



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Câmpus de Marília

Angela Maria Silva

**A formação do profissional de Enfermagem no Brasil e em
Portugal: um estudo comparativo a partir da análise das
respectivas diretrizes curriculares**

Marília
2026

Angela Maria Silva

A formação do profissional de Enfermagem no Brasil e em Portugal: um estudo comparativo a partir da análise das respectivas diretrizes curriculares

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Educação pela Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus de Marília.

Marília

2026

S586f Silva, Angela Maria
A formação do profissional de Enfermagem no Brasil e em Portugal:
um estudo comparativo a partir da análise das respectivas diretrizes
curriculares / Angela Maria Silva. -- Marília, 2026
111 p. : il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília
Orientador: Carlos da Fonseca Brandão

1. Política Educacional. 2. Educação Comparada. 3. Curso de
graduação em Enfermagem. 4. Diretrizes Nacionais Curriculares.. I.
Título.

Angela Maria Silva

A formação do profissional de Enfermagem no Brasil e em Portugal: um estudo comparativo a partir da análise das respectivas diretrizes curriculares

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa: Políticas educacionais, gestão de sistemas e organizações, trabalho e movimentos sociais

Banca Examinadora

Prof. Dr. Carlos da Fonseca Brandão
UNESP – Câmpus de Assis Orientador

Prof^a Dr. Rosane Michelli de Castro
UNESP – Câmpus de Marília

Prof. Dr. Paulo Roberto Prado Constantino
UNESP – Câmpus de Presidente Prudente

Marília, 19 de Dezembro de 2025.

DEDICATÓRIA

Sou do tempo que cuidados de saúde eram prestados em casa pelo pai! Meu pai seria um excelente enfermeiro - ou mesmo um médico - se lhe fosse dada a oportunidade! A vida simples do sítio fazia com que o homem fosse atrás de conhecimento do vizinho, do curandeiro ou da benzedeira para lhe ensinar as melhores ervas, os melhores xaropes e unguentos para o alívio da dor e a cura da tosse.

Tais conhecimentos também, já lhe eram adquiridos de pai para filho, de geração em geração. Minhas irmãs mais velhas nasceram no sítio pelas mãos de parteira em pleno inverno e verão, à luz de lamparinas. Eu e as mais novas, de parto normal, já tivemos a oportunidade do nascimento em hospital, nem sempre pelo médico porque, uma chegou ao mundo o mais natural possível, quando o médico chegou já estava nos braços da mãe. Todas saudáveis, muito saudáveis.

Os antibióticos quando necessários eram administrados por ele, que já tinha o conhecimento da higiene e já fazia a esterilização de seringas e agulhas através da fervura e vapor do material no fogão a lenha. Lembro bem da caixinha de inox contendo o material, guardada a sete chaves. As agulhas de metal bem afiadas com esmeril em pedra, para lhe facilitar a introdução na musculatura das pequenas meninas.

A ele lhe foi permitido por Deus, seis filhas, presente de Deus como ele sempre dizia! Nunca lhe faltou o amor, o carinho e uns belos tapinhas quando lhe era necessário, pela má educação ou pelo comportamento errôneo em meio às brincadeiras e malandragens da vida das pequenas no sítio. Assim como havia fila para administração dos antibióticos, para curar a febre ou a tosse, também havia fila para umas belas palmadas para não se perderem do caminho da educação.

Todas lindas, saudáveis, tesouro do pai, cuidadas com muito amor, ternura e bravura de um homem que deu a oportunidade do estudo através da educação escolar, e da fé da catequese através da igreja, sempre introduzindo mandamentos e conhecimentos de Deus e fé em Nossa Senhora. Suas filhas, espelho do pai humano. A educação era para ele o que de melhor poderia ter dado, era a herança deixada para o alimento da vida! O tempo passou!

Trabalhava de dia no sítio, e à noite esperava as filhas na porta da escola para que todas estivessem em segurança ao deitar-se. Logo pela manhã, ao despertar já

tirava o leite para alimentar a família, e ao longo do dia, se houvesse uma vaca para dar à luz, lá estava ele para ajudar a saída do bezerro ou dá placenta que ficava retida. Sabia até do tempo da maternidade dos animais. Eita meu pai!!! Que saudades de ver o senhor de ponta cabeça fazendo exercícios nas árvores, ou andando de bicicleta, de ré em meio ao quintal do sítio!!!

Também não posso esquecer, das saudades que sinto quando nos desenhava um relógio no pulso ou nos carregava em cima dos seus pés, pé com pé. Muito obrigada, pelos ensinamentos de pai dados a mim e as minhas irmãs! Hoje em meio a loucura da profissão e do correr do dia a dia, voltei a estudar para dar segmento aos seus sonhos e a ser um pouco melhor a cada dia como aluna e profissional! A ti, a Deus e às minhas irmãs, dedico o meu despertar aos estudos e a esse trabalho! Também, peço a Deus que meus sobrinhos continuem tendo esse despertar a cada dia! Deus, muito obrigada pela oportunidade de ter sido direcionada para vida profissional que tenho!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar e conduzir pelas melhores escolhas. Nunca desisti de ser melhor a cada dia, pelos meus pacientes, pelos meus princípios e por Ele.

À escola pública, que fez parte da minha jornada de aprendizado, conhecimento e formação, em especial ao PPGE - UNESP - Marília, que (re)despertou em mim a persistência para a continuidade da vida acadêmica.

Ao Prof. Dr. Carlos da Fonseca Brandão, meu orientador, por todo conhecimento, ensinamento, respeito e sabedoria na condução das orientações e, principalmente, na formação profissional de mestre.

À Profa. Dra. Rosane Michelli de Castro, que, com sensibilidade e generosidade de mãe, acolheu, incentivou e deu ênfase aos detalhes de uma dissertação de mestrado, aceitando compor a Banca do Exame Geral de Qualificação de Mestrado e a Banca da Defesa da Dissertação.

À Profa. Dra. Ione da Silva Cunha Nogueira, pelas contribuições e direcionamento no Exame Geral de Qualificação de Mestrado.

Por fim, agradeço ao Prof. Dr. Paulo Roberto Prado Constantino, pelas contribuições na Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado.

Muito obrigada!

MENSAGEM

Inspirada nos princípios éticos que fundamentam a Enfermagem desde Florence Nightingale, esta dissertação reconhece o cuidado como um compromisso científico, profissional e humano.

Cuidar implica responsabilidade com a vida, respeito à dignidade das pessoas, preservação do sigilo e atuação pautada pela competência, integridade e compromisso social.

Que esta dissertação contribua para a reflexão crítica sobre a Enfermagem, reafirmando o valor do cuidado qualificado, da formação ética e da produção de conhecimento comprometida com a promoção da saúde e com a sociedade.

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

- Florence Nightingale

RESUMO

SILVA, Angela Maria. **A formação do profissional de Enfermagem no Brasil e em Portugal:** um estudo comparativo a partir da análise das respectivas diretrizes curriculares. 111p. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus de Marília, Marília-SP, 2025. Orientador: Prof. Dr. Carlos da Fonseca Brandão.

Nesta dissertação apresentam-se resultados da pesquisa de mestrado desenvolvida com o objetivo geral de comparar a estrutura e o funcionamento dos cursos de graduação em Enfermagem a partir das premissas presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem no Brasil e em Portugal. O objetivo dessa comparação é o de tentar encontrar possíveis aproximações e distanciamentos na formação do profissional de Enfermagem, destacando as principais características desse curso de formação inicial do enfermeiro nos dois países (Brasil e Portugal). Como metodologia de pesquisa utilizamos a proposta formulada nas décadas finais do século passado por Georges Bereday (1972), denominada metodologia da Educação Comparada. Sob a perspectiva da Educação Comparada, Bereday também propõe a utilização das contribuições das Ciências Sociais, das quais procuramos incorporar algumas considerações de Nóvoa (2009), Bourdieu (1997), Foucault (2013) e Freire (2005), a fim de interpretar os mecanismos estruturais e simbólicos que operam na constituição da Enfermagem como campo profissional e formativo. A comparação realizada nesta dissertação revela que a plena valorização do enfermeiro, seja no SUS ou no SNS, depende da consolidação de processos formativos consistentes, capazes de assegurar elevada competência clínica; de políticas de educação continuada alinhadas à evolução científica e tecnológica do cuidado; e de modelos de carreira que estimulem o desenvolvimento profissional ao longo do tempo. Investir na progressão funcional, no aprimoramento de competências especializadas e na existência de ambientes de trabalho seguros não é apenas uma medida corporativa, mas um imperativo para a qualidade da assistência e para a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde.

Palavras-chave: Política Educacional. Educação comparada. Curso de graduação em Enfermagem. Diretrizes Nacionais Curriculares.

ABSTRACT

SILVA, Angela Maria. **The training of nursing professionals in Brazil and Portugal:** a comparative study based on the analysis of their respective curricular guidelines. 111p. Dissertation (Master in Education). Faculty of Philosophy and Sciences, São Paulo State University (UNESP), Marília Campus, Marília-SP, 2025. Advisor: Prof. Dr. Carlos da Fonseca Brandão.

This dissertation presents the results of a master's research project developed with the general objective of comparing the National Curricular Guidelines for undergraduate nursing programs in Brazil and the equivalent standards for the same undergraduate program (nursing) in Portugal. The goal of this comparison is to identify possible similarities and differences in nursing professional training, highlighting the main characteristics of this initial nursing training program in both countries (Brazil and Portugal). As a research methodology, we use the proposal formulated in the final decades of the last century by Georges Bereday (1972), known as the Comparative Education methodology. From the perspective of Comparative Education, Bereday also proposes the use of contributions from the Social Sciences, from which we seek to incorporate some considerations from Nóvoa (2009), Bourdieu (1997), Foucault (2013) and Freire (2005), in order to interpret the structural and symbolic mechanisms that operate in the constitution of nursing as a professional and formative field. The comparison carried out in this dissertation reveals that the full appreciation of nurses, whether in the SUS (Brazilian Unified Health System) or the SNS (National Health Service), depends on the consolidation of consistent training processes capable of ensuring high clinical competence; on continuing education policies aligned with the scientific and technological evolution of care; and on career models that stimulate professional development over time. Investing in career progression, the improvement of specialized skills, and the existence of safe work environments is not just a corporate measure, but an imperative for the quality of care and the sustainability of public health systems.

Keywords: Educational Policy. Comparative Education. Undergraduate Nursing Course. National Curriculum Guidelines.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Etapas do Método Comparativo na Pesquisa Educacional.....	35
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABED – Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas
ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
ANA – American Nurses Association
BNCC – Base Nacional Comum Curricular
CEIS – Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CES – Câmara de Educação Superior
CNE – Conselho Nacional de Educação
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
COVID-19 – Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
EAD – Educação a Distância
ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System
EECC/UFMG – Escola de Enfermagem Carlos Chagas da Universidade Federal de Minas Gerais
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
EPEE – Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Nacional de Alienados
EPIs – Equipamentos de Proteção Individual
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
IES – Instituições de Ensino Superior
LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
PL – Projeto de Lei
PPSUS – Programa Pesquisa para o SUS
PR – Paraná

PSF – Programa Saúde da Família

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SARS-CoV-2 – Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UEM – Universidade Estadual de Maringá

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Linha do Tempo da Enfermagem no Brasil	60
Tabela 2 - Disciplinas do plano de estudos de Enfermagem segundo o Decreto-Lei nº 320/87 e suas funções	75
Tabela 3 - Atividades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro em obstetrícia em Portugal, segundo o Decreto-Lei n.º 322/87	76

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. A METODOLOGIA DE PESQUISA DA EDUCAÇÃO COMPARADA	22
2.1 A proposta metodológica de Bereday	30
2.2 A aplicação do Método Comparado de Bereday nos nossos objetos de pesquisa	37
3. HISTÓRIA DA ENFERMAGEM	41
3.1 Os primórdios da Enfermagem no Brasil	47
4. A LEI DE BASES DO SISTEMA EDUCATIVO DE PORTUGAL E O CONTEXTO DA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM	61
5. O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, SEGUNDO AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCN's)	77
5.1 Fundamentação Legal	79
5.2 As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil	80
5.3 Alguns pontos a discutir	86
6. APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE A FORMAÇÃO INICIAL DO(A) PROFISSIONAL ENFERMEIRO(A) NO BRASIL E EM PORTUGAL	89
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERENCIAS	99

1. INTRODUÇÃO

A trajetória profissional e acadêmica que fundamenta este estudo representa um percurso de compromisso, amadurecimento e reflexão sobre o fazer em Enfermagem, consolidando-se como parte constitutiva da minha identidade profissional. Essa trajetória teve início, com o ingresso no curso de Enfermagem da Faculdade Estadual de Educação, Ciências e Letras de Paranaíba – PR, motivada por uma orientação familiar que despertou o meu interesse pela área da saúde. A aprovação em um vestibular concorrido marcou o início de uma caminhada permeada por desafios, superação e, sobretudo, pela descoberta de uma vocação que se transformaria em um projeto de vida.

Durante cinco anos de formação intensa, dediquei-me não apenas aos estágios curriculares, mas também a atividades extracurriculares e voluntárias, acumulando mais de 1.300 horas de prática profissional realizadas em finais de semana, feriados e períodos de recesso escolar. Desde o primeiro ano, senti um interesse maior pela área obstétrica, fortalecido pela promulgação da lei que reconheceu a autonomia do enfermeiro na condução de partos normais sem distócia, um marco simbólico que inspirou a busca pela valorização e pelo reconhecimento do papel do enfermeiro na assistência à mulher e ao recém-nascido¹.

A minha formação acadêmica foi sendo consolidada em duas especializações, sendo a primeira o curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Centro de Material pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), e a segunda o curso de Pós-graduação (Especialização) em Enfermagem Obstétrica, com área de concentração em Pré-Natal, Parto e Puerpério, pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), vinculado ao Ministério da Saúde.

Essas experiências conjugaram teoria e prática em contextos hospitalares de alta complexidade, especialmente no “Amparo Maternal - São Paulo”, instituição voltada ao cuidado da mulher em situação de vulnerabilidade social durante o estágio

¹ Neste trabalho, ao me referir ao cargo enfermeiro/a, optei, na maior parte das vezes, em usar o termo “enfermeiro” quando quero me referenciar a todos os profissionais de enfermagem tanto no Brasil como em Portugal. Contudo, a compreensão contemporânea do termo “enfermeiro” abrange todos os profissionais da área, independentemente de gênero, seguindo a nomenclatura formal da profissão. Minha escolha não desconsidera as questões de gênero, mas visa garantir precisão analítica ao abordar as dimensões educacionais e legais da formação profissional.

em obstetrícia. Tais vivências consolidaram uma compreensão ampla da prática de Enfermagem, alicerçada em princípios técnicos, éticos e humanos.

Meu exercício profissional posterior, abrangendo áreas como ginecologia, obstetrícia, centro cirúrgico e pronto-socorro, assim como o trabalho docente na graduação em Enfermagem, contribuíram para uma sólida formação prática e pedagógica. No entanto, ao longo de anos de atuação, emergiu uma inquietação em meu coração (e mente): as mudanças percebidas na formação e na prática profissional da Enfermagem no Brasil indicavam uma distância crescente entre os fundamentos formativos e a realidade do cuidado. Essa constatação motivou meu retorno à vida acadêmica, agora com a intenção de compreender, de modo comparativo e crítico, os caminhos percorridos pela formação do enfermeiro em diferentes contextos.

Ao olhar para a trajetória percorrida e relembrar a ética, o zelo e o compromisso dos professores que fizeram parte da formação, passei entender melhor o quanto a Enfermagem se modificou ao longo dos últimos anos. A comparação entre o passado marcado pela disciplina, pelo rigor técnico e pelo sentido do cuidado, e o presente em que se evidencia certo distanciamento da essência humanizadora da profissão, despertou meu desejo de compreender, de uma maneira mais crítica e aprofundada, essas mudanças. Foi desse movimento reflexivo que nasceu o propósito desta pesquisa: analisar, sob uma perspectiva comparada, como a formação do enfermeiro vem se transformando ao longo do tempo, enfatizando a ética, a responsabilidade e a valorização do cuidado como fundamentos essenciais da vida e da prática profissional.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi adotada a metodologia comparada, estruturada a partir do modelo proposto por George Z. Bereday (1972), que sistematiza o estudo comparativo em quatro etapas fundamentais: descrição, interpretação, justaposição e comparação.

A Educação Comparada, como campo interdisciplinar, busca analisar como fatores históricos, econômicos, sociais e culturais influenciam os sistemas educativos. Assim, a metodologia de Bereday (1972), permite articular o estudo educacional com os pressupostos das Ciências Sociais, especialmente da Sociologia da Educação, que investiga a relação entre formação profissional, estratificação social, e identidade de classe e gênero.

Desse modo, o interesse pela Educação Comparada e pelas políticas de formação do enfermeiro constitui o ponto de convergência entre a experiência profissional e o campo teórico. Assim, esse estudo busca compreender as semelhanças e diferenças entre os modelos formativos de ambos os países, relacionando-os aos seus contextos históricos, políticos e culturais. Essa abordagem possibilita compreender os sistemas formativos de Enfermagem no Brasil e em Portugal de modo contextualizado e crítico, considerando as relações entre educação, sociedade e cultura.

O tema mostra-se relevante para o campo das políticas educacionais e da formação em saúde, uma vez que a qualidade e o perfil da formação do enfermeiro refletem diretamente nas práticas assistenciais e na consolidação dos sistemas de saúde. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (Resolução CNE/CES nº 3/2001) definem um perfil profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Já em Portugal, a formação do enfermeiro é regulada pela Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86), complementada por decretos e portarias, entre eles o Decreto-Lei nº 353/99 e as Portarias nº 799-D a 799-G/99, que estruturam o Ensino Superior politécnico e universitário, e as especializações em Enfermagem, com ampla participação dos profissionais no Sistema Nacional de Saúde.

A institucionalização do ensino e a sistematização científica da profissão tiveram como marco as contribuições de Florence Nightingale, no século XIX, que introduziu princípios de higiene, observação e educação formal (Dias; Dias, 2019). No Brasil, a criação da Escola Anna Nery, em 1923, foi decisiva para a estruturação da formação científica da Enfermagem (Tyrrel; Barreira, 2003), enquanto em Portugal os primeiros cursos surgiram entre 1881, 1886 e 1887 respectivamente nos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto, com predominância de uma formação prática sob orientação médica.

A evolução da Enfermagem, em perspectiva histórica, remonta às práticas empíricas das civilizações antigas, quando o cuidado era desempenhado por pessoas sem formação técnica e frequentemente submetidas a condições de servidão (Daniel, 1981). A profissão surge, na maioria dos países, como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos, que na época trabalhavam nos domicílios, utilizando-se de terapêutica empregada à

base de ervas medicinais. A falta de conhecimento técnico dessas pessoas e equipamentos adequados, colocavam em risco a vida de pessoas fragilizadas pela doença².

A profissão de Enfermagem, tanto no Brasil quanto em Portugal, foi historicamente moldada por contextos sociais e culturais que definiram seu papel, sua identidade e o reconhecimento social de seu trabalho.

A investigação caracteriza-se como qualitativa e documental, desenvolvida sem deslocamento físico a Portugal, uma vez que a coleta de dados se baseou em fontes documentais e bibliográficas disponíveis em bases digitais e portais institucionais oficiais. Essa opção metodológica decorre do caráter analítico e comparativo do estudo, que privilegia a interpretação crítica de leis, decretos, diretrizes e textos acadêmicos, em conformidade com os pressupostos da pesquisa em políticas educacionais. Compreende-se, portanto, que a educação e a profissionalização do enfermeiro não se limitam aos currículos formais, mas refletem valores sociais, relações de gênero e políticas públicas de saúde e educação.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, a estrutura do trabalho foi organizada em 08 (oito) seções, considerando essa Introdução como sendo a primeira delas. Na segunda seção, apresento a discussão metodológica, aprofundando a abordagem proposta por George F. Bereday para a pesquisa em Educação Comparada, com o detalhamento das 04 (quatro) etapas metodológicas desse autor, quer sejam, a Descrição, a Interpretação, a Justaposição e a Comparação, evidenciando sua pertinência para a análise dos sistemas formativos em estudo.

A terceira seção foi dedicada ao percurso histórico da Enfermagem no Brasil e em Portugal, com o intuito de compreender os condicionantes sociopolíticos e institucionais que moldaram a constituição e a profissionalização da área em ambos os países. Já na quarta seção, destaco a estrutura dos cursos de graduação em Enfermagem em Portugal, com base no que estabelece a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), com foco nos princípios normativos que orientam a formação superior politécnica e universitária portuguesa.

A quinta seção, por sua vez, procura fazer uma análise dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil, à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais

² A organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira começa no período colonial e vai até o final do século XIX. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/historia-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em 26 março 2023.

(DCN's), enfatizando as especificidades organizacionais, pedagógicas e regulamentares que configuram o modelo brasileiro. A sexta seção procura fazer a comparação propriamente dita (comparação direta) entre os cursos de graduação em Enfermagem no Brasil e em Portugal, buscando ao mesmo tempo, explicitar os principais pontos de convergência e divergência entre a formação inicial do enfermeiro em Portugal e no Brasil.

Por fim, mas não por último, a sétima seção é o local onde trago as minhas considerações finais, destacando, entre todas as diferenças e semelhanças apontadas na seção anterior (sexta seção), diferenças e semelhanças essas que, como profissional de Enfermagem com mais de 25 anos de atuação na rede pública de saúde brasileira, especificamente no SUS, considero serem as mais importantes, trazendo assim os meus argumentos para tais escolhas.

Finalizo o presente trabalho relacionando todas as referências utilizadas e que embasaram, teórica e metodologicamente, a minha pesquisa. Como toda pesquisa, a minha pesquisa não esgota o debate sobre a formação inicial do enfermeiro no Brasil e em Portugal, mas pretende contribuir para uma compreensão mais aprofundada da formação inicial em Portugal, permitindo situá-la em perspectiva comparada com a mesma formação realizada no contexto educacional e profissional brasileiro.

2. A METODOLOGIA DE PESQUISA DA EDUCAÇÃO COMPARADA

O método comparado desenvolvido por George F. Bereday constitui um marco referencial no campo da Educação Comparada, sobretudo no que se refere à avaliação educacional. Essa abordagem consolidou-se como um campo de estudo autônomo, exercendo influência significativa sobre pesquisas acadêmicas e formulações de políticas educacionais em diferentes contextos ao redor do mundo. Trata-se de uma obra fundamental para a compreensão das bases metodológicas que sustentam a Educação Comparada enquanto disciplina científica.

Bereday (1972) propõe um modelo sistemático de análise que visa à comparação entre sistemas educacionais de distintos países. Seu enfoque destaca a importância da aplicação de um método rigoroso e estruturado, capaz de examinar criticamente as estruturas, práticas, políticas e os resultados obtidos em diferentes sistemas de ensino. Essa perspectiva permite identificar padrões, contrastes e especificidades, possibilitando uma análise comparativa aprofundada entre realidades educacionais diversas.

De acordo com Bereday (1972), a Educação Comparada tem como finalidade identificar as semelhanças e diferenças entre os sistemas nacionais de educação. Para tanto, é necessário transcender as fronteiras meramente educacionais, compreendendo que cada país representa uma variante de um sistema global, sendo todos passíveis de se beneficiarem das conclusões e experiências advindas dessa análise comparativa.

Além disso, o autor enfatiza a imprescindibilidade da consideração dos contextos histórico, político, social e cultural no processo de comparação, a fim de evitar avaliações simplistas ou fundamentadas exclusivamente em dados estatísticos. O método proposto por Bereday (1972), surgiu da necessidade de investigar, de maneira sistemática, a qualidade de sistemas de ensino estrangeiras (e suas escolas) em vários países (França, Turquia, Polônia, Colômbia, Estados Unidos, entre outros) utilizando essa análise como instrumento para refletir criticamente sobre o próprio sistema educacional.

No início do século XX, em 1900, Michael Sadler defendia que uma das principais finalidades da Educação Comparada era a sua utilidade para a compreensão dos sistemas nacionais de educação, desde que esses sistemas

fossem estudados, analisados e entendidos, dentro dos respectivos contextos sociais, e sem que tais análises fossem meras descrições dos sistemas educativos (Sadler, 1964)³.

Nesse mesmo sentido, algumas poucas décadas depois, Kandel foi outro dos primeiros autores no campo da Educação Comparada, a enfatizar que, para entender os sistemas nacionais de educação, “as forças políticas, sociais e culturais devem ser levadas em conta”, bem como o “caráter nacional” que determina suas particularidades (Kandel, 1933, p. 27)⁴.

Já no final do século XX, outros autores no campo da Educação Comparada continuaram considerando que um dos principais objetos de investigação desse campo são os sistemas nacionais de educação, os quais podem ser o “outro”, quando comparados com o “nosso” sistema nacional de educação. Considerando que, especificamente na presente pesquisa, o “nosso” objeto são as Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos de graduação em Enfermagem e o “outro” objeto é o documento legal português equivalente, quer seja, a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), quando trata dos cursos de graduação de Enfermagem em Portugal.

No entender de Franco, a importância da realização de estudos comparativos, entre outros motivos, está em “conhecer os outros [...] e, nesse ato, aprofundar o conhecimento de si e do outro”, e, assim, ainda que “por exclusão, de perceber a diferença.” (Franco, 1992, p. 14)⁵. Com mais ênfase ainda, Nóvoa afirma que o “outro” é a razão de ser da Educação Comparada pois o outro, ao mesmo tempo em que “serve de modelo ou de referência”, é quem “legitima as ações ou que impõe silêncios, que imita ou que coloniza.” (Nóvoa, 2009, p. 24). Welch, por sua vez, afirma que todo

³ A importância crucial que Sadler conferia ao contexto social nas análises comparadas no campo da educação é explicitada por sua célebre frase de que “as coisas que estão fora da escola são mais importantes que aquelas que se encontram dentro dela” (Sadler, 1964, p. 313).

⁴ O texto original de Sadler é datado de 1900, reimpresso pelo periódico norte-americano *Comparative Education Review*, em 1964, por isso antecede ao trabalho de Kandel, originalmente datado de 1933.

⁵ Na concepção de Franco, comparar jamais significa homogeneizar, muito pelo contrário. Para essa autora, a comparação, com a respectiva percepção das diferenças, deve ocorrer “sob o postulado de direitos iguais à sobrevivência, política e cultura”. Assim, se compararmos sociedades nas quais tais direitos forem significativamente díspares, necessariamente encontraremos realidades igualmente díspares, desfazendo assim a “homogeneidade pastosa da igualdade abstrata” (Franco, 1992, p. 33).

estudo comparativo deve reconhecer a “indissolúvel individualidade do outro” (Welch, 1993, p. 23)⁶.

Alguns cuidados metodológicos têm que ser tomados em todas as pesquisas de cunho comparativo. O primeiro desses cuidados metodológicos é o de não, quando utilizamos a metodologia da Educação Comparada, fazermos uso do chamado “empréstimo” puro e simples (Phillips; Ochs, 2003; Steiner-Khamsi, 2004; Marshall, 2014). Nesse sentido, sobre essa questão do significa esse chamado “empréstimo” (ou “transplante”), já em 1900, Sadler advertia que não:

Podemos passear pelos sistemas educacionais do mundo, como uma criança em um jardim, colhendo uma flor aqui e umas folhas acolá, e então esperar que, se fincarmos na terra o que colhemos, teremos uma planta viva. Um sistema nacional de educação é uma coisa viva, o resultado de lutas e dificuldades já esquecidas e 'de batalhas do passado'. Traz dentro de si algo do funcionamento secreto da vida nacional. Ao mesmo tempo em que busca remediá-las, reflete as falhas do caráter nacional (Sadler, 1964, p. 310, aspas no original).

Por outro lado, não objetivamos, como resultado de nossa pesquisa comparativa, a busca ou a adoção de “soluções mágicas”, “reformadoras” para serem aplicadas à realidade educacional brasileira, ou mesmo “elegermos” o que é melhor: o curso de graduação em Enfermagem no Brasil ou em Portugal, apesar de Broadfoot considerar que a Educação Comparada “sempre foi explícita ou implicitamente reformadora” (Broadfoot, 2000, p. 366).

Nesse sentido, para Lima e Afonso (2002), um dos objetivos principais da Educação Comparada deve ser o de identificar o que é comum ou idêntico e, simultaneamente, o que é único e específico, e não, portanto, escolher o que é “melhor” ou o que é “pior”. Além disso, Cowen (2000) considera que “não existe uma” Educação Comparada “única ou unificada, mas que existem múltiplas educações comparadas” (p. 333).

A comparação em educação estabelece uma dinâmica de raciocínio que exige a identificação de semelhanças e diferenças entre dois ou mais fatos, fenômenos ou processos educativos, os quais devem ser interpretados à luz do contexto social, político, econômico e cultural a que estão inseridos (Ferreira, 2008). Essa abordagem não se limita à análise superficial de dados, mas requer um olhar crítico e

⁶ Para Nóvoa, a valorização do outro não se limita à Educação Comparada, mas se estende à ciência de modo geral, ao afirmar que, atualmente, precisamos de uma outra ciência: uma ciência que não se baseie no excesso do mesmo, mas na aceitação do outro” (Nóvoa, 2009, p. 54, itálicos no original).

contextualizado, capaz de compreender os fatores que condicionam as práticas educacionais em distintas realidades.

Franco (2000), ao refletir sobre os fundamentos dos estudos comparativos, ressalta que o princípio essencial da comparação reside na relação com o “outro” — isto é, no reconhecimento tanto do outro quanto de si mesmo por meio dessa alteridade. A comparação configura-se, portanto, como um processo que envolve a percepção de diferenças e semelhanças e a assunção de valores nessa interação, permitindo uma compreensão profunda do outro a partir de sua própria realidade. Essa experiência relacional favorece, por exclusão e contraste, a construção da identidade do sujeito que compara.

Nesse mesmo sentido, Malet (2004) corrobora as contribuições de Franco ao afirmar que o elemento central e inegociável da Educação Comparada é justamente a presença do outro. Para o autor, o campo da Educação Comparada encontra-se atualmente engajado em um processo de redefinição conceitual, epistemológica e metodológica, o que o torna particularmente instigante para aqueles que se dedicam a investigar contextos educativos diversos. Ao pensar o outro, o pesquisador da área é desafiado a refletir também sobre sua própria realidade, construindo saberes a partir dessa tensão dialógica.

Franco (2000) também salienta que cada país apresenta desafios e potencialidades singulares no campo da educação, e que os estudos comparativos possibilitam a aprendizagem mútua entre nações. Ao analisar as experiências educacionais de outros contextos, formuladores de políticas públicas e profissionais da educação podem extrair subsídios para a reestruturação de seus próprios sistemas, promovendo melhorias que visem à equidade e à qualidade na oferta educacional.

Retomando Bereday (1972), o autor compreende que a Educação Comparada busca atribuir sentido, sobretudo, embora não exclusivamente, às semelhanças e diferenças existentes entre os diversos sistemas educacionais. Nessa perspectiva, a comparação transcende os limites nacionais ao mobilizar métodos investigativos e instrumentos analíticos que permitam o exame crítico de experiências educacionais distintas ao redor do mundo.

Para Bereday, ao ultrapassar as fronteiras geográficas, cada país se apresenta como uma variante dentro do conjunto mais amplo da experiência educacional da humanidade. Quando devidamente identificados e interpretados com rigor

metodológico, os matizes e contrastes oriundos da abordagem comparativa internacional oferecem a cada nação a possibilidade de se beneficiar das lições apreendidas por meio da observação do outro.

Nesse mesmo debate, Nóvoa (2017), adverte que a compreensão dos fenômenos educacionais exige o rompimento com os espaços tradicionais e limitadores da comparação. Segundo o autor, “dentro de cada país, existem muitos países, muitas realidades. Dentro de cada cidade, existem muitas cidades. Dentro de cada bairro, dentro de cada lugar” (Nóvoa, 2017, p. 25). Assim, ao não reconhecer as múltiplas espacialidades presentes em um mesmo território, bem como as diferentes temporalidades coexistentes em uma mesma época, compromete-se a capacidade de desenvolver novas formas de pensar e interpretar a educação em sua complexidade.

Destacado como um dos mais relevantes estudiosos contemporâneos da Educação Comparada, Nóvoa tem centrado suas contribuições nos campos da história da educação, da formação docente e das políticas públicas educacionais. Em seus trabalhos, defende a imprescindibilidade de considerar os contextos históricos e culturais na análise comparativa de sistemas educacionais, reconhecendo a singularidade de cada realidade. Além disso, enfatiza a valorização da identidade docente e da formação continuada como eixos centrais para a elaboração de políticas educacionais comparadas mais sensíveis às realidades locais.

No mesmo trabalho, Nóvoa (2009), também analisa os efeitos da globalização sobre a educação, alertando para o risco de homogeneização e padronização excessiva dos sistemas de ensino, que podem desconsiderar as especificidades culturais e sociais de cada país ou região. Nesse sentido, o autor propõe uma Educação Comparada comprometida com a diversidade, a contextualização e a construção coletiva de saberes educacionais que dialoguem com os desafios contemporâneos.

Nesse artigo, esse autor aponta três aspectos fundamentais que justificam o renovado interesse pela Educação Comparada no cenário contemporâneo. Em primeiro lugar, destaca-se a emergência de problemáticas educacionais comuns entre os países, impulsionadas pela constituição de um sistema mundial integrado nos âmbitos econômico, educacional e cultural. Esse processo de globalização gera desafios similares para diversas nações, exigindo análises comparativas que permitam compreender as diferentes formas de enfrentamento dessas questões.

Em segundo lugar, Nóvoa autor chama atenção para a crise do modelo tradicional do Estado-nação, que tem dado lugar à consolidação de novas formas de identidade local e regional. Esse deslocamento das referências tradicionais de poder e decisão em matéria educativa exige uma reconfiguração dos espaços de formulação e implementação de políticas públicas, bem como uma revisão crítica dos instrumentos analíticos empregados nos estudos comparados.

O terceiro aspecto destacado por Nóvoa nesse trabalho (2009), diz respeito à crescente internacionalização do Ensino Superior e da pesquisa científica. Essa tendência tem provocado o aumento da circulação de ideias, modelos e práticas educacionais entre países, intensificando os processos de influência mútua e de construção de redes de cooperação acadêmica. Nesse contexto, a Educação Comparada adquire relevância estratégica ao fornecer instrumentos conceituais e metodológicos para interpretar e problematizar tais dinâmicas.

Ao mesmo tempo, o autor reconhece que novos desafios se impõem à Educação Comparada contemporânea. Entre eles, destaca-se a necessidade de construir o objeto de estudo com base no diálogo entre as dimensões locais e globais, superando dicotomias e reconhecendo a interdependência entre escalas. Isso implica o desenvolvimento de modelos analíticos que não se limitem à coleta e comparação de dados estruturais, mas que sejam capazes de atribuir significado às práticas discursivas dos diversos atores, sejam eles individuais, institucionais ou políticos, e compreender como tais práticas reorganizam os espaços e sentidos da educação nos níveis nacional e internacional (Nóvoa, 2009, p. 23).

Além disso, Nóvoa ainda considera que se torna essencial ampliar o repertório metodológico da área, incorporando abordagens qualitativas, hermenêuticas, etnográficas e narrativas que deem conta da complexidade dos fenômenos educacionais e respeitem a diversidade de contextos analisados. Esse movimento de renovação epistemológica visa fortalecer o caráter crítico e interdisciplinar da Educação Comparada, promovendo uma leitura mais sensível e aprofundada dos processos educativos em diferentes realidades.

Ao articular as contribuições de Bereday (1972) e Nóvoa (2017), ressaltando que Bereday é proponente de método de pesquisa para a Educação Comparada e Nóvoa é comentarista das propostas metodológicas de pesquisas em Educação Comparada, observa-se uma complementaridade entre a fundamentação clássica da Educação Comparada e as exigências analíticas do contexto contemporâneo.

Bereday, oferece as bases metodológicas para uma abordagem sistemática e estruturada da comparação entre sistemas educacionais, valorizando o rigor investigativo e a contextualização das práticas educacionais nos marcos nacionais (Bereday, 1972). Já Nóvoa, por sua vez, amplia esse horizonte ao propor uma Educação Comparada que dialogue criticamente com os efeitos da globalização, a fragmentação das identidades e a complexificação dos espaços educativos.

Ambos os autores convergem na defesa da contextualização como elemento essencial da análise comparativa, mas Nóvoa aprofunda essa perspectiva ao problematizar os limites das comparações convencionais e ao propor novas epistemologias e metodologias capazes de captar a pluralidade de temporalidades e espacialidades que atravessam os sistemas de ensino (Nóvoa, 2017). Assim, a articulação entre o pensamento estruturante de Bereday e a abordagem crítica e contemporânea de Nóvoa reforça a importância de uma Educação Comparada que seja, ao mesmo tempo, metodologicamente rigorosa e epistemologicamente sensível às transformações do mundo atual.

A articulação entre as propostas de Bereday e Nóvoa também revela, por outro lado, uma interrelação, apesar da distância temporal entre um texto e outro e apesar das respectivas naturezas dos trabalhos (proposição de método e análise do método proposto) entre a tradição metodológica da Educação Comparada e suas transformações contemporâneas⁷. Enquanto Bereday oferece um alicerce metodológico sólido, centrado na sistematização da comparação por meio das etapas de descrição, interpretação, justaposição e comparação, Nóvoa amplia esse quadro ao incorporar elementos críticos que respondem aos desafios atuais da globalização, fragmentação social e cultural, e complexidade dos sistemas educacionais.

Para Bereday (1972), o rigor metodológico e a sensibilidade cultural são pilares indispensáveis para que a comparação ultrapasse o mero exercício descritivo e alcance uma compreensão profunda dos sistemas educacionais. Seu enfoque no conhecimento da língua, na experiência direta e na superação dos preconceitos culturais sublinha a importância de uma postura reflexiva e ética diante do objeto comparado. Assim, o método de Bereday, não apenas investiga as diferenças e

⁷ Há que se destacar que Nóvoa, assim como, por exemplo Bonitatibus (p. 55, 1989), “classifica” a proposta metodológica de Bereday como pertencente a uma vertente “positivista”, o que, na nossa opinião, não é necessariamente bom ou ruim, pois se trata apenas da opinião desses dois comentadores.

semelhanças, mas busca entender o significado dessas diferenças no contexto social, político e cultural de cada país.

Nóvoa (2009, 2017), por sua vez, enfatiza a necessidade de superar os limites tradicionais da comparação, defendendo que os estudos comparativos devem reconhecer as múltiplas espacialidades e temporalidades presentes em cada realidade educacional. Seu argumento de que “dentro de cada país existem muitos países, muitas realidades” amplia o olhar comparativo para além das fronteiras nacionais, propondo uma Educação Comparada sensível às dinâmicas locais e globais. Nóvoa também destaca a importância de incorporar as vozes e práticas dos diversos atores educacionais, valorizando as práticas discursivas e os sentidos atribuídos à educação em diferentes contextos.

Essa abordagem crítica dialoga diretamente com a proposta de Bereday (1972), de construir uma “disposição comparativa” que combine amplitude intelectual e rigor meticuloso, reforçando o caráter reflexivo e ético do pesquisador. Ambos concordam que a Educação Comparada deve ser entendida como uma prática epistemológica que fomenta o autoconhecimento a partir da compreensão do outro, configurando-se como um campo científico e humanista.

Ademais, Nóvoa amplia a perspectiva metodológica defendida por Bereday ao propor a incorporação de métodos qualitativos, narrativos e interpretativos, capazes de captar as complexidades simbólicas e culturais dos fenômenos educativos. Essa ampliação metodológica responde à crítica de que os modelos clássicos poderiam privilegiar análises estruturais e quantitativas em detrimento das dimensões subjetivas e contextuais.

Portanto, a conjugação das contribuições de Bereday e Nóvoa fundamenta uma Educação Comparada contemporânea, metodologicamente rigorosa e epistemologicamente sensível, apta a lidar com a pluralidade e a complexidade dos sistemas educacionais atuais. Essa síntese representa uma base sólida para o desenvolvimento de estudos comparativos que contribuam para a construção de políticas educacionais mais contextualizadas, inclusivas e eficazes.

2.1 A proposta metodológica de Bereday

A obra de George F. Bereday representa um marco fundacional no campo da Educação Comparada, não apenas pela sistematização metodológica que propôs, mas também por ter estabelecido os primeiros referenciais teóricos que legitimaram a comparação educacional como uma prática científica autônoma.

Em sua produção mais importante, para o campo da Educação Comparada, intitulada *Método Comparado em Educação* (1972), Bereday propõe um modelo estruturado em quatro etapas: descrição, interpretação, justaposição e comparação, que se tornou referência para pesquisadores e estudiosos da área. Essa estrutura metodológica não se limita à simples comparação de dados empíricos, mas busca compreender os sistemas educacionais à luz de seus contextos sociopolíticos, culturais e históricos.

Nesse sentido, a proposta de Bereday (1972), transcende a técnica, pois exige do comparatista um exercício interpretativo rigoroso, capaz de dialogar com a complexidade das realidades nacionais. Sua concepção de comparação está intrinsecamente vinculada à busca por entendimento mútuo entre as nações, à construção de conhecimento a partir das diferenças e à valorização da pluralidade das experiências educacionais.

Ao tratar cada país como uma variante legítima da experiência educacional humana, Bereday inaugura uma abordagem ética e analítica que ainda ressoa fortemente nos estudos contemporâneos. Sua obra continua a ser uma referência fundamental, não apenas pela clareza metodológica, mas por ter conferido à Educação Comparada um estatuto epistemológico próprio, que a afasta de análises descritivas superficiais e a posiciona como um campo crítico e interpretativo por excelência.

Ainda segundo Bereday (1972), a Educação Comparada, quando assumida em sua dimensão internacional, desenvolve a capacidade de observar os sistemas escolares estrangeiros não apenas em seus próprios contextos nacionais, mas também em contraste com outros sistemas educacionais. Para esse autor, essa capacidade analítica constitui uma das contribuições mais valiosas da Educação Comparada, pois possibilita uma compreensão mais profunda da alteridade e, por consequência, de si mesmo. Ao refletir sobre essa dinâmica, Bereday afirma que “é o

conhecimento de nós mesmos, nascido do conhecimento dos outros que constitui a mais bela lição que a Educação Comparada pode proporcionar” (1972, p. 32).

Para Bereday (1972), essa relação dialógica entre o "eu" e o "outro", mediada pelo exercício comparativo, representa, para o autor, um caminho para a sabedoria. Observar a realidade educacional de outros povos é, também, enxergar a si mesmo com novos olhos, na medida em que a experiência alheia permite reconhecer as singularidades e limitações do próprio sistema. A comparação, no entanto, não deve conduzir à homogeneização de realidades. Cada sistema educacional está inserido em um contexto único, moldado por suas condições sociais, históricas, políticas, culturais e econômicas.

Por isso, Bereday (1972, p. 33) adverte que esse exercício precisa ser orientado por uma postura ética, que respeite a diversidade e compreenda a especificidade de cada contexto. Para que o pesquisador possa realizar uma análise comparativa autêntica e aprofundada, Bereday destaca três aspectos fundamentais: o conhecimento da língua do país estudado, a experiência direta por meio da viagem e a superação de preconceitos culturais.

O primeiro aspecto, segundo o autor, refere-se à importância do domínio da língua local. Para ele, o desconhecimento linguístico representa um obstáculo significativo ao entendimento intercultural, afetando diretamente a qualidade da pesquisa comparativa. Como afirma Bereday:

O conhecimento inadequado da língua seria um obstáculo para os contatos interculturais em qualquer campo do saber [...] o conhecimento da língua permite penetrar nos segredos íntimos da nação em estudo. A língua é uma das chaves da união espiritual com um país (Bereday, 1972, p. 184-185).

Portanto, dominar a língua do país analisado é um requisito para acessar não apenas os dados, mas os sentidos culturais mais profundos que atravessam o sistema educacional.

O segundo aspecto enfatizado por Bereday (1972), é a necessidade de viajar ao país em análise. Para ele, a experiência in loco proporciona uma familiaridade essencial à verdadeira análise comparativa. A vivência do cotidiano, o contato com situações imprevistas e a observação direta da realidade social e educacional promovem uma compreensão mais orgânica e sensível das culturas investigadas. Nas palavras do autor:

Da viagem brota a compreensão. Surpreender uma cultura, o contato diário e nas mil situações imprevistas é adquirir o senso do seu teor de vida [...] permite seguir de perto e com continuidade não só as mudanças da organização do ensino, mas todos os outros fatos relevantes da política, economia, cultura e sociedade (Bereday, 1972, p. 190-191).

Assim, a viagem transcende seu caráter técnico e adquire valor epistemológico, pois possibilita a apreensão dos sentidos mais profundos das práticas educacionais.

O terceiro aspecto fundamental é a superação dos preconceitos culturais por parte do pesquisador. Bereday (1972, p. 205) alerta para os riscos de avaliações enviesadas, afirmando que “o processo de predizer os êxitos e fracassos de sistemas de educação estrangeiros tem uma armadilha oculta [...] o preconceito”.

Para esse autor, o pesquisador comparativo deve despir-se de julgamentos prévios, evitando que suas interpretações sejam contaminadas por padrões culturais próprios que impeçam o reconhecimento da legitimidade da experiência alheia. A neutralidade cultural, ou ao menos a consciência crítica de seus próprios valores, é, portanto, um princípio ético e metodológico indispensável à Educação Comparada.

Em síntese, Bereday estabelece que o exercício comparativo autêntico exige, para além de rigor teórico, uma postura sensível, ética e reflexiva por parte do observador. Sua contribuição permanece atual ao defender que compreender o outro é um caminho necessário para compreender a si mesmo, e que a verdadeira comparação só ocorre quando realizada com profundidade, empatia e respeito pela diversidade.

Tomando como referência essa perspectiva, Bereday (1972) reforça que compreender o outro e a si mesmo são os elementos fundantes do ato comparativo. Esse exercício dialógico, ao exigir a convivência simultânea com diferentes culturas, conduz à construção de uma “disposição comparativa”, considerada por ele uma habilidade intelectual que conjuga amplitude e rigor, sendo conquistada unicamente por meio do trato constante com dois ou mais contextos socioculturais.

Assim, trata-se, também, de um posicionamento epistemológico que rompe com a superficialidade das comparações imediatas, ao demandar um olhar mais sensível e comprometido com os significados culturais subjacentes às práticas educacionais.

Nesse aspecto, Ferreira (2008) aprofunda esse entendimento ao afirmar que a comparação é uma via para alcançar a realidade educacional em sua complexidade, permitindo a revelação das múltiplas camadas que estruturam os sistemas de ensino.

A Educação Comparada, nesse sentido, não busca verdades absolutas, mas interpretações que iluminem as especificidades dos contextos analisados. O ato de comparar é, assim, também um ato de escuta e reconhecimento das diversidades culturais, sociais e históricas.

Ainda segundo Bereday (1972), a primeira justificativa da Educação Comparada é de natureza essencialmente intelectual. O autor sustenta que o impulso pelo conhecimento, o “saber pelo saber”, constitui o fundamento legítimo para a inclusão da disciplina nos currículos universitários. Essa justificativa se ancora na tradição humanista da educação, que valoriza o pensamento crítico e o entendimento do mundo como componentes indispensáveis à formação de cidadãos conscientes e comprometidos com a transformação social.

Corroborando esse ponto de vista, Ferreira (2008) destaca que a comparação é um componente intrínseco ao desenvolvimento do conhecimento humano, tendo sempre acompanhado o avanço das ciências e da compreensão da realidade. Nesse contexto, a Educação Comparada torna-se, para os pesquisadores, uma estratégia promissora na construção de alternativas educacionais mais justas e inclusivas, contribuindo com a esperança de uma sociedade mais equitativa.

De maneira similar, Lourenço Filho (2004) reconhece o valor heurístico da comparação ao considerá-la um instrumento essencial para esclarecer questões teóricas e práticas do campo educacional. Para ele, a Educação Comparada é caracterizada por uma abrangente escala de observação, tendo como objeto os sistemas nacionais de ensino, os quais se estruturam em torno de serviços escolares e paraescolares com especificidades próprias de cada povo. A análise comparativa, portanto, se inicia com a descrição e confronto desses sistemas, a fim de identificar suas semelhanças e diferenças, tanto no plano formal quanto no plano funcional.

Esse autor observa, ainda, que o processo educacional deve ser entendido como uma projeção institucional das forças culturais de um povo, as quais orientam a relação entre as gerações. Assim, os sistemas de ensino, se bem-organizados, podem exercer uma ação transformadora sobre a sociedade, promovendo uma capacidade de autodireção fundamentada no esclarecimento individual e coletivo. Nesse sentido, a Educação Comparada não se limita a catalogar soluções isoladas, mas se propõe a construir modelos interpretativos capazes de promover a harmonia entre os povos e o progresso comum da humanidade.

Ao retomar essa concepção ampliada da comparação, Bereday (1972) enfatiza que o julgamento comparativo constitui a síntese de um processo investigativo profundo e especializado. A análise dos sistemas educativos requer do pesquisador não apenas domínio técnico, mas também sensibilidade cultural, disposição ética e capacidade crítica. Para ele, o observador comparatista deve ser capaz de produzir uma “fotografia final” da cultura estudada, uma imagem analítica que reflita não a aparência, mas a essência do sistema educacional em seu entrelaçamento com os demais aspectos estruturantes da sociedade.

Ainda segundo Bereday (1972), a Educação Comparada tem como objetivo principal encontrar sentido nas semelhanças e diferenças entre os sistemas nacionais de educação. Para isso, o pesquisador deve estar devidamente preparado para conduzir as diversas etapas do método comparado, dedicando-se com rigor e profundidade à análise das realidades educacionais. Esse autor enfatiza que a pesquisa comparada é composta por quatro etapas fundamentais: descrição, interpretação, justaposição e comparação das informações coletadas, configurando um processo metodológico estruturado e sistemático.

No contexto da história da Educação Comparada, outros estudiosos contemporâneos a Bereday, como Noah e Eckstein (1969), ampliaram essa perspectiva ao identificar duas etapas adicionais que emergiram ao longo do século XX. A primeira dessas etapas busca identificar as forças e fatores que moldam os sistemas nacionais de educação, embora não possua uma denominação específica.

Já a segunda dessas etapas, denominada “explicações”, recorre às ciências sociais, como a ciência política, a economia e a sociologia, para esclarecer empiricamente as relações entre educação e sociedade, utilizando métodos quantitativos e empíricos. Conforme destacam Noah e Eckstein (1969, p. 4), essas etapas avançam a Educação Comparada para além da mera descrição, promovendo uma análise crítica e fundamentada em dados sociais.

Noah e Eckstein (1969) ampliam a análise ao enfatizar a importância de situar o objeto de estudo dentro de um contexto social complexo, utilizando ferramentas das ciências sociais para construir explicações fundamentadas. Assim, para esses autores, a Educação Comparada contemporânea não se limita a descrever e comparar sistemas, mas avança para compreender as forças estruturais que moldam esses sistemas e explicar suas dinâmicas por meio de abordagens multidisciplinares. Para Noah e Eckstein (1969), essa integração torna a pesquisa mais robusta,

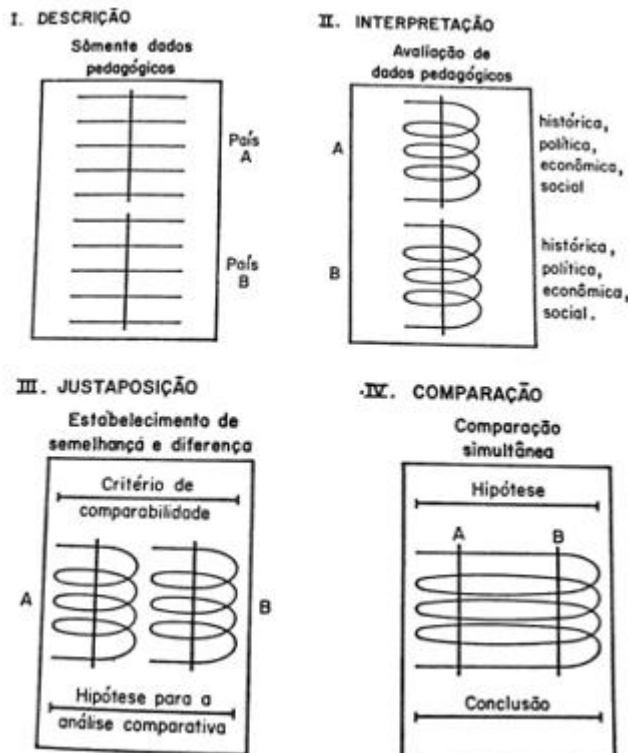
permitindo análises que combinam rigor qualitativo e quantitativo, essencial para enfrentar os desafios educacionais atuais.

Retomando Bereday, consideramos que as pesquisas educacionais que utilizam o método comparado de Bereday, iniciam-se pela contextualização das realidades educacionais a serem investigadas, seguem para a interpretação dos dados empíricos e dos contextos sociais que os permeiam, avançam para a justaposição dessas realidades e culminam na comparação propriamente dita, sem que tais procedimentos sejam considerados estanques, muito pelo contrário, tais passos se retroalimentam, em um movimento permanente.

Esse percurso metodológico assegura que a análise seja rigorosa e sensível às especificidades de cada sistema, promovendo um conhecimento aprofundado e crítico das práticas educacionais em diferentes países.

Para um melhor entendimento do método de pesquisa proposto por Bereday (1972), ele o ilustra graficamente, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Etapas do Método Comparativo na Pesquisa Educacional



Fonte: Bereday (1972)

A seguir são apresentados os 04 (quatro) passos propostos por Bereday, a saber:

a) Descrição

A primeira etapa do método comparado consiste na descrição minuciosa dos sistemas educacionais ou dos fenômenos a serem comparados. Essa fase exige uma coleta detalhada de dados, que podem incluir documentos oficiais, estatísticas, currículos, práticas pedagógicas, entre outros elementos. O objetivo é construir um panorama claro e fiel das realidades estudadas, sem julgamentos ou interpretações iniciais. Por exemplo, ao comparar os sistemas de Ensino Superior em dois países, a descrição incluiria informações sobre a estrutura dos cursos, duração, modalidades de avaliação e legislação vigente em cada contexto.

b) Interpretação

Na etapa de interpretação, o pesquisador busca compreender o significado dos dados coletados, analisando-os à luz dos contextos histórico, social, político e cultural de cada sistema educacional. Trata-se de ir além da descrição factual para identificar as razões e os sentidos que sustentam as práticas e políticas educacionais. Por exemplo, ao interpretar as diferenças na duração dos cursos de Enfermagem entre Portugal e Brasil, o pesquisador pode analisar como fatores históricos e demandas sociais influenciam essas configurações.

c) Justaposição

A justaposição envolve colocar lado a lado as informações e interpretações dos sistemas estudados, destacando as semelhanças e diferenças observadas. Essa etapa permite visualizar padrões, contrastes e convergências que podem não ser evidentes na análise isolada de cada realidade. Por exemplo, ao justapor os currículos de formação de enfermeiro em dois países, o pesquisador pode identificar conteúdos comuns, bem como especificidades locais, como ênfase em políticas inclusivas ou metodologias inovadoras.

d) Comparação

Finalmente, a etapa de comparação consiste em analisar criticamente as semelhanças e diferenças identificadas, buscando explicações e implicações para a

teoria e prática educacional. Essa fase visa construir conhecimento sistematizado que possa contribuir para o aprimoramento dos sistemas educacionais envolvidos. Por exemplo, a comparação pode revelar que determinados modelos de avaliação, presentes em um sistema, são eficazes para promover a aprendizagem e podem ser adaptados a outros contextos, respeitando suas particularidades culturais.

Há que se ressaltar que tais etapas se constituem em procedimentos metodológicos não estanques, muito pelo contrário, no mais das vezes, antes de finalizar uma etapa, já estamos pensando na seguinte ou, até mesmo, realizando a última etapa (a comparação propriamente dita), assim que estamos de posse de grande parte dos dados coletados das realidades a serem comparadas, assim como das informações contidas nas respectivas descrições (primeira etapa proposta por Bereday).

2.2 A aplicação do Método Comparado de Bereday nos nossos objetos de pesquisa

A análise comparativa da formação inicial em Enfermagem entre Brasil e Portugal pode ser estruturada a partir do método proposto por Bereday (1972), complementado pelas fases identificadas por Noah e Eckstein (1969). Inicialmente, na etapa de descrição, foi realizada a coleta detalhada de dados oficiais referentes à formação dos enfermeiros em ambos os países, incluindo legislações específicas (como o Decreto-Lei 353/99 em Portugal e as Diretrizes Curriculares Nacionais no Brasil), estrutura curricular, carga horária, modalidades de ensino e requisitos para obtenção do registro profissional. Esta fase buscou apresentar um panorama dos sistemas formativos, fundamentando a análise subsequente.

Na etapa de interpretação, procedeu-se à análise contextual desses dados, considerando os aspectos históricos, sociais, econômicos e culturais que influenciaram a formação em cada contexto nacional. Por exemplo, a tradição do ensino politécnico em Portugal, associada a uma formação técnica especializada, contrasta com a formação universitária brasileira, marcada por uma atuação ampliada e integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, foram examinadas as diferenças relativas ao reconhecimento profissional e à autonomia do enfermeiro em cada país, evidenciando a influência das políticas de saúde e a educação vigentes.

A justaposição consistiu em colocar lado a lado as informações e interpretações dos dois países, destacando semelhanças e diferenças significativas. Observa-se, por exemplo, que ambos valorizam a formação prática, porém diferem na organização curricular e na carga horária total, refletindo suas respectivas políticas educacionais e demandas do sistema de saúde. Essa etapa permitiu a visualização clara dos contrastes e convergências que fundamentam a análise comparativa.

A etapa de comparação envolveu a análise crítica dessas semelhanças e diferenças, buscando compreender suas implicações para a qualidade da formação e para o exercício profissional dos enfermeiros. Pode-se inferir que a ênfase técnica-politécnica em Portugal favorece a especialização, enquanto a formação brasileira promove uma atuação mais abrangente, alinhada ao modelo de saúde pública. Tal comparação possibilita a identificação de práticas e estratégias que podem ser adaptadas ou aprimoradas em cada país, contribuindo para o desenvolvimento da formação em Enfermagem.

Complementarmente, segundo Noah e Eckstein (1969), torna-se fundamental identificar as forças sociais, políticas e econômicas que moldam esses sistemas formativos. Aspectos como a organização dos sistemas nacionais de saúde, os investimentos públicos em educação e as demandas demográficas constituem fatores estruturantes que condicionam os currículos e as práticas formativas. Por exemplo, o impacto do SUS no Brasil e do Serviço Nacional de Saúde em Portugal são elementos essenciais para compreender as diferenças observadas.

Finalmente, a explicação dos fenômenos educacionais comparados promoveu a utilização de métodos empíricos e quantitativos das ciências sociais. A análise de indicadores como número de enfermeiros formados, taxas de empregabilidade e satisfação profissional permite compreender como os contextos sociais e econômicos influenciam a efetividade da formação e a qualidade do exercício profissional. Essa abordagem multidisciplinar enriquece a Educação Comparada, conferindo-lhe maior rigor científico e relevância prática.

A formação do enfermeiro está profundamente entrelaçada com os contextos históricos, sociais, culturais e políticos de cada país. Analisar comparativamente os sistemas de ensino responsáveis por essa formação permite compreender não apenas as diferenças e semelhanças estruturais entre as políticas educacionais, mas também os sentidos sociais atribuídos à prática da Enfermagem em distintos contextos. Nesse sentido, a Educação Comparada surge como um campo do

conhecimento fundamental, ao passo que as Ciências Sociais oferecem instrumental teórico para a compreensão crítica dos processos educativos e das normativas que regulam a profissão.

Desta forma, sob a perspectiva da Educação Comparada, Bereday também propõe a utilização das contribuições das Ciências Sociais, das quais procuramos incorporar algumas considerações de Nóvoa (2009), Bourdieu (1997), Foucault (2013) e Freire (2005), a fim de interpretar os mecanismos estruturais e simbólicos que operam na constituição da Enfermagem como campo profissional e formativo.

Segundo Bereday (1972), a Educação Comparada é uma ferramenta essencial para a compreensão dos sistemas educacionais, especialmente ao buscar sentido nas semelhanças e diferenças entre eles. Sua proposta metodológica se apoia em quatro etapas fundamentais: descrição, interpretação, justaposição e comparação. Para o autor, o pesquisador deve se dedicar atentamente a essas fases, compreendendo que a comparação é a última etapa de um processo analítico criterioso, que começa com a imersão nas realidades a serem estudadas.

Contemporâneos a Bereday, Noah e Eckstein (1969) ampliaram essa abordagem, introduzindo duas novas fases à história da Educação Comparada: a identificação dos fatores que moldam os sistemas nacionais de educação e a etapa explicativa, na qual as Ciências Sociais, por meio de métodos empíricos e quantitativos, ajudam a compreender as relações entre educação e sociedade. Essas etapas reconhecem a complexidade dos fenômenos educacionais, localizados em contextos específicos e ao mesmo tempo atravessados por dinâmicas globais.

As Ciências Sociais, enquanto campo analítico, permitem compreender que a formação do enfermeiro é mais do que um processo técnico ou pedagógico: ela está inserida em uma estrutura social que condiciona e, ao mesmo tempo, é condicionada pelas políticas públicas, pelas relações de poder, pelos discursos sobre saúde e pelos valores culturais. Pierre Bourdieu (1997), por exemplo, ao teorizar sobre os campos sociais, ajuda a entender a Enfermagem como um campo de disputa por reconhecimento, legitimidade e capital simbólico. A formação do enfermeiro, nesse contexto, torna-se uma estratégia de reprodução ou de transformação desse campo.

Michel Foucault (2013), ao analisar as formas de saber-poder, contribui para refletir sobre como os currículos de Enfermagem organizam discursos que normatizam os corpos, os saberes e as práticas profissionais. A regulação da formação por meio de diretrizes e leis pode ser vista como instrumento de

disciplinamento, mas também de resistência, a depender da forma como os sujeitos se apropriam desse processo.

Paulo Freire (2005), em sua obra *Pedagogia do oprimido*, por sua vez, fornece um olhar humanizador e crítico para a formação profissional em Enfermagem. Sua defesa da educação problematizadora, dialógica e emancipatória oferece caminhos para pensar uma formação que não se limite à aquisição de competências técnicas, mas que forme profissionais capazes de intervir criticamente na realidade social e nos sistemas de saúde.

Nesse contexto, as Ciências Sociais auxiliam a compreender como essas políticas e práticas formativas são moldadas por fatores históricos, sociais e econômicos que vão além dos documentos legais. Permitem também identificar os sujeitos que atuam nesse processo, estudantes, professores, gestores, conselhos profissionais, e os sentidos que atribuem à formação e à profissão de enfermeiro/a.

3. HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

A gênese da Enfermagem como prática social e profissional no território brasileiro remonta ao período colonial (séculos XVI ao XIX), marcado por intensas transformações sociodemográficas e epidemiológicas. Nesse contexto, observa-se a precariedade e a desvalorização social do cuidado aos enfermos, condição que encontra ressonância na análise de Daniel (1981), na obra *A Enfermagem Planejada*, ao destacar as inconveniências historicamente atribuídas à assistência prestada às pessoas doentes desde as civilizações antigas.

Durante o período em que o Brasil constituiu uma colônia do Reino de Portugal, a dinâmica social e econômica, marcada pela escravidão e pela monocultura de exportação, refletiu-se na incipiência do desenvolvimento de uma infraestrutura de saúde. A assistência aos enfermos era precária e descontínua, caracterizada pela ausência de um sistema organizado (Paixão, 1979).

Nesse contexto, as práticas de cuidado à saúde eram multifacetadas e não institucionalizadas. O pajé, figura central nas comunidades indígenas pré-coloniais, exercia um papel de curador, utilizando fitoterapia e rituais terapêuticos. Com a chegada dos jesuítas, introduziu-se uma Medicina de cunho religioso, que, embora com objetivos de conversão, também oferecia assistência à saúde. Escravizados, voluntários e boticários itinerantes também desempenhavam papéis assistenciais, ainda que de forma assistemática (Paixão, 1979; Santos Filho, 1991).

A demografia e o perfil epidemiológico da colônia sofreram alterações drásticas com a chegada dos europeus. As populações indígenas, anteriormente expostas a um espectro limitado de patologias, tornaram-se vulneráveis a doenças infectocontagiosas importadas, como sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, febre tifóide, malária, disenteria e gripe (Calaidinho, 2005). Esse cenário de vulnerabilidade epidemiológica resultou em surtos epidêmicos com alta morbimortalidade.

Os jesuítas, dotados de habilidades de observação clínica, desempenharam um papel relevante na identificação de sintomas e na compreensão da evolução de diversas moléstias. Suas intervenções terapêuticas, embora limitadas pelos conhecimentos da época, representavam uma forma de assistência organizada. Eles prestavam cuidados a indígenas feridos em conflitos, ofereciam suporte a

parturientes, tratavam enfermidades e ferimentos, além de proverem alimentação (Calaidinho, 2005).

Um marco importante na história da Enfermagem no Brasil Colônia foi a atuação do Padre José de Anchieta (1553 - 1597). Diante de um surto de escorbuto, a bordo da esquadra de Diogo Flores Valdez no Rio de Janeiro, Anchieta organizou um núcleo hospitalar improvisado para acolher e tratar os enfermos. Essa iniciativa é historicamente reconhecida como a gênese da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (Paixão, 1979), instituição que se tornou central na assistência à saúde na colônia.

Assim, a atuação do Pe. Anchieta transcendeu a catequese, abrangendo atividades de ensino, assistência médica e, notavelmente, de Enfermagem. Sua dedicação ao cuidado das necessidades de saúde da população o configura como uma figura proeminente nesse período Colonial (Freitas, 2017).

A permanente colaboração do Pe. Anchieta com os indígenas permitiu aos jesuítas incorporarem o conhecimento local sobre as propriedades terapêuticas da flora brasileira, utilizando plantas medicinais no tratamento de diversas condições. Os registros documentais de Anchieta fornecem *insights* valiosos sobre o conhecimento médico e as práticas de cuidado dos povos originários, incluindo o uso de guaraná, copaíba e tratamentos para picadas de animais peçonhentos (Paixão, 1979).

As ordens religiosas, em particular a Companhia de Jesus, desempenharam um papel crucial na implementação de práticas de saúde no território colonial, destacando-se, também, a atuação do Pe. Inácio de Tolosa. Esse padre foi precursor na criação de enfermarias e casas de isolamento nas aldeias indígenas demonstra uma preocupação com a organização da assistência aos enfermos em um contexto de alta vulnerabilidade epidemiológica (Lopes, 1934). Pode-se afirmar que essas enfermarias improvisadas representavam os primórdios de uma estrutura assistencial.

Além das iniciativas dos jesuítas, as Santas Casas de Misericórdia emergiram como as principais instituições de assistência à saúde na colônia, com a fundação da primeira delas em Santos (1543) e a subsequente criação de outras em importantes centros urbanos como Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus (Paixão, 1979). A escassez de médicos, como evidenciado pelo registro de apenas 04 (quatro) médicos na cidade do Rio de Janeiro em 1789, reforça a importância do papel desempenhado por religiosos e outros agentes na prestação de cuidados.

Durante os séculos XVII e XVIII, a proliferação das Santas Casas em diversas capitanias fortaleceu o modelo caritativo-religioso de cuidado, reproduzindo padrões europeus centrados na assistência à pobreza e ao sofrimento, frequentemente ligados às ordens religiosas femininas (Orem, 1971).

O século XIX representou um período crucial para a emergência e reconhecimento da Enfermagem no campo da saúde. Marcado pelo advento do positivismo, do movimento higienista e pela adoção de métodos experimentais, o século XIX impulsionou o desenvolvimento das práticas de cuidado humano.

Nesse contexto científico e social, Florence Nightingale estabeleceu os fundamentos da Enfermagem contemporânea, influenciando decisivamente a trajetória da profissão. Florence Nightingale (1820–1910) ocupa um lugar singular na história da Enfermagem, não apenas como cuidadora, mas como uma reformadora social e a fundadora da Enfermagem moderna (Rajabally, 1994).

Nascida em Florença, na Itália, em 12 de maio de 1820, em uma família aristocrática britânica, era filha de William Edward e Frances Nightingale. Desde cedo, foi influenciada por um ambiente familiar progressista e engajado em causas sociais, o que contribuiu decisivamente para a formação de sua visão crítica e humanista do mundo (Lopes; Santos, 2010).

Seu pai, um defensor convicto da educação feminina como instrumento de emancipação, e seu avô materno, William Smith, conhecido parlamentar britânico que lutou pela liberdade religiosa e pela abolição da escravidão, compunham um contexto familiar profundamente comprometido com reformas sociais.

A educação de Nightingale, cuidadosamente conduzida por seu pai, contrastava com os modelos tradicionais destinados às mulheres da época. Ela foi instruída em diversas disciplinas, como línguas estrangeiras, filosofia, matemática, estatística, história geral e religião (Lopes; Santos, 2010).

Essa base intelectual sólida não apenas a distinguiu das demais mulheres de sua geração, mas também lhe proporcionou instrumentos analíticos valiosos para sua atuação na saúde pública e na reestruturação dos sistemas hospitalares. Suas ideias, ousadas para o século XIX, revelam uma mente visionária aliada a um profundo senso de responsabilidade social (Lopes; Santos, 2010).

Um ponto decisivo na trajetória de Nightingale ocorreu aos 17 anos, quando teve uma experiência espiritual que interpretou como um chamado divino ao serviço humanitário. Para ela, essa vocação manifestava-se no cuidado aos doentes,

especialmente os que se encontravam nos hospitais em condições precárias (Schiari, 2014).

Movida por esse impulso, passou a se envolver diretamente com as realidades sociais de sua época, visitando instituições como asilos e hospitais. Mesmo diante da resistência de sua família, que esperava para ela um destino mais tradicional, condizente com sua classe social, Nightingale manteve firme o desejo de se tornar enfermeiro. Essa atitude revelava não apenas a força de sua convicção, mas também o embrião de sua futura atuação reformadora na área da saúde (Schiari, 2014).

A oposição familiar refletia os valores conservadores da sociedade vitoriana, onde a Enfermagem era vista como uma ocupação de baixo prestígio, inapropriada para mulheres da elite. Ainda assim, sua determinação não se abalou (McEvens; Wills, 2011).

Em julho de 1850, buscando aprimoramento técnico e prático, Nightingale viajou à Alemanha e ingressou na Escola da Ordem das Diaconisas, em Kaiserswerth, sob a orientação do Pastor Fliedner, da Igreja Luterana. Essa experiência foi fundamental para sua formação, pois, além do aprendizado técnico, revelou seu talento natural para os cuidados e gestão em saúde. O impacto dessa vivência foi tão relevante que ela chegou a publicar um relato promovendo a escola como uma oportunidade de formação e trabalho digno para mulheres (Lopes; Santos, 2010).

Comprometida com sua formação, Nightingale seguiu visitando hospitais em várias regiões da Europa e do Reino Unido. Essas visitas ampliaram seu entendimento sobre saúde pública e administração hospitalar (Lopes; Santos, 2010). Sua trajetória profissional ganhou um novo marco com a nomeação, em Londres, como superintendente do *Institution for Sick Gentlewomen*, onde permaneceu até o início da Guerra da Crimeia (Lopes; Santos, 2010).

O conflito na Guerra da Crimeia em 1854, envolvendo a Grã-Bretanha, França e Turquia contra a Rússia, gerou uma crise sanitária grave nos campos de batalha. Nightingale, acompanhada de 38 enfermeiros, ofereceu-se para atuar num hospital militar em Scutari, próximo a Constantinopla (atual Istambul). Ao chegar, deparou-se com um cenário alarmante: soldados gravemente feridos deitados no chão, instalações insalubres e falta de médicos e materiais básicos. A taxa de mortalidade chegava a 60% entre os internados.

Aplicando seus conhecimentos em estatística, Nightingale iniciou o registro metódico das mortes. Por meio de intervenções simples, mas eficazes, como a

higienização dos ambientes, lavagem das mãos, troca de roupas e melhorias nos enxovais, ela promoveu uma drástica mudança. Com a ajuda de doações, obteve alimentos frescos, água potável e instrumentos médicos. O impacto foi evidente e imediato, pois a taxa de mortalidade caiu para 42% e, posteriormente, para apenas 2,2% (Asad, 2014; McEvens; Wills, 2011).

Sua presença constante e o cuidado atento aos soldados renderam-lhe grande admiração. As rondas noturnas feitas com uma lamparina tornaram-se símbolo de sua dedicação e lhe renderam o apelido de “A Dama da Lâmpada”. O sucesso de sua atuação chamou a atenção da coroa britânica e, com o apoio da Rainha Vitória, uma comissão oficial foi criada para investigar as condições sanitárias dos hospitais militares.

Durante esse período, Nightingale inovou também na forma de apresentar dados. Utilizando gráficos circulares, semelhantes a diagramas de pizza, ela produziu representações visuais claras e impactantes. Seu famoso “Diagrama de causas de mortalidade”, ou “gráfico das rosas”, demonstrava de forma eloquente como as más condições de higiene, mais do que os próprios ferimentos, eram responsáveis pela maior parte das mortes entre os soldados. Doenças como cólera, disenteria e tifo eram os verdadeiros inimigos.

Munida de dados coletados com precisão e organizados de forma acessível, Florence apresentou ao governo britânico um argumento incontestável pela reforma sanitária nos hospitais. Suas representações visuais foram decisivas para convencer autoridades e impulsionar mudanças substanciais, que levaram à queda significativa da mortalidade e à reestruturação dos serviços de saúde militar (Ramos, 2017).

Ao regressar da guerra, Nightingale foi recebida como heroína nacional. Mais do que uma figura de caridade, ela havia se tornado símbolo de competência técnica, liderança e inovação. Seu trabalho quebrou paradigmas, elevando a Enfermagem a uma profissão digna, científica e essencial. Além disso, fortaleceu a posição da mulher em um campo profissional dominado por visões conservadoras (Oguisso, 2005).

Nightingale atribuía grande importância à participação dos enfermeiros nas visitas médicas aos pacientes, com o objetivo de prevenir erros, evitar esquecimentos e garantir a correta interpretação das orientações clínicas. Para tanto, incentivava o uso sistemático de anotações e apontamentos baseados em observações precisas, ressaltando que a prática da Enfermagem deveria estar ancorada na organização e no registro rigoroso de informações. Segundo Palmer (1983), Nightingale defendia

que a melhoria das condições de saúde estava diretamente associada ao ensino formal da Enfermagem, atribuindo aos profissionais da área grandes responsabilidades no processo de cuidado.

O reconhecimento pelo trabalho desempenhado durante a Guerra da Crimeia resultou na concessão de um prêmio pelo governo britânico, que possibilitou a fundação da primeira escola laica de Enfermagem, no Hospital St. Thomas, em Londres, em 24 de junho de 1860. A instituição foi construída com duas finalidades principais, quer sejam, a de preparar enfermeiros para atuar em hospitais e em atendimentos domiciliares a pacientes pobres, e a de formar profissionais aptas ao exercício do ensino de Enfermagem.

O processo seletivo valorizava prioritariamente as qualidades morais das candidatas, e o curso era marcado por uma disciplina rigorosa. Essa exigência justificava-se pelo contexto da época, em que o cuidado aos doentes, na Inglaterra, era frequentemente delegado a indivíduos considerados moralmente inadequados. Assim, o modelo defendido por Nightingale era oposto ao vigente, inspirando-se nas práticas éticas das ordens religiosas, mas com caráter laico. Seu compromisso era garantir à Enfermagem uma função social digna e reconhecida no cuidado ao ser humano.

Os princípios que fundamentaram a criação da escola foram moldados não apenas pela sua experiência nos campos de batalha, mas também pela formação aristocrática que recebeu anteriormente. Nightingale era uma mulher de pensamento original e visão ampla de mundo, que se destacou em diversas áreas do saber.

Já no fim do século XIX, em 1899, ela voltou a demonstrar sua visão avançada ao defender que a formação em Enfermagem deveria integrar o ensino universitário. Engajada com a Associação Britânica, passou a lutar pelo registro oficial da profissão e pela criação de um conselho regulador formado por enfermeiros, com autonomia para estabelecer critérios técnicos, éticos e legais. Essa proposta visava garantir que a Enfermagem pudesse definir seu próprio rumo, com independência e autoridade (Oguisso, 2005).

3.1 Os primórdios da Enfermagem no Brasil

A solidificação do ensino de Enfermagem no Brasil teve início formal com a criação da Escola Profissional de enfermeiros do Hospital Nacional de Alienados (EPEE), instituída por meio do Decreto-Lei nº 791, de 1890, durante o governo de Marechal Deodoro da Fonseca.

Essa escola, considerada a primeira instituição oficial de ensino de Enfermagem no país, surgiu com o propósito de oferecer formação prática em propedêutica e em administração interna das enfermarias. Sua estrutura foi vinculada ao Hospício Pedro II, que na época era dirigido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e posteriormente passou à administração federal, com foco exclusivo no atendimento psiquiátrico. A direção do hospital ficou a cargo do Dr. Teixeira Brandão, sendo o corpo docente composto, majoritariamente, por médicos psiquiatras (Paixão, 1979).

A criação da EPEE respondeu à necessidade urgente de substituir os cuidados anteriormente prestados por irmãs de caridade por profissionais tecnicamente preparados para atender à crescente demanda da assistência em saúde mental. A institucionalização do ensino foi, portanto, uma estratégia para profissionalizar a prática da Enfermagem no contexto hospitalar, especialmente diante das transformações sociopolíticas do período republicano (Brasil, 1890; Varela, 2005).

Como parte do esforço de qualificação técnica, foi firmado um acordo entre os governos do Brasil e da França, por meio do qual enfermeiras francesas, vinculadas à Fundação Rockefeller⁸, foram convidadas a prestar serviços de assistência e treinamento na Escola Profissional. Essa colaboração internacional buscava incorporar ao ensino de Enfermagem brasileiro os avanços científicos e organizacionais já consolidados na Europa, especialmente no campo da saúde mental com o objetivo de organizar os serviços de Enfermagem em saúde pública e implementar uma escola de Enfermagem de padrão internacional. (Paixão, 1979).

No Brasil, a Fundação Rockefeller desempenhou papel decisivo na formação de enfermeiros, impulsionando a profissionalização da Enfermagem e a modernização dos serviços de saúde. Sua atuação concretizou-se, sobretudo, por meio da criação

⁸ A Fundação Rockefeller é uma organização filantrópica americana que, ao longo do tempo, teve um papel significativo no desenvolvimento da saúde pública e da educação em diversos países (Castro-Santos, 1989).

da Escola de enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), concebida com o propósito de aplicar conhecimentos científicos e tecnológicos na resolução de problemas sociais, com ênfase inicial na saúde pública e na educação.

A década de 1920 caracterizou-se por um cenário sanitário crítico, marcado por surtos recorrentes de febre amarela, varíola e peste bubônica, que comprometiam a saúde da população e representavam entraves ao comércio internacional. Nesse contexto, sob a liderança de Carlos Chagas à frente do DNSP e em colaboração com a Fundação Rockefeller, a escola iniciou suas atividades em 1923, adotando um modelo sistematizado de ensino voltado à formação de profissionais aptos a atuar nas ações de saneamento urbano e no controle de epidemias. Em 1926, a instituição recebeu oficialmente a denominação de Escola de Enfermagem Anna Nery e, em 1931, foi incorporada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), consolidando-se como referência nacional na profissionalização e na valorização científica da Enfermagem no país (Korndofer; Ramacciotti, 2021).

A contribuição das mulheres na história da Enfermagem no Brasil é marcada pela atuação de mulheres que, com coragem, sensibilidade e compromisso social, contribuíram significativamente para a consolidação da profissão como campo científico e humanitário. Entre essas figuras emblemáticas, destaca-se Ana Neri, reconhecida como a primeira enfermeira brasileira (Schumacher; Brazil, 2000).

Ana Justina Ferreira Neri (1814 - 1880), nasceu na Bahia, e teve papel central na história da saúde no Brasil. Viúva do capitão de fragata Isidoro Antônio Neri desde 1844, Neri enviou, em 8 de agosto de 1865, um ofício ao presidente da província solicitando autorização para atuar como enfermeira voluntária na Guerra do Paraguai (1864 – 1870), movida pelo propósito de prestar auxílio aos soldados e também como uma maneira de acompanhar seus filhos que estavam no campo de batalha (Schumacher; Brazil, 2000).

Durante o conflito, Neri embarcou para o campo de batalha junto com o chamado Exército de Voluntários, atuando como enfermeira e diante de inúmeras adversidades, especialmente a perda de um filho e de um sobrinho. Mesmo assim, sua dedicação foi tamanha que lhe conferiu, posteriormente, reconhecimento nacional.

Em 6 de maio de 1870, ao retornar da guerra, foi homenageada no Rio de Janeiro com uma coroa de ouro gravada com a inscrição “A heroína da caridade”, hoje preservada no acervo do Museu do Estado da Bahia. Também recebeu um álbum de

homenagens e um retrato pintado por Vitor Meireles, exposto na Cruz Vermelha Brasileira. Neri passou a ser denominada "Mãe dos Brasileiros" e é considerada heroína da Enfermagem na Guerra do Paraguai, vindo a falecer em 1930, aos 66 anos (Schumacher; Brazil, 2000).

Em sua homenagem, foi fundada a primeira escola oficial de Enfermagem do Brasil, a Escola de Enfermagem Anna Nery, inaugurada no Rio de Janeiro em 1926. Esta instituição foi a primeira a adotar os padrões da *American Nurses Association* (ANA), reafirmando o papel da educação científica e técnica como base para o exercício profissional (Grisard; Vieira, 2009).

Waleska Paixão (1903-1993), foi outra, importante figura na história da Enfermagem brasileira. nascida em 3 de novembro de 1903, Paixão teve seu primeiro contato com as "habilidades" básicas da Enfermagem ao ter que cuidar de sua irmã, que adoeceu durante a pandemia da Gripe Espanhola, em 1918. Assim, aos 15 anos, iniciou cuidados de Enfermagem orientados por um médico da família, o que despertou seu interesse e vocação para a profissão. Formou-se pela Escola de Enfermagem Carlos Chagas da Universidade Federal de Minas Gerais (EECC/UFMG) (Azevedo; Carvalho; Gomes, 2009).

Em 1933, passou a integrar o corpo docente da mesma escola, ministrando a disciplina "Drogas e Soluções". Simultaneamente aluna e professora, Paixão, concluiu sua formação aos 35 anos e, como diretora, elevou a instituição aos padrões da Escola de Enfermagem Anna Nery. Foi bolsista do Instituto de Assuntos Interamericanos e, posteriormente, realizou pós-graduação em Administração na Universidade de Cornell (EUA).

Atuou também na criação da seção mineira da Associação Brasileira de enfermeiras Diplomadas (ABED), e, mais tarde, tornou-se diretora da ABED nacional e da Escola de Enfermagem Anna Nery, onde permaneceu por 16 anos. Paixão, publicou artigos científicos em periódicos nacionais e internacionais, sendo autora do livro *Páginas de História da Enfermagem*, de 1951. Por seus méritos, foi condecorada com a medalha de prata da Johnson & Johnson em 1968 e, em 1983, recebeu o título de Doutora *Honoris Causa* da Universidade Federal do Rio de Janeiro a 3 de maio de 1983, em cerimônia realizada na sala das Congregações do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ. Waleska Paixão faleceu em 25 de novembro de 1993, deixando um importante legado à Enfermagem brasileira (Azevedo; Carvalho; Gomes, 2009).

O desenvolvimento da profissão de Enfermagem foi também consideravelmente marcado pelas contribuições de Wanda de Aguiar Horta (1926–1981). Horta foi enfermeira, docente e pesquisadora brasileira, considerada uma das figuras mais influentes na consolidação da Enfermagem moderna no Brasil. Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em 1948 e pós-graduada na mesma Instituição em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem, defendeu o doutorado na Escola de Enfermagem Anna Nery, com a tese “A Observação Sistematizada na Identificação dos Problemas de Enfermagem em seus Aspectos Físicos”, em 1968. Horta, dedicou sua carreira à docência e à produção científica, tornando-se pioneira na sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) no país (Brasil, 2024).

Sua principal contribuição teórica foi o desenvolvimento da “Teoria das Necessidades Humanas Básicas”, inspirada na hierarquia de necessidades de Abraham Maslow e nas classificações propostas por João Mohana. Essa teoria propõe que o cuidado de Enfermagem deve atender de forma integral e interdependente às dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais do ser humano. A partir desse referencial, Horta estruturou a SAE como um instrumento metodológico sistemático com ênfase no cuidado do paciente, constituído pelas seguintes etapas: Avaliação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Evolução de Enfermagem, com foco na prestação de cuidados individualizados, humanizados e baseados em evidências. É um instrumento essencial para a prática profissional, reconhecido por seu rigor científico e relevância pedagógica (Brasil, 2024).

Na obra *Processo de Enfermagem*, Wanda de Aguiar Horta (1979) apresenta e conceitua o processo de Enfermagem como instrumento metodológico destinado a sistematizar as ações profissionais, com o propósito de elevar a qualidade e a efetividade do cuidado e da assistência prestados ao paciente (Horta, 1979). Em 1973, Horta representou o Brasil na elaboração do documento sobre o ensino de Fundamentos de Enfermagem, a convite da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), em Washington (EUA). Este documento consolidou sua contribuição para a formação em Enfermagem na América Latina (Reigel *et al.*, 2023).

Horta faleceu aos 55 anos, deixando um vasto acervo de estudos e publicações que continuam a influenciar gerações de enfermeiros. Seu legado é uma referência na construção de uma Enfermagem científica, ética e centrada no cuidado.

Sua definição de Enfermagem permanece atual e inspiradora, abaixo retratada nas palavras de Hermida:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação, de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais. Gente que cuida de gente (Hermida, 2004, p. 27).

A trajetória de Florence Nighthingale, Ana Neri, Waleska Paixão e Wanda Horta, evidenciou não apenas o protagonismo feminino na história da Enfermagem, mas também o compromisso com a humanização, a ciência e a transformação social por meio do cuidado.

A história da Enfermagem no Brasil se constitui como um processo dinâmico de construção do saber, intrinsecamente vinculado à prática profissional e permanentemente orientado para seu aperfeiçoamento. Essa trajetória caracteriza-se por influências de ordens culturais, políticas, econômicas e institucionais, que moldaram os modelos educacionais e as formas de formação de enfermeiras e enfermeiros em cada período histórico.

Um dos propósitos centrais desse desenvolvimento tem sido a consolidação da Enfermagem como campo científico autônomo, sustentado por um referencial teórico-metodológico próprio, legitimado no meio acadêmico e reconhecido pela sociedade. Esse processo histórico, ancorado em diferentes concepções e práticas, contribuiu para a legitimação acadêmica e o reconhecimento social da profissão no Brasil, reafirmando seu papel essencial na promoção, prevenção e recuperação da saúde

No contexto da configuração do campo profissional da Enfermagem no Brasil, destacamos abaixo, como forma de comprovação empírica da constituição desse campo de conhecimentos, as principais associações, órgãos de classe e programas de alcance nacional, que se destacaram na evolução e regulamentação do exercício profissional da Enfermagem no Brasil.

a) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)

A fundação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), representou um avanço significativo na organização da classe profissional, promovendo o debate científico, a regulamentação da prática e a valorização do ensino superior em Enfermagem no Brasil (Brasil, 1952).

AABEn inicialmente criada em 1926, sob o nome de Associação Nacional das Enfermeiras Diplomadas, surgiu a partir da atuação das primeiras enfermeiras formadas pela Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública e pela antiga Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro. Sua sede atual está localizada em Brasília.

Reconhecida como entidade de utilidade pública por meio do Decreto Federal nº 31.417, de 11 de setembro de 1952, a ABEn tem como missão promover o desenvolvimento político, social e científico da Enfermagem. Seus princípios estão pautados na ética profissional e na defesa da educação em Enfermagem como eixo estruturante da assistência à saúde e da organização dos serviços de saúde no Brasil. A entidade compromete-se ainda com a promoção da educação, da ciência e da cultura, defendendo políticas públicas que assegurem a melhoria da qualidade de vida da população, o acesso universal e equânime à saúde e a valorização da profissão (Brasil, 1952).

b) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN)

O Sistema COFEN / COREN, foi instituído pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, estruturando um sistema normativo com a finalidade de regulamentar e fiscalizar o exercício da profissão de Enfermagem em todo o território nacional. Esse sistema assegura prerrogativas legais que enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem atuem conforme os preceitos éticos estabelecidos, conforme previsto na Resolução COFEN nº 564/2017 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem), protegendo tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços de saúde.

A resolução nº 564/2017, estabelece deveres como prestar assistência de Enfermagem livre de riscos e danos, manter o sigilo profissional, respeitar a privacidade e autonomia do paciente, garantindo a segurança do paciente e da equipe de Enfermagem (Brasil, 2017). Assim, como deveres a resolução respalda a Enfermagem nos direitos dos profissionais, principalmente no que diz respeito ao direito de recusar a execução de atividades que não correspondam às suas atribuições.

O COFEN, é responsável por estabelecer diretrizes nacionais, emitir resoluções e pareceres normativos, além de supervisionar os conselhos regionais. Entre suas normas mais relevantes, destaca-se a Resolução COFEN nº 609/2019, que define as

atribuições do enfermeiro, e a Resolução nº 581/2018, que reconhece as especialidades e qualificações profissionais para atuação no mercado de trabalho.

Por sua vez, os Conselhos Regionais de Enfermagem - CORENs atuam na base jurisdicional, sendo responsáveis pela fiscalização do exercício profissional, emissão de registros, aplicação de penalidades, e promoção de ações educativas por meio de eventos, cursos e orientações técnicas.

c) Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), constitui um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, tendo como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade e a equidade no atendimento à população (Brasil, 1990).

O SUS organiza e regula os serviços de saúde em todo o território nacional, garantindo o acesso à promoção, proteção e recuperação da saúde. A gestão dos recursos e serviços ocorre de forma descentralizada e hierarquizada, com planejamento ascendente, articulando os níveis municipal, estadual e federal. A responsabilidade pela contratação de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, recai principalmente sobre os municípios e estados, por meio de concursos públicos ou processos seletivos (Brasil, 1990).

A Enfermagem constitui a maior força de trabalho do SUS, estando presente em todas as esferas de atenção – da atenção básica à alta complexidade – em unidades de saúde, hospitais, institutos, serviços de emergência, hemodiálise, transplantes, programas de vacinação, saúde da mulher, do idoso e da criança, entre outros.

O enfermeiro exerce papel de liderança nas equipes de Enfermagem, sendo responsável pelo planejamento, supervisão e avaliação das ações assistenciais. Além disso, a Enfermagem é incentivada a desenvolver práticas baseadas em evidências e pesquisas científicas que fortaleçam o cuidado qualificado e humanizado no sistema público de saúde.

O Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com o CNPq, é um exemplo de incentivo à produção científica na área da saúde, com foco em temas prioritários para o aprimoramento das políticas públicas e práticas assistenciais no âmbito do SUS (Brasil, 2004).

A relevância da Enfermagem no contexto do SUS é amplamente discutida na literatura científica. Fonseca (2011), por exemplo, destacam o compromisso da profissão com a construção de políticas públicas e com a consolidação do SUS como espaço de cuidado, ensino e pesquisa. Já Figueiredo e Tonini (2011), na obra “SUS e PSF para Enfermagem: Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva”, incentivam reflexões críticas sobre o papel do enfermeiro na atenção primária, promovendo uma abordagem integrada e humanizada da saúde coletiva.

d) Programa Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família (PSF), instituído oficialmente em 1994 pelo Ministério da Saúde, representa uma das estratégias mais significativas de reorganização da atenção primária no Brasil. Alinhado aos princípios do SUS, o PSF tem como objetivo principal a reorientação do modelo assistencial, priorizando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde por meio de equipes multiprofissionais que atuam diretamente nos territórios onde vivem os usuários (Brasil, 1994).

A estratégia do PSF foi concebida para aproximar os serviços de saúde das comunidades, promovendo um cuidado centrado na pessoa, na família e no contexto sociocultural. As equipes de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, desempenham papel fundamental na construção de vínculos com a população, na identificação de riscos e na condução de ações intersetoriais e educativas (Brasil, 1994).

Nesse contexto, a Enfermagem exerce um papel de destaque, especialmente o enfermeiro, que atua como coordenador da equipe, realizando consultas de Enfermagem, acompanhando gestantes, crianças, pacientes com doenças crônicas e organizando o processo de trabalho da unidade. O enfermeiro também participa de ações educativas, visitas domiciliares, supervisão dos agentes comunitários e do planejamento das ações junto à comunidade.

A implantação do PSF provocou uma significativa ampliação do campo de atuação da Enfermagem, além de uma resignificação do cuidado em saúde. O foco passou a ser a integralidade do cuidado e a atenção contínua, o que exigiu dos profissionais uma formação mais abrangente, pautada em competências como comunicação, gestão, liderança, educação em saúde e articulação comunitária.

Conforme evidenciado por Figueiredo e Tonini (2011), a prática de Enfermagem no âmbito do PSF exige uma compreensão ampliada da saúde, considerando fatores biopsicossociais e a construção de estratégias coletivas voltadas ao cuidado humanizado e à equidade no acesso aos serviços. Nesse sentido, o PSF representa um espaço privilegiado de atuação crítica e transformadora para a Enfermagem, contribuindo para a consolidação do SUS e para o fortalecimento da saúde pública no Brasil.

Desta forma, analisando o contexto histórico-social e normativo, o papel da Enfermagem e suas instituições representativas na saúde pública brasileira, evidencia sua importância estratégica na organização dos serviços de saúde e na promoção do cuidado integral à população, é o que podemos exemplificar, quando destacamos a pandemia do COVID-19⁹.

A Enfermagem sempre teve um papel fundamental no processo saúde-doença da população brasileira, quer seja na atenção primária ou de complexidade, é o enfermeiro e sua equipe de técnicos e auxiliares que desenvolvem o cuidado para a promoção do indivíduo sadio. Foi durante a pandemia do COVID 19, que a Enfermagem no Brasil e do mundo pôde assumir seu verdadeiro papel na saúde em meio a uma crise sanitária sem precedentes. Protagonistas de uma história, a Enfermagem cuidou, lutou, adoeceu e viu de perto a morte para cuidar do outro.

Durante a pandemia, diversos profissionais da saúde, equipes multiprofissionais deram as mãos e se mobilizaram pela vida em todo o mundo. A linha de frente estava ali, para dar suporte e realizar o melhor no tratamento, mas também foram tempos difíceis, evidenciando trabalho exaustivo, esgotamento físico e emocional, decorrente das condições laborais adversas e constante exposição aos riscos ocupacionais.

Os profissionais sentiram o aumento da demanda assistencial nas instituições de saúde, tendo em vista o número alarmante do aumento de casos da doença, e a preocupação por falta de insumos e EPIs (Equipamento de Proteção individual) para a assistência direta ao paciente contaminado. Organizações, indústrias e governos se mobilizaram para ajustar a demanda necessária para o atendimento em hospitais,

⁹ A pandemia do coronavírus, causador da doença COVID-19, iniciou-se no final do ano de 2019 e se alastrou pelo mundo, tendo sido oficialmente declarada como uma pandemia, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020.

pronto socorros e unidades de saúde. O socorro, chegou de todos os lados e, muitas foram as doações da sociedade, para exemplificar, como doação o primeiro lote Face Shield¹⁰, recebido no setor público de um hospital do Estado de São Paulo, trouxe um pouco de alívio aos profissionais, para o atendimento ao paciente (citação do autor).

A disseminação do coronavírus, causador da doença COVID-19, se alastrou pelo mundo, declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. Rapidamente a doença foi disseminada em todos os continentes, e no Brasil nove meses após o início da pandemia já haviam registros de 200 mil mortes em decorrência do vírus ou de suas complicações (World, 2020).

Muitos foram os medos, mas nenhum como o de ir para casa para contaminar a família, o filho, a esposa. “Durante a pandemia em curso, mesmo sem se infectar com a doença, os profissionais de Enfermagem tiveram que se afastar de seus familiares como medida protetiva” (Emanuel *et al*, 2020). Não sabiam em que momento voltariam para casa, e se voltariam para casa.

A doença do coronavírus (COVID-19), foi classificada pela OMS como uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. A doença contaminou, adultos, crianças e idosos independentes da idade, com maior risco para pessoas com comorbidades como: diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, crônicas ou câncer e imunodeprimidos. No Brasil a taxa de mortalidade foi de 240,5 por 100.000 mil habitantes (World, 2020).

Durante a pandemia por risco de contaminação e falta de enfrentamento suficiente dos órgãos de saúde, as doenças crônicas deixaram de ser tratadas, cirurgias canceladas, aumentando, ainda mais, o risco de adoecimento pela falta de tratamento adequado, e inatividade das atividades físicas e lazer da população (Hallal, 2023). Medidas extremas na circulação de pessoas foram necessárias, a recomendação de distanciamento físico, o chamado *lockdown*, bem como medidas tradicionais de comportamento e hábitos de higiene foram intensificadas a fim de assegurar a saúde das pessoas (El-Aziz; Stockanda, 2020).

Após três anos de negociações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou um acordo destinado a ampliar a capacidade de atuação dos governos no

¹⁰ *Face Shield* é um equipamento de proteção individual, uma máscara de proteção transparente fixada à cabeça de material plástico, amplamente utilizado no atendimento do coronavírus, com o objetivo de proteger o profissional contra respingos, gotículas e outros tipos de projeções perigosas para o rosto, olhos e boca.

compartilhamento de informações sobre surtos, no fortalecimento dos sistemas de saúde pública, na criação de mecanismos de financiamento e na promoção do acesso equitativo a vacinas, tratamentos e diagnósticos (Brasil, 2022).

Nesse contexto, as vacinas constituíram, indiscutivelmente, o principal recurso preventivo contra a COVID-19, tendo sido desenvolvidas e aprovadas em tempo recorde, o que possibilitou a redução significativa de casos e o fortalecimento da resposta imunológica da população. Conforme destaca documento oficial do Ministério da Saúde, “a liberação das primeiras vacinas contra a COVID-19, 100% nacionais e disponibilizadas para o Sistema Único de Saúde, representa um marco da autossuficiência brasileira e do fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)” (Brasil, 2022). Ainda segundo a mesma fonte:

Termos realizado uma transferência tecnológica desse porte, em tão pouco tempo, para atender a uma emergência sanitária, reafirma o papel estratégico de instituições públicas, como a Fiocruz, para o desenvolvimento do país e para a garantia de acesso, com equidade, a um bem público (Brasil, 2022).

A Organização Pan-Americana da Saúde cita que o acordo estabelece princípios, abordagens e instrumentos para melhorar a coordenação internacional em diversas áreas, com o objetivo de fortalecer a arquitetura global da saúde para prevenção, preparação e resposta às pandemias, incluindo vacinas, diagnósticos e tratamentos (Organização, 2025).

Essas medidas preventivas, com controles sanitários vigentes são fundamentais para a população brasileira e internacional, reinserindo a saúde e segurança na vida em sociedade. Os mecanismos de fortalecimento e disponibilidade de recursos evitam dessa forma, novas epidemias, danos à saúde da população, valorização e segurança aos profissionais na linha de frente de trabalho.

A procura por espaço mais digno e valorizado no trabalho também se aplica a melhores condições de trabalho, carga horária e melhores salários. Diariamente a classe de Enfermagem solicita e faz apelo aos órgãos competentes, COFEN/COREN para melhores condições de trabalho, carga horária reduzida e fiscalizações em instituições que praticam abuso aos profissionais da área.

A Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022, instituiu o piso salarial nacional para os profissionais de Enfermagem no Brasil, representando um marco histórico na valorização da categoria. A lei abrange profissionais da rede pública e privada, incluindo os setores civil e militar. No entanto, sua efetiva implementação exigiu

posteriores decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) e regulamentação por meio de emenda constitucional e portarias federais, uma vez que o impacto orçamentário nas redes públicas e filantrópicas exigiu a previsão de compensações financeiras pela União (Brasil, 2022).

A promulgação desta lei reflete a reivindicação histórica da Enfermagem brasileira por melhores condições de trabalho, reconhecimento profissional essencial na promoção da saúde pública e justiça salarial, especialmente após o reconhecimento alcançado pela categoria durante a pandemia de COVID-19.

Além de representar um avanço normativo, o piso salarial legal contribui para o fortalecimento da dignidade, valorização e segurança socioeconômica dos profissionais da Enfermagem no país (Brasil, 2022). Portanto, a luta pelo piso salarial da Enfermagem se insere em um movimento histórico mais amplo de valorização social, política e econômica da profissão no Brasil, em consonância com os princípios de equidade e justiça social preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Com o intuito de melhor valorização da profissão de Enfermagem no Brasil o COFEN emite pareceres e faz *lobby* no parlamento brasileiro¹¹, buscando aprovação de novas leis que ajudem a melhorar a qualidade dos serviços de Enfermagem existentes no Brasil, nos mais diferentes aspectos, por exemplo, desde campanha contra a permissão da existência de cursos de graduação em Enfermagem ofertados na modalidade de Educação à Distância, até sobre a carga horária de trabalho dos profissionais de Enfermagem, e, atualmente, sobre a implementação efetiva do Piso Nacional Salarial dos/das Profissionais de Enfermagem.

Uma das maiores reivindicações do COFEN/COREN no ensino de Enfermagem foi atendida. A Portaria MEC nº 378, de 19 de maio de 2025 em seu artigo 5º, determina: Art. 5º Os cursos de graduação em Direito, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia devem ser ofertados exclusivamente no formato presencial (Brasil, 2025).

Dados do Enade (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), mostram que a EAD prejudicou o desempenho dos alunos na área da saúde, apresentando notas insatisfatórias no ensino. Tal decisão prioriza a segurança e a eficiência dos

¹¹ Apesar da atividade *lobby* não ser regulamentada no Brasil, é de conhecimento público o exercício dessa atividade no parlamento brasileiro, seja por meio de instituições (sindicatos, conselhos profissionais, etc.), ou seja por meio de pessoas que representam os mais diversos interesses.

serviços prestados à população. A proibição dessa política de ensino tem por objetivo elevar o padrão de ensino de Enfermagem, protegendo a integridade dos futuros profissionais.

Desta forma, o COFEN vai de encontro a humanização do trabalhador e visa a mudança da carga horária de trabalho para 30h semanais. Tramita no congresso nova lei em favor da Enfermagem por melhores condições de trabalho com a redução da carga horária, que em muitos lugares e instituições avançam a 44 horas de jornada por plantão.

O Conselho Federal de Enfermagem em suas atribuições defende a redução da carga horária semanal da Enfermagem para 30 horas, com um piso salarial proporcional a essa jornada de trabalho. A PEC nº 30 (Proposta de Emenda à Constituição), em tramitação no Congresso Nacional, é uma proposta de alteração constitucional, cujo objetivo é o de reduzir para 30 horas/semanais a carga horária máxima dos trabalhadores da Enfermagem no Brasil. A medida é prioritária e também objetiva garantir reajustes anuais de salários, aprimorar a qualidade da assistência de Enfermagem por meio da valorização profissional e de melhores condições de trabalho (Brasil, 2024).

Assim, podemos afirmar que a história da Enfermagem no Brasil está intimamente ligada aos processos de colonização, institucionalização da saúde e profissionalização das práticas assistenciais, conforme procuramos evidenciar com o a Tabela 1.

Tabela 1 - Linha do Tempo da Enfermagem no Brasil

Período / Data	Evento / Marco Relevante
Século XVI	Início da colonização portuguesa; cuidado realizado por pajés, jesuítas e voluntários.
1543	Criação da primeira Santa Casa de Misericórdia em Santos.
1553-1597	Atuação de Padre José de Anchieta como educador e cuidador de enfermos.
Século XVII – XVIII	Proliferação das Santas Casas em diferentes capitanias (RJ, BA, PE, etc).
Século XIX	Movimento higienista e positivista; avanço da Medicina e organização hospitalar.
1854-1856	Atuação de Florence Nightingale na Guerra da Crimeia.
1860	Fundação da primeira escola de Enfermagem moderna (St. Thomas Hospital, Londres).
1890-1930	Influência religiosa e assistencial na formação de enfermeiros no Brasil.
1923	Criação da Escola Anna Nery, primeira escola oficial de Enfermagem no Brasil.
1947	Fundação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).
1973	Criação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselhos Regionais (CORENs).
1988	Instituição do Sistema Único de Saúde (SUS); ampliação da atuação da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.
1994	Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), com atuação fundamental de enfermeiros.
2000 - Atualidade	Avanço da regulamentação profissional, especializações, autonomia e inserção em políticas públicas de saúde.
2022	Sancionada a Lei nº 14.434/2022, que institui o piso salarial nacional da Enfermagem.
2025	Publicada a Portaria MEC nº 378/2025, que proíbe a oferta de cursos de graduação em Enfermagem na modalidade EAD.

Fonte: Dados elaborados pela autora (2025), com base em documentos históricos e normativos da Enfermagem brasileira

4. A LEI DE BASES DO SISTEMA EDUCATIVO DE PORTUGAL E O CONTEXTO DA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM

Uma, entre tantas, das concepções possíveis para entendermos o conceito de educação é que a mesma transcende a mera transmissão de conhecimentos, constituindo-se como um processo contínuo e intrínseco à existência humana. Como, por exemplo, salienta Freitas (2010), “a educação acompanha o sujeito desde sempre, é através dela que o homem internaliza saberes, troca experiências, transforma o meio social em que está inserido, ela é intrínseca, acompanha as relações do homem com os outros e com o mundo ao seu redor”.

Para entendermos como se dá a formação inicial do profissional de Enfermagem em Portugal, optamos por iniciar nossa análise pela Constituição da República Portuguesa (1976), no que se refere a educação, em seguida pela Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) e, por fim, pelas normas infralegais (decretos e afins) que regulamentam a formação inicial do profissional de Enfermagem em Portugal.

A Constituição da República Portuguesa (1976) estabelece a educação como um direito de todos e um dever do Estado, com o objetivo de promover o desenvolvimento integral da pessoa, assegurando igualdade de oportunidades e participação democrática na vida em sociedade. Nesse sentido, a educação é compreendida como um processo contínuo, sendo a escola um dos elementos centrais – mas não o único – na formação do ser humano.

Essa perspectiva abrangente ressalta o papel fundamental da educação na constituição do indivíduo como um ser social, capaz de interagir, refletir e transformar seu contexto socioeconômico-cultural. A formação humana, nesse sentido, não se limita ao ambiente formal de ensino, mas se estende por toda a vida, impulsionando o crescimento, o aperfeiçoamento e a busca por uma realidade em que os sujeitos sejam valorizados por sua essência (Szewczyk *et al.*, 2005).

É sob essa ótica que a educação se torna um pilar indispensável, não apenas para o desenvolvimento pessoal, mas também para a construção de profissionais conscientes e engajados. Nesse contexto global, e especificamente na União Europeia, à qual Portugal está interligado, cada país estabelece as normas e leis do seu Ministério da Educação como baliza para o desenvolvimento dos saberes nas

Instituições de Ensino Superior (IES), garantindo a qualidade e a relevância da formação (Portugal, 2005).

Há que destacar que, apesar da Constituição Portuguesa afirmar que a educação é uma obrigação do Estado, um dever, não significa que a mesma seja totalmente gratuita em Portugal. Pelo contrário, para os jovens ingressarem no sistema de educação superior portuguesa, é necessário o pagamento de propinas, para todos os níveis e modalidades ofertados pela Educação Superior em Portugal, quer seja, licenciaturas¹², mestrados ou doutoramentos, sejam tais cursos realizados em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas ou privadas (Portugal, 2019)¹³.

A adesão de Portugal ao Processo de Bolonha, por exemplo, torna o sistema de ensino superior português idêntico, em linhas gerais, com todos os outros sistemas de ensino superior dos países que fazem parte da Comunidade Europeia. Isso, por um lado, facilita o reconhecimento das qualificações profissionais de todas as áreas do conhecimento em todos esses países e, ao mesmo tempo, também promove e incentiva a mobilidade de estudantes e de profissionais¹⁴.

Embora não seja uma legislação isolada, as diretrizes da legislação educacional portuguesa são, em linhas gerais, muito semelhantes às diretrizes das legislações educacionais de todos os países que compõem o chamado Bloco Europeu, em função do que define o Processo de Bolonha, especialmente a definição de que a Educação Superior é composta por uma estrutura de 03 (três) ciclos (licenciatura, mestrado e doutoramento).

¹² Em Portugal, todos os cursos superiores que concedem um grau acadêmico são denominados "licenciaturas", ao passo que no Brasil, licenciaturas são os cursos de nível superior que habilitam os alunos a atuarem como docentes na Educação Básica, ou seja, são cursos destinados exclusivamente à formação de professores.

¹³ A propina, em Portugal, é uma taxa de emolumentos paga pelo aluno anualmente para cursar o Ensino Superior. Essa taxa visa cobrir os custos com a educação e é de suma importância para o sistema de financiamento do Ensino Superior, cujos valores são estabelecidos pelo Estado ou pelas Instituições de Ensino Superior (IES). Assim sendo, no contexto educacional português, o significado de "propina" é de taxa escolar, ao passo que no Brasil, o significado comum é relativo a "suborno".

¹⁴ O chamado "Processo de Bolonha" é um acordo, celebrado em 1999 por 29 países europeus, que se propõe a organizar, de forma semelhante, o Ensino Superior na Europa, criando assim o Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES), com o objetivo de, entre outros, facilitar e incrementar a mobilidade de estudantes e profissionais de nível superior entre as atuais 48 nações europeias signatárias.

Para o Processo de Bolonha, além de estruturar os sistemas de Educação Superior nos 03 (três) ciclos citados acima, o conjunto desses ciclos deve, preferencialmente, ser realizado no período de 08 (oito) anos, sendo que as licenciaturas devem durar, no máximo, 03 (três) anos, os mestrados devem durar, no máximo, 02 (dois) anos e os doutoramentos, por sua vez, devem durar, no máximo, 03 (três) anos (Portugal, 2005).

Para que a padronização do sistema de Educação Superior europeu, proposta pelo Processo de Bolonha, ocorra efetivamente, um dos instrumentos cruciais¹⁵, intrínseco ao sistema de Educação Superior, é o Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos (ECTS)¹⁶, que permite a validação e o reconhecimento do trabalho acadêmico realizado em uma instituição em qualquer outro país da União Europeia, promovendo a flexibilidade e o intercâmbio, impactando diretamente os currículos e a qualidade da formação dos enfermeiros portugueses. (Portugal, 2005).

Já em 2007, a Lei n. 62 definiu “o regime jurídico das instituições de ensino superior” (IES), sejam elas públicas ou privadas, universidades ou institutos politécnicos (Portugal, 2007). Essa legislação regulamentou a autonomia das IES e sua relação com o Estado, definindo sua constituição, atribuições, organização, funcionamento e competências estabelecidas. Essa autonomia configura-se como um princípio essencial da governação universitária, permitindo às IES a autogestão no desenvolvimento das suas funções de ensino, investigação científica e prestação de serviços à sociedade.

As Instituições de Ensino Superior (IES) sempre tiveram um papel fundamental na criação e disseminação de saberes. Entretanto, com o avanço da globalização – caracterizada pela formação de um sistema econômico global e pela adoção de políticas que transcendem fronteiras, essas instituições são crescentemente compelidas a se ajustar às dinâmicas de um mercado mundial (Coura, 2017).

Nesse cenário, a lei estabelece que cabe a cada instituição de ensino superior definir seus objetivos, programas e metodologias de ensino, planos de estudos e

¹⁵ Crucial no sentido de que padroniza a quantidade da carga de trabalho acadêmico do estudante. Na Europa, 01 (um) ECTS equivale a 28 horas de trabalho acadêmico, ao passo que na Inglaterra e nos Estados Unidos da América, 01 (um) ECTS equivale a 15 ou 16 horas de trabalho acadêmico. No sistema de Educação Superior brasileiro, o equivalente ao ECTS é o que chamamos de “crédito”, onde 01 (um) crédito equivale a 15 horas/aula (ou horas de trabalho acadêmico).

¹⁶ No original em inglês *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS).

critérios de avaliação (Portugal, 2007). Tal autonomia da IES abrange a investigação científica, pedagógica, administrativa, financeira e disciplinar na formação em Enfermagem, sempre de acordo com os recursos disponíveis e sem prejuízo do seu diploma de criação e do cumprimento de seus objetivos contratados com o Estado. Essa prerrogativa garante liberdade acadêmica, fomento à produção científica e integração em redes de pesquisa nacionais e internacionais (Portugal, 2007).

A relevância da carreira e da formação em Enfermagem em Portugal encontra respaldo legal em dois marcos distintos, porém complementares. O Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro, instituiu a carreira de Enfermagem, reconhecendo a especificidade e a importância dessa profissão no sistema de saúde (Portugal, 1981). Posteriormente, a Lei de Bases do Sistema Educativo Lei n.º 46/86, de 14 de outubro, estabeleceu os fundamentos da educação em Portugal, incluindo os princípios orientadores da formação superior em saúde (Portugal, 1986).

Alterações posteriores, como o Decreto-Lei n.º 353/99, contribuíram para a adequação da formação em Enfermagem às exigências contemporâneas da profissão e ao contexto europeu (Portugal, 1999). Esses marcos legais foram essenciais para estabelecer os direitos e deveres dos profissionais, delinear a política educativa e organizar o currículo de Enfermagem nas instituições de Ensino Superior portuguesas.

A criação do ensino politécnico em Portugal, formalizada pelo Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de dezembro, representou uma mudança estrutural no Ensino Superior, ao instituir uma via formativa orientada para a aplicação prática do conhecimento e para a qualificação técnica de nível superior. No campo da Enfermagem, esse modelo consolidou-se com a integração das escolas de Enfermagem ao subsistema politécnico, estruturando os cursos de licenciatura nas Escolas Superiores de Saúde.

O ensino politécnico distingue-se por valorizar a prática profissional em ambientes reais de cuidado, por meio de estágios supervisionados, ensino clínico e unidades curriculares voltadas à resolução de problemas, à tomada de decisão e à ética no exercício profissional. Após a adesão de Portugal ao Processo de Bolonha, em 2006, o ensino politécnico passou a conferir o grau de licenciado, permitindo a continuidade dos estudos em mestrados e doutoramentos, especialmente em articulação com universidades. Até os dias atuais, o ensino politécnico permanece como uma estrutura consolidada na formação de enfermeiros em Portugal, contribuindo para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e para a

qualificação de profissionais preparados para atuar de forma autônoma, ética e responsável no sistema de saúde (Portugal, 1988).

Em Portugal, a profissão de Enfermagem é exercida exclusivamente por profissionais com formação superior em Enfermagem, conferida em grau de licenciatura, em categoria do curso não havendo subcategorias técnicas ou auxiliares como ocorre em outros países. Essa configuração confere à Enfermagem portuguesa um caráter unificado e altamente qualificado, centrado na autonomia científica, técnica e ética dos enfermeiros, conforme regulado pela Ordem dos enfermeiros. Assim, o enfermeiro é o único profissional autorizado a prestar cuidados de Enfermagem, desempenhando funções que abrangem desde a promoção da saúde e prevenção da doença até à prestação de cuidados especializados, gestão, docência e investigação (Portugal, 1996).

A Ordem dos enfermeiros (OE), que é o conselho profissional que regulamenta a profissão de enfermeiro(a) em Portugal, define a Enfermagem como a profissão que, na área da saúde, tem por objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, durante todo o ciclo vital, da família e da comunidade (Portugal, 1996)¹⁷.

É fundamental compreender as características das modalidades de ensino que moldam a formação em Enfermagem em Portugal, quer sejam, o ensino politécnico e o ensino universitário. O ensino politécnico, conforme estabelece a Direção-Geral do Ensino Superior (Portugal, 2024), é orientado para uma investigação aplicada e de desenvolvimento, buscando a compreensão e solução de problemas concretos. Seu propósito é proporcionar uma sólida formação cultural e técnica de nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e de análise crítica, e ministrar conhecimentos científicos de índole teórica e prática com vistas ao exercício de atividades profissionais.

Por sua vez, o ensino universitário é direcionado à promoção da investigação e à criação do saber (Portugal, 2024). Este visa assegurar uma sólida preparação científica e cultural, oferecer formação técnica que habilite para o exercício de atividades profissionais e culturais, e fomentar o desenvolvimento das capacidades de concepção, inovação e análise crítica.

¹⁷ A Ordem dos enfermeiros de Portugal (OE) é o conselho profissional da enfermagem em Portugal, equivalente ao COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) brasileiro.

Um marco importante para a formação em nível superior do enfermeiro em Portugal foi o Decreto-Lei n. 353/99. Essa lei representou a transição do grau de bacharelado para a licenciatura em Enfermagem (Portugal, 1999), consolidando esse último como o nível acadêmico padrão para a formação dos profissionais, para o mercado de trabalho.

Além disso, essa lei assegurou aos estudantes que cursavam ou estavam por concluir o bacharelado a opção de se inscreverem, no ano letivo imediato, para a transição de grau e a conclusão da licenciatura, estabelecendo um ano complementar no currículo. Essa formação expandida pôde ser ministrada em escolas superiores de Enfermagem e escolas superiores de saúde (Portugal, 1999e; Portugal 1999f).

O Decreto-Lei 353/99, que regulamentou a transição para a licenciatura, esclarece que o Ensino Superior de Enfermagem passa a ser ministrado sob a tutela do Ministério da Educação, em institutos politécnicos, institutos politécnicos de saúde ou universidades, todos conferindo a denominação de licenciatura em Enfermagem (Portugal, 1999).

A formação em licenciatura em Enfermagem possui duração de quatro anos curriculares, assegurando uma sólida base em participação de gestão de serviços, formação e qualificação de enfermeiros, e no desenvolvimento da prática de investigação em seu âmbito de trabalho (Portugal, 1999).

A Portaria n. 799-D/99, de 18 de setembro, estabelece o Regulamento Geral, a duração e a carga horária do curso de licenciatura em Enfermagem, determinando que cada ano letivo deveria ter 36 semanas de atividades pedagógicas, e que a carga horária total do curso variaria entre 4600 e 4800 horas (Portugal, 1999d).

A estrutura curricular do curso de licenciatura em Enfermagem em Portugal contempla uma formação integrada, composta por unidades curriculares de natureza teórica, teórico-prática, prática laboratorial e ensino clínico. A carga horária global obrigatória deve situar-se entre 4.600 e 4.800 horas, distribuídas ao longo de, no mínimo, quatro anos letivos (Portugal, 1999d).

Desse total, aproximadamente um terço da carga horária, ou seja, entre 1.533 e 1.600 horas, é reservado ao ensino teórico. Já o ensino clínico, correspondente ao estágio supervisionado obrigatório, representa cerca de 50% da carga horária total, o que equivale a 2.300 a 2.400 horas. As horas remanescentes, cerca de 600 a 900 horas, são destinadas a atividades teórico-práticas, prática laboratorial, projetos,

seminários e outras metodologias de ensino integradoras, compondo uma formação sólida e multidimensional (Portugal, 1999d).

Tal distribuição busca assegurar que o futuro enfermeiro desenvolva competências técnico-científicas, éticas e relacionais necessárias ao exercício profissional, conforme os parâmetros definidos no Processo de Bolonha e nas diretrizes do Ensino Superior em saúde (Portugal, 1999).

As disciplinas ou unidades curriculares do curso de licenciatura em Enfermagem visam formar enfermeiros competentes em áreas científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais, para prestar cuidados de Enfermagem de qualidade. Elas abrangem desde conhecimentos básicos como anatomia e fisiologia, até áreas mais específicas como saúde pública, ética profissional e gestão de serviços de saúde.

As disciplinas a serem desenvolvidas no ensino teórico e prático constam do Decreto-Lei n. 320/87, de 27 de agosto (alínea I do artigo 1º e n. 2 do artigo 1º), mantidas pelo Decreto-Lei 353/99, e podem ser detalhadas, por exemplo, na Tabela I - ao final deste capítulo. A diversidade curricular, segundo Martins *et al.* (2024), contribui significativamente para a ampliação do conhecimento na área da Enfermagem, ao mesmo tempo em que possibilita a exploração de novas abordagens e perspectivas. Essa diversidade favorece o acesso a conteúdos relevantes e promove o aprimoramento contínuo das habilidades práticas dos futuros profissionais.

Dentro dessa estrutura, o ensino teórico deve ser desenvolvido de forma teórico-prática, com momentos práticos e seminários, visando o desenvolvimento científico, deontológico e profissional que fundamenta o exercício da profissão. Assim, o que seria um ensino eminentemente teórico, se constitui, na verdade, em um ensino teórico-prático. Em complemento, o ensino clínico reforça a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autônomas e interdependentes do exercício profissional de Enfermagem (Portugal, 1999d).

Wiens (1990), salienta que a autonomia deve constituir um motivo de orgulho profissional vivenciado pelos enfermeiros na prática, sendo essencial que esses profissionais desenvolvam uma maior efetividade na criação e legitimação de uma responsabilidade autêntica no exercício de suas funções. Para isso, é necessário que os protocolos institucionais favoreçam, legitimem e incentivem uma prática mais autônoma no cotidiano do trabalho em Enfermagem. Por outro lado, o enfermeiro deve buscar conhecimento, através de cursos e capacitações, legitimando seu conhecimento (saber) em Enfermagem.

O enfermeiro deve colocar em prática as habilidades aprendidas na Licenciatura de forma segura, autêntica, levando o paciente, seus familiares e instituição de trabalho a acreditar em seu conhecimento técnico e científico. Quanto maior o conhecimento e responsabilidade sobre o processo saúde doença, melhores serão os resultados do cuidado prestado, e mais satisfatório será o cuidar humano.

A habilidade desenvolvida na profissão depende, do saber fazer, ou seja, quanto mais se faz um procedimento melhor será a capacidade do desenvolvimento perfeito da atividade, colocando em prática não só a segurança do paciente a ser atendido como também o domínio do conteúdo apreendido. Dessa forma, a carga horária disciplinar estabelecida pelo plano de estudos durante o ano letivo é de fundamental importância para o desenvolvimento do fazer correto.

A crescente complexidade e dinamismo, citada por Ribeiro (2011), caracterizam a prática da Enfermagem na atualidade e resultam em grande parte dos constantes avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde, bem como dos desafios éticos e morais que emergem do cotidiano profissional. Esse contexto exige que os enfermeiros desenvolvam competências para a tomada de decisões clínicas complexas de forma autônoma e fundamentada.

A capacidade de decidir com base em conhecimento técnico-científico, em princípios éticos e na experiência clínica constitui um dos pilares do processo de profissionalização da Enfermagem, sendo indispensável para o fortalecimento da sua autonomia (Veiga, 2011). Para Neves (2002), uma profissão só é autônoma quando consegue decidir e responsabilizar-se sobre as decisões que toma e sobre os resultados que consegue com essas decisões.

A consolidação das capacidades teóricas e práticas do estudante de Enfermagem ultrapassa os limites da sala de aula. Segundo Pereira e Leite (2017), é durante o estágio supervisionado, sob orientação direta do professor ou do enfermeiro da instituição, que o discente é conduzido a desenvolver as competências, habilidades e posturas esperadas para o exercício profissional. Nesse contexto, o aluno aprende a tomar decisões seguras diante de intercorrências e situações de urgência, prestando um atendimento qualificado e contribuindo efetivamente para a saúde e recuperação do paciente.

O professor deve ser o intermediador do aluno, para isso se faz necessário, um desenvolvimento amplo de relações, quer professor aluno, quer aluno professor. O professor é o espelho do aluno, é nele que o mesmo encontra segurança e desenvolve

a necessidade de ampliar horizontes, conhecimentos e sistematizar aprendizado. O verdadeiro professor, que ensina, que ministra aulas de forma harmoniosa e sistematizada vai despertar no aluno a querer ser igual, a querer ser bom, saber o que ele sabe, despertando atitudes positivas para o ensino mais aprofundado.

Rabiais e Amendoeira (2013), explicam que o grande desafio da educação em Enfermagem é repensar e criar novos conhecimentos, além de desenvolver habilidades e atitudes necessárias para o trabalho. Para isso, é preciso promover mudanças profundas na relação entre professores e estudantes, de modo que eles possam adquirir competências. Essas habilidades envolvem ações pensar de forma crítica, ter curiosidade científica, ser criativo e investigar, sempre levando em conta a realidade dos alunos. Os professores têm a responsabilidade de usar diferentes métodos de ensino para preparar os estudantes, ajudando-os a se tornarem capazes e competentes em determinada área do conhecimento.

O estudante, por meio do ensino clínico, tem a oportunidade de colocar em prática o conhecimento adquirido durante o ensino teórico, desenvolvendo e aprimorando novas habilidades (Portugal, 1999d). O estágio supervisionado, nesse contexto, será realizado em hospitais, unidades de saúde e na comunidade, sob a supervisão e orientação de docentes em colaboração com a equipe de saúde de cada instituição.

Como corroboram Furukawa e Cunha (2010), é no estágio curricular supervisionado que o aluno de Enfermagem necessita mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para desenvolver a competência profissional, ou seja, a capacidade de utilizar de forma consciente e sistematizada suas funções cognitivas, psicomotoras e atitudinais na tomada de decisão em saúde.

O estágio supervisionado, para esses autores, vai além da teoria, ele contribui para a reflexão, e desenvolvimento profissional, bem como estabelece um vínculo de humanização necessária a ser dada ao doente durante a prestação do cuidado de Enfermagem, se constituindo, dessa maneira, em um elemento fundamental na formação inicial do profissional de Enfermagem (Unicovski; Lautert, 1998).

A autonomia em Enfermagem, por sua vez, é definida como a capacidade essencial ao profissional de Enfermagem de exercer juízo clínico e tomar decisões independentes na execução de suas atribuições, em rigorosa conformidade com os limites regulatórios legais, diretrizes éticas e padrões de prática profissional

estabelecidos. Essa autonomia denota autodeterminação, autorregulação e independência na esfera profissional (Wade, 1999).

A competência individual se manifesta por um conjunto de comportamentos que integram e movimentam conhecimentos, habilidades, julgamentos e atitudes. Esses elementos são essenciais para agregar valores ao profissional, à sociedade e às instituições de ensino, portanto, a consolidação e explicitação da competência individual agregará valores ao exercício profissional do enfermeiro.

A aprendizagem e a construção do conhecimento, segundo Rabiais e Amendoeira (2013), ocorrem por meio da interação do estudante com a realidade que o envolve, o que reforça a importância de considerar os ensinamentos clínicos a partir de múltiplas dimensões: a temporal, desenvolvida ao longo dos quatro anos do curso; a espacial, que se manifesta em contextos diversos e complexos de atuação; e a relacional, marcada pela interação entre estudantes, pacientes, enfermeiros orientadores e professores.

No que se refere à seleção de candidatos, o Decreto-Lei n. 353/99, no âmbito jurídico estabelecido pela LBSE, institui que devem ser criadas “condições apropriadas” que permitam às instituições, no exercício de sua competência, adotar modelos que favoreçam a seleção de estudantes com perfis formativos e vocacionais mais adequados para a profissão (Portugal, 1999). Essa abordagem deve contemplar a definição de critérios objetivos e transparentes que orientem o processo seletivo, promovendo a inclusão de candidatos que demonstrem afinidades com os requisitos específicos do curso e potencial para o êxito acadêmico e profissional na área de Enfermagem.

A formação do enfermeiro não se encerra com a licenciatura. O Regulamento do Exercício Profissional do enfermeiro (REPE), estabelecido em 1996 (Portugal, 1996), determina princípios e diretrizes que conduzem o profissional de Enfermagem licenciado a um compromisso com a produção técnico-científica. Por meio da autonomia, gestão, dignidade, privacidade e confidencialidade, o enfermeiro pode expandir o conhecimento adquirido pela prática profissional e pelo cuidado prestado.

Adicionalmente, o exercício profissional do enfermeiro pressupõe o compromisso permanente com a atualização dos conhecimentos, conforme expresso no artigo 100.º, alínea (e), do Estatuto da Ordem dos enfermeiros, o qual estipula que é dever do profissional assegurar a sua qualificação contínua por meio de ações de educação permanente. Essa exigência está em consonância com os princípios

orientadores da Lei de Bases, que valorizam a aprendizagem ao longo da vida como fator essencial à qualidade dos serviços de saúde e à consolidação da cidadania.

O enfermeiro é, portanto, um profissional em constante evolução. Sua prática profissional é continuamente aprimorada por meio de conhecimentos, treinamentos e educação continuada, oferecida por instituições de saúde, serviços públicos ou privados, ou buscada ativamente pelo próprio profissional através de cursos e capacitações. Por meio desses aprimoramentos, o enfermeiro desenvolve melhores habilidades e conhecimentos, o que favorece o domínio de novas tecnologias e tratamentos que surgem com a evolução e modernização das ciências e da saúde.

É por isso que, nesse sentido, alguns autores consideram que as metodologias de ensino vêm evoluindo para atender às necessidades específicas de cada pessoa, preparando os profissionais para um mundo que está em constante mudança (Sousa; Miota; Carvalho, 2011), e especificamente em Portugal, isso acontece, favorecendo e impulsionando a agenda da internacionalização (Teixeira *et al.*, 2021).

O curso de especialização em Enfermagem, instituído em 1991, pelo Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, constitui requisito obrigatório para o ingresso no Curso de Administração de Serviços de Saúde, sendo considerado fundamental para os profissionais que pretendem atuar em cargos administrativos. Essa exigência reforça o papel estratégico da formação pós-licenciatura como instrumento de qualificação e progressão na carreira profissional de Enfermagem (Portugal, 1991).

A formação pós-licenciatura em Enfermagem configura-se como um aprofundamento técnico-científico voltado à qualificação especializada do enfermeiro em áreas específicas do cuidado. Esta modalidade de ensino tem como objetivo dotar o profissional de competências avançadas, necessárias à prestação de cuidados diferenciados e à atuação em contextos clínicos complexos.

No caso da especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, por exemplo, a formação capacita o enfermeiro para assistir a mulher, o recém-nascido e a família durante todo o ciclo gravídico-puerperal, com base em evidências científicas e boas práticas assistenciais. A estrutura curricular deste curso compreende atividades teóricas, práticas e de ensino clínico, com duração mínima de 18 meses, conforme estipulado pelo Decreto-Lei n.º 15/92, de 4 de fevereiro, que estabelece as

competências e experiências exigidas para a certificação nessa modalidade de ensino (Portugal, 1992)¹⁸.

A profissão de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia é reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros como prática autônoma, responsável e comprometida com a promoção da saúde da mulher, da família e da comunidade. Esses profissionais atuam em parceria com as usuárias ao longo de todo o ciclo reprodutivo, promovendo intervenções baseadas em evidências e voltadas para a melhoria dos desfechos na saúde materno-infantil (Portugal, 2008).

Para o aprofundamento da profissão, o enfermeiro pode prosseguir seus estudos por meio de uma pós-licenciatura de especialização em Enfermagem, cuja duração varia entre dois e três semestres curriculares, podendo, excepcionalmente, estender-se até quatro semestres, em regime de tempo integral. Esta formação contempla uma carga horária de 900 horas e tem como objetivo o desenvolvimento de competências avançadas em uma área específica da Enfermagem, quer seja, o cuidado à mulher (Portugal, 1999).

Face às constantes mudanças da sociedade em que vivemos, reflexo da evolução da ciência, da construção de conhecimento e do desenvolvimento de técnicas inovadoras nas diferentes áreas profissionais, especificamente na área da saúde, é imprescindível a capacitação profissional dos enfermeiros, através da extensão universitária por meio da especialização em Enfermagem (Silva, 2018).

Para a Ordem dos enfermeiros (OE) portuguesa, a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção, sejam elas, primária, secundária e terciária (Portugal, 2011).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, para ingressar em uma pós-licenciatura de especialização em Enfermagem, o profissional deve ser titular do grau de licenciatura e possuir, no mínimo, dois anos de experiência profissional. Essa formação especializada visa aprofundar competências em domínios específicos do saber em Enfermagem, sendo regulamentada por modalidades distintas: Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem em

¹⁸ A Tabela 3 ao final do presente capítulo, define esse parágrafo.

Reabilitação, Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, e Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria (Portugal, 1999). Tais modalidades encontram respaldo legal na Portaria n.º 268/2002, de 13 de março, da Ordem dos enfermeiros (Portugal, 2002).

Essa mesma portaria, estabelece os princípios que norteiam a formação especializada, assegurando que os enfermeiros adquiram os conhecimentos e competências necessárias à prestação de cuidados de saúde especializados, com elevado grau de autonomia, responsabilidade e fundamentação científica (Portugal, 2002).

A Ordem dos enfermeiros define como especialista o profissional que detém conhecimento aprofundado em um domínio específico da Enfermagem, orientado para as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Esse enfermeiro deve demonstrar elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, o que se traduz em um conjunto de competências especializadas aplicadas a um campo de intervenção definido. Já as competências dos enfermeiros especialistas devem estar no domínio do desenvolvimento de capacidades, da responsabilidade profissional, de maneira ética, legal, com melhoria da qualidade, na gestão de cuidados e no desenvolvimento da aprendizagem dos profissionais (Portugal 2011).

O plano de estudos dos cursos de pós-licenciatura em Enfermagem, está sob a responsabilidade e aprovação do Ministério da Educação, desde que com parecer favorável da Ordem dos enfermeiros, órgão responsável por adequar os cuidados a serem prestados e desenvolvidos, pelos enfermeiros especialistas (Portugal, 1999).

A estrutura curricular dos cursos, por sua vez, deve assegurar uma adequada articulação entre teoria, prática e componente clínico, assim como ser equilibrada nos conteúdos científicos, técnicos e culturais de cada uma das disciplinas que compõem cada um dos cursos. Os cursos de pós-licenciatura, e ou especialização, serão ministrados em institutos politécnicos, universidades ou em estabelecimentos de Ensino Superior politécnico, onde se encontre, em funcionamento, o curso de licenciatura de Enfermagem (Imaginário; Correia Ribeiro; Pires de Sousa, 2022).

Uma das opções que o profissional de Enfermagem (o enfermeiro) possui para ascender na sua carreira, em Portugal, é a realização do mestrado em Enfermagem, como sequência estudantil e profissional. O mestrado é considerado um curso de pós-graduação que propõe ao profissional aprofundar conhecimentos e competências de

investigação e liderança na área da Enfermagem, permitindo-lhe atuar em diversas áreas de especialização.

Tem por objetivos o desenvolvimento de competências de investigação e aplicação da prática profissional baseada em evidências, habilitando os enfermeiros para a gestão de cuidados, liderança de equipas, projetos e supervisão direta de outros profissionais. O aluno do mestrado tem que concluir de 90 a 120 créditos, no contexto de 18 a 24 meses, que significam três ou quatro semestres curriculares de trabalho (Portugal, 2006).

Em patamares mais elevados da profissão, o enfermeiro pode ainda, ingressar na carreira científica através do doutoramento, favorecendo competências e aptidões em investigação, publicação, comunicação e promoção do progresso, alicerçado no desenvolvimento e conhecimento da tecnologia, ciências e cultura, a serviço da comunidade, de si próprio e das pessoas ao seu redor (Portugal, 2006).

Desta forma, o profissional enfermeiro, em Portugal, em termos de graus académicos, pode ter a seguinte progressão:

- a) licenciatura (1º ciclo), que tem por objetivo preparar o profissional para exercício geral da profissão (assistência direta de cuidados prestada aos pacientes);
- b) pós-licenciatura / mestrado (2º ciclo), que permite ao profissional, aprofundar conhecimentos em áreas específicas da Enfermagem e o mestrado visa a formação de investigadores e docentes descrita como uma especialização em área de gestão hospitalar e;
- c) doutoramento (3º ciclo), destaca-se como um grau mais elevado da profissão, com ascensão e busca por produção científica de conhecimento original na área/produção da tese académica.

Para concluirmos a presente seção, e no intuito de sintetizar as informações aqui contidas, trazemos abaixo a Tabela 2 e Tabela 3, que ilustram e exemplificam a formação do profissional de Enfermagem em Portugal.

Tabela 2 - Disciplinas do plano de estudos de Enfermagem segundo o Decreto-Lei nº 320/87 e suas funções

Disciplinas	Funções pedagógicas e profissionais
Enfermagem Geral	Desenvolver competências básicas de cuidados gerais e aplicação do processo de Enfermagem.
Enfermagem Médico-Cirúrgica	Capacitar o aluno a prestar cuidados a pacientes clínicos e cirúrgicos em diversos contextos.
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Preparar para cuidados a mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido.
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	Focar nos cuidados à criança e ao adolescente em diferentes níveis de atenção.
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Capacitar para atuação com pacientes com transtornos mentais e psicológicos.
Enfermagem de Saúde Comunitária	Enfatizar cuidados em saúde pública, promoção da saúde e prevenção de doenças.
Ciências Sociais e Humanas	Fornecer base ética, filosófica, psicológica e sociológica para a prática de Enfermagem.
Ciências Biológicas	Oferecer fundamentos de anatomia, fisiologia, microbiologia e farmacologia.
Administração e Gestão em Enfermagem	Desenvolver habilidades de liderança, gestão e organização dos serviços de saúde.
Estágios Clínicos	Aplicação prática dos conhecimentos em ambientes de saúde supervisionados.

Fonte: Adaptado do Decreto-Lei nº 320/87, de 26 de agosto (Portugal).

Tabela 3 - Atividades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro em obstetrícia em Portugal, segundo o Decreto-Lei n.º 322/87

Atividade	Descrição	Observações
Consultas pré-natais	Realização de, no mínimo, 100 exames pré-natais.	Inseridas no ensino prático e clínico.
Assistência ao parto	Vigilância e cuidados a, pelo menos, 40 parturientes.	Experiência direta com partos.
Realização de partos	Participação ativa em pelo menos 40 partos.	Número pode ser reduzido para 30, se houver mais 20 acompanhamentos adicionais.
Partos pélvicos	Participação em partos com apresentação pélvica.	Pode ser simulada, se não houver casos suficientes.
Episiotomia e sutura	Prática da episiotomia e iniciação à sutura de roturas simples do períneo.	Inclui teoria e prática clínica. Simulação permitida em caso de necessidade.
Cuidados a grávidas em risco	Vigilância e cuidados a 40 grávidas em situações de risco durante ou após o parto.	Atuação em situações clínicas complexas.
Cuidados no puerpério	Exames e cuidados a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos saudáveis.	Importante para o acompanhamento pós-natal.
Cuidados neonatais especializados	Observação e assistência a recém-nascidos com necessidades especiais (pré-termo, pós-termo, baixo peso, doentes).	Envolve competências avançadas em neonatologia.
Cuidados gineco-obstétricos	Assistência a mulheres com patologias ginecológicas e obstétricas.	Apoio integral à saúde da mulher.
Iniciação médica e cirúrgica	Iniciação à prática de cuidados médicos e cirúrgicos.	Inclui ensino teórico e exercícios clínicos.

Fonte: Adaptado do Decreto-Lei n.º 322/87, de 28 de agosto. Diário da República, Lisboa, 1987. Portugal.

5. O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, SEGUNDO AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCN's)

A educação no Brasil, como em qualquer lugar do mundo, é regulamentada por leis, normas e diretrizes, que buscam definir bases e conteúdos que irão reger os alunos (e alunas), desde o início da sua vida escolar (Educação Infantil e Ensino Fundamental) até a sua formação em nível superior, a qual lhe dará a titulação profissional, regida, no mais das vezes, pelos conselhos profissionais.

Nesse sentido é que são estabelecidos os currículos escolares, referenciados (nos níveis fundamental e médio) pela Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (no caso do Ensino Superior). Assim como tantas outras profissões, a Graduação em Enfermagem também sofreu diversas modificações ao longo do tempo, em suas Diretrizes Nacionais Curriculares, especialmente em função de novas necessidades profissionais e da alteração dos paradigmas de atuação do profissional enfermeiro.

A busca pelo Ensino Superior, em qualquer área, explicita a busca de mais e mais aprofundados conhecimentos, sempre no sentido de atualizar-se para a melhoria do seu grau de entendimento e conhecimento específico. Por outro lado, novos conhecimentos, especialmente em função dos avanços tecnológicos, mas também em função da própria dinâmica social, trazem novos desafios para as universidades, *locus* privilegiado do ensino de nível superior, assim como os novos desafios do mercado de trabalho das sociedades capitalistas modernas.

Assim como acontece em outras áreas, toda a assistência decorrente da atuação do profissional de Enfermagem, quer seja, a prática profissional da Enfermagem, prestada, na forma dos mais diferentes serviços, dentro e fora da grande área da saúde, foram, progressivamente (e historicamente) melhoradas, em decorrência das necessidades do mercado e, também, das especificidades da profissão de enfermeiro, fatores esses que exigem que, de tempos em tempos, as Diretrizes Nacionais Curriculares dos Curso de Graduação em Enfermagem sejam atualizadas e, portanto, modificadas.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, afirma que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantidos mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2016). Assim, o entendimento de que a saúde tanto é um dever do Estado, mas, principalmente é um direito do cidadão, traz consigo um compromisso e um desafio vivenciado por todos os profissionais da saúde e, portanto, por todos os profissionais da Enfermagem.

O compromisso é tanto fazer cumprir o dever do Estado em prover saúde para todos os seus cidadãos como, ao cumpri-lo, fazer com que todos os cidadãos tenham o seu pleno direito de acesso à saúde respeitado. Isso torna imperiosa a necessidade de qualificação específica e permanente dos profissionais da saúde e, portanto, dos profissionais da Enfermagem. Só assim tais profissionais poderão responder efetivamente ao prescrito da nossa Constituição, provendo a população dos cuidados, da atenção e da assistência de Enfermagem de qualidade, no sentido do alcance da atenção integral à saúde.

O objetivo da presente seção foi analisar as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem, que são os cursos de nível superior que formam o enfermeiro, para comparar tais parâmetros de formação do enfermeiro no Brasil com a formação equivalente em Portugal, objetivo geral da presente dissertação de Mestrado.

Ao fazermos tal análise, de uma certa maneira, também analisaremos os parâmetros formativos iniciais do profissional de Enfermagem nas últimas décadas, no sentido de que, em qual medida essa formação foi modificada (melhorada ou piorada) e se podemos afirmar que, caso tenha havido modificações mais significativas, se tais modificações podem se constituir em uma evolução, no sentido qualitativo desse termo. Nesse sentido, nossa ideia é realizar uma análise documental, utilizando-se as próprias Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem brasileiros.

5.1 Fundamentação Legal

A década de 1980 foi um período de mudanças, especialmente nas esferas político e jurídica da saúde, desencadeando na Reforma Sanitária, na qual viria, com base numa visão crítica, orientar o movimento de mudanças do currículo. A partir do Seminário Nacional de 1988, discutiu-se o tema “Perfil e competência do enfermeiro e suas implicações no currículo de Enfermagem”. Em 1991, estabeleceu-se parâmetros e diretrizes para a formação de Enfermagem, começando a ganhar forma em 1992 e, em 1994, foi publicado o Parecer nº 314/94, fixando o currículo mínimo, conteúdo e duração do curso de Enfermagem.

A sanção da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei nº 9.394/96), em dezembro de 1996, a qual estabelece as normas para todo o sistema educativo nacional, fez com que, a partir daí, outras normas infralegais fossem, progressivamente, sendo estabelecidas (Brandão, 2018). No caso específico do Curso de Graduação em Enfermagem, foi logo no ano de 1997 que os debates se iniciaram, os quais refletiam uma ênfase nas dificuldades encontradas para a implementação do currículo nacional.

Foi somente quatro anos depois, em 2001, que foi homologado o Parecer nº CNE/CES nº 1.133/2001, o qual estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. No mesmo ano, no mês de novembro, foi aprovada a Resolução que estabeleceu, especificamente, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, por meio da Resolução nº 3/2001 (Correia, 2004).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Enfermagem visam proporcionar às Instituições de Ensino Superior (IES) um direcionamento para a implantação e implementação dos projetos político-pedagógicos, tendo como metas a autonomia para definição do currículo de seus cursos, evidenciando as competências e habilidades que devem ser desenvolvidas na graduação por meio de um modelo pedagógico capaz de adaptar-se à dinâmica das demandas sociais (Brasil, 2001a e 2001b).

5.2 As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil

Para compreendermos corretamente não só as determinações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, mas também o sentido de tais determinações, necessário se faz analisar os dois principais documentos sobre essa temática, já citados anteriormente, quer sejam, o Parecer CNE/CES nº 1133/2001, aprovado em agosto de 2001 e a Resolução CNE/CES nº 3/2001, de novembro do mesmo ano (Brasil, 2001a e 2001b).

Começando pelo Parecer CNE/CES nº 1133/2001, ele contempla os alguns aspectos, que relacionaremos abaixo, tais como o objetivo (e a necessidade) da emissão de tal Parecer, bem como os objetivos das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, quer seja, os objetivos da formação básica dos profissionais da saúde, especificamente nas áreas da Enfermagem, da Medicina e da Nutrição.

O objeto do referido Parecer, segundo o mesmo, é permitir que os currículos propostos possam vir a construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, capazes de atuar com qualidade, eficiência e, resolutividade no SUS, considerando o processo da Reforma Sanitária.

Por outro lado, o objetivo da definição de diretrizes básicas para a formação dos profissionais da área da saúde, especificamente, das áreas da Enfermagem, da Medicina e da Nutrição, segundo o mesmo Parecer, é o de levar os alunos da graduação em saúde a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Já as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem são compostas por 16 (dezesesseis) artigos, parágrafos e incisos, os quais abordam a questão do perfil profissional, as competências e habilidades gerais e específicas para a formação do enfermeiro e os conteúdos a serem abordados.

Tais conteúdos, por sua vez, contemplam as áreas das Ciências Biológicas e da Saúde, das Ciências Humanas e Sociais, e da Enfermagem mais especificamente,

além de, também, abordarem a questão dos estágios profissionais e das atividades complementares. Por fim, a Resolução nº 3/2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, também aborda da organização projeto político-pedagógico do curso e das avaliações (Brasil, 2001b).

As Diretrizes Curriculares Nacionais de qualquer curso de nível superior, se constitui, no nosso entendimento, em um importante referencial para a discussão da formação inicial do referido profissional. No caso dos Cursos de Graduação em Enfermagem não é (e nem poderia ser), diferente. Tais diretrizes procuram estabelecer fundamentos básicos e essenciais na formação inicial do profissional enfermeiro, com o intuito, entre outros, de fortalecer a própria formação a ser adquirida, tendo como objetivo final que o estudante de Enfermagem alcance a devida competência crítica e, tão importante quanto, que seja comprometido com a saúde da população da qual será responsável, quer seja, dos cidadãos e cidadãs brasileiras.

A elaboração das Diretrizes Curriculares para o curso de Graduação em Enfermagem contou com a participação direta da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem ABEN, buscando embasamento nas diretrizes e princípios do SUS e na visão da saúde-doença como processo e seus determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos, como elementos de uma construção coletiva e democrática de determinada organização social (Xavier; Araújo, 2014).

Ao longo da história a Enfermagem foi criando e desenvolvendo habilidades baseadas em conhecimento técnico-científico devido às modificações culturais, econômicas e políticas de sua atuação no mercado de trabalho. Silva *et al.* (2019) afirmam que, ao longo dos anos, passamos por transformações que são motivados pelos padrões político-econômicos e sociais de cada época, apresentando uma série de desafios para o processo da constituição dos conhecimentos e competências necessárias para o enfrentamento das demandas de um mundo globalizado e com acelerado processo científico e tecnológico.

Já para Santos (2003), no percurso histórico e com as mudanças ocorridas no campo da Enfermagem, a constituição dos currículos para a formação do enfermeiro tem se realizado diante de esforços e impasses na tentativa de superar o modelo de currículo mínimo e fragmentado, marcador de retrocessos nessa área profissional, assim como os limites do diálogo entre os saberes, que tem andado na contramão da efetivação do papel histórico e relevante da educação institucionalizada.

Por outro lado, sabemos que para o campo da Enfermagem, assim como para todos os outros campos profissionais, a competência profissional é um dos aspectos cruciais, a qual pode ser definida nas palavras de Deluiz (2001), “como capacidade de articular e mobilizar conhecimento, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas, enfrentar situações de imprevisibilidade em dada situação e contexto cultural”.

Tentando englobar o sentido das considerações dos autores citados nos parágrafos anteriores, consideramos que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, apontam para a formação de um profissional que tenham, ao final do seu curso, uma formação mais generalista, mas também humanista, crítica e reflexiva.

Esse profissional enfermeiro deve estar qualificado para o exercício de Enfermagem, com base não só no rigor científico e intelectual dos conhecimentos adquiridos ao longo do seu curso de graduação, nas, principalmente, se constituir em um profissional pautado em sólidos princípios éticos, ao mesmo tempo que também seja capaz de conhecer e intervir sobre os problemas e situações do processo saúde-doença, identificando as dimensões biopsicossociais do ser humano (Brasil, 2001b).

Se defendemos a ideia de que profissionais formados em nível superior devem ser profissionais qualificados a ponto de serem capazes de transpor barreiras, repensar limites, bem como serem profissionais com habilidade, competência e domínio teórico-prático, para que sejam profissionais inovadores e transformadores do saber (e defendemos integralmente essa ideia de formação inicial em nível superior), com a formação do profissional enfermeiro não pode ser diferente.

A questão é que entre o futuro profissional a ser formado e o conhecimento a ser adquirido em um curso superior, está a questão do ensino do novo conhecimento, por parte de professores do curso em nível de graduação. Nesse sentido, o Art. 9º das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, estabelece que “o professor deve ser facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem e, que o processo pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada de estudantes através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.” (Brasil, 2001b).

No caso específico da formação do profissional enfermeiro, Ribeiro *et al.* (2005), consideram que essa formação depende das intenções implícitas no currículo, uma vez que deste se projeta a identidade profissional que o curso pretende que o

graduando construa. Assim, o currículo de um curso deve estar conectado com o contexto amplo que o define no tempo e no espaço, e com a organização institucional que o torna realizável.

Podemos entender que o professor deverá ser mediador do ensino teórico e prático do graduando em Enfermagem, ele deve despertar no aluno o desejo de ir além, de buscar conhecimentos dentro e fora da sala de aula, de criar oportunidades para o melhor desenvolvimento além dos bancos da faculdade. Entendemos que não seria exagero dizer que o professor deve lapidar seus alunos, não desistindo de fazer dos mesmos, os melhores profissionais, os melhores enfermeiros. Assim, como muitos de nós fizemos com os nossos professores que passaram pela nossa vida escolar, o espelhar no professor, no bom professor, é algo que se deve levar pela vida toda, como levamos.

Partindo do pressuposto de que a competência profissional deriva em grande parte da qualidade da formação inicial, e em nível superior, do profissional a ser formado, Brandão (2018) destaca que a Educação Superior deve incentivar “o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive”.

Esse autor ressalta ainda, que a Educação Superior deve (ou deveria) “suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração”.

Já outros autores (Delors, 1998) consideram que também é papel da educação, e, portanto, também da Educação Superior, proporcionar aos alunos a aquisição de competências, tais como a competência de aprender a aprender, de aprender a ser, de aprender a fazer, de aprender a viver juntos e, por fim, de aprender a conhecer. Ainda que o termo “competências” tenha adquirido, especialmente nas últimas duas décadas, diferentes contornos, o mesmo não pode ser entendido simplesmente como um saber subordinado ao mundo econômico, mas como um saber que venha a promover a emancipação do aluno.

Consideramos que, se as cinco competências citadas acima levarem o(a) aluno(a) à sua própria emancipação como cidadão(ã) de plenos direitos, e não apenas

como consumidor, portanto à esfera econômica do mundo, não há problema algum que o profissional enfermeiro seja formado a partir de tais competências.

Outro aspecto essencial que queremos tratar neste trabalho, no contexto da formação inicial do profissional enfermeiro, é a questão do estágio profissional supervisionado. No caso específico dos Cursos de Graduação em Enfermagem, o estágio profissional supervisionado deve ser realizado em hospitais e unidades de saúde, visando garantir ao aluno o desenvolvimento da relação teoria e prática. É relevante ao graduado a realização de estágios supervisionados em várias áreas do saber, desde a atenção básica até as áreas mais complexas dos hospitais como, pronto socorro, centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva de crianças e adultos. É na prática de estágios que o aluno desenvolve, e desperta a vontade de trabalho para a área do conhecimento e de atuação após a formação/ especialização.

É no Art. 7º da Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (Brasil, 2001b), que encontramos que além dos conteúdos teóricos e práticos na formação do enfermeiro, ficam os cursos obrigados a incluir o estágio supervisionado nos 02 (dois) últimos semestres em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades.

Já no § Único desse Art. 7º, é determinado que a carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20%, (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem. Por outro lado, no inciso II do Art. 14º define que deverá haver atividades teóricas e práticas desde o início do curso, permeando toda a formação do enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar.

Uma questão que pode ser levantada aqui é a questão da definição, ou do escopo, dessas atividades práticas, as quais não podem ser caracterizadas como estágio supervisionado, já que os mesmos só podem ser realizados nos dois últimos semestres do curso (Art. 7º) e não desde o início do curso (atividades práticas permitidas pelo Inciso II do Art. 14º). Para Santos Filho (2010), o estágio supervisionado vai muito além da prática da teoria aprendida nas universidades, ela faz com que o aluno reflita sobre o seu papel enquanto profissional, bem como a humanização que deverá ser dada ao paciente.

Nesse sentido, o estágio contribui não somente para a formação teórica, mas no desenvolvimento de ações e posturas que o profissional deve ter quando formado, e ainda como proceder em situações de intercorrências durante o atendimento ao paciente, que não são descritas na teoria. Assim, a prática se converte em uma aliada

fundamental no desenvolvimento das capacidades adquiridas pelo aluno durante a sua formação inicial. Grosso modo, poderíamos dizer que, quanto mais treinamento, mais fácil e rápido será a perfeição do procedimento a ser realizado (Pereira; Leite, 2017).

Partindo do pressuposto de que a profissão de enfermeiro é cheia de possibilidades, dadas as muitas opções de especialização (formação continuada), e, por vezes, surpreendente no cotidiano, dadas as infindáveis situações presentes, cabe a pergunta se 20% da carga horária total de um Curso de Graduação em Enfermagem se constitui em um quantitativo ideal, pequeno ou grande. Consideramos também importante questionar se o início da realização do estágio profissional supervisionado somente nos dois últimos semestres do curso não seria tardio.

Esses são dois pontos importantes a serem debatidos e discutidos constantemente pelos professores na construção do projeto pedagógico dos seus respectivos cursos, ainda que tenhamos clareza de que as Diretrizes Curriculares Nacionais devam ser respeitadas em sua integralidade. Para esses autores (Pereira; Leite, 2017), o tempo de apenas 02 (dois) semestres de estágio profissional supervisionado é pouco, assim como deixar apenas para o fim do curso (9º semestre, de um total de dez semestres) o início do estágio profissional supervisionado é tardio, visto a tamanha responsabilidade e complexidade das atividades constitutivas da profissão enfermeiro(a).

Uma outra possibilidade permitida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem é a Licenciatura em Enfermagem. Trata-se de uma possibilidade, mas muito mais como exceção do que regra. Assim como ocorre em todas as outras Licenciaturas, o(a) Licenciado(a) em Enfermagem pode atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem e, por se tratar de um(a) Professor(a) dos conteúdos da Enfermagem nos níveis e modalidades de ensino supracitados, as normas seguem outros Pareceres e outras Resoluções, também emendas do Conselho Nacional de Educação (Pareceres e Resoluções específicas das Licenciaturas, da formação de professores).

Assim, o enfermeiro professor tem, entre outros objetivos, oferecer, de forma integrada e contínua, os diversos conteúdos da Enfermagem, bem como (e, principalmente) ser capaz de ensinar o seu aluno(a) a pensar criticamente, de analisar e procurar soluções para os mais diferentes problemas e situações que vai enfrentar em seu cotidiano profissional.

5.3 Alguns pontos a discutir

Nas últimas décadas muitos esforços e lutas foram travadas em defesa da profissionalização da carreira de Enfermagem, não só no âmbito da própria carreira, mas muitas vezes, em contraposição a carreiras afins, especialmente com a carreira de Medicina. Tais “batalhas” sempre foram lutas em defesa do domínio do conhecimento específico da área, em defesa da competência profissional do enfermeiro, em defesa da ética profissional, em suma, em defesa da valorização do profissional enfermeiro.

Consideramos que também cabe destacar e ressaltar a importância do surgimento e da consolidação dos conselhos da classe profissional do enfermeiro, bem como todas as normas legais e infralegais que regulamentam a profissão e também a formação inicial proporcionada pelos Cursos de Graduação em Enfermagem.

Por outro lado, apontamos, pelo menos, dois problemas que consideramos cruciais na formação do profissional enfermeiro, os quais possuem relação direta com a questão temporal. O primeiro deles é o tempo total da formação inicial. As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem determinam esse tempo em 05 (cinco) anos.

Dada a imensa variedade e complexidade do campo de atuação do profissional enfermeiro, consideramos que esse tempo destinado à formação inicial não é, por si só insuficiente, porém, como o momento do início do estágio profissional supervisionado ocorre apenas no 9º semestre, entendemos o curso acaba tendo uma grande enorme quantidade de disciplinas e conteúdos de caráter eminentemente teóricos e uma pequena parcela de tempo destinado ao estágio profissional supervisionado (no máximo 20% do total do curso).

Consideramos que os Estágios Profissionais se constituem em momentos essenciais e privilegiados, em que o(a) aluno(a) do curso de Graduação em Enfermagem começa a relacionar a teoria apreendida com a prática profissional. Previsto pelas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, para os anos finais do curso, consideramos que ele deveria iniciar-se logo no segundo semestre do curso.

Também nessa questão, nosso argumento é o mesmo do parágrafo anterior, quer seja, dada a imensa variedade e complexidade do campo de atuação do(a)

profissional enfermeiro(a), consideramos que quanto mais cedo o(a) aluno(a) do curso de Graduação em Enfermagem seja inserido nas atividades de natureza prática da Enfermagem, mais rapidamente poderá realizar o exercício de relacionar os conteúdos teóricos aprendidos com a realidade prática do campo profissional, sempre com o objetivo de efetivar a eterna dialética onde a teoria "alimenta" a prática que, por sua vez, "retroalimenta" a teoria.

Consideramos que ambos os problemas por nós apontados acima estão interligados pois, na medida em que o tempo total do curso de Graduação em Enfermagem é maior no Brasil (do que em Portugal), temos maiores possibilidades de reorganização do trabalho pedagógico, sempre pautado em um Projeto Político Pedagógico específico, de forma que o início das atividades específicas dos Estágios Profissionais possa acontecer mais cedo na formação inicial do profissional enfermeiro, e, ao mesmo tempo, possa englobar a realização de tais Estágios Profissionais em uma maior diversidade de espaços profissionais (Unidades Básicas de Saúde, hospitais de maior e menor porte, clínicas, laboratórios, etc).

É nesse contexto que o presente trabalho se insere, na medida em que buscou discutir alguns pontos das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, centrando a sua discussão em apenas alguns aspectos dessa essencial regulamentação. Muitos outros podem (e devem) ser discutidos, sempre com o objetivo de melhorar a formação inicial do(a) profissional enfermeiro(a), que, a médio prazo, significará uma maior valorização da profissão.

Além disso, entendemos que a análise comparada da formação do enfermeiro no Brasil e em Portugal revela a importância de articular os fundamentos da Educação Comparada com os aportes teóricos das Ciências Sociais. A proposta metodológica de Bereday, enriquecida pelas contribuições de outros teóricos da educação e das ciências sociais, nos permite compreender que a comparação vai além da justaposição de dados, visto que se trata de uma prática interpretativa que busca significados e explicações contextuais.

Assim, as Ciências Sociais, como parte essencial integrante do campo de conhecimento denominado Ciências Humanas (tal qual a educação), oferecem os instrumentos conceituais necessários para interpretar as estruturas educacionais e os discursos normativos que regulam a formação em Enfermagem.

Ao compreender que os sistemas de ensino e as leis que regem a profissão são construções sociais, políticas e culturais, é possível avançar em propostas

formativas mais coerentes com os princípios de justiça social, equidade e cuidado integral, no nosso caso, pela “via” da Enfermagem, mais especificamente, da formação inicial do profissional enfermeiro.

Nesse sentido, entendemos que a comparação entre Brasil e Portugal não apenas enriquece o campo da Educação Comparada, mas também contribui para o aprimoramento das políticas de formação em Enfermagem, respeitando as especificidades de cada contexto e promovendo uma prática profissional ética, crítica e socialmente comprometida. Assim, na conjunção das mais distintas características específicas dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil e em Portugal, no caso, tempo de formação, conhecimentos em nível superior, competências profissionais e princípios éticos, entre outros tantos fatores, é que a formação inicial do(a) profissional enfermeiro(a) deve se destacar.

6. APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE A FORMAÇÃO INICIAL DO(A) PROFISSIONAL ENFERMEIRO(A) NO BRASIL E EM PORTUGAL

A análise comparativa entre as semelhanças e as diferenças da formação de Enfermagem no Brasil e em Portugal tem por objetivo evidenciar as diferenças estruturais, concepções educacionais próprias e configurações históricas de cada sistema de ensino. A partir da análise sistemática dos dados e da aplicação dos quatro estágios do método de pesquisas em Educação Comparada, proposto por George F. Bereday (1972), foi possível identificar elementos convergentes e divergentes nos modelos formativos em Enfermagem no Brasil e em Portugal, compreendendo-os à luz de seus contextos político-legais, educacionais e socioculturais.

Ambos os países reconhecem a centralidade do enfermeiro como agente essencial para a manutenção e o aprimoramento dos sistemas de saúde. Todavia, trilham caminhos distintos na estruturação curricular, nas instâncias de regulação e no perfil profissional que buscam formar. O enfermeiro formado em Portugal tende a apresentar competências técnico-científicas fortemente orientadas pela prática clínica, pela padronização europeia e pela tomada de decisão em contextos complexos. Já o egresso brasileiro, de perfil generalista, crítico, ético e reflexivo, é formado para atuar de maneira integrada às políticas públicas de saúde, em especial o SUS incorporando atributos de gestão, educação em saúde, promoção e prevenção.

Em Portugal a formação se fundamenta na Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86) e nos Decretos-Leis nº 353/99 e Portarias 799 D a G/99, também definidos como plano de estudos, com oferta no ensino superior politécnico e universitário. O ensino superior em Enfermagem não é gratuito e está fortemente alinhado ao Espaço Europeu de Ensino Superior, seguindo um modelo estruturado a partir do Processo de Bolonha (Lino *et al.*, 2022), alinhado a adoção do sistema de créditos ECTS¹⁹. O curso de graduação ocorre sob a forma de licenciatura, com formação centrada na técnica, na prática baseada em evidências e na padronização curricular, equilibrando competências clínicas, científicas e humanistas.

¹⁹ Sistema que torna os estudos mais fáceis de comparar e transferir entre países no Espaço Europeu de Ensino Superior, baseado na carga de trabalho do estudante (horas de estudo, incluindo aulas e estudo autônomo), onde 60 ECTS representam um ano letivo de trabalho em tempo integral, facilitando a mobilidade acadêmica e o reconhecimento de diplomas e períodos de estudo no exterior, conceito já explicitado nas notas de rodapé nº 15 e 16 deste trabalho.

No Brasil, a formação em Enfermagem, de caráter gratuito em universidades públicas, é fortemente influenciada pelas políticas de saúde e pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A graduação é oferecida como bacharelado e regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que estabelece diretrizes para assegurar a padronização e a qualidade do ensino. Entretanto, persistem desafios relacionados a desigualdades regionais, heterogeneidade institucional e fragmentação entre teoria e prática. A legislação educacional brasileira, relativa ao acesso à Educação Superior, também contempla políticas de inclusão e ações afirmativas, incluindo o acesso de pessoas com deficiência, o que não ocorre em Portugal.

No tocante ao ingresso à formação inicial do enfermeiro, quer seja, o curso de graduação em Enfermagem, Portugal adota provas de aptidão específicas, avaliando competências iniciais e perfil dos candidatos. Já no Brasil, a seleção ocorre por meio de vestibulares ou pelo ENEM, sem avaliação vocacional específica. Em ambos os sistemas de formação inicial do profissional de Enfermagem, discute-se a pertinência (ou não) da criação e aplicação de exames de proficiência ao final da formação, medida que poderia contribuir para a segurança e padronização de práticas.

O Brasil opera com três categorias profissionais no campo da Enfermagem, quer sejam, o enfermeiro, o técnico em Enfermagem e o auxiliar de Enfermagem, resultantes de um campo historicamente marcado por hierarquias e divisões do trabalho. À luz de Bourdieu (1975; 1989), a distribuição desigual de capitais educacionais e simbólicos gera diferentes níveis de autonomia, reconhecimento e autoridade profissional. Esse processo reproduz desigualdades internas e tensões entre formação, regulamentação e prática.

Portugal, por sua vez, adota a categoria única de enfermeiro licenciado, centralizando responsabilidades assistenciais e fortalecendo a identidade coletiva da profissão. Esse modelo promove maior homogeneidade de competências, embora possa resultar em sobrecarga e maior amplitude de responsabilidades para cada profissional.

Cabe destacar uma diferença significativa nas questões referentes à jornada de trabalho bem como referente às condições de trabalho do profissional de Enfermagem. Enquanto em Portugal, a carga horária média do enfermeiro é de 35 horas semanais, regulamentada por acordos coletivos e normas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no Brasil, essa jornada varia entre um mínimo de 30 horas semanais

até um máximo de 44 horas semanais, acarretando, no mais das vezes, uma sobrecarga de trabalho. Além da sobrecarga de trabalho em si mesma, como no Brasil, os salários dos profissionais de Enfermagem são baixos, tais profissionais mantêm, em sua grande maioria, múltiplos vínculos empregatícios.

Especificamente no quesito remuneração, no Brasil já existe uma lei que criou e determina a aplicação do Piso Nacional Salarial do Profissional de Enfermagem, que é a Lei nº 14.434/22, cuja constitucionalidade já foi confirmada pela Suprema Corte brasileira. Porém, tal lei mantém a carga horária máxima dos profissionais de Enfermagem em 44 horas semanais, o que, em nossa opinião, é uma carga horária excessiva dada às especificidades da profissão de enfermeiro.

Por isso mesmo, tramita no Congresso brasileiro, desde o ano de 2000, portanto, há mais de 25 anos, um Projeto de Lei (PL 2.295/2000) para instituição de 30 horas de jornada de trabalho para todas as categorias. Mais recentemente (2024) foi proposta uma PEC (Proposta de Emenda à Constituição), de nº 19/2024, que propõe inserir o estabelecimento da jornada máxima de 30 horas semanais diretamente na atual Constituição brasileira, garantindo condições dignas de trabalho e servindo como referência para a aplicação do piso salarial.

A aprovação dessa PEC é vista por muitos conselhos e sindicatos da categoria como fundamental para garantir a implementação efetiva da jornada reduzida em todo o país. Assim, embora o PL 2.295/2000 seja o mais antigo e conhecido, a PEC 19/2024 é a proposta que está atualmente em maior evidência nas discussões legislativas sobre o tema. Essas diferenças, tanto na questão salarial como na questão das condições de trabalho, especialmente sobre o tamanho da jornada de trabalho do profissional enfermeiro, refletem não apenas aspectos laborais, mas também como cada sistema público de saúde está estruturado e como ele são, em parte, financiados.

A organização curricular constitui um dos pontos de contraste mais significativos. No Brasil, a carga horária mínima em um curso de Graduação em Enfermagem é de 4.000 horas, distribuídas em 05 (cinco) anos, com estágios supervisionados concentrados nos períodos finais. Já em Portugal, a licenciatura possui duração de 04 (quatro) anos, os quais devem perfazer um 240 ECTS, com carga horária total entre 4.600 e 4.800 horas e inserção progressiva do estágio desde o primeiro ano.

A carga horária portuguesa é, historicamente, superior à brasileira, sobretudo no que se refere às horas de estágio clínico. Em Portugal, o percurso tende a

concentrar grande número de horas práticas, em conformidade com padrões europeus pós-Bolonha, enquanto no Brasil, embora haja avanços com as DCNs, ainda predomina um equilíbrio maior entre teoria e prática, com variações institucionais significativas.

A antecipação da prática clínica em Portugal favorece uma formação situada, construída no interior dos contextos de trabalho, conforme defende Nóvoa (2017). No Brasil, o predomínio inicial de conteúdos teóricos pode distanciar o estudante da realidade profissional, ampliando inseguranças e reduzindo oportunidades de articulação entre teoria e prática.

Para além da carga horária total, consideramos que, apesar do curso de graduação em Enfermagem no Brasil ser concluído em 05 (cinco) anos, ao passo que em Portugal o mesmo curso possui 04 (quatro) anos de duração, observa-se que a formação em Enfermagem em Portugal se caracteriza por uma carga horária mais elevada quando comparada à brasileira, especialmente no que diz respeito ao estágio clínico. Nesse modelo, a experiência prática é incorporada desde o início da formação, permitindo ao estudante uma aproximação precoce, contínua e progressiva com os contextos reais de cuidado em saúde, conforme os referenciais europeus pós-Bolonha.

No Brasil, apesar dos avanços normativos introduzidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, a organização curricular ainda privilegia uma maior concentração das atividades práticas e do estágio supervisionado nos anos finais do curso, o que pode limitar a vivência longitudinal do estudante e impactar a consolidação da autonomia profissional. Porém, cabe destacar que ambos os países vivenciam suas histórias, e são bem formados, atendendo de forma ética os sistemas de saúde de seus países.

Essa configuração, na perspectiva Bourdieu e Passeron, reflete mecanismos de reprodução social: estudantes com maior capital cultural tendem a lidar melhor com a prática tardia, enquanto outros enfrentam maiores dificuldades na adaptação ao ambiente clínico (Bourdieu; Passeron, 2014). Por outro lado, o modelo português corre o risco de se tornar excessivamente tecnicista caso não assegure a presença robusta de fundamentos teóricos, científicos e humanistas, podendo reduzir as competências profissionais a um mero adestramento (Bourdieu, 1989).

No Brasil, os cursos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* podem ser cursados imediatamente após a graduação, facilitando o ingresso na pesquisa e na docência.

Em Portugal, as pós-licenciaturas exigem dois anos de experiência prática, vinculando a formação avançada à maturidade profissional.

À luz de Bourdieu, a ampliação dos estudos em nível de pós-graduação *lato e stricto sensu* pode ser compreendida como um investimento estratégico na construção e acumulação de capital cultural e capital científico, categorias fundamentais para compreender a posição social e profissional do enfermeiro no campo da saúde (Bourdieu, 1976; 1989).

O *lato sensu*, ao especializar práticas e aprofundar saberes técnicos, opera como um mecanismo de conversão do capital cultural incorporado ao longo da graduação em competências legitimadas pelo mercado e pelos serviços, reforçando a posição ocupada pelo enfermeiro no campo profissional (Bourdieu; Passeron, 2014). Já o *stricto sensu* insere o profissional no campo acadêmico, espaço atravessado por disputas simbólicas, no qual se produzem, se legitimam e se monopolizam formas socialmente reconhecidas de conhecimento científico (Bourdieu, 2007).

No entanto, como alerta o próprio Bourdieu, o acesso a esses níveis de formação não é socialmente neutro: ele reflete desigualdades históricas e reproduz barreiras estruturais, pois aqueles que dispõem de maior capital econômico, social e cultural tendem a ingressar com mais facilidade em programas de pós-graduação, acumulando credenciais e consolidando posições dominantes no campo (Bourdieu; Passeron, 2014). Assim, a pós-graduação não apenas qualifica o exercício profissional, mas evidencia, nas palavras de Bourdieu e Passeron, “as lógicas invisíveis da reprodução”, exigindo políticas inclusivas que democratizam o acesso e rompem com ciclos de desigualdade que historicamente se perpetuam.

No Brasil, a legislação permite ao enfermeiro licenciado atuar como docente nos cursos técnicos e na Educação Básica, exigindo sólida formação pedagógica, habilidades didáticas e domínio teórico-científico. A relação pedagógica deve fundamentar-se no diálogo, conforme Freire (1996), que entende o processo educativo como troca mútua entre educador e educando, orientada por um objeto de conhecimento que se torna eixo estruturante da aprendizagem.

A prática docente, nesse sentido, ultrapassa a transmissão de conteúdos: exige reflexão crítica permanente, compromisso ético, metodologias que favoreçam autonomia e aprendizagem significativa e integração teoria-prática. Freire (1996) ressalta que a responsabilidade profissional cresce na medida em que o educador sistematiza suas experiências e amplia seu repertório cultural.

A formação em Enfermagem também implica a construção de um corpo disciplinado, ético e tecnicamente competente. Foucault (2008), ao discutir a constituição dos corpos dóceis, permite compreender a Enfermagem como um campo permeado por normas, regulamentos e práticas que moldam comportamentos e habilidades. Tais dispositivos não anulam a autonomia profissional, mas demandam permanente vigilância ética, compromisso com a segurança do paciente e adesão rigorosa às políticas e protocolos institucionais.

No Brasil, a formação é profundamente marcada pela integração entre ensino, pesquisa e extensão, orientada pelos princípios do SUS, cujos mais importantes são a equidade e a universalidade do acesso ao atendimento público e gratuito de saúde. Já em Portugal, a articulação com as diretrizes da União Europeia e com as demandas e princípios do SNS, fortalece práticas padronizadas e a autonomia técnica do enfermeiro.

Os modelos de atenção primária também divergem. Enquanto em Portugal a atenção primária está estruturada no médico de família como “porta de entrada” do atendimento em saúde pública, no Brasil o foco é a Estratégia Saúde da Família, modelo que ainda enfrenta grandes dificuldades na implantação, o que, por conseguinte, produz grandes desigualdades no atendimento em saúde pública, especificamente na questão da atenção primária. A comparação revela que, embora ambos reconheçam a saúde como direito universal, sua efetivação materializa-se de forma distinta: Portugal adota copagamentos como estratégia de sustentabilidade; o Brasil, a gratuidade integral como opção política de equidade.

Um outro aspecto muito semelhante é que, ambos os países reconhecem o enfermeiro como protagonista do cuidado e da gestão em saúde. Como uma das consequências diretas desse reconhecimento, Portugal apresenta resultados consistentes na redução de internações, atribuindo-se destaque à prevenção de doenças, à promoção da saúde e à mitigação de desigualdades, com impacto direto na eficiência do sistema, ao passo que no Brasil, o fortalecimento da atenção básica é igualmente essencial para reduzir a sobrecarga nos níveis secundário e terciário, demandando profissionais capacitados e engajados no cuidado integral. Apesar desse reconhecimento, os enfermeiros, em ambos os países, permanecem na linha de frente, enfrentando desafios relacionados à valorização, autonomia, sobrecarga de trabalho e reconhecimento simbólico.

Embora compartilhem o compromisso com a qualificação técnica, científica e ética do enfermeiro, Brasil e Portugal adotam modelos formativos distintos quanto à categorização profissional, critérios de acesso, carga horária, inserção à prática profissional (estágios profissionais) e progressão acadêmica. Essas diferenças refletem escolhas históricas, políticas e culturais próprias, mas também revelam oportunidades de aprendizado mútuo. Evidências indicam que a elevação do nível de instrução e a imersão precoce em práticas clínicas potencializam a segurança, a autonomia e a qualidade do cuidado, constituindo elementos-chave para o fortalecimento da Enfermagem enquanto profissão e ciência.

Com tais considerações, ao analisarmos a formação do enfermeiro no Brasil e em Portugal, observa-se que ambos os países estruturam suas políticas educacionais e currículos de Enfermagem a partir de orientações que refletem demandas locais e internacionais. Portugal reformulou sua formação em Enfermagem a partir do Processo de Bolonha, promovendo a harmonização dos ciclos de estudos e a consolidação do Ensino Superior politécnico e universitário. Já no Brasil, a formação em Enfermagem é regulada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, com ênfase na formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ambos os países compartilham preocupações com a qualificação técnica, a autonomia profissional e a inserção do enfermeiro no sistema de saúde. No entanto, enquanto Portugal tende a enfatizar a integração europeia e a padronização de competências, o Brasil enfrenta desafios ligados à desigualdade regional, à precarização da formação e ao tensionamento entre as políticas públicas e os interesses do mercado educacional.

A aplicação do método comparativo de Bereday permite compreender que as diferenças entre as formações não se reduzem a aspectos normativos ou curriculares, mas expressam projetos políticos, concepções de sociedade e modos distintos de constituição do habitus profissional. Se Portugal, por um lado, privilegia uma formação mais precoce e intensa em contexto clínico, o Brasil, por sua vez, privilegia uma formação ampliada e vinculada às políticas públicas. Ambos, contudo, partilham o entendimento de que formar enfermeiros é formar sujeitos políticos capazes de intervir na realidade, produzir cuidado e produzir sociedade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta dissertação, quero reafirmar que a Enfermagem constitui uma profissão dotada de uma capacidade singular no processo de cuidar, desempenhando um papel imprescindível na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Cotidianamente, enfermeiros e enfermeiras atuam em diferentes níveis de atenção, desde a atenção primária até as situações de urgência e emergência, assumindo responsabilidades que envolvem uma enorme gama de procedimentos, tanto simples, quanto intermediários, chegando até as intervenções de elevada complexidade. É esse profissional, situado na linha de frente, que mobiliza sua equipe para garantir assistência qualificada, segura e humanizada.

Entretanto, não é recente o apelo da categoria por melhores condições de trabalho. A sobrecarga laboral, intensificada pela incorporação de atividades que extrapolam o escopo da Enfermagem, compromete a segurança do paciente e o bem-estar profissional. Somam-se a isso as fragilidades estruturais observadas em diversos serviços de saúde: falta de recursos humanos adequados, insuficiência de materiais e equipamentos, ambientes de trabalho desorganizados e carência de processos de capacitação contínua. Tais elementos repercutem diretamente na qualidade da assistência e reforçam a urgência de políticas públicas que assegurem infraestrutura apropriada, equipes completas e ambientes laborais seguros.

No campo formativo, considero, a partir das questões analisadas na presente dissertação, especialmente quando comparadas com a realidade de um país desenvolvido do chamado "primeiro mundo", que é evidente a necessidade de revisão dos processos educativos, tanto em instituições públicas quanto privadas. As escolas e universidades devem assegurar acolhimento pedagógico, rigor no cumprimento das cargas horárias, qualidade nos laboratórios didáticos e estágios supervisionados, garantindo que o estudante desenvolva competências técnicas, científicas e éticas, alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais e à legislação do exercício profissional. Assim, a participação dos Ministérios da Educação, da Saúde e dos Conselhos Profissionais, na fiscalização das instituições formadoras é imprescindível para a garantia de padrões mínimos de qualidade, segurança e responsabilidade pedagógica.

Do ponto de vista regulatório, reforça-se a importância de um COFEN/COREN mais atuante, capaz de defender melhores condições de trabalho, salários adequados, carga horária justa e valorização profissional. A qualidade da assistência depende, necessariamente, de profissionais motivados, valorizados e amparados por políticas sólidas de proteção ao trabalhador.

Nesse sentido, a análise comparativa entre Brasil e Portugal evidencia que, apesar de trajetórias históricas, modelos formativos e estruturas de gestão distintas, a Enfermagem desponta em ambos os contextos como uma profissão central para a efetividade dos sistemas públicos de saúde. Tanto no SUS quanto no SNS, o enfermeiro está na linha de frente dos serviços, apto a responder a demandas de urgência e emergência, a atuar com competência técnica e sensibilidade clínica na atenção primária, e a sustentar práticas baseadas em segurança, autonomia profissional e responsabilidade ética.

No Brasil, a experiência consolidada no SUS demonstra que o enfermeiro possui formação generalista, científica e humanista que o habilita a atuar em todos os níveis de complexidade, da triagem à gestão de situações críticas, passando pelo acompanhamento longitudinal de famílias e comunidades. No entanto, a distância entre a formação inicial e as exigências reais da prática, muitas vezes marcada pela falta de recursos, pela sobrecarga e pelas demandas assistenciais crescentes, evidencia a necessidade de investir em educação permanente, capacitação contínua e programas de progressão na carreira. Essas estratégias fortalecem a autonomia, a segurança profissional e o desempenho nas situações altamente complexas que caracterizam o trabalho em saúde.

Em Portugal, embora os enfermeiros sejam reconhecidos por sua elevada qualificação técnica, especialmente no âmbito europeu, desafios relevantes também se apresentam. O impacto do Processo de Bolonha, associado à migração de profissionais e à persistente desvalorização salarial, tem contribuído para um *déficit* significativo de pessoal, sobretudo em serviços de emergência, cuidados intensivos, atenção primária e cuidados continuados. A Ordem dos enfermeiros (Conselho Profissional português equivalente ao COFEN brasileiro) tem reiterado a necessidade de implementar carreiras mais atrativas, com progressão estruturada, incentivo à formação avançada e valorização de competências especializadas, elementos essenciais para a retenção de profissionais altamente capacitados e indispensáveis ao funcionamento seguro do SNS.

Tanto o COFEN, no Brasil, quanto a Ordem dos enfermeiros, em Portugal, desempenham papéis estratégicos na fiscalização e qualificação do exercício profissional. São essas entidades que definem normas éticas, regulam competências, orientam condutas e defendem condições de trabalho adequadas. Políticas mais assertivas dessas instituições, articuladas com universidades e governos, são fundamentais para assegurar salários justos, cargas horárias equilibradas, equipes completas, redução da sobrecarga laboral e prevenção do *burnout*, sobretudo entre profissionais que atuam em contextos de alta complexidade.

A comparação realizada nesta dissertação revela que a plena valorização do enfermeiro, seja no SUS ou no SNS, depende da consolidação de processos formativos consistentes, capazes de assegurar elevada competência clínica; de políticas de educação continuada alinhadas à evolução científica e tecnológica do cuidado; e de modelos de carreira que estimulem o desenvolvimento profissional ao longo do tempo. Investir na progressão funcional, no aprimoramento de competências especializadas e na existência de ambientes de trabalho seguros não é apenas uma medida corporativa, mas um imperativo para a qualidade da assistência e para a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde.

Concluo, portanto, que o enfermeiro, preparado para atuar de forma qualificada tanto na urgência e emergência quanto na atenção primária, constitui o eixo estruturante das políticas de saúde em ambos os países. A implementação de estratégias robustas de formação contínua, incentivo ao desenvolvimento profissional e valorização das competências especializadas é condição indispensável para garantir que esse profissional permaneça motivado, saudável e capaz de responder às demandas crescentes do cuidado contemporâneo. Assim, com esta dissertação, reafirmo, que a consolidação de sistemas de saúde universais, públicos e de qualidade depende, de forma decisiva, do reconhecimento da centralidade do enfermeiro e da promoção de políticas que assegurem sua formação, dignidade e permanência no trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, G. **A Enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira**. Ribeirão Preto, 1973. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 1973. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yMqvJVchxwkV/kzQX3gGvnQR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.
- ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. **Teóricos de Enfermagem e seu trabalho**. 6ª ed., Singapura: Mosby, 2006.
- ASAD, Z. M. **Conceitos e teorias de Enfermagem com um modelo de coração sadio**. Teerã: Heidari Publication, 2014.
- AZEVEDO, M. J.; CARVALHO, V.; GOMES, M. L. B; Waleska Paixão: uma biografia à serviço da Enfermagem brasileira. **Esc. Anna Nery Rev Enfermagem**, vol. 13, n. 1, p. 31-35, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ZnM6vrn4PXjpGJBcZZ6jSxp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 jan. 2026.
- BEREDAY, G. Z. F. **Método comparado em educação**. Trad.: José de Sá Porto. São Paulo: Companhia Editora Nacional / Editora da Universidade de São Paulo, 1972.
- BONITATIBUS, S. G. **Educação comparada: conceito, evolução, métodos**. São Paulo: EPU, 1989.
- BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1976. p. 122-155.
- BOURDIEU, P. **Choses dites**. Paris: Minuit, 1987.
- BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. Porto Alegre: Zouk, 2007.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BOURDIEU, P; PASSERON, J.C. **Os herdeiros: os estudantes e a cultura**. Tradução de Ione Ribeiro Valle e Nilton Soares Ebling. Florianópolis: Editora UFSC, 2013.
- BOURDIEU, P.; PASSERON, J.C. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BRANDÃO, C. F. **LDB passo a passo: lei de diretrizes e bases da educação nacional - Lei n 9.934/96, comentada e interpretada, artigo por artigo**. 6. ed., rev. atual. São Paulo: Avercamp, 2018.

BRASIL. **Decreto nº 791 de setembro de 1890**. Decreto de Criação da Escola Profissional de enfermeiros e enfermeiras. Coleção de Leis do Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **Decreto Federal nº 31417/51**. Criação da Associação Brasileira de enfermeiros diplomadas – ABEN. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1951. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D31417impresao.htm. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 03/2001**. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Enfermagem. Brasília: MEC, 2001a. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cneces-no-3-de-7-de-novembro-de-2001/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES nº 1133/2001**. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: MEC, 2001b. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Par_CES_1133_070801.pdf. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 4/2009**. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração do curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: MEC, 2009. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/legislacoes/detalhe/4666/resolucao-cne-ces-n-4>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **Resolução nº 564/2017**. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Resolução de criação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Oficial, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **Resolução nº 570/2018**. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Resolução de procedimentos para registro de títulos de pós-graduação Lato e Stricto Sensu. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Oficial, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0570-2018/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **Resolução nº 581/2018**. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Normatização das especializações Lato Sensu e Stricto Sensu em Enfermagem. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html. Acesso em: 04 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 1, de 6 de abril de 2018**. Estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação stricto sensu. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Oficial, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/resolucoes/resolucoes-cne-ces-2018>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3020/1029**. Estabelece o Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS). Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Oficial, 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt3020_25_11_2019.html. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022**. Institui o piso salarial nacional dos enfermeiros, técnicos de Enfermagem, auxiliares de Enfermagem e parteiras. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Oficial, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/piso-da-enfermagem>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **Resolução nº 736/24**. COFEN (Conselho Federal Enfermagem). Implementação do Processo de Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília; Imprensa Oficial, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **PEC 30 horas**. Proposta de Emenda à Constituição nº 19/2024 - Estabelece a carga horária dos trabalhadores da Enfermagem no Brasil. Congresso Nacional. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/163673>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. **Relatório de Resultados do ENADE 2023 – Curso de Enfermagem**. Brasília, 2024. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/avaliacao-e-exames-educacionais/enade/resultados>. Acesso em: 02 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 378/2025**. Dispõe sobre os formatos de oferta dos cursos superiores de graduação. Diário Oficial da União. n. 93, Seção 1, p. 103. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-mec-378-2025-05-19.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BROADFOOT, P. Comparative Education for the 21st century: retrospect and prospect. **Comparative Education, on-line**, n. 36, v. 3, p. 357-371, 2000. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03050060050129036>. Acesso em: 21 jan. 2026.

CALADINHO, D. B. Jesuítas e Medicina no Brasil colonial. **Tempo**, n. 10, p. 61-75, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-77042005000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tem/a/qXjqFSzvp6VymndWw4QtFKN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

CASTRO-SANTOS, L. A. A Fundação Rockefeller e o Estado nacional: história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, v. 6, n. 1, p. 105-10. 1989. Disponível em: <https://rebeb.org.br/revista/article/view/571>. Acesso em: 21 jan. 2026.

CORREIA, L. M. Construção do projeto político: experiência da Faculdade de Enfermagem da UERJ. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 57, n. 6, 2004, p. 649-653. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Vd8FhfkwLX8fXNHpvPxGTNz/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

COURA, K. V. Internacionalização do ensino superior: razões políticas, econômicas, socioculturais e acadêmicas. **Anais do Congresso Internacional de Educação a Distância**. Belo Horizonte: Abed, p. 10, 2017. Disponível em: <https://repositorio.pgsscogna.com.br/handle/123456789/35086>. Acesso em: 21 jan. 2026.

COWEN, R. Comparing Futures or Comparing Pasts? **Comparative Education, online**, n. 36, v. 3, p. 333-342, 2000. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3099621>. Acesso em: 21 jan. 2026.

DANIEL, L. F. **A Enfermagem planejada**. 3. ed., rev. ampl. São Paulo: EPU, 1981.

DELORS, J. et al. **Os quatro pilares da educação**. In: DELORS, J. Educação um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo/Brasília: Cortez/MEC/UNESCO, 1998. p. 89-102. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por. Acesso em: 21 jan. 2026.

DELUIZ, N. **Qualificação, competências e certificação: visão de mundo do trabalho**. Formação, v. 1, n. 2, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2002.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2026.

DIAS, L. P.; DIAS, M. P. Florence Nightingale e a história da Enfermagem. **HERE - História da Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 47-63, 2019. Disponível em: <https://periodicos.abennacional.org.br/here/article/view/390>. Acesso em: 21 jan. 2026.

EL-AZIZ, T. M. A.; STOCKANDA, J. D. Recent progress and challenges in drug development against covid-19 coronavirus (Sars- Coc-2): an update on the status. *Infection*, **Genetics and Evolution, Amsterdam**, v. 83, p. 327, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32320825/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

EMANUEL, E. J.; PERSAD, G.; UPSHUR, R.; et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. **The New England Journal of Medicine**, [s.l.], p. 2049-2055, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32202722/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

FERREIRA, A. G. O sentido da educação comparada: uma compreensão sobre a construção de uma identidade. **Educação**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, 2008. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/faced/article/view/2764>. Acesso em: 21 jan. 2026.

FERREIRA, A. G. Estudos comparados em educação: novos enfoques teóricos-metodológicos. **Acta Scientiarum - Education**, v. 36, n. 1, p. e129141, 2014. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/19012>. Acesso em: 21 jan. 2026.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **SUS e PSF para Enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

FONSECA, T. O. **Cartografias do cuidado em saúde para adolescentes e jovens. 2011**. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/9235/DISSERTAA%C3%87%C3%83O%20-%20160.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 jan. 2026.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 35 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2008.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRANCO, M. A. C. **Estudos comparados em educação na América Latina: uma discussão teórico-metodológica a partir da questão do outro**. In: PUIGGRÓS, A.; BERTUSSI, G. T.; FRANCO, M. A. C. (Orgs.). Estudos Comparados e Educação na América Latina. São Paulo: Livros do Tatu/Cortez, 1992. Disponível em: https://fliphtml5.com/nnpdr/xhep/Anais_do_II_SEMIN%C3%81RIO_DO_OBSERVAT%C3%93RIO_IBERO-AMERICANO_DE_ESTUDOS_COMPARATIVOS_EM_EDUCA%C3%87%C3%83O/18/. Acesso em: 21 jan. 2026.

FRANCO, M. C. Quando nós somos o outro: questões teórico-metodológicas sobre os estudos comparados. **Educação & Sociedade**, Campinas: CEDES, v. 21, n. 72, ago/2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/xGMSnNdj7LYCdPrgFNp7C5Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, C. C. S. **Divulgar a biografia de um santo: os usos e as apropriações da figura de José de Anchieta no Brasil e na Europa (século XVII)**. 2016. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. 357f. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002865211>. Acesso em: 21 jan. 2026.

FREITAS, H. M. S. **Filosofia e educação**. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2010. Disponível em: <https://canal.cecierj.edu.br/recurso/4598>. Acesso em: 04 mai. 2025.

FURUKAWA P. O.; CUNHA, I.C.K.O. From management competencies to nurse managerial competencies. **Revista Brasileira de Enfermagem (on line)**, vol. 63, n. 6, p. 1061-1066, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600030>. Acesso em: 25 set. 2024.

GRISARD, N.; VIEIRA, E. T. S. **Ana Néri: madrinha da Enfermagem no Brasil**. Gazeta Médica da Bahia, n. 2, 2009.

HALLAL, P. et.al. Inquérito telefônico de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em tempos de pandemia (Covitel). **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 39, n. 9, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/P9KF68Lz7LzLnyQhsjxRzSN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

HERMIDA, P. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 57, n. 6, p. 733-737, nov./dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/S6h7SWWFnGsMkyxKr9XbYSk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

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

IMAGINÁRIO, C.; CORREIA RIBEIRO, J. L.; PIRES DE SOUSA, M. C. A história do ensino de Enfermagem em Portugal. **História da Ciência e Ensino**, vol. 25, p. 88-101, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2178-2911.2022v25espp88-101>. Acesso em: 13 jan. 2025.

KANDEL, I. L. **Studies in comparative education**. Boston: Houghton Mifflin Company, 1933.

KORNDORFER, A. P.; RAMACCIOTTI, K. I. Uma proposta, duas experiências: a Fundação Rockefeller e a formação de enfermeiras no Brasil e na Argentina (primeira metade do século XX). **Descentrada**, vol. 5, n. 1, p. e131, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24215/25457284e131>. Acesso em: 04 fev. 2025.

LINO, M. M. et. al. Mobilidade acadêmico-profissional e internacionalização da Enfermagem: contributos do Processo de Bolonha. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, p. e20210319, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TPbSNDYxZv9MF7Jjk6SzXkS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

LIMA, L. C. V. S.; AFONSO, A. J. G. **Democratização, modernização e neoliberalismo**. Porto: Edições Afrontamento, 2002.

LOPES, R. **Anchieta e a Medicina**. Belo Horizonte: Apollo, 1934.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 2, p. 181-189, 2010. Disponível em: <https://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2026.

LOURENÇO FILHO, M. B. **Educação comparada**. Org. Ruy Lourenço Filho / Carlos Monarcha, 3. ed. Brasília: MEC/Inep, 2004. (Coleção Lourenço Filho).

MALET, R. Do Estado-nação ao espaço-mundo: as condições históricas da renovação da educação comparada. **Educação & Sociedade**, Campinas (SP), CEDES, v. 25, n. 89, p. 1.301-1.332, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/DvK5MTkzSmWq6v9bmdrsQDm/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

MARSHALL, J. **Introduction to comparative and international education**. London: Sage, 2014.

MARTINS, G. I. et al. A Contribuição da mobilidade acadêmica em Portugal para a graduação de Enfermagem: relato de experiência. **Tear: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia**, v. 13, n. 2, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ifrs.edu.br/index.php/tear/article/view/7372>. Acesso em: 21 jan. 2026.

MCEVEN, M.; WILLS, E. M. **Base teórica para Enfermagem**. Filadélfia: Lippincott, 2011.

NEVES, M. A. A tomada de decisão em Enfermagem. **Pensar Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 25-34, 2002. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8896/livroresumos_medicocirurgica.pdf. Acesso em: 21 jan. 2026.

NÓVOA, A. **Modelos de análise em educação comparada: o campo e a carta**. In: SOUZA, D. B.; MARTÍNEZ, S. A. (Orgs.). **Educação comparada: rotas de além-mar**. São Paulo: Xamã, 2009, p. 23-63.

NÓVOA, A. Firmar a posição como professor, afirmar a profissão docente. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 166, p. 1106-1133, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/WYkPDBFzMzrvnbsbYjmvCbd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

NÓVOA, A. Ilusões e desilusões da educação comparada: política e conhecimento. **Educação Sociedade & Culturas**, n. 51, p. 13-31, dez./2017. Disponível em: <https://ojs.up.pt/revistas/index.php/esc-ciie/article/view/82>. Acesso em: 21 jan. 2026.

NOAH, H. J.; ECKSTEIN, M. A. **Towards a science of comparative education**. New York: Macmillan, 1969.

OGUISSO, T. **Florence Nightingale**. In: OGUISSO, T. (org.). **Trajetória histórica e legal da Enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005, p. 57-97.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Assembleia mundial da saúde adota histórico acordo sobre pandemias**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/20-5-2025-assembleia-mundial-da-saude-adota-historico-acordo-sobre-pandemias>. Acesso em: 02 ago. 2025.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. New York: Mac Graw-Hill , 1971.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1979.

PALMER, I. S. **From whence we came**. In: CHASKA, N. L. The nursing profession: a time to speak. New York: McGraw Hill; 1983.

PEREIRA, E. Z.; LEITE, F. H. O. M; A importância da prática do estágio supervisionado no curso de graduação em Enfermagem. **Universo**, v. 1, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3universobelohorizonte3&page=article&op=view&path%5B%5D=4285>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PHILLIPS, D.; OCHS, K. Processes of policy borrowing in education: some explanatory and analytical devices. **Comparative Education**, on-line, n. 39, v. 4, p. 451-461, 2003. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3593415>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 86/1976, de 02 de abril de 1976**. Diário da República, 10/04/1976. Disponível em: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=leis. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Lei nº 56/1979, de 15 de setembro de 1979**. Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 16/09/1979. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de novembro de 1981**. Estabelece o regime da carreira de Enfermagem. Diário da República, 13/11/1981. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/305-1981-568308>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 178/85 de 23 de maio de 1985**. Aprova a revisão da carreira de Enfermagem. Diário da República, 24/05/1985. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/178-1985-151547>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de dezembro de 1988**. Estabelece o regime jurídico do ensino superior politécnico e regula a sua organização e funcionamento. Diário da República, 24/12/1988. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/480-1988-361157>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. Ministério da Educação e Saúde. **Portaria nº 195/90**. Diário da República, n. 64, 17/03/1990. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/195-1990-333169>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro de 1991**. Estabelece os princípios orientadores da formação especializada em Enfermagem e sua articulação com cargos administrativos. Diário da República, 09/11/1991. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/437-1991-331852>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 15/92, de 4 de fevereiro de 1992**. Define os requisitos para a formação especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, incluindo carga horária mínima e atividades práticas obrigatórias. Diário da República, 05/02/1992. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/437-1991-331852>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro de 1996**. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE). Diário da República, 05/09/1996. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 104 de 21 de abril de 1998**. Cria a Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 22/04/1998. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 353 de 03 de setembro de 1999**. Estabelece as regras gerais para o ensino da Enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. Diário da República, 03/09/1999. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/353-1999-582195>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Portaria nº 799-D de 18 de setembro de 1999**. Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Diário da República, 18/09/1999. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/799-d-1999-581591>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Portaria nº 799-E de 18 de setembro de 1999**. Aprova o Regulamento Geral do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Diário da República, 18/09/1999. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/799-e-1999-581592>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Portaria nº 799-F de 18 de setembro de 1999**. O presente Regulamento disciplina o ano complementar de Formação em Enfermagem. Diário da República, 18/09/1999. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/799-f-1999-581593>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Portaria nº 799-G de 18 de setembro de 1999.** Cria o curso de licenciatura em Enfermagem num conjunto de escolas superiores de Enfermagem públicas, autorizando-as, em consequência, a conferir o grau de licenciado em Enfermagem. Diário da República, 18/09/1999. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/799-g-1999-581594>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Portaria nº 268/2002, de 13 março de 2002.** Aprova o Regulamento Geral de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem. Diário da República, 14/03/2002. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/268-2002-265299>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Regulamento nº 613 de 8 de setembro de 2022.** Ordem dos enfermeiros. Diário da República, 09/09/2022. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 205/2002, de 8 de outubro de 2002.** Regula a organização dos cursos de especialização tecnológica nas instituições de ensino superior. Diário da República, 09/10/2002. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/205-2002-657223>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 42/2005 de 22 de fevereiro de 2005.** Princípios reguladores de instrumentos para criação do espaço europeu de ensino superior (ECTS). Diário da República, 23/02/2005. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/42-2005-606304>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março de 2006.** Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 25/03/2006. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Lei n.º 62/2007, de 10 de setembro de 2007.** Estabelece o regime jurídico das instituições de ensino superior. Diário da República, 11/09/2007. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/62-2007-640339>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros. **Regulamento n.º 128/2008.** Define o perfil de competências do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 10/09/2008. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros. **Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011.** Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro Especialista. Diário da República, 19/02/2011. Disponível em:

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia, e Ensino Superior. Direção Geral do Ensino Superior. **O Processo de Bolonha: um longo e complexo processo de maturação**. Lisboa, 2012. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:251E:0024:0033:PT:PDF>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Lei n.º 75/2019, de 2 de setembro de 2019**. Estabelece mecanismos de regularização de propinas em instituições de ensino superior. Diário da República, 03/09/2019. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/75-2019-124346826>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. **Lei n.º 8/2024 de 19 de janeiro de 2024**. Alteração ao Estatuto da Ordem dos enfermeiros. Diário da República, 20/01/2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>. Acesso em: 21 jan. 2026.

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros. **Dia Internacional da Parteira - Parteiras e enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**. 2025. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas>. Acesso em: 21 set. 2025.

PORTUGAL. **Direção-Geral do Ensino Superior. Sistema de Ensino Superior de Portugal**. Disponível em: <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/sistema-de-ensino-superior-portugues>. Acesso em: 15 jun. 2025.

RAMOS, R. **A dama da lâmpada**. O estatístico. 2017. Disponível em: <https://oestatistico.com.br/florence-nightingale-a-dama-da-lampada/>. Acesso em 27 abr. 2025.

RABIAIS, I.; AMENDOEIRA, J. Educar em Enfermagem: um processo de reflexividade na interação. **Cadernos de Saúde**, v. 6, p. 55-68, 2013. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2841>. Acesso em: 21 jan. 2025

RAJABALLY, M. H. Personalidade de Florence Nightingale: um perfil psicanalítico. **Int J Nurs Stud**. v. 31, n. 3, p. 269-278, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8088939/>. Acesso em: 21 jan. 2025.

REIGEL, F. et. al. Filosofia e processo de Enfermagem: uma reflexão das bases teórico filosóficas na prática clínica de Enfermagem. **Enferm Foco**, 2023, e202359. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-14-e-202359/2357-707X-enfoco-14-e-202359.pdf. Acesso em: 21 jan. 2025.

RIBEIRO, J. M. S. Autonomia profissional dos enfermeiros. **Referência Revista de Enfermagem**, v. III, n. 5, p. 27-36, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239964004.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2026.

RIBEIRO, J. P.; TAVARES, M.; ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, B. D. Análise das diretrizes curriculares: uma visão humanista na formação do enfermeiro. **Revista Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 403-409, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-14548>. Acesso em: 21 jan. 2026.

SADLER, M. How can we learn anything of practical value from the study of foreign systems of education? **Comparative Education Review**, v. 7, n. 3, p. 307-314, 1900. [Reimpresso em 1964]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000217707>. Acesso em: 21 jan. 2026.

SANTOS, S. S. C. Currículos de Enfermagem do Brasil e as diretrizes: novas perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 361-364, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ybfmFncnZkWR5mGfmMfP39L/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

SANTOS FILHO, A. P. O estágio supervisionado e sua importância na formação docente. **Revista P@rtes**, 2010. Disponível em: <https://www.partes.com.br/2010/01/04/o-estagio-supervisionado-e-sua-importancia-na-formacao-docente/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

SANTOS FILHO, L. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: Edusp/Hucitec, 1991.

SCHUMAHER S.; BRAZIL, E. V. **Dicionário mulheres do Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2000. p 79.

SCHIAR, R. M. **A vida de Florence Nightingale, a criadora da moderna enfermagem**. COREN. 2010. Disponível em: <http://coren.pb.gov.br/wp/?p=77>. Acesso em: 21 jan. 2025.

SILVA, R. M. F. Expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização da especialização em Enfermagem: estudo descritivo. **Revista de Enfermagem Referência** n.19, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388256613015/388256613015.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2026.

SILVA, L. M. D. et. al. Estágio curricular supervisionado: dificuldades e perspectivas vivenciadas por acadêmicos de Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 18, vol. supl. 18, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/662>. Acesso em: 21 jan. 2026.

SOUSA, R. P.; MIOTA, F. M. C. S. C.; CARVALHO, A. B. G. **Tecnologias digitais na educação**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 276 p. ISBN 978-85-7879-124-7. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/6pdyn/pdf/sousa-9788578791247.pdf>. Acesso em: 01 out. 2024.

STEINER-KHAMSI, G. (Org.). **The global politics of educational borrowing and lending**. New York: Teachers College Press, 2004.

SZEWCZYK, M. S. C. et al. Refletindo sobre a educação e o trabalho da Enfermagem à luz das ideias de Paulo Freire: a possibilidade de um novo olhar para a educação. **Ciência, cuidado e saúde**, p. 276-283, 2005. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5209>. Acesso em: 21 jan. 2026.

TEIXEIRA, L. I. et al. Internacionalizar para quê? As razões de instituições públicas de ensino superior no Ceará. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, v. 26, p. 800-821, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/c4VZkMBQ6H3Kyp333ch6QhJ/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

TYRRELL, M. A. R.; BARREIRA, I. A. 80 anos de existência na Enfermagem brasileira: escola de Enfermagem Anna Nery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 1, editorial, fev./2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BpcGLPd6jFCxyCmJ9YwsBsC/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2026.

UNICOVSKI, M. A. R.; LAUTERT, L. **A formação profissional do enfermeiro: reflexão, ação e estratégias**. In: SAUPE, R. (Org). Educação em Enfermagem. Florianópolis: Ed. UFSC, 1998, p. 219-242.

VARELAA.; AQUINO L. S; PIMENTA V. V. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Escola Profissional de enfermeiros e enfermeiros. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz; 2005. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/todas-as-noticias/dicionario-historico-biografico-das-ciencias-da-saude-no-brasil-1832-1970-tem-nova-edicao/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

VEIGA, J. Autonomia pessoal e cuidados de Enfermagem: uma revisão da literatura empírica e teórica. **Pensar Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 39-69, 2011. Disponível em: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/51>. Acesso em: 21 jan. 2026.

XAVIER, M. P.; ARAÚJO, J. S. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v.1, n.1, jan./jun.2014. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/326>. Acesso em: 21 jan. 2026.

WADE, G. H. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. **Journal of Advanced Nursing**, v. 30, n. 2, p. 310-318, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10457232/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

WELCH, A. R. Class, culture and the state in comparative education: problems, perspectives and prospects. **Comparative Education**, Londres, v. 29, n. 1, p. 7-27, 1993. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3099221>. Acesso em: 21 jan. 2026.

WIENS A. G. Expanded nurse autonomy: models for small rural hospitals. **J Nurs Adm**, v. 20, n. 12, p. 15-22, dec./1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2243270/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. Geneve, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 05 out. 2024.