³⁶⁾ entre outros.

Destaca-se, ainda, que o uso de fontes orais não implica em renúncia dos documentos escritos, pelo contrário, algumas modalidades de História Oral incentivam a triangulação de fontes orais e escritas, na busca pela comparação entre os sentidos da memória e a história oficial. Outro ponto importante é que a história oral está imbricada aos significados da memória vividos por indivíduos, em face de um evento ou tempo, de dar voz a partes da história pouco valorizadas, invisíveis ou silenciadas pela história oficial.

Em sua maioria, os estudos em história oral não têm a pretensão de apresentação de verdades, pois a própria memória pode fazer organizar versões de nossa vivência, esquecimentos e destaques propositais. No âmbito do cuidado de enfermagem, estudos em história oral podem proporcionar melhorias dos cuidados, a partir da visão de seus usuários, dar voz a minorias sociais e suas lutas diárias e até da própria enfermagem enquanto profissão. Além disso, os estudos em história oral produzem novos documentos históricos e por isso precisam estar comprometidos com a socialização da memória, através da doação posterior, se autorizado pelos entrevistados à arquivos da enfermagem, multiplicando as potencialidades de estudo.

Alguns estudos acadêmicos onde foi utilizada história oral podem ser exemplificados aqui: *A enfermeira Anna Nery no "Pais do Futuro": a aventura da luta contra a tuberculose*,⁽⁴⁴⁾ *Grupamento feminino de enfermagem do exército inserida na FEB: uma análise sobre o olhar fotográfico (1942-1944)*,⁽⁴⁵⁾ *Cotidiano das alunas pioneiras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: 1953-1957*. 2014⁽⁴⁶⁾ e o artigo *Conhecendo história oral: uma experiência para a enfermagem*⁽⁴⁷⁾.

ACERVOS PARA A PESQUISA EM HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Muitos estudos históricos se deparam com dificuldades de localização de fontes, muitas vezes provocadas por uma cultura ainda pouco difundida na Enfermagem de preservação da memória e do patrimônio. Muito da história da enfermagem se perdeu em reformas e na dificuldade de se entender o valor da memória para a construção da identidade profissional.

Destaca-se, ainda, o Estado como grande produtor de documentos históricos ditos "oficiais" e de sua organização e preservação, ou seja, muitas das atividades de conservação e organização documental são desempenhadas pelo Estado⁽¹⁴⁾.

Por outro lado, observa-se, a partir de fins da década de 1980, no Brasil, o início da organização de acervos de enfermagem, com a intenção de preservar memórias institucionais e da profissão. Entretanto, muitas vezes são frágeis os conhecimentos de áreas como arquivologia, museologia, biblioteconomia e conservação preventiva, demandando trabalhos interdisciplinares.

O objeto de estudo vai determinar o tipo de fonte e onde localizá-la. Por exemplo, estudos sobre história institucional muitas vezes estão atrelados à presença de um arquivo permanente organizado e em boas condições de preservação, o que não é a realidade da maioria das instituições. Documentos administrativos como ofícios, atas de congregação e outros colegiados, documentos interinstitucionais, entre outros, podem constituir pontos de partida importantes. Se a instituição está ligada a uma universidade, arquivos centrais geralmente guardam processos de criação, contratação docente, ofícios importantes da instituição para a universidade, além de atas de seus colegiados centrais, como os conselhos universitários, por exemplo.

Deve-se destacar que documentos oficiais contam um tipo de história, uma história oficial, deixando à margem muitos acontecimentos passados que, de forma isolada, se aproximam da visão da história dita positivista, muito criticada na busca de novos olhares para a história. A maioria desses acervos não está organizada em bancos de dados, nem digitalizada e o tempo do pesquisador precisa ser otimizado, portanto, o investimento em manuseio de câmeras profissionais, ou *scanners* de alta resolução, pode ser uma estratégia necessária, pois muitas vezes esses documentos podem ser acessados uma única vez.

Outro aspecto relevante é que documentos guardados por décadas, muitas vezes em más condições de conservação, podem representar risco para a saúde dos pesquisadores. Nesse sentido, torna-se fundamental o uso de equipamentos de proteção individual, que perpassa pelo conhecimento básico de conservação preventiva. As mãos humanas são o maior risco de deterioração para as fontes, portanto, envia esforços para a realização da conservação preventiva e digitalização, evitando o manuseio de fontes é fundamental.

No caso de instituições que perderam seus arquivos, uma boa iniciativa é buscar egressos, ex-funcionários, docentes e ex-dirigentes para construção de um banco de dados de história oral, busca em jornais municipais e estaduais. Pode-se, ainda, realizar atividades de doações para constituição de acervo como fotografias, textos, indumentária, entre outros. No âmbito da enfermagem, destacam-se algumas instituições que conseguiram organizar acervos históricos, com potencialidades imensas para estudos em história da enfermagem, por vezes pouco explorados.

Considerando um contexto cronológico, a primeira menção de institucionalização de um acervo refere-se ao **Centro de Memória da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP** (CEMEERP-USP), criado em 1988, na gestão da Prof.^a Dr.^a Emília Luigia Saporiti Angerami, em virtude do aniversário de 35 anos da EERP-USP. A

Portaria D/EERP-18/89 estabelece uma comissão responsável para início dos trabalhos com assessoria e/ou treinamentos de docentes do Instituto de Estudos Brasileiros/USP, do Centro de Memória da Unicamp e Arquivo Público e Histórico do Município de Rio Claro,⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾ tendo sua abertura oficial no dia 5 de março de 1990, mas com muitas dificuldades ao longo de sua trajetória até o ano de 1999, quando iniciativas para sensibilização da comunidade, impulsionadas pelos dirigentes, com treinamentos e ação de voluntários foram propiciando encaminhamento de projetos e desenvolvimento do acervo. Hoje o acervo conta com espaço moderno, com digitalização de parte de seu acervo fotográfico constituído por mais de 15.000 itens, arquivo de História Oral, arquivo bibliográfico, arquivo de som e vídeo, mobiliário, peças e objetos referentes à história institucional e da enfermagem, e está aberto a pesquisadores⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾. Pode-se também visitar virtualmente o acervo pela sua página no Facebook <https://web.facebook.com/cemeerp>. A maior parte da produção de pesquisa desse acervo está ligada ao trabalho do Laboratório de Estudos em História da Enfermagem (LAESHE), criado em 2009 (<https://www.facebook.com/llaeshe>).

Em 1992, houve a criação do **Centro Histórico-Cultural da Enfermagem Ibero-Americana, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EE-USP**, na cidade de São Paulo. Observa-se que o aniversário da instituição (jubileu de ouro) também foi cenário para a criação desse acervo, assim como o da EERP-USP anos antes⁽⁵²⁾. O acervo apresenta hoje um espaço moderno, com mobiliários e utensílios de época, indumentárias, objetos, fontes imagéticas, documentais, jornalísticas, entre outras, com abertura para pesquisadores (<http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/mostrar/1168/1917>).

O **Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ** foi inaugurado em 8 de dezembro de 1993, que também se concretizava em ambiente festivo, com a primeira tese em história da enfermagem da instituição e a criação do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras). Entretanto, esse acervo estava em processo de organização desde a década de 1960⁽⁵³⁾. Hoje denominado Museu da Escola de Enfermagem Anna Nery e Centro de Documentação, localizado no Rio de Janeiro, pode ser contactado na página <http://eean.ufrj.br/index.php/123-museu-da-escola-de-enfermagem-anna-nery-e-centro-de-documentacao>, com vídeo institucional em seu canal do Youtube <https://www.youtube.com/watch?v=6FJZY4HcDvl>. Acervo aberto a pesquisadores.

O **Núcleo de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA)** foi criado em 1997, compondo as comemorações do Jubileu de ouro da instituição, o acervo é constituído de fontes iconográficas, utensílios, mobiliário, instrumentos de laboratório e objetos litúrgicos, mas houve descontinuidade das atividades, com retomada no ano 2002, com o estabelecimento de uma comissão e parcerias com o Departamento de Museologia e das Pró-Reitorias de Extensão e Assistência Estudantil/Programa Permanecer, designado como um museu universitário em 2009, quando foi vinculado ao Sistema de Museus da UFBA, com espaço para exposição permanente, recepção de visitantes e reserva técnica⁽⁵⁴⁾.

O **Centro de Memória Dr.^a Nalva Pereira Caldas, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ**, de junho de 1998, foi também concebido em jubileu de ouro institucional, mas sua organização remonta ao ano de 1995⁽⁵⁵⁾. O acervo é aberto a pesquisadores. Vídeo institucional sobre o acervo pode ser localizado em <https://www.youtube.com/watch?v=SkFL8JbNFGk>.

Na década passada, destacam-se mais seis acervos institucionalizados. Em 2006, o **Arquivo Setorial Enfermeira Maria de Castro Pamphiro, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP-Unirio)** possui rica documentação que data do século XIX e que remete à primeira escola de enfermagem do país, que completou 130 anos em 2020 (<http://www2.unirio.br/unirio/arqcent/sobre/idades-de-arquivo-e-protocolo/unidade-de-arquivo-e-protocolo-setorial-da-escola-de-enfermagem-alfredo-pinto-uaps-eeap>). Sua criação está vinculada a grupos de pesquisa em história da enfermagem na instituição. Hoje a instituição se destaca com três laboratórios: o Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (LAPHE), de 2000; o Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem (Lacenf), de 2006 e; o Laboratório de História do Cuidado e Imagem em Enfermagem (LACUIDEN), de 2013.

Em 2006, também foi inaugurado o **Centro de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)** (<https://www.ufmg.br/rededemuseus/cemenf/>), mas seu início de concepção e organização remete aos anos de 1980 a 1994⁽⁵⁶⁾.

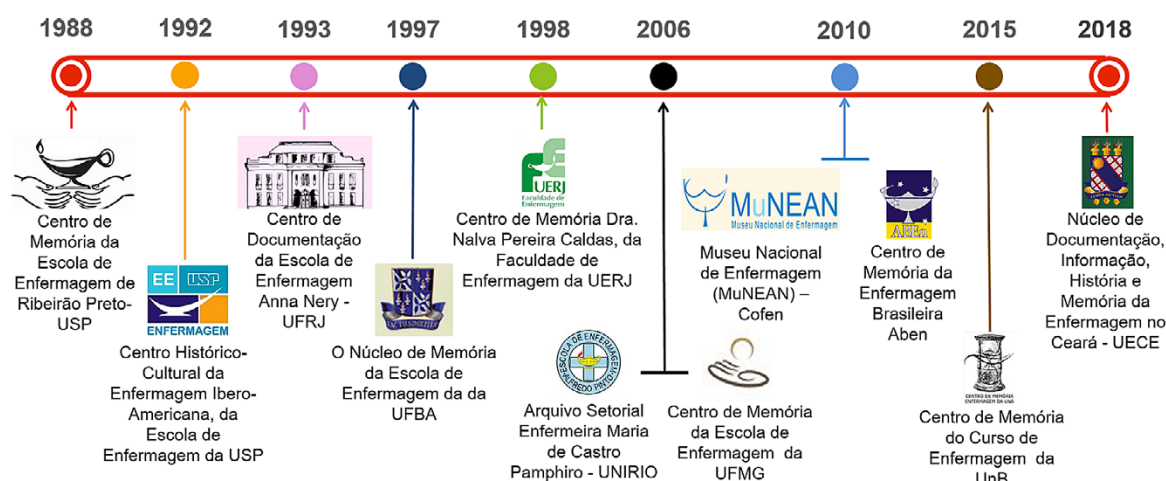
O **Centro de Memória da Enfermagem Brasileira, da Associação Brasileira de Enfermagem** inaugurado em 4 de agosto de 2010, na sede da ABEn Nacional, em Brasília/Distrito Federal, por meio da colaboração de diversas gestões, devido ao entendimento de herança material e simbólica com, aproximadamente, 170 metros lineares de documentos textuais compreendido no período de 1926 a 2019⁽⁵⁷⁾.

O **Museu Nacional de Enfermagem (MuNEAN)** (<http://munean.cofen.gov.br>), fundado em 2010, pelo Conselho Federal de Enfermagem, merece destaque como o museu mais moderno da enfermagem brasileira na atualidade e que contempla a história profissional e dos conselhos de Enfermagem. Possui em seu acervo fontes de história oral, documental, audiovisual, instrumental, indumentária e promove exposições itinerantes em todo o Brasil. As instituições podem solicitar, de forma gratuita, o envio de exposições itinerantes às suas cidades. O MuNEAN teve a retomada de suas atividades em 2017, em prédio próprio, em pleno pelourinho em Salvador, com atividades de visitas e aberto para pesquisas⁽⁵⁸⁾.

O **Centro de Memória do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB)** (http://fs.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=736) foi criado em 2015, no aniversário de 40 anos da instituição, com projeto de extensão de um acervo virtual, em virtude da dificuldade de manutenção de um espaço físico próprio. Em 2016, o projeto levou à criação do Grupo de Estudos e Pesquisas em História da Enfermagem (GEPHENf), com a intenção de que o projeto tivesse frutos no âmbito da pesquisa. O acervo é composto por fontes documentais, audiovisuais, iconográficas e bibliográficas⁽⁵⁹⁾.

Mais recentemente houve a inauguração do **Núcleo de Documentação, Informação, História e Memória da Enfermagem no Ceará (NUDHIMEN)**, localizado no Centro de Educação (CED) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em Fortaleza, em 29 de maio de 2018, comemorando 75 anos do primeiro curso de Enfermagem do Ceará, Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, criada em 1943, incorporada à UECE em 1975. O acervo foi organizado e contou também com doações, composto por instrumentos, indumentária, material iconográfico, entre outros, cuja organização inicial também esteve relacionada ao jubileu de ouro institucional, mas concretizado apenas 25 anos depois⁽⁶⁰⁾.

Figura 1 – Linha do tempo dos acervos institucionais localizados. Ribeirão Preto, 2020.



Fonte: Dados dos sites das instituições. Figura criada pelos autores usando template da Allppt.com

Arquivos gerais, municipais, estaduais ou nacionais representam vasto e rico campo para a pesquisa em história da enfermagem e alguns possuem acervo digital como a Biblioteca Nacional (<https://www.bn.gov.br/>), Casa de Oswaldo Cruz (<http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/>), Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), da Fundação Getúlio Vargas (<https://cpdoc.fgv.br/>), todas situadas no Rio de Janeiro e Arquivo Público do Estado de São Paulo (<http://www.arquivoestado.sp.gov.br/site/>), além dos Arquivos da Cruz Vermelha Brasileira (<http://www.cruzvermelha.org.br/>), Seção São Paulo e Seção Rio de Janeiro que, entre muitos outros acervos, oferecem vasta documentação.

Um destaque importante é que apenas seis museus e/ou acervos da enfermagem brasileira estão cadastrados na plataforma de museus brasileiros Museusbr (<http://museus.cultura.gov.br/>), que amplia significativamente a visibilidade do acervo, visitantes e pesquisas. Nesse sentido, recomendamos fortemente o cadastro dos acervos nessa plataforma, incluindo imagens.

Outro aspecto que permeia muitos dos acervos de enfermagem é que suas criações se dão no momento de jubileus e/ou comemorações institucionais com, possivelmente, a ideia de história enquanto relíquia do passado, algo como um objeto de decoração, por vezes pensado como obrigatório, protocolar, no âmbito dos jubileus. Afinal, não se analisa o conjunto de anos de trabalho sem uma análise crítica do passado, é preciso dar certa visibilidade ao conjunto da historiografia institucional, para validar socialmente a continuidade da existência da instituição. Por isso, não é incomum que acervos tenham períodos de inatividade, ou sejam fechados.

O acervo institucional precisa ser projeto da comunidade envolvida na instituição, e não algo para um breve corte fotográfico no tempo. A história consolida a identidade profissional e os acervos, se atrelados à pesquisa, podem trazer como frutos análises importantes sobre os modos de ser e fazer da instituição, sugerindo continuidades, rupturas e inovações. É preciso atualizar e fortalecer as concepções sobre a história na formação do enfermeiro. Nesse sentido, o acervo é também espaço de ensino, patrimônio, memória, cidadania, pesquisa e extensão. Muitas versões da história aguardam serem escritas nesses acervos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou trazer discussões sobre os campos da história e suas possibilidades aplicadas à pesquisa em história da enfermagem, seja por suas considerações teórico-metodológicas, tipos de fontes e as mudanças conceituais de documento histórico e suas aplicabilidades, seja como indicação de leituras importantes para o pesquisador interessado na temática, no campo da história e na historiografia da pesquisa em história da enfermagem. Destacamos, ainda, a importância da organização e valorização dos acervos que narram a história do cuidado.

O que se observou foi que os estudos em história da enfermagem têm realizado aproximações importantes com o campo da história, visando dar legitimidade às suas discussões teórico-metodológicas. Nesta perspectiva, devemos destacar que, ao longo da história da pesquisa em história da enfermagem, houve críticas de historiadores sobre às metodologias utilizadas pelos enfermeiros e, por outro lado, pares nossos criticavam a visão de historiadores sobre a enfermagem.

Parece-nos que esse conflito acadêmico se tem amenizado através de estudos interdisciplinares, os quais as perspectivas contemporâneas da história tanto recomendam. Observa-se que eles apresentam avanços significativos para novos olhares da profissão de enfermagem e sua construção social, um olhar sobre a enfermagem interligada à história, antropologia, sociologia, biblioteconomia, arquivologia, museologia, entre outros.

Alguns pesquisadores seguiram nesse direcionamento, enquanto outros estão em busca de vislumbrar a história através da formação acadêmica nessa área. Já temos enfermeiros ligados à pesquisa em história da enfermagem que completaram seus estudos de graduação em história, trazendo cada vez mais discussões temáticas para seus grupos de pesquisa e ampliando as parcerias interdisciplinares que contribuem para o avanço das pesquisas, destacando mais uma vez a necessidade de escritas teóricas e debates historiográficos para melhor alicerçar as pesquisas. É preciso construir o domínio da História da Enfermagem no campo da

história, assim como já existe o domínio da história do direito ou das mulheres, pois a massa de estudos na área já tem possibilitado inclusive estudos de revisão sistemática, bem como investimento nos intérpretes dessa trajetória.

O presente trabalho não tem objetivo ou condições de ser um trabalho finalizado, pelas muitas interfaces que esse tema apresenta e que não podem ser esgotadas em uma única escrita. As lacunas aqui apresentadas devem representar questionamentos e direcionamentos para novos estudos.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso CF, Vainfas R. Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
2. Cardoso CF, Vainfas R. Novos domínios da história. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
3. Parada M. Os historiadores clássicos da história: volume 1 de Heródoto a Humboldt. Petrópolis: Vozes: PUC-Rio; 2012.
4. Parada M. Os historiadores clássicos da história: volume 2 de Tocqueville a Thompson. Petrópolis: Vozes: PUC-Rio; 2013.
5. Parada M. Os historiadores clássicos da história: volume 3 de Ricoeur a Chartier. Petrópolis: Vozes: PUC-Rio; 2014.
6. Aróstegui J. A Pesquisa Histórica: teoria e método. Bauru: Edusc; 2006.
7. Barros JA. O campo da história: especialidades e abordagens. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Moreira A, Porto F, Freitas GF, Campos PFS. Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem: novas perspectivas da produção intelectual em história da enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(spe2):1358-63. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600037>
9. Porto F. Researching nursing history in Brazil: what do we have to say? Online Braz J Nurs [Internet]. 2017[cited 2021 Apr 11];16(1):1-5. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5913/html_1
10. Albuquerque Jr DM. História – a arte de inventar o passado: ensaios de teoria da história. Bauru: Edusc; 2007.
11. Lima LC. Fernand Braudel (1902-1985). In: Parada M, organizador. Os historiadores: clássicos da história de Tocqueville a Thompson. Petrópolis: Vozes: PUC-Rio; 2013. p. 278-99.
12. Braudel F. História e Ciências Sociais: a longa duração. In: Braudel F. Escritos sobre a História. Guinburg J, Mota TCS. São Paulo: Perspectiva; 2007. p. 41-78.
13. Mello RM. As três durações de Fernand Braudel no Ensino de História: proposta de atividade. Rev Hist Hoje. 2017;6(11):237-54. <https://doi.org/10.20949/rhj.v6i11.330>
14. Karnal L, Tatsch FG. A memória evanescente. In: Pinsky CB, Luca TR. O historiador e suas fontes. São Paulo: Contexto; 2013. p. 9-28.
15. Porto F, Freitas GF, Gonzalez JS. Fontes Históricas e Ético-Legais: Possibilidades e Inovações. Cult Cuid. 2009;25(1):46-53. <https://doi.org/10.14198/cuid.2009.25.07>
16. Santos TCF. A Câmera Discreta e o Olhar Indiscreto: A Persistência da Liderança Norte-Americana no Ensino da Enfermagem na Capital do Brasil (1928-1938) [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 1998.
17. Porto F. Os ritos institucionais e a imagem pública da enfermeira brasileira na imprensa ilustrada: o poder simbólico no click fotográfico (1919-1925) [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2007.
18. Santos TCF, Barreira IA. O Poder Simbólico da Enfermagem Norte-Americana no ensino da Enfermagem na Capital do Brasil (1928-1938) [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2002.
19. Oliveira Neto M, Porto FR, Nascimento SA. Application of semiotics in the analysis of facsimiles: a documentary research. Online Braz J Nurs. 2012;11(3):848-64. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20120056>.
20. Almeida Filho AJ. A Escola Anna Nery (EAN) no “front” do campo da educação em enfermagem e o (re)alinhamento de posições de poder (1931-1949) [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2004.
21. Amorim WM. A reconfiguração da primeira escola de enfermagem brasileira: a missão de Maria de Castro Pamphiro, 1937-1949 [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2006.

22. Porto F. Os ritos institucionais e a imagem pública da enfermeira brasileira na imprensa ilustrada: o poder simbólico no click fotográfico (1919-1925)[Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2007.
23. Porto F, Moreira A, Silva Júnior OC, Oliveira DP. A prática do ensino na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto: um registro da mídia impressa (1946). *Rev Bras Enferm.* 2003;56(6):707-11. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000600025>
24. Simiele MF, Barizon-Luchesi L, Porto F, Oliveira-Sousa T, Silva-Santiago E, Aguiar S. Rito católico e imagem da enfermeira (1957). *Aquichan, Bogotá.* 2014;14(1):109-18. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.1.9>
25. Ciavatta M. O mundo do trabalho em imagens: a fotografia como fonte histórica. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.
26. Leite MML, Bianco BF. Desafios da imagem: fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais. Campinas: Papirus; 1998.
27. Andrade AMMS. Sob o signo da imagem: a produção fotográfica e o controle dos códigos de representação social da classe dominante do Rio de Janeiro da primeira metade do século XX. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, Centro de Estudos Gerais, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 1990.
28. Martins AL, Luca TR. Introdução: pelos caminhos da Imprensa no Brasil. In: Martins AL, Luca TR. *História da Imprensa no Brasil.* São Paulo: Contexto; 2018. p. 7-20.
29. Bourdieu P. Sobre a televisão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
30. Coury AF. Fatos e fotos da enfermeira da Cruz Vermelha Brasileira no enfrentamento da gripe espanhola[Dissertação]. Rio de Janeiro Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto; 2010.
31. Marcussi E. A visibilidade da criação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo na imprensa escrita (1951)[Dissertação]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2012.
32. Veraldo TX. Publicidade das instituições de saúde e a imagem pública da enfermeira brasileira nas páginas da Fon-Fon (1917-1930)[Dissertação]. Rio de Janeiro Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto; 2013.
33. Mazziero AS. Cruz Vermelha Brasileira, filial Ribeirão Preto e o curso de socorros urgentes [Dissertação]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2018.
34. Nassar PRB, Trigueiro da Silva KF, Nascimento SA, Neto M, Porto F. Corpo e cuidado nas peças publicitárias do *Jornal do Brasil* (1891). *Rev Enferm UERJ.* 2016;24(4):e17365. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17365>
35. Silva AR, Padilha MI, Backes VMS, Carvalho JB. Identidade profissional de enfermagem: uma perspectiva através das lentes da mídia impressa brasileira. *Esc Anna Nery.* 2018;22(4):e20180182. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0182>
36. Alberti V. *Manual de História Oral.* 3. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2013.
37. Meihy JCS. *Manual de História Oral.* São Paulo: Loyola; 2005.
38. Le Goff J. *A História Nova.* 5. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
39. Ferreira MM, Amado J. (Org.). *Usos e abusos da História Oral.* 8. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2006.
40. Meihy JCSB, Holanda F. *História oral: como fazer, como pensar.* São Paulo: Contexto; 2007.
41. Luchesi LB, Lopes GT. *História Oral.* In: Oguisso T, Freitas GF, Campos PFS, organizadores. *Pesquisa em História da Enfermagem.* São Paulo: Manole; 2010. p. 401-456.
42. Thompson P. *A voz do passado: história oral.* 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
43. Meihy JCSB, Ribeiro SLS. *Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, família.* São Paulo: Contexto; 2019.
44. Barreira IA. A enfermeira Anna Nery no "Pais do Futuro": a aventura da luta contra a tuberculose[Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 1993.
45. Bernardes MMR. Grupamento feminino de enfermagem do exército inserida na FEB: uma análise sobre o olhar fotográfico (1942-1944)[Dissertação]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2003.
46. Sousa TO. *Cotidiano das alunas pioneiras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: 1953-1957[Dissertação].* Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2014.
47. Silva CA, Almeida LCG. Conhecendo história oral: uma experiência para a enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2005;13(1):97-101.

48. Lomônaco NV, Steagall Gomes DL, Correia FA, Fram MJC. Centro de Memória da EERP (CEMEERP): folder institucional. Centro de Memória: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1990.1 p.
49. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ata da 2ª. Reunião da Comissão de Memória Histórica. Ribeirão Preto (SP), 1989.
50. Luchesi LB, Mendes IAC, Luis MAV, Toyoko S. Redescobrimo o Centro de Memória da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: relato de experiência. *Esc Anna Nery*. 2006;10(3):565-71. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300029>
51. Luchesi LB, Oliva MEF, Saeki T, Luis MAV, Mendes IAC. Resgate Histórico e Cidadania: manutenção do patrimônio material e imaterial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. *Rev Cult Ext USP*. 2011;6:43-50. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v6i0p43-50>
52. Oguisso T. Memória e história: Centro Histórico-Cultural da Enfermagem Ibero-Americana. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2000 [citado em 11 abr 2021];4(3):359-67. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v4n3a09.pdf>
53. Sauthier J. Memória e história: O Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2000 [cited 2021 Apr 20];4(3):339-46. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v4n3a07.pdf>
54. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Núcleo de Memória [Internet]. 2010 [cited 2021 Apr 20]. Available from: <http://www.enfermagem.ufba.br/index.php?nucleodememoria>
55. Caldas NP. A experiência da criação do Centro de Memória da Faculdade de Enfermagem da UERJ. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2000 [cited 2021 Apr 20];4(3):347-57. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v4n3a08.pdf>
56. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Memória da Escola de Enfermagem. História[cited 2021 Apr 20]. Available from: https://www.ufmg.br/rededemuseum/cemenf/?page_id=3
57. Santos TCF. A ABEn e a preservação da memória profissional: implantação do Centro de Memória da Enfermagem Brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):165-70. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700021>
58. Muneam. Um museu sobre uma profissão [Internet]. [SD][cited 2021 Apr 20]. Available from: <http://muneam.cofen.gov.br/sobre/>
59. Miranda GN, Reys N, Santos WF, Faustino AM. Centro de memória virtual do departamento de enfermagem da universidade de Brasília: relato de experiência sobre a salvaguarda dos documentos e a construção de uma história. *Braz J Develop*. 2020;6(8):57252-66. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-218>
60. Universidade Estadual do Ceará. Núcleo de Documentação e História da Enfermagem é oficialmente inaugurado na UECE: 30 maio 2018[Internet]. 2018[cited 2021 Apr 20]. Available from: <http://www.uece.br/noticias/nucleo-de-documentacao-e-historia-da-enfermagem-e-oficialmente-inaugurado-na-uece>