

1.1.1 História da vacinação no Brasil e o Programa Nacional de Imunizações

A história da vacinação como política pública no Brasil tem início em 1811 - uma década antes da declaração da independência de Portugal - com a criação da Junta da Instituição Vacínica da Corte. Esta foi a primeira prática estatal relacionada à saúde no país e tinha como objetivo disseminar e ampliar a vacinação gratuita contra varíola entre os brasileiros (FERNANDES, 2010). A instituição era composta por médicos voluntários, membros da Academia Real das Ciências e a fiscalização era de responsabilidade da Intendência Geral de Polícia e do Físico-mor do Reino (ACADEMIA REAL DAS SCIENCIAS, 1812).

Ao longo de sua atuação, a Instituição Vacínica produziu e divulgou documentos para nortear e regular a prática da vacinação no país, bem como textos de extensa fundamentação científica a respeito da vacina, sua eficácia e importância na saúde pública. É possível notar, desde já, fundamentos de boas práticas em vacinação, como a indicação de faixa etária ideal para a vacinação, intervalo vacinal, conservação e aplicação da vacina, avaliação do estado de saúde do indivíduo pré-vacinação, monitoramento de efeitos adversos, cuidados pós vacinação, registro padronizado das vacinações, entre outros. Além disso, destaca-se a argumentação científica da academia a favor da vacina e a recomendação para que os vacinadores educassem a população também a favor delas (ACADEMIA REAL DAS SCIENCIAS, 1813).

Destarte, a obrigatoriedade da vacina foi estabelecida pela primeira vez no país em 1832, quando o Código de Posturas do Rio de Janeiro normatizou o uso da vacinação e instituiu multa para as famílias que não vacinassem seus filhos saudáveis em até três meses de vida, além da expulsão de médicos que desacreditassem a vacina (FERNANDES, 2010). Posteriormente, o caráter obrigatório da vacinação contra varíola no país foi reforçado a partir da criação da Junta da Instituição Vacínica da Corte em Instituto Vacínico do Império (1946) e da Junta de Higiene Pública (1950) por D. Pedro II, mas se extinguiu em 1889 (HOMMA et al, 2020). Apesar dos esforços, inicialmente da corte portuguesa e, mais adiante, do Império, a adesão à vacinação foi inexpressiva em meio a insegurança da população quanto a sua eficácia (HOMMA et al, 2020).

Comentado [a1]: Se precisarem de alguma (s) referência (s) específica (s), podem me mandar um e-mail solicitando que eu passo para vocês! E-mail: afrugoliufmg@gmail.com

Além das discussões sobre eficácia, importância e obrigatoriedade das vacinas, muito se discutia a respeito da condição profissional dos médicos vacinadores. Como menciona Fernandes (2003), a comunidade médica defendia a necessidade de contratação e remuneração pelos órgãos governamentais, deixando o voluntarismo e, a fim de garantir a qualidade e a manutenção do trabalho. Assim, em 1846, por meio do Decreto 464, o Império criou o Instituto Vacínico do Império que regulamentava a prática da vacinação e instituiu que os cargos deveriam ser ocupados, obrigatoriamente por médicos ou cirurgiões legalmente habilitados, diplomados nas Escolas de Medicina do Império ou nas antigas Academias Médico-Cirúrgicas (BRASIL, 1846).

Ressalta-se aqui que, já no período imperial, além dos vacinadores serem necessariamente médicos, a parceria entre a coordenação de ações de vacinação e academias e/ou faculdades de Medicina foi também documentada, sendo estas, órgãos de consulta para o governo ao longo do século XIX (FERNANDES, 2003; FERNANDES, 2010).

Paralelamente, a partir de 1849, o Brasil passou a enfrentar o maior problema de saúde pública dos sécs. XIX e XX com a primeira grande epidemia de Febre Amarela no Rio de Janeiro. O vírus, que já estava presente no país desde o séc. XVII, se instaurou após a instalação do mosquito *Aedes aegypti* na capital do Império. Entretanto, frente a inexistência de vacinas contra Febre Amarela (sendo a primeira criada apenas em 1937), o império brasileiro precisou buscar formas de prevenção e controle das epidemias. Com efeito, em 1850, instituiu-se o Regulamento Sanitário e a Junta de Higiene Pública para estabelecer medidas sanitárias coletivas nacionalmente (FERREIRA et al, 2011).

Neste contexto, o Brasil do início do século XX vivenciou consecutivas epidemias de febre amarela, varíola, malária, ancilostomose, sífilis e tuberculose, intensificadas pelas péssimas condições sanitárias do país (AYRES, 2012) e o Estado iniciou a implementação de medidas sanitárias para combatê-las. Estas medidas, no entanto, inicialmente tiveram forte caráter coercitivo e punitivo (FERNANDES; CHAGAS; SOUZA, 2011).

Em 1903, o médico sanitarista Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública e iniciou um movimento de ampla reforma urbana e centralização das ações de higiene sanitária na República. Por meio do decreto nº 1.151 de 1904, o governo federal

instituiu o Código Sanitário, que estabelecia medidas obrigatórias para a população e autoridades. Entre elas, a vigilância dos recém-chegados ao país nos portos, isolamento dos doentes, destruição de construções julgadas insalubres pelas autoridades sanitárias e a consequente remoção dos inquilinos destes locais. Além disso, determinou-se que o descumprimento do código fosse objeto de julgamento pelas “justiças sanitárias” locais, com possibilidade de cumprimento de pena e pagamento de multas como punição (BRASIL, 1904).

A seguir, em outubro de 1904, com o apoio de Cruz, o Congresso Nacional sancionou a Lei 1.261, que tornou obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola, bem como, a interferência da polícia sanitária para assegurar o cumprimento dela. A lei ficou conhecida como “Código de Torturas” entre a população e eclodiu em um movimento de rebelião que se opunha à obrigatoriedade da vacina e às rigorosas medidas de higiene recém decretadas. A movimentação culminou na Revolta da Vacina, episódio marcante da história da vacinação no país, que, datado entre 10 e 16 de novembro de 1904, resultou na prisão e deportação de revoltosos (HOCHMAN, 2011).

Apesar da revolta popular, as campanhas de vacinação iniciadas em 1904 resultaram no declínio nos casos de varíola no território brasileiro e, aos poucos, a vacinação tornou-se aceita pela população que compreendia melhor sua importância. Assim, mesmo com novos picos de mortalidade durante os surtos subsequentes da doença, não há registros de resistência e/ou revolta popular às campanhas de vacinação antivariólica que se seguiram (HOCHMAN, 2011).

A primeira metade do século XX foi um período de intensos avanços científicos e políticos. Entre estes, pode-se citar a vacinação contra a tuberculose no Brasil com a vacina BCG, na Liga Brasileira contra a Tuberculose em 1927 (HIJJAR et al, 2013), produção de vacinas pelo Instituto Butantan a partir 1930 (HIGASHI; RAW; MERCADANTE, 2005), criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), depois Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) em 1942 (CAMPOS, 2008), introdução da vacina injetável contra poliomielite - VIP (1955) e da vacina oral contra poliomielite - VOP (1961) no Brasil (TEMPORÃO, 2003; CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2013).

Um importante marco histórico para o desenvolvimento do Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), instituída no Brasil em 1966 como parte da Campanha Mundial liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A CEV deu origem a aspectos estruturais que, em princípio, baseiam a organização do PNI. Seus objetivos foram: interromper a transmissão da doença no país através da vacinação em massa da população, e implantar um sistema de vigilância epidemiológica visando a descoberta precoce de casos, e a manutenção dos níveis imunitários da população pela sistematização das atividades de rotina. Em seu plano de operação, a CEV possuía estrutura organizacional que ia desde a superintendência nacional, até os vacinadores em seus municípios. Além disso, estabelecia os esquemas vacinais, vigilância epidemiológica e a meta de cobertura vacinal de 90% (GAZÊTA et al, 2005).

Para Temporão (2003), o sucesso da CEV fortaleceu no Ministério da Saúde uma corrente que defendia maiores investimentos no controle de doenças infecciosas preveníveis por imunização. O programa foi concluído em 1973, após a erradicação da varíola no Brasil, e os profissionais capacitados para o combate e controle de doenças imunopreveníveis engajaram-se em novas atividades de imunização que culminaram na criação do PNI (TEMPORÃO, 2003).

Além da CEV, o Plano Nacional de Controle da Poliomielite também foi de extrema relevância para a construção do PNI. Instituído em 1971 pelo MS, em decorrência de repetidos surtos da poliomielite em diversas cidades brasileiras, foi a primeira iniciativa a nível nacional para controle da poliomielite no Brasil. O plano adotou pela primeira vez a estratégia de “Dia D”, que compreende na vacinação em massa da população um único dia e estava à cargo dos estados e municípios. O plano foi um sucesso e nos anos 1972 e 1973 foi executado em 14 estados brasileiros, sendo o controle da poliomielite incorporado ao PNI no ano seguinte (NASCIMENTO, 2011).

A CEV legou à saúde pública brasileira notável experiência prática no campo da imunização e da vigilância epidemiológica, além de uma estrutura técnico operacional vinculada a órgãos federais e estaduais. Essa estrutura já vinha sendo mobilizada, desde 1971, para a implementação de programas como o Plano Nacional de Controle da Poliomielite e a realização de algumas experiências locais com a aplicação simultânea de vacinas, incluindo-se a recém introduzida vacina contra o sarampo (BRASIL, 1998).

Ademais, destaca-se igualmente a Central de Medicamentos (CEME) como um dos fatores que convergiram na criação do PNI. À época, a CEME prestava apoio à produção, aquisição e suprimento de vacinas e medicamentos para o Ministério da Saúde (PONTE, 2003; TEMPORÃO, 2003). Como órgão responsável pelos imunobiológicos a nível nacional, a CEME exigiu um planejamento integrado das necessidades nacionais de imunobiológicos, e, conseqüentemente, impulsionou a estruturação de gerência, planejamento, suprimento e controle de qualidade. Assim, sua gestão foi decisiva para a elaboração do PNI (TEMPORÃO, 2003).

Finalmente, resultante do somatório de iniciativas e ações de saúde pública, a proposta do PNI foi lançada oficialmente em Brasília, em 1973, pela Portaria nº 311, de 9 de novembro. No entanto, o programa só foi institucionalizado em 1975, por meio de legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 de 30.10.75 e Decreto 78.231 de 30.12.76). Avançando nas primeiras políticas de vacinação estabelecidas pelo programa, o ano de 1977 foi marcado pela instituição do primeiro calendário básico de vacinação e o primeiro modelo de Caderneta de Vacinações. O calendário estabeleceu as vacinas obrigatórias para as crianças menores de um ano, composto inicialmente pelas vacinas contra tuberculose, poliomielite, sarampo, difteria, tétano e coqueluche (BRASIL, 1977).

Dessa maneira, certamente, a institucionalização do PNI e o primeiro calendário vacinal básico foram marcos na história da vacinação no Brasil, pois estabeleceram o oferecimento sistemático e gratuito de vacinas obrigatórias pelos órgãos, entidades públicas e entidades privadas, em todo o território nacional (BRASIL, 1975). Pela primeira vez na história do país, toda e qualquer criança brasileira (que estivesse apta para receber a vacina) teria acesso à prevenção de doenças transmissíveis que vitimaram milhares durante séculos, gratuitamente. O PNI unificou de ponta a ponta um país de dimensões continentais a partir da construção de uma cultura de imunização em um povo que, pouco menos de 60 anos atrás, havia se rebelado vigorosamente contra as autoridades sanitárias após a introdução da vacinação obrigatória contra varíola (HOCHMAN, 2011).

Assim sendo, nestes quase 50 anos de existência, o PNI se tornou um dos maiores programas de imunização do mundo, sendo referência internacional em vacinação e na prevenção de doenças imunopreveníveis (DOMINGUES, 2020) e prestando apoio intercontinental para a implementação de programas de vacinação em diversos países

(BRASIL, 2003). As campanhas de vacinação foram responsáveis pela eliminação e controle de doenças transmissíveis no Brasil. Atualmente, são oferecidos nacionalmente 48 imunobiológicos (vacinas, imunobiológicos especiais, soros e imunoglobulinas), sendo 20 destes, vacinas disponibilizadas desde os primeiros dias de vida do recém-nascido até a população idosa, incluindo populações marginalizadas e vulneráveis (BRASIL, 2020).

Ademais, como medida de enfrentamento à pandemia COVID-19, o PNI instituiu o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, que estabeleceu grupos prioritários, população alvo, capacitações e estratégias para a vacinação em massa da população contra a doença (BRASIL, 2021). A vacinação contra a COVID-19 no país foi uma estratégia de saúde pública altamente efetiva e foi responsável pela redução de 96,44% no número de mortes pela doença no Brasil (ARAUJO; FERNANDES, 2022).

1.1.2 Formação do enfermeiro no Brasil na década de 1970

Em consonância com os investimentos do Estado para a sanitização do Brasil do séc. XX, a década de 1920 foi marcada pela reestruturação dos serviços de saúde no país, denominada “educação sanitária” e a chegada do modelo Nightingale no Brasil (1923), que determinou o início da Enfermagem Moderna brasileira. Até então, a Enfermagem era praticada no país, mas a formação das Enfermeiras era tipicamente curativa e se dava por cursos rápidos e emergenciais, que até possuíam características do sistema nightingaleano, mas não eram sistematizados em padronização nacional ou internacional de ensino (SILVEIRA; PAIVA, 2011).

Neste processo, esteve à frente o médico sanitarista Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, na época, diretor nacional de saúde pública. Em uma de suas viagens aos Estados Unidos da América, Carlos Chagas se encantou com o trabalho das enfermeiras norte americanas (nos padrões Nightingale) e viu ser necessário a formação de Enfermeiras no modelo Nightingale para a estratégia sanitária do governo brasileiro (SANTOS et al, 2022). É crucial ressaltar que a intenção de Carlos Chagas e do Estado era de prover os campos da saúde pública com enfermeiras diplomadas (SANTOS, 2014).

Para importar o modelo norte americano, Carlos Chagas contou com a mediação da Fundação Rockefeller¹ que patrocinou a vinda de enfermeiras norte-americanas com a missão de organizar o serviço de enfermagem de saúde pública no Brasil. Em 1923, Carlos Chagas fundou o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública e a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (BRASIL, 1920), que deu origem a atual Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (SANTOS et al, 2022; COSTA et al, 2012).

Em relação à vacinação, é importante destacar que as enfermeiras de saúde pública tiveram importante papel na transição da imposição das vacinas para a aceitação de sua necessidade por parte da população (SANTOS, 2014; SANTOS, 2020). Em especial, as enfermeiras visitadoras, formadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (AYRES et al, 2012), educavam as famílias a respeito dos preceitos da boa higiene, prevenção de doenças transmissíveis, e vacinação e foram cruciais para a implantação dos novos modelos sanitários no país (SANTOS, 2014).

Para promover a expansão da enfermagem brasileira e sua profissionalização, em 1931, o governo federal regulamentou o exercício da enfermagem no Brasil e estabeleceu o “padrão Anna Nery” (1931-1949) e, portanto, para o uso do título de enfermeira(o) diplomada(o), exigia-se a formação por escolas de enfermagem oficiais ou equiparadas ao padrão de ensino da EEAN (BRASIL, 1931). Portanto, a EEAN foi a primeira escola de enfermagem no modelo anglo-americano (com bases nightingaleanas) e ditou os padrões nacionais de ensino para as próximas décadas. Além disso, teve papel essencial na formação de enfermeiras diplomadas que fundaram e dirigiram novas escolas pelo Brasil, difundindo tal modelo pelo território nacional (SANTOS, 2020).

A partir da criação da EEAN, a enfermagem avançou em sua profissionalização, impulsionada pela crescente demanda de profissionais atuantes. Ao longo da primeira metade do século XX, emergem novas escolas de enfermagem sob o modelo

¹ Fundação filantrópica norte-americana fundada em 1913, com a missão de promover o bem-estar da humanidade, a partir do princípio de que todos os indivíduos têm direito à saúde, alimentação, poder e mobilidade econômica (ROCKEFELLER, 2023). Sua atuação deu-se início no Brasil na década de 1920, pela promoção de pesquisas sobre a febre amarela (COSTA et al, 2011). Em 1923, a fundação criou um programa de educação e treinamento de enfermeiras na Universidade de Yale (ROCKEFELLER, 2023), e, no mesmo ano, patrocinou a vinda de enfermeiras americanas para o Brasil, com a missão de organizar o serviço de enfermagem de saúde pública no país (COSTA et al, 2012).

nightingaleano em busca da equiparação ao padrão Anna Nery (COSTA, 2012; SANTOS, 2018). Entretanto, o ritmo de criação de novas escolas desacelerou na década de 1960, devido às mudanças dos enfoques do governo, que agora voltava-se para o crescimento econômico e para o controle político-ideológico (SILVEIRA; PAIVA, 2011).

Outrossim, é imprescindível enfatizar a movimentação que a enfermagem brasileira iniciou a partir da EEAN para a consolidação do saber-fazer como disciplina no campo da saúde e o aperfeiçoamento científico (CARREGAL et al, 2021). Em relação às associações científicas, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) foi fundada em 1926, sob a denominação de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas (TEIXEIRA et al, 2021) e a seguir, foi criada a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), em 1932. Dessa forma, os congressos foram os primeiros espaços para discussão sobre assuntos voltados ao campo científico na enfermagem (PEREIRA; SANTOS, 2013).

O ensino de enfermagem no Brasil foi revisto a partir de reformas curriculares e diretrizes que direcionaram a formação de diferentes perfis profissionais de enfermeiros ao longo dos anos (CARVALHO et al, 2022; SANTOS, 2020). Em especial, a década de 1970 foi marcada por movimentos políticos e sociais no país que impulsionaram intensas reflexões e discussões sobre a educação e o processo saúde-doença. Logo, a década foi berço para mudanças significativas no processo formativo do enfermeiro (CARVALHO et al, 2022) e merece destaque neste projeto.

A Reforma Universitária (RU) de 1968 foi um marco significativo para o progresso científico da enfermagem. A reforma evidenciou a necessidade de buscar conhecimento técnico-científico na área da saúde, no Brasil (SANTOS et al, 2022b). Por meio da Lei Nº 5.540/1968, o governo federal fixou normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média (BRASIL, 1968).

Uma das mudanças significativas que a RU trouxe para os cursos de graduação da saúde foi a instituição do ciclo pré-profissional, etapa única comum a todos os alunos de uma dada área de conhecimento (SANTOS et al, 2022b). Segundo Baptista e Barreira (2006), a RU rompeu com o modelo pedagógico vigente e as escolas que cumpriam as novas exigências legais passaram a ocupar uma posição mais adequada à sua condição de unidades universitárias. É importante citar também que a reforma determinou que o corpo

docente deveria contar com uma maioria de enfermeiras, havendo preferência por profissionais com título de Mestre (BAPTISTA; BARREIRA, 2006; BRASIL, 1968).

Além disso, as universidades brasileiras adotaram o regime de créditos por disciplinas, inseridas em Departamentos (CARVALHO et al, 2022). O modelo de ensino foi expandido e a RU estabeleceu a tríade ensino-pesquisa-extensão² para as universidades (BRASIL, 1968). É importante destacar também que, com a RU, a forma de ingresso às universidades passou a ser por meio de vestibular unificado agrupado por área de conhecimento, o que significou a entrada de novos perfis socioeconômicos e étnicos para a enfermagem (BRASIL, 1968; CARVALHO et al, 2022; SANTOS et al, 2020). Deste modo, houve uma ruptura com o modelo nightingaleano e o padrão Anna Nery e segregação de minorias sociais e raciais na enfermagem, impostos até então (SANTOS et al, 2020).

Outro aspecto marcante foi a preferência para o ingresso e a promoção na carreira docente de profissionais com títulos universitários e trabalho com teor científico (BRASIL, 1968). Frente a necessidade dos títulos para atuar na universidade, as escolas e lideranças em enfermagem precisaram se organizar para a criação de cursos de pós-graduação *stricto sensu* (CARREGAL et al, 2021).

Assim, a década de 1970 foi marcante no que tange à criação de cursos de pós-graduação, sendo o primeiro curso de Mestrado em enfermagem no Brasil ofertado pela EEAN, em 1972, e em seguida, em 1973, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (SANTOS et al, 2022b). Neste período, a enfermagem iniciou sua atuação no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), a título de consultoria (BAPTISTA, BARREIRA, 2006). Cabe ressaltar que as iniciativas *lato sensu* de enfermagem já funcionavam no país desde a década de 1940, abrangendo principalmente as áreas de Obstetrícia e Saúde Pública (SCHRECK et al, 2021).

² Segundo o artigo nº 207 da Constituição Federal, as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1988). O plano pedagógico dos cursos de graduação em enfermagem deve prover a articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência para uma formação integral e adequada (BRASIL, 2001). A extensão universitária promove a interação entre as instituições de ensino superior e os outros setores da e devem compor, no mínimo, 10% da carga horária curricular estudantil dos cursos de graduação (BRASIL, 2018). Além disso, deve-se estimular a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa na formação em enfermagem (BRASIL, 2001).

Ainda na década de 1970, o Parecer nº 163/1972 e a Resolução CFE nº 4/1972 estabeleceram avanços importantes para o ensino de enfermagem no Brasil. Entre eles, o principal foi o estabelecimento do currículo de habilitações. Nesta versão curricular, o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia era composto por três partes: o ciclo pré-profissional (compreendendo disciplinas básicas de biologia), o tronco profissional comum (compreendendo disciplinas básicas da enfermagem clínica como médico-cirúrgica, materno-infantil, psiquiátrica, doenças transmissíveis, legislação, administração, legislação, entre outros) e habilitação (BRASIL, 1972). Segundo Carvalho e colaboradores (2022), apesar da inclusão de disciplinas sociais, o novo currículo de 1972 manteve um modelo biologicista, individualista e hospitalocêntrico.

Neste último ano do curso, o 4º ano, o estudante escolhia uma das habilitações: Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Habilitação em Enfermagem Obstétrica, Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública. A Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública compreendia as disciplinas Enfermagem de Saúde Pública; e Administração de Serviços de Enfermagem em Unidades de Serviços de Enfermagem e em Unidades de Saúde. Apesar de semelhante à uma especialização, as habilitações concediam o título de graduação. Para todas as habilitações, exigia-se estágio Supervisionado em hospitais e serviços médicos sanitários com carga horária mínima de um terço do período profissionalizante do currículo (BRASIL, 1972).

Ademais, havia também a possibilidade do enfermeiro se diplomar como Licenciado em enfermagem, com direito ao registro definitivo como professor, ao nível de 1º e 2º graus, das disciplinas e atividades relacionadas à enfermagem, higiene e programas de saúde. Para isso, era preciso cursar a formação pedagógica prescrita para os cursos de licenciatura (BRASIL, 1972).

O modelo das habilitações enfermagem seguiu até o ano de 1994, quando o Conselho Federal de Educação (CFE) aprovou o Parecer nº 314/1994, que propôs a reformulação do currículo mínimo em enfermagem. As principais mudanças estabelecidas foram: extinção das habilitações; o aumento da duração mínima do curso para quatro anos e da carga horária para 3500 horas, inclusão de conteúdos em quatro áreas temáticas - Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem; Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem; inclusão do estágio curricular supervisionando nos dois últimos semestres (BRASIL, 1994).

1.1.3 A Escola de Enfermagem da UFMG na década de 1970

Entre as enfermeiras diplomadas na primeira turma da EEAN, destaca-se aqui a enfermeira Laís Moura Netto dos Reis. Formada em 1925, Laís Netto se especializou nos Estados Unidos e Europa e, ao retornar ao Brasil, cumpriu importantes cargos como assistente da diretoria da EEAN e a chefia da Secretaria de Educação e Saúde Pública de São Paulo. Em 1933, foi transferida para Minas Gerais com a função inicial de organizar o serviço de saúde pública e produzir recursos humanos para a enfermagem mineira, bem como, criar uma escola para provimento de enfermeiras (SANTOS, 2014).

Cabe ressaltar que o governo mineiro já planejava desde 1931 a criação de uma escola para enfermeiras na capital (Belo Horizonte), com a expectativa de que a formação de enfermeiras diplomadas pudesse sanar as questões de saúde pública mineira. Assim, em 7 de julho de 1933, o governo fundou a Escola de Enfermagem Carlos Chagas (EECC), atual Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), sob a diretoria de Laís Netto dos Reis. A EECC foi a segunda escola brasileira nos moldes nightingaleanos e a primeira escola estadual de Enfermagem do país, se equiparando ao padrão Anna Nery em 1942 (SANTOS, 2014).

Ao longo da trajetória da escola, o ensino da saúde pública foi uma prioridade. Nos primeiros 15 anos de existência da escola, a maior parte das diplomadas pela EECC seguiram carreiras na área de saúde pública, principalmente como visitadoras sanitárias. Este movimento das egressas está diretamente ligado à formação ofertada pela EEC, alinhada às demandas dos governos estadual e federal da época (SANTOS; MARQUES, 2015).

Em 1933, as estudantes realizavam estágio com enfermeiras visitadoras (SANTOS, 2014). No campo da vacinação, a Escola esteve sempre presente e à frente de grandes campanhas públicas, tanto na capital, como no interior de Minas Gerais (NASCIMENTO; SANTOS; CALDEIRA, 1999). Nascimento, Santos e Caldeira (1999) demonstram que, nos primeiros 35 anos da Escola, a convocação de estudantes para atuarem nas epidemias e enchentes do estado era parte da formação dos enfermeiros.

Um registro interessante descreve a aplicação de 7.085 vacinas durante o combate à epidemia de febre tifoide em Belo Horizonte na década de 1930. Destaca-se também o funcionamento de um posto mantido pela Escola em Belo Horizonte durante as décadas

de 1930 e 1940, onde atuavam as estudantes, professoras, e diretora da Escola, ofertando serviços de enfermagem como, curativos, massagens, administração de medicamentos e injeções (NASCIMENTO; SANTOS; CALDEIRA, 1999).

Acompanhando a trajetória do ensino de enfermagem brasileiro, a década de 1970 foi um período de intensas mudanças estruturais para a EEUFMG. Até 1968, a escola estava anexada à Faculdade de Medicina (FM) da UFMG, ainda sob o nome de EECC, sem orçamento próprio e cadeira no conselho universitário, com recursos humanos e materiais insuficientes para o ensino (NASCIMENTO; SANTOS; CALDEIRA, 1999 e SANTOS, 2018). Este período é descrito nos estudos como uma fase de estagnação e submissão, portanto, a desanexação à FM, em fevereiro de 1968 foi o *start* para as rupturas da escola, a começar pela nova denominação (e ainda atual): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (NASCIMENTO; SANTOS; CALDEIRA, 1999 e SANTOS, 2018).

A desanexação da FM em 1968 marcou também as primeiras diretorias laicas da escola - Carmelita Pinto Rabelo (1967), Izaltina Goulart (1968-1972) e Yole de Carvalho (1973-1976), após o domínio das religiosas na gestão da instituição. Vale destacar que, desde 1933, a formação de enfermeiras pela escola se dava no regime de internato, que foi extinto em 1969, como uma das primeiras mudanças pós RU (SANTOS, 2018).

Na década de 1970, a escola incentivou a participação de cursos de expansão e atualização de conhecimentos (CARREGAL, 2021b) e iniciou a movimentação pela qualificação de seus docentes. Em 1971, duas professoras foram enviadas para cursar mestrado em São Paulo, sendo estas as primeiras com título de Mestres a lecionarem na escola (SANTOS, 2018).

A partir da RU e o estabelecimento da tríade universitária ensino-pesquisa-extensão, a EEUFMG se mobilizou com iniciativas para articular as três dimensões na formação do enfermeiro. Em 1971, foram criados os Departamentos, Colegiado Didático, Câmaras e Conselho Departamental da EEUFMG. A escola funcionava então com 2 departamentos: o Departamento de Enfermagem Básica (DEB) e o Departamento de Enfermagem Aplicada (DEA) (SANTOS, 2018).

Os estudos a respeito da formação do enfermeiro na EEUFMG durante a década de 1970 são escassos, mas sabe-se que, com a mudança curricular de 1972, a EEUFMG

passou a ofertar as habilitações em enfermagem, além do curso de Licenciatura em Enfermagem (que já existia desde 1970 na escola). Segundo Santos, (2018, p.99), “os cursos oferecidos na EEUFMG eram: bacharelado em Enfermagem com 3.386 horas, licenciatura em Enfermagem na Faculdade de Educação com 375 horas e as habilitações em saúde pública com 540 horas e médico-cirúrgica com 570 horas”. Assim, além das titulações individuais, era possível se diplomar como bacharel e licenciado ao mesmo tempo (DOS SANTOS, 2018).

Destaca-se que a habilitação em saúde pública propiciava a inserção dos estudantes nos campos de estágio na região urbana e rural, e, portanto, a vivência do cuidado de saúde pública em diferentes contextos (DO SANTOS, 2018). Segundo Carregal (2021b), a habilitação de saúde pública foi a primeira aproximação para a criação do Internato Rural³ na escola.

Quanto à forma de ingresso na escola, a partir da RU de 1968, a EEUFMG, que até então recebia cartas de intenção, passou a adotar o vestibular unificado. Esta mudança é um marco para a instituição, que recebeu e diplomou seus primeiros enfermeiros homens na década de 1980 (SANTOS, 2018; CARVALHO, 2021).

Os anos que são marcos deste projeto estão no período da gestão de Yole de Carvalho (1973-1976) à frente da Escola de Enfermagem da UFMG. Esta foi marcada por mais iniciativas voltadas para ensino-pesquisa-extensão e o investimento no aperfeiçoamento do corpo docente. Neste mesmo ano (1973), foi criado o Núcleo de Assessoramento à Pesquisa (NAPq), que visava promover as atividades de pesquisa desenvolvidas pelo corpo docente e os discentes. Além disso, o ensino tinha ênfase na assistência de enfermagem e a escola preocupava-se com a expansão dos campos de estágio para os estudantes, especialmente do Hospital das Clínicas (HC) (CARREGAL, 2021b). Salienta-se a oferta das vagas de um monitor de graduação por departamento a cada ano (SANTOS, 2018). Quanto à extensão, o foco estava nos programas de saúde comunitária e nas atividades extramuros (CARREGAL, 2021b). É importante mencionar

³ O Internato Rural na EEUFMG refere-se ao cumprimento da disciplina Estágio Curricular: Atenção Primária à Saúde, ofertada obrigatoriamente para os alunos do 9º período do curso de graduação, nas áreas rurais de Minas Gerais que possuem convênio com a escola. A disciplina foi inserida no currículo da EEUFMG em 1999 e compreende 450 horas de carga horária prática com o objetivo de “desenvolver atividades assistenciais, administrativas, gerenciais, educativas e investigação em enfermagem nos Serviços da Rede Básica de Saúde, fundamentada no conhecimento adquirido nas disciplinas durante o curso” (EEUFMG, 2019, p.1º).

que não há maior detalhamento na literatura a respeito das atividades de extensão e pesquisa empreendidas pela escola neste período, pois não eram os objetos de pesquisa daqueles trabalhos.

Após a década de 1970, a EEUFMG seguiu com os avanços para a profissionalização da enfermagem mineira e brasileira. Ressalta-se a oferta do Curso de Especialização em Saúde Pública, de 1988 a 1992 (SILVA et al, 2022; FRUGOLI; SANTOS, 2022). A seguir, a EEUFMG implantou seu Programa de Pós-graduação com a criação do Mestrado em Enfermagem em 1994 e Doutorado em Enfermagem em 2004 (SANTOS, 2014).

Quanto às contribuições para a enfermagem, a EEUFMG é pioneira na oferta do ensino superior de enfermagem, referência na qualificação do corpo docente e tornou-se polo de desenvolvimento para a enfermagem mineira (CARREGAL, 2021). Além disso, a escola delineou a profissionalização em enfermagem em MG, repercutindo para a enfermagem brasileira e da América Latina (SANTOS, 2018). Atualmente, a EEUFMG configura-se como o melhor curso de Enfermagem no país (ENADE 5), sendo a UFMG a 7ª universidade mais bem avaliada da América Latina, segundo o Times Higher Education (TIMES HIGHER EDUCATIO, 2023). Assim, a EEUFMG construiu seu pioneirismo na educação pautada em conhecimento especializado em enfermagem e possui relevância nacional e internacional na formação de enfermeiros.

Ainda, no que tange à formação de enfermeiros em vacinação, é crucial salientar que esta escola se faz presente hoje na solução dos novos desafios em imunização, contribuindo ativamente com o desenvolvimento de pesquisas e dados científicos (EEUFMG, 2020a; EEUFMG, 2020b; EEUFMG, 2021a), cursos e capacitações para profissionais e acadêmicos (EEUFMG, 2020c), entre outros. Destaca-se aqui a condução de um polo de vacinação contra COVID-19 nas dependências da instituição e a mobilização de estudantes e professores que vacinaram cerca de 18 mil pessoas, frente a urgência sanitária em MG (EEUFMG, 2021b).