

Del manicomio al COVID-19: marco legal y configuraciones históricas de la formación en Enfermería en Brasil (1890-2020)

Do hospício à covid-19: marcos legais e configurações históricas do ensino de Enfermagem no Brasil (1890–2020)

From asylums to COVID-19: Legal frameworks and historical configurations of Nursing training in Brazil (1890–2020)

Cibelle Ponci Marques Lima¹ ; Carinne Magnago¹ 

¹Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

RESUMEN

Objetivo: analizar las rupturas y continuidades en la trayectoria histórica de la formación en Enfermería en Brasil, con base en las regulaciones federales del período 1890-2020, articuladas con los contextos sociosanitarios y políticos del país. **Método:** investigación documental, descriptiva-analítica, fundamentada en la Historia Serial, que examina 193 actos normativos y administrativos federales obtenidos de los portales de la Cámara de Diputados y del Ministerio de Educación. **Resultados:** se observó un predominio de decretos y leyes que expresan regularidades y rupturas entre modelos formativos centrados ya sea en la salud pública o en una lógica hospitalocéntrica, siguiendo las transformaciones políticas y económicas del Estado brasileño. **Consideraciones finales:** los marcos legales evidencian que la formación y la práctica de la enfermería reflejan disputas históricas entre proyectos formativos, intereses de clase y género, y el avance de la mercantilización de la educación, por lo que contribuyen a la comprensión de las continuidades y los cambios en la regulación profesional.

Descriptor: Enfermeira; Historia de la Enfermería; Educación en Enfermería; Currículum; Práctica Profesional.

RESUMO

Objetivo: analisar as rupturas e continuidades no percurso histórico do ensino de Enfermagem no Brasil, a partir de normativas federais do período 1890–2020, articulando-as às conjunturas socio-sanitárias e políticas do país. **Método:** estudo documental, descritivo-analítico, fundamentado na História Serial, com exame de 193 atos normativos e administrativos federais obtidos nos portais da Câmara dos Deputados e do Ministério da Educação do Brasil. **Resultados:** observou-se a predominância de decretos e leis que expressam regularidades e rupturas entre modelos formativos voltados ora à saúde pública, ora à lógica hospitalocêntrica, acompanhando transformações políticas e econômicas do Estado brasileiro. **Considerações finais:** os marcos legais evidenciam que a formação e o exercício da Enfermagem refletem disputas históricas entre projetos formativos, interesses de classe e de gênero, e o avanço da mercantilização do ensino, contribuindo para compreender continuidades e mudanças na regulação profissional.

Descritores: Enfermagem; História da Enfermagem; Educação em Enfermagem; Currículo; Prática Profissional.

ABSTRACT

Objective: to analyze the breaking points and continuities in the history of Nursing training in Brazil, based on federal norms during the 1890-2020 period and linking them to the social, health and political contexts of the country. **Method:** a documentary and descriptive-analytical research study grounded on Serial History, which examined 193 normative and administrative federal actions retrieved from the House of Representatives and Ministry of Education portals. **Results:** predominance of decrees and laws expressing regularities and breaking points across training models targeted at Public Health or at the hospital-centered logic was observed, along with diverse political and economic transformations in the Brazilian State. **Final considerations:** the legal frameworks evidence that Nursing training and practice reflect historical disputes across training projects, class/gender interests and the advancement of teaching mercantilization, contributing to understanding continuities and changes in professional regulation.

Descriptors: Nursing; History of Nursing; Education, Nursing; Curriculum; Professional Practice.

INTRODUCCIÓN

La enfermería moderna tiene sus raíces en el siglo XIX, cuando adquirió prominencia y estatus profesional gracias a Florence Nightingale, cuyo trabajo contribuyó a las bases técnicas, administrativas y educativas de la enfermería¹. Como arte social guiado por prácticas económicas y político-ideológicas, ha prosperado en un contexto que representa a la sociedad misma².

En Brasil, como profesión, surgió como respuesta a las necesidades colectivas históricamente presentadas, influenciada por las demandas de salud de la población y los movimientos sociopolíticos en favor de la salud, así como por

Este estudio fue financiado en parte por la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001*.

Autor corresponsal: Cibelle Ponci Marques Lima. Correo electrónico: cibelle.lima@usp.br

Editora jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Científica: Thelma Spindola

las manifestaciones hegemónicas de poder³. En este contexto, durante los cambios sociales, su proceso de profesionalización requirió el establecimiento de una formación formal que diera lugar a un cuerpo de conocimientos esotéricos orientado hacia un ideal de servicio colectivo.

Actualmente, la enfermería es reconocida como una profesión de nivel superior, con un cuerpo de conocimientos específicos, un papel esencial en el equipo de salud, aun cuando a lo largo de la historia estuvo subordinada a la medicina y muchas veces vista como una actividad subordinada⁴.

Ante este escenario, se vuelve relevante analizar históricamente los marcos normativos que estructuraron la formación en Enfermería, a fin de comprender cómo dichos instrumentos jurídicos contribuyeron a la consolidación –o al mantenimiento de desigualdades– en la configuración contemporánea de la profesión.

El objetivo de este artículo es analizar las rupturas y continuidades en la trayectoria histórica de la formación en Enfermería en Brasil, con base en las regulaciones federales del período 1890-2020, articuladas con los contextos sociosanitarios y políticos del país. A pesar de la abundante literatura sobre el tema, la misma es dispersa y no abarca todo el período histórico propuesto para este artículo. Además, no existe un análisis sistemático y serializado de las normas que conforman el cuerpo legal de la formación en Enfermería en el período 1890-2020. Este artículo busca recuperar y analizar estas regulaciones.

MÉTODO

Investigación documental descriptiva-analítica, desarrollada según los supuestos de la Historia Serial, un enfoque que prioriza el análisis sistemático y comparativo de series documentales homogéneas a lo largo del tiempo, lo que permite la identificación de patrones, rupturas y continuidades en procesos históricos de largo plazo^{5,6}. El objeto de estudio fueron documentos legislativos, actos administrativos y normas jurídicas de alcance federal relacionados con la formación en Enfermería.

El análisis documental e histórico realizado en este estudio cubre un período de 130 años, con un alcance delimitado entre 1890 y 2020. El hito inicial (1890) se estableció debido a su relevancia para la institucionalización de la salud y la educación en Brasil. Este año coincide con los primeros actos de la República destinados a la organización sanitaria y las políticas educativas, elementos cruciales para comprender la posterior creación y regulación de las primeras escuelas y prácticas de Enfermería en el país. El hito final (2020) corresponde al año de finalización de la búsqueda y recopilación de actos normativos para este manuscrito. Además, este período final se contextualiza con el inicio de la pandemia de Covid-19, como se menciona en el título del artículo. La inclusión de este hito temporal permite el análisis de los actos normativos más recientes para reflejar el contexto sociosanitario que culminó en una crisis que exigió lo máximo de la categoría profesional. La búsqueda inicial se realizó en 2020, utilizando los portales electrónicos de la Cámara de Diputados y el Ministerio de Educación (MEC), complementada con investigación en fuentes primarias de leyes anteriores a 1996.

En el primer portal, se buscó legislación que contenía las palabras clave "enfermería", "enfermera" o "enfermero" (n=1120). En el segundo, se verificaron individualmente los dictámenes y resoluciones de la Cámara de Educación Superior (CES) (n=142) y la Cámara de Educación Básica (CEB) (n=530). Los documentos anteriores a 1996, no disponibles en el sitio web del MEC, se solicitaron por correo electrónico a la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de Educación (CNE), lo que resultó en la presentación de 18 archivos.

Los criterios de inclusión fueron: documentos legislativos, actos administrativos o normas legales a nivel federal; contenido directamente relacionado con la regulación de la formación en Enfermería (currículo, escuelas, acreditación); publicación dentro del plazo establecido (1890-2020).

La búsqueda arrojó un total de 1787 documentos potencialmente relevantes. La selección inicial se basó en la lectura de títulos y resúmenes. El proceso de depuración y exclusión siguió los siguientes criterios: se excluyeron los actos de carácter exclusivamente administrativo (p. ej., asuntos de gasto, nombramiento de comisiones sin impacto regulatorio, cambios de nomenclatura sin modificación del ámbito educativo); los documentos encontrados en más de una fuente se conservaron solo una vez; y los documentos que, si bien mencionaban el área de la salud, pero no se centraban en la Enfermería, fueron también excluidos. Al final del proceso de selección, el *corpus* documental final consistió en 193 actos normativos y administrativos federales, que se sometieron a análisis.

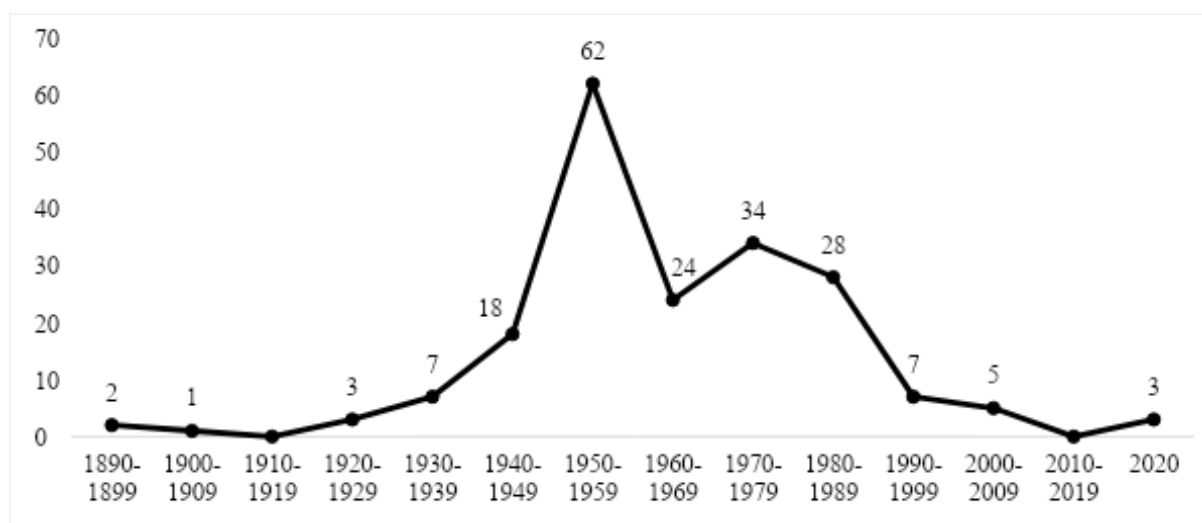
Procedimiento analítico

El análisis de los documentos seleccionados se realizó en dos etapas: organización del material y procesamiento de datos⁷. En la fase de organización, se leyeron todos los documentos recuperados y, para cada uno, se elaboró una hoja de cálculo en orden cronológico que contenía la fuente, el año, el tema principal, el tipo de documento, el resumen, la transcripción de extractos relevantes para el estudio y la referencia de la publicación. En esta etapa, se cuantificaron las variables año y tema y se presentaron en forma de ilustraciones.

Siguiendo los principios de la Historia Serial^{5,6} el procesamiento de la información comenzó con el reconocimiento de patrones de continuidad y rupturas en el proceso histórico de la formación en Enfermería en Brasil. Posteriormente, y con base en estos patrones, se definieron tres ejes temáticos: I. Institucionalización de la educación y primeros hitos regulatorios en el contexto de la hegemonía del modelo sanitario (1890-1949); II. Consolidación legal y expansión de los cursos de enfermería en el contexto de la hegemonía del modelo biomédico (1950-1994); III. Reformulación curricular hacia los principios del SUS (1994-2020). A partir de estos, se identificaron regularidades y discontinuidades marcadas por hitos regulatorios y contextos sociosanitarios, las cuales se discutieron a la luz de la literatura relacionada.

RESULTADOS

Se recuperaron 193 documentos, datados desde 1890 hasta 2020. Predominaron los decretos (n=165; 85,5%), y los publicados en la década de 1950 (n=62; 32,1%), período en el que se estableció la educación superior en enfermería (Figura 1).



Fuente: Datos de la investigación.

Figura 1: Distribución de documentos seleccionados relacionados con la formación en Enfermería por período de publicación. Brasil, 1890-2020

En cuanto a las materias, los documentos predominantes fueron los que autorizan o reconocen Cursos de Enfermería (n=68; 35,1%) y Cursos de Auxiliar de Enfermería (n=60; 30,9%) (Tabla 1).

Tabla 1: Número de documentos relacionados con la formación en enfermería, por área temática. Brasil, 1890-2020

Tema principal	N	%
Autoriza o reconoce Cursos de Enfermería.	68	35.1
Reconoce Curso de Auxiliar de Enfermería.	60	30.9
Establece el currículo de las asignaturas o requisitos relacionados con la docencia.	37	19.2
Crea/autoriza/reconoce/equipara Facultad/Escuela de Enfermería.	28	14.5
Total	193	100

El análisis serial aplicado al conjunto de regulaciones sobre la formación en Enfermería en Brasil (1890-1959) permitió identificar continuidades, que se presentan como patrones claros a largo plazo, y rupturas, identificadas como puntos de inflexión. Las principales continuidades reveladas por la serie de regulaciones indican estructuras, prácticas y dependencias que se mantuvieron constantes a lo largo del período analizado, a saber:

- Centralidad de la regulación estatal: El Gobierno Federal, mediante Decretos, Decretos-Leyes y Leyes, mantuvo la función central e ininterrumpida de autorizar, equiparar y reconocer el funcionamiento de las escuelas y los cursos. La autonomía de las instituciones educativas siempre estuvo condicionada a la aprobación y supervisión del Estado Nacional, garantizando así un estándar nacional de educación;
- Estructura de la educación por niveles de formación: La distinción entre profesionales de nivel superior (enfermeros/as) y profesionales de nivel medio (auxiliares/técnicos/as) se estableció legalmente en 1949 y se ha

mantenido a lo largo de las décadas. La legislación aun hoy reconoce y regula la estratificación social de la profesión de Enfermería, lo que refleja una jerarquía en el personal sanitario;

- Capacidad de respuesta y adaptación al contexto sociosanitario: la legislación demuestra una adaptación constante de la formación al modelo sanitario actual, al identificar al menos tres grandes periodos:
 - 1890-1949: creación y estandarización de los cursos de enfermería regidos por el modelo de formación de la escuela vinculada al Departamento Nacional de Salud Pública, que funcionaba bajo la lógica del modelo de atención a la salud pública, centrado en el combate a las epidemias mediante programas verticales dirigidos a enfermedades específicas y campañas preventivas;
 - 1950-1994: fuerte vinculación y dependencia con la estructura hospitalaria, con la creación y expansión acelerada de cursos de auxiliar de enfermería y de enfermería de nivel superior vinculados a hospitales, organizaciones benéficas y escuelas de medicina; y una estructura curricular fuertemente basada en la práctica clínica, enfermedades y especialidades, de acuerdo con el modelo biomédico de atención;
 - 1995-2020: direccionamiento normativo de la formación hacia los principios y directrices del Sistema Único de Salud Pública, que se anclan en el modelo de atención basado en los determinantes sociales de la salud y el énfasis en la atención primaria.

Estos períodos estuvieron marcados y delimitados por disrupciones o rupturas que alteraron el estatus académico, el alcance geográfico y/o la estructura curricular de la formación en Enfermería (Figura 2).

Naturaleza de la ruptura	Documento clave	Impactos históricos
Ruptura en cuanto a la estandarización profesional	Decreto nº 20.109/1931	Regulación nacional de la práctica de enfermería y política de equiparación de escuelas, cambiando el enfoque de la creación puntual específica al reconocimiento sistémico de la formación en Enfermería.
Ruptura en cuanto al estatus académico y alcance geográfico	Ley nº 775/1949	Estandariza la formación en Enfermería y la divide en dos tipos de cursos según el nivel de formación: Cursos de Enfermería de Nivel Superior y Cursos de Auxiliar de Enfermería de Nivel Básico. Por lo tanto, establece la formalización de la jerarquía profesional interna dentro de la categoría. Este cambio permite y acompaña la ruptura de la concentración regional, con la expansión de la formación, especialmente para auxiliares de enfermería, a todas las macrorregiones del país, anteriormente concentradas en las regiones Sudeste y Sur.
Ruptura curricular	Dictamen No. 271/62, del 19 de octubre de 1962	La reforma curricular estableció un curso general, destinado a la formación de enfermeros para el trabajo hospitalario, sin contemplar contenido de salud pública, accesible únicamente si se complementa la especialización no obligatoria en salud pública. Representa la primera estandarización importante del contenido de grado, bajo la égida de la Ley Nacional de Directrices y Bases de la Educación, al establecer un currículo mínimo obligatorio con contenido que se ajusta al modelo biomédico de atención.
Ruptura regulatoria preparatoria	Dictamen del CNE No. 314, del 6 de abril de 1994	Se inicia un período de transición que marca un cambio más profundo en el proceso de formación en Enfermería, reflejando la influencia de la Ley de Ejercicio Profesional, de la Constitución Federal de 1988 y de la creación del Sistema Único de Salud Pública.
Ruptura curricular	Resolución CNE/CES No. 3/2001	El cambio pedagógico más significativo del período, con la sustitución del currículo mínimo por Directrices Curriculares Nacionales basadas en competencias para incorporar las nuevas demandas de formación y perfil profesional que impone el Sistema Único de Salud, a partir de los determinantes sociales del modelo de atención a la salud.
Ruptura de contingencia de carácter exógeno	Medida Provisional No. 934/2020	Una disrupción temporal impuesta por la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, caracterizada por la flexibilización de los horarios de prácticas y la duración de los cursos de educación superior, rompiendo temporalmente la rigidez curricular para atender una necesidad extrema e inmediata de mano de obra.

Figura 2: Patrones de ruptura en la formación en Enfermería en Brasil de 1890-2020.

DISCUSIÓN

Una lectura serial de los documentos permite comprender la trayectoria de la Enfermería brasileña como un campo históricamente tensionado por disputas institucionales y simbólicas.

La siguiente discusión se estructura en torno a ejes temáticos que emergen de la codificación serial de documentos, permitiendo una interpretación de la relación entre el aparato jurídico y los procesos históricos en Brasil.

Breve historia

El desarrollo de la Enfermería como campo profesional y científico estuvo fuertemente influenciado por las transformaciones sociales y sanitarias ocurridas en la Europa del siglo XIX. En este contexto, surgieron iniciativas que rompieron con el carácter empírico y caritativo de la atención, introduciendo principios de organización, higiene y observación sistemática. Es en este escenario donde destaca la figura de Florence Nightingale, considerada la fundadora de la Enfermería moderna a nivel mundial, que adquirió mayor relevancia tras su participación como voluntaria en la Guerra de Crimea en 1854. Junto con otras 38 mujeres, organizó un hospital con 4000 soldados hospitalizados, reduciendo la tasa de mortalidad local del 40% al 2%, basándose en una práctica ambientalista cuyo principal objetivo era proporcionar un entorno organizado, limpio y estimulante⁸.

En reconocimiento a su labor en la guerra, recibió un premio del gobierno inglés, con el que fundó la primera escuela de enfermería en el Hospital St. Thomas de Londres en 1860, que se convirtió en modelo para otras escuelas que se fundaron posteriormente en todo el mundo. El curso, de un año de duración, consistía en clases diarias impartidas por médicos⁹.

En Brasil, la enfermería se remonta a la época colonial, con la llegada de los europeos, quienes alteraron las costumbres alimentarias y laborales de los indígenas, y los jesuitas, que introdujeron costumbres impuestas por la moral cristiana, como el uso de la vestimenta. Estos nuevos hábitos aumentaron la mortalidad infantil, propiciaron la aparición de enfermedades y la propagación de epidemias. Este contexto resaltó la necesidad de considerar la enfermedad y contar con personal para el cuidado de los enfermos. Fue durante este período, alrededor de 1543, que se fundaron las primeras Santas Casas de Misericordia. En estas instituciones, la práctica de la enfermería era esencialmente práctica y empírica. Este modelo persistió hasta principios del siglo XX, siendo realizado en gran medida por voluntarios religiosos laicos, entre ellos Anna Justina Ferreira Nery¹⁰.

Anna Nery se distinguió por su atención desinteresada a los soldados heridos durante la Guerra del Paraguay, entre 1864 y 1870, labor por la cual fue condecorada por el gobierno brasileño, recibiendo medallas y el título de Madre de los Brasileños¹⁰.

I. Institucionalización de la formación y primeros hitos regulatorios en el contexto de la hegemonía del modelo sanitario (1890-1949)

Este período corresponde a la formación inicial en Enfermería en Brasil, caracterizada por la influencia del modelo sanitario y la subordinación de la práctica de enfermería al campo médico. Las primeras escuelas surgieron bajo un fuerte sesgo higienista y moral, reflejando el proyecto de modernización del Estado y la organización de los servicios de salud pública.

El primer intento de sistematizar la formación en Enfermería en el país ocurrió en 1890, implementándose efectivamente solo en 1905, con la creación de la *Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros do Hospício Nacional de Alienados*, en la ciudad de Río de Janeiro (hoy, *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto*). Su propósito era preparar enfermeros para el manicomio y los hospitales civiles y militares, reemplazando a las monjas que habían abandonado sus puestos en el cuidado de los enfermos, como resultado de la pérdida de poder del Clero ante el Estado. Movilizada, implementada y dirigida por médicos, esta escuela recibió estudiantes de ambos sexos, de al menos 18 años, con educación elemental y un certificado de buena conducta. El curso planificado duró dos años y el currículo fue un modelo de gestión centrado en la figura del médico, como lo preveía el modelo de enseñanza francés adoptado^{11,12}.

Alrededor de 1901, bajo la dirección de enfermeras inglesas, se creó otro curso, impartido en inglés y para extranjeros, en el *Hospital Evangélico de São Paulo*, hoy llamado *Hospital Samaritano*. En 1916, en plena Primera Guerra Mundial, la Cruz Roja Brasileña inició un curso de enfermería de dos años en la Escuela Práctica de Enfermeras de la Cruz Roja de Río de Janeiro, con el objetivo de preparar enfermeras voluntarias para emergencias de guerra¹³. Para matricularse en el curso, bastaba con saber leer y escribir.

El agravamiento del caos en el sistema de salud brasileño, dentro del contexto político y económico del sector agroexportador de café a principios del siglo XX, exigió la intervención del Estado para controlar las grandes epidemias y enfermedades endémicas que azotaban al país. En este sentido, en la década de 1920, se inició una reforma sanitaria con la creación del Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP), bajo la dirección del médico Carlos Chagas¹⁴. Ese mismo año, se creó una escuela de enfermería dentro de este departamento para formar enfermeras visitantes. El curso intensivo, de tres meses de duración, abarcaba nociones generales de anatomía, fisiología, patología, microbiología e higiene, y estaba dirigido a mujeres analfabetas. Notablemente elemental, el curso se consideró insuficiente para cualificar a los profesionales para trabajar en salud pública¹⁵. Estos hitos vincularon la educación en enfermería con el proyecto higienista y el movimiento sanitario. Tales eventos revelan un intento de alinear la formación profesional con los objetivos políticos de la reforma sanitaria y la construcción del Estado moderno.

Esto resultó en una asociación con la Fundación Rockefeller estadounidense para el establecimiento de un servicio de enfermería en Brasil, basado en el modelo Nightingale, que culminó con la inauguración, en 1922, de la Escuela de Enfermeras DNSP, hoy Escuela de Enfermería Anna Nery (EEAN), con el objetivo principal de formar mujeres para trabajar en salud pública, a través de prácticas de salud preventiva realizadas fuera del ambiente hospitalario, bajo la supervisión de un médico y vinculadas al Estado¹⁶. De esta manera, nació la Enfermería Moderna en Brasil, organizada para atender las necesidades de salud pública, en un proceso de transposición del modelo norteamericano a América Latina.

En esta escuela, el curso estaba dirigido a mujeres de entre 20 y 35 años, con certificado de salud y buena conducta, y diploma de escuela normal o equivalente¹⁷. Cabe destacar que, en aquella época, solo el 20% de la población sabía leer y la educación femenina se limitaba a la docencia en colegios religiosos. En este sentido, los requisitos de admisión demuestran que las estudiantes de esta escuela pertenecían a clases sociales privilegiadas¹⁸. Realizaban una formación de 28 meses, ampliada posteriormente a 36 meses, cuyo currículo incluía los fundamentos históricos, éticos y sociales de enfermería, cocina y nutrición, salud pública y enfermedades epidémicas, anatomía, fisiología, patología, parasitología, microbiología, farmacología, clínica médica y quirúrgica, administración hospitalaria, pediatría, obstetricia y ginecología. Al finalizar la parte general, se debía cursar una de las tres especializaciones posibles: enfermería clínica, enfermería de salud pública o administración hospitalaria⁸.

Cabe aclarar que, debido a la presión de la profesión médica, que concibió y deseaba una enfermera con funciones subordinadas a las suyas, se implementó un curso de diez meses para capacitar a las visitadoras de higiene, ahora denominadas así para establecer la diferencia entre estas y las enfermeras graduadas de la EEAN. Además, la formación de auxiliares de enfermería que ejercían en y para hospitales no cesó¹⁸.

La primera clase egresada, en 1925, dio origen a la Asociación Nacional de Enfermeras Graduadas, actual Asociación Brasileña de Enfermería (ABEn), que posteriormente se amplió para incluir a enfermeras formadas en otras escuelas oficiales, y cuyo trabajo fue importante en la configuración de los contornos de la profesión, como se verá a lo largo del texto¹⁹.

Entre los años 1922 y 1930, ocurrieron muchos cambios económicos y políticos en el panorama mundial y nacional, que, a su vez, determinaron cambios en el campo de la salud, como por ejemplo la implementación de políticas sociales para los trabajadores, como la Ley Eloy Chaves, que instituyó la seguridad social en Brasil y garantizó la asistencia sanitaria a sus beneficiarios²⁰.

En 1930, tras una revolución liderada por Getúlio Vargas, que reestructuró el Estado, se creó el sistema nacional de educación, hasta entonces inexistente, y el Ministerio de Educación y Salud, lo que, en aquel momento, no trajo consigo ningún cambio en la salud pública²⁰.

En esa época, se observaba a un número significativo de profesionales trabajando en el cuidado de enfermos, la mayoría de los cuales no habían recibido educación formal, habiendo aprendido el oficio de forma empírica. Esta situación preocupaba a las enfermeras certificadas, pues temían no ser distinguidas de las "supuestas enfermeras" sin formación²¹. Este problema fue mitigado por el Decreto nº 20.109, del 15 de junio de 1931, que estipuló que la condición de *enfermero certificado* solo podía ser utilizado por egresados de una escuela oficial y estableció las condiciones necesarias para el funcionamiento de las escuelas de enfermería que pudieran crearse. Para ello, otorgó a la EEAN (la categoría de escuela oficial estándar en Brasil y le delegó la responsabilidad de emitir dictámenes sobre la creación de nuevas escuelas²². Esta facultad específica otorgada a la EEAN por el Estado le permitió inspeccionar, controlar y regular la formación de enfermeros en Brasil. Si bien este hecho condujo a una expansión de las escuelas bajo un estricto control de calidad, también retrasó la formación de enfermeras certificadas²³.

Con posterioridad, mediante el Decreto 20.931 del 11 de enero de 1932, también se regularizaron las profesiones de partera y enfermera; y, mediante los Decretos 22.257 del 26 de diciembre de 1932 y 23.774 del 22 de enero de 1934, se garantizó el derecho a la inscripción a las monjas y enfermeras auxiliares con más de seis y cinco años de experiencia en enfermería hospitalaria, respectivamente. Sin embargo, no se prestó atención a la definición de las funciones de cada una de esas profesionales de enfermería.

El inicio del Estado Novo, con la promulgación de la Constitución Federal de 1937 por el entonces presidente Getúlio Vargas, está marcado por una reforma administrativa que instituyó un nuevo órgano de gestión general en el Ministerio de Educación y Salud. A partir de entonces, se inició una política de descentralización de las acciones sanitarias, que hasta entonces se habían concentrado en el Distrito Federal de Brasil, entonces Río de Janeiro. Debido al escaso número de enfermeras cualificadas y en contra de su voluntad, se implementó una política de formación de visitadores sociales, que se prolongó con la creación del Servicio Especial de Salud Pública (SESP) en 1942²⁴.

Durante este período, la práctica de la enfermería como profesión modelo para las mujeres brasileñas de clase media y alta ganó fuerza, impulsada principalmente por el propio Estado, que, ante la inminente participación de Brasil en la Segunda Guerra Mundial, movilizó a la población femenina para servir a la sociedad y cumplir su papel de 'madre social', aliviando el sufrimiento de los soldados heridos en el campo de batalla²⁵.

Así, se implementaron cursos de enfermería de guerra en los estados de São Paulo y Río de Janeiro, que capacitaron a más de 2500 profesionales sanitarios. De ellos, 63 voluntarias y ocho enfermeras certificadas completaron el curso de enfermería de emergencia para la reserva del ejército y se unieron a la Fuerza Expedicionaria Brasileña (FEB) enviada a Italia en 1944²⁵.

Este episodio puede considerarse un hito institucional en la trayectoria de reconocimiento y profesionalización de la enfermería, y como parte de un proceso más amplio de emancipación femenina y de rupturas en el discurso paternalista, que relegaba a las mujeres al rol de madre y ama de casa, aunque bajo esta etiqueta hubieran sido asignadas a la guerra⁹.

Sin embargo, la posguerra reavivó los conflictos inherentes a la identidad profesional e institucional de la enfermería, dadas las diferentes ocupaciones, grados de instrucción y nomenclaturas asignadas a quienes desempeñaban funciones asistenciales. Reflejo de ello fue la desatención por parte del Estado a las enfermeras expedicionarias, lo que las llevó a reclamar los mismos derechos que a las enfermeras certificadas, reivindicación que no les fue concedida²⁶. Por otro lado, debido a la presión de las instituciones hospitalarias, el derecho al ejercicio profesional se garantizó nuevamente a las enfermeras practicantes y parteras tradicionales mediante el Decreto-Ley nº 8345, del 10 de diciembre de 1945.

A lo largo de la década de 1940, la consolidación de la industria y el surgimiento de grandes hospitales pusieron aún más de relieve la escasez de enfermeras certificadas, que ascendían a 1300 en 1948, un número insuficiente para atender las necesidades inmediatas de la atención médica privada y para evitar que “los médicos brasileños, fuera de los grandes centros, se vieran obligados a desempeñar las funciones de los enfermeros en sus menesteres más elementales”²⁷.

En aquel entonces, los líderes de enfermería de la época promovieron un debate profundo sobre el tema. Inicialmente, se consideró la ampliación del número de escuelas oficiales para intentar aumentar el número de profesionales certificados y evitar que los hospitales recurrieran a la capacitación deficiente de personal sin formación para trabajar como auxiliares hospitalarios. Sin embargo, considerando la duración del curso y el promedio anual de certificadas en las escuelas oficiales existentes, se concluyó que para satisfacer las necesidades del mercado —en aquel momento de 50.000 enfermeras— se necesitarían 50 años²⁷.

Además, está el hecho de que el nivel educativo de las mujeres en ese momento era insuficiente para cumplir con los requisitos de admisión a escuelas oficiales, organizaciones hospitalarias y la clase médica, que era hegemónica y mantenía buenas relaciones con el gobierno, ejerció una fuerte presión para fomentar la formación de personal menos preparado, de modo que quedaría a ella subordinado. Así, como alternativa, los líderes de la categoría comenzaron a debatir la formación de auxiliares de enfermería, a pesar de la preocupación de que en el futuro estos auxiliares terminaran desempeñando las funciones propias de las enfermeras certificadas, devaluando dicha cualificación, como ya sucedía debido a la existencia de enfermeras auxiliares y monjas que también desempeñaban estas funciones²⁸.

Dicho esto, con la asistencia de la ABEn, se elaboró un proyecto de ley sobre la formación en enfermería, que se presentó a la Presidencia de la República, pero no fue aprobado. Se elaboró otro proyecto de ley, esta vez con menor participación de la ABEn, que, tras varias modificaciones y sustituciones, fue aprobado, culminando en la Ley nº 775, del 6 de agosto de 1949. Con esta norma, el Estado estableció la obligatoriedad de la inclusión de la Carrera de Enfermería en todas las universidades y facultades de medicina; y la formación pasó a incluir la carrera de enfermería, a nivel de educación superior, con una duración de 36 meses; la carrera de auxiliar de enfermería, a nivel de educación secundaria, con una duración de 18 meses; y, de forma opcional, cursos de especialización.

Esta misma ley permitió la admisión de ambos sexos y estipuló que los cursos de enfermería podrían seguir recibiendo candidatos con certificados de finalización de la escuela secundaria o equivalente por un período de hasta siete años, prorrogable por otros cinco en 1956. Además, retiró el título de Escuela Estándar previamente otorgado a Anna Nery, transfiriendo a la Dirección de Educación Superior del Ministerio de Educación y Salud la facultad de reconocer escuelas y autorizar su funcionamiento^{20,30}. El plan de estudios, sin embargo, no sufrió grandes modificaciones: continuó priorizando las materias preventivas, aunque el mercado de usuarios ya mostraba una tendencia hacia el campo hospitalario. En 1943, de las 334 enfermeras activas, el 66% trabajaba en salud pública y el 9,5% en hospitales, mientras que, en 1950, el 49,5% trabajaba en hospitales y solo el 17,2% en salud pública².

II. Consolidación legal y expansión de los cursos de enfermería en el contexto de la hegemonía del modelo biomédico (1950-1994)

Este período se refiere al momento de consolidación de la educación superior en Enfermería y a la expansión del número de escuelas en el territorio nacional. Bajo la hegemonía del modelo biomédico y del complejo médico-industrial, se intensifica la fragmentación de la formación (enfermeros, técnicos y auxiliares), al tiempo que se fortalece la regulación profesional y la inserción de la Enfermería en la lógica hospitalaria.

Entre 1950 y 1970, el análisis serial demuestra un aumento significativo de los actos normativos destinados a diversificar los niveles de formación, consolidando la jerarquía interna de la categoría.

En la década de 1950, la salud pública pierde importancia, la atención hospitalaria privada se expande, adquiriendo el carácter de una empresa médica, y la enfermería se preocupa por organizar los principios científicos que debían guiar su práctica. En este contexto, se publicó por primera vez en Brasil el libro estadounidense «Principios Científicos Aplicados a la Enfermería», que enfatizaba el conocimiento científico, principalmente de las ciencias sociales, físicas y biológicas. De este modo, la enfermería asume de manera efectiva las características de la división social del trabajo típica del mercado de producción capitalista, en el que el trabajo se halla fragmentado y el trabajador no tiene control sobre el producto de su trabajo, en este caso, la atención de enfermería³¹. En este movimiento, el enfermero se distancia cada vez más de su objeto de atención —el paciente—, ocupando puestos directivos y exacerbando los conflictos entre los diferentes profesionales de la enfermería, regulados por la Ley nº 2.604, del 17 de septiembre de 1955.

Considerando la expansión de las unidades de salud, especialmente los hospitales, esta década también se caracterizó por la escasez de personal de enfermería. Con el objetivo de cualificar a esta fuerza laboral, la ABEn (Asociación Brasileña de Enfermería) abogó por la creación de cursos de auxiliar de enfermería. Bajo esta tutela, se publica la Ley nº 2.367, del 7 de diciembre de 1954, que autoriza, durante diez años, la creación de cursos móviles para la preparación de auxiliares de enfermería en localidades donde no existían escuelas de enfermería, pero sí hospitales. Esto probablemente contribuyó al aumento de este tipo de cursos. No es sorprendente que todos los documentos que reconocen los cursos de auxiliar de enfermería datan del período 1950-1970: se contabilizaron 61 cursos, de los cuales el 50,8 % se impartieron en la región Sudeste del país.

Además, es en este contexto que comenzaron las discusiones sobre la formación de técnicos de enfermería, lo que provocó un gran debate sobre los diferentes niveles educativos de los estudiantes de enfermería y resultó en un proyecto de ley, redactado por la ABEn en 1957 y presentado al poder ejecutivo, que estableció tres niveles de formación en enfermería: elemental, intermedio y superior. Dado que la implementación de un nivel intermedio entre enfermero y auxiliar de enfermería no fue un consenso entre la categoría, este proyecto fue revisado varias veces para agregar enmiendas o reemplazarlo por otros que no incluían tres niveles, sino los dos ya existentes. En 1965, después de diez años de tratamiento, el proyecto fue archivado, bajo la justificación de que la propuesta ya había sido superada^{32,33}, considerando el hecho de que, cuatro años antes, ya había sido promulgada la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (LDB) - Ley No. 4.024, 20 de diciembre de 1961³⁴.

Lo cierto es que la LDB/61 estableció tres niveles de educación: primaria, secundaria y superior, lo que finalmente elevó las escuelas de enfermería al nivel más alto. Sin embargo, al abordar la educación técnica en la secundaria, solo incluyó cursos industriales, agrícolas y comerciales; por lo tanto, dado que la educación en enfermería en particular no fue abordada por esta ley, la controversia sobre la formación de auxiliares de enfermería y la posible creación de cursos técnicos persistió, cobrando relevancia en la década siguiente³⁴.

Previamente, se estableció un nuevo plan de estudios para los Cursos de Enfermería mediante el Dictamen nº 271, del 19 de enero de 1962, del Consejo Federal de Educación (CEF). Este plan de estudios establecía una duración de tres años y la inclusión de asignaturas como fundamentos de enfermería, enfermería médica, quirúrgica, psiquiátrica, pediátrica, obstétrica y ginecológica, ética, historia de la enfermería y administración. El plan de estudios, que anteriormente se centraba en el estudio de las enfermedades más comunes mediante asignaturas orientadas a la prevención, pasó a centrarse en la clínica especializada, con énfasis en la enfermedad y la administración hospitalaria, con el objetivo de «preparar al enfermero para el cuidado de los enfermos, como auxiliar del médico [...], preparar a enfermeras jefes» (pp. 55, 56). De este modo, la salud pública dejó de ser una asignatura obligatoria para convertirse únicamente en una especialización.

Luego, se edita la Resolución nº 106 del Ministerio de Educación y Cultura, de 28 de abril de 1965, que regula el curso de auxiliar de enfermería. Esta resolución establece una edad mínima de 16 años para la matrícula y establece que las asignaturas generales y las prácticas profesionales se cursarían en un plazo de dos años, sin especificar, sin embargo, la carga horaria. Su plan de estudios refleja el definido para los cursos superiores de enfermería, centrándose en el tecnicismo hospitalario.

Por esa misma época, incluso sin regulación federal, se crearon dos cursos técnicos de enfermería con la aprobación de los Consejos de Educación Estatales, bajo la prerrogativa de la LDB/61 y bajo el nombre de Curso Colegial de Enfermería. A estos les siguió, en 1966, el Curso Técnico de Enfermería de la Escuela Anna Nery, el primero en ser aprobado por el sistema educativo federal¹⁶.

Con la promulgación de las directrices y bases para la educación primaria y secundaria mediante la Ley nº 5.692 del 11 de agosto de 1971, los cursos auxiliares y técnicos se integraron efectivamente al sistema educativo del país, ambos en el secundario, pero aún sin directrices ni normativas específicas que demarcaran la diferencia entre estos profesionales, no solo en términos educativos, sino también en el ámbito de sus funciones. En este sentido, la Resolución nº 106/65 continuó guiando la mayoría de los cursos de formación auxiliar, entendidos como de nivel primario. Debido a esto, los años posteriores

se caracterizaron por la publicación de varios documentos que describían los requisitos mínimos y los planes de estudio tanto para los cursos de enfermería como para los de auxiliares y técnicos de enfermería.

Durante el régimen militar, los documentos apuntan a la expansión de la educación privada y el tecnicismo, lo que promovió la mercantilización de la formación sanitaria y reforzó el modelo hospitalocéntrico. Tras el golpe militar de 1964, se redujeron los recursos estatales asignados a la salud pública y, en consecuencia, los programas destinados a controlar las enfermedades masivas. La atención se centró en las necesidades del *Instituto Nacional da Previdência Social* (Instituto Nacional de la Seguridad Social), creado en 1967, que aumentaron considerablemente³⁵.

De este período también data la Reforma Universitaria, definida en la Ley nº 5540 del 28 de noviembre de 1968, orientada hacia la modernización y expansión de las instituciones públicas, especialmente las universidades federales, para adaptar la educación superior a los objetivos del desarrollo nacional: dotar al mercado laboral de profesionales cualificados y favorecer la contratación de mano de obra especializada, pero barata. También funciona como una especie de respuesta a las demandas estudiantiles que impulsaban la expansión y reestructuración de la educación superior, y que se intensificaron en esta década, tras la promulgación de medidas represivas contra el movimiento. Como efecto secundario de esta reforma, se abrieron las condiciones para la expansión de las instituciones educativas privadas, impulsadas por preceptos neoliberales y, por lo tanto, con un modelo educativo despreocupado por la criticidad y las necesidades sociocolectivas³⁶.

Desde esta perspectiva, la política educativa del país debía reflejar el nuevo contexto político y económico y, en el caso de la salud, considerar también la ideología sanitaria. Así, la formación en Enfermería progresó, culminando en 1972 con la reformulación del currículo mínimo para la educación superior mediante la Resolución CFE nº 4, del 25 de febrero de 1972. Este currículo, orientado hacia un modelo médico-hospitalario y tecnocrático, se compone de tres partes sucesivas y, por lo tanto, fragmentadas: a) preprofesional, que comprende las asignaturas básicas de Ciencias de la Salud, como biología, morfología, fisiología y patología; b) núcleo profesional, que abarca las disciplinas de enfermería médico-quirúrgica, enfermería materno-infantil, enfermería psiquiátrica, enfermedades transmisibles, administración, didáctica y deontología; y c) especializaciones en Salud Pública, Enfermería Médico-Quirúrgica y Obstetricia, que se cursarán como optativas.

Ese mismo año, la Resolución CFE nº 2, del 27 de enero de 1972, estableció una carga horaria de 2490 horas para los cursos de técnico en enfermería, permitiendo la certificación como auxiliar al completar una carga horaria inferior a la total, siempre que se hubiera completado al menos un tercio de las horas correspondientes al grupo de asignaturas profesionalizantes. Sin embargo, en 1976, la carga horaria para la titulación de técnico se amplió a 2760 horas y, para el auxiliar, se estableció en un mínimo de 2200 horas, de las cuales el 50% se dedicaba al eje profesional.

A partir de entonces, en cuanto a las prerrogativas del sistema educativo, la enfermería solo contaba con dos niveles profesionales: el nivel medio, que incluía a los auxiliares y técnicos de enfermería, diferenciados por la carga de trabajo y la cualificación obtenida al finalizar el curso; y el nivel superior, atribuido al enfermero. Pese a lo expuesto, la situación no se resolvió eficazmente, lo que obligó al CFE (Consejo Federal de Enfermería) a emitir la Resolución nº 8, del 18 de abril de 1977, que establecía, con carácter de emergencia, la formación de auxiliares en el nivel primario.

Dado que las prerrogativas para autorizar y reconocer los cursos de nivel medio pasaron a ser responsabilidad de los consejos estatales después de la LDB/61, excepto aquellos bajo la jurisdicción del gobierno federal, no se encuentran documentos al respecto durante este período ni en los posteriores; sin embargo, según una encuesta de la ABEn, en 1983 existían 115 cursos técnicos y 145 cursos auxiliares. En cuanto a la educación superior, los documentos consultados para este estudio indican la existencia de 79 cursos, de los cuales 38 fueron autorizados a funcionar a partir de 1970.

Estos datos revelan que la formación en enfermería siguió las determinaciones de la Reforma Universitaria para capacitar al mayor número de profesionales en el menor tiempo posible. Sin embargo, dado que el sector público no podía afrontar los gastos de tal expansión, el gobierno abrió espacio para el desarrollo del capital privado en el sector, que, a partir de entonces, registró la mayor tasa de crecimiento en el número de cursos y plazas de enfermería³⁸.

Cabe destacar que, a pesar de todos los esfuerzos realizados para la cualificación de los profesionales de enfermería durante las décadas anteriores, la composición de la fuerza laboral de la categoría en 1986 estaba compuesta principalmente por asistentes: el 63,8% del total de 304.287 profesionales. Los enfermeros, técnicos y auxiliares representaban el 8,5%, el 6,6% y el 21,1%, respectivamente.

Cabe destacar que, durante este período, se promulgó la Ley nº 5.905, del 12 de julio de 1973, que prevé la creación de los Consejos Federal (COFEN) y Regionales de Enfermería (COREN), que constituyen un organismo autónomo vinculado al Ministerio de Trabajo⁴⁰. El ejercicio profesional de la enfermería adquiere así un carácter público, pasando a estar sujeto a la supervisión estatal. Aunque se creó recién en 1973, los intentos de establecer un consejo profesional para la categoría se remontan a la década de 1940⁴¹.

Todavía a fines de la década de 1970, asociado a la crisis de legitimidad de la dictadura militar, el modelo de salud previsional colapsó y los problemas derivados de él cobraron mayor notoriedad: al priorizar el modelo de salud centrado en la cura, fue incapaz de resolver los principales problemas de salud pública.

Tangencialmente, el movimiento de la medicina social está en auge en América Latina, y el debate sobre la extensión de la cobertura de los servicios de salud cobra impulso, marcado por el lema "Salud para todos en el año 2000" y la Declaración de Alma-Ata. Mientras tanto, los movimientos sociales que involucran a la clase trabajadora, sectores populares, intelectuales y académicos se articulan y se convierten en fuerzas sociales que se oponen a la privatización de las políticas de salud, dando lugar al proceso de reforma sanitaria brasileña, que se venía gestando en períodos anteriores^{42,43}.

En este escenario, el gobierno dictatorial se vio presionado a implementar políticas públicas de salud para paliar las desigualdades generadas por su política económica, lo que permitió que activistas sanitarios ocuparan puestos estratégicos en el gobierno. Es de este período que data el Programa de Interiorización de Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), cuyo objetivo era internalizar las acciones de salud primaria, en una lógica opuesta a la vigente hasta entonces.

En la década de 1980, este contexto político dio lugar a una serie de propuestas de reformas en la organización de los servicios de salud y del mercado de trabajo de enfermería, con repercusiones en su formación. Se empieza a reflexionar sobre el proceso y las relaciones de trabajo en enfermería y el papel de sus diversas categorías profesionales, así como el inicio de un movimiento para proponer un nuevo currículo mínimo para los cursos de enfermería, que ya no contemple las habilitaciones⁴⁵.

Mientras tanto, el COFEN, tras haber redactado y enviado el anteproyecto de ley de ejercicio profesional a la Casa Civil de la Presidencia, sorprendió a la clase profesional con el proyecto de ley nº 2726/1980, redactado por la Asociación Médica Brasileña y presentado por el médico y diputado federal Salvador Julianelli. Este documento delinea una ley para la regulación de las profesiones, ocupaciones y actividades del sector salud, con la que propone la subordinación efectiva de las diversas profesiones al médico^{32,46}.

En la lucha contra la aprobación de este proyecto, COFEN, junto con ABEn y otras entidades representativas de la clase, lanzó una campaña de movilización caracterizada por la publicación de "Enfermería Brasileña en Defensa de sus Derechos" ante la legislatura. Adjunto se presentó el anteproyecto de ley de regulación elaborado por la clase de los trabajadores de enfermería. Este movimiento obtuvo el apoyo de los medios de comunicación, las asociaciones profesionales y los parlamentarios, aunque resultó en el archivo del proyecto²⁶.

El anteproyecto propuesto por el COFEN fue acogido por dos diputados que lo presentaron al plenario, y fue aprobado y transformado en la Ley nº 7498, del 25 de junio de 1986, que regula el ejercicio de la enfermería y clasifica como profesionales de enfermería a enfermeros, técnicos de enfermería, auxiliares de enfermería y parteras. Esta ley legitima el ejercicio profesional, además de otorgar a los consejos profesionales prerrogativas para controlar la profesión mediante la verificación de la habilitación profesional y la autorización para ejercer la profesión; es decir, representa la consolidación jurídica de la Enfermería como profesión regulada, pero mantuvo la fragmentación de la categoría, expresada en la coexistencia de múltiples niveles de formación.

En medio de una coyuntura prodemocratización en Brasil, marcada por el movimiento '*Diretas Já*' y la elección indirecta del entonces senador Tancredo Neves a la presidencia, las conquistas obtenidas por la enfermería se suman al fortalecimiento del movimiento de reforma en salud, cuyo hito más importante fue la realización de la 8ª Conferencia Nacional de Salud en 1986, en la que se reafirmó la lucha por la democratización política, social y de la salud²⁷.

El proceso de redemocratización culmina con la promulgación de la Constitución Federal de 1988, que garantizó el derecho a la salud y la educación como derechos universales y estableció el Sistema Único de Salud (SUS). Para legitimar y detallar las disposiciones constitucionales, se promulgaron las Leyes Orgánicas de Salud en 1990 y la nueva LDB en 1996.

III. Reforma curricular hacia los principios del SUS (1994-2020)

A partir de estas prerrogativas, y dando continuidad a las discusiones intensificadas desde finales de la década de 1980 por las escuelas de Enfermería y entidades representativas de la categoría, se consolidó la aprobación de un nuevo currículo mínimo para el curso de Enfermería mediante el Dictamen CFE nº 314, del 6 de abril de 1994, posteriormente ratificado por la Resolución MEC nº 1721, del 15 de diciembre de 1994. Este marco normativo traduce no sólo un ajuste técnico-pedagógico, sino la incorporación explícita del paradigma emergente de los determinantes sociales de la salud, alineado con el proyecto de Reforma Sanitaria y los principios estructurantes del Sistema Único de Salud (SUS).

Al eliminar las habilitaciones e integrar el contenido de la metodología científica, el documento rompe con el modelo anterior, centrado en la fragmentación de áreas y la lógica biomédica, promoviendo la transición hacia una formación generalista, crítica y con orientación política. Esta alineación con el modelo de determinación social presupone comprender que el proceso salud-enfermedad deriva de condiciones sociales, económicas, ambientales, culturales y políticas, y no solo de factores biológicos. En este sentido, el aumento de la carga horaria a 3500 horas, distribuidas en al menos cuatro años, y las

500 horas obligatorias de prácticas en servicios hospitalarios y la red de atención primaria refuerzan la necesidad de una formación basada en la realidad concreta de los territorios, articulando docencia, servicio y comunidad.

La estructuración del contenido mínimo en cuatro áreas —Bases Biológicas y Sociales de la Enfermería, Fundamentos de Enfermería, Atención de Enfermería y Administración de Enfermería— evidencia este cambio paradigmático. En particular, la inclusión de las Bases Sociales señala el reconocimiento de que comprender los determinantes estructurales, las relaciones de poder, las desigualdades y los procesos históricos es tan fundamental como dominar las habilidades técnicas. La inclusión de contenido de metodología científica amplía este movimiento al fomentar una postura investigativa crítica, coherente con la necesidad de producir conocimiento articulado con la realidad social.

De esta forma, el currículo de 1994 no sólo modernizó la formación, sino que también inauguró un nuevo nivel epistemológico en la Enfermería brasileña, anticipando conceptos que serían reforzados en las Directrices Curriculares Nacionales de 2001. Al incorporar elementos de determinación social, reafirma que formar enfermeros para el SUS (Sistema Único de Salud) implica prepararlos para intervenir no sólo sobre la enfermedad, sino también sobre las condiciones sociales que la producen, consolidando un marco regulatorio que influenciaría toda la configuración posterior de la profesión.

La nueva LDB, promulgada por la Ley 9394 del 20 de diciembre de 1996, con el objetivo de garantizar lo estipulado en la Constitución, entiende que la educación, en todos sus niveles, debe estar garantizada por mecanismos que respeten las premisas constitucionales y las políticas públicas que en ella se establecen. En este contexto, la formación de los profesionales de la salud debe basarse no solo en lo especificado en la LDB, sino también en el SUS (Sistema Único de Salud), ya que es este el responsable de organizar la formación de los recursos humanos en el área de la salud.

Aunque no especifica las particularidades de los cursos en diferentes áreas, la LDB confirió al CES/CNE (Consejo Nacional de Educación) la competencia de deliberar sobre las directrices curriculares para los cursos de graduación y, considerando el principio de la autonomía universitaria, asignó a las instituciones de educación superior la competencia de establecer los planes de estudio de sus carreras y programas.

A partir de la década del 2000, se intensificó la política de expansión universitaria y se fortaleció la educación continua en salud, lo que evidencia un cambio hacia la valoración de la educación superior. Así, en 2001, abandonando las concepciones herméticas de los planes de estudio, se aprobaron las Directrices Curriculares Nacionales para los Cursos de Pregrado en Enfermería (DCENF), centradas en el desarrollo de competencias que preparen a los graduados para afrontar los desafíos de la sociedad, el mercado laboral y la práctica profesional, en constante cambio. El nuevo marco regulatorio sustituyó los planes de estudio mínimos por proyectos pedagógicos flexibles, guiados por las competencias, la integralidad y la interdisciplinariedad. La formación del enfermero comenzó a incorporar el paradigma de los determinantes sociales de la salud, rompiendo gradualmente con el modelo biomédico centrado en la enfermedad y la técnica.

A partir de entonces, la formación en enfermería debe ser generalista y promover la cualificación de profesionales comprometidos con la ciudadanía y capaces de intervenir en los problemas de salud más prevalentes. En este sentido, el plan de estudios debe incluir contenidos de las Ciencias Biológicas y Sociales de la Salud, las Ciencias Humanas y las Ciencias de la Enfermería. Sobre la base de los principios del SUS, las DCENF ofrecen una definición sólida de competencias específicas para el trabajo en Atención Primaria, destacando el trabajo en equipo multidisciplinario, la atención integral, el énfasis en la promoción de la salud y la atención a la familia y la comunidad.

El establecimiento de directrices para sustituir los currículos mínimos desencadenó un proceso de reformulación de los cursos de formación superior. Por lo tanto, el análisis de la duración y la carga horaria de los cursos relacionados con la salud se volvió imperativo debido a la urgencia de transformar el modelo de atención sanitaria vigente en el país. Si bien inicialmente se definieron 3200 horas para los cursos de enfermería, tras la consulta de las asociaciones profesionales, esta cantidad se incrementó a 4000 horas, con un plazo mínimo de cinco años para su finalización, según la Resolución CNE/CES nº 4, del 6 de abril de 2009.

Desde 2009, solo en 2020 se publicaron nuevamente los actos normativos relativos a la formación en Enfermería, ahora en respuesta directa al contexto de emergencia de la pandemia de COVID-19. Estos documentos establecieron medidas transitorias destinadas a ampliar la fuerza laboral del personal sanitario, dado el aumento abrupto de la demanda de atención médica y la necesidad de reorganizar los servicios. En este escenario, el gobierno brasileño autorizó a los estudiantes de medicina, enfermería, farmacia y fisioterapia a realizar sus prácticas curriculares obligatorias en unidades de salud, como estrategia para reforzar la capacidad del sistema para enfrentar la crisis sanitaria⁴⁶. Además, se permitió la graduación anticipada de los estudiantes de último año que hubieran completado al menos el 75% de las horas de prácticas profesionales o supervisadas, una medida que buscaba abordar la escasez inmediata de profesionales cualificados⁴⁸.

Sin embargo, iniciativas similares han sido objeto de debate internacional, ya que podrían resultar en la exposición innecesaria de los estudiantes, aumentando el riesgo de transmisión viral, además de representar un uso potencialmente ineficiente de los Equipos de Protección Individual (EPP), que ya escaseaban durante los períodos críticos de la pandemia^{49,50}.

Esta tensión entre las necesidades asistenciales y la seguridad de la formación pone de relieve la complejidad de las decisiones regulatorias en contextos de emergencia sanitaria.

Por el contrario, una directriz publicada el 16 de junio de 2020 autorizó a las instituciones educativas federales a sustituir las actividades presenciales por educación a distancia, incluidas las prácticas obligatorias, con la sola excepción de las carreras de medicina, sin mencionar explícitamente otras áreas de la salud⁵¹. Esta medida abrió la posibilidad de que los estudiantes de Enfermería completaran sus estudios de pregrado sin haber experimentado plenamente las prácticas clínicas presenciales, lo que plantea la necesidad de estudios que investiguen los impactos pedagógicos, éticos y asistenciales de esta excepcional flexibilidad en la formación profesional y la calidad de la atención futura.

La pandemia expuso debilidades históricas en la articulación entre políticas de educación y salud en Brasil, destacando la urgencia de marcos regulatorios más robustos que garanticen tanto la continuidad del proceso educativo como la integridad de la formación profesional en situaciones de emergencia sanitaria⁵².

Limitaciones del estudio

Una limitación es que la investigación se centró en documentos legislativos y administrativos federales, sin considerar a fondo el impacto de eventos más recientes, como la pandemia de Covid-19, en la formación de los profesionales de enfermería. Por lo tanto, se sugiere que futuras investigaciones exploren el tema de la formación de profesionales de enfermería en el período pospandémico, prestando especial atención a la adopción de la educación a distancia y sus efectos en la formación de los futuros profesionales de enfermería. Los estudios que articulan los efectos de esta modalidad de enseñanza con el desarrollo de competencias técnicas, éticas y relacionales podrían ofrecer perspectivas relevantes para repensar los planes de estudio y las estrategias pedagógicas, lo que contribuye a garantizar la calidad y el reconocimiento social de la profesión.

CONSIDERACIONES FINALES

Un análisis serial de las regulaciones federales entre 1890 y 2020 demuestra que la historia de la enfermería en Brasil está marcada por continuidades y rupturas que reflejan la relación entre el Estado, el trabajo y la educación. La importancia de la enfermería como profesión esencial para la salud pública es evidente a partir de la evolución de la categoría en Brasil a lo largo de diferentes períodos históricos.

Un análisis histórico de las normativas que rigen la enseñanza, formación y regulación de la Enfermería en Brasil revela un proceso de reconocimiento profesional que avanza de forma gradual, pero desigual. Los documentos legales revelan la coexistencia y la disputa entre tres modelos de formación que han marcado la trayectoria de la profesión: el modelo técnico, centrado en la ejecución de procedimientos; el modelo hospitalario o biomédico, estructurado sobre la lógica médica hegemónica y la atención institucionalizada; y el modelo universitario vinculado al SUS (Sistema Único de Salud Pública), guiado por los determinantes sociales de la salud, la integralidad y la formación crítica.

Al sistematizar 193 actos jurídicos y administrativos, el estudio contribuye al campo de la Historia de la Enfermería al ofrecer una base documental organizada e interpretada desde la perspectiva de la Historia Serial, lo que posibilita futuros análisis cuantitativos y comparativos sobre la regulación de la formación y del trabajo en salud.

Al ofrecer una visión completa y detallada de la historia y el papel de la Enfermería en Brasil, se destaca su importancia para la sociedad y la salud pública, así como la necesidad de invertir en la formación y el reconocimiento de los profesionales en el campo.

REFERENCIAS

1. Becerril LC. História da educação de enfermagem e as tendências contemporâneas. *Hist enferm Rev eletrônica*. 2018 [cited 2025 Mar 05]; 9(1):1-2. Available from: http://here.abennacional.org.br/here/v9/n1/_EDITORIAL-1_portugues.pdf.
2. Germano RM. Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil (1955-1980). São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2007.
3. Bellaguarda MLR, Padilha MI, Pereira Neto AF, Pires D, Peres MAA. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Esc Anna Nery* 2013 [cited 2025 Mar 05]; 17(2):369-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200023>.
4. Carvalho V. Sobre a identidade profissional na Enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. *Rev Bras Enferm*. 2013 [cited 2025 Mar 05]; 66(spe):24-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700003>.
5. Barros JD. O campo da história: especialidades e abordagens. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 223 p.
6. Barros JD. A história serial e história quantitativa no movimento dos Annales. *Hist. Rev.* 2012 [cited 2025 Mar 05]; 17(1):203-22. DOI: <https://doi.org/10.5216/hr.v17i1.21693>.
7. Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cad. Pesqui.* 2001 [cited 2025 Mar 05]; 114:179-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742001000300008>.
8. Paixão, W. História da Enfermagem. 5.ed., Rio de Janeiro, Júlio C. Reis, 1979.

9. Haddad VCN, Santos TCF. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). *Esc Anna Nery*. 2011 [cited 2025 Mar 05]; 15(4):755-761. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127721087014>.
10. Costa LM, Germano RM. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. *Rev Bras Enferm*. 2007 [cited 2025 Mar 05]; 60(6):706-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000600016>.
11. Almerinda PFM, Taka O. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na revista "O Brasil-Médico", 1890-1922. *Rev. esc. enferm. USP*. 2002 [cited 2025 Mar 05]; 36(4):402-7. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000400015>.
12. 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 (RJ): Imprensa Nacional, 1890. Available from: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=53774>.
13. Silveira CA, Paiva SMA. The evolution of the teaching of nursing in Brazil: a historical review. *Cien Cuid Saude*. 2011 [cited 2023 Oct 6]; 10(1):176-83. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6967>.
14. Tamano LO. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. *Khronos*. 2017 [cited 2025 Mar 05]; 4:102-15. DOI: <https://doi.org/10.11606/khronos.v0i4.131909>.
15. Mascarenhas NB, Melo CMM, Silva LA. Genesis of the professional work of nurses in Brazil (1920-1925). *Esc. Anna Nery*. 2016 [cited 2020 June 24]; 20(2):220-7. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160029>.
16. Nascimento MEB; Oliveira MCM. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. *Rev HISTEDBR On-line*. 2006 [cited 2025 Mar 05]; 23:131-42. Available from: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/23/art09_23.pdf.
17. Brasil. Decreto nº 17.805, de 23 de maio de 1927. Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psychopathas no Distrito Federal. Rio de Janeiro (RJ): Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil. 1927; 1:12360-72.
18. Alcântara G. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira [Tese de Cátedra]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1963.
19. Silva SED, Santos AL, Dias BJC, Furtado IP, Ribeiro ISO, Seidel MA, et al. Associação Brasileira de Enfermagem: as representações sociais dentro das pesquisas em enfermagem no contexto atual. *J. Health Biol Sci*. 2018 [cited 2025 Mar 05]; 6(3):342-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i3.1754.p342-346.2018>.
20. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educ. rev.*, Curitiba. 2005 [cited 2025 Mar 05]; 25:127-41. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.370>.
21. Carvalho AC. Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976: documentário. Brasília (DF): ABEN, 1976.
22. Brasil. Decreto lei nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da Enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das Escolas de Enfermagem e Instruções Relativas ao Processo de Exame para Revalidação de Diplomas. Rio de Janeiro (RJ): Diário Oficial República Federativa do Brasil; 1931, p.10516.
23. Pinheiro MRS. Problemas de enfermagem no Brasil do ponto de vista da enfermeira. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*. 1952 [cited 2025 Mar 05]; 33(3). DOI: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/11922>.
24. Bonini BB, Freitas GF, Fairman J, Mecone MCC. The American Nurses of the Special Public Health Service and the Formation of Human Resources in Brazilian Nursing. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015 [cited 2020 Jun 23]; 49(spe2):136-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000800019>.
25. Cytrynowicz R. A serviço da pátria: a mobilização das enfermeiras no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. 2000 [cited 2020 Jun 27]; 7(1):73-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000200004>.
26. Câmara dos Deputados (Br). Diretoria dos Serviços Legislativos. PL 537/1947. Dispõe sobre o registro de certificados de cursos de enfermagem de que sejam portadoras as enfermeiras que servirem a Força Expedicionária Brasileira (FEB). Rio de Janeiro (RJ): Câmara dos Deputados; 1947 [cited 2025 Mar 05]. Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?sessionid=0D6525FE7CBC275A87A90458980A899D.proposicoesWebExterno1?codteor=1229754&filename=Dossie+-PL+537/1947.
27. Câmara dos Deputados (Br). Diretoria dos Serviços Legislativos. PL 92/1948. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no país; tendo pareceres, com substitutivo, das Comissões de Educação e Cultura e de Saúde Pública e parecer da Comissão de Finanças com emenda ao substitutivo da Comissão de Saúde. Rio de Janeiro (RJ): Câmara dos Deputados; 1948 [cited 2025 Mar 05]. Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1229047&filename=Dossie+-PL+92/1948+CESPCRE.
28. Batalha MC. O Curso de auxiliar de enfermagem no Brasil: criação e legalização. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro (RJ); dez. 2005; s.n.:105 p.
29. Brasil. Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e dá outras providências. Rio de Janeiro (RJ): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 13 ago 1949.
30. Brasil. Lei nº 2.995, de 10 de dezembro de 1956a. Prorroga o prazo que restringe as exigências para instruir matrícula aos cursos de enfermagem, nos termos do parágrafo único do art. 5º da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Brasília (DF): Diário Oficial [da] União; 10 dez. 1956. [cited 2025 Mar 05]; Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2995-10-dezembro1956-354551-publicacaooriginal-1-pl.html>.
31. Capella BB, Faria EM, Gelbcke FL, Spricigo JS. Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. *Rev. bras. enferm*. 1988 [cited 2020 June 25]; 41(2):161-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671988000200012>.
32. Câmara dos Deputados (Br). PL 3082/1957. Dispõe sobre o ensino de enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 22-08-1957 [cited 2025 Mar 05]; Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1210136&filename=Dossie+-PL+3082/1957.

33. Carveni LMR. Curso Técnico de Enfermagem: Uma trajetória histórica e legal - 1948 a 1973 [Dissertação Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005 [cited 2025 Mar 05]. Available from: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-31012006-111530/publico/DissertacaoLeila_caverni.pdf.
34. Brasil. Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Brasília (DF): Senado Federal, 1961. [cited 2025 Mar 05]; Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-publicacaooriginal-1-pl.html>.
35. Soares A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. Cad. Saúde Pública. 2007 [cited 2020 June 25]; 23(7):1565-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700007>.
36. Martins CB. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. Educ. Soc., Campinas. 2009 [cited 2025 Mar 05]; 30(106):15-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302009000100002>.
37. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil, 1982-1983. Volume 1. Força de Trabalho em Enfermagem. Rio de Janeiro RJ: Conselho Federal de Enfermagem; 1985.
38. Fernandes JD. A privatização do ensino de enfermagem no Brasil: economia da qualidade. Rev bras enferm. 1994 [cited 2025 Mar 05]; 47(2):144-59. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v47n2/v47n2a08.pdf>.
39. Almeida MCP. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. Cad. Saúde Pública. 1986 [cited 2020 June 23]; 2(4):505-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400010>.
40. Brasil. Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973, dispõe sobre a criação do Sistema Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem no Brasil. Brasília (DF): 1973 [cited 2025 Mar 05]; Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5905.htm.
41. Garcia CLLM, Moreira A. A Associação Brasileira de Enfermagem e a Criação do Conselho Profissional de Enfermagem no Brasil. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental online. 2009 [cited 2025 Mar 05]; 1(1):97-110. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/314/280>.
42. Silva LMV, Paim JS, Schraiber LB. O que é saúde coletiva? In: Paim JS, Almeida-Filho N. (Org.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro (RJ): MedBook, 2014. p. 3-12.
43. Osório A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saúde soc. 2015 [cited 2025 Mar 05]; 24(supl.1):205-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>.
44. Paiva CHA, Teixeira LA. Health reform and the creation of the Sistema Único de Saúde: notes on contexts and authors. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. 2014 [cited 2020 June 24]; 21(1):15-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
45. Lima MDS. Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. Rev. Bras. Enferm. 1994 [cited 2025 Mar 05]; 47(3):270-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671994000300008>.
46. Câmara dos Deputados (Br). PL 2726/1980. Regulamenta as profissões, ocupações e atividades exercidas no setor saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 25-04-1980. [cited 2025 Mar 05]; Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=0635A2A245BA344193A6F261EAA04CB9.proposicoesWebExterno2?codteor=1172235&filename=Dossie+-PL+2726/1980.
47. Brasil. Portaria Nº 356. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2020. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-20-de-marco-de-2020-249090908>.
48. Brasil. Portaria MEC Nº 383 DE 09/04/2020. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2020. Available from: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=392825>.
49. Hayter M, Jackson D. Pre-registration undergraduate nurses and the covid-19 pandemic: students or workers? J Clin Nurs. 2020 [cited 2025 Mar 05]; 29(17-18):3115-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15317>.
50. Menon A, Klein EJ, Kollars K, Kleinhenz ALW. Medical students are not essential workers: examining institutional responsibility during the covid-19 pandemic. Acad Med. 2020 [cited 2025 Mar 05]; 95(8):1149-51. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003478>.
51. Brasil. Portaria Nº 544, De 16 De Junho De 2020. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2020. [cited 2025 Mar 05]; Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-544-de-16-de-junho-de-2020-261924872>.
52. Torres ACM, Costa ACN, Alves LRG. Educação e Saúde: reflexões sobre o contexto universitário em tempos de covid-19. SciELO Preprints. 2020 [cited 2025 Mar 05]; Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/640>.

Contribuições dos autores

Concepción, C.P.M.L. e C.M.; metodologia, C.P.M.L. e C.M.; análise formal, C.P.M.L. e C.M.; investigação, C.P.M.L. e C.M.; recursos, C.P.M.L.; curadoria de dados, C.P.M.L. e C.M.; redação, C.P.M.L. e C.M.; revisão e edição, C.P.M.L. e C.M.; visualização, C.M.; supervisão, C.M.; administração de projeto, C.P.M.L. e C.M.; aquisição de financiamento, C.P.M.L. Todas as autoras leram e aceitaram a versão final do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Las autoras declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la composición del manuscrito *“Del manicomio al COVID-19: marco legal y configuraciones históricas de la formación en Enfermería en Brasil (1890-2020)”*.