

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO À SAÚDE

RAQUEL LIMA DORNFELD

IMPLEMENTAÇÃO DA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO:
O PROTAGONISMO DE MARIA LÚCIA CARDOSO DOS SANTOS

UBERABA

2026

RAQUEL LIMA DORNFELD

IMPLEMENTAÇÃO DA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO:
O PROTAGONISMO DE MARIA LÚCIA CARDOSO DOS SANTOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves.

UBERABA

2026

**Catlogação na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

D757i	Dornfeld, Raquel Lima Implementação da graduação de enfermagem na Universidade Federal do Triângulo Mineiro: o protagonismo de Maria Lúcia Cardoso dos Santos / Raquel Lima Dornfeld. -- 2026. 90 f. il. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2026 Orientadora: Profa. Dra. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves 1. História da enfermagem. 2. Escolas de enfermagem. 3. Recursos humanos de enfermagem. I. Gonçalves, Jurema Ribeiro Luiz. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título. CDU 616-083(09)
-------	---

RAQUEL LIMA DORNFELD

IMPLEMENTAÇÃO DA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO:
O PROTAGONISMO DE MARIA LÚCIA CARDOSO DOS SANTOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Uberaba, 22 de maio de 2025.

Documento assinado digitalmente
 JUREMA RIBEIRO LUIZ GONCALVES
Data: 11/05/2026 11:01:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Drª Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 DIVANICE CONTIM
Data: 07/05/2026 05:19:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Drª Divanice Contim
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 BETHANIA FERREIRA GOULART
Data: 06/05/2026 16:58:38-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Drª Bethania Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 MARCIANA FERNANDES MOLL
Data: 05/05/2026 11:50:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Drª Marciana Fernandes Moll
Universidade Estadual de Campinas

Documento assinado digitalmente
 LUCIANA BARIZON LUCHESI
Data: 04/05/2026 14:09:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Drª Luciana Barizon Luchesi
Universidade de São Paulo – USP Ribeirão

AGRADECIMENTOS

A concretização desta tese representa a conclusão de um percurso acadêmico marcado não somente por exigências intelectuais, mas também por desafios impostos pelo período histórico em que se insere esta realização. Todas as limitações e adaptações relativas à pandemia por COVID vieram contribuir sobremaneira para a construção deste trabalho.

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida, força e sabedoria concedidas ao longo desta jornada.

Ademais, expresso sincera gratidão à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Jurema, pela confiança em meu trabalho, pela generosidade no compartilhamento de seu saber e pela acolhida nos momentos de incerteza. Sua postura compreensiva e seu comprometimento foram fundamentais neste processo.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Leiner, que me acompanhou em grande parte dessa trajetória, sendo para mim um exemplo de integridade e profissionalismo.

Às ilustres componentes da banca examinadora, agradeço pela disponibilidade, pelas contribuições criteriosas e valiosas sugestões que permitiram dar robustez a este material.

À Coordenação do PPGAS, agradeço pela defesa incansável da ciência diante de cenários desafiantes, com comprometimento e proatividade incomparáveis.

Aos colegas de turma, em especial Manoela e Helia, agradeço pelo apoio, as trocas de experiências e a parceria, mesmo diante do distanciamento físico que não logrou impedir a construção de vínculos e o compartilhamento de conhecimentos.

Aos colegas de trabalho, registro um sincero agradecimento pela compreensão, pelo apoio e pela colaboração ao longo deste período. A convivência, o incentivo e muitas vezes, a flexibilidade diante das demandas acadêmicas foram fundamentais para que eu pudesse conciliar as responsabilidades profissionais e a realização desta pesquisa.

Aos amigos que a vida me proporcionou, em especial Wstanny, Arthur, Maicon e Sara, que acredito serem os melhores amigos que alguém possa ter, eu agradeço por não largarem da minha mão nem mesmo (ou principalmente) quando eu cogitei desistir. Cada um a seu modo me ajudou a lembrar do propósito maior que envolve tudo isso.

À minha família, expresso profunda gratidão. Minhas irmãs Gabriela, Bruna e Elisa, vocês são fontes perenes de inspiração e aconchego. A vida foi tão generosa por sermos UMA.

À minha mãe, pedra fundamental de toda obra que erigi nesta vida, manifesto um agradecimento especial. Seu apoio incondicional, sua presença constante, mesmo diante das imposições sanitárias, e sua força foram fundamentais em todos os momentos. Sua capacidade de acolher, incentivar e acreditar em minha capacidade de realizar será sempre fonte de inspiração e refrigério para minhas angústias.

Ao meu pai (*in memoriam*), mediante sua partida inesperada durante esta jornada, deixo uma homenagem carregada de saudade pelo incentivo ao estudo e o entusiasmo pelo senso crítico.

Ao meu amado filho Henrique, motivação diária para me tornar alguém melhor, expresso um agradecimento repleto de amor e ternura por sua presença, iluminando meus dias e provendo sentido a cada esforço. Sua compreensão mediante minha necessidade de silêncio e recolhimento, bem como cada vez que providenciou café fresquinho, sinalizam que fiz algo de muito bom nesta vida para merecer tanto afeto.

Aos meus felinos, Fubá Drummond e Preta Lispector, sou grata por fazerem companhia e esquentarem meus pés, enquanto o mundo adormecia e eu escrevia.

Por último, mas não menos importante, agradeço e reverencio à força de cada mulher que se torna protagonista da própria trajetória e contribui para a construção de uma sociedade igualitária, próspera e feliz.

“Uma de nós é como mil de nós.
Mil de nós é como uma de nós.”

Mário Meir

RESUMO

A enfermagem é historicamente vinculada à inserção de mulheres no mercado de trabalho. Assim, estudar a história desta profissão é reconhecer o protagonismo feminino na consolidação de bases científicas, normas e símbolos associados a seu exercício. Através da história oral temática, o estudo teve como objetivos descrever o protagonismo da Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Cardoso dos Santos frente à implementação do curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, contextualizar o cenário social-histórico desse evento e analisar o legado de sua atuação para a comunidade e para a profissão. O referencial de Pierre Bourdieu subsidiou a discussão das categorias temáticas elencadas. Os resultados apontam que o perfil empreendedor e a liderança visionária de Maria Lúcia foram determinantes para o avanço da implementação do curso diante das lutas simbólicas enfrentadas. Conclui-se que seu legado pode ser mensurado pelo destaque deste curso em âmbito nacional, bem como pela presença marcante de enfermeiros na assistência, na docência e na gestão.

Palavras-chave: história da enfermagem; recursos humanos de enfermagem; liderança; poder simbólico.

ABSTRACT

Nursing has historically been linked to the inclusion of women in the labor market. Thus, studying the history of this profession is to recognize the female protagonism in the consolidation of scientific foundations, norms, and symbols associated with its practice. Through thematic oral history, the study aimed to describe the leadership of Prof. Dr. Maria Lúcia Cardoso dos Santos in the implementation of bachelor nursing program at Universidade Federal do Triângulo Mineiro, contextualize the socio-historical scenario of this event, and analyze the legacy of her work for the community and the profession. Pierre Bourdieu's framework supported the discussion of the identified thematic categories. The results indicate that Maria Lúcia's entrepreneurial profile and visionary leadership were decisive for the advancement of the program's implementation in the face of symbolic struggles encountered. It is concluded that her legacy can be measured by the national prominence of this program, as well as by the significant presence of nurses in healthcare, education and team management.

Keywords: nursing history; nursing human resources; leadership; symbolic power.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 Fluxograma de elaboração das categorias temáticas.	41
FIGURA 2 Fachada da antiga Santa Casa de Misericórdia	43
FIGURA 3 Fachada do campus 1	44
FIGURA 4 Fachada do Centro de Graduação em Enfermagem	49
FIGURA 5 Professora Doutora Maria Lúcia Cardoso dos Santos	51

LISTA DE SIGLAS

ABEn: Associação Brasileira de Enfermagem
CGE: Centro de Graduação em Enfermagem
CEFORES: Centro de Formação Profissional em Saúde
CEMEERP: Centro de Memória da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
CFE: Conselho Federal de Educação
CNS: Conselho Nacional de Saúde
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais
DNSP: Departamento Nacional de Saúde Pública
FMTM: Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
OMS: Organização Mundial de Saúde
DNSP: Departamento Nacional de Saúde Pública
INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
PET-SAÚDE: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNE: Política Nacional de Educação
PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UFTM: Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFVJM: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UNA-SUS: Universidade Aberta do SUS
UPA: Unidade de Pronto Atendimento
USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
1.1	Motivação para o estudo	10
1.2	Trajetória do surgimento da profissão enfermagem	12
1.3	Contexto sócio-histórico da enfermagem no Brasil	19
1.4	A Política Nacional de Educação: interface com a saúde	27
2	OBJETIVOS	32
2.1	Objetivo geral	32
2.2	Objetivos específicos	32
3	APORTE TEÓRICO E METODOLÓGICO	33
3.1	História Oral	34
3.2	Pierre Bourdieu	36
3.3	Procedimentos de coleta de dados	39
3.4	Procedimentos de análise de dados	40
3.5	Aspectos éticos	41
4	RESULTADOS	42
4.1	O campo institucional da saúde	42
4.2	Ações para implementação da graduação em enfermagem	46
4.2.1	Expansão da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	50
4.3	Dr. ^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos: trajetória e perfil	51
4.4	A voz da História Oral: narrativa de Dr. ^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos	54
5	ANÁLISE À LUZ DE BOURDIEU	57
5.1	O habitus de Dr. ^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos	57
5.2	Estratégias de luta simbólica	60
5.3	O legado de Dr. ^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	ANEXO - ENTREVISTA NA ÍNTEGRA	84

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Motivação para o estudo

Minha carreira acadêmica não é alheia ao percurso da história vivida até aqui. Pelo contrário, reflito que as escolhas feitas na infância e as renúncias estabelecidas na juventude lograram produzir seus frutos agora. Certamente a Raquel-criança se orgulha da Raquel-adulta (e vice-versa).

O contato com a profissão enfermagem veio como uma espécie de resgate na trajetória de minha família. Minha mãe buscou se profissionalizar no intuito de garantir o sustento das quatro filhas, fortemente influenciada pela perspectiva de um mercado de trabalho que atendia às suas aspirações pessoais. Desta maneira, ela fez o curso de atendente de enfermagem e logo começou a atuar no maior hospital da cidade – o Hospital Escola. Me lembro de tantas vezes em que ela chegava do trabalho com sinais claros de cansaço físico e mental, que pareciam desaparecer e dar lugar a um brilho nos olhos enquanto nos contava dos atendimentos realizados naquela jornada.

Ainda na adolescência, também motivada pela garantia de inserção numa esfera laboral promissora, iniciei o curso de auxiliar de enfermagem promovido pelo CEFORES, alocado no campus I da então Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. Não sei afirmar se foi devido ao clima formal mantido entre o corpo docente e os alunos ou pela impressão que o enorme conjunto de símbolos associados ao cuidado da vida humana me causou, tudo isso me moveu a profetizar que um dia eu faria graduação naquela instituição.

Aos dezoito anos fui nomeada como servidora pública e passei a atuar como auxiliar de enfermagem no mesmo Hospital Escola onde minha mãe trabalhava. Conviver com pessoas tão peculiares e com estas, compartilhar as “trincheiras” da assistência me confirmava que a enfermagem é uma missão para escolhidos. Entendia o cansaço que marcava o corpo e o espírito de minha mãe e por sorte, também compreendia de onde vinha o brilho nos olhos. Hoje percebo que cada pessoa de quem cuido contribui para sanar dores que eu carreguei.

Depois de anos atuando na assistência hospitalar, busquei a graduação como forma de aprimorar meu fazer e pensar profissional. Durante este período, cumpri toda ordem de requisitos acadêmicos sem deixar de lado o vínculo trabalhista que me garantia o sustento, os livros, as participações em eventos e cursos.

Logo após a conclusão da graduação, novamente fui efetivada por meio de concurso público e assim, a Raquel-auxiliar de enfermagem se tornou Raquel-enfermeira. Simultaneamente à nova fase profissional, vieram outros papéis sociais atrelados ao casamento e à maternidade. No entanto, o impulso direcionado aos estudos não cessou: com o passar do tempo vieram especializações, aperfeiçoamentos, cursos livres. Quando questionada por meu filho sobre quando eu iria parar de estudar, respondi que enquanto vida tiver, jamais deixarei de buscar conhecimento.

Ingressar o mestrado foi um caminho lógico, estudar sobre as histórias e memórias entre colegas da enfermagem sobre um tema que nos inquieta na assistência (testemunhar a finitude) foi o percurso natural, pois integrava a trajetória que até ali eu traçava: ser referência local em pesquisas sobre tanatologia. Entretanto, em algum momento recebi uma tarefa que marcou aquele período de uma forma que eu somente entenderia anos depois. Minha orientadora solicitou que transcrevesse uma entrevista realizada com uma personagem muito importante para a história da enfermagem em âmbito regional, com a intenção de uma posterior análise para publicação. A transcrição foi realizada, porém arquivada, pois “o correr da vida embrulha tudo”, como disse o também mineiro Guimarães Rosa.

No decurso do doutorado, iniciado em plena vigência da pandemia por COVID-19, fui confrontada por experiências pessoais e questionamentos internos que me levaram a modificar duas vezes o tema de estudo, antes de me deparar com o que logrei desenvolver. Com a maturidade adquirida como profissional e pesquisadora, resgatei a transcrição daquela entrevista e pude constatar que se tratava de um material potencialmente rico de significados a se investigar. Foi desta forma que a trajetória profissional da professora Maria Lúcia Cardoso dos Santos veio tangenciar a minha própria jornada.

Sinto orgulho ao dizer que sou “prata da casa” Universidade Federal do Triângulo Mineiro, desde o curso profissionalizante até o doutorado. Por este motivo, considero que contar a história da implementação da graduação de enfermagem na instituição, com destaque ao protagonismo exercido por Maria Lúcia Cardoso dos Santos, mulher que viveu à frente de seu tempo e promoveu a concretização de um propósito institucional, político e econômico, é para mim o culminar daquela profecia que lancei na adolescência. Eis minha contribuição, como forma de agradecimento.

1.2 Trajetória do surgimento da profissão enfermagem

Para compreender a evolução da enfermagem, seus marcos institucionais, as transformações conceituais e ainda, as lutas sociais em que está engajada, é essencial estudar a história da profissão. Isto contribui para a construção de uma identidade profissional mais consciente e crítica, pautada por princípios que moldaram o cuidado ao longo dos tempos (Pereira *et al.*, 2019). Estudos que abordam trajetórias biográficas através da técnica de história oral, a exemplo do que se propõe nesta pesquisa, têm se expandido no Brasil e contribuem para ampliar a compreensão acerca de aspectos socioculturais determinantes para a constituição e consolidação da profissão enfermagem.

Desde suas origens, a enfermagem foi marcada por desafios relacionados à conquista de autonomia e à consolidação de um corpo próprio de conhecimentos científicos. Registros apontam que os cuidados prestados a doentes, idosos e pessoas com deficiência eram desenvolvidos no espaço doméstico e atribuídos quase exclusivamente a mulheres, denotando uma associação entre o cuidar e a suposta “essência feminina”. Consequentemente, a atividade era compreendida como vocação moral e não como prática sistematizada (Lombardi; Campo, 2018).

Nos seus primórdios, as instituições que prestavam cuidados a enfermos eram frequentemente ligadas a mosteiros ou igrejas, destinadas principalmente ao acolhimento de doentes, pobres, peregrinos ou leprosos, como lugares de recolhimento afim de se proteger os sadios. Os cuidados prestados eram vinculados à caridade cristã, onde o auxílio aos moribundos no momento de passagem da vida para a morte poderia resultar em salvação espiritual. As pessoas que ali atuavam não eram tecnicamente capacitadas para prestar cuidados, denotando-se que as atividades de assistência à saúde na esfera pública inicialmente assumiam características de benemerência, sem remuneração (Almeida *et al.*, 2022).

Registros históricos apontam práticas sistematizadas de cuidado, notadamente no contexto religioso e militar das Cruzadas - expedições militares promovidas pela Igreja Católica entre os séculos XI e XIII. Diante da longa duração dos conflitos, da peregrinação em massa e da precariedade sanitária, surgiu a necessidade de prestar cuidados regulares a peregrinos e soldados doentes, através de ordens que prestavam cuidados médicos e ainda, estabeleciam hospitais com estrutura, disciplina e funções definidas. Nesse cenário, a assistência passou a ser organizada principalmente por ordens religiosas-militares (Donoso; Donoso, 2016).

Dessas ordens religiosas-militares, a mais emblemática foi a Ordem dos Cavaleiros de São João de Jerusalém. Também conhecida como Hospitalários, foi fundada por volta de 1080 e formalizada pelo Papa Páscio II em 1113. Seu hospital em Jerusalém chegava a abrigar até 2.000 pacientes, com uma estrutura interna com alas separadas por gênero, práticas básicas de higiene, dietas reguladas e funções específicas, como o Hospitalarius (diretor hospitalar) e a equipe, composta por médicos, religiosos e cuidadores laicos. Tal instituição é vista como um dos primeiros modelos institucionais de cuidado sistematizado, oferecendo não somente assistência médica, mas ainda apoio espiritual e emocional (Salles, 2022).

As práticas hospitalares introduzidas pelos Hospitalários e outras ordens, como os Templários e a Ordem Teutônica, foram posteriormente disseminadas na Europa. O modelo de hospital organizado, com setores distintos e responsabilidades definidas, influenciou as estruturas de saúde dos mosteiros medievais e, mais tarde, os hospitais civis. Esses elementos ajudaram a formar os alicerces da enfermagem moderna: organização, ética do cuidado, disciplina e missão (Oguisso; Freitas, 2016).

No século XIII, freiras recebiam treinamento essencialmente prático e não sistematizado, com ações que consistiam em alimentar famintos, abrigar desvalidos, cuidar de enfermos e sepultar mortos. Assim, atribui-se historicamente o surgimento da enfermagem como prática leiga, respaldada na filosofia cristã. Todavia, com a deflagração da Reforma Protestante no século XVI, emergiu uma profunda crítica às estruturas vinculadas à Igreja Católica, inclusive aos hospitais por ela administrados. A assistência, antes conduzida majoritariamente por ordens religiosas, perdeu legitimidade e foi paulatinamente substituída por pessoal frequentemente pouco qualificado, o que intensificou o desprestígio e indignidade associada ao cuidado de saúde e transformou hospitais em meros depósitos de doentes (Barreto; Eloy, 2020).

Naqueles ambientes, homens e mulheres coabitavam em espaços precários, geralmente compartilhando leitos coletivos em condições de higiene extremamente limitadas e atendimento rudimentar. Os pacientes tinham que executar tarefas domésticas e prestar serviços ao hospital como forma de contribuição pela estadia, numa lógica que pouco tinha de terapêutica ou compassiva. Esse período é frequentemente descrito como obscuro para a enfermagem, culminando com o fechamento de muitos hospitais, o que resultou em um declínio na qualidade e na continuidade da assistência prestada aos enfermos (Padilha, 1999).

Atualmente, entende-se que a prática de enfermagem é fundamentada em conhecimento técnico-científico, planejamento e julgamento clínico, sendo considerada como essencial ao funcionamento do sistema de saúde e à promoção da vida com dignidade. Todavia, a luta pela consolidação da enfermagem como profissão envolveu não apenas o fortalecimento de sua base teórico-prática, mas também o questionamento das relações de poder e das construções sociais que condicionaram sua identidade (Waldow, 2020).

Historicamente, o decurso da profissionalização da enfermagem se entrelaça com os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, bem como com a expansão da infraestrutura hospitalar. À medida que o cuidado à saúde se deslocava do espaço doméstico e religioso para o hospitalar e científico - processo associado à consolidação do modelo biomédico - a enfermagem passou a integrar de forma estruturada o corpo funcional das instituições de saúde, assumindo progressivamente o estatuto de trabalho formal e assalariado, inserido num contexto mais amplo de proletarianização (Lopes; Laurell, 2020).

A proletarianização refere-se à formação de uma classe trabalhadora assalariada, que precisa vender sua força de trabalho em troca de um salário, configurando uma transformação profunda nas relações sociais. Nesse processo, os meios de trabalho e os aspectos da vida cotidiana — como a saúde, a reprodução, o tempo e o corpo — foram progressivamente subordinados à lógica da produção capitalista e à valorização do capital. A classe trabalhadora urbana expandiu-se rapidamente; contudo, essa transição gerou uma série de consequências sociais graves: péssimas condições de moradia, jornadas exaustivas, precariedade sanitária, subnutrição e uma elevada mortalidade infantil. Tais mazelas expuseram os limites do modelo industrial e impulsionaram mobilizações sociais por melhores condições de vida e trabalho (Antunes, 2018; Harvey, 2014).

A partir do final do século XIX até meados do século XX, motivados por iniciativas religiosas e sociais, diversos movimentos reformadores impulsionaram melhorias sanitárias e assistenciais, reconhecendo que o corpo humano não era apenas biológico, mas um elemento essencial à reprodução do trabalho, portanto estratégico à continuidade do sistema capitalista. Emergiu então uma nova concepção de hospital como espaço de cuidados e de cura, um "aparelho de saúde" que refletiria um novo paradigma que atrelava o valor do corpo à sua funcionalidade social e econômica (Foucault, 2008).

As mobilizações populares foram fundamentais para a conquista de direitos civis e trabalhistas, incluindo o reconhecimento da saúde como direito social. Com isso, diversos países implementaram políticas públicas de assistência, no intento de promover reformas sanitárias e estruturar sistemas de saúde mais abrangentes. Nesse contexto, o hospital modernizou-se como uma espécie de fábrica de produção de serviços de saúde, incorporando critérios de eficiência, hierarquia funcional e normas de operação mais rigorosas, transformando-se em empreendimentos com lógica fabril: tratamentos padronizados, espaços sanitários, fluxos administrativos e divisão de tarefas minuciosa (Paim, 2019).

Nesse ínterim, a medicina consolidava seu controle sobre o conhecimento técnico e intelectual em saúde, enquanto o cuidado prático e manual era reservado a outra categoria de trabalhadores, em uma divisão que reflete a lógica capitalista de fragmentação e especialização do trabalho. Tendo em mente que o desenvolvimento da profissão foi historicamente condicionado pela tutela da medicina, que detinha a autoridade institucional na área da saúde, a enfermagem foi posicionada em uma posição auxiliar, relegada ao papel de execução técnica das prescrições médicas (Oguisso; Freitas, 2016).

Enfermeiros que antes atuavam no cuidado domiciliar foram gradativamente incorporados ao ambiente hospitalar, o que implicou não apenas mudança de espaço, mas também a inserção em modelos organizacionais baseados na divisão técnica do trabalho, na racionalização das práticas e no controle institucional. Desta maneira, paulatinamente a profissão assumiu características associadas ao trabalho proletariado: subordinação técnica, padronização de tarefas, intensificação do ritmo laboral e, em muitos casos, precarização das condições de trabalho (Souza *et al.*, 2021).

O trabalho de enfermagem é marcado ainda pelas desigualdades de gênero. Tradicionalmente ocupado pelo sexo feminino, este labor desde o princípio se associa a múltiplas jornadas entre serviços formais e cuidados domésticos, remuneração inferior e inserção desigual no mercado, situação que encontra fulcro na proletarização feminina impulsionada pelo capitalismo. A discrepância de poder e status determinada pelo gênero permanece na atualidade, enraizada nas estruturas burocráticas do trabalho em saúde (Lewis, 2022).

A profissionalização da enfermagem tem raízes profundas nas ordens religiosas e, posteriormente, nas estruturas militares de diferentes países. Nos Estados Unidos da América, durante a Guerra Civil (1861–1865) surgiram voluntárias civis e religiosas; paulatinamente, a Army Nurse Corps (1901) e a Navy Nurse Corps (1908) propiciaram a institucionalização da enfermagem no país. Países como Canadá e Austrália também estruturaram serviços de enfermagem militar ainda no século XIX, criando unidades especializadas e protocolos formais de cuidado e formação. Durante a Primeira e Segunda Guerras Mundiais, ocorreu a expansão da formação técnica e criação de patentes e escalas hierárquicas para enfermeiras (Santos *et al.*, 2021).

Como exemplo da atuação militar na consolidação da profissão, destaca-se a participação de Florence Nightingale como voluntária na Guerra da Criméia. Nascida em 1820 em Florença (Itália), Florence foi designada pela Coroa Britânica para liderar 38 enfermeiras voluntárias no hospital militar de Scutari, na Turquia, onde se deparou com uma situação preocupante, com superlotação dos hospitais, sujeira extrema, escassez de suprimentos básicos como alimentos, água potável, lençóis e utensílios para higiene. Havia uma taxa de mortalidade de cerca de 42% dos atendidos. Em cartas enviadas à Coroa Britânica, descrevia que soldados estavam sendo tratados em meio a sujeira e esgoto, com cadáveres apodrecendo nos corredores e água potável misturada com fezes. Naquele cenário, ela estabeleceu medidas rigorosas de higienização das mãos, esterilização de instrumentais e mudanças no ambiente de atendimento aos feridos, o que propiciou uma redução drástica em óbitos e mutilações (Padilha; Borenstein; Santos, 2015; Oguisso; Freitas, 2016).

Nightingale também foi pioneira no uso de estatísticas em saúde, demonstrando através de gráficos e diagramas que as mortes ocorridas no hospital militar eram decorrentes de doenças, com maior frequência do que as causadas por ferimentos de guerra. Em 1860, fundou a Escola de Enfermagem do Hospital St. Thomas, em Londres, considerada a primeira escola de enfermagem profissional do mundo. A escola formava duas categorias distintas de profissionais: as *ladies*, mulheres de classe social mais elevada, as quais desempenhavam função administrativa de supervisão, deveres e controle dos serviços de enfermagem; e as *nurses*, que pertenciam aos níveis sociais mais baixos e desenvolviam o trabalho manual de enfermagem sob a direção das *ladies* (Mascarenhas; Melo; Silva, 2016).

A partir das contribuições de Florence Nightingale, inicia-se um processo de dissociação do cuidado com bases meramente intuitivas e religiosas, incorporando princípios científicos, éticos e organizacionais à prática. O sistema nightingaleano expandiu-se rapidamente pelo mundo, influenciando diretamente a formação de enfermeiros em diversos países, incluindo o Brasil, com sua abordagem racional e baseada em evidências. Contudo, a profissão seguiu enfrentando barreiras para seu reconhecimento pleno como ciência autônoma (Oguisso; Freitas, 2016).

A atuação da enfermagem é reconhecida mundialmente como pilar fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral ao paciente. Enfermeiros colaboram significativamente no enfrentamento de problemas de saúde, em especial no âmbito dos cuidados primários às mais distintas situações, como o rastreio e tratamento de doenças transmissíveis, a prevenção de complicações oriundas de agravos crônico-degenerativos e ainda, a redução dos níveis de mortalidade de crianças menores de um ano e de mulheres em decorrência de complicações ligadas à maternidade - gestação, parto e puerpério (Pires; Lucena; Mantesso, 2022; Cassiani *et al.*, 2018).

A incorporação de práticas de enfermagem baseadas em evidências também está associada à maior eficiência dos serviços de saúde. Estratégias como auditoria, feedback e educação continuada possibilitam a padronização de condutas e a redução de desperdícios. Além disso, a delegação de tarefas específicas aos enfermeiros — prática conhecida como *task-shifting* — tem sido eficaz em mitigar a escassez de profissionais e ampliar o acesso à atenção em saúde, especialmente em regiões remotas ou com alta demanda (Flaubert *et al.*, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem enfatizado a necessidade de investimentos contínuos em educação, emprego e liderança na enfermagem para alcançar a cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Para enfrentar essas demandas, a OMS publicou recomendações no sentido de: formar enfermeiros com competências adequadas às necessidades populacionais; recrutar e manter esses profissionais nos locais onde são mais necessários; fortalecer sua presença em posições de liderança em sistemas de saúde e educação; garantir que estejam respeitados, motivados, protegidos e devidamente equipados para um desempenho seguro e eficaz (WHO, 2025).

Em relatório anterior (2020), a OMS apontou que a enfermagem representa cerca de 59% da força de trabalho global em saúde. Todavia, destacou um dado alarmante ao constatar o déficit de seis milhões de enfermeiros, sendo esta carência mais pronunciada em países de média e baixa renda. A OMS recomenda que os sistemas de saúde devem contar, dentre outros indicadores, com a disponibilidade de aproximadamente 40 enfermeiros a cada 10 mil habitantes para se alcançar níveis adequados de atenção à população (WHO, 2020).

O Conselho Internacional de Enfermeiros infere uma crise global na força de trabalho em enfermagem, caracterizada por escassez de profissionais, aumento da evasão e deterioração das condições de trabalho no período pós-pandêmico. Esses dados indicam que, apesar dos avanços no reconhecimento científico e na qualificação profissional, a enfermagem ainda enfrenta desafios estruturais significativos relacionados à valorização, autonomia e condições dignas de exercício profissional (Shah *et al.*, 2021).

Estudos demonstram que a composição e qualificação das equipes de enfermagem guardam relação direta com desfechos clínicos da população atendida. A prevalência de burnout entre enfermeiros, associada a fatores como carga horária excessiva, pressão institucional e falta de suporte organizacional estão relacionados ao aumento do risco de morte em pacientes hospitalizados, evidenciando os impactos estruturais da organização do trabalho (Griffiths *et al.*, 2021)

A pandemia de COVID-19 impactou significativamente a força de trabalho em enfermagem, tendo em vista que milhares de profissionais adoeceram ou perderam a vida, mormente nas fases iniciais. Por outro lado, a pandemia também demonstrou a capacidade de liderança e autonomia dos enfermeiros, especialmente na atenção primária, no rastreamento de casos, na vacinação em massa e no cuidado intensivo. Enfermeiros mostraram-se essenciais na reorganização dos serviços de saúde, desde o atendimento direto até a coordenação de equipes, uso de tecnologias digitais e ações educativas com a comunidade. Esse período evidenciou a necessidade de garantir condições adequadas de trabalho, suporte psicológico e valorização profissional, de modo a assegurar a permanência e o bem-estar dos profissionais da enfermagem frente a desafios extremos (Lasater *et al.*, 2021; WHO, 2021).

Em continuidade a este preâmbulo, serão apresentados fatos que contextualizam o surgimento e a consolidação da profissão enfermagem no Brasil.

1.3 Contexto sócio-histórico da enfermagem no Brasil

Atividades de enfermagem bastante similares ao descrito anteriormente como uma prática leiga surgiram no Brasil na época colonial, sendo tais ações baseadas em conhecimentos empíricos de cunho místico, praticadas por religiosos, voluntários, leigos e escravos selecionados. Os cuidados aos doentes não contemplavam técnicas assépticas e científicas, o que levava à mortalidade acentuada. Doenças endêmicas e epidêmicas constituíam um desafio e no intuito de mitigá-las, foram estabelecidas as primeiras Santas Casas de Misericórdia. Tais entidades eram fomentadas pelos governos vigentes e tuteladas pela Igreja Católica (Germano, 2018).

O processo de profissionalização da enfermagem no país remonta à transição de uma economia agrário-exportadora para um perfil urbano-industrial, entre o final do século XIX e início do século XX. Desta maneira, a conformação feminina da profissão converge com as características do trabalho da mulher na sociedade. Em classes mais abastadas, cabia ao homem o sustento da família através do trabalho fora de casa, porquanto à mulher recaía a responsabilidade pelo bom funcionamento do lar e educação dos filhos. Contudo, para a maioria das famílias, o trabalho feminino não se tratava de uma opção, mas um componente importante para a subsistência (Padilha; Vaggetti; Brodersen, 2006).

A partir do desenvolvimento do setor de serviços, em que se insere a categoria da enfermagem, as mulheres passaram a ocupar esses postos. Para brasileiras, as oportunidades educacionais e profissionais representavam uma mudança de seus papéis sociais e portanto, a escolarização feminina marca a transição do patriarcalismo rural para as novas regras da sociedade urbana e industrial (Feltrin *et al.*, 2018; Souza *et al.*, 2021).

Há que se considerar o apoio explícito da Igreja Católica à formação de contingentes femininos para trabalhar na enfermagem. A atuação da Igreja nesse processo teve papel central na legitimação da presença feminina no espaço público, ao conferir ao cuidado profissionalizado uma dimensão ética e religiosa, o que ratificava a percepção societal de que o exercício da enfermagem não feria a honra da mulher brasileira moderna. Esse respaldo simbólico oferecia um espaço de aceitação para que mulheres pudessem trabalhar fora do lar, desde que o fizessem em atividades consideradas compatíveis com a “natureza feminina”, como cuidar, servir e proteger (Lima; Santos; Costa, 2022).

A formação na enfermagem em solo brasileiro teve início em 1890 com a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, que passou a ser denominada em 1906 como Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Com a justificativa de suprir mão de obra em substituição às irmãs de caridade no Hospital Nacional de Alienados, bem como em hospitais civis e militares, o modelo francês trouxe como premissa a submissão da enfermagem à classe médica. O curso tinha duração de dois anos, com um corpo docente composto por 40 enfermeiras provenientes da Escola de Salpêtrière (França). Assim surgiam as primeiras manifestações do que viria a ser o exercício da enfermagem no Brasil (Ximenes Neto *et al.*, 2020).

A realidade sanitária no alvorecer do século XX denotava a necessidade de desenvolvimento de uma consciência acerca dos determinantes de saúde-doença, através de práticas educativas de cunho impositivo. Tal atribuição era exercida por agentes sanitários que dispunham de conhecimentos exíguos e treinamento focal para funções de baixa complexidade, tais como guardas sanitários e monitoras de higiene, estas últimas denominadas à época como ‘enfermeiras’ visitadoras (Ayres *et al.*, 2012).

Acreditava-se que tais visitadoras teriam maior aceitação no interior dos lares por serem mulheres e que estas, com doçura, bondade, coerção e outros caracteres socialmente atribuídos à figura feminina, conseguiriam implementar mudanças de comportamento necessárias ao bem comum. Suas atribuições complementavam o trabalho do médico nas comunidades e consistiam em visita domiciliar, vigilância higiênica e educação sanitária, favorecendo a promoção do autocuidado (Mascarenhas; Melo; Silva, 2016).

Em 1920 foi fundado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) sob a coordenação de Carlos Chagas, com a atribuição de conduzir uma reforma sanitária para fazer frente aos problemas de precariedade na saúde da população brasileira. Em visita aos Estados Unidos da América, Chagas teve acesso ao serviço de enfermagem nos centros de saúde, seguindo as normativas e condutas estabelecidas no modelo nightingaleano. Constatando a relevância deste trabalho, assim que retornou ao país Chagas solicitou auxílio à Fundação Rockefeller para a remodelação do curso de formação de visitadoras pelo DNSP, no sentido de ampliar e qualificar o trabalho das agentes de saúde pública (Peres, 2021).

Em 1921, foi estabelecida a Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, com a chegada da enfermeira norte-americana Ethel Parsons. Após uma etapa diagnóstica acerca das condições sanitárias e dos recursos humanos disponíveis, Parsons iniciou suas atividades com foco na capacitação das visitadoras. Em 1922, sete enfermeiras norte-americanas aportaram no Brasil com intuito de implementar mudanças estruturais no contexto de fortalecimento das ações do DNSP, o que culminou na inserção da enfermagem brasileira na lógica técnico-científica e burocrática da reforma sanitária em curso (Oguisso; Padilha, 2020).

Uma das principais contribuições da Missão Parsons foi a introdução de uma nova hierarquia na organização dos serviços de saúde pública. Nesse novo arranjo, as enfermeiras diplomadas passaram a assumir o papel de supervisão direta das visitadoras sanitárias, que até então estavam subordinadas aos médicos. Esta mudança representou um marco na consolidação da enfermagem como profissão técnica e autônoma, dotada de um corpus de competências próprias no campo da saúde pública (Peres, 2021).

Ao deslocar a supervisão das atividades de base para o campo da enfermagem, a Missão Parsons contribuiu significativamente para a valorização e profissionalização do trabalho das enfermeiras, ao mesmo tempo em que fortaleceu uma lógica de gestão descentralizada e especializada dentro do sistema sanitário. Isso permitiu que as enfermeiras não apenas ocupassem funções de liderança, mas também participassem ativamente da formulação de políticas de saúde e na organização dos serviços, conferindo-lhes maior reconhecimento social e institucional (Peters, 2023).

Todavia, esse novo arranjo evidenciou o déficit de enfermeiras diplomadas no Brasil, o que levou à necessidade urgente de formação profissional adequada. Foi instituída uma colaboração entre Ethel Parsons e Edith de Magalhães Fraenckel, que atuou como enfermeira-chefe da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose no DNSP, e surgiu a possibilidade da criação de um curso de enfermagem com duração de 28 meses, em contraponto à curta duração do preparo para o trabalho ministrado às visitadoras. Em 1923, vinculada ao DNSP, foi instalada a escola de Enfermeiras anexa ao Hospital São Francisco de Assis, atual Escola de Enfermagem Anna Nery. Esta escola cresceu em complexidade e importância social, reconhecida como o “padrão” de ensino de enfermagem vigente (Ayres *et al.*, 2012).

Destaque-se a relevância da participação das ordens cívico-militares como a Marinha, a Polícia Militar e escolas técnicas para a profissionalização da enfermagem no país. Tais instituições implementaram um formato de ensino com características peculiares, originando símbolos como medalhas e patentes que legitimam e elevam o status da profissão, além de estabelecer uma identidade profissional peculiar, com as respectivas tensões e demandas por autonomia. No período entre 1940 e 1945, a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha propagou a lógica militar em seu modelo de ensino, baseado em disciplina, hierarquia e controle dos saberes e das práticas da enfermagem. Tais valores eram típicos do regime militar e do Estado Novo e moldaram a subjetividade das alunas, consolidando um *modus operandi* disciplinar na profissão (Mecone, 2014).

A expansão do ensino superior de enfermagem no Brasil ocorreu em compasso com o aumento do número de hospitais. Em 1925, o governo de Minas Gerais fundou a Escola de Enfermagem Carlos Chagas, primeiro curso a ser estabelecido fora do estado do Rio de Janeiro, adequado aos moldes da Escola Anna Nery e que em 1949 passou a integrar a Universidade Federal de Minas Gerais. Em 1933, vinculada à Faculdade de Medicina, foi estabelecida a graduação de enfermagem na Universidade de São Paulo, que constitui atualmente um dos maiores núcleos de pesquisa de enfermagem da América Latina. Em 1939, também vinculado à Faculdade de Medicina, surge o curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal da Bahia, constituindo um prenúncio de interiorização da profissão em moldes universitários (Leonello; Miranda Neto; Oliveira, 2011).

Com o advento da Segunda Guerra Mundial, na década de 1940, a enfermagem passou por um processo significativo de valorização no Brasil, impulsionado tanto pelo contexto internacional quanto pelas demandas nacionais por expansão dos serviços de saúde. O conflito mundial evidenciou a importância estratégica das profissões da saúde, especialmente da enfermagem, para a manutenção do cuidado e da recuperação dos feridos em zonas de combate e nos hospitais civis e militares. Como consequência, houve uma intensificação nos investimentos voltados ao preparo técnico e disciplinar de enfermeiras profissionais, com a criação de cursos emergenciais, a ampliação de escolas de enfermagem e o estímulo à formação de um corpo de voluntárias capacitadas para atuar nas possíveis frentes de guerra ou em funções de retaguarda (Oguisso; Padilha, 2020).

No Brasil, a visibilidade da enfermagem aumentou substancialmente nesse período, especialmente por meio das campanhas de recrutamento e das reportagens veiculadas em jornais de grande circulação, que exaltavam o papel heroico e abnegado das enfermeiras. Essas notícias contribuíram para consolidar uma imagem pública da profissão, associando-a à coragem, ao patriotismo e à dedicação. Além disso, o movimento gerou maior reconhecimento social da enfermagem, que começou a ser percebida não apenas como uma extensão do cuidado doméstico feminino, mas como uma atividade técnica essencial à saúde pública e à segurança nacional. Essa valorização institucional e simbólica também teve impacto direto nas políticas públicas de saúde, levando à maior integração da enfermagem nos serviços oficiais e ao reconhecimento de sua importância na estruturação do sistema sanitário brasileiro (Kneodler *et al.*, 2017).

Em 1949 foi promulgada a Lei nº 775, que representou um marco significativo na institucionalização da enfermagem no Brasil. Por meio dessa legislação, o Estado tornou obrigatória a inclusão do curso de enfermagem em toda universidade ou sede de faculdade de medicina, reconhecendo a necessidade de integrar formalmente a formação de enfermeiras ao sistema universitário nacional. Essa medida refletia uma estratégia governamental de modernização do ensino superior em saúde e de alinhamento com os padrões internacionais de profissionalização da enfermagem (Oguisso; Padilha, 2020).

A proposta da lei mantinha um ensino fortemente vinculado à formação hospitalar, centrado no modelo clínico-biológico de cuidado, condizente com a hegemonia médica e com o perfil do mercado de trabalho da época, que priorizava a assistência em instituições hospitalares. Esse modelo, embora tecnicamente necessário, também limitava a autonomia da enfermagem, ao mantê-la subordinada à lógica médica tanto no campo assistencial quanto no formativo (Lima; Vargas, 2022).

A trajetória da enfermagem enquanto carreira profissional regulada pelo Estado é marcada não apenas por imposições institucionais, mas também pela mobilização ativa das próprias enfermeiras brasileiras, em sua maioria mulheres de classe média com acesso à educação, que passaram a ocupar espaços estratégicos na administração pública, escolas de enfermagem e entidades representativas. Tais lideranças desempenharam papel crucial na definição de diretrizes curriculares, na defesa da regulamentação profissional e na articulação política com órgãos governamentais (Petry *et al.*, 2019).

Esse movimento aponta para um processo de emancipação feminina no Brasil por meio da enfermagem, uma vez que a profissão oferecia às mulheres um caminho socialmente legitimado para a inserção no mundo do trabalho, o acesso à educação superior e o exercício de papéis públicos de autoridade técnica e ética. Assim, a regulamentação da formação universitária da enfermagem representou não apenas uma conquista técnica, mas também um avanço simbólico e social na luta pela valorização das mulheres no espaço profissional e público (Santos; Ferreira, 2023).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na atualidade há cerca de três milhões de profissionais de enfermagem registrados no Brasil, representando mais da metade do contingente que presta cuidados na prevenção de agravos, na promoção e na reabilitação da saúde humana, bem como em seus momentos finais (COFEN, 2025).

Destaca-se que a categoria atua nos 5.570 municípios das 27 unidades da Federação e está presente em todas as estruturas organizacionais do sistema de saúde brasileiro, a exemplo de hospitais, ambulatorios, unidades básicas (UBS) e de pronto atendimento (UPA), equipes de saúde da família, serviços de atendimento móvel em urgência, entre outras. Tais dados corroboram a necessidade de políticas educacionais eficazes para garantir a qualidade dos serviços de enfermagem, frente à onipresença e multifuncionalidade de seus agentes (Silva; Machado, 2020).

Em levantamento acerca do perfil da profissão no Brasil, aponta-se que a categoria abrange auxiliares, técnicos, obstetrites e enfermeiros, sendo composta majoritariamente pelo sexo feminino, que representa 85% do total da classe. Quanto ao nível instrucional, o mercado profissional apresenta uma composição desigual, onde 77% são técnicos e auxiliares, enquanto somente 23% são enfermeiros. Destaca-se ainda que cerca de 30% dos enfermeiros exerceram atividades como auxiliares ou técnicos de enfermagem anteriormente à graduação, indicando uma tendência à busca pela qualificação acadêmica como estratégia por melhor posicionamento no mercado de trabalho (Machado *et al.*, 2017).

Cabe observar as distinções laborais relacionadas ao nível de formação e às responsabilidades vinculadas a cada segmento. Condutas de maior complexidade clínica, atividades de planejamento e gestão de recursos competem ao nível superior de formação, de acordo com o estabelecidos na lei de exercício profissional. Assim, é função do enfermeiro liderar o processo assistencial, atuando no gerenciamento da assistência de enfermagem (Machado *et al.*, 2020).

A população de enfermeiros no Brasil vem apresentando um crescimento pronunciado nas últimas décadas, em decorrência da expansão dos centros de formação universitária. Há um número expressivo de novos graduados no mercado de trabalho a cada ano; entretanto, tal força de trabalho está concentrada nos grandes centros urbanos, em detrimento de rincões mais afastados, onde se reconhece a carência por estes profissionais (Marinho; Queiroz, 2023).

Um levantamento realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) aponta que a ampliação do acesso à educação superior no Brasil ocorreu por meio de expansão no setor privado, em contraponto à racionalização de recursos nas instituições públicas. Com isto, observa-se uma tendência a mercantilização da educação pelo imediatismo e crescimento numérico. Desta maneira, as instituições privadas buscam absorver um contingente maior de estudantes (INEP, 2019).

A expansão do ensino superior em enfermagem acompanhou esta tendência, com o incremento do número de cursos de graduação predominantemente na iniciativa privada. Como consequência, o processo de formação em enfermagem atende a interesses mercadológicos, que sobrepõem os benefícios sociais do coletivo e do direito à educação e à saúde, tendo como exemplo a disseminação de cursos à distância. Recentemente, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) posicionou-se contrário a todo e qualquer curso de graduação em saúde nesta modalidade, antevendo prejuízos que uma formação inadequada pode causar à sociedade em médio e longo prazos (Saraiva *et al.*, 2021).

Pelas diretrizes curriculares estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (Brasil, 2001) e reformuladas em 2024 através da colaboração de entidades representativas da classe, o egresso da graduação em enfermagem deverá ser um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo qualificado para o exercício de enfermagem com base em rigor científico e intelectual e pautado pelos princípios éticos que norteiam a categoria. O enfermeiro é capacitado para reconhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação. Além disso, deve ser capaz de identificar as dimensões biopsicossociais dos determinantes de saúde. Deve ainda estar capacitado para atuar como promotor da saúde integral do ser humano, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (Brasil, 2024).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) atua desde sua fundação, em 1926, como uma entidade científica, cultural e política, sendo referência nacional na construção de diretrizes que asseguram a qualidade da formação profissional da categoria. A entidade participou ativamente da elaboração das DCN para os cursos de graduação em Enfermagem, visando orientar as instituições de ensino superior sobre conteúdos, competências e habilidades essenciais que o enfermeiro deve desenvolver. Além disso, promove debates, seminários e congressos, a exemplo do Congresso Brasileiro de Enfermagem, para discutir os desafios e avanços no ensino, a fim de contribuir com atualização e melhoria constantes. Desta maneira, denota-se o papel fundamental da associação para garantir que o ensino de enfermagem no Brasil seja ético, científico, socialmente comprometido e de alta qualidade no Brasil (Adamy *et al.*, 2023).

A ABEn defende uma formação voltada para o compromisso social, com enfoque em saúde coletiva, equidade e direitos humanos, garantindo que o ensino esteja alinhado às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, coordena fóruns nacionais de coordenadores de cursos de Enfermagem e comissões de ensino, que funcionam como espaços de articulação, troca de experiências e construção coletiva de propostas para o ensino (Adamy *et al.*, 2021).

Por sua vez, os conselhos de classe (federal e regionais) desempenham papel estratégico na regulamentação e avaliação da formação profissional em enfermagem. Ressalta-se, nesse contexto, o papel das entidades de classe, especialmente da ABEn, que historicamente tem se dedicado às questões da educação em enfermagem, promovendo debates, publicações e fóruns de discussão que fortalecem a identidade profissional e garantem uma formação voltada às necessidades da sociedade brasileira (Medeiros; Tipple; Munari, 1999).

A atuação dos enfermeiros é vital para a efetividade, segurança e humanização dos serviços de saúde. A presença desta categoria está diretamente ligada à melhora dos desfechos clínicos, à satisfação dos pacientes e à eficiência na utilização de recursos em saúde. Assim, investir na formação, valorização e autonomia desses profissionais é uma estratégia indispensável para a construção de sistemas de saúde mais justos, acessíveis e sustentáveis. A seguir, serão apresentados pontos que subsidiam a formação de saúde, especialmente da enfermagem no Brasil.

1.4 A Política Nacional de Educação: interface com a saúde

A história da Política Nacional de Educação (PNE) remonta ao Manifesto dos Pioneiros da Escola Nova em 1932, tendo como marco inicial a IV Conferência Nacional de Educação. Capitaneado por Fernando de Azevedo, um grupo de intelectuais composto por vinte e cinco homens e mulheres de diferentes segmentos sociais expressou a identificação da educação como questão nacional. Este manifesto expressa o diagnóstico da dicotomia entre a política educacional e a econômica, ilustrada pela fragmentação das políticas educacionais vigentes à época. Assim, marcada por reivindicações da sociedade, a PNE consiste na proposição de um plano que traduz o reconhecimento da educação como uma política de estado (Salermo; Kfoury; Lopes, 2013).

O Manifesto de 1932 propunha uma intervenção no contexto social e político da época, logrando sucesso, visto à incorporação ao texto da Constituição de 1934. Todavia, o anteprojeto não chegou a ser discutido em decorrência da suspensão dos trabalhos da Câmara dos Deputados em 10 de novembro de 1937, pelo fechamento de todos os poderes representativos com o Estado Novo. A ideia de um Plano Nacional de Educação foi retomada somente no bojo da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), sob a influência do período nacional-desenvolvimentista. O trâmite deste marco legislativo decorreu de discussões acerca da descentralização defendida por educadores, bem como do embate entre católicos e progressistas sobre a questão da laicidade do ensino (Saviani, 2007).

Com o intuito de universalizar o atendimento educacional, superar desigualdades e melhorar a qualidade da educação, foi sancionada a Lei nº 4.024/1961, que fixou a LDB. Esta legislação estabeleceu o direito à educação como um princípio fundamental, a organização do ensino nacional com base em normas gerais e ainda, reconhecendo a necessidade de liberdade para que as instituições de ensino superior desenvolvam suas atividades de forma crítica e criativa, concedeu autonomia didática, administrativa e disciplinar às universidades. A Lei nº 4.024/1961 também estabeleceu a fundação do Conselho Federal de Educação, órgão responsável por regulamentar e supervisionar o sistema educacional, desempenhando um papel essencial na consolidação de políticas públicas educacionais (Brasil, 1961).

Ao longo do tempo, a legislação educacional brasileira passou por diversas transformações que culminaram na promulgação da nova LDB (Lei nº 9.394/1996), em substituição à de 1961 e vigente na atualidade. Essa atualização incorporou princípios que se fizeram presentes na Constituição Federal de 1988, como a gestão democrática do ensino público, a valorização dos profissionais da educação e a garantia de acesso e permanência dos estudantes na escola (Brasil, 1996).

A LDB/1996 reafirma o compromisso com a equidade e a qualidade na educação, ampliando o conceito de autonomia universitária e promovendo a integração entre os diferentes níveis e modalidades de ensino. Tal legislação educacional foi incrementada por meio da Emenda Constitucional nº 59/2009, que tornou obrigatória a educação dos 4 aos 17 anos, e da Base Nacional Comum Curricular, homologada em 2017, que estabelece os direitos e objetivos de aprendizagem e desenvolvimento para a Educação Básica. Essas reformas evidenciam o contínuo esforço do Estado brasileiro para consolidar uma educação inclusiva, voltada para o desenvolvimento pleno dos cidadãos (Brasil, 2017).

Observa-se que o planejamento educacional é situado em uma perspectiva de construção coletiva e histórica, enraizada em uma complexa rede de influências sociais, econômicas, políticas e culturais que atravessam e condicionam tanto as instituições de ensino quanto as instâncias normativas e administrativas, como as Secretarias Estaduais de Educação e o Ministério da Educação. Assim, trata-se de um processo dinâmico e multifacetado, no qual o projeto educativo é permeado por disputas de interesses, ideologias e visões de mundo, refletindo os embates presentes no seio da sociedade (Salerno; Kfoury; Lopes, 2013).

Desta maneira, a escola constitui-se como um terreno em disputa onde se articulam tanto mecanismos de controle quanto possibilidades de libertação. Essa ambivalência confere à educação um caráter político inegável, pois os processos formativos não ocorrem em um vácuo social, mas são atravessados pelas disputas de hegemonia entre diferentes grupos sociais. Nesse contexto, o planejamento educacional deve ser compreendido como uma prática político-pedagógica, na qual se travam lutas por legitimidade, reconhecimento e poder. Ao mesmo tempo, esse espaço permite a atuação transformadora de educadores que compreendam a dimensão política de sua prática e busquem articular o conhecimento acadêmico às lutas concretas da população (Freire, 1996).

A atuação da enfermagem exige o reconhecimento das especificidades do processo de trabalho da categoria e a valorização da formação continuada como instrumento de transformação da realidade dos serviços. Desta forma, o planejamento educacional da enfermagem busca atender tanto às exigências acadêmicas quanto às necessidades do SUS, garantindo uma formação crítica, reflexiva e comprometida com a realidade social e sanitária do país (Baptista, 2012).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) orientam que a graduação em enfermagem deve promover o aprendizado de competências voltadas para o cuidado integral, a atuação interdisciplinar e a inserção nos diversos níveis de atenção à saúde. Destaca-se ainda a necessidade de integração entre a formação acadêmica e as diretrizes de educação permanente, possibilitando que os profissionais reflitam continuamente sobre suas práticas e sejam protagonistas na construção de um sistema de saúde mais resolutivo e humanizado (Brasil, 2018).

Compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e em consonância com esse preceito, o Ministério da Saúde criou em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, responsável por formular políticas públicas orientadoras da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores. Nesse contexto, destaca-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída oficialmente pela Portaria GM/MS nº 1.996, em 2007, como estratégia fundamental para o desenvolvimento dos profissionais da saúde. A PNE e a PNEPS se articulam em vários pontos estratégicos, especialmente no que se refere a formação, qualificação e desenvolvimento contínuo de trabalhadores da saúde, articulação consolidada principalmente através das diretrizes da educação profissional (Brasil, 2011).

A PNEPS visa contribuir para a organização dos serviços de saúde, promovendo a qualificação e a transformação das práticas por meio de processos formativos centrados no cotidiano do trabalho e nas necessidades reais da população. Considera-se que a Educação Permanente em Saúde (EPS) não se restringe a cursos ou treinamentos pontuais, mas propõe uma metodologia ativa, problematizadora e crítica, em que o trabalho é tido como espaço de produção de saberes e práticas. A articulação entre ensino e serviço é, portanto, um de seus eixos centrais, fortalecendo os princípios do SUS — universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Brasil, 2007).

Além disso, documentos recentes, como a Agenda Nacional de Educação Permanente em Saúde reforçam a necessidade de institucionalizar a EPS nos territórios como política transversal e estruturante, capaz de induzir mudanças organizacionais e promover maior resolutividade e qualidade na atenção à saúde. Dessa forma, a EPS consolida-se como um instrumento estratégico para a efetivação do SUS como um sistema democrático e comprometido com a justiça social (Brasil, 2018).

Para além da PNEPS, destacam-se programas estratégicos como a Rede Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), ambos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde em articulação com o Ministério da Educação e instituições de ensino superior. Essas iniciativas constituem importantes ferramentas para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, promovendo a aproximação entre o universo acadêmico e a realidade cotidiana dos serviços de saúde.

A Rede UNA-SUS, criada em 2010, tem como objetivo atender às necessidades de formação e educação continuada dos profissionais de saúde no SUS, por meio de cursos gratuitos de especialização, aperfeiçoamento e atualização, com ênfase em metodologias ativas, educação à distância e tecnologias educacionais.

A plataforma é gerida por uma rede de universidades públicas federais e estaduais, assegurando a qualidade acadêmica e a capilaridade nacional (Gasque *et al.*, 2021).

Por seu turno, o PET-Saúde foi instituído pelas Portarias Interministeriais nº 421 e nº 422, em 2010. Voltado à formação em serviço por meio de projetos que integram estudantes da área da saúde, professores e profissionais dos serviços, o programa tem como foco a formação interprofissional, valorizando o trabalho colaborativo entre diferentes categorias profissionais e fortalecendo a integralidade da atenção. Além disso, o PET-Saúde contribui para o desenvolvimento de competências voltadas ao trabalho em equipe, à corresponsabilidade no cuidado e ao enfrentamento das desigualdades em saúde (Brasil, 2010-a e b).

Ambos os programas concretizam os princípios da PNEPS ao promoverem uma educação que emerge do território e das necessidades sociais, fortalecendo a participação dos sujeitos no processo de aprendizagem e valorizando o saber construído na prática. Dessa forma, contribuem para uma formação mais crítica, ética e comprometida com a consolidação do SUS, reforçando a indissociabilidade entre ensino, serviço e comunidade (Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024).

Estes marcos educacionais apresentam uma visão abrangente acerca das demandas por um perfil profissional adequado para atender à saúde da população, tendo em vista uma formação inclusiva, abrangente e continuamente aprimorada através de situações vivenciadas na prática clínica.

Considerando a conjuntura do surgimento da profissão enfermagem e os parâmetros político-educacionais que norteiam a formação no Brasil, propôs-se o estudo apresentado a seguir. Pretende-se, à luz da Teoria dos Campos e de Poder Simbólico de Pierre Bourdieu, destacar o protagonismo da enfermeira Maria Lúcia Cardoso dos Santos na estruturação e regulamentação do curso de graduação de enfermagem na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, contextualizar o cenário social-histórico desse evento e analisar seu legado para a comunidade e a profissão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever o protagonismo de Maria Lúcia Cardoso dos Santos frente à implementação do curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

2.2 Objetivos específicos

- a) Contextualizar o cenário social-histórico desse evento;
- b) Analisar o legado de sua atuação para a comunidade e para a profissão.

3 APORTE TEÓRICO E METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, que se configura como uma abordagem metodológica relevante no campo das Ciências Humanas e Sociais, tendo como propósito proporcionar uma compreensão aprofundada sobre determinado fenômeno ou temática. Ao adotar essa perspectiva, o estudo visa identificar padrões, categorias e significados que emergem dos dados qualitativos que, embora não tratados estatisticamente, contribuem significativamente para enriquecer e complementar a pesquisa bibliográfica tradicional (Samara; Tupy, 2007).

Um estudo exploratório tem como foco principal proporcionar melhor compreensão acerca de um problema pouco conhecido ou ainda não suficientemente investigado. Ele serve para explorar ideias, levantar hipóteses, identificar variáveis relevantes e orientar futuras pesquisas mais aprofundadas. Traz como característica ser flexível, ou seja, prescinde de um roteiro rígido, permitindo adaptações ao longo do processo e não visa testar hipóteses, mas sim gerá-las. Como método de obtenção de dados, os estudos exploratórios podem utilizar entrevistas, grupos focais, observações, revisão de literatura, estudo de caso ou história oral (Minayo, 2014).

Por sua vez, estudos descritivos têm como objetivo observar, descrever e documentar aspectos de uma situação ou fenômeno, sem interferir ou manipular as variáveis envolvidas. Detêm como característica principal a observação direta ou o levantamento de dados, por meio de questionários e entrevistas, podendo envolver populações inteiras ou amostras representativas. Na área da enfermagem, estudos descritivos são amplamente utilizados para identificar necessidades de saúde de populações específicas, descrever vivências e compreender as relações interpessoais no contexto clínico ou comunitário (Gil, 2019).

O estudo utiliza a abordagem qualitativa, aplicada a estudos acerca da história, das relações, representações, crenças e opiniões. Esta abordagem se preocupa mais com a qualidade e profundidade das informações do que com números ou generalizações estatísticas. Ela investiga sentidos, percepções, significados e vivências humanas, valorizando a complexidade dos fenômenos sociais e culturais, tornando-se ideal para entender a natureza de um fenômeno que não pode ser quantificado, mas exige interpretação e sensibilidade (Minayo, 2014).

Utiliza-se nesta investigação a técnica da história oral temática e o referencial teórico-metodológico de Pierre Bourdieu.

3.1 História Oral

Considerando seu potencial para ampliar a investigação do objeto de estudo por meio de narrativas subjetivas, o estudo elegeu a história oral para a obtenção e exploração de dados. Trata-se de uma técnica de investigação qualitativa que consiste na coleta e análise de relatos orais de pessoas que vivenciaram determinadas experiências. Assim, a história oral é centrada nos relatos pessoais e memórias dos indivíduos. Na enfermagem, esta técnica é usada para valorizar as vozes dos sujeitos (pacientes, enfermeiros, familiares), proporcionando compreensão aprofundada de experiências de vida (Alberti; Fernandes; Ferreira, 2000).

Compreendida como processo sistêmico em que entrevistas gravadas são vertidas do oral para o escrito, a história oral abdica do uso de roteiro fixo e estático, uma vez que sua riqueza consiste na capacidade do indivíduo retomar as lembranças e deixar fluir as informações recordadas, com o intuito de promover o registro e o uso de relatos pessoais acerca de eventos significativos, trazidos à luz pela memória do sujeito (Thompson, 1999).

De acordo com Meihy e Holanda (2007), os principais conceitos acerca da técnica de história oral são:

- a) Trata-se de uma prática de apreensão de narrativas, cuja destinação é recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o entendimento do meio social do qual emergem tais narrativas;
- b) Favorece estudos de identidade e memória coletivas a partir de registros eletrônico;
- c) Preza pelo valor documental de entrevistas, através da passagem do material oral para o escrito;
- d) Promove o registro sistêmico e o uso analítico de relatos dialógicos, necessariamente oriundos de interações programadas de pessoa a pessoa, abolindo vias indiretas como telefone ou internet.

Há três gêneros distintos de história oral, sendo eles: I) história oral de vida; II) história oral temática; e III) tradição oral. Todos estes gêneros compreendem o homem enquanto ser capaz de expandir a história documental registrada, ou seja, valorizam uma concepção ativa e contemplante da realidade pelo ser humano que vivenciou eventos significativos (Meihy; Holanda, 2007).

No estudo realizado, utilizou-se o gênero da história oral temática, em que a objetividade se torna o fio condutor na interação do entrevistado com o entrevistador através de um tema estabelecido previamente. Ainda que se trate de uma narrativa pessoal, a história oral temática busca o registro legítimo da experiência de quem presenciou um acontecimento, com a possibilidade de contestação por parte do entrevistador a fim de elucidar fatos.

A história oral temática é uma abordagem apropriada para estudar fenômenos institucionais, como a implementação de um curso de graduação, pois permite registrar, compreender e interpretar as experiências vividas por sujeitos diretamente envolvidos nesse processo. O uso da história oral permite explorar diferentes dimensões de um fenômeno, tais como as motivações, as barreiras, as articulações políticas e o envolvimento comunitário. Tendo foco na experiência individual sobre um tema específico, essa abordagem permite compreender os sentidos atribuídos à criação do curso, revelando visões, conflitos, superações e impactos, resultando na produção de uma memória institucional crítica (Alberti; Fernandes; Ferreira, 2000).

Utilizar a técnica da história oral traz a vantagem de transcender a mera busca por dados objetivos ou cronológicos, pois permite acessar dimensões subjetivas e simbólicas da experiência humana. Nesse processo, a fonte oral não é apenas repositória da história, mas também agente criadora de significados históricos. Ao verbalizar suas lembranças, o narrador reorganiza mentalmente suas experiências e, ao compartilhá-las, contribui para a construção de uma memória coletiva. Essa verbalização ativa não apenas um relato, mas também um exercício de interpretação de si e do mundo, que permite observar como as vivências gravadas na memória reverberam emocional, social e politicamente no presente (Florêncio, 2009).

Em pesquisas na área da enfermagem, a história oral se mostra especialmente potente por permitir a escuta sensível e aprofundada dos sujeitos, valorizando suas memórias, narrativas de vida e percepções subjetivas sobre saúde, cuidado e trabalho. A história oral tem sido utilizada para apontar a ocupação de espaços de poder e a organização política da enfermagem, bem como a questão de gênero, a prática e identidade profissional. Esta técnica desvela sua utilidade no sentido de organização do conhecimento histórico da enfermagem e no resgate da sua memória a partir dos atores sociais envolvidos, revelando contradições, tensões, resistências e aprendizagens (Teodosio *et al.*, 2016).

3.2 Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (1930–2002) foi um dos sociólogos mais influentes do século XX, sendo contemporâneo a Michel Foucault, Jean-Paul Sartre, Claude Lévi-Strauss, Louis Althusser e Theodor Adorno, uma geração fomentada pela reconstrução intelectual após a II Guerra Mundial. Bourdieu teve sua obra marcada por uma análise crítica das estruturas sociais, especialmente no que diz respeito à reprodução das desigualdades. Este autor rejeitava o determinismo e a estabilidade das estruturas, se colocando entre o subjetivismo - ao desconsiderar a gênese social das condutas individuais - e o estruturalismo - que relativiza a história e as determinações dos indivíduos. Bourdieu entende que, no processo de pesquisa, não há possibilidade de uma objetivação completa. Tanto o pesquisador quanto o agente observado operam sob a coação das estruturas em que se inserem e sua interação ocorre a partir da história pessoal de ambos, da sua vivência social, o que afeta o resultado da investigação (Grenfell, 2018).

Bourdieu desenvolveu um conjunto de conceitos interligados que visam compreender como as relações de poder se mantêm e se transformam dentro da sociedade. Um constructo importante é o conceito de campo, que consiste em um espaço social relativamente autônomo (como o campo artístico, o político, o acadêmico), um microcosmo de relações objetivas que possuem uma lógica própria, onde os agentes disputam poder e reconhecimento. Assim, o campo é tanto uma estrutura que constrange os agentes envolvidos (um “campo de forças”), quanto um espaço em que os agentes atuam conforme suas posições (um “campo de lutas”), conservando ou transformando a sua estrutura. Para o autor, é necessário delimitar claramente um segmento da realidade e deslindar, por trás das aparências, o sistema de relações próprias a tal segmento (Bourdieu, 2020).

Entre os agentes e as estruturas do campo configura-se um espaço de forças e lutas, onde as posições são constantemente negociadas e redefinidas. Enquanto os agentes que dominam o campo buscam conservar sua posição, os novatos tentam subvertê-la. Cada campo possui uma estrutura própria que não é fixa, mas sim dinâmica, resultante de constantes lutas entre os agentes pelo controle dos recursos e pela definição das regras do campo. Bourdieu enfatiza que é o campo, e não o indivíduo isoladamente, que deve ser o foco das análises sociológicas, pois é nele que se manifestam as relações objetivas que moldam as práticas sociais (Grenfell, 2018).

Para Bourdieu (2020), os principais elementos que estruturam um campo são:

- a) Capital – Diferentes formas de capital (econômico, cultural, social e simbólico) determinam a posição dos agentes dentro do campo.
- b) Habitus – Disposições adquiridas ao longo da vida que influenciam a forma como os agentes percebem e atuam no campo.
- c) Doxa – Conjunto de crenças e valores considerados naturais dentro do campo, funcionando como normas tácitas que orientam as práticas dos agentes.

Desta forma, os campos são esferas sociais autônomas, cada uma com suas próprias regras, valores e relações de poder. Esses campos podem abranger diversos domínios, como político, econômico, literário, jurídico e científico. No interior de um campo, os agentes sociais competem por posições e recursos específicos, utilizando diferentes formas de capital — econômico, cultural, social e simbólico — para estabelecer hierarquias e relações de dominação. Essa dinâmica é influenciada pelo habitus, conjunto de disposições internalizadas que orientam as práticas e percepções dos indivíduos (Grenfell, 2018).

Em sua obra “Esboço de uma teoria da prática”, lançado em 1972, Bourdieu amplia o conceito tradicional de capital econômico e introduz outras formas: o capital econômico se refere a dinheiro e bens materiais; o capital cultural abrange conhecimentos, habilidades, títulos escolares, podendo ser incorporado (conhecimento pessoal), objetivado (livros, obras) ou institucionalizado (diplomas); o capital social diz respeito às redes de contatos e relações; e o capital simbólico é relativo a prestígio, honra e reconhecimento (Bourdieu, 2002).

Na obra citada, Bourdieu aponta que o habitus se trata de um sistema de disposições duráveis e incorporadas que orientam nossas percepções, ações e pensamentos. O habitus é formado ao longo da socialização, especialmente na infância, resultando das experiências vividas em determinados contextos sociais e moldando o comportamento de forma inconsciente. Este constructo tem por características: não ser algo aprendido de forma explícita, mas assimilado ao longo da vida, tornando-se um modo de ser e agir que parece natural; variar conforme o grupo ou classe a que pertence o indivíduo e ainda, tender a uma estabilidade ao longo do tempo, podendo se transformar mediante novos contextos sociais.

Para Bourdieu, o habitus contribui para a reprodução das desigualdades sociais, pois indivíduos criados em diferentes contextos sociais desenvolvem disposições distintas que influenciam suas oportunidades e escolhas. Por exemplo, crianças de classes mais privilegiadas internalizam um habitus que facilita a adaptação a ambientes acadêmicos e profissionais de elite, enquanto aquelas oriundas de classes populares podem desenvolver disposições que dificultam sua ascensão social. O autor destaca ainda que o habitus orienta as ações dos indivíduos dentro dos campos sociais, ajudando-os a interpretar e a se posicionar nas relações de poder. Quando o habitus de um agente e as regras do campo se alinham, isso se traduz em ações espontâneas e bem aceitas socialmente, todavia, quando há um desajuste, pode incorrer em dificuldades para se adaptar (Bourdieu, 2020).

O referencial de habitus de Bourdieu foi utilizado para descrever a história da enfermagem sobre o legado de Florence Nightingale. Florence foi uma mulher à frente do seu tempo, cujo capital simbólico (herdado pela família abastada e acumulado por meio de sua trajetória nos espaços hospitalares) constituiu-se como marco fundante para demarcar a presença feminina em uma área (campo) onde os agravos à saúde e a necessidade de cuidados não estariam restritos ao âmbito doméstico. Nesta reflexão, os autores afirmam que o sistema nightingaleano instituiu uma identidade profissional (capital simbólico) esculpida em rituais, símbolos, disciplina e poder (Santos *et al.*, 2022).

Os conceitos centrais na obra de Bourdieu permitem entender as barreiras enfrentadas pelas mulheres na enfermagem e suas conquistas ao longo do tempo. Assim, a enfermagem se constitui como um campo historicamente dominado por médicos, onde ocorre uma disputa por reconhecimento e autonomia. O habitus incorporado ao longo da formação social levou à naturalização da ideia de que enfermeiras deveriam ser cuidadoras dóceis e obedientes, enquanto médicos assumiam o papel de líderes e tomadores de decisão. A transformação dessa doxa vem ocorrendo por meio da luta por melhores condições de trabalho, reconhecimento acadêmico e participação política. A conquista de diplomas universitários, especializações e posições acadêmicas possibilita elevar o capital cultural das enfermeiras, alicerçando sua posição no campo. Ademais, o fortalecimento da enfermagem durante crises sanitárias aumentou o capital simbólico da profissão, evidenciando sua importância no sistema de saúde (Souza, 2018).

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Para a realização deste estudo foi utilizada uma entrevista realizada com a professora Maria Lúcia Cardoso dos Santos, ocorrida no contexto da comemoração da Semana de Enfermagem da UFTM, em maio de 2012.

A entrevista foi realizada por uma docente do Centro de Graduação em Enfermagem (CGE) da instituição mencionada, utilizando um roteiro semiestruturado. Como enfoque principal, a entrevistadora buscou investigar como foi a atuação da professora Maria Lúcia para que se efetivasse a implementação do curso de graduação em enfermagem, com questões norteadoras formuladas de maneira que emergisse a narrativa na primeira pessoa, através das reminiscências da experiência vivida pela da docente. Intervenções da entrevistadora foram realizadas apenas no intuito de promover a continuidade do fluxo de ideias, buscando o aprofundamento dos relatos obtidos.

O local escolhido para a realização da entrevista foi um estúdio de gravação alocado nas dependências do prédio da antiga Santa Casa de Misericórdia, imóvel que foi reestruturado e atualmente conta com salas de reuniões, laboratórios e outras dependências utilizadas para aulas e eventos. No momento da entrevista estavam presentes o cinegrafista, a entrevistadora e a professora Maria Lúcia, o que propiciou um ambiente acolhedor que resultou em uma comunicação fluida e espontânea, por alguns momentos em tom intimista. A convidada apresentava uma postura corporal aberta e demonstrava estar confortável, denotando a simplicidade no trato com quem era reconhecida pelas pessoas com quem conviveu.

As imagens e o áudio da entrevista foram captados por meios eletrônicos, totalizando uma hora e quarenta minutos de gravação. Tais registros foram acondicionados pelo serviço de fotografia da instituição, sendo uma cópia do áudio entregue em fita cassete para a entrevistadora. A gravação original, bem como o termo de consentimento para uso e divulgação, se encontra sob tutela da coordenação do CGE, em um espaço dedicado a registros documentais do curso de graduação.

3.4 Procedimentos de análise de dados

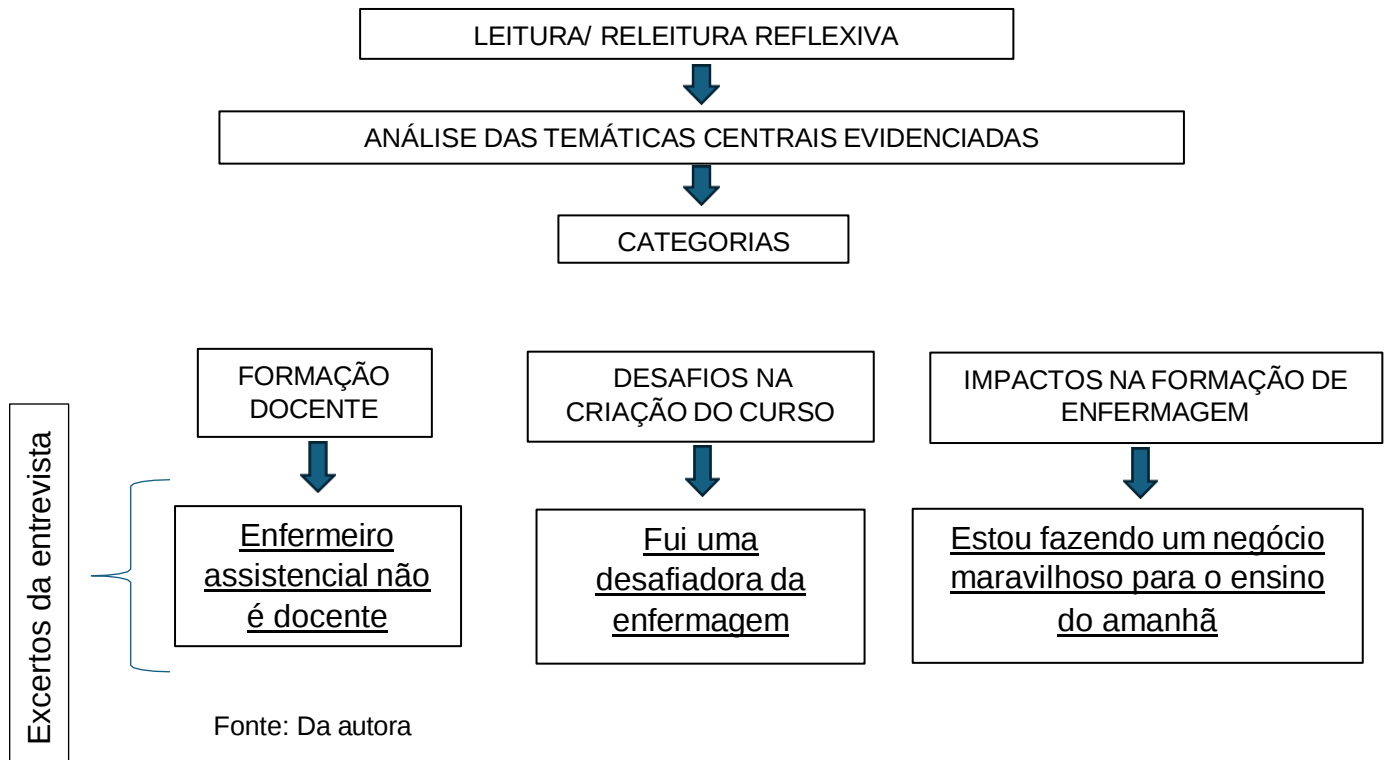
A transcrição foi feita pela pesquisadora principal, sem a utilização de software. Na impossibilidade de se contatar a entrevistada (por ter sido transcrita após seu falecimento), o conteúdo final foi validado pela entrevistadora. Para a compreensão do contexto social-histórico que permeou a implementação da graduação em enfermagem, foram manipulados documentos alocados no CGE, pertinentes à época da implementação do curso. Dentre tais documentos constam: o projeto enviado ao MEC, as fotocópias de publicações no Diário Oficial da União com a autorização do curso e fotografias de eventos significativos, dentre outros itens que constituem a materialidade da memória da fundadora e primeira coordenadora do curso, tais como: recortes de matérias veiculadas em jornais, fotocópias de certificados e diplomas, a tese de livre-docência de sua autoria e ainda, objetos de uso pessoal.

Procedeu-se o desenvolvimento das categorias de análise através de um processo iterativo e reflexivo, onde a imersão no material empírico dialogava constantemente com os fundamentos teóricos de Pierre Bourdieu: campo, habitus, as várias facetas do capital (econômico, social, cultural e simbólico) e a ideia de violência simbólica. Inicialmente, foi feita uma análise minuciosa e detalhada do material empírico. O propósito era reconhecer os tópicos constantes, as expressões significativas, os acontecimentos significativos e as tensões emergentes no cenário de implementação da graduação. Foram realizadas anotações e codificações iniciais para agrupar informações semelhantes e destacar os tópicos mais relevantes que emergem dos dados brutos.

Durante essas etapas, ocorreu um fluxo contínuo entre os dados e a teoria. As categorias iniciais foram aperfeiçoadas, segmentadas ou combinadas conforme novas sutilezas eram descobertas e a compreensão teórica se intensificava. A meta era estabelecer um sistema de categorias analíticas que fosse consistente com a complexidade dos dados e fundamentada na profundidade conceitual de Bourdieu, possibilitando uma interpretação sólida das dinâmicas sociais da implementação do curso de graduação em enfermagem na UFTM.

A seguir, apresenta-se um fluxograma explicitando as etapas para a elaboração das categorias temáticas:

Figura 1 - Fluxograma de elaboração das categorias temáticas.



Como produto da fase analítica, foram construídas três categorias temáticas que foram nomeadas a partir de excertos das próprias falas da professora Maria Lúcia. Tais categorias, bem como a contextualização social e histórica do evento em estudo, irão subsidiar a discussão pertinente, com a sustentação do referencial teórico adotado.

3.5 Aspectos éticos

O estudo foi eticamente norteado pela Resolução 466/2012. Não houve perda da confidencialidade, tendo em vista que foi realizado a partir de dados secundários. Destaca-se que a coleta de dados e as etapas subsequentes de análise foram realizadas após a apreciação do projeto e parecer positivo pelo Comitê de Ética em Pesquisa vinculado ao Hospital de Clínicas da UFTM (número 7.097.901).

4 RESULTADOS

Para delineamento de como ocorreu a implementação do curso de graduação em enfermagem, faz-se necessário um resgate histórico da criação da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. Para tanto, serão delineadas as características socioculturais predominantes à época de sua fundação na cidade de Uberaba – MG.

4.1 O campo institucional da saúde

O município teve sua origem registrada no ano de 1816, quando era chamado de Sertão da Farinha Podre, posteriormente Sertão da Prata e Tijuco, Arraial de Santo Antônio e Arraial de São Sebastião de Uberaba, sendo renomeado em 1856 como cidade de Uberaba. Sua localização estratégica em uma região equidistante num raio de aproximadamente 500 quilômetros entre as capitais paulista, mineira e federal, constituía um fator que facilitaria o escoamento da atividade agropastoril. Desta maneira, rapidamente se estabeleceram na região agricultores, pecuaristas e comerciantes (Lourenço, 2010).

Na década de 1940, houve significativo aumento da população urbana em relação à rural, motivada pelo projeto de desenvolvimento da industrialização nacional e sua interiorização pelo país. Aliado ao posicionamento privilegiado, contribuiu decisivamente para o desenvolvimento da região a construção da linha férrea, com a criação da Companhia Mogyana de Estrada de Ferro, conectando regiões paulistas com as mineiras e mais tarde, goianas. Além disso, o Triângulo Mineiro foi contemplado com uma das bases de apoio conhecida como operação Roncador-Xingu, em um movimento idealizado por Getúlio Vargas como “Marcha para o oeste”, para inserir o sertão no processo de modernização nacional (Lenharo, 1985).

Em seus primórdios, a educação a nível local era voltada à prole dos grandes proprietários rurais e se destinava exclusivamente a pessoas do sexo masculino. Todavia, a transição de uma sociedade de perfil agrário e rural para uma sociedade urbana implicou em mudanças no campo educacional, com a inclusão de meninas e moças. A tarefa foi assumida pela igreja católica, detentora dos principais colégios na cidade, sendo a maioria pela iniciativa privada. A influência marcante da igreja católica na educação básica se estendeu para o ensino superior, com a fundação do Instituto Superior de Cultura, que fomentou em 1949 a origem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de São Tomás de Aquino (Pontes, 1978).

Outras iniciativas de instalação e manutenção do ensino superior foram: a criação do Instituto Zootécnico que funcionou de 1885 a 1899, formando uma única turma de engenheiros agrônomos; além da Escola de Odontologia e Farmácia e da Escola de Direito entre 1927 e 1934, cursos tradicionais que permanecem em funcionamento na atual Universidade de Uberaba. A existência de escolas de ensino superior em uma cidade do interior do Estado demonstra a importância que a cidade adquiria no cenário regional, especialmente pela articulação política junto aos diferentes níveis do poder público. Entretanto, o progresso local tinha um entrave: assim como em grande parte do território nacional, a população da cidade era acometida por doenças parasitárias de perfil epidêmico (leishmaniose, chagas, esquistossomose). A assistência à saúde, centrada na Santa Casa de Misericórdia (Figura 2), não era suficiente para tais demandas por falta de pessoal qualificado e por enfrentar dificuldades financeiras (Florêncio, 2009).

Figura 2 - Fachada da antiga Santa Casa de Misericórdia



Fonte: Acervo UFTM.

Nesse contexto, a região do Triângulo Mineiro se tornou pioneira em estudos sobre profilaxia e tratamento para doenças tropicais, com destaque à doença de Chagas. Sediou uma ampla campanha de combate à doença e ao inseto transmissor, sendo lançada em Uberaba a “Campanha Nacional contra o mal de Chagas”, em maio de 1950, com repercussão internacional. A Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba, fundada em 1927, participou ativamente da realização dos Congressos Médicos no Triângulo Mineiro e em outras regiões. As discussões realizadas nesses Congressos, bem como nas reuniões da Sociedade de Medicina, deram azo ao surgimento das primeiras ideias sobre o estabelecimento de uma faculdade de medicina na cidade (Lopes; Chapadeiro, 2003).

Em abril de 1953 Juscelino Kubitschek, então governador do estado de Minas Gerais e candidato à sucessão do presidente Getúlio Vargas, reuniu-se na Associação Comercial e Industrial de Uberaba com lideranças locais para levantamento das necessidades do eleitorado. Uma das reivindicações apresentadas foi a criação de uma faculdade de medicina, considerando que a cidade já era um centro médico avançado na região e almejava se tornar uma “cidade universitária”. Kubitschek propôs dar apoio a esse intuito do grupo denominado Sociedade Faculdade de Medicina, constituído por dezesseis médicos, um político e um advogado. O projeto foi submetido à Assembleia Legislativa do estado e, com a aprovação, foram destinados 20 milhões de cruzeiros em títulos da dívida do Estado como patrimônio inicial e a doação do antigo prédio (Figura 3) da Penitenciária (Mendonça, 1974).

Figura 3 – Fachada do campus I.



Fonte: Acervo UFTM

A autorização para o funcionamento foi assinada pelo Presidente Getúlio Vargas e pelo Ministro da Educação Antonio Balbino, pelo Decreto-Lei nº. 35.249, de 24 de março de 1954, com base em projeto técnico-pedagógico elaborado segundo a legislação educacional vigente. Autorizado o funcionamento, realizou-se o primeiro vestibular com 164 candidatos inscritos, sendo aprovados 52 alunos para ingresso. O curso de medicina iniciou suas atividades no imóvel recebido por intermédio de Kubitschek, que posteriormente recebeu reforma e adequação para atividades de ensino, sendo denominado na atualidade como Campus I (Lopes; Chapadeiro, 2003).

Documentos de registro acadêmico de inscrição no vestibular e de matrículas na instituição atestam que era cobrada uma taxa correspondente a cerca de 83% do valor do salário mínimo da época em cada modalidade. Kubitschek foi o responsável pela palestra na aula inaugural, ocorrida em 28 de abril de 1954, no salão nobre da Faculdade de Odontologia do Triângulo Mineiro. O corpo docente do curso de medicina era inicialmente composto por membros da Sociedade responsável por sua fundação, sendo novos docentes contratados à medida que as cátedras eram instaladas, ao transcorrer dos anos letivos. O modelo educativo correspondia ao da transmissão de conhecimentos, com ênfase na memorização e participação passiva do aluno, porquanto ao professor era suficiente o domínio dos conhecimentos da área médica (Bilharinho, 1980).

As anuidades pagas pelo alunado e a dotação anual que era disponibilizada pelo governo federal demonstravam ser insuficientes para o custo elevado de um curso desta natureza numa cidade interiorana. Assim, o regime de dedicação integral, considerado eixo fundamental do progresso do ensino médico, tornou-se fundamental para a obtenção de mais recursos financeiros junto ao MEC. Cientes de que a federalização seria a única forma para a sobrevivência financeira da FMTM, seu diretor, os professores e os alunos da instituição trabalharam ativamente entre 1956 e 1960 neste propósito, sendo a atuação de Juscelino Kubitschek mais uma vez, questão fundante. A vinculação da FMTM ao Ministério da Educação e do Desporto ocorreu em 1960, através do processo de federalização e em 1972, como instituição federal do ensino superior, tornou-se uma Autarquia (Lopes; Souza, 2018).

Mediante a contextualização da instituição que futuramente viria a sediar o curso de graduação em enfermagem, a seguir será delineado o contexto histórico e social do surgimento da profissão na cidade.

4.2 Ações para implementação da graduação em enfermagem

Em julho de 1885, ocorreu a chegada da Congregação das Irmãs Dominicanas em Uberaba. As religiosas se alocaram na Santa Casa de Misericórdia e ali constituíram mão de obra em serviços de saúde, vindo a assumir sua direção em 1919. Naquele período, o ensino da profissão era realizado por escolas ligadas a instituições religiosas, mormente às Santas Casas de Misericórdia, tendo por finalidade produzir mão de obra aos hospitais. Com efeito, as irmãs dominicanas estabeleceram no município o primeiro curso voltado à formação profissional em enfermagem nos moldes nightingaleanos (Mendonça, 1974).

A Escola de Enfermagem Frei Eugênio foi estabelecida em 1948, motivada por interesses político-religiosos e econômicos, capacitando enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, perfazendo cerca de 500 profissionais para suprir a demanda dos serviços de saúde locais, tanto em atenção básica como no atendimento hospitalar. Entretanto, era recorrente a evasão de profissionais formados no município para outras localidades, por não serem absorvidas pelo mercado interno. Somado a isto, houve um desinvestimento de fontes que asseguravam recurso ao funcionamento da escola e não havia interesse por parte das irmãs dominicanas pela federalização do curso. Assim, a Escola Frei Eugênio paulatinamente perdeu sua relevância social na cidade, culminando com o encerramento definitivo de suas atividades em 1980 (Florêncio, 2009).

Após o regime militar no Brasil, ocorrido entre 1964 e 1985, instaurou-se um processo de redemocratização marcado por intensa efervescência política, social e cultural. Esse período foi caracterizado pela retomada das liberdades civis, pela rearticulação dos partidos políticos e pela ampliação dos espaços de participação popular. Reorganizaram-se os movimentos sociais, entre os quais se destacaram os ligados à saúde, à educação, aos direitos humanos e às lutas feministas, que passaram a desempenhar um papel central na formulação de políticas públicas mais inclusivas e democráticas. No campo da saúde, houve um movimento de ruptura com o modelo biomédico fragmentado e privatista vigente até então, impulsionado principalmente pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento, liderado por intelectuais, trabalhadores da saúde e setores progressistas da sociedade civil, foi responsável por pautar uma nova concepção de saúde como um direito universal, indivisível e socialmente determinado (Ilibio; Vieira, 2020).

Essa concepção ganhou força nos debates constituintes e resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988, que representou um marco jurídico e político ao reconhecer a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, conforme estabelece o artigo 196 da Carta Magna. Esse avanço consolidou os fundamentos legais para a criação do SUS, instituído oficialmente pela Lei nº 8.080/1990 e regulamentado pela Lei nº 8.142/1990. Esse novo modelo de atenção exigiu uma profunda reformulação na formação dos profissionais de saúde, com ênfase em práticas interdisciplinares, atenção primária, promoção da saúde e vínculo com os territórios (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A implementação do SUS reposicionou o debate sobre a formação em saúde ao valorizar não apenas o saber técnico, mas também as dimensões éticas, sociais e políticas do cuidado. A enfermagem, nesse contexto, passou a ocupar um espaço estratégico tanto na gestão dos serviços quanto na atenção direta à população, sendo reconhecida como fundamental para a efetivação dos princípios do SUS. A formação em enfermagem passou a incorporar conteúdo voltado para a saúde coletiva, o trabalho em equipe e a participação nas instâncias de controle social, fortalecendo o compromisso ético-político da profissão com a democratização da saúde no país (Vasconcelos; Cruz, 2021).

A expansão da educação superior em enfermagem em Minas Gerais nesse período revestiu-se de cunho político e institucional. Até o final dos anos 1980, o curso de graduação em Enfermagem era ofertado em apenas três cidades mineiras: Belo Horizonte, na Universidade Federal de Minas Gerais, a partir de 1934; Alfenas, implementado em 1977 na da Universidade Federal de Alfenas; e Juiz de Fora, onde o curso teve início em 1979, na Universidade Federal de Juiz de Fora (Leonello; Miranda Neto; Oliveira, 2011).

Nesse ínterim, emerge um movimento ascendente de valorização dos conselhos profissionais, como o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COFEN/COREN), e de fortalecimento das entidades de classe, como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), instâncias que desempenharam papel fundamental no estabelecimento de políticas de formação na enfermagem. Além disso, ganharam visibilidade as discussões sobre a qualificação da força de trabalho para o mercado, impulsionadas tanto pelas demandas do setor produtivo quanto pelas exigências da reestruturação dos serviços de saúde, em um cenário de crise econômica e de reconfiguração do papel do Estado (Maia *et al.*, 2023).

Diante desse contexto, em agosto de 1987, Dr. Nilson de Camargo Roso, diretor da FMTM à época, constatava a necessidade de suprir a demanda por enfermeiros em Uberaba e região do Triângulo Mineiro. Com a colaboração de um contingente de profissionais médicos e enfermeiros, encaminhou uma solicitação de autorização para a instalação do curso de Enfermagem pela FMTM, contando com uma estrutura composta pelo curso de Medicina e do Hospital Escola, com 118 professores e 900 funcionários do setor administrativo, que justificavam o pedido de autorização para a abertura do curso sem ônus ao erário público (Lopes; Chapadeiro, 2003).

O Parecer 374/88 do Conselho Federal de Educação (CFE), vinculado ao Ministério da Educação e Cultura, autorizou o funcionamento do curso com habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Obstetrícia. Em agosto de 1988 foi designada pelo CFE uma Comissão para verificar *in loco* as condições da Faculdade para a instalação do Curso. Tal Comissão era formada pela Profa. Dra. Maria Lúcia dos Santos Cardoso, à época aposentada pela USP de Ribeirão Preto, e pela Profa. Dra. Clarisse Tasqueti, então professora da Universidade Federal de São Carlos. A Comissão Verificadora manifestou-se favorável à instalação do curso mediante reformulações sugeridas para o Projeto, bem como a supressão do programa de internato, a garantia de autonomia da organização e da direção do curso e ainda, que fosse feita a integração docente-assistencial e promoção de capacitação dos docentes (Silva; Contim; Amaral, 2021).

A autorização foi publicada no Diário Oficial da União através do Decreto número 97.081, de 21 de novembro de 1988 e ao final desse ano, realizou-se o primeiro vestibular para o curso de graduação de Enfermagem e Obstetrícia. As atividades acadêmicas do curso iniciaram-se em fevereiro de 1989, utilizando uma sala alocada no Hospital Escola vinculado à FMTM. Posteriormente, as atividades foram transferidas para salas alugadas na sede da antiga Escola Frei Eugênio, onde o curso foi sediado até 1993. A partir de então, passou a ter seu espaço específico no campus da instituição e permanece na atualidade como Centro de Graduação em Enfermagem (Cardoso *et al.*, 2006).

O Centro de Graduação em Enfermagem (CGE) tem, como proposta pedagógica, privilegiar a formação de enfermeiros dotados de competência técnica e científica, para atuar como prestadores de serviços à sociedade na promoção, prevenção e recuperação da saúde, incorporando as ciências e a arte do cuidar, no contexto das políticas de saúde e sociais (Cardoso; Moriya, 2003).

Figura 4 - Fachada do Centro de Graduação em Enfermagem



Fonte: Acervo da autora

O CGE (Figura 4) foi estruturado em dois departamentos didáticos. O Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar é responsável por propiciar conhecimentos teórico-práticos que fundamentam cientificamente a assistência e a administração dos serviços de enfermagem na área hospitalar. Por sua vez, o Departamento de Enfermagem em Saúde e Educação Comunitária tem por objetivo proporcionar conhecimentos que possibilitem compreender e desenvolver ações em relação à saúde, técnica e cientificamente ancorados no contexto sócio-político-econômico, ético e educativo (UFTM, 2024).

Em dezembro de 1992 graduou-se a primeira turma de enfermeiros pelo CGE. Após trinta e seis anos de seu estabelecimento, o CGE contabiliza a conclusão de cinquenta e uma turmas de enfermeiros e oferece, na atualidade, trinta vagas por semestre. Desde o início de suas atividades, o CGE contribui para a formação avançada de recursos humanos na região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, através de pós-graduação. Na modalidade lato sensu (especialização), ofertou as seguintes capacitações: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Saúde Coletiva, Enfermagem Obstetrícia, Saúde da Família e Formação Pedagógica em Saúde (UFTM, 2024).

4.2.1 Expansão da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

No ano de 2005, a FMTM foi transformada em Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) com três cursos em funcionamento: Medicina, Enfermagem e Biomedicina. Sequencialmente, no mesmo ano foram criados na área da saúde os cursos de Fisioterapia, Nutrição e Terapia Ocupacional, além de licenciatura em Letras com duas habilitações: Português-Inglês e Português-Espanhol. Em 2008, o curso de Psicologia e o de Educação Física foram criados, bem como demais Licenciaturas e Serviço Social. Em 2010 se estabeleceram os cursos de Engenharia: Ambiental, Civil, de Alimentos, de Produção, Elétrica, Mecânica e Química. Em 2014 criou-se o Curso de Licenciatura em Educação do Campo. Em 2015, a UFTM implantou seu primeiro campus fora de sede, na cidade de Iturama/MG. Foram criados dois cursos de licenciaturas: Ciências Biológicas e Química. Em 2016, teve início, neste campus, o Curso de bacharelado em Agronomia (UFTM, 2024).

Como pós-graduação, a UFTM oferece as modalidades *lato sensu* e *stricto sensu*. Dentre os cursos de especialização ativos, constam: a Residência Médica (quinze áreas de acesso direto e dezessete áreas com pré-requisito) e a Residência Integrada Multiprofissional, com vagas para graduados em enfermagem, terapia ocupacional, educação física, biomedicina, fisioterapia, nutrição e psicologia.

A UFTM promove especialização específica para profissionais de enfermagem através dos seguintes programas: Residência de Enfermagem em Urgência/Trauma, que visa capacitar enfermeiros para atuar na área de urgência/trauma em uma perspectiva interdisciplinar, de acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Atenção às Urgências; Residência em Neonatologia, que objetiva preparar os profissionais para reconhecer e lidar com questões específicas da atenção à saúde do neonato e sua família; e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, que visa promover a especialização de profissionais na promoção de atributos que possibilitem o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde, envolvendo as pessoas e as comunidades, da gestão e organização do trabalho e da educação na saúde, visando à melhoria da qualidade de vida (UFTM, 2025).

Como *stricto sensu*, o CGE oferece desde 2008 o Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, com vagas para mestrado e doutorado. O programa está dividido em duas linhas de pesquisa: Atenção à saúde das populações e O trabalho na saúde e na enfermagem. Na mais recente avaliação da CAPES, o programa recebeu conceito 5 (UFTM, 2025).

4.3 Dr.^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos: trajetória e perfil

A pesquisa histórica com enfoque biográfico caracteriza-se por um movimento criativo que fomenta um saber mais crítico e reflexivo, o que possibilita a tomada de consciência/ação para as necessidades da profissão. Expoentes femininos foram e são essenciais para a institucionalização, a profissionalização e a expansão da profissão enfermagem em âmbito nacional, possibilitando estabelecer um perfil profissional de qualidade e reconhecimento (Pereira *et al.*, 2019). A seguir, passamos à apresentação desta que contribuiu sobremaneira para a implementação do curso de enfermagem na UFTM: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos (Figura 5).

Figura 5 - Professora Doutora Maria Lúcia Cardoso dos Santos



Fonte: CEMEERP.

Nascida em 12 de julho de 1928 em Darcilena – SE, filha de Pedro dos Santos Cardoso e Maria da Pureza Soares Cardoso, teve por registro o nome de Maria Lúcia Soares Cardoso. Matriculou-se em 1955 na segunda turma do curso de enfermagem da então denominada Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, campus da Universidade de São Paulo – USP Ribeirão Preto, instituição em que também se tornou especialista e mestre. Concluiu o doutorado e a livre-docência na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Maria Lúcia casou-se e teve quatro filhos. Seu falecimento ocorreu em 08 de fevereiro de 2014, na cidade de Ribeirão Preto – SP.

Maria Lúcia teve uma carreira profícua como docente na Escola de Enfermagem da USP, onde lecionou por quinze anos. Foi Professora Homenageada pela turma de Enfermagem de 1975 da USP – Ribeirão. Com seu perfil pioneiro, foi responsável pela criação dos cursos de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, em 1977; da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em 1988; e da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), em 1997 (Silva; Contim; Amaral, 2021).

Primeiramente, foi convidada pelo reitor da USP São Carlos para estabelecer naquela instituição o primeiro curso na área de saúde. Sobre aquela experiência, Maria Lúcia publicou um artigo discorrendo a respeito dos recursos encontrados e suas ações para concretizar a empreita. Até o ano de 1976 não havia sequer uma enfermeira graduada na cidade. Desta maneira, mediante a manifestação de apoio da Sociedade Médica, o curso de enfermagem iniciou as atividades no início de 1977 com um programa curricular que aproveitava, tanto quanto possível, recursos da própria comunidade. Com este evento desencadearam-se repercussões em todo o sistema de saúde local, com adequação da área física hospitalar, reestruturação dos serviços e parcerias em projetos educacionais em saúde (Santos, 1978).

Posteriormente, foi designada para a Comissão Avaliadora do Ministério da Educação, papel que a trouxe a Uberaba para avaliar a proposta de implementação da graduação de enfermagem na FMTM, sendo então convidada pelo seu diretor, Dr. Nilson de Camargos Roso, para a coordenação do que seria o segundo curso de graduação na instituição, abrindo precedentes à sua transformação em universidade. Ela permaneceu vinculada à FMTM por doze anos, ao findar dos quais foi convidada novamente a outro desafio (Silva; Contim; Amaral, 2021).

Maria Lúcia estabeleceu-se com sua família em Diamantina-MG no ano de 1995, a convite do reitor da tradicional Faculdade de Odontologia (atualmente denominada UFVJM), para implementação do segundo curso em saúde na instituição. Deparou-se com uma série de percalços como a falta de apoio dos docentes previamente estabelecidos, a ausência de um projeto curricular estruturado, de recursos didáticos e de estrutura física dedicada para o curso de enfermagem. Ainda assim, a professora buscou elencar recursos na cidade e região para realizar as adequações necessárias, angariar campos de estágio e docentes com perfil adequado, logrando efetivar seu propósito mais uma vez (Lima, 2014).

Além da atuação na enfermagem, destacou-se também na área literária, tendo ocupado a Cadeira nº 12 na Academia Ribeirão-pretana de Letras e a Cadeira nº 46 da Academia de Letras e Artes de Ribeirão Preto. Criou a Academia de Letras e Artes de São Joaquim da Barra – ALAJ em 1996, onde ocupou a Cadeira nº 1, e a Academia de Letras e Artes de Diamantina-MG em 1997, ocupando a Cadeira nº 5 e a presidindo de 1997 a 2004. Publicou os livros “Moleque carapinha” (poesia infantil, 1979); “Li-lê-leia” (poesia infantil, 1984); “O eu e o nós” (poesia, 1987, reeditado em 1997 e 1998); “Telhado de vidro” (contos, 1997) e “No oblíquo da intensidade”, lançado em 2013.

No livro *Histórias e Memórias da Enfermagem* (2021), Maria Lúcia é descrita como uma guerreira, desbravadora, que trabalhou, ousou, desafiou, sonhou e tornou realidade a proposta de uma Enfermagem forte, reconhecida e valorizada. Depoimentos nessa obra são unânimes em reportá-la como uma pessoa visionária e aguerrida. Com temperamento alegre e vontade inarredável de alcançar o objetivo de formar profissionais cuja marca fosse a excelência e o aprimoramento constante, Maria Lúcia foi e seguirá sendo uma inspiração para futuras gerações (Silva; Contim; Amaral, 2021).

A entrevista realizada no ano de 2012, no bojo das comemorações da Semana de Enfermagem na instituição UFTM, denota o perfil dinâmico, proativo, visionário e profundamente vinculado à estrutura social da qual provém a professora Maria Lúcia. Em seu discurso, ficam patentes as dificuldades enfrentadas não somente na implementação de cursos de graduação de enfermagem, mas em sua trajetória familiar e pessoal. A seguir, destacam-se os recortes das falas obtidas que foram objeto de análise através do referencial teórico adotado.

4.4 A voz da História Oral: narrativa de Dr.^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos

As categorias temáticas foram nomeadas por excertos literais da entrevista. Tal escolha se baseia na intencionalidade de apontar a força do discurso da entrevistada. A seguir, apresentam-se recortes representativos que serão discutidos e analisados no próximo capítulo.

Categoria 1: “FUI UMA DESAFIADORA DA ENFERMAGEM”

Quando eu vim [do nordeste] para o sul, eu vim fazer medicina, não queria fazer enfermagem. Aí, problemas de saúde na família, e minha mãe faleceu, aí eu fiz enfermagem, mas com raiva. Eu fiz enfermagem com raiva. E aí eu comecei a gostar de enfermagem, mas não gostar. Comecei a desafiá-la. Eu fui uma desafiadora da enfermagem. Porque eu não gostava do curso (...) eu achei o curso pouco para o que eu queria aprender.

A gente não tinha elementos, mas tinha uma vontade tremenda de fazer coisas novas. E às vezes, fazendo coisas novas, a gente erra muito, e eu confesso que errei muito, mas não me arrependo (...) porque foi daí que eu vim parar aqui, pelo Conselho Federal de Educação, como Comissão Verificadora, e daí tem esse curso maravilhoso hoje designado pelo MEC como o melhor curso do Brasil. Isto é um orgulho pra mim, muito grande.

Eu era uma desafiadora. Eu era professor doutor livre-docente titular, então tudo isso me deu muita satisfação. Me fez chorar muitas vezes, me fez brigar muitas vezes. Então, eu fui uma pessoa que acredito que se não fiz nada pela enfermagem no Brasil, eu não fui das piores não.

Categoria 2: “ENFERMEIRO ASSISTENCIAL NÃO É DOCENTE!”

Eu li o programa e falei: o programa a gente pode modificar alguma coisa, precisa modificar, mas e o corpo docente, professor? Ele falou: a senhora tem 41 enfermeiros do Hospital Escola. Eu falei: Enfermeiros do Hospital Escola não são docentes! Ele falou: A senhora arranja eles para serem docentes. Eu falei: professor, não é assim.

Fiz a reunião com os enfermeiros e soube que todos eles eram concursados. Aí eu chamei o professor e falei: nenhum enfermeiro, em sua sã consciência, vai largar um vínculo como concursado para entrar num programa absolutamente solto, que não tinha ainda vaga, não tinha nada, era um projeto.

Cheguei à faculdade de enfermagem de Ribeirão Preto, onde eu me formei, e disse: eu estou montando o curso de enfermagem em Uberaba, não tem docente, não tem ninguém titulado, quando muito tem uma especialização só, e eu quero que vocês aceitem esses nossos candidatos se eles fizerem o concurso e passar. Eu não estou pedindo, eu estou dizendo que vocês precisam recebê-los. Eu não vou criar uma faculdade só com auxiliar de ensino.

Agora estamos aqui com o curso aprovado, sem docentes, sem possibilidade de contratar docentes. Quero fazer outra reunião com os enfermeiros. (...) fiz a reunião, e falei das vantagens de ser docente apesar de ser um curso que estava se iniciando. Eu falei pra eles: curso quando se inicia ou num programa universitário ou numa universidade, dificilmente esse curso acaba. Eu, se fosse vocês, pensaria duas vezes.

Categoria 3: “ESTOU FAZENDO UM NEGÓCIO MARAVILHOSO PARA O ENSINO DO AMANHÃ”

Meus filhos falavam: mãe, o que você está fazendo? Meu filho, eu tô fazendo um negócio maravilhoso para o ensino do amanhã.

Era no sentido de crescer que a gente ia fazendo. E eu não desistia de nada. Eu tinha olhos muito voltados para muito mais. Eu não queria só graduação, queria pós-graduação... queria que isso crescesse. Só se cresce dentro de uma escola, a gente fazendo pós-graduações. Porque a pós-graduação não é só aprender, é se abrir dentro de um curso. É aumentar conhecimentos para todos os lados.

Eles falavam assim: esse cursinho morre, esse cursinho vai morrer, já nasceu meio morto. Eu falei: não, ele tem um coração tão forte, tão vivo (...). Esse curso não vai morrer.

Eu acredito nessa enfermagem que hoje está 200 vezes melhor do que aquela que eu fiz (...) eu acredito nessa enfermagem.

5 ANÁLISE À LUZ DE BOURDIEU

A fim de compreender como o habitus, as relações de poder e as formas de capital influenciaram a implementação do curso de graduação de enfermagem na UFTM, o estudo se baseia no referencial teórico-metodológico de Pierre Bourdieu para subsidiar a discussão das categorias elencadas.

5.1 O habitus de Dr.^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos

É possível perceber, através dos excertos da Categoria 1, relacionados à trajetória pessoal e profissional da professora Maria Lúcia, um espírito desbravador que fez dela uma agente de mudança do status quo. Em seu discurso, infere-se a intenção de cursar medicina, porém as circunstâncias levaram Maria Lúcia a cursar a graduação em enfermagem. Destacam-se afirmações acerca da insuficiência do curso perante sua busca pelo aprimoramento intelectual e assim, depreende-se que o capital cultural de Maria Lúcia provém de uma visão privilegiada. Ainda que não tenha realizado seu intento inicial de cursar medicina, ela buscou aumentar seu capital simbólico através da pós-graduação, imprimindo em sua trajetória a valorização da profissão que efetivamente ingressou, multiplicando oportunidades como uma verdadeira bandeirante.

Maria Lúcia chegou a Uberaba cerca de um ano antes de iniciar a implementação do curso de enfermagem, a fim de tecer um diagnóstico situacional sobre as condições locais e as necessidades de adequação. Nesse ínterim, passava boa parte do tempo fazendo reuniões com enfermeiros e outros agentes-chave. O primeiro local atribuído como sede para o futuro curso foi uma sala dentro do Hospital Escola. Entretanto, o corpo clínico da instituição não fazia coro à decisão da abertura do curso, sendo a presença de Maria Lúcia entendida como uma inadequação.

Para Bourdieu, toda mudança é, antes de tudo, uma disputa simbólica. Reconhecendo que toda mudança organizacional implica em alterações na estrutura do campo ou na distribuição dos capitais, é previsível que ocorram conflitos e resistências, visto a ocorrência de desequilíbrio de poder simbólico entre os agentes. Assim, não basta implementar uma nova práxis: é preciso legitimá-la, o que exige a articulação de discursos, o acúmulo de capital simbólico e o reposicionamento de sujeitos (Bourdieu, 2002).

Mudanças organizacionais bem-sucedidas não dependem apenas de estrutura ou estratégia, mas de um profundo entendimento das relações simbólicas, culturais e sociais, que estruturam o campo organizacional. Bourdieu aponta que o *habitus* molda como os agentes percebem e reagem às situações. Quando agentes com *habitus* diferentes (por formação, cultura organizacional ou vivências) se encontram, o potencial de conflito aumenta. Os agentes com mais capital simbólico ou cultural muitas vezes têm maior poder de legitimar seu ponto de vista e por consequência, os conflitos podem ser mascarados ou silenciados caso os agentes com menos capital não tenham espaço para expressar suas opiniões. O *habitus* é um dos grandes fatores de resistência à mudança, pois leva os indivíduos a repetirem práticas e valores de forma inconsciente. No entanto, o *habitus* também pode ser reflexivo, ou seja, capaz de se modificar diante de novas condições do campo. Mudanças organizacionais eficazes exigem tempo, reflexão coletiva e engajamento crítico para que os agentes desenvolvam um *habitus* compatível com as novas práticas (Bourdieu, 2002).

Relatos de pessoas que conheceram a professora Maria Lúcia testemunham a respeito de seu perfil como líder visionária, com especial aptidão para a gestão de conflitos. Tais depoimentos apontam que Maria Lúcia era uma pessoa de vanguarda, dotada de grande visão de futuro. Ao chegar em Uberaba para implementar a graduação em enfermagem, sofreu rejeição por parte de médicos atuantes no Hospital Escola da FMTM, devido ao fato de ser muito proativa, dona de si e conversar no mesmo nível com os médicos, o que era considerado chocante à época. Todavia, a rejeição por estes agentes não esmorecia a boa vontade de Maria Lúcia: pelo contrário, fazia com que ela buscasse outros argumentos, novas táticas de coerção para conseguir o que era necessário para o curso (Cardoso *et al.*, 2006).

Para Bourdieu (2021), o campo social é formado por capitais (econômico, cultural, social, simbólico) e dotado de regras específicas, constituindo um espaço de disputa onde os agentes lutam por posições, recursos e reconhecimento. Nesse cenário, os conflitos não são desvios da norma, mas expressões legítimas das disputas de poder e capital em um campo estruturado, surgindo da tentativa de manter ou transformar a ordem vigente. O autor destaca que as instituições de saúde são estruturas vivas que, inseridas no mundo social, podem dirigir ou coagir as ações e representações dos indivíduos, cujos interesses estão intimamente ligados ao lugar que ocupam na organização (Bourdieu, 2021).

Para este autor, diferentes formas de agir e gerar ações ocorrem no mesmo campo, o que pode acarretar antagonismos individuais e, às vezes, enfrentamentos coletivos entre os agentes situados em posições diferentes no espaço social. Na luta constante entre classes que constituem a sociedade, quem ocupa posições de destaque busca defender suas ideologias, demonstrando que seus interesses particulares representam os interesses do coletivo, o que denota um poder oculto e dissimulado que se propõe a garantir a dominação. Esse é o poder simbólico, que só pode ser exercido com a cumplicidade de quem ignora ser submetido, por vezes até mesmo por quem o exerce (Bourdieu, 2021).

No campo da enfermagem, há discussões que apontam a obtenção de autonomia profissional como um requisito para a valorização e o reconhecimento social da profissão. Todavia, determinações históricas, sociais e sanitárias constituem forças contrárias ao exercício da autonomia da enfermagem. Dentre tais forças, destaca-se o modelo assistencial biomédico, ainda hegemônico no Brasil, que tem como base a demanda espontânea, como *locus* privilegiado o hospital e como principal agente o médico. Assim, dentro do modelo atual, o médico detém capital simbólico que concorre para impedir a autonomia dos demais profissionais. Este capital simbólico tem fulcro na própria gênese da profissão, quando os médicos eram os responsáveis por treinar assistentes e tutelar suas ações (Melo *et al.*, 2016).

Embora seja desejável e necessário haver cooperação entre enfermeiros e médicos, ocorrem conflitos pela obtenção e manutenção de autoridade e monopólio do poder, tendo em vista que o médico detém autoridade legítima de agir e falar em nome do campo da saúde. Bourdieu designa como campo de poder as relações de forças entre as posições sociais na disputa pelo monopólio de poder. É no campo de lutas que se consolidam habitus e se estabelecem conflitos pela obtenção do poder simbólico (Bourdieu, 2021).

É nesse contexto que o discurso da professora Maria Lúcia aponta para a importância do habitus. Denota-se sua disposição interna ao diálogo e à gestão de conflitos com demais agentes do campo de lutas (representado, num primeiro momento, pelo Hospital e seu corpo clínico), característica que imprimiu dinamismo e coesão para as mudanças que de ali em diante ocorreriam, com efeitos percebidos não somente no campo educacional, mas sobretudo, na assistência prestada pela instituição.

5.2 Estratégias de luta simbólica

Os recortes da Categoria 2 denotam preocupação com relação à qualificação acadêmica dos profissionais que assumiriam a função de docentes, expressando uma visão dicotômica entre prática assistencial e docência.

Ao longo do século XX, especialmente no pós-guerra, observou-se uma transição da formação hospitalar para os ambientes universitários, um movimento que foi essencial para a consolidação da enfermagem como campo acadêmico e científico. Todavia, essa migração do campo instrucional e a valorização da pesquisa científica enfatizaram os aspectos teóricos da profissão, distanciando progressivamente a formação da realidade cotidiana nos serviços de saúde (Kruse, 2006).

Em seu discurso, Maria Lúcia deixava patentes as vantagens da docência em comparação com a assistência. Pode-se inferir que os enfermeiros assistenciais ocupavam uma determinada posição no campo - a assistência hospitalar. Todavia, para que pudessem exercer a docência, que constitui outro campo de lutas, seria necessário adquirir novas competências. Ela viabilizou esse aprimoramento estabelecendo parceria com a USP-Ribeirão, como forma de melhorar o capital cultural daquele grupo.

Historicamente, a formação de enfermagem nos moldes nightingaleanos denotava uma divisão do trabalho com base no capital social: enquanto as *ladies* provinham de estratos economicamente privilegiados e detinham o poder simbólico de treinamento, coordenação e organização da equipe, as *nurses* pertenciam a níveis sociais mais baixos e desenvolviam o trabalho manual nas ações de cuidado (Albuquerque *et al.*, 2008).

Desta forma, a qualificação educacional para uma categoria tecnicamente superior pode alavancar o status profissional e social. O ambiente acadêmico proporciona condições de trabalho mais previsíveis e oportunidades de reconhecimento entre os pares, o que o torna atraente a muitos profissionais. Por conseguinte, a docência na enfermagem se associa, culturalmente, a fatores como maior prestígio social, validação intelectual e estabilidade na carreira. Todavia, tal percepção acaba por desvalorizar a prática clínica, considerada "menos nobre", mesmo sendo essencial para o exercício profissional e a garantia da qualidade da assistência (Fernandes; Sousa, 2017).

Considerar o conhecimento teórico-científico como superior ao saber prático tende a reforçar a hierarquização dos saberes no campo da saúde. Conforme define Bourdieu, o poder simbólico traduz a imposição de significados e interpretações da realidade internalizados em cada indivíduo e legitimados por toda a sociedade. Através de mecanismos simbólicos decorre uma naturalização da hierarquia social, justificando a dominação de um grupo sobre outro. Trata-se, portanto, de um conceito basilar para a compreensão de como as relações de poder se perpetuam, mesmo em uma sociedade aparentemente democrática e igualitária (Bourdieu, 2021).

Disso se depreende que a carreira docente é vista como um acúmulo de capital cultural, em que o enfermeiro internaliza competências e disposições para ensinar, o que representa um ganho de poder simbólico. É a este poder simbólico que a professora Maria Lúcia se reportou, ao buscar junto a enfermeiros assistenciais os candidatos ao exercício de docência. No período anterior à implementação do curso, os enfermeiros vinculados ao Hospital de Clínicas foram incentivados a assumir o perfil educacional através de uma exposição das vantagens da carreira acadêmica, mesmo em face de um curso que ainda não estava estabelecido na instituição.

Na enfermagem, é indubitável que o saber advindo da prática cotidiana contribui para que o docente promova uma educação significativa, a partir do contato direto com os desafios da experiência clínica, contextualizando a aprendizagem para a realidade do cuidado em saúde. Entretanto, do ponto de vista estrutural, a maneira como foram e estão organizados os sistemas de educação e saúde no Brasil dificulta a integração de docentes nos cenários de prática e de profissionais assistenciais nos espaços de formação (Galleguillos; Oliveira, 2001).

Depreende-se que a estratégia adotada pela professora Maria Lúcia denota uma visão ampliada, que valorizava o poder simbólico atribuído à docência como um atrativo, visando convencer membros do grupo de enfermeiros assistenciais a assumirem cadeiras no curso que viria a implementar. Os enfermeiros que aceitaram fazer esta transição de carreira trouxeram sua experiência no campo assistencial para o campo da docência, efetivando dessa forma o acúmulo de capital simbólico que os diferenciaria dos demais colegas que se recusaram a empreender tal jornada. Com isto, pode-se inferir que houve um ganho de capital cultural para o curso vindouro, estabelecendo de antemão um padrão de ensino de enfermagem alicerçado na experiência assistencial que os futuros docentes detinham.

Para Bourdieu, a visão de mundo é socialmente estruturada, ou seja, resulta da classe social em que o agente está inserido e para construí-la, o agente é influenciado pelo montante de capital que possui, seja cultural, econômico ou social. Entretanto, as probabilidades de aquisição de capital são desiguais nas diferentes classes sociais e por este motivo, a visão de cada indivíduo tende a reproduzir a percepção de relações preestabelecidas (Bourdieu, 2021).

Para inovar dentro de um campo, o indivíduo precisa conhecer profundamente o funcionamento do campo e suas estruturas de poder. Inovar implica, muitas vezes, romper com práticas cristalizadas. Para que isso seja possível, o agente inovador precisa ter os recursos que conferem legitimidade e poder dentro do campo. Estes recursos, denominados conjuntamente como capital, podem ser compreendidos como capital cultural, relacionado ao saber teórico e prático, títulos, formações; capital social, composto por redes de contato e apoio; e capital simbólico, que representa prestígio, credibilidade e reconhecimento (Bourdieu, 2021).

Enquanto profissão que alia ciência e cuidado, a enfermagem tem vivenciado ao longo do tempo uma crescente separação entre os campos da docência e da prática, uma cisão resultante de fatores históricos, culturais e estruturais. É possível depreender, com base nesta distinção de funções baseada no estrato social, a perpetuação do que Bourdieu denomina como violência simbólica. Trata-se de um tipo de dominação exercida de forma sutil, invisível, legitimada pelos próprios dominados pois, diferente da violência física ou coercitiva, a simbólica opera por meio do consenso e da internalização. Os dominados muitas vezes não percebem que estão sendo dominados — é isso que torna a violência simbólica tão eficaz (Bourdieu, 2021).

Superar a dicotomia entre docência e prática requer mudanças profundas nas estruturas institucionais, nas culturas profissionais e nos modelos de formação. Reconhecer que o saber prático é tão relevante quanto o conhecimento teórico, e que a formação de enfermeiros comprometidos com a qualidade do cuidado passa pela vivência integrada entre ensino e assistência é fundamental. Daí resulta a importância de iniciativas como programas de educação permanente em saúde, que destacam a experiência profissional como fonte de saber, promovendo formação continuada com base na realidade dos serviços. Outra proposta interessante é a adoção de modelos de docência híbrida, que permita aos docentes manterem vínculo com a prática clínica e vice-versa (Ogata *et al.*, 2021).

5.3 O legado de Dr.^a Maria Lúcia Cardoso dos Santos

A categoria 3 torna evidentes o pioneirismo e a meticulosidade da professora em prol do crescimento profissional, revelando a visão de futuro e o entusiasmo de Maria Lúcia em relação à implementação do curso. Com o início das atividades letivas, ficou patente a necessidade de espaço adequado para a alocação de aulas e atividades administrativas pertinentes à graduação de enfermagem. Desta maneira, a mudança de sede para o último andar da antiga Escola Frei Eugênio representou a aquisição de capital simbólico. Todavia, mesmo com o aval (poder simbólico) concedido pelo diretor da FMTM para a execução de medidas administrativas, Maria Lúcia confrontou disposições contrárias, ou lutas simbólicas, conforme definiu Bourdieu.

O ambiente organizacional de uma instituição pode ser fonte geradora de conflitos, em decorrência de fatores como diversidade cultural, choque geracional ou falta de coesão entre profissionais que compartilham o mesmo campo. Cada campo social possui suas próprias regras implícitas e formas específicas de valorização do saber e da experiência, o que pode gerar tensões quando diferentes habitus entram em confronto. Esses conflitos não se limitam a diferenças visíveis, mas muitas vezes se expressam por meio de disputas por capital simbólico, como prestígio, autoridade ou reconhecimento profissional (Bourdieu, 2002).

Nesse sentido, a dificuldade de integração pode decorrer de formas sutis de violência simbólica, em que certos modos de agir, falar ou se portar são naturalizados como superiores, marginalizando estilos de trabalho ou saberes oriundos de outras trajetórias. A gestão desses conflitos exige uma liderança que possua mais do que habilidades técnicas, requerendo sensibilidade para reconhecer as hierarquias simbólicas em jogo e a capacidade de promover a reflexividade no grupo, através da valorização de distintos repertórios de capital cultural (Yammarino, 2013).

Os membros componentes da congregação, órgão deliberativo máximo da FMTM à época, eram majoritariamente médicos e votaram favoravelmente pela instalação do curso; entretanto, se deram conta que as demandas do novo curso representavam perdas simbólicas para a graduação em medicina. Entre tais demandas, havia a composição do corpo docente para a enfermagem: era recorrente que nas reuniões, Maria Lúcia pautasse a necessidade de vagas para docentes. Para os demais componentes da congregação, capitular a esta demanda seria renunciar a uma vaga (capital cultural) originalmente destinada ao curso de medicina.

O conceito de *habitus* se refere às disposições internalizadas que orientam percepções, ações e julgamentos dos indivíduos, moldadas por suas experiências sociais. Essas disposições podem reforçar hierarquias existentes, bem como servir de base para transformações dentro do campo. Portanto, o *habitus* gerencial representa o esquema de ação dos gestores, construído a partir de seus conhecimentos e da experiência adquirida no espaço social das instituições formadoras e da organização onde se inserem (Souza; Silvino, 2018).

Com a experiência pregressa da implementação da graduação de enfermagem em São Carlos, Maria Lúcia trazia o *habitus* de quem já realizou algo significativo para sua profissão. Por este motivo, sabia dos percalços que viria a enfrentar e não esmoreceu frente às lutas simbólicas com que se deparou no cenário da FMTM. Em seu discurso, é patente o chamamento à colaboração de atores internos e externos.

Comunicação eficaz, proatividade e motivação são fundamentais, mas é a capacidade de reconhecer e negociar as assimetrias simbólicas que define uma liderança transformadora no interior de um campo organizacional. Por se relacionar à sinergia entre os diversos atores sociais, a liderança é tida como fundamental para a sustentabilidade dos grupos. Existem diversos estilos de liderança, entre as quais se destaca a liderança transformacional por se tratar de um estilo voltado à satisfação das necessidades dos colaboradores, por meio da ativação de valores e identidades, surtindo efeitos positivos com relação a critérios de eficácia laboral, bem como a percepções e comportamentos positivos dos colaboradores (Gardner *et al.*, 2020).

Reconhece-se o estilo de liderança transformacional como uma característica da professora Maria Lúcia. Frente a todos os obstáculos encontrados, ela manteve a disposição interna de buscar apoio e colaboração (capital simbólico) para a concretização de seu intuito. Como resultado dessa disposição interna, foi reconhecida entre os pares como uma personalidade aguerrida e bem sucedida, um espírito desbravador que inspirou e segue inspirando – na busca por excelência na enfermagem.

Paulatinamente, os que assumiram cadeiras no curso prestaram processo seletivo e ingressaram na pós-graduação da USP-Ribeirão, com isto assumindo uma dupla jornada entre a docência na FMTM e as atividades acadêmicas na cidade vizinha. Este feito somente se tornou possível através da flexibilização da jornada de trabalho destes profissionais junto às instâncias administrativas vigentes (Silva; Contim; Amaral, 2021).

Esta medida foi adotada por intermédio dos esforços da professora Maria Lúcia, o que novamente traz lume a um pensamento estratégico, que resultou na formação de um corpo docente composto por detentores não somente de um capital cultural desejável para o exercício da docência, mas também de experiência prática assistencial. Isto corrobora com a imagem de Maria Lúcia como uma líder visionária que inspirava, com palavras e atitudes, as pessoas envolvidas direta ou indiretamente na efetivação de seu projeto (Cardoso *et al.*, 2006).

A organização dos serviços de saúde, somada às descobertas científicas e ao desenvolvimento de tecnologias cada vez mais complexas, são fatores que influenciam as mudanças na formação do enfermeiro, requerendo profissionais com subsídio teórico e prático para funções em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (Neves; Sanna, 2016).

Assim, enfermeiros têm assumido papéis estratégicos liderando equipes, inovando processos e desenvolvendo negócios voltados ao cuidado e à gestão em saúde. Considerada como uma competência imprescindível para a atuação do enfermeiro, a liderança é um capital simbólico que aumenta as possibilidades de emancipação e distinção no campo da prática assistencial. Líderes enfermeiros devem desenvolver competências como comunicação eficaz, resolução de conflitos, tomada de decisão e pensamento crítico. Para além, a liderança transformacional, que incentiva a inovação e o desenvolvimento pessoal dos membros da equipe, é altamente valorizada na prática atual da enfermagem (Marquis; Houston, 2017).

A liderança na enfermagem vai além da administração de equipes. Trata-se da habilidade de influenciar pessoas e processos para alcançar objetivos comuns, melhorar a qualidade da assistência e promover um ambiente de trabalho colaborativo. Líderes eficazes inspiram, motivam e são capazes de tomar decisões éticas e técnicas com base em evidências científicas. Todavia, a liderança não deve ser considerada como um capital inato e sim, uma competência a ser treinada através da vivência assistencial, em que o tempo de adaptação e a compreensão do processo de trabalho coadunam com a evolução de habilidades técnicas e relacionais. Desta forma, utilizar os espaços clínicos e acadêmicos para promover a associação entre teoria e prática resulta no aprimoramento de competências para a tomada de decisões baseada em resiliência e segurança, dotada de nível elevado de inteligência emocional (Martins *et al.*, 2019).

Na enfermagem, empreendedorismo envolve a capacidade de identificar oportunidades, propor soluções inovadoras e criar serviços que atendam às necessidades da população. De acordo com Drucker (2016), o empreendedor é aquele que busca a mudança, responde a ela e a explora como uma oportunidade. Portanto, na enfermagem empreender significa aplicar o conhecimento técnico e científico, articulando saberes em iniciativas que integrem ensino, pesquisa e extensão, para desenvolver práticas que promovam a saúde e a qualidade de vida de forma sustentável (Drucker, 2016; Copelli; Erdmann; Santos, 2019).

Enfermeiros empreendedores podem atuar em áreas como consultoria, *home care*, clínicas de enfermagem, educação em saúde, entre outras. A produção científica é também compreendida como forma de empreender e neste sentido, a educação empreendedora consiste no ensino de atitudes humanas e solidárias que possam modificar a realidade, dando ênfase à proposição de soluções criativas. Ao adotar essa abordagem, a enfermagem se posiciona como força transformadora no cenário da saúde contemporânea (Backes; Erdmann, 2009).

Cardoso e colaboradores (2006) destacam a visão empreendedora no discurso de Maria Lúcia ao fomentar as bases para a pós-graduação *pari passu* à implementação da graduação, afirmando que isso possibilitaria “aumentar conhecimentos para todos os lados”. Com efeito, o processo de aquisição do capital cultural contribui para a construção de saber técnico, habilidade administrativa e aptidão para a docência e pesquisa, além de favorecer sua atuação política. Desta maneira, a busca por capacitação e qualificação profissional representa um constructo para o efetivo exercício da liderança pelo enfermeiro, sendo apontada como elemento que contribui para a melhoria dos cuidados ofertados à população e das relações interpessoais estabelecidas (Cardoso *et al.*, 2006; Copelli *et al.*, 2022).

A liderança visionária na enfermagem transcende a gestão tradicional, promovendo uma cultura de inovação, pensamento estratégico e transformação organizacional. Líderes visionários são capazes de antecipar tendências, inspirar equipes e implementar mudanças significativas nos sistemas de saúde. Inovações não podem ser impostas em um campo apenas pela técnica, mas também pela capacidade de legitimar e convencer outros agentes de seu valor. Aqui entra o poder do discurso, da linguagem e da simbologia. A inovação precisa “fazer sentido” dentro do campo para ser aceita (Santos *et al.*, 2021).

A trajetória pioneira de Maria Lúcia Cardoso dos Santos contribuiu significativamente para o estabelecimento de Uberaba como um importante polo para a formação em enfermagem com potencial para suprir o mercado local e regional. A cidade conta com três instituições que oferecem a graduação em enfermagem, sendo oferecidas anualmente sessenta vagas pela UFTM e outras duzentas e quarenta vagas pelas instituições privadas (Ministério da Educação, 2025).

O projeto pedagógico da graduação em enfermagem da UFTM aponta como perfil do egresso do CGE: enfermeiro generalista, humanista, crítico, reflexivo e ético; qualificado para o exercício da enfermagem com base no rigor científico e intelectual; capaz de intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e regional e identificar seus determinantes biopsicossociais. Este profissional deve ser capacitado para trabalhar em equipe, atuar como membro formador e coordenador da equipe de enfermagem e desenvolver sua prática profissional-assistencial, ensino, pesquisa, incorporando a ciência e a arte de cuidar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, promovendo a saúde integral do ser humano (UFTM, 2024).

À época da implementação do curso, somente duas especializações eram reconhecidas pelo COFEN: enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem em obstetrícia. Sob a coordenação da professora Maria Lúcia, o CGE estruturou a pós-graduação lato sensu conforme demandas de mercado e as necessidades da comunidade. Destaca-se ainda a atuação determinante da professora para o estabelecimento de um programa de pós-graduação stricto sensu direcionado principalmente à enfermagem. Através do CGE, desde 2008 o Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde oferece mestrado e doutorado, contando com boa avaliação pela CAPES (Cardoso *et al.*, 2006).

Na atualidade, o COFEN reconhece diversas modalidades de especialização, conforme estabelecido pela sua Resolução nº 581/2018, alterada pelas Resoluções de nº 625/2020 e nº 610/2019, bem como pelas Decisões COFEN 065/2021, 120/2021, 263/2023, 264/2023 e 21/2024. As especialidades estão divididas por áreas de abrangência, sendo: Área I - Saúde Coletiva; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde do Adulto; Saúde do Idoso; Urgências e Emergências - constam cinquenta e uma especializações, além de subespecialidades. Na Área II – Gestão – alocam-se seis especializações e suas subespecialidades. Na Área III – Ensino e Pesquisa – são oito especializações e outras subespecialidades (COFEN, 2018).

Na modalidade de extensão, o CGE estabeleceu parceria com a UFMG para a realização do curso introdutório para as equipes básicas do Programa de Saúde da Família; sob coordenação do Ministério da Saúde e em conjunto com o CEFORES, integrou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE); junto à Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, implementou o Programa Integração Serviço-Ensino (PISE) que oportunizou o pleito de bolsas para os discentes na realização de atividades extracurriculares com as equipes de PSF na cidade e região (Cardoso *et al.*, 2006).

O CGE também participa da organização do Programa de Atenção Multiprofissional à Pessoa Ostomizada (PAMPO) e presta apoio ao grupo de atendimento a portadores de feridas crônicas ou agudas, ambas iniciativas que prestam atendimento ambulatorial e constituem campos de estágio no âmbito da UFTM, funcionando sob a coordenação de enfermeiras. Todas essas iniciativas têm por finalidade aprimorar a aquisição de saberes (capital cultural) e constituição de redes de apoio interinstitucional (capital simbólico), oportunizando aos egressos a consolidação do vínculo teórico-prático (Cardoso *et al.*, 2006).

Para a realidade locorregional, a atuação de Maria Lúcia foi um catalisador para efetivar a presença de enfermeiros em postos de trabalho. As contratações para atuar na rede de atenção básica foram ampliadas a partir da conclusão de curso das primeiras turmas graduadas pelo CGE/UFTM, o que denota um ganho de capital simbólico desta profissão. Além das atividades assistenciais, os enfermeiros reorganizaram as unidades, colaborando para o estabelecimento de protocolos de atendimento baseado em diagnóstico situacional, o que promovia a otimização de recursos disponíveis e melhoria de fluxos assistenciais. Observa-se que a UFTM se mantém sincronizada com as demandas sociais ao promover especialização específica para profissionais de enfermagem, além de programas interdisciplinares com vagas para enfermeiros, possibilitando o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde (Silva; Contim; Amaral, 2021).

Cabe ainda enfatizar a relevância das ações de Maria Lúcia no que tange à participação de enfermeiros em cargos de gestão. Se na chegada da professora em Uberaba, sua presença e atitude (seu *habitus* gerencial) causavam estranhamento ao corpo clínico e aos membros da Congregação, com o passar do tempo os enfermeiros foram convidados a assumir papéis relevantes na instituição, logrando a consolidação de sua representatividade.

Na atualidade, enfermeiros ocupam lugares na reitoria, pró-reitorias, chefias de departamentos, coordenação de projetos estratégicos e outros cargos de confiança na instituição, bem como postos de gerência e responsabilidade técnica dos serviços de assistência no Hospital de Clínicas e outros nosocômios (UFTM, 2024).

Oportunamente citando Bourdieu (2002), "a memória coletiva é um campo de lutas onde se enfrentam diferentes versões do passado". Daí a importância de se preservar vivo o registro de atuações transformadoras para o percurso da história da enfermagem. Portanto, a partir dos dados elencados observa-se que a visão de "ensino do amanhã" prometida por Maria Lúcia aos seus filhos se concretizou, constituindo um exemplo para inspirar as futuras gerações. Este é o seu legado para a enfermagem: uma vida dedicada a desbravar caminhos, conquistar espaços e consolidar a relevância social da profissão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomar fatos históricos a partir da experiência de quem os protagoniza permite apreender nuances e detalhes que poderiam ter menor destaque em narrativas focadas no registro de datas e dados. Por meio da história oral, torna-se possível obter uma compreensão profunda da trajetória da profissão enfermagem e seu desenvolvimento ao longo do tempo, posto que alinha contextos sociais, políticos e culturais com a interpretação individual de quem vivenciou eventos significativos.

Os objetivos que nortearam esta investigação se reportam à descrição do protagonismo exercido por Maria Lúcia Cardoso dos Santos frente à implementação do curso de graduação em enfermagem na UFTM, bem como a contextualização do cenário em que ocorreu essa implementação e ainda, promover uma análise do legado desta profissional para a comunidade e para a enfermagem. Para tanto, utilizou-se o arcabouço teórico-metodológico de Pierre Bourdieu, traçando paralelos entre o discurso de nossa protagonista e os conceitos da obra do sociólogo para ampliar o entendimento de como se deu a inserção de um novo curso de graduação em uma instituição tradicionalmente estabelecida e gerida por (e para) médicos.

Verificou-se a incontestável liderança visionária exercida pela professora Maria Lúcia, que buscou elencar atores internos e externos à instituição para alcançar os meios que permitiram lograr sucesso em seu propósito. Atualmente, o curso está consolidado em posição destacada no cenário nacional, constituindo-se em um centro de excelência em formação, pesquisa e extensão. Além disso, é cada vez mais expressiva a participação de enfermeiros em cargos de destaque no âmbito da UFTM e outras instituições, o que confere um capital simbólico inegável à profissão.

Nas próprias palavras de Maria Lúcia, o curso de graduação em enfermagem ‘começou como uma sementinha tão difícil’. No entanto, esta semente encontrou solo fértil e recebeu adequada atenção e cuidado, transformando-se em uma árvore frondosa e frutífera que segue prosperando em solo uberabense. Além de se posicionar como um centro formador de excelência para a enfermagem, a cidade detém como capital simbólico contar com um contingente de profissionais de formação sólida e perfil humanista no exercício de suas funções, estabelecido nos mais diversos segmentos: em todos os níveis de complexidade da assistência à saúde, na gestão institucional, nas iniciativas empreendedoras e na consolidação do tripé ensino-pesquisa-extensão.

Através do otimismo e da perseverança de nossa protagonista, decorreu a expansão do campo de atuação da profissão em Uberaba e região. Como legado para a enfermagem, não há dúvida de que o pioneirismo de Maria Lúcia imprimiu uma marca indelével não somente no corpo docente por ela arregimentado e qualificado, mas na memória coletiva – ou habitus cultural - de seus sucessores e egressos.

À memória da ilustre professora doutora Maria Lúcia Cardoso dos Santos, rendemos agradecimentos.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K.; RAMOS, F. R. S.; SILVA, G. T. R.; JESUS, L. A. Panorama Nacional da Formação em Enfermagem: Diretrizes Curriculares Nacionais da Formação Técnica e da Graduação. In: ADAMY, E. K.; CUBAS, M. R. (Orgs). **Os Sentidos da Inovação Tecnológica no Ensino e na Prática do Cuidado em Enfermagem: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN**. Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 12-20 p. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c2>. Acesso em: 20 abr. 2025
- _____; FERNANDES, J. D.; SANTOS, D. C. M.; SORDI, M. R. L.; RAMOS, F. R. S.; SILVA, K. L.; *et al.* Brazilian national curriculum guidelines for the undergraduate nursing course: ABEn's fight against setbacks. **Rev Bras Enferm.** V. 74, n. 6, e740601, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2021740601>. Acesso em: 20 abr. 2025.
- ALBERTI, V.; FERNANDES, T. M.; FERREIRA, M. M. (orgs). História oral: desafios para o século XXI. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 204p. ISBN 85-85676-84-1. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Bras Educ Méd**, v. 32, n. 3, p: 356 – 362, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>. Acesso em: 12 abr. 2025.
- ALMEIDA, D. B.; SILVA, G. T. R.; CANTARINO, M. S. G; SILVA, R. M. O.; TEIXEIRA, G. A. S.; SANTOS, N. V. C.; LEITE, F. C. S. Olhares sobre a interdisciplinaridade na história da enfermagem: contextos e perspectivas globais. In: PERES, M. A. A.; PADILHA, M. I.; SANTOS, T. C. F.; ALMEIDA FILHO, A. J. (Orgs.). **Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente**. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. pp. 8-20. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e09.c01>. Acesso em: 11 mar. 2025.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo, SP: Boitempo, 2018.
- AYRES, L. F. A.; AMORIM, W. M.; PIVA, T. C. C.; PORTO, F. R. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.19, n.3, p.861-881, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000300005>. Acesso em: 02 mar. 2025.
- BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. Formação do enfermeiro pelo olhar do empreendedorismo social. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 2, p. 242-248, 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/7252/6681>. Acesso em: 12 abr. 2025.

BAPTISTA, G. L. **As propostas curriculares para a formação inicial dos enfermeiros: aproximações e distanciamentos da diretriz curricular nacional** [Tese de Doutorado]. Porto Alegre, SC: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/143692>. Acesso em: 12 mar. 2025.

BARRETO, M. L.; ELOY, S. A. **História da Enfermagem: trajetórias e perspectivas**. São Paulo, SP: Editora Manole, 2020.

BILHARINHO, J. S. **História da medicina em Uberaba**. Uberaba: Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1980. Vols. I a III.

BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria da prática - Precedido de Três Estudos de Etnologia Cabila**. São Paulo, SP: Celta, 2002. 276 p.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. 11. ed. São Paulo, SP: Perspectiva, 2020. 424 p.

_____. **O poder simbólico**. 15. ed. Campinas, SP: Edições 70, 2021. 510 p.

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

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3/2001: **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Ministério da Educação, 2001.

_____. Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. **Fixa as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Ministério da Educação e Cultura, 1961.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Ministério da Educação e Cultura, 1996.

_____. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: políticas e ações**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Brasília, DF, Ministério da Educação, 2017.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2018.

_____. Resolução nº 466: **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012.

_____. Parecer CNE/CES nº 443/2024: Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, licenciatura e bacharelado. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Ministério da Educação, 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)**. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/>

_____. Ministério da Saúde. **Programa PET-Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude>

_____. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências**. Brasília, DF, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2010 (a).

_____. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. **Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde**. Brasília, DF, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2010 (b).

CARDOSO, R. J.; IWAMOTO, H. H.; CRUVINEL, I. M.; SIMÕES, A. L. A. **Centro de graduação de enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro: da concepção à maturidade**. Uberaba, MG: UFTM, 2006. 82p.

_____. ; MORIYA, T. M. Egressos do Centro de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro: formação e trajetória profissional. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 2, p. 102-110, 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/50915>. Acesso em: 20 abr. 2025.

CASSIANI, S. H. B.; HOYOS, M. C.; BARRETO, M. F. C.; SIVIES, K.; SILVA, F. A. M. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34993>. Acesso em: 9 abr. 2025.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 20 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Quantitativo de profissionais por regional**. [website]. Disponível em: <https://descentralizacao.cofen.gov.br/sistema.php>. Acesso em: 09 abr. 2026.

_____. **Resolução COFEN nº 581/2018** – alterada pela Resolução COFEN nº 625/2020, Resolução COFEN nº 610/2019 e Decisões COFEN nºs 065/2021, 120/2021, 263/2023, 264/2023 e 21/2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

COPELLI, F. H. S.; ERDMANN, A. L.; SANTOS, J. L. G. Empreendedorismo na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 72, p.301-310, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0523>. Acesso em: 20 abr. 2025.

_____; BACKES, D. S.; MARTINI, J. G. Empreendedorismo e educação empreendedora no contexto da pós-graduação em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 43, e20200444, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200444.pt>. Acesso em: 15 abr. 2025.

DONOSO, M. T. V; DONOSO, M. D. O cuidado e a enfermagem em um contexto histórico. **Rev. Enf UFJF**, v. 2, n. 1, p. 51-5, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/389262012.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2025.

DRUCKER, P. F. **Inovação e Espírito Empreendedor: prática e princípios**. São Paulo, SP: Cengage Learning, 2016. 400 p.

FELTRIN, T.; BATISTA, N.L.; CORREA, G.C.; BECKER, E.L.S. O século XX para o Feminismo no Brasil. RELACult – **Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, v. 734, n.4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23899/relacult.v4i0.734>. Acesso em: 11 ago. 2024.

FERNANDES, C. N. S, SOUZA, M. C. B. M. Docência no ensino superior em enfermagem e constituição identitária: ingresso, trajetória e permanência. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64495>. Acesso em: 20 abr. 2025.

FLAUBERT, J. L.; LE MENESTREL, S.; WILLIAMS, D.R. [editors]. The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity. Washington (DC): **National Academies Press (US)**; 2021 May 11. 4, The Role of Nurses in Improving Health Care Access and Quality. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573910/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

FLORENCIO, T. M. **O ensino superior de enfermagem no município de Uberaba, MG: raízes da institucionalização** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.22.2010.tde-26042010-103229>. Acesso em: 20 mar. 2025.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 144 p.

GALLEGUILLLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev.Esc.Enf. USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000100013>. Acesso em: 20 abr. 2025.

GARDNER, W. L.; LOWE, K. B.; MEUSER, J. D.; NOGHANI, F.; GULLIFOR, D. P.; COGLISER, C. C. **The leadership trilogy**: A review of the third decade of the leadership quarterly. *The Leadership Quarterly*, v. 31, n. 1, p. 1-26, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2019.101379>. Acesso em: 20 abr. 2025.

GASQUE, K. C. S.; RODRIGUES, M. M. S. LEMOS, A. F.; ARAUJO, D. G. Sistema UNA-SUS como ferramenta de democratização da Educação Permanente em Saúde: perfil dos usuários e capilarização dos cursos autoinstrucionais. **Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e à Distância**, v. 20, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17143/rbaad.v20i1.476>. Acesso em: 14 abr. 2025.

GERMANO, R. M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2018. 120 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2019. 248 p.

GRENFELL, M. **Pierre Bourdieu**: conceitos fundamentais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018. 400 p.

GRIFFITHS, P.; MARUOTTI, A.; SAUCEDO, A.R.; REDFERN, O.C.; BALL, J.E.; BRIGGS, J.; et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. **BMJ Quality & Safety**, v. 28, n. 8, p. 609–617, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043>. Acesso em: 20 abr. 2025.

HARVEY, D. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo, SP: Boitempo, 2014. 238 p.

ILIBIO, M. B.; VIEIRA, R. S. **A participação social em saúde: uma leitura a partir da democracia radical**. UNESCO, 2020. 196 p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Sinopses estatísticas da educação superior**. Brasília, DF, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2019. Disponível em: <http://inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>. Acesso em: 10 abr. 2025.

KNEODLER, T. S.; PAES, G. O.; PORTO, F. R.; NASSAR, P. R. B.; OLIVEIRA, A. B. Nursing throughout war times: political propaganda and professional valorization (1942-1945). **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 2, pp. 407-414, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0440>. Acesso em: 20 abr. 2025.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 59 (esp), p. 403-410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000700004>. Acesso em: 20 abr. 2025.

LASATER, K. B.; AIKEN, L.H.; SLOANE, D.M.; FRENCH, R.; MARTIN, B.; RENEAU, K.; et al. Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. **BMJ Quality & Safety**, v. 30, n. 8, p. 639–647, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011512>. Acesso em: 20 abr. 2025.

LENHARO, A. **Colonização e trabalho no Brasil: Amazônia, Nordeste e Centro Oeste**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1985. 99 p.

LEONELLO, V. M.; MIRANDA NETO, M. V.; OLIVEIRA, M. A. C. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45 esp. 2, p. 1774-1779, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800024>. Acesso em: 09 mar. 2025.

LEWIS, R. The evolution of advanced nursing practice: Gender, identity, power and patriarchy. *Nurs Inq*, v. 13, n. 29, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9787357/pdf/NIN-29-e12489.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2025.

LIMA, A. M. J. **A utilização da história oral na remontagem do curso de graduação em enfermagem da universidade federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**. XII Encontro Nacional de História Oral: política, ética e conhecimento [Anais], 2014. Disponível em: <https://www.encontro2014.historiaoral.org.br/site/anaiscomplementares>. Acesso em: 20 abr. 2025.

LIMA, K. M. C., SANTOS, R. M.; COSTA, L. M. C. La formación en enfermería de mujeres brasileñas en la década de 1930: una revisión histórica. **Temperamentvm Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero**, v.18 esp 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.58807/tmptvm20224848>. Acesso em: 11 ago. 2024.

LIMA, T. A.; VARGAS, K. B. Ensino da enfermagem no Brasil: bases legais e desafios históricos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, p. e20210847, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0847>. Acesso em: 20 abr. 2025.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n.1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>. Acesso em: 11 ago. 2024.

LOPES, M. A. B.; CHAPADEIRO, E. Retrospectiva histórica dos 50 anos da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. **Rev Med Minas Gerais**, v. 13, n. 4, p.297-309, 2003. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1544>. Acesso em: 14 mar. 2025.

LOPES, R. C.; LAURELL, A. C. A enfermagem como trabalho proletarizado na saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 470-480, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WRdZzgpmwDFRzHrsY6ykYbt>. Acesso em: 5 mai. 2025.

LOPES, S. M. G.; SOUZA, S. T. Atos fundantes da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro: entre o ideal e o concretizado (1953-1960). **Cadernos de História da Educação**, v.17, n.2, p.567-86, 2018. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/che/v17n2/1982-7806-che-17-02-567.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2025.

LOURENÇO, L. A. B. **O Triângulo Mineiro, do Império à República: o extremo oeste de Minas Gerais na transição para a ordem capitalista (segunda metade do século XIX)**. Uberlândia, MG: EDUFU, 2010.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; LEMOS, W. R.; WERMELINGER, M. W.; VIEIRA, M.; SANTOS, M. R.; *et al.* **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2017. 750p. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2025.

_____; KOSTER, I.; AGUIAR FILHO, W.; WERMELINGER, M. C. M. W.; FREIRE, N. P.; PEREIRA, E. J. Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019>. Acesso em: 09 abr. 2025.

MAIA, N. M. F. S.; SILVA, F. A. A.; ARAÚJO, A. A. C.; SANTOS, A. M. R.; SANTOS, F. B. O.; APERIBENSE, P. G. G. S. Contribuições das entidades para profissionalização da enfermagem: revisão integrativa (2010-2020) à luz das concepções freidsonianas. **Rev Bras Enferm.**, v. 76, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0153pt>. Acesso em: 14 mar. 2025.

MARINHO, G. L.; QUEIROZ, M. E. V. Cobertura populacional de enfermeiros no Brasil: estimativas com base em diferentes fontes de dados. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs916>. Acesso em: 08 abr. 2025.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application**. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.

MARTINS, B. G.; SILVA, L. M. C.; CAPACCIOLI, B. R. B. S.; NEVES, V. R.; BALSANELLI, A.P. Desenvolvimento e validação de um programa de treinamento em liderança para enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, e20180048, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0048>. Acesso em: 20 abr. 2025.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; SILVA, L. A. Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 220-7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160029>. Acesso em: 14 mar. 2025.

MECONE, M. C. C. **O modelo militar no ensino de Enfermagem**: um olhar histórico sob a perspectiva foucaultiana. [Tese de doutorado]. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: doi:10.11606/T.7.2014.tde-07012015-103236. Acesso em: 20 jul. 2025.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A. C. V.; MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.1, n.1, 1999. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>. Acesso em: 12 mar. 2025.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral**: como fazer, como pensar. São Paulo, SP: Contexto, 2007. 175 p.

MEIR, M. **Maria Madalena**: o tesouro da inocência. Rio de Janeiro, RJ: Academia de Cabala, 2023. 198 p.

MELO, C.M.M.; FLORENTINO, T.C.; MASCARENHAS, N.B.; MACEDO, K.S.; SILVA, M.C.; MASCARENHAS, S.N. Autonomia profissional da enfermeira. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160085>. Acesso em: 20 abr. 2025.

MENDONÇA, J. **História de Uberaba**. Uberaba, MG: Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1974. 269 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, SP: Hucitec, 2014. 416 p.

NEVES, V. R.; SANNA, M.C. Concepts and practices of teaching and exercise of leadership in Nursing. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69. n. 4, p. 686-93, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690417i>. Acesso em: 20 abr. 2025.

OGATA, M. N.; SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V.; FORTUNA, C. M.; FELICIANO, A. B. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, e03733, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em: 12 abr. 2025.

OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. **História da Enfermagem**: Instituições e Práticas de Ensino e Assistência. Rio de Janeiro, RJ: Editora Águia Dourada, 2016.

_____; PADILHA, M. I. **História da enfermagem**: ensino, pesquisa e prática. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2020.

PADILHA, M. I. C. S. As representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual. **R Bras. Enferm.**, v. 52, n. 3, p. 443-54, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Qbs4R8pNrmXvHYjXNMDSCWx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2025.

_____; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem**: história de uma profissão. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2015. 487 p.

_____; VAGHETTI, H.H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev Enferm UERJ**, v.14, n.2, p.292-300, 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a21.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2024.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2019. 119 p.

PEREIRA, F. D. O.; DANTAS, R. B.; OLIVEIRA, D. R. C.; PADILHA, M. I.; TEODÓSIO, S. S. C. S. Biografias de enfermeiros: constructos da identidade da profissão. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE)**, v. 10, n.2, p 23–34, 2019. Disponível em: <https://periodicos.abennacional.org.br/here/article/view/388>. Acesso em: 12 mar. 2025.

PERES, M. A. A. Centenário da Missão Parsons no Brasil (1921-2021). **Esc Anna Nery**, v. 25, n. 5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0349>. Acesso em: 02 mar. 2025.

PETERS, A. A. **Missão Parsons: da implantação de um modelo de enfermeira de saúde pública às bases da profissionalização da enfermagem brasileira (1921-1931)**. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: objdig.ufrj.br/51/teses/953721.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

PETRY, S.; TEIXEIRA FILHO, C. A.; MAZERA, M.; SCHNEIDER, D. G.; MARTINI, J. G. Autonomia da enfermagem e sua trajetória na construção de uma profissão. **História Da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE)**, v, 10, n. 1, pp. 66–75, 2019. Disponível em: <https://aben.emnuvens.com.br/here/article/view/384>. Acesso em: 20 abr. 2025.

PIRES, R. C. C.; LUCENA, A. D.; MANTESSO, J. B. O. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. **Rev Recien**, v. 12, n. 37, pp.107-11, 2022. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/600>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PONTES, H. **História de Uberaba e a civilização do Brasil Central**. 2. ed. Uberaba: Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1978.

RODRIGUES, A. P.; DALBELLO-ARAÚJO, M.; LAZARINI, W. S. Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. **Interface**, v. 28, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230381>. Acesso em: 17 abr. 2025.

SALERMO, S. K.; KFOURI, S. F.; LOPES, R. P. Plano Nacional de Educação: Política de Estado para a educação. **Nuances: Estudos sobre Educação**, v. 24, n. 2, p. 16–32, 2013. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2477>. Acesso em: 17 abr. 2025.

SALLES, B. T. The Military Orders, the Muslim World, and the Dilemmas of Conviviality. **Varia Historia**, v. 38, n. 76, p. 17-58, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-87752022000100002>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SAMARA, E. M.; TUPY, I. S. S. T. **História e Documento e metodologia de pesquisa**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. 168 p.

SANTOS, I. A. R.; AMESTOY, S. C.; SILVA, G. T. R.; BACKES, V. M. S.; SILVA, C. C. R.; CONCEIÇÃO, M. M.; GÓIS, R. M. O. Theoretical-practical articulation of the continuous learning of leadership in nursing in light of Peter Senge. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1200>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SANTOS, M. L. C. Projeto de criação de um curso de enfermagem em uma universidade. **Rev. Bras. Enf.**, v. 31, pp. 537- 41, 1978. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-716719780004000011>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SANTOS, P. A. F.; RABIAIS, I. C. M.; AMENDOEIRA, J. J. P.; FIGUEIREDO, A. S.; BERENGUER, S. M. A. C.; PEREIRA, M. C. Q. V. Movimentos de profissionalização histórica: a relação entre as catástrofes sociais e a enfermagem moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, v. %, n. 7, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388269408014>. Acesso em: 20 jul. 2025.

SANTOS, T. C. F.; APERIBENSE, P. G. G. S.; ALMEIDA FILHO, A. J.; PERES, M. A. A.; ALCÁNTARA, E. L. Legado de Florence Nightingale: reflexão sob a ótica de Pierre Bourdieu. **Texto Contexto Enferm** n.31, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0200>. Acesso em: 11 ago. 2024.

SANTOS, R. S.; FERREIRA, B. L. A enfermagem como espaço de emancipação feminina no Brasil republicano. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 14, n. 2, p. 243–250, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.n2.6032>. Acesso em: 12 abr. 2025.

SARAIVA, A. K. M.; MACEDO, C. M.; LEONELLO, V, M.; OLIVEIRA, M. A. C. A expansão dos cursos de graduação em Enfermagem: cenário, interesses e desafios do ensino a distância. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55:e03784, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020009903784>. Acesso em: 05 abr. 2025.

SAVIANI, D. O Plano de Desenvolvimento da Educação: a análise do projeto do MEC. **Rev Educação e Sociedade**, v.28, n. 100, p. 1.231-1255, 2007. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 10 mar. 2025.

SHAH, M. K.; GANDRAKOTA, N.; CIMIOTTI, J. P.; GHOSE, N.; MOORE, M. ALI, M. K. Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 2, e2036469, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>. Acesso em: 24 abr. 2025.

SILVA, M. N; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Acesso em: 09 abr. 2025.

SILVA, N. L.; CONTIM, D.; AMARAL, I. A. L. **Histórias e memórias da enfermagem**. Uberaba, MG: Eduftm, 2021. 162 p.

SOUZA, D. F.; SILVINO, Z. R. A Sociologia de Pierre Bourdieu: potencialidade teórica para o subcampo da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 2175-80, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0505>. Acesso em: 31 mar.2025.

SOUZA, H. A. N. Enfermeiros na capital do Brasil: do perfil de estudantes aos efeitos do masculino na enfermagem (1921-1942) [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://repositorio-bc.unirio.br>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SOUZA, H. S.; TRAPÉ, C. A.; CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A força de trabalho de enfermagem brasileira frente às tendências internacionais: uma análise no Ano Internacional da Enfermagem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n1/e310111/pt/>. Acesso em: 11 abr. 2025.

TEODOSIO, S. S. C. S.; SILVA, E. R.; PADILHA, M. I.; MAZER, M. S.; BORENSTEIN, M. S. A história oral e pesquisa documental como itinerário de pesquisa na enfermagem: um estudo bibliométrico (2000-2014). **Esc Anna Nery**; n. 20, v. 4:e20160087, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160087>. Acesso em: 09 ago. 2024.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 386 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO (UFTM). **Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem**. Uberaba, MG, 2024. Disponível em: <https://sistemas.uftm.edu.br/integrado/?to=magic%3A43ce151eff8dbdf6d194b982&secret=uftm>. Acesso em: 01 mai. 2025.

_____. **Cursos de pós-graduação na UFTM** [website]. Disponível em: <https://uftm.edu.br/pos-graduacao/lato-sensu>. Acesso em: 01 mai. 2025.

_____. Biblioteca Central. Manual de apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT. 5. ed. Uberaba, MG: UFTM, 2025. 139 f. Disponível em: <https://sistemas.uftm.edu.br/integrado/?to=magic%3A7508ea7fa13ba320af2eefbf&secret=uftm>. Acesso em: 22 ago. 2025.

VASCONCELOS, S. A. S.; CRUZ, D. L. M. Formação em enfermagem e o SUS: desafios e perspectivas no século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. Supl. 2, p. e20201232, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1232>. Acesso em: 12 abr. 2025.

WALDOW, V. R. **O cuidado humano: a essência da enfermagem e sua prática**. 15. ed. Porto Alegre, RS: Sagra Luzzatto, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership**. Genebra: WHO, 2020. 116p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em: 09 abr. 2025.

_____. **State of the world's nursing 2025**. Genebra: WHO, 2025. 166p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236>. Acesso em: 12 mai. 2025.

_____. **Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025**. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-344562>. Acesso em: 10 abr. 2025

XIMENES NETO, F. R. G.; NETO, D. L.; CUNHA, I. C. K. O. C. ; RIBEIRO, M. A.; FREIRE, N. P. ; KALINOWSKI, C. E.; OLIVEIRA, E. N.; *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019>. Acesso em: 12 mar. 2025.

YAMMARINO, F. Leadership: Past, present, and future. **Journal of Leadership & Organizational Studies**, v. 20, n. 2, p.149-55, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.18533/journal.v8i2.1582>. Aceso em: 20 abr. 2025.

ANEXO – ENTREVISTA NA ÍNTEGRA

“Eu vim como professor indicado pelo MEC para observar o curso de enfermagem que iria ser criado aqui... naquele tempo não era universidade, era faculdade de medicina. Então eu e outra professora, designada pelo MEC, viemos ver um programa que estava sendo feito aqui. Após chegar aqui, o Dr. Nilson de Camargos Roso que era o diretor. Eu li o programa e falei: o programa a gente pode modificar alguma coisa, precisa modificar, mas e o corpo docente, professor? Ele falou: a senhora tem 41 enfermeiros do Hospital Escola. Eu falei: Enfermeiros do Hospital Escola não são docentes! Ele falou: A senhora arranja eles para serem docentes. Eu falei: professor, não é assim. Aí eu li o curso eu falei: vou fazer uma reunião com os enfermeiros. Fiz a reunião com os enfermeiros e soube que todos eles eram concursados. Aí eu chamei o professor e falei: professor, nenhum enfermeiro, em sua sã consciência, vai largar um programa como concursado para entrar num programa absolutamente solto, que não tinha ainda vaga, não tinha nada, era um projeto. Aí eu falei: eu não aprovo o curso. Aí ele falou: Ai, pelo amor de Deus, professora, eu preciso muito desse curso. A senhora põe o seu nome como coordenadora? Pra ver se sai. Se sair eu garanto à senhora que eu lhe arranjo tudo. E eu mandei o meu nome como coordenadora e foi aprovado. Bom, quando ele foi aprovado eu disse: professor, agora estamos aqui com o curso aprovado, sem docentes, sem possibilidade de contratar docentes. Quero fazer outra reunião com os enfermeiros do Hospital Escola. Aí, fiz a reunião, e falei com eles das vantagens de ser docente apesar de ser um curso que estava se iniciando. Aí falei pra eles: curso quando se inicia ou num programa universitário ou numa universidade, dificilmente esse curso acaba. Eu, se fosse vocês, pensaria duas vezes. E deixei, fui embora. Falei professor, eu volto. Depois eu voltei e conversando com os enfermeiros, quantos eram os enfermeiros que vieram pra cá, ‘cê lembra? Eu acho que eram cinco. Saíram de lá [do hospital] e vieram pra cá. E dois do hospital lá de Ribeirão Preto queriam vir pra cá também. Aí eu cheguei ao Hospital de Clínicas da faculdade de enfermagem de Ribeirão Preto, onde eu me formei, e disse pra eles: olha, eu estou montando o curso de enfermagem em Uberaba, não tem docente, não tem ninguém titulado, quando muito tem uma especialização só, e eu quero que vocês aceitem esses nossos candidatos se eles fizerem o concurso e passar. Se eles passarem na seleção aqui vocês vão... eu não estou pedindo para vocês recebê-los, eu estou dizendo que vocês precisam recebê-los. Eu não vou criar uma faculdade só

com auxiliar de ensino. 'Maria Lúcia, eu não sei...' eu disse: bom, eu vou mandar nossos docentes e se eles passarem, vocês irão receber a todos, não negar uma vaga. Cheguei aqui e falei: pelo amor de Deus, estudem pra vocês passarem. E eles passaram. E eles cumpriram lá a promessa e até hoje ainda tem docente desta faculdade aqui fazendo pós-graduação lá. Então fiz um intercâmbio muito bom que a USP de Ribeirão Preto aprovou, que garantiu esta pós- graduação, este intercâmbio e fez com que esta escola crescesse. Porque só se cresce dentro de uma escola, a gente fazendo pós-graduações. Porque a pós-graduação não é só aprender, é se abrir dentro de um curso. É aumentar conhecimentos para todos os lados. Bom, isso foi o primeiro passo. O curso foi aprovado, os docentes vieram, e não foi fácil começar não. Porque a faculdade de medicina felizmente aceitou o curso de enfermagem. Foi assim, não é? Aceitou o curso de enfermagem, não teve um docente da faculdade que dissesse: não, eu não dou aula para o curso de enfermagem. Se eles disseram foi pra eles, pra mim não. Eles foram muito gentis e eu pude contar com a área básica junto com o curso de medicina, e enquanto isso, eu ia contratando os docentes. Alguns estavam emprestados do Hospital Escola sem se desvincularem do hospital, mas emprestados para a graduação em enfermagem. E eles tinham que ter dedicação exclusiva para fazer docência. Então eu dei dedicação exclusiva para todos. Cheguei aqui para o professor e disse: o senhor não vai me desmentir que eles todos têm afastamento integral, porque se não fizer isso eles não entram, e o senhor vai aceitar. E ele falou: olha, eu vou assinar embaixo da senhora, porque se for a sério o negócio, a senhora é que vai primeiro sofrer. Falei: não, eu assino. E ele assinou também e os docentes ficaram aparentemente como afastados integral, mas dando o curso aqui. Isto era um acordo que nós tínhamos com eles, um acordo de cavalheiros. Eu e os docentes que entraram lá em Ribeirão Preto... eles faziam um pouco de tempo cá, um pouco de tempo aqui, e ia dando o curso, e eu também dando o curso. Houve senões, houve muitas coisas erradas, houve, claro que houve. Mas era no sentido de crescer que a gente ia fazendo. E eu não desistia de nada. Eu tinha olhos muito voltados para muito mais. Eu não queria só graduação. eu queria pós-graduação... eu *queria* que isso crescesse. E eu ia semanalmente para casa, com 4 filhos. Mas meus filhos falavam: mãe, o que você está fazendo? Meu filho, eu tô fazendo um negócio maravilhoso para o ensino do amanhã. E a gente vai fazer esse ensino? Se vocês quiserem vocês fazem, mas eu sei que é um bom negócio para o ensino. Meu marido não gostava, é claro. Que marido iria gostar de ficar longe da esposa? Mas eu ajeitava

a situação. E assim eu fiquei aqui quantos anos? Entre 11, 12 anos, por aí. Quer dizer, eu fiquei muito tempo. E eu saí daqui não é porque eu queria sair não. Eu saí porque eu tive outros convites, e eu não sei se é porque eu tenho espírito meio bandeirante, eu fui convidada para ir montar o curso de enfermagem em Diamantina, estado de Minas Gerais. É longe. Eu fiquei encantada com o nome de Diamantina, mas eu não conhecia o curso, não conhecia a cidade. Aí meu marido foi comigo lá conhecer. O diretor lá tinha o curso de odontologia há 40 anos, a odontologia dona de tudo. Eles não quiseram a medicina que o Juscelino Kubitschek queria criar lá, porque eles queriam só ser odontólogos. Bom, eu cheguei lá. Claro que não agradou. Então fizemos uma reunião, uma reunião de congregação com os docentes, e todos iam para a congregação porque não tinha, eram tão poucos, eram poucos os docentes necessários para o curso de odontologia. Aí o diretor botou na mesa a história do curso de enfermagem e falou: os senhores vão dar aula para o curso também. Um deles bateu na mesa e falou: eu fui contratado para dar aula para curso de odonto e eu não dou aula para enfermagem. Ele falou: O senhor vai para a rua. O diretor: O senhor vai para a rua, porque aqui é contratado só para odonto porque eu não tenho outro curso. Aí ele disse, bateu na mesa assim, meio bravo: aqui, ou aceitam o curso de enfermagem ou saem, porque o curso de enfermagem já está aqui dentro. Eu falei: Não, professor... tentando acomodar... bom, eu falei: eu não quero inimigos dentro da escola. Mas resultado é que eles ficaram amigos. Eles falavam assim: esse cursinho morre, esse cursinho vai morrer, já nasceu meio morto. Eu falei: não, ele tem um coração tão forte, tão vivo, tanto quanto a odonto quando foi criada, há 40 anos. Esse curso não vai morrer. E olha, eu tive... eu vim buscar cadáveres aqui, com o Dr. Abadio... Buscar cadáveres, porque lá só tinha a cabeça, era só odonto. E eu levei. E eu trouxe os caixões, levei os cadáveres comigo, minha Nossa Senhora... mas levei, porque falei: eu não vou mandar alguém buscar, o diretor lá não vai deixar, eu vou levar. E levei. Já não era mais aquele diretor, já era outro, que empecilhava um pouco a coisa. E a gente foi, foi. Aí quando o diretor montou o curso, fez vestibular sem o curso ser aprovado. Mas depois foi, quando a primeira turma se formou o curso já era reconhecido. Foi uma luta. Bom, eu feito um leão naquela jaula enorme, dizendo vai ser, vai aprovar, e procurava as pessoas da cidade que tinham graduação, por exemplo, biologia... é... português, inglês, coisas assim, para dar aula para os nossos alunos. Eu falava: o senhor vai ganhar pouco, mas vai ser professor da faculdade, é interessante pro senhor, é título pro senhor... quer dizer, eu dourava um pouco a pílula,

e eles aceitavam dar aulas para nós. Muitos deles, fiz amizade, com vários professores de lá. Um deles, que eu posso lembrar o nome dele agora chamava-se Dr Loyola, me ajudou até a criar o primeiro curso de Especialização. Olha que eu já começava com o curso de especialização, mal tinha arrumado bem a graduação, então era meio maluco.

Perg.: A senhora ficou 11 anos com a gente, aqui na UFTM, e o que a gente percebe foi que a senhora mesma colocou, é que a senhora é uma desbravadora. O que motiva a senhora a ser desbravadora? O que motiva a senhora a criar estes cursos e acreditar nos cursos?

R.: Quando eu me formei no curso de enfermagem de Ribeirão Preto, eu fui da 2ª turma. Então, pra mim, Maria Lúcia, era um curso limitado. Eu saí com muita sede de conhecimento. Eu pensei comigo mesma: deve haver cursos por aí muito ruins, porque USP era USP. Era um título da USP e eu senti, nestes 4 anos, que eu podia crescer mais. E aí fui fazendo, fiquei docente na USP e fui fazendo especialização, mestrado, fiz especialização na medicina, mestrado na medicina, como enfermeira mas dentro da medicina. Fiz o mestrado em matemática, no departamento de matemática. Um dia eu disse pro reitor: o senhor trata a gente como se fosse capacho. Ele falou: vocês alunos todos são capachos. Eu quis matar o diretor do curso, mas ele tava dando o curso pra gente, falei: tá bom, professor, continue falando o que o senhor estava falando. Danada com ele, mas foi assim que eu fiz especialização, mestrado, e depois do mestrado fiz o doutorado, não lá porque lá não tinha. Eu fui fazer o doutorado na federal do Rio de Janeiro, doutorado e livre-docência. Voltei pra cá dizendo: eu quero fazer uma enfermagem diferente por aí afora. Foi quando fui convidada, pelo reitor então diretor, mas que era um dos diretores da USP, que foi para São Carlos ser o coordenador de curso de biologia, único curso que tinha, e ele soube da minha sede de fazer coisas, da minha vontade de fazer, e alguém disse pra ele que eu estava desocupada. Então, ele telefonou pra mim e falou: professora, eu quero que a senhora venha montar um curso aqui. A senhora pode vir? Eu falei, eu posso mas eu não sei fazer nada. Ele falou: venha, que eu lhe explico. Eu vou mandar um carro. Aí fui eu e meu marido lá, porque precisava ajeitar meu marido, né? Cheguei lá com meu marido, ele disse assim: olha, eu tenho um curso, eu quero um curso de enfermagem aqui. A senhora vai montar o projeto, e vai mandar pro MEC, e eu aprovo este projeto no MEC. Eu falei: professor, mas meu conhecimento é pouco. Mas, se o

senhor quiser, eu venho fazer. Se o senhor arregaçar as mangas comigo, eu vou fazer. Pode não ser o melhor, mas vou fazer o que de melhor souber. E eu fui pra São Carlos. Primeiro curso, depois da USP Ribeirão Preto, e na USP Ribeirão Preto eu fui aluna, foi São Carlos.

Perg.: Então, a senhora certamente fazendo parte do processo de avaliação dos cursos, a senhora veio para Uberaba?

R.: Não, já não, em São Carlos eu fiquei 10 anos.

Perg.: A senhora ficou primeiro em São Carlos?

R.: Fiquei em São Carlos 10, 12 anos. Fiquei muito. Aí a família toda foi pra São Carlos. Meu marido não queria ir, mas eu falei: sem meus filhos eu não vou. E foi de Ribeirão Preto para São Carlos, fomos todos. E em São Carlos os meninos começaram estudando e eu comecei trabalhando, e aí comecei fazendo especialização para os docentes, e foi difícil, foi muito difícil, mas quando eu saí de lá já deixei o curso montado, reconhecido, com especialização feita. É claro que não era uma especialização, era uma especialização meio truncada, porque a gente não tinha elementos, mas tinha uma vontade tremenda de fazer coisas novas. E às vezes, fazendo coisas novas, a gente erra muito, e eu confesso que errei muito mas não me arrependo. Não me arrependo porque foi daí que eu vim parar aqui, pelo Conselho Federal de Educação, como Comissão Verificadora, e daí tem esse curso maravilhoso hoje designado pelo MEC como o melhor curso do Brasil. Isto é um orgulho pra mim, muito grande. Isso começou com uma sementinha tão difícil... Foi assim. Eu acho que já disse tudo que você queria saber.

Perg.: Qual o significado da vida da senhora depois de tanta coisa que a senhora fez?

R.: Olha, eu sempre digo assim: eu sou meio teimosa, meio disposta. Eu com quinze anos eu fui professora primária no nordeste. Porque a gente fazia o primário, ginásio, naqueles tempos era ginásio, olha, o Dom Pedro ainda não tinha vindo pro Brasil, e fazia ginásio e do ginásio, a gente fazia os dois últimos pedagógicos também juntos e saía professora. Eu, com 15 anos, era professora no nordeste brasileiro, e eu fui uma... falei assim, se eu quebrar a cara, a cara é minha, mas que bom, conhecer crianças novas num lugar novo, a primeira escola, a primeira professora. Os alunos de 6 a 16 anos, todos analfabetos. Foi essa a minha primeira experiência, e eu consegui vencer

essa primeira experiência maluca, então eu achei que eu era capaz. Depois, quando eu vim para o sul, eu vim fazer medicina, não queria fazer enfermagem. Aí, problemas de saúde na família, e minha mãe faleceu, aí eu fiz enfermagem, mas com raiva. Eu fiz enfermagem com raiva. Um dia a professora de Psicologia falou: Maria Lúcia, faz medicina!. Eu falei: eu não passo nessa porcaria! Eu não passo, e já é por isso que estou aqui. E aí eu comecei a gostar de enfermagem, mas não gostar. Comecei a desafiá-la. Eu fui uma desafiadora da enfermagem. Porque eu não gostava do curso que eu ganhei, que eu fiz a primeira vez. Eu achei o curso pouco para o que eu queria aprender. Aí eu fui fora, quer dizer, eu falei se eu fizer fora, eu já sou doutor! O auxiliar de Uberaba falou: se a senhora vier eu abro concurso pra professor titular pra senhora fazer o curso. E eu num ia? Ele abriu concurso para professor titular, eu fiz o curso, fiz o concurso, passei, porque não era interesse deles me reprovarem e também eu estudei muito para esse concurso porque eu estava desafiando. Eu era uma desafiadora. Aí fiz o concurso para professor titular. Eu era professor doutor livre-docente titular, então tudo isso me deu muita satisfação. Me fez chorar muitas vezes, me fez brigar muitas vezes, mas eu não sou de briga, eu brigo pouco e corro. Então, eu fui uma pessoa que acredito que se eu não fiz nada pela enfermagem no Brasil, eu não fui das piores não. E agradeço a Deus ter me dado essa coragem, o marido que me deu pra aceitar as minhas andanças e os enfermeiros, pois vou dizer pra ti: quando cheguei aqui, dei um curso ruim, não dei curso bom, não acredito que dei curso bom. Mas eu dei o curso. E eu dizia assim: vocês lá em Ribeirão Preto, aceitem os nossos docentes, eu quero que eles sejam amanhã muito melhores do que eu. E tá aí o resultado, eles são muito melhores do que eu, porque hoje, já têm aqui a 1ª escola do Brasil. Você entendeu? É isso, a minha vida foi um desafio.

Perg.: Alcançou seus objetivos?

R.: Eu acredito que sim, porque agora eu já sei analisar os erros, os erros que cometi como aluna e como docente e como coordenadora de curso de enfermagem, eu errei muito. Mas eu aceito os meus erros como parte da minha ignorância e do meu próprio aprendizado como coordenadora de um curso. Não interessavam os títulos de doutor, mas eu era inexperiente na vida profissional. Eu queria Pediatria Social, sabe por quê? Porque eu queria conhecer a realidade da mãe lá na casa dela. Essa realidade me interessava muito. Porque dar aula é diferente. Você ir lá com a mãe e ver aquela realidade dolorosa – que é dolorosa! – isso me desafiava. Isso pra mim era uma beleza

fazer. Até hoje eu ainda acho que eu não devia ter parado ainda, eu devia estar como professor de alunos lá nos sertões. Pra que eles aprendessem melhor o que é ser enfermeiro dentro de uma comunidade carente, dentro de uma miséria muito grande, e você ouvir a mãe dizer, eu falei, olha, rapidinho, eu falei pra uma mãe com duas bacias de água dentro de casa, eu falei pra ela: o que a senhora faz que usa as duas bacias? Disse para os alunos: ouçam o que vou conversar com essa mãe. Ela falou: 'ih, minha fia, hoje passou o caminhão, amanhã ele num passa, só passa depois de amanhã, essas duas bacias têm que valer dois dias'. Como é que a senhora divide? 'Uma latinha eu tiro pra beber, outra latinha eu tiro pra cozinhar, o resto nós faz tudo'. Que tudo? Até o banho das crianças? Ela falou: 'Que banho, muié? Nós lava as parte, os pé e cabô!'(sic) Você pode dizer a esta mãe que ela não estava certa? Estava. Aí o aluno falou: o que é que eu faço? Nada. Não tem nada pra fazer. Eu falei: Como não tem? Nós precisamos arranjar mais vasilhames para eles botarem mais água, pra ela juntar mais água, ensinar a ferver água pra beber, uma série de coisas. Porque eu falei pra mãe: Olha, o pó, a pele respira. Ela falou: Isso aqui?? Eu disse: é, respira. 'Ah, nós só respira pela venta e pela boca'. Falei: não, respira por todo o corpo. E os seus meninos respiram sujeira, por isso eles ficam doentes. Então, vocês têm sempre o que fazer. Nunca se diz que não tem o que fazer. Essa foi minha vida, eu não sei se valeu pra você.

Perg.: Eu queria dizer que estou muito emocionada, por estar entrevistando a senhora. Porque quando a senhora diz da ignorância, os erros que talvez tenha cometido eu tiraria como sabedoria. O verdadeiro sábio, ele olha os erros e aprende com eles. Então essa é a sabedoria. E eu assim, fiquei muito feliz em poder ter sido a pessoa que foi escolhida para poder fazer esta entrevista.

R.: Obrigada.

Perg.: O que a gente enxerga: muita motivação, muito crédito, e você faz a gente acreditar nesse curso...

R.: [Interrompe com veemência:] Mas eu acredito! Eu acredito! Nessa enfermagem que hoje está 200 vezes melhor do que aquela que eu fiz, eu acredito, agora que eu acredito nessa enfermagem. Por isso, vir aqui, pra mim não é bom, é ótimo. Vir aqui, pra mim, é uma bênção de Deus. Eu agradeço.