

Lição

**Construção disciplinar da enfermagem. Uma leitura
histórico-epistemológica**

Paulo Joaquim Pina Queirós

Provas de Agregação em Ciências e Tecnologia da Saúde
e Bem-Estar: Especialidade em Enfermagem

Universidade de Évora

2024

Sumário pormenorizado da lição à que se refere a
alínea c) do artigo 5º, do Decreto-Lei no 239/2007, de 19 de junho.
Ou seja: “... lição sobre um tema dentro do âmbito do ramo do
conhecimento ou especialidade em que são prestadas as provas, e
sua discussão.”

Sumário:

Nota prévia.

1. Justificação do estudo.....	5
2. Enquadramento da lição: num curso, numa disciplina, nos estudantes.....	6
3. Planeamento pedagógico da lição.....	7

Lição

Construção disciplinar da enfermagem em Portugal. Uma leitura histórico-epistemológica

1 – Introdução.....	9
2 - Identidades profissionais e processos de profissionalização.....	10
3 - Os conceitos de epistemologia, conhecimento, ciência. Características do conhecimento científico.....	17
4 – Considerações que informam esta leitura histórico-epistemológica.....	23
5 – Diferenciação. Um longo percurso até aos finais do século XIX, (1º período).....	27
5.1 – O processo de diferenciação de funções dentro dos mosteiros.....	27
5.2 – As primeiras notícias (nomes) de enfermeiros e enfermeiras.....	30
5.3 – Enfermarias e hospitais medievais não monacais.....	31
5.4 – Remunerações: Hospital de Todos os Santos. Enfermaria de S. Jorge da Mina; Hospital Novo de Coimbra; Hospitais da Universidade de Coimbra.....	33
5.5. – Os livros sobre enfermeiros, enfermeiras e enfermarias. As instruções para enfermeiros. A aprendizagem em contextos de trabalho – aprendizes.....	35
5.6 – Aumento do controlo e das normas disciplinares: três instituições de Coimbra.....	40
5.7 – O fim de profissões medievais, aumento da presença de enfermeiros.....	41
5.8 – O avanço das ciências nos séculos XVIII e XIX, e o controlo da medicina...44	
5.9 – O singular caso das parteiras: ensino formal e licenciamento.....	45
6 – Profissionalização. Dos finais do século XIX aos finais do século XX, (2º período).47	
6.1 – O ensino formal. As escolas de enfermeiros.....	48
6.2 – Das escolas de enfermeiros às escolas de enfermagem. Dos primeiros professores de enfermagem ao controlo do ensino pelos enfermeiros. As reformas de ensino.....	51

6.3 – As associações profissionais. O combate ao exercício ilegal da profissão, as carteiras profissionais. Os congressos nacionais de enfermagem.....	61
6.4 – Imprensa profissional e imprensa científica de enfermagem. A escrita científica.....	64
6.5 – Teorizar a atividade. A evolução internacional em paradigmas. A chegada do pensamento das teóricas de enfermagem a Portugal.....	67
6.6 – Marcos finais do período. Formação de nível superior, o regulamento do exercício profissional e o órgão regulador.....	77
7 – Consolidação de saberes. Desde os finais do século XX à atualidade, (3º período)...	78
7.1 - Finalmente o Regulamento e o Órgão Regulador.....	78
7.2 – Ensino Superior, um processo ainda não acabado. Unidades de Investigação.	79
7.3 – Desenvolvimento da epistemologia da enfermagem.....	84
7.4 – Clarificação, a enfermagem como uma ecologia de saberes.....	89
8 – Síntese final.....	92
9 - Bibliografia mínima, para um rápido aprofundamento de conteúdos.....	95
10- Referências bibliográficas.....	96

Nota prévia

1. Justificação da lição

As disciplinas emergentes, como é o caso da enfermagem, vivem momentos de afirmação junto da comunidade científica e da sociedade, que mais não são, desafios para se pensarem e construírem o seu discurso epistemológico explicativo. Da capacidade explicativa resulta a possibilidade de construção narrativa de posicionamento num campo específico, de afirmação de conhecimento próprio, autónomo. Sendo ao mesmo tempo impulsionador do desenvolvimento interno como disciplina, traduzindo-se concentração de saberes em torno de objetivos próprios, núcleo de interesses disciplinares específicos. O caminho interno ao grupo disciplinar, naturalmente confronta-se com dificuldades inerentes à presença de outros, com desenvolvimentos mais antigos e, também por isso, mais consolidados no campo da ciência e na sociedade. A afirmação de um campo científico é um processo que se desenvolve no campo de jogo de poderes científicos, de ciências instaladas, que podem percecionar as disciplinas emergentes como ameaça, e de poderes sociais, no sentido que existem práticas sociais resultantes da sua ação ou aplicabilidade, traduzidas nas disputas de campo profissional. De facto, as ciências são construções humanas, e como tal, nascem, desenvolvem-se, competem entre si, afirmam-se, consolidam-se, e algumas reconvertem-se ou desaparecem, no quadro geral da atividade humana.

Sendo a ciência um processo humano é imbuído de historicidade. Há cerca de duas décadas, interessei-me e senti necessidade de encontrar uma construção teórica da enfermagem, que respondesse a questões simples como estas: O que é a enfermagem? O que são os conhecimentos de enfermagem? Como se criam os saberes de enfermagem? É a enfermagem uma ciência, e se sim, como se pode argumentar? Este interesse levou a que tenha concentrado a minha atividade de investigação e docência na área da teoria de enfermagem, das teorias de enfermagem, da epistemologia.

Por sentir, que continua a justificar-se, e que é mesmo necessário insistir no desenvolvimento concetual da enfermagem, entendi por útil que a lição de agregação fosse em torno desta temática, dando-lhe o título: “*Construção disciplinar da enfermagem em Portugal. Uma leitura histórico-epistemológica*”.

Construção, por se tratar de um processo humano em desenvolvimento. Disciplinar, por se situar no campo das ciências humanas práticas, - como veremos na

lição -, ou seja, que se justifica pela existência gemelar da teoria-concepção/prática-ação profissional, de onde decorre que falar de disciplina é falar associadamente da concepção e da prática profissional.

Uma abordagem específica em Portugal, porque o contexto é português, embora com as influências internacionais, mais tardias do que simultâneas, pelo menos até determinado momento. Sendo que o desenvolvimento da enfermagem em Portugal apresenta caminhos e particularidades próprias, com terão caminho e particularidades os processos de desenvolvimento específicos de outras geografias. Entendendo como simplista, abusivo e deturpador, uma visão generalizada internacional destes processos de desenvolvimento histórico-epistémicos, sem a devida consideração das particularidades nacionais.

Importa referir, que o tema desta lição, tem sido objeto de estudo, investigação, construção de pensamento, de publicações e comunicações científicas, nacionais e internacionais, levadas a cabo por mim, ao longo das duas últimas décadas, sobretudo enquadrado no Projeto Estruturante de “História e Epistemologia da Saúde e Enfermagem”, e do Estudo Associado em “História Saúde e Género – Espanha, Portugal, Brasil” (HISAG-EPB), da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), e mais recentemente também no âmbito dos trabalho científicos da Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem. Será por isso, natural, que o texto desta lição esteja fortemente enriquecido, com a produtividade científica, que temos vindo a realizar nos últimos anos.

2. Enquadramento da lição: num curso, numa disciplina, nos estudantes.

Esta lição foi pensada para ser lecionada a estudantes pós-graduados. Estudantes de mestrado ou de doutoramento, ou de curso pós-graduados não conferentes de grau. O nível de desenvolvimento e profundidade dos conteúdos adequam-se, no nosso ponto de vista, ao desenvolvimento de competências e capacidades nos estudantes de segundo e terceiro ciclo de formação superior.

Por exemplo, esta lição, pode constituir a primeira sessão letiva de uma unidade curricular de “Teoria de Enfermagem”, ou de “Enfermagem, Conceção e Profissionalidade”, de um curso de mestrado, ou servir de enquadramento a uma disciplina concetual de um programa de doutoramento em enfermagem. Nesse sentido,

funcionaria como introdução à temática a desenvolver ao longo de cargas horárias mais extensas (por exemplo em curso de mestrado trinta e seis horas letivas).

Os estudantes, que frequentam estes cursos, são licenciados em enfermagem. Tiveram o desenvolvimento de temáticas de teoria da enfermagem, nos seus percursos de graduação, e são portadores de alguma, ou substancial, experiência profissional, que ajuda, criando um campo propiciador para o desenvolvimento de competência e capacidades reflexivas concetuais, teóricas, naquilo a que, com gosto, temos vindo a designar, ao longo da atividade docente, de uma “prática teórica da enfermagem”.

3. Planeamento pedagógico da lição.

A lição destina-se, neste concreto, à prestação de provas de agregação, em Ciências e Tecnologia da Saúde e Bem-Estar: Especialidade em Enfermagem, na Universidade de Évora. Sendo pensada e redigida para esta finalidade, em texto original, desde a sua conceção inicial, não obsta, que a considere como válida para uma sessão inicial, introdutória de uma programa pós-graduado em enfermagem. Sendo um texto novo, original, não deixa de transportar o que o seu autor foi adquirindo, e em alguns casos, publicando, ao longo dos últimos anos de estudo e reflexão.

Num e em outro caso, o texto da lição que aqui se apresenta, traduz o texto base de suporte de conteúdos a desenvolver, e carece da necessária adequação na transposição didática para oralidade de uma sessão letiva. Neste concreto, ajustamento aos tempos expositivos previstos em cada uma das duas sessões: uma hora no máximo para a lição de agregação, nos termos do ponto 4, do artigo 13º, do Decreto-Lei nº 239/2007, de 19 junho. No caso de suporte a sessão letiva de um curso, a exposição oral, será adequada no máximo a cento e dez minutos. O texto da lição constitui em si, um instrumento colocado à disposição dos estudantes para estudo.

A lição de agregação será desenvolvida, conforme anteriormente dito, num período temporal máximo de uma hora. O público-alvo, naturalmente será o júri das provas, e a metodologia usada será a exposição oral e direta, com o suporte à utilização de um meio audiovisual para apresentação de diapositivos, que correram ao longo da sessão, como elementos de sumarização dos aspetos essenciais que vão sendo expostos.

O objetivo geral da lição é proporcionar uma leitura histórico-epistemológica do processo de construção disciplinar da enfermagem em Portugal.

A lição, para além desta nota inicial, justificativa do tema, enquadradora e de planeamento, desenvolve-se em oito capítulos. Os primeiros quatro, mais conceituais e de maior enquadramento do processo de desenvolvimento das disciplinas e das ciências. Os três capítulos seguintes, são mais expositivos e explicativos, do percurso da construção disciplinar, ao longo de três grandes períodos históricos. O último capítulo, dá lugar a uma síntese final, em que se procura uma visão geral. Não termina esta lição sem a indicação de uma bibliografia mínima para um rápido aprofundamento de conteúdos, e as necessárias referências bibliográficas.

Lição

Construção disciplinar da enfermagem em Portugal. Uma leitura histórico-epistemológica.

1 – Introdução.

A construção disciplinar da enfermagem, no contexto português é resultante de um longo processo que fluiu desde os primórdios da nacionalidade, onde é possível identificar enfermeiros em atividade e, a manterem-se, numa presença contínua até aos dias de hoje. Um processo naturalmente não linear, mas onde se podem identificar etapas, períodos balizados por marcos significativos. Marcos, que correspondem a incrementos, acelerações, ou modificações estruturais notórias. Explicaremos a evolução em três períodos. Um primeiro período, na nossa leitura histórico-epistemológica, a terminar em dois acontecimentos relevantes, a criação da primeira escola de enfermeiros em 1881, e o surgir da palavra enfermagem para designar o coletivo profissional em 1896. Um segundo período, a ocorrer até à presença de três factos a que atribuímos significado: o ensino de enfermagem a nível superior, em 1988; a criação Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, em 1996; e a criação do órgão regulador da atividade profissional 1998. Um terceiro período, desde os finais do século XX, aos dias de hoje.

Antes da explicitação do pormenor da evolução em cada um destes períodos, encontramos vantagem, em aclarar os conceitos de identidade profissional, processo de profissionalização, nascimento disciplinar e características dos saberes científicos, o que constituirá a primeira parte deste texto. Uma segunda parte consistirá na explanação de cada um dos três períodos propostos, com um preâmbulo onde serão expostas seis considerações de partida para esta leitura da construção histórico-epistemologia da disciplina de enfermagem em Portugal. Concluiremos com uma síntese final.

Definimos como objetivo geral desta lição, proporcionar uma leitura integrada do desenvolvimento, dos saberes e das práticas, dos enfermeiros e da enfermagem em Portugal, numa leitura histórico-epistemológica do processo de construção disciplinar da enfermagem.

2 - Identidades profissionais e processos de profissionalização.

A ideia de comunidade profissional e de saberes profissionais, remete-nos para a identidade profissional. O processo constitutivo da identidade da enfermagem, grupo que encontrou a designação e vê reconhecido socialmente essa designação, resulta de processos constitutivos múltiplos, de jogos de poder, e de dinâmicas internas e externas ao grupo.

Sobre a produção de identidades sociais Pinto (1991), elucida-nos que “implica a imbricação de dois processos: o processo pelo qual os atores sociais se integram em conjuntos mais vastos, de pertença ou de referência, com eles se fundindo de modo tendencial (processo de identificação); e o processo através do qual os agentes tendem a autonomizar-se e diferenciar-se socialmente, fixando em relação a outros, distâncias e fronteiras mais ou menos rígidas (processo de identização)” (p. 218). Esclarece o autor citado, que retirou as expressões “identificação” e “identização”, de Tap (1986).

As identidades são para Sainsaulieu (1986) resultantes de um processo de aprendizagem cultural em relação com a prática de poder no exercício quotidiano do trabalho. As identidades “constroem-se por integração e por diferenciação, com e contra, por inclusão e por exclusão, por intermédio de práticas de confirmação e de práticas de distinção classistas e estatutárias” (Pinto, 1991, p. 219).

Para a análise da construção das identidades profissionais faz-nos sentido utilizar o conceito de *habitus* de Bourdieu. Para este autor, “em cada um de nós, em proporções variáveis, há o homem de ontem; é o mesmo homem de ontem que, pela força das coisas, está predominante em nós, posto que o presente não é senão pouca coisa comparada a esse longo passado no curso do qual nos formamos e de onde resultamos. Somente que, esse homem do passado, nós não o sentimos, porque ele está arraigado em nós; ele forma a parte inconsciente de nós mesmos” (Bourdieu, 1983, p. 65).

Esta permanência permite dar sentido ao conceito de “*habitus* – entendido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de perceções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas, que permitem resolver os problemas da mesma

forma, e às correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzidas por esses resultados” (Bourdieu, 1983, p. 65).

Sendo então que, “se o *habitus* pode funcionar enquanto operador que efetua praticamente a ação [...] é porque ele é história feita natureza, isto é, negada enquanto tal porque realizada numa segunda natureza. Com efeito, o «inconsciente» não é mais que o esquecimento da história que a própria história produz ao incorporar as estruturas objetivas que ela produz nessas quase naturezas que são os *habitus*” (Bourdieu, 1983, p. 65).

Noção de *habitus*, que embora sendo de natureza diferente, faz-nos lembrar o conceito de «inconsciente coletivo» de Carl Jung. Ou seja, nos processos de construção identitária profissional, a socialização das formas expressas de ser e, nesta linha de raciocínio, as não expressas, mas marcadamente em presença, têm peso significativo na coesão grupal, nos processos internos ao grupo, de identificação, e consequentemente de diferenciação com outros.

Recordemos ainda a clarificação do conceito de *habitus* para Bourdieu: “O *habitus* é a mediação universalizante que faz com que as práticas sem razão explícita e sem intenção significativa de um agente singular sejam, no entanto, sensatas, razoáveis e objetivamente orquestradas.” (Bourdieu, 1983, p. 64).

Tivemos a ocasião de refletir sobre a construção da identidade profissional dos enfermeiros, nos seguintes dois textos publicados em 2015: “*Identidade Profissional, História e Enfermagem*” (Queirós, 2015a); e “*Contribuição da História da Enfermagem para a Construção da Identidade Profissional*” (Queirós, 2015b).

No primeiro texto, argumentávamos que “a identidade profissional de enfermagem, é resultante de um misto de processos exteriores à enfermagem e internos à profissão, «a construção política dessa identidade coletiva [profissão de enfermagem] vem sendo moldada também pelo papel dos enfermeiros nas entidades de classe, nas escolas de formação profissional, na realização de eventos, na socialização do conhecimento por meio dos periódicos específicos do sector» (Padilha et al., 2011, p.242)” (Queirós, 2015a, p. 49).

Em estudo sobre a realidade da enfermagem portuguesa, Lopes (1996), afirma acerca das «manifestações ideológico identitárias atualmente dominantes, constatou-se

que estas se organizam em torno de duas categorias relativamente diferenciadas, que se designaram, respetivamente, de profissionalismo e profissionalização» (p. 3). Acrescentando que «em qualquer destas categorias a produção de espaços de autonomia profissional constitui o elemento central, o que, sublinhe-se, assinala o distanciamento em relação às formas de subordinação incorporadas na matriz da vocação, e desloca a tradicional relevância conferida às qualidades pessoais para o domínio das qualificações profissionais» (p. 3). Neste seguimento tivemos a oportunidade de escrever: “No profissionalismo a ênfase é, segundo Lopes (1996), colocada na necessidade de crescente especialização do campo da enfermagem. Na profissionalização a ênfase é colocada na revalorização das competências relacionais, sustentadas em saberes de natureza teórico formal, constituindo essas competências o *locus* privilegiado de articulação das competências técnicas.” (Queirós, 2015a, p. 49).

No segundo texto, sobre os contributos da história da enfermagem para a construção da identidade profissional, revendo alguns autores, alegávamos que “a identidade profissional é um processo em que se cruzam passado e presente, perspetivas pessoais e visões de grupo, constrangimentos sociais e vontades organizadas. Como processo, é uma construção humana em constante atualização, formada e transformada continuamente e a permanecer sempre incompleta (Hall, 2000). E, em continuidade, dizíamos que: “Os profissionais vão tecendo a identidade profissional por meio de dois processos distintos - a identificação e a identização (Tap, 1986), assumindo a integração em conjuntos de pertença e referência, criando simultaneamente autonomias, diferenciações, distâncias e fronteiras em relação a outros. Sendo assim [a identidade profissional], é um conceito iminentemente relacional (Pinto, 1991), fortemente dependente das relações de poder estabelecidas e do lugar que o indivíduo ocupa no grupo (Esteves, 2012) no qual as identidades coletivas constituem-se a partir não só de um agregado de interações sociais, mas também de razão político-estratégica dos atores (Padilha et al., 2011)” (Queirós, 2015b, p. 164).

Sobre o papel da história neste processo concluíamos que “sendo um processo de construção humana debruça-se sobre esse outro processo de construção das identidades profissionais com objetividade e, ao criar ciência histórica, contribuí para a atualização identitária, pelo esclarecimento que proporciona das linhas constituintes dos contextos,

onde mentalidades e ideologias dão cor e matizam visões da enfermagem e dos enfermeiros.” (Queirós, 2015b, p. 166).

As características de uma profissão, para Ruddy (1998), incluem: (1) uma base definida de conhecimentos, (2) poder e autoridade sobre o treinamento e o ensino, (3) registo, (4) serviço altruísta, (5) código de ética, (6) socialização profunda e (7) autonomia. Acrescentado McEwen e Wills (2009), que uma profissão também deve ter uma meta institucionalizada ou missão social, assim como um grupo de estudiosos, investigadores ou pesquisadores, que trabalham para avançar continuamente o conhecimento da profissão com o objetivo de melhorar a prática (citando Schotfeldt, 1989). Além disso, os profissionais são responsáveis por seu trabalho perante o público.

Estando reunidas as características de profissão expressas no parágrafo anterior, completemos a informação com a citação de Santos, referindo que para Blin, “as atividades profissionais são entendidas como sendo construções históricas (função das representações anteriores), bem como construções quotidianas, transformação das representações no exercício da atividade dos atores individuais e coletivos” (Blin, 1997, p. 63, citado por Santos, 2011, p. 68).

O mesmo autor, (Santos, 2011), baseado em Dubar e Tripier (1998, p. 40) refere como os elementos que considera essenciais na definição do conceito de profissão, os seguintes:

“- o aspeto contextual e organizacional onde a profissão emerge e se consolida – gênese da profissão relacionada com os contornos socioculturais de caráter coletivo;

“- o aspeto identitário das profissões relacionado com o mundo afetivo e valorativo do sujeito – constituinte individual do processo de profissionalização identificado como as estruturas de socialização secundária, pelo qual o indivíduo se conhece e (re)conhece;

“- o contexto grupal, constituído por um conjunto de atores sociais significativos que partilham referenciais comuns – expressão coletiva do movimento de profissionalização e resultado dos mecanismos identificatórios funcionando como grupos de referência na estrutura identitária do sujeito” (Santos, 2011, p. 70-71).

Collière (1999), chama a atenção para o facto de “ao contrário de uma profissão, um ofício não parte de uma convicção ideológica. Constitui-se a partir de uma atividade exigida pela vida do grupo social, como fazer pão, ferrar os cavalos (ferreiro) etc. Um ofício cria-se a partir da relação do homem com elementos da natureza, descobertos no universo onde vive, elementos que ele ajusta transformando-os, a fim de servirem à comunidade, para assegurar, em primeiro lugar, a manutenção da vida e depois para melhorar as condições de vida. Um ofício antes de mais assegura um serviço à comunidade.” (p. 17).

Por sua vez, “Eliot Freidson, apresenta o credencialismo, a *expertise* e a autonomia, como base para uma ocupação ser reconhecida como profissão” (Bellaguarda & Queirós, 2023, p. 2).

Refletindo sobre a autonomia da profissão, Nunes (2024), diz que: “concordamos com Eliot Friedson, que os princípios base das profissões são a autonomia, o credencialismo e o conhecimento. Claramente, a autonomia técnica é o principal elemento que define uma atividade e a maior fonte de poder, criando uma esfera de atividade da competência do profissional. O credencialismo aparece como a segunda fonte de poder profissional, enquanto sistema suportado legalmente, a partir de credenciais, fixando a jurisdição da profissão (a proibição de outros grupos ou profissionais desenvolverem o trabalho). Também é aqui que entram as instituições de formação, pois «estão no cerne do processo que alia a produção de saberes à sua aplicação num mercado fechado de serviços» (Dupar & Triper, 1998, p. 131), ou seja, são as escolas que concedem a certificação. O sistema de conhecimento de uma profissão realiza geralmente as tarefas de legitimação, investigação e instrução (Abbot, 1988) – dito de outra forma, a existência de conhecimentos próprios da profissão remete para trabalho especializado e para a base epistemológica própria.” (p. 89).

A socióloga Noémia Lopes (2001), refletindo em torno das posições de Freidson considera: “Um segundo parâmetro teórico é constituído pela distinção introduzida por Freidson (1984) entre profissão e profissionalismo. O profissionalismo é definido como a adoção de um conjunto de atitudes relativas ao trabalho e à identidade profissional, que são características dos membros das profissões autónomas. Contudo, essas atitudes não são passíveis de, por si só, assegurarem o carácter de profissão autónoma, já que este estatuto é indissociável do fechamento social e da autonomia funcional da profissão

(Freidson, 1984, p. 78-80)” (p. 32). E esclarece: “Freidson sublinha, então, que o investimento de certos grupos profissionais, e designadamente da enfermagem, na obtenção de estudos académicos superiores para a sua formação profissional, na criação de graus, códigos deontológicos e de outros produtos institucionais característicos das profissões, apenas configuram estratégias de profissionalismo (1984, p. 86). Não são, portanto, processos geradores do seu reconhecimento social como profissão, no sentido em que a sua autonomia funcional não é plenamente assegurada” (p. 33). Enfatiza ainda Lopes (2001) “... no caso da enfermagem, os condicionalismos à sua plena autonomia funcional são mais acentuados do que em outros grupos profissionais, dado que a sua atividade se inscreve num processo produtivo organizado em torno de uma profissão dominante, o que constitui um condicionalismo estrutural das formas e limites de autonomia das várias modalidades de trabalho que se inserem nesse processo” (p. 33).

A enfermagem é definida na Classificação Nacional das Profissões, desde 1994, como “uma profissão liberal, que se caracteriza por um exercício baseado em qualificações profissionais relevantes, na capacidade pessoal, responsável e profissionalmente independente, daqueles que prestam serviços intelectuais e conceituais, no interesse do cliente e do público, cujo modelo de regulação é de autorregulação” (Nunes, 2017, p. 17). A autorregulação está definida para a enfermagem portuguesa desde 21 de abril de 1998, com a publicação do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acresce que o Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro, *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* (REPE), no nº 4 do artigo 4, define cuidados de enfermagem como “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”.

É ainda em Lucília Nunes (2024) que encontramos “algumas das componentes do conceito de profissão”, realçando a autora:

- 1) “A declaração (etimologicamente, profissão significa «declaração pública») de compromisso com o cuidado às pessoas;
- 2) O compromisso com a sociedade (na forma de mandato);
- 3) A existência de competências específicas fundadas sobre saberes específicos;
- 4) A existência de um código deontológico, cuja principal função é regular o exercício da atividade;

- 5) As condições para o exercício, em termos de acesso e, relevante nesta reflexão, de desenvolvimento e especialização profissional; bem como
- 6) A posição que ocupa numa organização.” (p. 88).

Autonomia, credencialismo e conhecimento (*expertise*), são bons referenciais, constituindo-se em conceitos operatórios, para a presente análise do processo de profissionalização e construção disciplinar da enfermagem em Portugal.

3 - Os conceitos de epistemologia, conhecimento, ciência. Características do conhecimento científico.

As abordagens epistemológicas colocadas a cada disciplina e ao conjunto de saberes e conhecimentos científicos procuram a resposta a perguntas, tais como: O que nós sabemos? Qual a extensão do nosso conhecimento? Como decidimos se sabemos? Quais os critérios do conhecimento? (Schultz & Meleis, 1988). Se quisermos, a epistemologia preocupa-se em explicar como são produzidos determinados saberes, bem como a sua natureza e o seu enquadramento disciplinar.

Fourez (2008), define epistemologia como “o saber sobre a maneira como os saberes se constroem” (p. 23). Para este autor, as ciências são construções humanas, “o método de produção das ciências passa pois pelos processos sociais que permitem a constituição de equipas estáveis e eficazes: subsídios, contratos, alianças sociopolíticas, gestão das equipas, etc. Neste caso ainda, as ciências aparecem como um processo humano, feito por humanos, para humanos e com humanos.” (p. 102). Nesse sentido “o facto de uma matriz disciplinar tomar corpo e se impor como tal não é um fenómeno puramente intelectual: o paradigma impõe-se – ou é imposto – quando um número suficiente de cientistas o acha fecundo” e acrescenta “para que uma disciplina nasça, as condições intelectuais não são suficientes. É preciso, por exemplo, que as investigações «candidatas» a converterem-se no centro de uma nova disciplina estejam na encruzilhada de diversos grupos sociais, de maneira que, frente a estes, sejam levadas a adquirir uma certa autonomia” (p. 130). Ou seja, e continuando a citar Fourez (2008), “é preciso que os seus especialistas consigam criar a sua zona de autonomia na encruzilhada de vários grupos sociais” (p. 131).

Sobre a forma como os conhecimentos se constroem, poderemos considerar dois grupos, um primeiro definido como epistemologia positivista assente numa racionalidade técnica, no âmbito da qual os achados científicos, através da tecnologia, são aplicados na ação, e um segundo designado por epistemologia da prática, suportada por uma racionalidade práctico-reflexiva, ou seja, resultando o conhecimento da construção que os profissionais fazem da reflexão sobre as suas práticas. Hans-Georg Gadamer referindo-se ao conhecimento médico - medicina -, afirma que representa “dentro das ciências modernas, uma unidade peculiar do conhecimento teórico e do saber prático, uma unidade

que de nenhum modo se pode interpretar como uma aplicação da ciência à prática. É uma espécie própria e particular de ciência prática, cujo conceito se perdeu no pensamento moderno” (Gadamer, 2009, p. 53).

Isabel Alarcão, clarifica que “sucintamente, a «epistemologia da prática» consiste em o indivíduo agir em situação, em uma dinamicidade que permite a interação permanente entre a ação e o pensamento que resulta na reflexão.” (Alarcão, 2001, p. 80).

Em texto por nós publicado (Queirós & Barbieri-Figueiredo, 2015), revendo o pensamento de Schön e de José Luís Medina-Moya, afirmávamos: “Torna-se mais clara a necessidade de uma diferente racionalidade – a racionalidade prático-reflexiva -, assente na reflexão em ação, indo ao encontro de Schön (1992), já que «as formas de representação positivista atribuem aos fenómenos do cuidado profissional de saúde e aos do seu ensino uma certeza de que realmente carecem» (Medina-Moya, 2006, p. 1). A racionalidade técnica abandona a componente artística que é intrínseca à prática de cuidados, não podendo captar a singularidade, instabilidade, ambiguidade e conflito de valores que caracterizam a prática de cuidados. Nesta perspetiva, defende Medina-Moya (2002), que a atividade da enfermagem tem lugar em situações sociais de grande complexidade e ambiguidade, que não podem resolver-se pela mera aplicação de conhecimentos científicos, e que o mundo do cuidar é demasiado fluído e reflexivo para o permitir. Diz-nos Medina-Moya (2005), e citamos: «Para Schön, o profissional não atua seguindo a lógica instrumental da racionalidade técnica. Antes pelo contrário, o profissional é um prático reflexivo cuja ação se funda num conhecimento prático e tácito que se ativa durante a ação no qual podem, sobretudo pelos efeitos heurísticos, distinguir-se três componentes: *i*) conhecimento em ação, *ii*) reflexão em ação e *iii*) reflexão sobre a reflexão em ação. O elemento fundamental aqui é a reflexão em ação, posto que é o mecanismo mediante o qual se gera o conhecimento profissional (prático) que habilita para o exercício competente do cuidado.» (p. 8). A diferença entre a racionalidade técnica e a reflexão em ação está em que a primeira define a ação profissional como a aplicação desde o exterior de uma série de regras a uma realidade colada ao profissional, e a segunda assume que o profissional forma parte da realidade na qual intervém, e que, para entendê-la é necessário que compreenda a forma como se relaciona com ela (Medina-Moya, 2002).” (Queirós & Barbieri-Figueiredo, 2015, p.14-15).

Em artigo intitulado “O saber dos enfermeiros peritos e a racionalidade prático-reflexiva” (Queirós, 2015c), revíamos e argumentávamos: “A competência para agir em situações de grande complexidade, variabilidade, imprevisibilidade «implica uma mistura integrada de ciência, técnica e arte, caracterizada por uma criatividade e uma sensibilidade de artista... Esta competência para agir no imprevisível assenta num conhecimento tácito, inerente e simultâneo às ações do profissional» (Alarcão & Tavares, 2003, p. 35). Um conhecimento na ação «que se evidencia num *know-how* inteligente e socialmente relevante.» (Alarcão & Tavares, 2003, p. 35)”.

Ainda sobre a epistemologia da prática e a enfermagem, Medina (1999), refere “as soluções que melhoram a prática só podem ser obtidas através e durante a ação prática. Este movimento é o que Bishop e Scudder (1995), inspirando-se em Gadamer, denominam «espiral hermenêutica»” (p. 73).

Tendemos a concordar com Nunes (2018), quando afirma “se a prática fosse o critério da teoria, converter-se-ia num embuste e falsearia a teoria; se a teoria fosse apenas dirigida a dar indicações para a prática, não deixaria de sobrestimar o particular, nem seria capaz de resistir ao fascínio do casuístico”, (p. 113). Concluindo a autora “o problema mais profícuo e ajustado é o da unidade integradora da teoria e prática” (p. 114).

Diríamos nós, conhecimento gerado no turbilhão proporcionado, em espiral hermenêutica, onde teoria, evidências científicas, experiência reflexiva pessoal, contexto concreto, permitem encontrar soluções novas para o cuidar concreto de alguém. E, mais acrescentaríamos, inspirando-nos em Kim (2015), se esse conhecimento novo, particular e de contexto, conhecimento que emergiu (conhecimento privado), for partilhado com os parceiros do campo científico, transforma--se em conhecimento público, ou seja, conhecimento disciplinar.

Problematizando o valor da ciência, enquanto entidade global, e a existência de ciências (disciplinas), refere Foucault, que “a organização de cada saber como disciplina e, de outro lado, escalonamento desses saberes assim disciplinados do interior, sua intercomunicação, sua distribuição, sua hierarquização recíproca numa espécie de campo global ou disciplina global a que chamam precisamente a «ciência». A ciência não existia antes do século XVIII. Existiam ciências. Existiam saberes, existia também, se vocês quiserem, a filosofia. A filosofia era justamente o sistema de organização ou melhor, de comunicação, dos saberes uns em relação aos outros...” (Foucault, 2005, p. 217-218).

A afirmação de cada disciplina *per se*, dentro dum quadro de formatação em torno do conceito universal de ciência, foi e é um processo de conquista de campo, de afirmação diferenciada, que vai para além das ciências da natureza, passa pelo reconhecimento das ciências sociais e humanas, e ao nascimento de ciências emergentes.

Importa também considerar que o saber científico é um, entre vários, tipos de saberes/conhecimentos. O saber científico é também designado como “empírico”, ou seja, a forma científica de conhecer. Existem, todavia, outras formas de conhecimento, como as abordados nas citações seguintes: “O conhecimento empírico vem da observação, do teste e da replicação. Conhecimento pessoal – conhecimento *a priori* que pertence ao conhecimento obtido apenas a partir do pensamento. Conhecimento intuitivo – inclui os sentimentos e os palpites. O conhecimento intuitivo não é adivinhação, mas confia no padrão não-consciente de reconhecimento e experiência. Conhecimento somático – conhecimento do corpo em relação ao movimento físico. O conhecimento somático inclui o uso experimental dos músculos e do equilíbrio para realizar uma tarefa física. Conhecimento metafísico (espiritual) – busca a presença de um poder superior. Aspectos do conhecimento espiritual incluem a mágica, os milagres, a psicocinese, a percepção extrassensorial e as experiências de quase-morte. Estética – conhecimento relacionado com a beleza, a harmonia e a expressão. O conhecimento estético incorpora a arte, a criatividade e os valores. Conhecimento moral ou ético – conhecimento do que é certo e errado. Os valores e as normas sociais e culturais de comportamento são componentes do conhecimento ético.” (McEwen & Wills, 2009, p. 37).

Embora, o desenvolvimento dos saberes nos dois últimos séculos, até aos dias de hoje, possa constituir um enorme “epistemicídio massivo (a destruição de conhecimentos rivais entendidos como não científicos)” (Santos, 2018, p. 447), não se pode deixar de considerar, em contra corrente, nas ciências novas, como seja a ciência de enfermagem, epistemologias para além da positivista, como seja a epistemologia da prática, e a valorização de saberes não científicos, mas que não deixam de se constituir como leituras do real, no âmbito do que se pode designar como «pensamento pós-abissal» (Santos, 2007; 2018). Na nossa visão esta perspetiva interessa-nos, e a ela voltaremos, nas considerações finais quando abordarmos a enfermagem como uma «ecologia de saberes» (Santos, 2007; Nunes, 2008; Queirós, 2016a; Queirós, 2016b).

Ao considerarmos um conjunto de saberes, enfatizamos a riqueza do conhecimento humano sem desvirtuar a importância do conhecimento científico. Para a caracterização do conhecimento científico, Bourdieu (2008) afirma: “cada disciplina (como campo) é definida por um *nomos* particular, um princípio de visão e divisão, um princípio de construção da realidade objetiva irreduzível ao de outra disciplina” p. 75). E, o mesmo sociólogo acrescenta: “A disciplina é um campo relativamente estável e delimitado, portanto relativamente fácil de identificar: tem um nome reconhecido escolar e socialmente (ou seja, que está presente nomeadamente nas classificações das bibliotecas, como a sociologia por oposição à «mediologia», por exemplo); está inscrita em instituições, laboratórios, departamentos universitários, revistas, instâncias nacionais e internacionais (congressos), processos de certificação de competências, sistemas de retribuição, prêmios.” (p. 92).

Continuando com Bourdieu (2008), citemos: “A disciplina é definida pela posse de um capital coletivo de métodos e conceitos especializados cujo domínio constitui o requisito de admissão tácito ou implícito no campo. Produz um «transcendental histórico», o hábito disciplinar como sistema de esquemas de percepção e apreciação (a disciplina incorporada age como censura). É caracterizada por um conjunto de condições sócio transcendentais, constitutivas de um estilo.” (p. 92). “A noção de campo científico é importante porque relembra, por um lado, que há um mínimo de unidade da ciência e, por outro, que as diferenças disciplinares ocupam uma posição no espaço (hierarquizado) das disciplinas e aquilo que nele sucede depende em parte desta posição.” (p. 93).

Numa perspectiva da filosofia da ciência, Bortolotti (2013), considera relevante que: “Em vez de procurarmos uma explicação da ciência como um corpo de conhecimento unificado e estático ou uma explicação do que faz uma disciplina ser científica, consideremos outro projeto de demarcação. O que caracteriza uma atividade humana como uma instância de investigação científica? Três conjuntos distintos de questões parecem surgir quando consideramos respostas possíveis para esta pergunta. Primeiro, uma atividade considerada como investigação possui uma dimensão metodológica e é sistemática em vez de aleatória. Segundo, uma atividade considerada como investigação tem uma função específica e visa contribuir para um corpo de conhecimento. Terceiro, as atividades consideradas investigação científica possuem alguns aspetos sociológicos em comum, tais como o papel que os cientistas desempenham

na resolução de disputas sobre questões empíricas ou a maneira como as novas gerações são formadas em ciências.” (p. 49-50). Acrescentado Bortolotti, “duas exigências metodológicas que parecem aplicar-se a toda a atividade que gostaríamos de considerar investigação científica. Primeiro, a investigação científica deve ser conduzida de uma maneira que permita o cotejo com a realidade, ou seja, os testes devem fazer parte do processo de chegar a conclusões e de justificá-las. Segundo, quer as conclusões a que se chegou, quer os passos do raciocínio necessários para a elas se chegar, devem ser transparentes e passíveis de serem criticados.” (p. 51).

Em relação ao conhecimento criado no âmbito de uma epistemologia da prática, revemo-nos em Alarcão e Tavares (2003), quando afirmam que “só será verdadeiramente reconhecido se obedecer aos mesmos requisitos a que obedece o conhecimento proveniente das atividades de investigação: *a)* ter um carácter público; *b)* estar exposto à crítica e à avaliação pelos pares e, *c)* estar acessível para poder ser replicado e utilizado por outros.”, (p. 143).

4 – Considerações que informam esta leitura histórico-epistemológica.

A leitura histórico-epistemologia da construção disciplinar da enfermagem em Portugal será aqui feita, considerando os seguintes seis aspetos:

1) A enfermagem portuguesa, de hoje, resulta da evolução nacional do ofício de enfermeiros e enfermeiras, da evolução e do disciplinar dos seus saberes, assumidamente com diferenças da europeia ou mundial. Seguramente é nos contextos particulares de cada país ou região geográfica, que se compreenderá as dinâmicas evolutivas próprias, afastando as abusivas extrapolações de outras referências. Admitindo, no entanto, outras leituras, como válidas para outras geografias, negando desde logo a possibilidade interpretativa e explicativa do processo de construção profissional e disciplinar em Portugal, com referências extrapoladas de bibliografias, por certo meritórias, mas no nosso ponto de vista desajustadas para compreensão da construção disciplinar da enfermagem em Portugal.

Consideramos como Amado (1989), que “toda a investigação histórica carece de ser enquadrada no espaço e no tempo, trata-se de um assunto de maior relevo” (p. 144). E, é o mesmo autor a chamar a atenção para a “impossibilidade de se extrapolarem conclusões de uma área estudada, para outra, que não tenha sido objeto de estudo” (p. 144). Não esquecemos, no entanto, as influências externas e faremos referência a sequências temporais da evolução da enfermagem no exterior, quando necessário para situar sincronicamente factos e acontecimentos.

2) O tempo histórico, é por nós encarado, como um tempo de evolução não linear, com sequências, cortes, lacunas, ausências, momentos de aceleração, onde a noção de sincronia e de diacronia, como instrumentos operatórios do fazer história, marcarão a análise e a interpretação sustentada em fontes. Importa ainda considerar, como refere Alarcão (2008), que “toda a história tem personagens, um lugar onde sucede e um tempo em que decorre” (p. 9).

3) A epistemologia é eivada de temporalidade, onde a leitura histórica, permite a compreensão mais profunda da evolução das ciências, neste concreto da ciência de enfermagem. Mas, não esquecemos a possibilidade de uma grelha de análise foucaultiana, numa perspetiva genealógica, valorizando os contextos de poder, de afirmação e de submissão, colocando-nos numa postura metodológica onde os elementos operatórios de Foucault, ajudam-nos e integram-se, para uma visão mais sustentada da análise histórico-

epistémica, não constituindo em si ponto de partida metodológico, mas complemento de análise.

A este propósito Siles (2010), realça a importância da historiografia de enfermagem para a identificação das coordenadas científicas da disciplina e para “vertebrar o processo de produção do conhecimento pelos enfermeiros mediante a identificação dos determinantes da evolução dos cuidados, evolução e constitui o princípio essencial do processo de socialização do coletivo tanto a nível profissional como disciplinar; o mesmo é dizer, a historiografia perfila a consciência histórica deste grupo humano e contribui para construção social da disciplina “ (p. 127).

4) Uma visão multidisciplinar, essencial para se conseguir, com maior amplitude e profundidade, a perceção dos processos histórico-epistemológicos e, no concreto o da construção disciplinar da enfermagem, pelo que apelaremos aos contributos conjugados da sociologia, da filosofia, da história e naturalmente da própria ciência de enfermagem.

5) Duas importantes constatações factuais. Primeiro, considerar a distinção entre cuidar (da essência da condição humana e por isso sempre terá existido) e o cuidar dos enfermeiros e enfermeiras, que naturalmente só surge, quando surgem essas pessoas, com essas funções. Em segundo lugar, considerar que só há enfermagem, quando surge o termo para a designação desta atividade desenvolvida pelo coletivo de enfermeiros e enfermeiras (como veremos pelos finais do século XIX). Antes, havia enfermeiros e enfermeiras, enfermos e enfermas, enfermarias, mas não havia enfermagem.

6) Redutor, uma visão (divisão) da enfermagem como uma profissão e uma disciplina/ciência, porque indutora de um raciocínio disjuntivo, falsa separação entre teoria e prática, de algo que surge unido, se desenvolve em múltiplas ligações influenciadoras, se consolida conjuntamente, num âmbito de uma epistemologia da prática.

Acompanhamos neste concreto Lucilia Nunes (2017) quando considera: “A enfermagem tem sido (e continua a ser) definida como profissão ou disciplina (note-se a partícula de ligação «ou»). Se prestarmos alguma atenção, identificamos discursos em que se refere a enfermagem “como disciplina e como profissão” – percebemos esta «clivagem» (agora, a partícula de ligação é «e») e também já a utilizamos no passado. Mas ao dizer que “enfermagem é uma disciplina e uma “profissão” afirmamos uma dualidade aparentemente paritária que deve ser discutida. Ou seja, é do mesmo nível de

abstração ser uma disciplina e ser uma profissão?” (p. 34). E ainda, seguindo Nunes (2017), “consideramos que a enfermagem é uma disciplina do conhecimento que se materializa, no nível operativo, numa profissão e que o exercício da profissão concorre para o fluxo de conhecimento”. (p. 36).

A este propósito, o pensamento de Guitard e Torres (2003), parece-nos esclarecedor, vejamos: “encontramos três tendências na relação teoria-prática. A primeira fala da existência de uma dicotomia ou de um vazio teoria/prática e a sua necessária superação. Uma segunda propõe uma visão hierárquica e unidirecional em que a prática está sempre prescrita e determinada pela teoria – é a que impera na maioria das escolas de enfermagem. E a terceira, contrária às anteriores, defende uma visão dialética, na qual a teoria e a prática são mutuamente constitutivas.” (p. 177).

Colocados estes seis aspetos, consideramos que a evolução da atividade de enfermeiros e enfermeiras, chega aos finais do século XIX com a presença de elementos inerentes ao processo de profissionalização, - progressiva transformação de ofício em profissão. Mas, é a partir das duas últimas décadas do século XIX, que pudemos considerar a entrada num período de aceleração do processo de profissionalização e de desenvolvimento de saberes próprios, que se estende por um século, até aos finais do século XX, onde outros marcos – a entrada da enfermagem no ensino superior, a publicação do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem e a criação do órgão regulador da profissão – completam um conjunto de elementos de profissionalização, abrindo campo a um outro período, o atual, de consolidação (de forma evolutiva, como não podia deixar de ser) da ciência de enfermagem.

Na análise fina dos longos períodos perceber-se-á a razão de ser da instituição de alguns marcos e do estabelecer de períodos, que na sua sucessão, permitem, uma leitura dos processos conducentes ao provir disciplinar da enfermagem.

Vejamos período a período, através de **uma leitura histórico-epistemológica da construção disciplinar da enfermagem em Portugal.**

1º período – **Diferenciação.** Um longo percurso até aos finais do século XIX. Com a presença de elementos de profissionalização e disciplinar de saberes, mas em que a característica central é a diferenciação da atividade. Tendo como marcos, de final do período, a primeira escola formal de enfermeiros, e a criação da palavra enfermagem.

2º período – **Profissionalização**. Dos finais do século XIX aos finais do século XX. O acelerar da profissionalização com o inerente processo (de aprofundamento) de consolidação de saberes/conhecimentos, ou seja, da disciplina. Demarcando o final deste período a formação da enfermagem no nível superior, a publicação do Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (REPE) e a instalação do órgão profissional regulador – Ordem dos Enfermeiros.

3º período – **Consolidação de saberes**. Desde os finais do século XX à atualidade. Um último período tendo a ciência de enfermagem a possibilidade da afirmação como resultante de uma epistemologia da prática e expressa numa ecologia de saberes.

5 – Diferenciação. Um longo percurso até aos finais do século XIX, (1º período).

Um longo percurso até aos finais do século XIX. Com a presença de elementos de profissionalização e de disciplinar de saberes. Tendo como marco inicial o aparecimento das designações de enfermeiro e enfermeira, e como marcos do final do período, a primeira escola formal de enfermeiros, e a criação da palavra enfermagem.

5.1 – O processo de diferenciação de funções dentro dos mosteiros.

Diferenciação, normalização e profissionalização são os processos pelos quais uma ocupação (ofício) pode, num processo de longa duração, projetar-se no tempo (Fassin, 1996). Para Carneiro (2008), “esse foi o processo que ocorreu nas áreas da saúde, cujas artes, durante muito tempo, se cruzavam com misticismos e com religião, para depois se estruturarem em torno de organizações de ensino ou profissionais” (p. 50).

O processo de diferenciação da atividade dos enfermeiros e das enfermeiras poderá ter vários caminhos. O caminho mais estudado, e por isso mais conhecido, quiçá não o único, mas porventura o mais significativo, é o que resulta da diferenciação de tarefas e atividades em contexto monástico.

Nos finais da Alta e inícios da Baixa Idade Média, proliferam sobretudo no espaço galaico-português e posteriormente espaço português, um número assinalável de mosteiros. Estes, configuravam-se desde simples agregações, por vezes resultantes de dinâmicas familiares, a mosteiros de ordens ibéricas, como os da observância de Santo Isidoro de Sevilha, de São Frutuoso ou de S. Martinho de Dume de Braga. Os monges e as monjas congregavam-se em cenóbios/mosteiros, seguindo determinada observância ou ordem, ou nenhuma numa certa desordem. Aos poucos e poucos, pelo século XI e seguintes, fruto da vinda de cavaleiros, nobres e clérigos, portadores de ideias monásticas reguladoras, provenientes do centro da Europa, no âmbito da reconquista cristã e sob a batuta papal, a ordem foi sendo estabelecida, com a introdução e adoção da Regra de S. Bento. Num primeiro momento, comunidades beneditinas, com a observância de Cluny, logo seguido de outras de influência de Cister. Introduziram-se, também, no espaço ibérico e em Portugal, tendo por base a mesma Regra de S. Bento, observâncias como sejam a dos Cónegos Regrantes de Santo Agostinho, a dos frades mendicantes Franciscanos e Dominicanos, e posteriormente de outras congregações.

Estas comunidades de influência beneditina, tinham como pano de fundo “*ora et labora*”. O peso específico de cada uma das duas componentes - orar e trabalhar -, varia de observância em observância, como varia a proximidade ou o distanciamento às comunidades, maior ou menor inserção nos povoados e cidades, mais serviço às populações ou maior recolhimento interior. Independentemente das diferenças, registre-se a importância reguladora, disciplinadora e unificadora, que a Regra de S. Bento veio introduzir nestas instituições monásticas medievais.

A Regra de S. Bento comporta a indicação de funções e a designação dos ofícios dos monges¹. Determinava que em cada mosteiro houve-se um local próprio e dedicado, “aposto apartado e deputado”, para os irmãos enfermos, ou seja, uma enfermaria. A enfermaria teria roupa de cama, panos de cabeça, camisas, lençóis, travesseiros, toalhas, e escapulários, estava equipada com “vidros e louças que somente sirvam na enfermaria”. Mais se estabelecia que os mosteiros tivessem “de alguma maneira boticas, estilando em seu tempo águas, e tendo azeite, canafistula², e alguns enxaropes, que algum boticário poderá fazer; e que não falte açúcar, amêndoas, passas, e tudo o necessário para ajudas³.

No texto da Regra de S. Bento, edição de 1586, lemos que o abade devia providenciar um monge enfermeiro que fosse temente a Deus, diligente e solícito. Sendo referido noutro documento, editado em 1590, que o prelado eleja um religioso, que seja caritativo, diligente, paciente, humilde e compassivo. Fica claro as características morais pretendidas para a função de monge enfermeiro. Na Regra, regula-se a alimentação com carne, cujo consumo “se permita aos enfermos, e aos mui fracos para que possam convalescer. E como se achar melhor (segundo o costume) ninguém mais a coma”, e quanto aos banhos, manda-se que o enfermeiro os desse aos enfermos quando tivessem deles necessidade, porém, aos sãos e particularmente aos mancebos, permitam-se poucas vezes. Estabelece-se o princípio de acudir a tempo, e que todas as casas tenham físico

¹ Já no século XI, há notícias de mosteiros no Norte de Portugal com a Regra de S. Bento. Desde cedo conhecem-se documentos com a Regra escritos em latim. Em 1586, a Regra é editada em Lisboa, em língua portuguesa “tirada do latim”, a mando do Geral da Ordem em Portugal, e levou o título “*Regra do glorioso Patriarca S. Bento...*”. E, em 1590, surge outro livro com o título “*Constituições da ordem de São Bento destes reynos de Portugal, recopiladas e tiradas de muitas definições, feitas e aprovadas nos Capítulos Gerais depois que se começou a reformação da ordem...*”, recebido por toda a Ordem no Capítulo Geral que se celebrou em S. Martinho de Tibães, a 13 maio de 1590. Na edição de 1586, os capítulos 31 ao 57, têm normas funcionais e administrativas do mosteiro, e o capítulo 36 refere-se aos “Irmãos enfermos”. Na edição de 1590, o capítulo 42 informa-nos da cura dos enfermos e da qualidade dos enfermeiros.

² Planta a que se atribuíam qualidades medicinais.

³ Clisteres

assalariado. Que o físico receite com o enfermeiro presente e que o enfermeiro se informe do físico (médico), se a enfermidade do enfermo é perigosa. E ainda, “que o físico não tenha respeito aos apetites dos enfermos senão ao que a sua enfermidade requiere”. E disciplina-se a ação, se “o prelado, ou o celeireiro pela avareza, deixar de prover do necessário ... que o prelado e o celeireiro fiquem suspensos de seus cargos por um mês”.

Estamos perante monges e monjas enfermeiros, claramente identificados com essa função, e assim designados, responsáveis pelo espaço enfermaria e pelo pessoal interno ao mosteiro que aí também trabalhava. Note-se, a elevada condição social destes monges e monjas enfermeiros, e por isso a natural referência a outro pessoal que estaria dedicado ao trabalho mais braçal, e aqui, considere-se a diferenciação entre confessos e conversos e, entre monges e monjas de votos perpétuos e irmãos da comunidade, mas não frades do coro, todas diferenças subtis, que não impedem na essência que se considere o estabelecimento da figura de monge e monja enfermeira ⁴.

A diferenciação de funções nos mosteiros foi sendo gradual até se chegar à designação de monge enfermeiro. Individualiza-se, primeiro, o ofício de celeireiro, encarregado do aprovisionamento e, em alguns primeiros documentos com a função acumulada de cuidar dos enfermos, em outros documentos o mesmo monge já é descrito como celeireiro e enfermeiro, com funções ainda não diferenciadas, para posteriormente cada uma das funções monacais, ofícios, se autonomizar, um monge celeireiro, outro monge enfermeiro.

Refira-se, no entanto, que a figura do monge-enfermeiro surge nas regras monásticas hispânicas, anteriores à introdução das regras transpirenaicas. “Além das disposições gerais sobre doentes contidas nas quatro grandes regras hispânicas – Regra de S. Leandro, S. Isidoro, S. Frutuoso e Regra Comum ou Regra dos Abades - , esta última regulamenta a existência de uma casa à parte para tratamento dos doentes, ficando um monge preparado para essa tarefa⁵” (Silva, 2016, p. 52). Tal como, a “Regra de Sto Isidro prevê que um monge se dedique ao cuidado dos irmãos doentes, enquanto a Regra

⁴ Tenha-se em conta que “... nunca houve em Portugal, antes do Liberalismo, ordens religiosas femininas dedicadas ao socorro aos pobres ou aos doentes. As freiras portuguesas eram todas contemplativas e viviam em estrita clausura, sem que exercessem atividades caritativas.” Cfr. Maria Antónia Lopes, 2013, p. 264.

⁵ André Silva, baseia-se na obra “*Reglas Monásticas de la España Visigoda: Los Tres Libros de «Setencias»*”. *Introducciones, versiones y notas*”, de Julio Campos Ruiz e Ismael Roca Melia. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1971, cap. VII.

Comum refere mesmo um enfermeiro e a de S. Frutuoso estabelece que se nomeie algum ou alguns monges para tratar dos hóspedes enfermos quando necessário.” (Silva, 2016, p. 54). Embora não existam “registos de que instalações com esta função tenham existido em algum dos mosteiros altomedievais do território atualmente pertencente a Portugal.” (Silva, 2016, p. 52).

Só em fazes posteriores, os monges e monjas enfermeiras, abrem os espaços assistenciais monacais à população, e não em todos os casos, mas quando acontece, de uma forma significativa, dão origem a importantes hospitais na dependência e extensão direta das enfermarias dos mosteiros. Nesta circunstância, a título de exemplo, encontramos o Hospital de S. Nicolau, na dependência do Mosteiro de Santa Cruz em Coimbra, ou o Hospital de Santa Elizabete da Hungria (Hospital de Santa Isabel) na órbita do Mosteiro de Santa Clara, também em Coimbra. A assistência destes monges e monjas enfermeiros, dentro dos mosteiros, era física e espiritual, uma e outra, entendidas de enorme importância e indissociáveis, tratavam do conforto e higiene, da alimentação, da eliminação, do corpo moribundo e do corpo defunto, da salvação da alma, seguiam as prescrições dos físicos. Atuavam uns e outros, no âmbito da teoria dos humores, administravam preparados de produtos vegetais, provenientes de hortas medicinais, juntos ou não, com produtos animais ou minerais, e constando em algumas referências, que eram acompanhados por rezas específicas, condição própria para o êxito terapêutico. Não faltava para o restabelecimento do equilíbrio humoral, as sangrias, os clisteres, as ventosas, e os banhos. Por exemplo, no Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, fazia-se a todos os monges, cinco sangrias ao ano, perfeitamente preventivas. Com o mesmo fim preventivo, no mesmo mosteiro, para os mais debilitados, promoviam-se passeios no horto medicinal, ao sol e ao ar livre, no espaço que hoje é identificado como o Jardim da Manga. Estavam estabelecidas visitas aos enfermos, uma ou duas vezes ao dia, acompanhadas pelo físico e pelo boticário, com obrigatória presença do monge enfermeiro, registavam-se as prescrições dos preparados e das rezas específicas, em lousas localizadas junto à cabeceira dos enfermos. Algumas rotinas e hábitos curiosamente com continuação nos dias de hoje.

5.2 – As primeiras notícias (nomes) de enfermeiros e enfermeiras.

Desde a origem da nacionalidade que temos notícias de enfermeiros. Para além de informações genéricas e grupais, ao lermos documentos do século XIII, publicados por

Souto Cabo (2008), encontramos registo, com a identificação precisa, de alguns enfermeiros e enfermeiras, como sejam: em 1257, *Plas G. ramiris infirmarios fratri rudericus*; em 1260, *Garsia. Móogo enfermeyro*; em 1268, *Johã perez enfermeiro*; em 1269, *Maria'fonso enfermeyra*⁶. Não sabemos se estes dois últimos se encontram em contexto monástico, mas são homens e mulheres com nomes concretos. Nem só em mosteiros haveria enfermeiros⁷, mas importa conhecer os monges e as monjas, que em mosteiros medievais, aos poucos foram sendo identificados, pela especificidade de funções, num claro processo de diferenciação, como monges enfermeiros e monjas enfermeiras.

Numa breve revisão, por nós efetuada em 2024, de fontes publicadas na historiografia portuguesa, relativas ao Mosteiro de Arouca, ao Mosteiro do Lorvão, ao Mosteiro de Santa Cruz e ao Mosteiro de Celas em Coimbra, encontrámos a presença de monges e monjas, mais uma vez com nomes concretos.

Quadro nº 1- Monges e monjas enfermeiros em alguns Mosteiros Medievais

Nome e datas	Mosteiro	notas
Fruilhe Anes (1264)	Mosteiro de Arouca	Monja e enfermeira .
Marina Afonso (1267-1269)	Mosteiro de Arouca	Enfermeira .
Fr. Vicente (1277)	Mosteiro do Lorvão	Frade enfermeiro
Fr. Miguel (1279/1274-1282)	Mosteiro de Arouca	Enfermeiro e vestiário. Converso.
Fr. Estêvão (1309-1318/1313-1319)	Mosteiro de Arouca	Frade confesso. Enfermeiro .
Lourenço Domingues (1319)	Mosteiro de Santa Cruz	Enfermeiro de St. Cruz de Coimbra
Bernardo Gonçalves (1326-1329/1329)	Mosteiro de Arouca	Abade de S. Salvador e enfermeiro do mosteiro
Margarida Lourenço (1340)	Mosteiro de Celas - Coimbra	Celeireira também era enfermeira .
Vasco Esteves (1354-1397/1356/1362/1387)	Mosteiro de Arouca	Em 1387 também era enfermeiro . Enfermeiro do Mosteiro de Arouca. Enfermeiro e ovençal ⁸ do mosteiro.

Fonte: construção própria.

5.3 – Enfermarias e hospitais medievais não monacais.

Neste período, não existiam só enfermarias e hospitais monásticos. Por exemplo, o Hospital dos Mirleus em Coimbra (1064/1093-1526) é de iniciativa, manutenção e dependência nobre, ou mesmo como outros, diretamente do poder real, sendo possível

⁶ Eventualmente, Maria'Afonso enfermeyra, poderá ser a mesma Marina Afonso do Mosteiro de Arouca.

⁷ Neste período, não existiam só enfermarias e hospitais monásticos. Por exemplo, o Hospital dos Mirleus em Coimbra (1064/1093-1526) é de iniciativa, manutenção e dependência, nobre, ou mesmo como outros, diretamente do poder real, e ainda outras de confrarias medievais ligadas aos mesteirais (ofícios).

⁸ Nos conventos, o termo já era usado com um sentido mais específico, sendo os *ovençais* responsáveis por tudo quanto dissesse respeito a mantimentos, despesas e cozinhas". <https://pt.wikipedia.org/wiki/Oven%C3%A7al>

outros exemplos, de confrarias medievais ligadas aos mesterais (ofícios). Lemos em Saraiva (1995) que: “era importante a ação de particulares, mas revelou-se de não menos importância a ação régia da qual temos o exemplo do Hospital de Mirleus que tudo indica ser de instituição real, visto ser confiado a um administrador nomeado pelo rei, podendo ser considerado o primeiro hospital do estado em Coimbra, excluindo a gafaria” (p. 158).

Anos mais tarde, D. Manuel, preocupou-se com os hospitais do reino e entre eles o Hospital de Milreus e em sentença movida contra o seu provedor, acusa-o de desleixo e “manda-o ser diligente e manter três camas para doentes e uma hospitaleira para o cuidar, além do provimento de água, lenha e azeite” (Coelho, 1996, p. 241).

Havendo espaços assistenciais fora dos espaços monacais, a atividade que os cuidadores aí exerciam é pouco conhecida, como refere Silva (2016), são, “residuais os registos de atividade de cura em Portugal fora dos círculos monásticos até ao final do século XII...” (p. 50). O mesmo autor, lembra que albergarias e hospitais existiam desde a antiguidade constituindo-se como obras de assistência e caridade por excelência, mas em que o tratamento de doentes seria uma parte menor da sua missão.

Refere Coelho (1996) que “Coimbra teria conhecido ao longo da Idade Média umas vinte e sete confrarias urbanas, treze albergarias, catorze hospitais e uma gafaria de fundação real” (p. 227). Essa gafaria foi instituída por iniciativa régia, por D. Sancho, em 1210, mas será só em 1776 que esta gafaria – Hospital de S. Lázaro -, vai contar “com dois enfermeiros, embora posteriormente e por vários períodos fosse servido apenas por um...” (Lopes, 2000, p. 648).

Importa considerar a importância das instituições monacais para o estabelecimento de espaços diferenciados para cuidar de enfermos, assistidos por enfermeiros e enfermeiras. Mas também que ao longo da Idade Média, “surgiram por todo o reino pequenos estabelecimentos assistenciais dos mais diversos tipos e nos mais diversos lugares. Paralelamente, começou a verificar-se a crescente intervenção dos leigos, quer particulares, quer através de confrarias (organizações de leigos que, sob a devoção a um mesmo santo protetor, tinham fins de entreajuda), na fundação destes estabelecimentos. A título pessoal, reis, rainhas e nobres passaram a fundar instituições de carácter caritativo ou a mantê-las através de doações e legados testamentários...” (Oliveira, 2015, p. 181).

“Muitos outros destes pequenos hospitais foram fundados por nobres ou por corporações de ofícios ou confrarias em todo o reino como, por exemplo, a dos carpinteiros, dos ourives, dos pescadores ou dos alfaiates em Lisboa, ou no Porto geridos em conjunto pelas confrarias de ferreiros, serralheiros, ferradores e anzoleiros” (Oliveira, 2015, p. 182).

Sabemos, e não poderia ser de outro modo, que estes pequenos hospitais teriam alguém que zelasse pela instituição e cuida-se de quem dela usufruía. Se só mais tardiamente do que nas enfermarias monásticas aparece a designação do ofício de enfermeiro ou enfermeira, aqui bem cedo, surge a designação de hospitaleiro, porteiro, tronqueiro, com funções similares às que podemos identificar com as de enfermeiro.

5.4 – Remunerações: Hospital de Todos-os-Santos; Enfermaria de S. Jorge da Mina; Hospital Novo de Coimbra; Hospitais da Universidade de Coimbra.

No Hospital Real de Todos os Santos, em Lisboa, o regimento de 1504, hierarquizava oito escalões de vencimentos dos seus funcionários. No primeiro escalão encontra-se o provedor com 30.000 reais de vencimento. No segundo escalão o físico com 18.000 e no terceiro o boticário com 15.000. No quarto escalão, com 12.000 reais temos o cirurgião residente, o almoxarife, o escrivão e o hospitaleiro. No escalão cinco, o vedor ou vice-provedor com 8.000 reais. Seguem o Cirurgião não residente com 6.000, os enfermeiros maiores, o 2º capelão, o despenseiro, e o cozinheiro. Com 4.000 reais, o porteiro, a alfaiate, a lavadeira. Um sétimo escalão com a enfermeira das mulheres, o sangrador, os ajudantes de botica, os ajudantes da cozinha. Num oitavo escalão os moços da capela, os enfermeiros pequenos e o ajudante de enfermaria. (Ramos, 2019, p. 340).

Em S. Jorge da Mina, no golfo da Guiné, atual Gana, entreposto comercial e fortaleza de apoio à ida nas naus portuguesas, pela África e pela Ásia. Em S. Jorge da Mina, encontramos, enfermeiros e auxiliares portugueses assalariados: Afonso Freyre, Inês, Fernanda, Beatriz e Catarina, para servirem na enfermaria.⁹ Chegou até aos nossos dias os “Regimentos da cidade de S. Jorge da Mina”, de 1529, dado por D. João III. “Estes Regimentos comportam o Regulamento do Capitão e o Regulamento do Feitor” (Ferreira, 2007, p. 20). No regulamento do Feitor no capítulo 12º estipulava-se que: “*o físico e*

⁹ Cfr. Queirós, P. (2014). Enfermeiros e Auxiliares Portugueses Assalariados em S. Jorge da Mina. Afonso Freyre, Enfermeyro; Inês, Fernanda, Beatriz e Catarina, pera Servirem na Enfermeria. *Pensar Enfermagem*, vol. 18, nº1 p.49-65.

sorgião haverá per anno stenta mil reais”, “*o barbeiro sangrador ... trinta mil reais*”; “*o boticário...vinte mil reais*”; e “*o enfermeiro ...vinte mil reais*”. As quatro mulheres venciam quarenta e oito mil reais no conjunto, e era assegurado “*o mantimento de pão, vinho e azeite, mel e vinagre*”. (Ballong-Wen-Mewuda, 1993. p. 578).

Em artigo publicado, por nós em 2014, sobre esta enfermaria concluíamos: “*i*) é no contexto da criação das grandes instituições hospitalares, com maior especialização de tarefas e inovação de tratamentos, que surge referências a enfermeiros, para em enfermarias, curar doentes; *ii*) na enfermaria de S. Jorge da Mina, está presente um enfermeiro, pelo menos desde 1510, e para servirem na enfermaria mulheres auxiliares, pelo menos desde 1495-99; *iii*) Afonso Freyre, de seu nome e apelido (eventualmente freyre de religioso), é o enfermeiro presente em 1514. Inês, Fernanda, Beatriz e Catarina, apenas com nome próprio são as auxiliares referidas em 1519; *iv*) os enfermeiros e as auxiliares, em S. Jorge da Mina, são assalariados régios para a execução de tarefas precisas, hierarquizadas e diferenciadas; *v*) o espaço assistencial em S. Jorge da Mina – enfermaria - estava equipado, ocupado em permanência e dedicado a função específica.” (Queirós, 2014, p. 63).

No Hospital Novo de Coimbra, também designado Hospital Real e ainda Hospital de D. Manuel, “o hospitaleiro executava”, sob as providências do provedor. O provedor “devia providenciar para que houvesse limpeza e os doentes fossem bem tratados, medicados e alimentados... Como oficiais executivos contavam-se o hospitaleiro, também dito despenseiro, o escrivão e o capelão. O hospitaleiro recebia efetivamente as rendas, realizava as despesas e atuava sobre o celeiro, ainda que, com as devidas autorizações do provedor e assentos do escrivão. Arrecadava também os açúcares e as águas destiladas e de cheiro, tendo até obrigação de destilar a água para poupar despesas. Respondia pelos ornamentos e prata do hospital. Cabiam-lhe ainda as tarefas de amassar o pão, lavar a roupa e remendá-la, limpar as casas e operacionalizar a albergaria dos pedintes” (Coelho, 1996, p. 237). D. Manuel, em carta de 1508, determinava que “quanto ao hospitaleiro, sempre um homem casado, se acumulasse o serviço de recebedor das rendas, teria um salário de cinco mil reais, ou até mais, se bem servisse. Não desempenhando os dois cargos, o hospitaleiro disporia de um vencimento de dois mil reais e um moio e meio de pão terçado (trigo, milho e centeio)” (Coelho, 1996, p. 232).

Uma análise das listas dos funcionários dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Hospital da Conceição, Hospital Real e S. Lázaro), e dos seus ordenados, nos anos 1779, 1786 e 1790-1797, publicados por Lopes (2019), “permite comparações intergrupais profissionais e a evolução das diversas funções e profissões em presença. Para além de um corte transversal informativo das duas décadas finais do século XVIII, para uma realidade geograficamente concentrada na cidade de Coimbra, numa instituição de assistência, de dimensão significativa e ligada à Universidade, quando considerado num friso longitudinal, dá contributos para a informação e esclarecimento do movimento secular de configuração de ofícios e profissões assistências, bem como das modificações das estruturas hospitalares. Da presença remota de enfermeiros chegamos à presença significativa nestas datas, com expressão em ambos os sexos, com níveis de estruturação interessantes, contando com diferenciação ascendente «enfermeira dos partos» [1791] e diferenciação descendente com ajudantes de enfermarias.” (Queirós et al., 2020b, p. 7). Nesse mesmo estudo, constatávamos que: “Tomando como referência as remunerações dos enfermeiros, notamos que ofícios como porteiro, guarda da porta e cozinheiro auferem remuneração ligeiramente superior. Em relação aos vencimentos inferiores aos dos enfermeiros registamos os ajudantes de enfermarias, serventes e lavadeira. Numa análise horizontal verificamos que é nos vencimentos de 1790 a 1797, que se nota uma subida com significado em praticamente todos os ofícios quando comparado com as duas séries anteriores.” (Queirós et al., 2020b, p. 6).

Sendo a remuneração uma expressão do reconhecimento social pela atribuição de um valor ao trabalho desenvolvido, é ao mesmo tempo um elemento de profissionalização, e como verificámos, nos parágrafos anteriores, foi acontecendo ao longo dos tempos.

5.5. – Os livros sobre enfermeiros, enfermeiras e enfermarias. As instruções para enfermeiros. A aprendizagem em contextos de trabalho – aprendizes.

Com base em quatro livros editados em Portugal, no século XVI, podemos ter acesso documental, para perceber as normas e o funcionamento dos mosteiros influenciados pela Regra de S. Bento, e com interesse para a diferenciação da ocupação de enfermeiros e enfermeiras. Referimo-nos a quatro obras que reportam documentos anteriores, à data de edição em forma de livro, e editados em Portugal.

Dois livros referem-se à Regra da Ordem de S. Bento, ou seja, aos monges beneditinos:

- um primeiro, de 1586, é editado em Lisboa, em língua portuguesa “tirada do latim”, a mando do Geral da Ordem em Portugal, e levou o título “*Regra do Glorioso Patriarcha Sam Bento, Tirada do Latim em lingoàje Portuguesa, por indústria do muito R. P. F. Placido Villalobos Geral nesta Congregação de Portugal*”, impreso por Antonio Ribeiro;

- um segundo, de 1590, apresenta-se com o título “*Constituiçoens da Ordem de Sam Bento Destes Reynos de Portugal, Recopiladas e Tiradas de muitas definições, feitas & aprovadas nos capitulos géraes depois que se começou a reformação da ordem. Vão muitas cousas de novo declaradas, & acrescentadas por mando, & autoridade do Serenissimo Senhor Cardeal Alberto Archiduque de Austria, Legado de Lqtere nestes ditos Reynos*”. Constituições recebidas por toda a Ordem no Capítulo Geral que se celebrou em S. Martinho de Tibães, a 13 maio de 1590, publicado em Lisboa, por Antonio Alvarez.

No âmbito dos Cónegos Regrantes de Santo Agostinho, outros dois livros: de 1548 o “*Livro das constituicoens e costumes que se guardam em os Mosteyros da Congregacam de Sancta Cruz de coimbra, dos Canónicos regulares da ordem do nosso Padre Sancto Agostinho*”; e outro de 1563, “*Ordinário e Cerimonial da Ordem dos Cónegos regulares da ordem do bem-aventurado nosso Padre Sancto Augustinho, & da congregacam de Sancta Cruz de Coimbra*”.

No livro de 1586 da Regra de S. Bento, destacamos o capítulo 36º - “Dos irmãos enfermos”. Nesse capítulo é apresentado todo o programa de assistência monacal relativo aos “irmãos enfermos”. Estabelece-se basilarmente “Sobre tudo e antes de todas as coisas há-se ter conta com os enfermos e muito particularmente cuidado deles”, e no seguimento determina-se que “o abade tenha muito grande cuidado que não haja negligência em cura dos enfermos, para os quais haja um aposento apartado e deputado [separado e dedicado], e tenham enfermeiro temente a Deus, diligente e solícito que os sirva”. Acrescenta ainda, que “nenhum enfermo se cure no dormitório por não se inquietar o convento”. Esclarece-se que os enfermos considerem quem por deus os serve, e o sofrimento deve ser com paciência pois “se alcança maior prémio”. Regula-se normas de higiene, alimentação e

estabelecem-se normativos disciplinares. Ou seja, temos enfermeiros e normativos, enfermos e enfermarias.

O documento de 1590 é mais extenso. O capítulo 42º, apresenta-se com o título “Da cura dos enfermos e qualidade dos enfermeiros”. Neste livro, repete-se e reforça-se a ideia “...os prelados tenham cuidado da cura dos doentes”, e determina-se que para enfermeiro, o prelado “eleja um religioso, que seja caritativo, diligente, paciente, humilde e compassivo”. Regula-se a relação com o físico e dá-se conta do que haverá no espaço enfermaria.

O livro das Constituições e Costumes dos Agostinhos de 1548, refere que o ofício de enfermeiro deve ser encomendado a um irmão caridoso, paciente e diligente, (o mesmo que no programa beneditino), o qual será junto dos enfermos solícito em três coisas: “A primeira que lhes sejam ministrados os sacramentos, em princípio da enfermidade e a confissão, e a comunhão e unção em seu tempo. A segunda, em os pôr com muita limpeza de mezinhas e do mais que cumprir, segundo ordenança do físico. A terceira, em os consolar sabedoramente e animar com boas palavras e exemplos, em serem pacientes em suas enfermidades, trazendo-lhes à memória Job, Tobias, S. Paulo, S. Gregório, e outros. E sobre tudo pode consolá-los com o que diz S. Ambrósio, que ...o que pese ao corpo ajuda a alma”. Terminando com uma nota não menos importante: “a este ofício ... serão agregados os irmãos necessários, porque na enfermaria não entrarão servidores leigos”.

O Ordinário e Cerimonial dos Agostinhos, livro editado em 1563, informa-nos que quando houver de levar a comunhão a algum enfermo, “o enfermeiro (limpa a casa onde houver o enfermo) lhe fara a cama com roupa lavada, e lhe vestirá uma camisa, e carapuça lavada, e deitará sobre a cama um lençol limpo, e armará uma mesa nessa mesma casa à maneira de altar com toalha, pedra d’ara, imagens e cálices com candeias, e junto dela um braseiro com brasas e alguns cheiros”.

Para além das Regras Monásticas encontramos livros expressamente para a instrução de enfermeiros. Vejamos três exemplos significativos:

- em 1664, de Francisco Morato Roma, o livro “*Luz da Medicina, Prática Racional, Methodica, guia de enfermeyros, directorio de principiantes...*”;

- em 1741, o livro “*Postilla Religiosa, e Arte de Enfermeiros*”, de Frei Diogo de Santiago, da Ordem de S. João de Deus;

- e em 1747, da Ordem dos Obregões, o livro *“Instrucção de enfermeiros, e consolaçam para os afligidos enfermos: e verdadeira pratica de como se devem aplicar os remedios, que os Medicos ordenaõ, muito necessária para que os enfermos sejam bem curados e proveitosa aos praticantes de Medicina”*.

Sobre a “Luz da Medicina...Guia de Enfermeiros”, é descrito pelo autor como uma “obra muito útil, e necessária, não só para os Professores da Arte de Medicina, e Cirurgia, mas também para todo o Pay de famílias; de que se poderão aproveitar pobres, e ricos na falta de Médicos doutos”. Para Subtil e Vieira (2015), “o intuito da obra foi o de divulgar os remédios mais fáceis e que, menos custo e dificuldade se poderiam fazer, com base na experiência e conhecimento dos «mais graves Authores» e que poderiam ser aplicados quando o médico não estivesse presente, pela distância ou pela situação de pobreza das pessoas que a eles não podiam aceder” (p. 223). Para estes autores “é uma obra com carácter eminentemente didático e pedagógico.... Contém considerações doutrinárias, filosóficas e sobre o papel de cada um dos atores no ramo da saúde. Tem a ambição de abordar questões da medicina curativa, mas também da preventiva, de se dirigir a indivíduos sãos, achacosos e enfermos” (p. 225). Uma obra com duas partes, uma primeira com seis livros e a segunda parte – Prática Racional -, com tratados relativos à região superior, à região média e à região inferior. Acresce um tratado único destinado às doenças particulares das mulheres e um tratado das febres simples, podres, pestilentas e malignas. (Subtil & Vieira, 2015).

Sobre o livro *“Postilla Religiosa, e Arte de Enfermeiros”*, Ferraz et al. (2015), em artigo com o significativo título “Primeiro livro em Portugal escrito por enfermeiro (1741): contribuição para a formação de enfermeiros religiosos”, afirmam: “não é o primeiro livro a descrever os cuidados a prestar aos enfermos nas enfermarias conventuais; todavia, foi uma das primeiras obras encontradas e escritas em português por um enfermeiro, visando a formação dos enfermeiros religiosos que prestavam cuidados aos doentes e moribundos no Convento de Elvas, em Portugal, na ocasião ocupado por irmãos da Ordem de São João de Deus” (p. 289). Para Subtil e Vieira (2015), “A *Postilla Religiosa*, tratando-se duma sebenta, é essencialmente prescritiva e normativa embora assente e conforme o conhecimento oficial. Tem sobretudo o sinal da experiência de quarenta anos dum religioso da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, responsável por ensinar os seus noviços na «arte de enfermeiros na praxe moderna».” (p. 225).

Na descrição da *Postilla*, Santos e Cantarino (2024), referem: “As 300 páginas estão divididas em três capítulos, cada um denominado de «Tratado». O “Tratado I” tem cinco capítulos, todos unicamente com conteúdo religioso, sem mencionar cuidados de enfermagem propriamente ditos. Este capítulo trata de uma apresentação para os membros da Ordem de São João de Deus, noviço, corista, prelado local e prelado superior, que são títulos de hierarquia dentro da ordem religiosa. O “Tratado II” tem 59 capítulos; o primeiro começa com advertências para o enfermeiro, e os outros se referem a cuidados de enfermagem específicos para cada técnica utilizada na época.” ... “O “Tratado III” tem sete capítulos e remete à aproximação da morte, o que fazer religiosamente (espiritualmente) e fisicamente (processo de cuidado com o corpo no momento de morte e *post-mortem*) e nas questões legais que envolviam o falecimento de uma pessoa, que, no caso, incluía explicações acerca da realização do seu testamento como dever.” (p. 3-4).

Segundo Ferraz et al. (2015), “A obra [*Postilla*] traduz o que de mais moderno se praticava à época na arte de assistir os enfermos. A assistência enquanto ato de solidariedade humano, traduz o cuidado, a preocupação e o zelo, mas também o conhecimento e a experiência, que coloca o enfermo num ambiente explicado pela teoria dos humores, que pode ser controlado com o fim de mobilizar as energias para a cura ou para manter a saúde.” (p. 297).

O livro “*Instrucción de enfermeros, e consolaçam para os afligidos enfermos...*”, editado na versão portuguesa, em Lisboa, no ano 1747, resulta da tradução da obra de “*Andrés Fernández y Hermanos de la Congregación de Bernardino de Obregón* (Amezcu, 2019, p. 95). Amezcu identifica sete edições em língua espanhola a primeira de 1617 e a última de 1728. Amezcu coloca a questão de que tratam estes manuais de enfermeiros? Encontrando resposta nos estudos de García-Martínez et al. (1992), referindo que a obra de Andrés Fernández, vertem para sete categorias temáticas, sendo que Amezcu juntaria mais uma. (Amezcu, 2019). São as seguintes categorias: “1. Descrição de técnicas e procedimentos terapêuticos; 2. Prestação de cuidados pelos enfermeiros em determinadas enfermidades e situações de urgência; 3. Preparação, indicação e administração de distintas formas medicamentosas; 4. Conceitos de anatomia (descrição de órgãos e regiões anatómicas); 5. Conselhos e orientações dietéticas; 6. Priorização nos tratamentos prescritos pelo médico; 7. Conhecimentos de terapêutica

(compostos medicamentosos, especialmente vegetais); 8. Procedimentos para o conforto espiritual dos enfermos.” (Amezcu, 2019, p. 58-59).

Manuel Amezcu (2019), formula uma outra questão importante: “Como chegaram os enfermeiros a construir os seus sabres?” (p. 59). E avança com a seguinte resposta: “o conhecimento contido nos manuais de enfermagem da época áurea é de natureza fundamentalmente experiencial, e por tanto preocupa-se por recolher as fórmulas não escritas que são utilizadas pelo enfermeiro para praticar o melhor cuidado hospitalar. Neste sentido os manuais explicitam o conhecimento tácito que fluía nos hospitais aportando soluções práticas para as necessidades dos enfermos.” (p.59). Sintetiza, dizendo que o conhecimento plasmado nos manuais resulta de quatro aspetos: valores – herdados do espírito dos «fundadores» [das ordens, no caso hospitalares e obregões]; da experiência prática reflexivamente vivida; das evidências de boas práticas; e da erudição proveniente de clássicos greco-latinos e árabes.

5.6 – Aumento do controlo e das normas disciplinares: três instituições de Coimbra de 1753 a 1827.

Em 2018, procedemos à uma análise documental de fontes históricas publicadas por Lopes (2000), relativas a três instituições da cidade de Coimbra, no concreto: o Recolhimento do Paço do Conde (Estatutos de 1753); o Hospital da Convalescença (Regimento de 1764); os Hospitais da Universidade/Hospital Real da Universidade de Coimbra (respetivamente Regulamentos de 1779 e 1803). Estabelecemos como objetivo “recolher informação sobre enfermeiros, nos estatutos e regulamentos de instituições de assistência em Coimbra, de 1753 a 1827 e, através da análise de fontes publicadas, contribuir para a perceção do movimento secular de profissionalização da enfermagem” (Queirós, 2018, p. 474).

Da análise produzida concluíamos estar “perante três instituições diferentes que tem em comum a presença de enfermeiros. Em aproximadamente um século desenham-se linhas evolutivas com antecedentes e expressão no futuro atual. A marca transversal do tratamento espiritual e físico, acompanha a sucessiva maior organização, definição de atividades, tarefas e rotinas – algumas perdurarão até à atualidade. Regulação de maior pormenor nos hospitais, e expresso com aumento da intensidade ao longo do friso cronológico. O zelo e caridade são o perfil ideológico de fundo que marcam o cuidar. Caridade para benefício do outro e do próprio. Se o silêncio é a marca no recolhimento,

o apertar da disciplina e das penas denotam a sucessiva estruturação da atividade. Da presença ocasional do enfermeiro(a) caminha-se para a permanência, residência, continuidade e funções exclusivas. O sangrador só aparece referido no início para depois desaparecer, como desaparece também a figura de Enfermeira-Mor. Reconfigurações profissionais, onde se assume progressivamente a autoridade médica. Para além do corpo e do espírito, importa aos enfermeiros a organização do espaço e guarda de materiais, funções de gestão dos espaços assistenciais, também em estruturação” (Queirós, 2018, p. 479-480). Ao longo dos tempos históricos vai aparecendo e aumentando as determinações reguladoras e disciplinadoras.

5.7 – O fim de profissões medievais, aumento da presença de enfermeiros.

Se em tempos remotos encontramos celeireiros na origem de enfermeiros, - pelo menos no ramo monástico -, ao longo dos séculos a atribuição do nome aqueles que cuidam de outros de uma forma mais ou menos organizada, mais ou menos institucionalizada, ou se quisermos em estruturação, foi variado e pauta-se, por um lado, pela ausência de designação como enfermeiros, por outro à designação, de alguém que faria algo parecido com funções ou parte delas, do que hoje atribuímos aos enfermeiros e enfermeiras. Processo de diferenciação de uma atividade para ofício e num logo caminho para a profissionalização.

No Mosteiro de Arouca, em 1279/1274-1282, Frei Miguel é apresentado como enfermeiro e vestiário. Em 1340, no Mosteiro de Celas em Coimbra, Margaria Lourenço surge na documentação como celeireira e enfermeira. Ainda no Mosteiro de Arouca, pelos anos 1354-1387, Vasco Esteves, frade que também era enfermeiro, acumulada a função de enfermeiro e de ovençal (responsáveis por tudo quanto dissesse respeito a mantimentos, despensas e cozinhas).

Em 1504, no Hospital Real de Todos-os-Santos, para quatro enfermarias a instituição dispunha de “quatro Enfermeiros Maiores coadjuvados por sete Enfermeiros Pequenos ou ajudadores. Acrescem uma Enfermeira para mulheres, com a sua ajudante.” (Frade, Barradas & Cardoso, 2020, p. 420). O hospital, para além de um Físico, dois cirurgiões e dois Ajudantes de Cirurgia, contava com um conjunto de outros oficiais identificados, no regimento de 1504, no global como “familiares” e no concreto: um Boticário; três Ajudantes de Botica; um Barbeiro Sangrador; uma Cristaleira; um Dispenseiro; um Cozinheiro; três Ajudantes de Cozinha; um Porteiro; um Hospitaleiro;

uma Hospitaleira; um Atafoneiro; uma Amassadeira; um Forneiro; um Alfaiata; uma Lavadeira; duas Escravas que ajudam a Lavadeira; quatro Escravos que varrem e fazem tarefas menores; quatro “Pessoas extraordinárias” que executam tarefas auxiliares. (Pacheco, 2020, p. 407).

Sousa (2013), informa-nos que “o «espritaleiro» (hospitaleiro), devia ser «conhecido por homem caridoso e de boa temçam e manso», tinha várias tarefas. Uma das suas obrigações era manter limpo o hospital. Embora aos enfermeiros-maiores cumprisse velar pela limpeza das enfermarias, ao hospitaleiro competia verificar o estado das enfermarias «ameude a ao menos duas vezes por dia», fiscalizando o trabalho dos enfermeiros, de forma a certifica-se se estes «cumprem o que por bem dos seus ofícios devem e se fazem de dia e de noite as piedades e serviços aos doentes que por bem de seus regimentos são obrigados», e caso considerasse necessário deveria mandar os escravos varrê-las e limpá-las convenientemente” (p. 85). Ainda em Sousa (2013), referindo-se ao regulamento do Hospital de Todos-os-Santos, refere: “O «Titulo dos enfermeiros mayores e o regimento e maneira que ham de ter em servir seus ofícios” regulava pormenorizadamente as funções e competências dos enfermeiros-chefes e dos seus auxiliares ou «enfermeiros pequenos»”. (p. 89).

Na época de D. João V (1689-1750), segundo Borges e Ribeiro (2019), “existiam em Portugal diversas categorias profissionais com competência oficialmente reconhecida para a prática de atos médicos, que se encontravam escalonadas, como graduados na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; físicos com carta passada pelo físico-mor do reino; cirurgiões com carta passada pelo cirurgião-mor do reino; sangradores com carta passada pelo cirurgião-mor do reino; ou pessoas com licenças temporárias para tratarem algumas doenças ou situações clínicas. Nestes casos, as licenças eram passadas pelo cirurgião-mor ou pelo físico-mor, conforme as matérias. Assim se analisavam também as parteiras, dentistas, emplastradeiras, algebristas e pessoas que sabiam tratar das chagas, feridas simples e outras situações.” (p. 43).

Em 1779, ainda assistimos a enfermeiras a acumular com a função de cozinheira no Hospital de S. Lázaro em Coimbra. No Hospital Real (Hospital da Universidade) em 1791, uma enfermeira aparece designada como enfermeira dos partos. Ainda em Coimbra, em 1779, no Hospital da Conceição, os dois enfermeiros eram também praticantes de

cirurgia. Na mesma data no Hospital de S. Lázaro, o enfermeiro acumula com a função de sangrador (Queirós et al., 2020).

Em proposta de decreto, apresentado nas Cortes em 1822, refere-se “nenhuma pessoa poderá exercer as funções de médico, cirurgião, boticário, sangrador, e parteira, sem haver apresentado carta de exame, prevendo ainda duas situações transitórias “nas terras onde não houver parteiras examinadas” não terão penalizações as mulheres que “gratuitamente assistam aos partos de suas vizinhas, amigas ou parentas”, e ainda em relação aos sangradores, “nas aldeias onde não houver médico, poderão os sangradores assistir aos doentes como enfermeiros”, ainda assim consultando algum médico de terras vizinhas que o aconselhará. (Queirós et al., 2018).

Em artigos publicados por Queirós, *et al.* (2020a; 2020b), dá-se nota que nos Anuários da Universidade de Coimbra, no período entre 1896-97 e 1926-27, surgem designações, que, entretanto, desaparecem, como sejam: enfermeiro duchista, enfermeiro massagista, a que se junta a referência a enfermeiros navais e enfermeiros hípicos.

Os sangradores foram extintos em Portugal, por decreto em 1870, no entanto fez-se notar ainda a sua presença por longas décadas. Costa e Queirós (2023) afirmam “nos alvares da medicina moderna, com novas teorias médicas, novas abordagens terapêuticas, com o início da transformação das instituições de assistência, de locais de acolhimento para locais de tratamento, surge a necessidade de novos profissionais, preparados agora para as novas exigências. Neste enquadramento desaparecem ocupações, ofícios, profissões medievais, como sejam sangradores e barbeiros-sangradores, algebristas, cristaleiros [e criataleiras], e outros, já em presença - enfermeiros e enfermeiras -, reconfigurando-se e desenvolvendo-se, ocupam o espaço social liberto e assumem funções emergentes, sobretudo em contextos institucionais.” (p. 7).

E de facto, chegamos aos finais do século XIX e inícios do século XX, com o aumento significativo da presença de enfermeiros e enfermeiras nas instituições assistências e de tratamento. O que nos leva a afirmar que à medida que vão desaparecendo ofícios anteriores surgem funções diferenciadas de forma expressiva, executadas por enfermeiros e enfermeiras.

5.8 – O avanço das ciências nos séculos XVIII e XIX, e o controlo da medicina.

Singular importância, no processo de profissionalização e disciplinar de saberes dos enfermeiros, acontece nos finais do século XIX. Porquê nessa ocasião? Uma leitura possível relaciona-se com o facto de ser precisamente pelos finais do século XIX que assistimos, em Portugal, a reformas nas instituições hospitalares, nos aspetos de gestão, assistência e arquitetónicos, relacionados com a evolução científica, a afirmação do positivismo, o desenvolvimento da bacteriologia, do higienismo. Suscitando o apagamento de alguns ofícios medievais, e a atualização de outros como o dos enfermeiros, ficando com campo de atuação mais alargado, responsabilidades acrescidas, o que se traduziu também na expressão numérica de efetivos. A este aumento da presença de enfermeiros junta-se a necessidade acrescida da sua maior qualificação. Este movimento é consentâneo com o acumular de saberes próprios dos enfermeiros, que agora há que disciplinar, literalmente transformando-os em disciplina.

Junto à visão de desenvolvimento mais internista, expressa no parágrafo anterior, não pode deixar de ter-se em conta, a interpretação de Foucault, assente na compreensão dos jogos de poder em situação. Para Foucault (2005) é redutora a consideração da evolução da ciência apenas na consideração do “progresso das Luzes, a luta do conhecimento contra a ignorância, da razão contra as quimeras, da experiência contra os preconceitos” (p. 214). Trata-se não apenas da luta entre conhecimento e ignorância, mas algo muito diferente: “um imenso e múltiplo combate, não, pois, entre conhecimento e ignorância, mas um imenso e múltiplo combate dos saberes uns contra os outros – dos saberes que se opõem entre si por sua morfologia própria” (p. 214). O movimento iniciado no século XVIII, com as Luzes, e que se prolonga pelo século XIX e mesmo XX, é um movimento de seleção, normalização, hierarquização e centralização. Diz ainda Foucault (2005), o século XVIII foi o século do disciplinamento dos saberes, ou seja, da organização interna de cada saber como uma disciplina tendo, seu campo próprio, a um tempo critérios de seleção que permitam descartar o falso saber, o não-saber, formas de normalização e de homogeneização dos conteúdos, formas de hierarquização e, enfim, uma organização interna de centralização desses saberes em torno de um tipo de axiomatização de facto (p. 217).

Como refere Carneiro (2008), “o conceito foucaultiano de «poder-saber» remete-nos para o mundo das instituições e dos atores, para o ordenamento da sociedade, a

normalização dos saberes, a afirmação do poder disciplinar, a evidencia da biopolítica como tecnologia do poder” (p. 685).

Ainda, para Foucault (2005): “Toda a segunda metade do século XVIII [e desde aí] viu desenvolver-se todo um trabalho de homogeneização, normalização, classificação e centralização, ao mesmo tempo, do saber médico. Como conferir um conteúdo e uma forma ao saber médico, como impor regras homogêneas à prática dos tratamentos...” (p. 216). Não será estranho, que em 2001, Noémia Lopes, considere “... no caso da enfermagem, os condicionalismos à sua plena autonomia funcional são mais acentuados do que em outros grupos profissionais, dado que a sua atividade se inscreve num processo produtivo organizado em torno de uma profissão dominante, o que constitui um condicionalismo estrutural das formas e limites de autonomia das várias modalidades de trabalho que se inserem nesse processo” (p. 33).

5.9 – O singular caso das parteiras: ensino formal e licenciamento.

Vejamos, na cronologia sintetizada por Carneiro (2008, p. 707-716), passos de um desenvolvimento singular das parteiras.

Surge em 1565, um alvará que obriga as parteiras a exame perante o cirurgião-mor e à necessidade de serem aprovadas na «sua vida e costumes» pela Câmara. Em 1572, o “Livro dos Regimentos dos Officiaes Mecanicos da Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Lisboa”, que regista os diversos regimentos de arte mecânicas em uso na cidade de Lisboa, inclui o das parteiras, para efeitos do estudo da sua reforma. Já em 1631, o Regimento do Cirurgião-Mor para visitar o reino: normaliza o poder dos cirurgiões sobre as artes de curar (sangradores, cristaleiras, algebristas, parteiras...) e estabelece as regras para obtenção de licença e exercício das parteiras examinadas. No âmbito da Reforma da Universidade de Coimbra e da sua Faculdade de Medicina, de 1772, a expressão «arte obstétrica» surge no articulado dos novos estatutos. Será em 1836, com a reforma do ensino médico pelo governo setembrista de Passos Manuel, que novo plano de estudos para a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, inclui um «curso de Arte Obstétrica», destinado a parteiras; concomitante com a transformação das Escolas Médico-Cirúrgicas e criação dos cursos de parteiras nas Escolas e na Faculdade. O Regulamento das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, também vem a normalizar o curso de parteiras, em 1840. Surge em 1851, o Regulamentação para a

concessão de licenças de parteira através do Conselho de Saúde Pública para parteiras não habilitadas com cursos das Escolas Médicas. Significativamente, em 1875, aparece a publicação de um modelo oficial para a emissão de carta de parteira, e o curso de parteiras a ministrar nas três escolas médicas é uniformizado por regulamento de 1903.

Mas será em 1919, que o decreto 6192, inclui o Regulamento do Curso de Parteiras e estabelece como condição para apresentação ao exame final do curso de partos da Faculdade de Medicina de Lisboa a apresentação do diploma de enfermeira.

De forma muito anterior aos enfermeiros e enfermeiras, as parteiras têm formação formal e necessitam de licenciamento, sumariando: em 1565, exame para exercer; em 1631, regras para obtenção de licença; em 1875, carta de parteira; em 1903, uniformização do curso de parteiras a ministrar nas três escolas médicas.

Carneiro (2008), afirma que: “Nos finais da Idade Média, as parteiras foram chamadas a incorporar os padrões estabelecidos no ordenamento social de então, tendo de integrar o sistema de ofícios corporativos. Aprendizagem, exame, carta de licença, juramento são os rituais de iniciação profissional corporativa que estabelecem um compromisso, com regras a cumprir, demarcando a sua ação, perante o Estado e a Igreja, entidades que representam a sociedade. Esta chamada corporativa das parteiras, que configura o grupo como um «corpo jurado», foi fundamental para institucionalizar, isto é, para dar reconhecimento oficial a uma atividade que até aí pertencia ao mundo doméstico e ao universo feminino” (p. 686).

Processo com semelhanças, mas diferente, vai ocorrer com os enfermeiros, em período significativamente mais recente.

6 – Profissionalização. Dos finais do século XIX aos finais do século XX, (2º período).

Apontamos como marcos iniciais deste período, a primeira escola, formal, de enfermeiros (1881), e o surgir, no léxico português, da palavra enfermagem (1896).

O final do século XIX é no nosso ponto de vista, de singular importância no acelerar do processo de profissionalização e do disciplinar de saberes dos enfermeiros e enfermeiras portuguesas.

Em pesquisa levada a cabo no ano 2017, por equipa internacional, ao analisarmos documentos de uma série longa, desde 1820 a 1910, utilizando descritores como sejam enfermeiros, enfermeiras, enfermos, enfermarias e enfermagem, constatámos que a palavra enfermagem só surgia na última década do século XIX, mais precisamente e pela primeira vez em 1896 (Queirós et al., 2017).

Esta constatação, secundária à pesquisa que então efetuávamos, não deixou de nos inquietar e alertar para a necessidade do seu esclarecimento. Desde logo, procurámos saber, em dicionários de referência, o que poderíamos encontrar sobre o surgir da palavra enfermagem na língua portuguesa. Consultado o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2003), encontrámos, na entrada “enfermagem”, a indicação expressa que a primeira obra lexicográfica que a refere é de 1913, ou seja, a 3ª edição do *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, de Cândido de Figueiredo ¹⁰.

Perante esta circunstância perguntámo-nos, porque só em 1896? Ou, eventualmente, em data próxima, se surgir qualquer outro documento que refira a palavra enfermagem, mas seguramente nessa década.

Complemente-se que o termo enfermagem surgiu-nos, nos Diários das Sessões Parlamentares referentes à Monarquia Constitucional. O primeiro registo é de 18 de abril de 1896, e aparece no diário nº 060, da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa. A referência textual é “artigo 192º- Compete às irmãs hospitaleiras: 1º

¹⁰ Cfr. “Enfermagem: f. Neol. fam. Funções de enfermeiro. Tratamento de enfermos. Os enfermeiros”. Ou seja, lendo em conta as abreviaturas usadas nesse dicionário, substantivo feminino, neologismo, termo ou expressão familiar.

Auxiliar e substituir os enfermeiros nos diferentes misteres de enfermagem” (Câmara dos Senhores Deputados da Nação, 1896, p. 1095).

Damos por seguro que antes, havia enfermeiros e enfermeiras, enfermarias e enfermos, no entanto, estamos perante uma atividade coletiva a estruturar-se, que só encontra designação, quando os seus agentes e a comunidade, sentindo a força social deste coletivo, tem necessidade de criar a palavra para designar o grupo – enfermagem.

O fim deste segundo período é por nós balizado, por um lado pelo reconhecimento legal da autonomia, ou seja, a regulação, expressa na publicação oficial do código deontológico, do regulamento do exercício profissional da enfermagem e instalação do órgão regulador, e por outro, o reconhecimento social do valor dos conhecimentos em enfermagem tendo de ser ensinados e aprendidos em contexto de ensino superior. Situações que vieram a ocorrer nos finais do século XX.

No nosso ponto de vista, este segundo período, de duração aproximada de um século, configura o tempo do acelerar da profissionalização e aprofundamento de saberes próprios, criando condições para a afirmação da enfermagem como ciência.

6.1 – O ensino formal. As primeiras escolas de enfermeiros.

Até aos finais do século XIX tínhamos enfermeiros e enfermeiras que aprendiam o seu ofício, uns com os outros, mais velhos ensinam mais novos, oficiais ensinam aprendizes, de uma forma mais ou menos informal, de companheirismo e de integração prática, no aprender a fazer as coisas pelo exemplo, pela experiência. Não esquecemos que havia manuais, instruções escritas, editadas e publicadas, mas por certo de restrita circulação, e de utilização parca, considerando também os níveis baixos, ou baixíssimos, rudimentares, de instrução básica dos enfermeiros e enfermeiras.

No entanto, em 2022, escrevíamos e argumentávamos que “os conhecimentos que os enfermeiros criam e colocam em prática nas respostas que tem de encontrar para solucionar problemas suscitados pelos doentes, são cada vez de maior complexidade, profundidade, de tal forma, que a partir da segunda metade e pelos finais do século XIX, esses conhecimentos tem de ser disciplinados, transformados em disciplina, já não bastando as aprendizagens em contextos prático, transmitidas e aprendidas, na dualidade de aprendiz-mestre, próprio dos ofícios medievais, com tradução nos hospitais na figura

de praticante e de enfermeiro efetivo. Por isso, se torna necessária a criação formal de escolas.” (Queirós, 2022, p. 30).

Como refere Carneiro (2008), quando aborda o desenvolvimento das parteiras, mas aqui a fazer todo o sentido para os enfermeiros o “modelo de ofício, em que o saber se fazia por transmissão oral e por acompanhamento, passando de geração em geração, chocava com a ciência moderna...” (p. 693).

“Acresce ainda, que o desenvolvimento dos conhecimentos científicos e a transformação das instituições assistenciais criam, elas próprias, necessidades novas e diferenciadas de preparação de profissionais para os hospitais modernos. Em determinado momento, a profissionalização e a afirmação disciplinar andam a par, refletindo-se na criação de Escolas formais de ensino.” (Queirós, 2022, p. 30). Estamos, já não mais, na aprendizagem unicamente em contexto de ação, num “companheirismo corporativo” (expressão de Marinha Carneiro, obra citada, p. 698).

Esta situação enquadra-se também na “falta de condições sociotécnicas para a produção de conhecimentos no seu próprio campo, tanto mais que o liberalismo não tolerou mais o modelo corporativo, transferindo para o Estado, de uma forma geral, a missão de ensinar, examinar e certificar, através da delegação dessa função em instituições escolares apropriadas.” (Carneiro, 2008, p. 699).

Em todo o caso, “nos finais do século XIX, e na transição para o século XX, vive-se em pleno os efeitos da revolução pasteuriana, as bactérias, as vacinas, a assepsia a antissepsia. Do «espírito redentor da higiene» à «expansão da higiene científica», a «higiene: o nome da ciência do biopoder» (Pereira & Pita, 1993). Este movimento profundo na sociedade, teve natural expressão particular na saúde, nas suas instituições, no seu ensino, nos seus agentes, determinando novas práticas e até modificando formas diferentes de representação seja com os enfermeiros, a passagem dos uniformes pretos para as batas brancas. Mas também na arquitetura dos espaços assistenciais, nas medidas de saúde pública e de controle social.” (Queirós, 2022, p. 31).

“Neste contexto, chegam a Portugal, notícias e novidades, veiculadas por órgãos de imprensa especializada – revistas médicas, mas acompanhadas pelas visitas científicas aos centros europeus.” (Queirós, 2022, p. 31).

Entre nós, e para o estudo concreto das alterações na formação de enfermeiros, importa a referência a António Augusto Costa Simões. Médico, professor universitário da Faculdade de Medicina de Coimbra, nomeado administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), que constata a insuficiência da preparação dos enfermeiros, para corresponder à modernização hospitalar e ao impulso científico da medicina. Afirmava Costa Simões, citado por Silva 2014, “as funções domésticas do pessoal de enfermagem até então desempenhadas tornavam-se insuficientes e não permitiam assistir corretamente os médicos nas novas terapias” (p. 64).

Costa Simões viaja pela Europa, procura o que melhor se fazia, É, com o Dr. Désiré Bourneville e no âmbito da *Assistance Publique* de Paris, que Costa Simões procura inspiração. Copia o modelo formativo francês, com expressão na estrutura curricular, adaptando às circunstâncias dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Silva, 2011). Sobre este assunto, afirma Costa Simões: “É sabido que as escolas de enfermeiros, e principalmente de enfermeiras, que estão funcionando em Paris desde 1877 ou 1878, foram ali criadas para habilitar um pessoal estranho às ordens religiosas, que se substitui vantajosamente as irmãs da caridade nos serviços hospitalares. O mesmo processo, e com os mesmos intuitos, vai tomando vulto, e cada vez maior, noutros países estrangeiros,... Para a mesma substituição das irmãs da caridade não teria razão de ser uma escola de enfermeiros em Coimbra, onde nunca funcionou aquela instituição. A minha iniciativa na criação desta escola, nos hospitais da universidade, teve por fim dar melhor instrução aos enfermeiros e enfermeiras, e habilitar as criadas do estabelecimento a poderem concorrer às vagas, que se estavam dando, no quadro das enfermeiras, à falta de pessoal habilitado na localidade com as simples noções de instrução primária. Foi esta a primeira escola de enfermeiros em Portugal. A sua instalação teve lugar em outubro de 1881; e o que posteriormente se viu seguir-se, neste sentido, em Lisboa e no Porto, só teve lugar no ano letivo de 1886 a 1887. As proporções daquela instalação em Coimbra foram limitadíssimas: uma só cadeira de serviços de enfermagem, e três cadeiras preparatórias – de instrução primária, de português, e de tradução da língua francesa...” (Simões, 1888, p. 333).

Quando Costa Simões sai de Coimbra para o Porto, para reformular o Hospital de Santo António, deixa a escola de Enfermeiros entregue ao seu companheiro, médico e professor na escola, Inácio Rodrigues da Costa Duarte. Este vem a falecer em 1886, após período de doença que quase o inutilizou. (Silva, 2008). A formação formal, em escola,

terá desaparecido, mas o ensino em contexto prático, entre pares do mesmo ofício e com a direção de médicos persistiu até à segunda década do século vinte, quando em 1919, ressurge formalmente a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

Sendo a escola de 1881, “a primeira escola de Coimbra, teve uma vida curta, deixou, no entanto, marcas patentes na influência no movimento de criação de outras escolas e cursos por todo o país (como damos nota no quadro 2), e constitui o movimento fundador do ensino de enfermeiros em Portugal.” (Queirós, 2022, p.32).

Quadro 2 – Cronológica das primeiras escolas de enfermeiros e enfermagem em Portugal.

1881 - Escola de Enfermeiros dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Coimbra); 1887 - Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José (Lisboa); 1888 – Curso de enfermeiros do Hospital da Marinha (Lisboa); 1897 - Escola de Enfermeiros do Hospital Geral de Santo António, da Santa Casa da Misericórdia do Porto (Porto) ¹¹ ; 1909 - Escola de Enfermeiros do Hospital Militar do Porto (Porto); 1912 - Escola de Enfermeiros do hospital de S. Marcos, da Santa Casa da Misericórdia de Braga (Braga).

Fonte: adaptado de; Silva, A. I. (2008) - A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Imprensa da Universidade de Coimbra.

6.2 – Das escolas de enfermeiros às escolas de enfermagem. Dos primeiros professores de enfermagem ao controlo do ensino pelos enfermeiros. As reformas de ensino.

Nunes (2003, p. 87), numa cronologia mais extensa, do que a por nós apresentada no ponto anterior (Quadro 2), até 1947, e com mais pormenores e algumas diferenças, sobretudo na consideração das primeiras iniciativas formais de ensino, não como escolas, mas como cursos, expressa o desenvolvimento do ensino de enfermagem em Portugal, nas etapas constantes no Quadro 3.

¹¹ Nota: Carneiro (2008, p. 417), na obra referenciada, refere: “Em 1877, a Santa Casa da Misericórdia do Porto criava no Hospital Geral de Santo António uma «Escola de Enfermeiros», que, em 1896, dotou com um regulamento...”.

Quadro 3 - Etapa dos cursos nos serviços/hospitais – 1881 a 1947, para Lucilia Nunes

1881 outubro - 1º curso, Hospitais da Universidade de Coimbra, administração de Costa Simões (até 1883);
1885 dezembro - Tomás de Carvalho propõe ao governo a criação de “um curso destinado ao ensino profissional dos enfermeiros”;
1887 janeiro - “curso de Enfermeiros”, regido por Artur Ravara (Hospital Real de S. José, Hospital D. Estefânea, Hospital do Desterro e Hospital de Rilhafoles) (encerrado novembro de 1889);
1896 outubro – curso na Escola de Enfermeiros, Hospital Geral de Stº António;
1918 regulamento do Curso de Enfermagem do Hospital Geral de Stº António;
1901 setembro – Escola Profissional de Enfermeiros, construção improvisada, perto da entrada principal do Hospital Real de S. José. Regulamento Geral dos Serviços Clínicos do Hospital Real de S. José e Anexos;
1911 reforma do ensino médico - criação das Faculdades de Medicina, em Lisboa, Coimbra e Porto - ensino da Psiquiatria;
1911 criação do curso de enfermagem psiquiátrica;
1911 escola de Enfermagem do Hospital de S. Marcos, Misericórdia de Braga;
1917 decreto que autorizou a Comissão de Enfermagem da Cruzada das Mulheres Portuguesas a criar um curso de enfermagem de guerra;
1918 reforma da legislação dos Hospitais Cíveis - criou a Escola Profissional de Enfermagem;
1919 - criada a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra;
1925 apresentação pública do primeiro projeto de regulamentação do exercício profissional;
1930 reorganização da escola e cursos – passou a designar-se Escola de Enfermagem de Artur Ravara (funcionou até 1947 na dependência dos hospitais, passando então para a tutela do Estado);
1937 Reconhecimento de Escola particular - Escola de Enfermagem da Imaculada Conceição, Porto. Instituto de Ensino de Enfermagem da Associação das Franciscanas Hospitaleiras Portuguesas. Escola a funcionar desde 1935, alvará nº 265 de 30 de outubro de 1937;
1939 Reconhecimento de Escola particular - Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, Lisboa. Congregação das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, Associação de Beneficência Casas de São Vicente de Paulo. Entrada em funcionamento em 1937, Irmã Eugénia Tourinho;
1940 Reconhecimento de Escola particular. Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus;
1942 reforma do ensino – Decreto-Lei nº 32.612 de 31 de dezembro prevê alterações na duração do curso e nos critérios de admissão. Exigência de diploma para o exercício da profissão, a partir de janeiro de 1944.

Fonte: Nunes, L. (2003). Ensino de Enfermagem em Portugal. Percorso histórico e contexto atual. Instituto Politécnico de Setúbal, p. 87.

Desde logo é notório a transformação da designação de escolas de enfermeiros para escolas de enfermagem, em linha com o horizonte temporal em que surgiu a denominação para o coletivo dos enfermeiros e enfermeiras – enfermagem, conforme anteriormente explicado.

No estudo sobre a evolução das escolas em Coimbra, Queirós (2022) afirma: “Será nos Hospitais da Universidade de Coimbra, em 1919, no âmbito da reorganização dos serviços, que vemos surgir, - agora efetivamente oficializada pelo Decreto nº 5.736, de 10 de maio da Direção Geral da Assistência - Ministério do Trabalho -, a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra. O seu primeiro regulamento vem a ser publicado por meio do Decreto nº 6.943, de 16 de setembro de 1920. No mesmo, fica estabelecido, o Curso Geral de Enfermagem e o Curso Complementar. O Curso Geral abriu no ano letivo 1919-20, contando com um total de 79 alunos (38 “varões” e 41 “fêmeas”), vindo a concluir o curso 71 alunos. O Curso Complementar abriu em 1923-24, sendo o primeiro diplomado em 1927. Na década de 1920, entre os anos letivos 1919-20 e 1929-30, a escola teve 336 alunos (216 masculinos e 120 femininos) e destes só 87 “varões”, e 56 “fêmeas”, totalizando apenas 143 alunos a acabaram os cursos ¹² (Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra.)” (p. 33).

Da análise efetuada à evolução das escolas de enfermeiros e de enfermagem em Coimbra, percecionamos o andamento nacional da estruturação do ensino da enfermagem ao longo deste período. No artigo citado, sobre as escolas de enfermeiros e de enfermagem em Coimbra, dizíamos: “Os docentes da escola eram nomeados, pelo diretor dos HUC, de entre os médicos da instituição e podiam contar com o apoio dos enfermeiros chefes para o ensino prático.” E que “o estudo dos Anuários da Universidade de Coimbra, informa acerca dos professores da Escola de Enfermagem para a sequência de anos 1919-20 a 1921-22 e, de 1924-25 a 1926-27. Aí encontramos referência aos Dr. Adelino Vieira Campos de Carvalho, Dr. Fernando Baeta Bissaia Barreto Rosa, Dr. Egídio Aires de Azevedo (Queirós, *et al.*, 2020a).” (Queirós, 2022, p. 33).

Do “desenvolvimento das escolas de enfermeiros e de enfermagem em Coimbra, importa realçar: *i*) a efetiva oficialização com publicação no “Diário do Governo”; *ii*) a denominação não como escola de enfermeiros (como a anterior) mas sim de enfermagem, revelando um passo importante no movimento de profissionalização; *iii*) a existência de alunos de ambos os sexos, contrariamente ao expectável, com predominância masculina (216 masculinos a comparar com 120 femininos, para os alunos, e para os que concluíram, 87 a comparar com 56); *iv*) a existência de um curso geral e de um curso complementar;

¹² Cfr. Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 1931, 2: p. 1-10.

v) a formação dos enfermeiros entregue a médicos, um dos quais encontraremos de forma marcada e sucessiva na criação de escolas na cidade de Coimbra.” (Queirós, 2022, p. 33).

O friso cronológico das escolas de enfermeiros e de enfermagem em Coimbra, e suas designações é apresentado no quadro 4.

Quadro 4 – Friso cronológico das escolas e suas designações

1881 - Escola de Enfermeiros dos Hospitais da Universidade de Coimbra
1919 - Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra
1931 - Escola de Enfermagem do Dr. Ângelo da Fonseca
1937 - Escola Normal Social de Coimbra “A saúde”
1946 - Escola de Enfermagem Rainha Santa Isabel
1948 - Escola de Enfermagem Psiquiátrica do Hospital Sobral Cid
1955 - Escola de Enfermeiras Parteira, Puericultoras do Instituto Maternal de Coimbra
1971 - Escola de Enfermagem Bissaya Barreto
1987 - Escola de Enfermagem Pós-Básica Dr. Ângelo da Fonseca
1989 - Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
1989 - Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto
2006 - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Fonte: construção própria.

“A Portaria nº 7.001 de 14 de janeiro de 1931, refere: “Manda o Governo da República Portuguesa, pelo Ministério do Interior, que a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra passe a denominar-se Escola de Enfermagem do Dr. Ângelo da Fonseca, como homenagem merecida àquele professor”. Alterado o nome, é só em 1932, que o Professor Dr. Ângelo da Fonseca passa a ser o diretor da escola. Ângelo da Fonseca é figura significativa na cidade de Coimbra, foi governador civil, figura de relevo na Faculdade de Medicina e na administração dos HUC.” (Queirós, 2022, p. 33).

“Por esta altura e nesta escola é importante referir a presença do «primeiro enfermeiro», oficialmente, com funções docentes, José Pinto Teles, designado em 1933, pelo conselho técnico dos HUC, para lecionar a técnica de enfermagem (Silva, 2008).” (Queirós, 2022, p. 35).

“A Escola de Enfermagem do Dr. Ângelo da Fonseca, permanece ininterruptamente em funcionamento, só voltando a mudar de nome em 1987, com a introdução em Coimbra dos Cursos de Formação Pós-Básicos em Enfermagem. A instituição passa a denominar-se após a publicação do Decreto-Lei nº 28/87, de 31 de julho, Escola de Enfermagem Pós-Básica Dr. Ângelo da Fonseca. Esta designação

manteve-se até 1989, ocasião em que a escola, pela Portaria nº 821, de 15 de setembro, assume a designação de Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. (Queirós, 2022, p. 35).

“Na mesma dinâmica e pela mesma Portaria, outra Escola da Cidade, a Escola de Enfermagem Bissaya Barreto, fundada em 1971, passa a designar-se similarmente de Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto. Esta conversão da designação das duas escolas, em escolas superiores, resulta de um processo de progressiva integração das escolas de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, com início em 1988.” (Queirós, 2022, p. 35).

“Um marco significativo e que conduziu até aos dias de hoje, resulta da fusão das duas Escolas Superiores de Enfermagem, Bissaya Barreto e Ângelo da Fonseca, existentes em Coimbra, que ocorre em 2006, dando origem à atual Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Para a sua criação, contou, com a entrada plena do ensino de enfermagem em Portugal, para o Ensino Superior. Este movimento acontece com as escolas das três grandes cidades Lisboa, Porto e Coimbra, fruto da necessidade de ganharem escala, rentabilizando esforços e sinergias. Expectando-se como resultado do movimento de fusão das escolas, a criação de instituições robustas, na dimensão de ensino e de investigação, de perfil universitário, com a lógica consequência da sua integração pela em Universidades. Isto aconteceria ao fim de um período de transição, em que as escolas destas três cidades funcionavam como instituições autónomas. Todavia este processo, não estando concluído, por diversas dinâmicas sociais mais externas às escolas que internas, é urgente que se conclua.” (Queirós, 2022, p. 35).

“Entre 1931 e 1989, o progressivo movimento de ensino de enfermagem teve marcas, que embora de forma sintética importa realçar. Outras escolas abriram e permaneceram em Coimbra, interagiram umas com as outras, todas com o mesmo objetivo, formar enfermeiros.” (Queirós, 2022, p. 35).

“No ano de 1942 as escolas de enfermagem públicas passam a ter autonomia técnica e administrativa, ficando sob a orientação e fiscalização da Inspeção de Assistência Social ou das Direções Gerais de Saúde. Os planos de estudo são uniformizados em todo o país. É neste mesmo ano que é introduzido o internato para as alunas de enfermagem, o que veio dar por decreto-lei de 1947 à criação dos lares e, especificamente, em 1949 à criação do Lar da Alunas de Enfermagem de Coimbra

(LAEC). Também por estes anos (1942) é fortemente condicionado o exercício profissional dos homens enfermeiros, ficando residual a sua admissão nas escolas, e é proibido o exercício de enfermagem às enfermeiras casadas, só se admitindo solteiras ou viúvas sem filhos.” (Queirós, 2022, p. 35).

“Em 1952, verifica-se uma nova reorganização do ensino de enfermagem, com a criação de um novo Curso de Enfermagem Complementar. O Decreto-lei nº 38.885 de 28 de agosto desse ano, aprova um novo regulamento das escolas de enfermagem estando na origem em 1953, de um novo regulamento da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Em 1965 exige-se, o segundo ciclo dos Liceus, para ingresso nas Escolas de Enfermagem.” (Queirós, 2022, p. 35-36).

“A década de 1970 assume uma importância fundamental. Pela portaria nº 34/70, de 14 janeiro, as escolas ganham maior autonomia, diminuindo a dependência financeira dos hospitais aos quais estiveram ligadas.” (Queirós, 2022, p. 36).

“É, no entanto, após a revolução de 25 de abril de 1974, que se assiste a uma profunda reformulação dos programas dos cursos, da estrutura administrativa das escolas, da democratização da vida escolar. Pela Portaria nº 674, de 13 de novembro de 1976, as Escolas públicas, passam a reger-se pelo Regulamento dos Órgãos de Gestão das Escolas de Enfermagem, movimento profundamente participativo e democrático que viria a ser alterado posteriormente.” (Queirós, 2022, p. 36).

“Mas, durante este intervalo temporal que referimos, verificamos a existência de uma outra linha evolutiva em torno da Escola de Enfermagem Bissaya Barreto. Escola pública, criada em 1971, e que teve como comissão instaladora, o Professor Doutor Bissaya Barreto (que já aparecia como professor na Escola de Enfermagem dos HUC de 1919), o Dr. Viriato Namora, o Enfermeiro José Pinto Teles (enfermeiro que leciona a técnica de enfermagem, em 1933, na Escola de Enfermagem do Dr. Ângelo da Fonseca), e da Enfermeira Delmina dos Anjos Moreira, que vem a ser a futura diretora da escola, funções que manteve até se ter aposentado um ou dois anos antes da fusão das escolas em 2006.” (Queirós, 2022, p. 36). “Nesta linha evolutiva, ..., vai surgir a agregação em 1973, da Escola de Enfermeiras Parteiras, Puericultoras do Instituto Maternal de Coimbra. Esta Escola, foi fundada em 1955, ligada ao Instituto Maternal de Coimbra, formava precisamente especialistas para trabalhar nas diversas delegações do Instituto Maternal de Coimbra. Refira-se, e sobretudo porque neste artigo estamos a reconstruir linhas

evolutivas, que o Instituto Maternal de Coimbra, teve forte influência e fator dinamizador precisamente no Professor Bissaya Barreto. (Queirós, 2022, p. 36).

“Importa ainda referir, que nestes anos de desenvolvimento do ensino de enfermagem na cidade de Coimbra, duas outras instituições, uma na órbita da esfera pública, outra no âmbito da iniciativa privada, e onde se descortina a ação do professor Bissaya Barreto, marcam presença significativa, são elas: a Escola de Enfermagem Psiquiátrica do Hospital Sobral Cid, ministrando o Curso Geral de Enfermagem Psiquiátrica, com início em 1948, e alguma ligação à Escola Ângelo da Fonseca, onde os estudantes faziam seus «exames de estado»; e a Escola Normal Social de Coimbra «A Saúde», fundada em 1937, responsável pela formação de enfermeiras visitadoras.” (Queirós, 2022, p. 36).

“Em 1931, o estado autorizava as Faculdade de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra, a criar os cursos de enfermeiras visitadoras de higiene (Decreto-Lei nº 19460, de 13 de março de 1931). No decreto de autorização, faz-se alusão expressa a Florence Nightingale, nos seguintes termos: “já em meados do século passado, sob o impulso de Florence Nightingale, a habilitação profissional da enfermagem foi organizada e aperfeiçoada, e nasceu então uma nova profissão, a de enfermeira visitadora, destinada a cuidar dos doentes pobres no domicílio.” (Ministério da Saúde, Decreto nº 28/87, de 31 de julho). Este Curso, tinha três disciplinas curriculares: Puericultura, Enfermagem; Higiene doméstica e profilaxia de doenças transmissíveis. Não teve grande desenvolvimento no âmbito da Universidade de Coimbra.” (Queirós, 2022, p. 36).

“Bissaya Barreto, a convite de Oliveira Salazar, discursa em 1934, no I Congresso da União Nacional, defendendo a organização de serviços de medicina social. E, é como presidente da Junta da Beira Litoral, que em 1935, Bissaya Barreto, convida as Irmãs Franciscanas de Maria para assumirem a direção da Obra de Proteção à Grávida e à Criança. Em 1936, Constance Davon, chega a Coimbra, acompanhada com um grupo de Irmãs Franciscanas, dirige a Obra de Proteção, mas a falta de condições levam-na a propor a criação de uma escola. A Escola Normal Social «A saúde», é criada em janeiro de 1937, e posteriormente evoluiu para Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra, será dirigido até 1974, unicamente por mulheres, todas pertencentes à congregação das Franciscanas Missionárias de Maria. Escola, pela mão de Bissaya Barreto, de marca francesa, não estranho ao designado «socialismo municipalista», que deu origem às

enfermeiras visitadoras e ao serviço social, em França. Esta escola, confere formação polivalente de enfermeiras puericultoras, educadoras, monitoras e assistentes familiares. Realizou os primeiros exames em 1938, e formou cerca de 211 alunas.” (Queirós, 2022, p. 36).

“Por último, ..., à única escola genuinamente privada, de orientação católica, mas não de uma ordem religiosa. Surge em 1946, por iniciativa da União Noelista Portuguesa, a Escola de Enfermagem Rainha Santa Isabel. A União Noelista, nasceu em França, em 1896, por inspiração do Padre Claude Allez. O Movimento dedica-se particularmente ao apoio, às vocações e seminários, paramentaria, restauro, obras sociais, especialmente em favor e defesa da vida, serviços voluntários nos hospitais, e apoio à terceira idade. O primeiro grupo Noelista é fundado em Portugal, data de 1913, mas a sua instalação definitiva é de 1925.” (Queirós, 2022, p. 37).

Da análise em pormenor do desenvolvimento do ensino de enfermagem na cidade de Coimbra, sentimos o que se foi processando no plano nacional.

Lucilia Nunes analisa em profundidade, a evolução do ensino da enfermagem em Portugal (Nunes, 2023). Nessa análise estrutura a evolução, em cinco grandes blocos a que correspondem cinco grandes capítulos, cronologicamente sequencias, e que nos dão os tópicos da análise da autora acerca da evolução da formação de enfermeiros e enfermeiras. São eles: “*I. prolegómenos* - ensino de Enfermagem até 1988; *II. Deslocamentos* – integração do ensino de Enfermagem no sistema educativo nacional e passagem do bacharelato a licenciatura, de 1988 a 1999; *III. Adequações* – tempos de implementação do Processo do Bolonha, de 2000 a 2009); *IV. Linha de água* – desenvolvimentos no Ensino Superior, de 2010 a 2019; *V. Em redor e adiante* – tempos de pandemia e depois, desde 2020.” (Nunes, 2023, p. 5-6).

Relativamente ao primeiro momento definido até 1988, Nunes (2023) considera uma divisão em dois outros períodos, respetivamente de 1881 a 1947, e de 1947 a 1988. São 107 anos, dos quais nos primeiros 66 anos (1881-1947) se implementou formalizado em escolas na dependência dos hospitais, com uma subdivisão: *a)* de 1881 a 1900 - aprendizagem práticas e a realização de cursos nos serviços; *b)* de 1901 a 1947 - na dependência da administração dos hospitais. (Nunes, 2023).

Para Nunes (2023), o segundo período de 1947 a 1988, corresponde a 41 anos na dependência do Estado, estando o ensino de Enfermagem fora do sistema educativo. Com

“duas etapas: a) de 1947 a 1958 - na dependência do Ministério do Interior, com dois níveis de formação e preconizada a autonomia técnica e administrativa das escolas; b) de 1958 a 1988 - na dependência da área da saúde – o que significou, na dependência do Ministério da Saúde e da Assistência (1958 - 1973), do Ministério da Saúde (1973 - 1974), da Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais (1974 – 1983) e, de novo, do Ministério da Saúde (1983 – 1988); e nesta etapa, incluímos o processo de universitarização (1973 – 1988)”. (Nunes, 2023, p. 77-78).

Acompanhamos o pensamento de Nunes (2023), quando considera: “o percurso do ensino de Enfermagem, historicamente, pode considerar-se como inscrito numa matriz de superação – que tanto refere superação do ascendente religioso como do ascendente médico, ainda que, atentas as próprias condições de trabalho” (p. 78). “Houve uma sucessão de reformas e revisões do ensino de Enfermagem, com a intencionalidade de organizar e disciplinar.” (Nunes, 2023, p. 78).

A autora que temos vindo a seguir e em concordância, rememora “sete reformas entre 1942 e 1987; de 1942 (incluiu a autorização de exercício apenas aos diplomados); de 1947 (criou o curso de auxiliar de Enfermagem); de 1952 (com três cursos – Auxiliar, Geral e Complementar - e autonomia técnica e administrativa das escolas); de 1965 (alterou a escolaridade e a componente de Enfermagem); de 1976 (novo currículo de uma única modalidade de formação de base, Livro verde); de 1979 (condições de admissão); de 1987 (novo Plano de Estudos a ser executado por todas as Escolas de Enfermagem).” (Nunes, 2023, p. 78).

A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional e a passagem do bacharelato a licenciatura, é o momento seguinte que ocorre entre 1988 e 1999. (Nunes, 2003). Na síntese, para este espaço temporal de evolução do ensino de enfermagem, Lucília Nunes recorre a Amendoeira (2009, p. 5), citando-o: “O período entre 1988 e 1999 é considerado por todos os que estudam este fenómeno como uma das fases mais ricas para a evolução da Enfermagem, até porque é aqui que ocorrem as respostas às principais expectativas dos enfermeiros, formuladas durante as décadas anteriores. Falamos da Transição do Modelo de Formação para uma proximidade tendente à integração no Sistema Educativo Nacional, de onde emerge essencialmente: a autonomia das escolas como organizações educativas, de que se releva a pedagógica e científica, com consequente construção curricular e responsabilidade de desenvolvimento

de um espaço e objeto transicional onde a diversidade e a diferenciação passaram a caracterizar o Modelo de Formação, ao invés da uniformização com heterogeneidade”.

Marcam este período, de 1988 a 1999: a integração no Sistema Educativo Nacional com a criação da rede de escolas superiores; a publicação de regras para o curso superior de enfermagem a nível de bacharelato; a transição da carreira docente; a passagem de bacharelato a licenciatura; o desenvolvimento paulatino da formação especializada em enfermagem; e “Relevante também a criação do mestrado em Ciências de Enfermagem, na Universidade Católica, em 1991, por ação conjugada de Emília Costa Macedo e Mariana Diniz de Sousa” (Nunes, 2023, p. 132).

De 2000 a 2009 é para Nunes (2023), tempo de implementação do Processo do Bolonha. Corresponde à criação de um Espaço Europeu de Ensino Superior, e engloba de forma significativa: um Plano Estratégico para o Ensino de Enfermagem concluído em 2008 e remetido ao Ministério; a criação de escolas nos dois distritos não contemplados na reforma de 1970 (Aveiro e Setúbal), e a fusão das escolas públicas de Lisboa, Porto e Coimbra, e à integração das outras escolas em instituições de ensino superior politécnico ou em universidades. Neste período surge também a legislação de Especialista de Ensino Superior.

De 2010 a 2019 e de 2020 em diante, são fases de desenvolvimento com problemas específicos que abordaremos ao longo do ponto 7 deste texto.

Entre 1881 aos finais do século XX, no segundo período na cronologia de evolução da enfermagem por nós proposta, damos conta neste subcapítulo a que chamamos, “*Da transformação de escolas de enfermeiros em escolas de enfermagem*”, dos primeiros professores de enfermagem ao controlo do ensino pelos enfermeiros; das sucessivas reformas do ensino no sentido de maior autonomia, tutela profissional da formação, crescimento da rede, e enquadramento no sistema de ensino, em níveis que traduzem o desenvolvimento disciplinar e científico. Aspetos essenciais no caminho do fortalecimento dos saberes disciplinares, da maior autonomia, mas ainda não da plena credenciação.

6.3 – As associações profissionais. O combate ao exercício ilegal da profissão, as carteiras profissionais. Os congressos nacionais de enfermagem.

Para uma leitura mais informada do processo de construção disciplinar da enfermagem, importa considerar incluindo no segundo período, por nós balizado entre os finais do século XIX e finais do século XX, aspetos como sejam: as associações profissionais de enfermagem; o combate ao exercício ilegal, e as carteiras profissionais; os congressos nacionais de enfermagem.

A organização em coletivos de interesse, em processos de identificação e de identização (Tap, 1986), construindo identidades resultantes “não só de um agregado de interações sociais, mas também de razão político-estratégica dos atores (Padilha et al., 2011)” (Queirós, 2015b, p. 164), conforme referimos no ponto 2 deste texto.

Segundo Subtil e Nunes (2024), a primeira associação de classe com cariz sindicalista surgiu em 1913, com a designação de Associação de Classe dos Enfermeiros de Ambos os Sexos do Porto.

Em processo anterior, em 1897, foi aprovado o Estatuto da Associação de Classe das Parteiras. Referindo Carneiro (2008) que em “1932, a Associação de Classe das Parteiras Portuguesas apresentou à Faculdade de Medicina de Lisboa uma proposta para promover a qualificação da classe” (p. 712). Note-se, também neste aspeto organizacional, as parteiras com um processo de profissionalização muito anterior aos enfermeiros.

Ainda no texto de Subtil e Nunes (2024), tomámos nota que, em 1929, e segundo referência de Amial (1929), havia “cinco organizações de enfermeiros como expressão de uma maior participação social e da tomada de consciência da profissionalização dos cuidados de enfermagem” (p. 118). Essas cinco associações são identificadas como sejam: Associação de Classe dos Enfermeiros e Pessoal dos Hospitais Cívicos Portugueses; Associação de Classe dos Enfermeiros e Enfermeiras da Zona Sul; Associação de Classe dos Enfermeiros de Ambos os Sexos do Porto; Associação Escolar dos Alunos da Escola Profissional de Enfermagem de Lisboa; Grémio dos Enfermeiros de Terra e Mar do Norte de Portugal. (Subtil & Nunes, 2024, p. 118).

Em cronologia das associações sindicais Subtil e Nunes (2008)¹³ identificam ainda: 1931, criação do Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul e do Sindicato dos Enfermeiros do Centro de Portugal; 1933, criação do Sindicato dos Enfermeiros da Região Norte; 1934, criação do Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas; 1945, criação do Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, com várias seções regionais, estes dois últimos já em pleno Estado Novo com a legislação corporativa.

Depois deste período inicial de criação de organizações de cariz sindical e sendo certo que já “existiam associações de enfermeiros no final do século XIX” (Subtil & Nunes, 2024, p. 118). Na segunda metade do século XX e após o 25 de abril, criaram-se reestruturaram-se e surgiram outras organizações sindicais.

Por exemplo, em 1988, a pedido de enfermeiros da zona norte e centro, o Sindicato dos Enfermeiros da Zona Sul, alteraram os seus estatutos dando origem ao Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP). Na página digital do SEP, podemos ler que “a sua história, contudo, remonta a 1904 com a criação da Associação da Classe das Parteiras Portuguesas que se transformou em Sindicato Nacional das Parteiras Portuguesas, em 1933. Como todos os sindicatos, durante a longa ditadura fascista, foi controlado pelo regime e impedido de desenvolver a atividade para a qual foi criado. Em 1945, a 8 de junho, foi constituído o Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem que resultou da transformação dos Sindicatos Nacionais dos Enfermeiros do distrito do Porto, das Enfermeiras de Lisboa e das Parteiras Portuguesas, com sede em Lisboa. Com o 25 de Abril os sindicatos passam a ser livres, e em 1975, o Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem do distrito de Lisboa passou a designar-se de Sindicato dos Enfermeiros do Sul. São criados 4 sindicatos regionais de enfermagem – Norte, Centro, Sul e Madeira.” (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2024).

Reconfigurando-se, na sequência da extensão do Sindicato Regional do Sul ao plano nacional, os Sindicatos Regionais do Norte e Centro, dão origem à Federação Nacional dos Sindicatos dos Enfermeiros, que hoje engloba duas estruturas “Sindicato dos Enfermeiros – SE” e “Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem -

¹³ Subtil e Nunes (2008), referem que em 1902, Hintze Ribeiro aprovou os Estatutos da Associação das Enfermeiras de Nossa Senhora da Saúde. No entanto explicam, que não tem caráter sindical antes constituiu um subterfugio para permitir a atividade das Servas de Maria Ministras dos Enfermos.

SIPE”, existindo ainda uma outra organização, desde 2017 com a designação de Sindepor”.

Estas organizações sindicais assumiram papel de relevo no processo de profissionalização, lutando desde cedo pelo reconhecimento profissional, sua regulação e atribuição de carteiras profissionais, pelo combate ao exercício ilegal da profissão, pelas condições de trabalho. No combate por um exercício digno e com condições de trabalho adequadas, destacaram-se muitos enfermeiros e enfermeiras, entre eles algumas figuras significativas, como sejam Virgílio Sousa¹⁴ e Isaura Borges Coelho¹⁵.

Como referido, o combate ao exercício ilegal da enfermagem, ocupou as preocupações dos enfermeiros. E é elemento significativo no processo de profissionalização da enfermagem. Os sindicatos deram voz a esta preocupação até terem conseguido ver publicado o Decreto-Lei nº 32612, de 31 de dezembro de 1942, que regula a prática de Enfermagem e visa prevenir o exercício ilegal da profissão, em sequência, será no ano 1947, que surge o regulamento da Carteira Profissional de Enfermagem¹⁶. A emissão da Carteira Profissional de Enfermagem era da responsabilidade do Sindicato Nacional de Enfermagem para as categorias de enfermeiro e parteira. Em 1949, o regulamento teve um aditamento, criando a carteira profissional dos auxiliares de enfermagem de cor diferente. A emissão das carteiras profissionais, pelo Sindicato não dispensava que tivessem de ser visadas pelo Instituto Nacional do Trabalho e Previdência, (Subtil & Nunes, 2024). Sinais ainda de uma autonomia mitigada. Em 1982 a Carteira Profissional dos Profissionais de Enfermagem, teve uma nova redação (Subtil & Nunes, 2024). Também em relação às carteiras profissionais as parteiras levaram vantagem, no processo de profissionalização, em relação aos enfermeiros, já que em 1875 viram publicado um modelo oficial para a emissão de cartas de parteira (Carneiro, 2008, p. 710).

¹⁴ Natural de Lisboa, enfermeiro. Nasceu em 27 de abril de 1903, filho de Ana de Sousa. Preso para averiguações, pela SPS da PVDE em 2 de maio de 1937, recolheu incomunicável a uma esquadra. Em 12 de maio foi transferido para a Cadeia do Aljube e, em 21 de maio, baixou à enfermaria daquela cadeia, onde ficou até 5 de junho de 1937, dia em que embarcou para o Campo de Concentração do Tarrafal. Abrangido pela amnistia do decreto nº 35 041, foi libertado, embarcando para Lisboa no “paquete Guiné” em 1 de fevereiro de 1946. Foi Diretor do nº 1 de 23 de agosto de 1931 da publicação periódica “A voz do Enfermeiro”, órgão e propriedade do Sindicato dos Enfermeiros do Sindicato dos Enfermeiros da Região Sul.

¹⁵ Enfermeira oposicionista ao Estado Novo, com trabalho relevante nas condições de trabalho das enfermeiras e no direito ao casamento. Cfr. Site da Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem.

¹⁶ A titularidade de carteiras profissionais enquanto requisito necessário para o exercício profissional remonta a 1939, início do regime corporativo (Subtil et al., 2021; Nunes & Subtil, 2024).

Apesar do processo legislativo relativo à emissão de Carteiras Profissionais de Enfermagem como condição para o exercício profissional, a realidade é ainda outra. Em 1958, Alberto Mourão escrevia “A lei obriga com rigor ao cumprimento de várias exigências relacionadas com a organização da classe, é esquecida, e num ou noutro local não se considera indispensável a apresentação da Carteira Profissional” (Mourão, 1958, p. 35-36).

Para além das associações sindicais, ao longo do século XX, no processo de organização profissional e científico, assumiram importância fundamental outras associações, tais como: a Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem e Saúde (ACEPS); a Associação das Enfermeiras e Enfermeiros Portugueses, criada em 1968 (que deu origem posterior, - em 1982 aprovação de novos estatutos e sua publicação 1983 -, à Associação Portuguesa de Enfermagem – APE); Sociedade Portuguesa de Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação (AEEP), criada em 1969 (posteriormente deu origem à APER - Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação). Referência ainda, à criação da Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações, em 1986. Posteriormente, e já pelos finais do século XX e inícios de XXI, surgem associações e sociedades de enfermeiros especialista nas diversas áreas de especialização. Ou temáticas, como sejam a Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem em 2010, ou a Associação Nacional de História da Enfermagem a surgir em 2011.

Refira-se o trabalho conjunto entre organizações sindicais e associações na organização dos dois Congressos Nacionais de Enfermagem, respetivamente 1973 e 1981. Estes dois congressos nacionais foram estruturantes e definidores de uma visão estratégica para o desenvolvimento da enfermagem portuguesa.

O congresso de 1973, ainda durante o Estado Novo, ocorreu em Lisboa, de 12 a 16 de novembro, foi uma organização conjunta da Federação Nacional dos Sindicatos de Enfermagem (englobando os sindicatos das regionais de Lisboa, Porto, Coimbra e Madeira), a ACEPS e a AEEP. Das conclusões, Subtil et al., (2021) referem “serem várias as que reclamam a necessidade de elaboração do estatuto profissional, a criação de um órgão central (ordem profissional), o controle do exercício da profissão e várias medidas relacionadas com a formação e o ensino de enfermagem” (p. 18). Acrescenta Subtil e Nunes (2024), “... estando também os temas relativos às políticas de saúde, ao planeamento em saúde e à organização dos serviços implicitamente presentes e fazendo

parte da ordem de trabalhos deste histórico acontecimento da enfermagem contemporânea – o caminho que preparou os desenvolvimentos posteriores” (p. 124).

O congresso de 1981, realizado em Coimbra, num contexto político diferente, já em liberdade, decorre entre 5 e 10 de abril, uma organização conjunta, como no primeiro congresso, pelos Sindicatos de Enfermagem, pela ACEPS, pela AEEP, a que se juntou a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. As conclusões apresentadas por Marina Dinis de Sousa, destacavam “a necessidade de criar o estatuto do enfermeiro, a par de outros anseios relacionados com a formação, a carreira profissional, os cuidados de saúde primários (CSP), e a reorganização dos serviços de saúde.” (Nunes & Subtil, 2024, p. 126). Quanto ao ensino conclui-se pela necessidade de tomar medidas quanto à formação graduada e pós-graduada, à reconversão das escolas de enfermagem em escolas de ensino superior integradas no sistema educativo, a criação de departamentos de educação permanente nos serviços, instituições, a nível distrital e concelhio, bem como gabinetes de investigação em enfermagem. (Subtil & Nunes, 2024).

6.4 – Imprensa profissional e imprensa científica de enfermagem. A escrita científica.

A divulgação do conhecimento em periódicos de enfermagem e a evolução da profissão, em Portugal, no século XX e início do século XXI, foi estudada por Machado em tese de doutoramento exatamente com esse título, em 2014.

Machado (2014), esclarece que “o desenvolvimento da Investigação pretendeu analisar a divulgação do conhecimento e a evolução da profissão da enfermagem em Portugal veiculada em 41 periódicos profissionais correspondendo a 5329 artigos de autoria de enfermeiros entre 1925 e 2009.” (p. XIII). Conclui que a “divulgação do conhecimento nos periódicos processou-se em torno de três momentos: Iniciático ou Iniciação (1925 a 1950); Transição ou Indiferenciação (1952 a 1980) e de Consolidação (1985 a 2009). O primeiro corresponde à publicação dos primeiros periódicos de Associações Sindicais, marcados por questões da união de classe a legalização da profissão. O segundo aborda assuntos profissionais de carácter generalista, centrados na doença, procedimentos terapêuticos e técnicos, apresentando ainda traduções de artigos estrangeiros para português. O último destaca-se pela publicação de Revistas e artigos Científicos e elevado volume de conteúdo disciplinar expresso pela contemporaneidade

dos seus assuntos.” (p. XIII-XIV). Relevante a conclusão final de Machado (2014) “estamos perante uma relação estratégica disciplinar e profissional numa simbiose uma entre o conhecimento disciplinar construído e a profissão de enfermagem.” (p. 560).

A publicação de regras monásticas com indicação para enfermeiros e de livros sob a forma de manuais ou instruções, como referido em pontos anteriores (5.5) é algo que está presente desde a idade média. Podemos mesmo identificar, numa visão alargada e situada do que é ser enfermeiro, dois livros, de autoria específica de enfermeiros, em ambiente monástico (a “*Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*” de 1741, e a “*Instrução de Enfermeiros...*” de 1747). Paralelamente, outra linha de produção de escrita proto-disciplinar, pode ter os seus primórdios com a “*Luz da Medicina... Guia de Enfermeiros*”, livro de 1664.

Acompanhando o movimento de centralização hospitalar dos cuidados, de concentração do poder médico sobre todas as atividades e domínios do cuidar, chegamos ao final do século XIX e princípios do século XX, com a afirmação manifesta, por exemplo por Costa Simões, da necessidade de ter manuais traduzidos do francês que possam instruir os enfermeiros. Esta transição de século, e toda a primeira metade do século XX, caracteriza-se pelo surgir de manuais escritos por médicos e dedicados ao ensino dos enfermeiros. Estamos de acordo com Machado (2014) quando refere: “O percurso histórico da escrita de Enfermagem é constituído por dois momentos, um que remonta aos finais do século XIX até à primeira metade do século XX, [caraterizado por uma escrita sobre a Enfermagem e outro marcadamente pelo desenvolvimento de uma atitude produtiva e de divulgação de Enfermagem profissional, que tem início na segunda metade do século XX e se entende até aos nossos dias. (Machado, 2014, p. 182). No entanto preferimos, definir o primeiro período, como de uma escrita externa para a enfermagem. A partir da segunda metade, embora ainda permaneçam e surjam livros de autoria médica com instruções para enfermeiros, começa a surgir com significado uma escrita própria, muitas vezes traduzida em apontamentos editados, sebatas, policopiados e pequenas brochuras, sobretudo nos anos 60 e 70. As publicações periódicas também espelham o aumento progressivo da produção escrita por enfermeiros.

Mas importa referir que é sobretudo num movimento que acompanha a um tempo, o desenvolvimento concetual internacional da enfermagem e, a outro tempo, o desenvolvimento do ensino de enfermagem em Portugal, que dos anos oitenta em diante,

surgem significativos livros de autores enfermeiros portugueses, muitos de personalidades profissionais e académicas de mérito. Surgem também editoras específicas de enfermeiros e editoras com coleções editoriais individualizadas para os temas de enfermagem.

De entre muitas obras pioneiras e relevantes, para ilustrar a produção nacional refiram-se, entre outras, as publicações em forma de livro: de Marta Lima Basto, (1988), *“Da Intenção de Mudar à Mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras”*; de Isabel Soares, (1997), *“Da Blusa de Brim à Touca Branca”*; de Manuel José Lopes, (1999), *“Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-moral. Alguns dados e implicações”*; de Wilson Abreu, (2001), *“Identidade, Formação e Trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros”*, em (2007), e *“Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didácticas”*, e em (2008), ainda *“Transições e Contextos Multiculturais”*; de Arminda Costa, (2002), *“Cuidar Idosos”*; de José Amendoeira (2006), *“Uma Biografia Partilhada da Enfermagem”*; de Abel Paiva, (2006), *“Sistemas de Informação em Enfermagem. Uma teoria explicativa da mudança”*; de Margarida Vieira, (2017), *“Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência”*; de Lucilia Nunes, (2009), *“Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)”*, e *“Para uma epistemologia da enfermagem”* de (2017). Havendo outros por certo também significativos, fica este registo como exemplificativo.

6.5 – Teorizar a atividade. A evolução internacional em paradigmas. A chegada do pensamento das teóricas de enfermagem a Portugal.

No caminho da profissionalização a construção de pensamento próprio sobre o seu desempenho, e a síntese de conhecimentos necessários à prossecução dos objetivos da sua ação, constitui um passo importante. Se encontramos, como anteriormente referido, manuais e instruções escritas por enfermeiros e outros, será pelos anos cinquenta do século XX, que com rigor começa a surgir no plano internacional, um pensamento próprio sobre o conhecimento em enfermagem, como este se caracteriza e explica, como surge, ou seja, como se cria. Alguns identificam os escritos de Nightingale já inserido neste movimento, prefiro considerá-los em linha com os escritos dispersos e ainda não estruturados, como o que veio a surgir no início da segunda metade do século XX.

Em publicação sobre a evolução do pensamento teórico da enfermagem, de 2024 (Queirós, 2024a, p. 44-57; Queirós, 2024b, p. 58-68), refletíamos escrevendo o que aqui reproduzimos, de forma muito próxima, nos parágrafos que seguem.

Chegados aos finais do século XIX inícios do século XX, os enfermeiros e as enfermeiras, portadores de saberes e detentores de competências cada vez mais particulares, veem criadas as condições de reconhecimento enquanto grupo profissional específico. Por essa ocasião, o ensino, que antes era informal e em contexto de trabalho, com a aprendizagem em hospitais junto dos seus pares, começa a formalizar-se e a estruturar-se em cursos e escolas. Refira-se Florence Nightingale que montou a Escola de Treinamento Nightingale para enfermeiras no Hospital St Thomas em Londres, em 1860, e em 1861, o surgir de um programa de treinamento para parteiras no Hospital do King's College. Nightingale atuou de forma significativa, por variadas razões, amplamente estudadas, mas não de forma isolada, já que anteriormente existiram outras experiências de cursos e escolas, não só em Inglaterra como por exemplo também em França. Este movimento de profissionalização, desenvolve-se ao longo de um tempo longo em crescendo.

Os conhecimentos que os enfermeiros criam e colocam em prática, nas respostas que tem de encontrar para solucionar problemas suscitados pelos doentes, são cada vez de maior complexidade e profundidade. De tal forma, que pelos finais do século XIX, esses conhecimentos têm de ser disciplinados, transformados em disciplina. Já não bastando as aprendizagens em contextos prático, transmitidas e aprendidas, na díade aprendiz-mestre, próprio dos ofícios medievais, mas em que se torna necessária a criação formal de cursos e de escolas.

Se no passado, até ao início do século XX, e durante todo o esse século afirma-se na enfermagem a profissionalização e o coletivo, o ensino formal com a disciplina de saberes e as escolas, desde meados do século XX aos dias de hoje, assiste-se ao consolidar de saberes numa dimensão de alta diferenciação, como ciência, ou seja, a ciência de enfermagem.

A ciência de enfermagem, como qualquer das outras ciências, necessita de linguagem própria, termos e conceitos, que de forma articulada permitam explicar os interesses específicos desse corpo de saberes, construindo uma autêntica narrativa, sobre o que é, do que se ocupa, qual a finalidade, como se explicam os conhecimentos gerados

no seu âmbito. Como refere B. van Fraassen (1972), citado por Echeverría (2003), “o trabalho essencial de uma teoria científica é proporcionar-nos uma família de modelos, para ser utilizada na representação dos fenómenos empíricos” (p. 170). Na mesma linha de raciocínio, acompanhamos Fourez (2008) quando afirma: “Uma disciplina é determinada por uma organização mental. É aquilo a que se chama, em filosofia das ciências, uma matriz disciplinar ou um paradigma, ou seja, uma estrutura mental, consciente ou não, que serve para classificar o mundo a fim de poder abordá-lo” (p. 111).

Quando os teóricos de enfermagem, especialmente os metateóricos, começam a construir o sistema interpretativo e explicativo da sua ciência, tem a consciência que “quando não dispomos de nenhuma narrativa para contar uma experiência, faltam-nos as «palavras para dizê-la» e o que se vive não existe da mesma maneira” (Fourez, 2008, p. 276).

O vasto desenvolvimento teórico da enfermagem, ciência de enfermagem, ao longo do século XX e especialmente nos finais e na transição do século XX para o século XXI, proporcionou leituras explicativas dessa evolução, e a título de exemplo: por estádios, Kidd e Morrison (1988); por fases, Meleis (1997), Kim (2010); ou pela evolução das correntes do pensamento em enfermagem por paradigmas com Kérrouac et al. (1994) e Parse (1995).

Para Kidd e Morrison (1988), o desenvolvimento da teoria de enfermagem aconteceu por cinco estádios: conhecimento silencioso; conhecimento recebido; conhecimento subjetivo; conhecimento de procedimentos; conhecimento construído. Segundo Meleis (1997), a progressão da disciplina de enfermagem ocorre por quatro fases: prática; educação e administração; investigação; desenvolvimento da teoria de enfermagem. Também considerando que o conhecimento em enfermagem evolui por fases, Kim (2010), conceptualiza: fase de declaração da independência; fase formativa; fase reformativa; fase de diversificação. Parse (1995), categorizou as várias teorias de enfermagem em dois paradigmas básicos, o paradigma da totalidade e o paradigma da simultaneidade. Já para Kérrouac et al. (1994), a evolução dá-se também por paradigmas, mas com seguinte designação: o paradigma da categorização, o paradigma da integração e o paradigma da transformação.

Clarifiquemos o termo paradigma, “um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade científica e só eles, compartilham e, inversamente, é a posse de um

paradigma comum que constitui em comunidade científica um grupo de pessoas, grupos que de outro modo seria uma coleção de membros desconexos” (Echeverría, 2003, p. 118, citando Kuhn, 1978). Um paradigma é o “conjunto de compromissos de pesquisa de uma comunidade científica” (Kuhn, 2009, p. 88). O conceito de paradigma, na fase final da produção de Thomas Kuhn aproxima-se e equivale-se ao conceito de matriz disciplinar. A este propósito refere Nunes (2017):

“...interessa-nos, especialmente, a passagem do conceito de *paradigma* ao de *matriz disciplinar*. «Disciplinar, porque se refere àquilo que os que põem em prática uma disciplina determinada, possuem em comum; matriz, porque corresponde a uma ordenação de elementos de índole variada, cada um deles exigindo especificação ulterior» [Kuhn, 2009]. De acordo com Kuhn as principais componentes da matriz são generalizações simbólicas, os modelos particulares, os valores partilhados e os exemplares.” (p. 88-89).

Fixando-nos na (re)evolução por paradigmas, caracterizemos os paradigmas propostos por Kérrouac et al. (1994). O paradigma da categorização:

“...cronologicamente localizado no século XVIII/XIX, caracterizou-se por perspetivar os fenómenos de uma forma simples, isolados do contexto. Podemos enquadrar neste paradigma o chamado modelo biomédico, em que a conceção de cuidados de enfermagem corresponde à execução do que foi prescrito ou delegado pelo médico. Esta abordagem dominou as práticas de enfermagem e as mentalidades durante todo o século XX.” (Ribeiro et al., 2018, p. 2).

O paradigma da integração, com inícios por 1950, orientou os cuidados para a pessoa e contribuiu para a diferenciação da enfermagem em relação à medicina. “Neste paradigma, o grande objetivo dos cuidados de enfermagem era a manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões: biopsicossocioespiritual e cultural, surgindo o conceito de holismo” (Ribeiro et al., 2018, p. 2).

Este paradigma caracteriza-se pelo surgir de modelos conceptuais de enfermagem, e explica o desenvolvimento teórico da enfermagem em quatro escolas do pensamento: a escola das necessidades; a escola da interação; a escola dos efeitos desejados; e a escola da promoção de saúde. É durante este período que surgiram os primeiros modelos conceptuais para a prática dos cuidados e para orientar a formação e a investigação (Silva, 2002).

Numa visão geral do paradigma da integração, importa olhar para os contributos das diferentes pensadoras agrupadas em quatro escolas de pensamento em enfermagem. Parece-nos que no seu conjunto, deram uma contribuição fundamental para o acervo teórico da enfermagem, ou seja, para o enriquecimento do pensamento epistemológico da ciência de enfermagem. As construções teóricas produzidas, em torno de teoria e modelos, fortaleceram, de forma significativa, a enfermagem enquanto ciência e proporcionaram a continuidade do pensamento teórico, a um tempo com uma visão identificada num paradigma diferente, que cronologicamente lhe sucede, - paradigma da transformação -, mas também são visíveis contributos para a conceção, da ciência de enfermagem atual, nesta segunda década do século XXI.

Se olharmos com atenção para as datas de nascimento e de morte destas teóricas, e para a data das produções editadas, constatamos que sobretudo as décadas de 1960 e 1970 foram marcantes. Quanto aos locais de nascimento e de trabalho, importa também referir, que se situa na sua larga maioria nos Estados Unidos. Algo de importante de passou nesse local e nessas duas décadas, reuniram-se condições propícias a este desenvolvimento significativo, ao aprofundamento de saberes e conhecimento da ciência de enfermagem.

Temos uma visão das teorias e modelos, num todo cumulativo e de continuidade, onde sucessivos contributos com diversos pontos de análise foram paulatinamente configurando-se e estruturando. Desenvolveu-se linguagem disciplinar, enriquecedora da ciência de enfermagem com termos e conceitos, com leituras interpretativas e prescritivas, com o alargar de saberes, agora narrados pelas teóricas, que permitiram o aprofundar do conhecimento específico disciplinar.

Vejamos alguns contributos através de algumas linhas evolutivas. Desde logo, na sucessão das escolas de pensamento, verifica-se que numa primeira, a enfermagem dirige-se às pessoas como objeto da sua ação (escola das necessidades), numa segunda como parceiro (escola da interação), numa terceira como parceiro, mas em que é claro o trabalho para uma meta (dos efeitos desejados), por último na escola da promoção de saúde constatamos o alargar do público de quem cuidamos, já não só a pessoa, o grupo ou a comunidade, mas o “cliente-família”. Também de forma significativa a visão da ciência de enfermagem vai sendo construída no alargamento do estrito atendimento fisiológico, biológico, para áreas das ciências do comportamento e das ciências sociais. De pensadora

em pensadora, de escola em escola, a ação da enfermeira vai-se definindo e determinando, desde o levantamento de necessidades, a identificação de problemas, à estruturação do processo de enfermagem, cada vez mais elaborado. Também evolui, de forma expressiva, a visão do ser humano de um ser de necessidades, passando a um ser holístico, para se chegar ao ser complexo. Abre-se caminho para a consideração do ser humano como um ser de necessidades e de potencialidades, à qual a enfermagem estará atenta no seu programa de cuidar. O caminho do desenvolvimento dos saberes de enfermagem, da ciência de enfermagem, continuará no paradigma da transformação.

O paradigma da transformação surge num contexto em que se reconhece e valoriza a capacidade das pessoas serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhe dizem respeito. Desta forma, abandona considerações anteriores, que colocavam as decisões de saúde nas mãos dos profissionais de saúde de uma forma muitas vezes absoluta. (Ribeiro et al., 2018).

O paradigma da transformação refere-se às escolas que surgem após 1970, colocando a ênfase na capacidade de as pessoas serem agentes e parceiros nas decisões de saúde, dando origem a duas escolas: a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar.

O início deste paradigma, ocorre após os anos 1970, e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo, o mundo que nos rodeia. Cada fenómeno de saúde, pode ser definido como um padrão único em interação recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo. (Silva, 2002).

Na expressão de Kéroutac et al. (1994), este paradigma corresponde à “abertura das ciências da enfermagem ao mundo. Inspirou concepções recentes da disciplina de enfermagem” (p.12). Para estes autores, o paradigma da transformação, inspira concepções mais recentes da disciplina de enfermagem, representa uma mudança sem precedentes.

A abertura ao mundo constitui o elemento central evolutivo das escolas do pensamento em enfermagem identificadas neste paradigma. À partida, um mundo em condições de mudança constante, em natural desequilíbrio permanente, tem de ser percebido, como a interação de fenómenos complexos que é ponto de partida de uma dinâmica nova e ainda mais complexa (Kéroutac et al., 1994).

Desde os anos setenta, até ao fim do século XX, a sociedade evoluiu de forma significativa em múltiplas dimensões. A construção teórica, o pensamento geral, não deixou de acompanhar essa evolução, trouxe novas leituras e novas concepções, acerca da sociedade, do homem, da vida, dos habitats, do meio, das suas interações.

Naturalmente, que a enfermagem enquanto ciência nascente, foi sensível e seguiu o desenvolvimento em progresso, com reflexo significativo no pensamento em enfermagem expresso em novas leituras disciplinares, resultando na afirmação de duas escolas, identificadas como: a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar.

Após os anos setenta, do século XX, assistimos à globalização, ao desenvolvimento de redes de informação e comunicação planetários, à transformação e à consciencialização da saúde e da doença como um bem a que se tem direito, ainda que com acesso desigual. A subida exponencial da esperança média de vida nos países desenvolvidos, sendo uma conquista, não deixa de trazer novos problemas, mais doenças crónicas e anos de vida com menos saúde, e sobretudo, contrasta com a permanência de elevada morbilidade e mortalidade em vastas zonas do globo. Surgem importantíssimos contributos teóricos para a compreensão da saúde, da doença, surgem novos conceitos e a revalorização de outros, como seja o conceito de bem-estar.

Refiram-se, alguns marcos no âmbito do paradigma da transformação, que de alguma forma influenciaram, marcaram presença, e permitiram desenvolver um pensamento novo em enfermagem.

Este período histórico é definido, por Richmond (1979), como a segunda revolução da saúde. Esta revolução é caracterizada pela “principal mudança no modo de conceber a saúde e consistiu na deslocação do centro de atenção do vetor doença, dominante desde o advento da medicina científica, para o vetor saúde” (Ribeiro, 1993, p. 3).

Dois conceitos adquirem centralidade: a promoção da saúde e os estilos de vida. A Conferência de 1978, da Organização Mundial de Saúde, em Alma-Ata e a Carta de Ottawa em 1986, dão o cunho institucional e formal a esta revolução na saúde.

A Conferência de Alma-Ata (1978), considerou de forma inequívoca o direito à saúde, e na declaração final, afirma: “é direito e dever dos povos, participar individual e

coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde” (Declaração de Alma-Ata, 1978, ponto IV).

Na Carta de Ottawa, a promoção da saúde é considerada como “o processo de «capacitar» (*enabling*) as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde, e para a melhorar” (Ribeiro, 1993, p. 56). Anteriormente, já Lalonde, tinha definido o estilo de vida como “o agregado de decisões individuais que afetam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controlo” (Lalonde, 1974, p. 32).

Outras duas teorias tornaram-se marcantes para o desenvolvimento do pensamento em enfermagem, a “Teoria Geral dos Sistemas”, de Bertalanffy (1968), e a “Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano” de Bronfenbrenner (1977). Esta última, enfatiza o meio envolvente, na abordagem das questões do desenvolvimento humano e da saúde, numa perspetiva de microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema.

Também foi de importância relevante o movimento iniciado por Seligman (1975), da Associação Americana de Psicólogos (APA), que ficou conhecido por “psicologia positiva”, no qual germinaram conceitos tais como resiliência, robustez, e revalorizaram-se outros como: felicidade, bem-estar, otimismo, humor.

No âmbito da psicologia positiva, Aaron Antonovsky (1979), criou o modelo salutogénico, que por oposição às abordagens patogénicas, enfatiza os determinantes de saúde e o bem-estar, e desenvolve o conceito de “sentido interno de coerência”. Este modelo, deu à psicologia, e influenciou todas as áreas da saúde, “uma «orientação salutogénica», na expressão de Antonovsky (1987), e praticar uma intervenção mais profilática e promotora do que remediativa ou reparadora” (Oliveira, 2010, p.11).

Importa ainda referir pelos anos setenta, oitenta e noventa, a origem e desenvolvimento de conceitos marcantes, como sejam, a “transculturalidade”, a “complexidade” e as “transições”.

Com o etnólogo Devereux (1970, 1978), fica patente a “natureza transcultural” do desenvolvimento, superando as abordagens anteriores do “relativismo cultural”, formulados por Mead e por Benedict. Ou seja, a abordagem transcultural, considera que “as regras têm uma importância relativa. Realmente importante é o sistema de valores que informa acerca da moralidade das ações humanas na perspetiva do dever”, e ainda

que “as normas culturais do que é normal e do que é patológico são universais, o que varia é o grau em que cada cultura os integra de uma forma mais ou menos adaptativa” (Moreira & Melo, 2005, p. 127).

Um dos principais pensadores do último quartel, do século XX, é Edgar Morin. Os estudos que desenvolveu levaram à criação particular do conceito de “complexidade”, - epistemologicamente ultrapassando as dificuldades de um pensamento redutor e holístico -, deram origem a um novo paradigma, nova abordagem do real, presente em todas as disciplinas/ciências, o “paradigma da complexidade”. Para Morin “o pensamento simplificador desintegra a complexidade do real, o pensamento complexo integra o mais possível os modos simplificadores de pensar, mas recusa as consequências mutiladoras, redutoras, unidimensionais e, finalmente ilusórias ...” (Morin, 2008, p. 9).

O estudo do impacto que as transições exercem nos indivíduos, levaram Nancy Schlossberg a conceber um modelo explicativo dos acontecimentos de vida que significam descontinuidade face a situações anteriores (Moreira & Melo, 2005). É assim, que a transição sucede, quando “um acontecimento ou um não acontecimento resulta na mudança das assunções acerca de si próprio e do mundo, o que requer uma mudança correspondente em termos do próprio comportamento e das relações” (Schlossberg, 1981, p. 5).

O paradigma da transformação emerge num contexto em que se reconhece às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes da sua saúde, terem um papel ativo. Surgem duas escolas de pensamento em enfermagem: a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar. A primeira, com teóricas como Martha Rogers, Margaret Newman e Rosemarie Rizzo Parse. A segunda, com teóricas de enfermagem como Madeleine Leininger, Jean Watson e Marie Simone Roach (Kéroutac et al., 1994; Ribeiro et al., 2018).

O paradigma da transformação marca o momento teórico na enfermagem do final do século XX e abre pistas para o desenvolvimento concetual da ciência de enfermagem na transição do século XX para o século XXI. A sucessão de paradigmas, de escolas e de pensadores, é um processo histórico, no sentido que progride temporalmente, é fortemente influenciado por circunstâncias sociais e pela criação teórica das ciências exatas, das ciências sociais, das ciências do comportamento, mas também das

humanidades e do pensamento geral. Ou seja, é influenciado e por sua vez influência, as visões do mundo, do homem, da sociedade, dos sistemas de saúde e de assistência.

Não existe uma enfermagem isolada, nem o pensamento acerca da enfermagem de forma isolada. As concepções de enfermagem evoluem com o evoluir da sua prática, e da evolução do pensamento humano geral. A este movimento, acresce o facto da enfermagem por estes tempos, estar em consolidação disciplinar como ciência. O paradigma da transformação reflete esse momento disciplinar.

As duas escolas de pensamento em enfermagem deste paradigma, - escola do ser humano unitário e escola do cuidar -, são ao mesmo tempo, ponto de chegada e lugar de partida para as concepções da ciência de enfermagem atual. Trazem-nos novas visões do ser humano, ultrapassam significativamente, e com início em Martha Rogers, a concepção do ser humano como ser holístico, preferindo, a sua descrição como ser unitário, navegam ao encontro da classificação atual do ser humano como ser complexo. Vão ao encontro do ser humano autónomo, com capacidade deliberativa. Caminham na procura da particularidade ou especificidade do saber de enfermagem. Constatam, que os saberes, conhecimentos de enfermagem, não se esgotam nem se explicam plenamente na consideração de ciência (sobretudo na sua visão restrita positivista), e por isso, afirmam ser a enfermagem uma “ciência humana e do cuidar”. Abrem portas ao englobar nas visões de enfermagem, dos contributos da antropologia, da sociologia e da psicologia. Desfocam e descolam a enfermagem do restrito âmbito das ciências da natureza e das ciências médicas, não se inibem de afirmar a enfermagem como uma ciência humana, ciência do cuidar. Embora naveguem na procura de outros enquadramentos epistémicos, mais arrojados, como sejam, consciências alargadas, justificações metafísicas, fazem-no com o intuito, de que mais do que ciência a afirmar-se pelo padrão positivista racionalista, existe todo um mundo de vivências e vividos, que podem ser concetualizados cientificamente, já que as metodologias científicas são plurais.

O paradigma da transformação abre caminho para subsequente formulação, em pleno século XXI, por Kim (2010) dos “pressupostos da enfermagem como ciência” (p. 47), e por Meleis (2012) das “característica definidoras que determinam a perspetiva de ciência de enfermagem” (p. 89).

A chegada das teóricas a Portugal é tardia. A generalização do conhecimento da produção teórica internacional de enfermagem, quer das teorias, quer do pensamento mais

concetual - metateórico, é algo apenas dos finais da década de oitenta início da década de noventa do século XX. O que não quer dizer que pontualmente se fosse conhecendo uma ou outra teoria, um ou outro modelo conceptual. Seguramente cedo se conheceu via Brasil, Wanda Horta, e tomou-se conhecimento de Virgínia Henderson, Doroteia Orem, Leininger, Jean Watson. Lynda Carpenito também teve a sua expressão e eco nacional. De forte apropriação nacional foi o trabalho de Marie-Françoise Collière, fruto da edição em Portugal, da obra “Promover a Vida”. O conhecimento nacional destas teóricas é devedor do empenho de organizações e editoras nacionais como sejam o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, a Associação Portuguesa de Enfermeiros, a ACEPS, a Lidel, a Lusodidacta, a Formasau, Formação e Saúde, Lda.

6.6 – Marcos finais do período. Formação de nível superior, o regulamento do exercício profissional e o órgão regulador.

Finais do século XX, finais do segundo período por nós sugerido como demarcação. Diríamos ponto de chegada de um desenvolvimento secular, com as caracterizações sintetizadas nos pontos anteriores, onde não deixa de ser relevante as estratégias montadas, propositadamente montadas, expressas nas conclusões do I e II Congresso Nacional de Enfermagem, e logo internamente assumidas como programa de base orientador para o desenvolvimento da enfermagem em Portugal.

Ao apontarmos como marcos finais, e a bem disser, de transição para um terceiro período, como sendo a formação de nível superior, o Regulamento do Exercício Profissional e o órgão regulador, mais não estamos do que a ter em conta os três aspetos centrais apontados por Freidson (1984), dos processos de profissionalização: credencialismo, conhecimento (expertise), e autonomia.

Situamos temporalmente a formação, em enfermagem, de nível superior, no ano 1988, a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros em 1996, e a criação da Ordem dos Enfermeiros, órgão regulador, em 1998.

7 – Consolidação de saberes. Desde os finais do século XX à atualidade, (3º período).

Este terceiro período de uma leitura histórico-epistemológica da construção disciplinar da enfermagem em Portugal, baliza-se dos finais do século XX à atualidade. Realizada a integração no ensino superior, em 1988, mas a carecer de desenvolvimentos, legislado o antigo desígnio profissional - Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros, criado o órgão - Ordem dos Enfermeiros -, que zela pelo cumprimento do regulamento, do código deontológico e que credencia para o desempenho da atividade, entramos num período onde, a ciência de enfermagem, depois dos saberes “disciplinados”, tem a possibilidade de afirmação como resultante de uma epistemologia da prática e expressa numa ecologia de saberes.

Faz-nos sentido a asserção de Amendoeira (2024), quando refere “no início do século XXI, a enfermagem afirma-se como domínio científico, assente em três factos históricos: publicação do Regulamento do Exercício Profissional (1996), criação da Ordem dos Enfermeiros (1998) e transição do ensino de enfermagem pré-graduado de bacharelato para licenciatura (1999), ocorridos na última década do século XX, que identificamos como uma década dourada para a enfermagem...” (p. 21-22).

7.1 - Finalmente o Regulamento e o Órgão Regulador.

Se não antes, pelo menos em 1925, a Revista de Enfermagem “Arquivo do Enfermeiro”, publica um primeiro projeto de regulamentação do exercício profissional de enfermagem. Esta revista na orbita da Associação de Classe dos Enfermeiros e Enfermeiras da Região Sul, assume a necessidade desta regulação e ao longo dos vários números editados, pugna pela a sua concretização. (Subtil et al., 2021).

É ainda em Subtil et al. (2021) que obtemos a informação que “em dezembro de 1961, foram lançadas as “Bases para o Regulamento do Exercício da Enfermagem”, integradas no “Estatuto da Enfermagem”, e, em maio de 1962, foi apresentado o anteprojeto do Código Deontológico para os Profissionais de Enfermagem.” (p. 18).

Nos Congressos Nacionais de Enfermagem de 1973 e 1981, o tema estatuto profissional esteve presente, e a necessidade da sua publicação consta das conclusões.

Secundando um forte movimento profissional dos anos 80 e 90 do século XX, com a dinamização promovida pelos sindicatos (relevância para a ação do Sindicato dos

Enfermeiros da zona Sul, e Sindicato dos Enfermeiros da Madeira) e associações profissionais de enfermagem, foi possível ver, finalmente, publicado em 1996 o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

Em brochura editada pelo Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP) com data de setembro de 1996, referia-se que “os primeiros grupos de trabalho sobre o Estatuto Profissional foram criados pelos Sindicatos regionais e datam de 1976.” (p. 2). Informa esse documento, que em 1986 os 4 Sindicatos dos Enfermeiros – Zona Sul e Região Autónoma dos Açores; Madeira; Norte e Centro se comprometeram com uma proposta reivindicativa comum.

Existindo um Regulamento aprovado e publicado sob a forma de Decreto-Lei (nº 161/96, de 4 de setembro), tornou-se necessário e obrigatório a definição de quem zela pelo seu cumprimento. Na brochura editada pelo SEP em 1996, referia-se “o REPE/Estatuto Profissional é um instrumento essencial na caminhada da autonomia profissional e, desse modo, de intervenção direta e imprescindível dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde”, e em continuidade “o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros agora publicado, implica: ... que sejam de imediato criadas as condições para a constituição de órgão de Controlo Autónomo (a Associação de Direito Público) que deverá denominar-se Ordem dos Enfermeiros.” (p. 2).

Em 21 de abril de 1998, é publicado o Decreto-lei 104/98, que cria a Ordem dos Enfermeiros como Associação de Direito Público na qual o Estado delega os poderes de regulamentação e fiscalização do exercício profissional da Enfermagem em Portugal, sendo na altura Ministra da Saúde Maria de Belém Roseira. Logo após, em 1 de julho, é publicada a Portaria n.º 375/98, que nomeia e aprova o regulamento interno da Comissão Instaladora da Ordem dos Enfermeiros, presidida pela Enf.^a Mariana Diniz de Sousa, com a missão de preparar as primeiras eleições para os Órgãos da OE. A primeira reunião da Comissão Instaladora decorreu a 2 de julho de 1998. (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

7.2 – Ensino Superior, um processo ainda não acabado. Unidades de Investigação.

Lei nº 61/78, de 28 de julho “já previa que «até ao início do ano letivo de 1979-1980 seriam definidas as condições em que as escolas de enfermagem poderão ser

reconvertidas em escolas superiores de enfermagem». Portanto, em 1978 já era reconhecido ao ensino de enfermagem um nível suficiente para que a Assembleia da República o considerasse suficientemente idóneo para que as Escolas de Enfermagem fossem reconvertidas em Escolas Superiores de Enfermagem, o que se veio a verificar uma década depois”. (Nunes, 2023, p. 96).

Efetivamente só passado uma década, com a publicação do Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de dezembro, se concretizou a integração da Enfermagem no Ensino Superior.

Da aplicação do Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de dezembro decorre que a formação básica dos enfermeiros passou a conferir o grau académico de bacharel e a formação especializada passou a conferir um diploma de estudos superiores especializados, equivalente ao grau de licenciado. Inicia-se um processo aberto a todos os profissionais de enfermagem de atribuição de equivalências para efeitos profissionais e académicos.

Mas, facto também significativo neste percurso, será a publicação do Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, concedeu à formação básica dos enfermeiros o grau de licenciatura. Inicia-se um outro processo para os estudantes que frequentavam os bacharelatos, poderem prolongar a sua formação, no que ficou chamado Ano Complementar, e dos enfermeiros poderem frequentar durante um ano o designado Curso Complementar de Formação em Enfermagem, para obterem o título académico de licenciado.

Este movimento de reestruturação de cursos obrigou à conversão das Escolas e à criação de uma Rede de Escolas Superiores. O ensino de enfermagem após 1988, integrado no ensino superior politécnico, passou a ser ministrado em escolas superiores de enfermagem, ficando sob tutela conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde.

Afirma-se que as “escolas superiores de enfermagem são dotadas de personalidade jurídica, gozam de autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica e regem-se por regulamento a aprovar por decreto regulamentar” (Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de dezembro, nº1 do artigo 2). De acordo com este decreto, compete às escolas superiores de enfermagem organizar e ministrar o curso superior de enfermagem e cursos de estudos superiores especializados em enfermagem. Os planos de estudo dos cursos são aprovados por portaria conjunta dos Ministros da Educação e da Saúde, sob proposta dos conselhos científicos das escolas. (Nunes, 2023, p. 104-105).

Na sequência deste desenvolvimento, a Portaria nº 799-G/99 de 18 de setembro criou o curso de licenciatura em Enfermagem num conjunto de escolas superiores de enfermagem públicas, autorizando-as, em consequência, a conferir o grau de licenciado em Enfermagem. Tratou-se de permitir que 24 escolas públicas conferissem o grau de licenciado em Enfermagem (Escolas Superiores de Enfermagem). À abertura do ano letivo de 1999/2000 (as portarias foram publicadas a 18 de setembro), havia 24 escolas, todas de Enfermagem. As Escolas Superiores de Saúde ainda não existiam – as primeiras, de Aveiro e Setúbal, foram criadas em 2000. (Nunes, 2023, p. 128).

Segundo Nunes (2023), com a Portaria nº 239/94 de 16 de abril estabeleceu-se a regulamentação dos cursos de estudos superiores especializados na área da enfermagem (referidos nos artigos 4.º e 5.º do Decreto-Lei 480/88 de 23 de dezembro). Tendo sido criados os seguintes cursos de estudos superiores especializados na área da enfermagem: Enfermagem na Comunidade; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem de Reabilitação; Administração de Serviços de Enfermagem.

Verifica-se novo avanço na formação pós-graduada dos enfermeiros com os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) com a regulamentação publicada em 2002, visando “assegurar a aquisição de competência científica, técnica, humana e cultural numa determinada área clínica” (Artigo 9º, Portaria nº 268/2002, de 13 de março).

A primeira década do século XXI, assistimos ainda a processos de criação, fusão e integração das Escolas Superiores de Enfermagem.

Com a exceção de Lisboa, Porto e Coimbra, as escolas foram integradas nos Institutos Politécnicos, nos distritos que tinham Institutos, e em Universidades, mas como escolas politécnicas, nos distritos onde não havia Institutos Politécnicos. São criadas as Escolas de Saúde de Setúbal e Aveiro, no ano 2000.

As escolas existentes Lisboa, Porto e Coimbra, após a publicação do Decreto-Lei nº 175/2004, em cada uma das cidades fundiram-se, em 2006 (Coimbra), e 2007 (Lisboa e Porto). Esta fusão visou permitir às escolas ganhar escala, potenciar o desenvolvimento disciplinar, a formação pós-graduada e a investigação, criando condições acrescidas para

o desenvolvimento do ensino e da investigação ao mais alto nível. Nunes (2023) afirma: “No decurso desta década, salientamos também as preocupações políticas com a fusão das escolas de Enfermagem de Lisboa, do Porto e de Coimbra bem como a integração no subsistema universitário – à época, o entendimento partilhado entre Ordem e o Ministro era que «o ensino de Enfermagem pela sua natureza deverá ter o respetivo espaço no ensino universitário. Essa evolução deverá, contudo, verificar-se apenas quando estiver assegurado um conjunto de condições que evitem o risco de o ensino de Enfermagem ser subalternizado no interior das estruturas universitárias, em relação a outras áreas da saúde»¹⁷.” (p. 194).

Após o pioneirismo na “criação do mestrado em Ciências de Enfermagem, na Universidade Católica, em 1991, por ação conjugada de Emília Costa Macedo e Mariana Diniz de Sousa”. (Nunes, 2023, p.133). Abrem curso de mestrado em enfermagem um pouco por todo o país. Em setembro de 2022, de acordo com o site da Ordem dos Enfermeiros estavam disponíveis 79 ofertas formativas de mestrados nas áreas das especialidades. Em setembro de 2023, disponíveis 89 cursos. Algumas (poucas) ofertas de 2º ciclo de estudos situam-se fora do grupo das especialidades – por exemplo, na área da gestão e da supervisão clínica. (Nunes, 2023).

Outra faceta de elevada importância para o desenvolvimento da enfermagem em Portugal foi a abertura, e o funcionamento em continuidade desde então até hoje, de cinco programas doutorais:

“Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto - ICBAS, com protocolo com a Escola Superior de Enfermagem do Porto, o mais antigo, iniciado em 2002, reestruturado em 2009.

“Programa de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, em associação com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, iniciado em 2004;

“Doutoramento Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, iniciado em maio de 2005, atualmente a decorrer em Lisboa e Porto;

¹⁷ Ordem dos Enfermeiros (2003). Ministro esclarece a fusão das escolas de enfermagem de Lisboa, do Porto e de Coimbra. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 10, outubro de 2003, p.5.

“Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar, ramo Enfermagem, em associação Escola Nacional de Saúde Pública e a NOVA Medical School (ambas UNL) e Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora, iniciado em 2021;

“Doutoramento em Enfermagem em associação Universidade de Coimbra e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, iniciado em 2022.” (Nunes, 2023, p. 291).

Importa ainda referir que o ensino privado e concordatário da enfermagem em Portugal, teve desenvolvimentos com requalificações, fusões e abertura de formações nos três ciclos de enfermagem, em processos de desenvolvimento simultâneos com o ensino público.

Outro aspeto de obrigatória referência para a avaliação do processo de construção da enfermagem em Portugal é o desenvolvimento da investigação ao mais alto nível, movimento que não se pode dissociar da formação de segundo e terceiro ciclo, e que se traduz pela elevação da produção científica realizada por enfermeiros, pela consolidação de unidades de investigação em enfermagem e participação de investigadores de enfermagem em unidades de cariz mais multi/interdisciplinar (refira-se entre outras, unidade de investigação de Lisboa, Coimbra, Porto, Évora).

Relevante, entre outros aspetos por integrar a rede de Unidades de Investigação da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), refira-se, a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com início de atividade em 2004, contado em 2024, com cinco núcleo a saber: Universidade do Minho, Instituto Politécnico de Viseu, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Universidade do Algarve, e Centro Hospitalar Universitário de Coimbra CHUC.

As escolas e os cursos de enfermagem, as unidades de investigação da rede da FCT, foram e são objeto de processos de avaliação por entidades reguladoras nacionais e agências, em alguns casos internacionais.

A internacionalização de cursos, da investigação e do trabalho dos professores e investigadores tem sido uma constante com reforço nas últimas décadas. Investigadores e professores de enfermagem tem continuado o seu percurso de desenvolvimento científico, frequentando percursos pós-doutorais, e recebendo sob sua orientação

estudantes em pós-doutoramento. Nos percursos de desenvolvimento académico uma referência às provas de agregação, e à obtenção do título de agregado por académicos de enfermagem.

Ensino Superior, um processo ainda não acabado, novos desafios estão colocados na construção disciplinar da enfermagem. O processo de «universitarização» está na ordem do dia, passando pela consideração da possibilidade do ensino de enfermagem se desenvolver ao nível universitário, tornando possível uma maior articulação com as unidades orgânicas de ensino e de investigação do setor universitário, o aprofundar das conceções teóricas, concetuais disciplinares.

7.3 – Desenvolvimento da epistemologia da enfermagem.

Chegámos ao 3º período de construção disciplinar da enfermagem em Portugal, com passos marcantes no campo da autonomia e da credenciação. Continuando a seguir de perto os elementos de profissionalização de Freidson (1984), necessitamos de visitar os avanços no conhecimento, *expertise*. Havendo um contínuo de desenvolvimento de conhecimentos próprios, que em certa altura, já anteriormente descritos, pelos finais do século XIX início do século XX, numa teia de circunstâncias várias, viram condições para se disciplinarem, tornarem-se disciplina. Também percebemos que o evoluir do ensino da enfermagem caminhou e caminha, na direção da maior qualificação. O mesmo podemos sentir no aumento da produção científica específica da enfermagem, e na estruturação das organizações responsáveis por essa investigação.

Falta-nos refletir sobre a consolidação de uma narrativa (ou narrativas) disciplinares. Ou seja, se quisermos, como os agentes desta área científica, encontram as palavras para contar o que fazem, como fazem e como conhecem para fazer. O mesmo é sabermos como está o desenvolvimento epistemológico da enfermagem.

Aceitamos que as dificuldades sentidas ao longo da segunda metade do século XX, na apropriação pelos enfermeiros portugueses do que se ia produzindo internacionalmente, em termos de teorias de enfermagem e de metateoria, estarão no presente fortemente diminuídas, fruto do desenvolvimento da internacionalização da enfermagem portuguesa e da natural facilidade de circulação de ideias e conhecimentos, próprios dos dias de hoje. Assim sendo, a narrativa disciplinar nacional, hoje acompanha

e está muito mais perto, da explicação epistemológica internacional da enfermagem. No nosso ponto de vista são relevantes os contributos de Kim (2010) e Meleis (2012).

Os pressupostos da enfermagem como ciência, definidos por Kim (2010), podem ser apresentados nos seguintes seis aspetos:

- 1 – Os seres humanos são seres complexos;
- 2 – Não é possível conhecer os seres humanos no seu todo;
- 3 – A prática de enfermagem requer da parte dos agentes envolvidos, emancipação, mutualidade e obtenção de resultados;
- 4 – A prática de enfermagem assenta para além do conhecimento científico, em princípios normativos, morais e estéticos;
- 5 – O conhecimento em enfermagem é complementar e inclusivo em vez de competitivo e exclusivo;
- 6 – Em última instância o conhecimento em enfermagem é um conhecimento de síntese que releva dos conhecimentos apenas pelo acesso à prática.

A estes pressupostos de Kim (2010), juntamos as características definidoras que determinam a perspetiva de ciência de enfermagem, abordadas por Meleis (2012) e que podem ser sintetizadas em quatro aspetos:

- 1 – A natureza da ciência de enfermagem como ciência humana;
- 2 – Enfermagem uma disciplina orientada para a prática;
- 3 – Enfermagem, uma disciplina do cuidar, com desenvolvimento de um relacionamento cuidativo, entre enfermeiros e os pacientes;
- 4 – Enfermagem uma disciplina orientada para a saúde e numa perspetiva de bem-estar.

Estas duas perspetivas, pressupostos e características definidoras, dão-nos indicações de fundo, para uma explicação epistemológica dos saberes e da atividade de enfermagem. Desde logo, a ideia de complexidade, visão diversa e distanciada da ideia de holismo; a ideia de mutualidade (reciprocidade nas equipas – bidirecionalidade com os utentes); conhecimentos para além do estrito sentido positivista; enfermagem como ciência humana; ciência orientada para a prática, de síntese apenas pelo acesso à prática; disciplina do cuidar e do relacionamento cuidativo; foco na saúde e na perspetiva de bem-estar.

Localizamos a ciência de enfermagem como uma ciência humana prática (Strasser, 1985; Kim, 2010), assente numa racionalidade prático-reflexiva no âmbito de uma epistemologia da prática (Alarcão, 2001), onde na ação de cuidar se estruturam saberes, resultantes de operações definidas como “círculo hermenêutico” (Gadamer, 1998) e explicados por Bishop e Scudder (1995) como espiral hermenêutica, em que as fontes de conhecimento em enfermagem¹⁸ disponibilizam e colocam em ação conhecimentos a surgir e conhecimentos sintetizados em padrões, conjugando-se em contextos e tempos específicos, naturalmente de elevada complexidade (pessoas complexas, agentes cuidadores complexos, contextos complexos, cuidados complexos), de onde decorre, fruto da reflexão, reflexão na ação e posterior reflexão sobre a reflexão na ação (Alarcão, 2001; Alarcão & Tavares, 2003; Schön, 1992), a criação de conhecimento específico de enfermagem.

Ciência de enfermagem, uma ciência humana prática, onde na ação, respondendo a necessidades e ao desenvolvimento de potencialidades das pessoas, se estabelece um relacionamento cuidativo, naturalmente dialógico, consentido e de mutualidade. É próprio das ciências humanas práticas serem baseadas na ação comunicativa e pressuporem a participação direta em algum tipo de intervenção (Medina, 1999). Assumindo-se no âmbito desta ciência conceitos relevantes, conceitos disciplinares com centralidade, tais como o conceito de relação e o conceito de cuidar¹⁹.

Uma racionalidade prático-reflexiva, numa epistemologia da prática por oposição/contraponto a uma racionalidade positivista, ou seja, não unicamente a transferência de conhecimentos expressos no padrão definido como empírico, mas a transferência de conhecimentos em coexistência com outros saberes de outros padrões também descritos, no âmbito da epistemologia da enfermagem, como padrões, ético, estético, pessoal, sociopolítico, emancipatório, cultural. Já não ciência numa visão restrita, mas numa visão de conhecimentos e saberes alargados, descritos na diversidade

¹⁸ Nunes (2017; 2018), sintetiza como fontes do conhecimento em enfermagem associadas a processo e associadas a operações mentais. No primeiro grupo: a investigação científica; a tradição; e a experiência. No segundo grupo: a intuição; a reflexão; a imaginação; e o pensamento heurístico.

¹⁹ Fawcett (1991), com base e trabalhos de Yura e Torres (1975), definiu como conceitos centrais na enfermagem (conceitos metaparadigmáticos): a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. Após esta definição, a metateoria de enfermagem produziu múltiplos desenvolvimentos em torno do que são conceitos centrais. Meleis, e outros teóricos da enfermagem chamam a atenção para a centralidade que tem adquirido o conceito cuidar. Mais recentemente Fawcett tem desenvolvido o conceito “*nursology*”.

de padrões de conhecimento em enfermagem²⁰. Como referido por Queirós (2016a), “os padrões de conhecimento agrupam formas de saber que se interligam e se relacionam com as evidências científicas, a sensibilidade e a forma pessoal de cuidar harmoniosamente, a ponderação ética, a utilização da capacidade relacional, das características próprias da personalidade, da constante reflexão, e no conhecimento dos contextos. Estas formas de saber, desenvolvem-se, recriam-se e treinam-se, na caminhada de desenvolvimento de competências, desde iniciado a perito”. (p. 143).

O conhecimento de enfermagem, resultante da ação prática, contando com as evidências científicas sintetizadas e todos os outros saberes explicados por outros padrões de conhecimento que a epistemologia da enfermagem já tratou de sintetizar, surge nas respostas, encontradas pelos enfermeiros em momentos e contexto próprio, às necessidades das pessoas, constituindo-se em conhecimento privado (Kim, 2010). O conhecimento privado, quando descrito e partilhado, colocado à disposição crítica e avaliação de pares, alimenta o conhecimento sintetizado disciplinar, transforma-se em conhecimento público (Kim, 2010), contribui para uma prática informada em evidências.

Afirmávamos e escrevíamos em 2016, que o “processo de criação e sistematização do saber, o conhecimento, ocorre na ligação constante e recursiva, prática-teoria/teoria-prática, naquilo que é designado por «movimento de translação de conhecimento», como seja o processo de converter descobertas científicas em benefícios para a saúde (Sobrinho-Simões, 2012). A natureza do conhecimento criado na ação, na clínica, identifica-se com as respostas que os profissionais encontram para as exigências e, problemas, com que constantemente são confrontados, próprios das situações de saúde e de doença. Situações quase sempre complexas, e fazendo com que os cuidados às pessoas sejam igualmente complexos (Basto, 2012). Este conhecimento criado na ação, ocorre num palco de incerteza, vulnerabilidade e grande variabilidade. Desenvolve-se em uma realidade complexa, incerta e saturada de valores (Medina-Moya, 2008). O saber criado, originado nestas respostas, corresponde a operações mentais no quadro de uma racionalidade designada por prático-reflexiva.” (Queirós, 2016a, p. 142).

²⁰ Os padrões, foram “inicialmente identificados no âmbito do saber em enfermagem, como padrão empírico, estético, ético, pessoal (Carper, 1978), mas também posteriormente acrescidos de padrões reflexivo e sociopolítico (Carper, 1992; Carper, 2006). A estes padrões, outros autores acrescentam outras formulações, enfatizando outros saberes incorporados, como sejam, cultural, tácito, intuitivo, processual, emancipatório. (Queirós, 2016a, p. 143).

A sistematização de conhecimento específico disciplinar na ação, resultante da reflexão sobre a reflexão na ação (Alarcão, 2001; Alarcão & Tavares, 2003; Schön, 1992), assume expressões diferentes consoante os estádios de desenvolvimento de competências dos enfermeiros em presença. Difere quando os enfermeiros são iniciados, iniciados avançados, competentes, proficientes ou são peritos (Benner, 2001). No desenvolvimento de competências mais avançadas, os enfermeiros desenvolvem “metacompetências”, tais como esquemas de reconhecimento (padrões); sentido de proeminência (destaque) e consciência situacional.

A ciência de enfermagem, sendo uma ciência humana prática, no âmbito de uma epistemologia da prática, não dispensa os processos formais e formalizados, de ensino de elevado nível, e das estruturas dedicadas e específicas de investigação – as unidades de investigação -, antes lhe coloca desafios e responsabilidades acrescidas, pelo facto de a disciplina de enfermagem se alocar no âmbito da epistemologia da prática.

Será lícito, no âmbito das abordagens epistemológicas, perguntar como explicamos o que fazem os enfermeiros. Com base no trabalho teórico e metateórico produzido nesta disciplina, podemos encontrar várias respostas. Sem complicar, e numa resposta o mais curta, simples, mas objetiva, podemos dizer que: os enfermeiros facilitam os processos de transição das pessoas tendo como objetivo a saúde e o bem-estar (Schumacher, K.L. & Meleis, 1994).

Esta resposta, carece de explicação. Desde logo, *facilitam como?* Diríamos cuidando, estabelecendo um processo cuidativo, logo relacional (veja-se a teoria de enfermagem de Hildegard Peplau), promovendo a capacidade das pessoas se autocuidarem (considere-se a teoria de Dorothea Orem), se adaptarem a novas circunstâncias e situações (tenha-se em conta a teórica de enfermagem Calista Roy), considerando os contextos socioculturais (contributos para a enfermagem com a teoria de Madeleine Leininger). *Facilitam o quê?* A passagem de transições processuais, como sejam as ocorridas ao longo do ciclo vital (transições desenvolvimentais), da alteração da situação da saúde e no processo de adoecer (transições de estado saúde-doença), nas alterações de circunstâncias de vivenciais (transições situacionais), entre outras transições, que sejam processuais, e próprias da vivência humana. E, *fazem-no com que objetivo?* Com o propósito de promover a saúde, ou recuperar os estados de saúde, e alcançar o bem-estar. O modelo de transições de Meleis, cuja terminologia usamos no

período anterior, enfatiza, como resultado de uma transição bem conseguida – indicadores de uma transição saudável –, que a pessoa tenha alcançado o “bem-estar subjetivo” (esteja bem consigo própria), o “bem-estar na relação com os outros” e tenha adquirido a capacidade de lidar com as circunstâncias e com o estado em que ficou resultante da transição “mestria”. (Meleis, 2010, p. 47).

7.4 – Clarificação, a enfermagem como uma ecologia de saberes.

A ideia da enfermagem como uma ecologia de saberes, foi por nós defendida em artigo publicado na Revista *Cultura de los Cuidados*, em 2016 (Queirós, 2016a). Transcrevemos alguns parágrafos que ilustram e mantêm o nosso pensamento.

“Considerar a enfermagem como uma ecologia de saberes remete-nos para a clarificação do estatuto de ciência que lhe atribuímos. A Enfermagem afirma-se como ciência, num quadro de transição paradigmática, o que determina por um lado algumas dificuldades, mas abre por outro uma imensidão de oportunidades. A Enfermagem é um conhecimento de ação, por isso uma ciência humana prática. Ação que se expressa no cuidar integral profissionalizado. E é uma ciência de saberes plurais.” (Queirós, 2016a, p. 138).

“O conhecimento específico de enfermagem resulta de um processo situado, num contexto, onde em espiral hermenêutica, num processo de reflexão na ação, se entrecruzam saberes científicos com outros saberes. Um misto de conhecimentos que correspondem a vários padrões. Estes coexistem e agem entre si, e entre si e o contexto, o que faz do conhecimento em enfermagem uma verdadeira ecologia de saberes. A sistematização do conhecimento em enfermagem será verdadeiramente promissora à luz de um pragmatismo epistemológico, percebendo as operações de sistematização que permitem passar do conhecimento pessoal ao conhecimento público. Conhecimento público, sistematizado e validado tornado conhecimento científico”. (Queirós, 2016a, p. 138-139).

O conceito de ecologia é sob o ponto de vista biológico definido como “ciência que estuda as relações dos seres vivos entre si ou com o meio orgânico ou inorgânico onde vivem” (Houaiss, Vilar & Franco 2003, p.1422). Analogicamente fazemos uso desse termo para indicar as relações recíprocas entre as diversas formas de saber em enfermagem, e as formas de saber e o meio onde ocorrem, um contexto concreto.

“A noção ecologia de saberes que nos interessa, é a reportada por Sousa Santos, a «propósito da inesgotável diversidade da experiência do mundo» (Santos, 2007, p.23), num quadro de evolução das ciências, enquanto construções humanas, onde «todo o conhecimento é contextual» (Santos, 2002, p.86), e conhecimento científico tem uma dupla contextualização, pela comunidade científica e pela sociedade, o que implica ser simultaneamente uma prática científica e uma prática social (Santos, 2002)”. (Queirós, 2016a, p. 139).

“Encaramos a enfermagem como disciplina científica, onde os saberes de natureza empírica se articulam com outros saberes de igual valia, onde uma componente metodológica forte opera na sistematização do conhecimento privado a interagir numa espiral hermenêutica, com as evidências já conhecidas, contextualizada na ação clínica, localizada num ambiente, criando e recreando novo conhecimento.” (Queirós, 2016a, p. 144).

“Realça-se desta forma, o poder da clínica, num âmbito de uma racionalidade prático-reflexiva. Este conhecimento clínico mostra-se pelo reconhecimento de padrões, compreensão das mudanças na resposta humana ao longo do tempo, na capacidade de fazer distinções qualitativas, num reconhecimento muitas vezes tácito, na identificação de subtis mudanças. O enfermeiro é um «profissional prático-reflexivo cuja ação se baseia num conhecimento prático e tácito que se ativa durante a ação e no qual podem, sobre tudo a efeitos heurísticos, distinguir-se três componentes: conhecimento em ação, reflexão em ação e reflexão sobre a reflexão em ação» (Moya, 2005, p. 488).” (Queirós, 2016a, p. 144-145).

“O cuidado de enfermagem, resultante da ação, é um «momento contínuo de reflexão onde o ser percebe-se em sua incompletude e lança-se em uma dinâmica de realização das necessidades do outro em suas inúmeras possibilidades» (Kempfer & Carraro, 2012, p. 79). Onde o sentido competente, de peritagem, deriva de uma compreensão global da situação, da valoração holística e qualitativa, que passa por três características: esquemas de reconhecimento (padrões); sentido de proeminência (destaque) e consciência situacional. «A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis» (Benner, 2001, p.58). «A enfermeira perita é capaz de reconhecer o que é notável em determinadas

situações» (Benner, Tanner & Catherine, 2009, p.347), “... apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema sem terem conta um grande número de considerações inúteis” (Dreyfus, H, 1979; Dreyfus, S, 1981, *in* Benner, 2001, p. 33).” (Queirós, 2016a, p. 145).

Neste entendimento, acompanhamos Charepe (2024) quando afirma que: “os enfermeiros da prática não são meros consumidores de conhecimento, mas antes se revelam como produtores do conhecimento que utilizam (Reed, 2006). Tornando-se necessário enfatizar o número crescente de teorias de enfermagem de médio alcance no século XXI, dado que são quadros teóricos que respondem com maior compreensão aos fenômenos experienciais com que a prática de enfermagem se confronta (Meleis, 2017).” (p. 70).

Sabemos que “em algumas áreas da enfermagem existe uma forte incorporação de técnicas, que requerem destreza e treino. As técnicas, pela diferenciação que comportam e segurança que permitem, têm forte atratividade, tornam os especialistas em verdadeiros técnicos, aplicadores de elevado desempenho, numa racionalidade técnica, em que o padrão de conhecimento empírico se torna dominante em detrimento de outras formas de saber. A obsessão pela prática baseada em evidências, desvirtua a clínica, também baseado no conhecimento estético, ético, processual, tácito, de contexto. A Enfermagem afirma-se numa ecologia de saberes, saberes científicos, e saberes de outra natureza, contextualizados, situados, ecologicamente considerados, a contribuir para uma ação e resultantes dessa ação, permitindo o cuidar integral profissionalizado. Cuidar como ação - prestação de cuidados, e atitude de compaixão, de solicitude, de disponibilidade. Cuidar integral da pessoa e do ambiente. Cuidar organizado, ensinado, estruturado e intencional, ou seja, profissionalizado.” (Queirós, 2016a, p. 145).

No âmbito de um pensamento pós-abissal (Nunes, 2008; Santos, 2007; 2018), podemos afirmar os saberes dos enfermeiros como saberes plurais, altamente diferenciados e sistematizados na ciência de enfermagem. Refira-se já não no âmbito de uma ciência moderna, nem no âmbito de uma ciência pós-moderna, mas resultante de um outro corte paradigmático - uma ciência pós-abissal.

8 – Síntese final.

Em Portugal durante nove séculos, viveu-se um longo percurso desde a diferenciação da atividade de enfermeiros e enfermeiras, - de celeireiro a enfermeiro -, até aos dias de hoje. Um processo evolutivo, em três períodos, que nomeamos como sendo, de diferenciação, profissionalização e consolidação de saberes.

Um primeiro período, diferenciação, com início no primeiro/segundo século do segundo milénio até ao fim do século XIX. Considerámos este primeiro período na construção disciplinar da enfermagem em Portugal, em que ocorreu o processo de **diferenciação** das funções de enfermeiro, surgiu notícias concretas de enfermeiros e enfermeiras em espaços monacais e em espaços laicos, em que o desenvolvimento de atividades por estes enfermeiros vão-se estruturando, aumentando as regras e normas, incluindo as disciplinares, e começa-se a atribuir valor ao seu trabalho, registando-se remunerações, mas também descrevem-se espaços dedicados à sua atividade e utensílios necessários ao cuidar. Ainda neste período, surgem escritos e livros em forma de regras, instruções e manuais, alguns identificados como escritos por enfermeiros. Acompanhando o movimento assistencial, e a configuração de profissões dominantes na área da saúde, alguns ofícios desaparecem, acontecendo reconfigurações profissionais, abrindo campo à afirmação da ação de enfermeiros e enfermeiras. Os saberes necessários à atividade vão em crescendo, aprofundando, surgindo a necessidade de disciplinar esses saberes e de os ensinar, organizadamente e sob controlo, criando-se as primeiras tentativas de ensino formal em escolas. Neste primeiro período, por nós inventariado, pode-se sentir no horizonte do seu término alguma diminuição da autonomia, pelo assumir do controlo médico, que em bom rigor não anteriormente expressivo, longe ainda do processo de credenciação, bem distanciados daquilo que é o evoluir das parteiras, mas em que os conhecimentos se vão estruturando. Sendo que ainda assim, da conjugação de todos estes vetores tornou-se necessária a criação da designação para o coletivo da atividade surgindo a palavra enfermagem.

Quase um milénio de diferenciação e criação do campo, para que ocorra o acelerar da profissionalização, no século seguinte, a que corresponde o segundo período, de profissionalização.

Nesse segundo período, de **profissionalização**, dos finais do século XIX a finais do século XX, o desenvolvimento disciplinar é significativamente acelerado. Num século deu-se um salto qualitativo, que compara com o lento provir do desenvolvimento das condições do quase milénio anterior. Desde logo, e conjugando o que consideramos como marcos iniciais, as escolas de enfermagem proliferam pelo país, e numa primeira fase transformam-se, na sua designação de escolas de enfermeiros para escolas de enfermagem. Se inicialmente os médicos eram os professores, a tutela era hospitalar, e a direção médica, será pelos anos trinta que surge o Enfermeiro Teles como responsável da “cadeira” de técnicas de enfermagem, e pelos meados do século, começa a desenhar-se a autonomia das escolas, até à posterior entrega da direção aos próprios enfermeiros. Um século de afirmação profissional com o surgir de associação sindicais e outras de natureza profissional, essenciais para pugnar pelo fechamento do campo disciplinar. Associações interventivas e elementos de ação para a definição de estratégias pensadas e assumidas coletivamente nos Congressos Nacionais de Enfermagem, com relevância para o ensino, autonomia e credenciação. Desenvolvimento da imprensa própria, periódicos, editoras e livros, dando expressão pública a uma produção científica que acompanha o movimento de qualificação do ensino, desde a graduação, às especialidades e, a culminar com a integração no ensino superior. Escrita científica própria, a dar os primeiros passos nacionais, usufruindo da internacionalização e apropriação do pensamento metateórico, disciplinar da ciência de enfermagem, que se produz em substância desde os anos cinquenta, sobretudo na América do Norte. Movimento que possibilita uma qualificação generalizada da prática de cuidar, com reflexos positivos e alimentando também o processo de construção disciplinar da enfermagem em Portugal.

A estabilização, da profissionalização, possível no final do século XX, com o ensino superior, com o órgão regulador e a regulamentação, criam condições objetivas para o desenvolvimento posterior da ciência de enfermagem.

O terceiro período foi por nós estabelecido, como de **consolidação de saberes**, desde os finais do século XX aos dias de hoje. Entendemos ter chegado aos finais do século XX, com os aspetos da diferenciação resolvidos, com o quadro definidor das autonomias realizado, embora o assumir prático, como em todos os fenómenos sociais seja lento, e a credenciação assegurada. Sentimos, que a consolidação é um movimento que se tornará robusto pela demonstração da imprescindibilidade da ação dos agentes

deste corpo disciplinar, que por sua vez saí reforçado, com o reforço do pensamento sobre si próprio, explicativo e explicado, para o interior grupal, para a comunidade académica e sociedade de forma geral. A robustez narrativa epistemológica, permitirá novos desenvolvimento e desfazer de nós ainda persistentes na enfermagem portuguesa. Por isso, a relevância no ensino e na investigação, consolidando saberes estruturados e em constante necessidade de atualização, clínicos e conceituais. Por isso, o papel de organizações e da prática o mais altamente diferenciada, das unidades de investigação, de centros académicos clínicos, de projetos de investigação financiados, da internacionalização e do reforço de equipas multiprofissionais e multidisciplinares, da integração plena no ensino universitário, são desafios em presença e em desenvolvimento.

A construção disciplinar da enfermagem em Portugal, pauta-se por nove séculos de diferenciação, um século de profissionalização e presentemente pela consolidação de saberes.

9 - Bibliografia mínima, para um rápido aprofundamento de conteúdos.

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. 2ª ed. Lusodidacta.

Queirós, P. (2016a). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados*. 20(45), 137-146

Queirós, P. (2023a). Enfermagem, história e epistemologia. Editorial. *Revista Baiana de Enfermagem*: 37:e53774. p.1-4. Doi 10.18471/rbe.v37.53774. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/53774/33504>

Queirós, P. (2023b). Historia y epistemología en un matrimonio feliz. Teorías de enfermería desde una perspectiva histórica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.264>

Queirós, P. (2024a). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da integração. In Rita Marques, Manuela Néné, Carlos Sequeira. (coords.). *Enfermagem Avançada*. Lidel. p. 44-57

Queirós, P. (2024b). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da transformação. In Rita Marques, Manuela Néné, Carlos Sequeira. (coords.). *Enfermagem Avançada*. Lidel. p. 58-68.

10 - Referências Bibliográficas:

Abbot, A. (1988). *The system of professions. Na essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.

Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento da aprendizagem*. 2ª ed. Edições Almedina.

Alarcão, J. (2008). *A montagem do cenário urbano*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Amendoeira, J. (2009) Ensino de Enfermagem. Perspetivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, Vol. 13, nº 1, p. 1-12

Amendoeira, J. (2024). O desenvolvimento da enfermagem como disciplina científica. In Rita Marques, Manuela Néné, Carlos Sequeira. (coords.). *Enfermagem Avançada*. Lidel. p. 21-26.

Amezcu, M. (2019). *Cuidados y Sociedade n la España Moderna. Materiales para la Historia de la Enfermería en los Siglos XVI-XVII*. Fundacion Index.

Amial, R. (1929). *O Enfermeiro Português*. O II Congresso de Enfermagem, Porto, 15 novembro, nº 2, Ano I, p. 2.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

Ballong-Wen-Mewuda, J. B. (1993). *São Jorge da Mina 1482-1637. La vie d'un comptoir portugais en afrique occidentale* (Vol. I e vol. II). Fundação Calouste Gulbenkian.

Basto, M. L. (2012). *Cuidar em enfermagem. Saberes da prática*. Formasau, Formação e Saúde Lda.

Bellaguarda, M. L. R., & Queirós, P. J. P. (2023). Autonomia da enfermeira-enfermeiro expressa na legislação profissional portuguesa e brasileira: estudo documental (1986-2022). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 57, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0199en>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência do Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.

Benner, P., Tanner, C., & Chelsa, C. (2009): *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethios*. 2 nd ed. Springer Publishing Company, LLC.

Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.

Bishop, A., & Scudder, J. (1995). Applies Science, Practice and Intervention Technology. In A. Omery, C. Kasper, & G. PAge (Eds), *In Search of Nursing Science* (p.263-274). Sage Publications.

Blin, J. F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. L'Harmattan.

Borges, M., & Ribeiro, L. (2019). Postila de Anatomia, de Manuel Constâncio, p. 42-58. In. José Franco & Carlos Fiolhais (coords.). *Obras Pioneiras da Cultura Portuguesa*, v. 22, *Primeiros Escritos de Medicina, Farmácia e Enfermagem*. Círculo de Leitores.

Bortolotti, L. (2013). *Introdução à filosofia da ciência*. Gradiva.

Bourdieu, P. (1983). *Sociologia*. Editora Ática, S.A.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3001954/mod_resource/content/0/Renato%20Ortiz%20%28org.%29.-A%20sociologia%20de%20Pierre%20Bourdieu.pdf

Bourdieu, P. (2008). *Para uma sociologia da ciência*. Edições 70, Lda

Bronfrenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, *American Psychological Association*, n.32, p. 513-531.

Câmara dos Senhores Deputados da Nação, (1896). *Diários das Sessões Parlamentares*, nº 060 de 18 de abril. Assembleia da República.
<https://debates.parlamento.pt/catalogo/mc/cd/01/01/01/060/1896-04-18/1095>

Carneiro, M. (2008). *Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*. Editora da Universidade do Porto.

Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24.

Carper, B. (1992): Philosophical inquiry in nursing: an application. In Kikuchi, J.F, Simmons H. (eds). *Philosophical Inquiry in nursing*. Sage.

Carper, B. (2006). Fundamental patterns of knowing in nursing. In L. C. Andrist, P. K. Nicholas & K. A. Wolf (Eds.), *A history of nursing ideas* (pp. 129-137). Jones and Bartlett Publishers

Charepe, Z. (2024). Modelos e Teorias de Enfermagem do Século XXI . In Rita Marques, Manuela Néné, Carlos Sequeira. (coords.). *Enfermagem Avançada*. Lidel. p. 69-76.

Coelho, M. H. C. (1996). A assistência em Coimbra em tempos Manuelinos. O Hospital Novo. *Biblos*. Vol. LXXII. Universidade de Coimbra.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5ª ed. Lidel / SEP.

Costa, N., & Queirós, P. (2023). As funções, a formação e a extinção dos sangradores em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. Série VI, nº 2: e22060. DOI: 10.12707/RV122060.

Declaração de Alma-Ata, (1978). *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde*. URSS, 6-12 de setembro de 1978. Acedido em 23/12/2021. <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>.

Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*.

Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard.

Devereux, G. (1978). *Ethnopsychanalysis: psychoanalysis and anthropology as complementary frames of reference*. University of California Press.

Dubar, C., & Triper, P. (1998). *Sociologie des professions*. Armand Colin.

Echeverría, J. (2003). *Introdução à Metodologia da Ciência*. Livraria Almedina.

Esteves, A. M. T. (2012). A construção da identidade profissional do enfermeiro em bloco operatório [dissertação]. Instituto Politécnico de Setúbal.

Fassin, D. (1996). *L'Espace Politique de la Santé. Essai de Généalogie*. PUF.

Fawcett, J. (1991). Approaches to knowledge development in nursing. *Can J Nurs Res*. 23(4), 23-33.

Ferraz, I., Baixinho, C. & Rafael, H. (2015). Primeiro livro em Portugal escrito por enfermeiro (1741): contribuição para a formação de enfermeiros religiosos. *HERE, História da Enfermagem Revista Eletrônica*. 6(2), p. 188-298.

Ferreira, C. A. (2007). *Castelo da Mina. Das Fundações às Representações Iconográficas dos Séculos XVI e XVII*. Lisboa: Livros Horizonte.

Figueiredo, C. (1913). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, 3ªed. s.e. <https://archive.org/details/DicionrioDeL.P1913/page/n750/mode/1up?q=en>

Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*, 4ª ed. Martins Fontes.

Fourez, G. (2008). *A construção das ciências. As lógicas das invenções científicas*. Instituto Piaget

Frade, F., Barradas, J., & Cardoso, A. (2020). Cirurgiões, barbeiro e sangradores (séculos XVI-XVIII), p.419-427. In Jorge Ramos de Carvalho (coords.). *O Hospital Real de Todos-os-Santos: Lisboa e a Saúde*. Câmara Municipal de Lisboa/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Freidson, E. (1984). The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, 10, 1–20. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.10.080184.000245>

Gadamer, H.G. (1998). *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 2.ed.. Editora Vozes

Gadamer, H-G. (2009). *O Mistério da Saúde. O cuidado da saúde e a arte da medicina*. Edições 70, Lda

García-Martínez, A. C., García-Martínez, M. J., & Vale-Racero J. I. (1992). *Presentación y análisis de la obra “Instrucción de Enfermeros”, de André Fernández, 1625. Aproximación a la Enfermería de los siglos XVI y XVII*. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería.

Guitard, M., & Torres, C. (2003). La formación enfermera: aproximación desde la complejidad. In V. Ferrer, J. L. Medina, & C. Lloret. *La complejidad en enfermeira. Profesión, gestión e formación*. Laertes S.A. de Ediciones.

Hall, S. (2000). *A identidade cultural na pós-modernidade*. DP&A.

Houaiss, A., & Villar, M. (2003) *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Círculo de Leitores.

Kempfer, S., & Carraro, T. (2012): Ser-aluno de enfermagem e a experiência do cuidado: revisão integrativa. *Cultura de los cuidados*, 16 (33), 75-80.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Éditions Études Vivants.

Kidd, P., & Morrison, E.F. (1988). The progression of knowledge in nursing research: A search for meaning. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 222-224.

Kim, H. S. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 3^{ed}. Springer Publishing Company.

Kim, H. S. (2015). *The essence of Nursing Practice. Philosophy and Perspective*. Springer Publishing Company.

Kuhn, T. S. (2009). *A Tensão Essencial*. Edições 70.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.

Lopes, M. A. (2000). *Pobreza, Assistência e Controlo Social (1750-1850). Vol I*. Palimage Editores.

Lopes, M. A. (2013). *Os socorros públicos em Portugal, primeiras manifestações de um estado-providência (séculos XVI-XIX)*. Imprensa da Universidade de Coimbra. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8622_13_15

Lopes, M. A. (2019). *Enfermeiros e enfermeiras nos hospitais portugueses dos séculos XVIII e XIX: Continuidades e ruturas*. In A. Esteves (Coords.) Homens, Instituições e Políticas (séculos XVI-XX). Braga, Portugal: Universidade do Minho

Lopes, N. (1996). *A recomposição profissional da enfermagem*. III Congresso Português de Sociologia. Resumo de Comunicação. Acedido a 18 novembro de 2015, em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4926a3ad3f82d_1.pdf.

- Lopes, N. (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Quarteto Editora.
- Machado, M. R. S. (2014). *A Divulgação do Conhecimento em Periódicos de Enfermagem e a Evolução da Profissão, em Portugal, no século XX e início do século XXI*. [Dissertação de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde]. Repositório aberto da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20698>
- McEwen, M., & Wills, E. (2009). *Bases teóricas para a enfermagem*. 2º ed. Artmed.
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogia del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermeira*. Editorial Laertes S.A.
- Medina-Moya, J. L. (2002). Prácticas educativas y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería* (Albacete). [acesso 15 jan 2013]; 4(15). Disponível em: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/index15.htm>.
- Medina-Moya, J. L. (2005). Redescubrir el saber práctico de la enfermera. El difícil equilibrio académico y profesional en la España «preeuropea» (III). *Rev Enferm*: 28(7-8); 487-490.
- Medina-Moya, J. L., & Esteban, M. (2006). La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 15(2).
- Medina-Moya, J.L. (2008). De mapas y territorios. Formalización de los saberes profesionales en el curriculum. *Revista ROL Enfermería*, 31(7-8),533-6.
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress*. 3th ed. J.B. Lippincott.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company (Pág. 38 a 51). (Republicação em livro do texto em revista: Schumacher, K.L.; Meleis, A. I. (1994) Transition: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. Indianapolis. V. 26 nº 2 p. 119-127).
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress*. Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins.
- Mendes, J. A. (1989). *A História como ciência. Fontes, metodologia e teorização*. Coimbra Editora.
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde Mental. Do tratamento à prevenção*. Porto Editora.
- Morin, E. (2008). *Introdução ao Pensamento Complexo*. 5ª ed. Instituto Piaget.
- Mourão, A. (1958). Notas Críticas. *Enfermagem Portuguesa. Revista Técnica e Cultural*. Ano I, nº 3 Vol. I. p. 34-36.

Moya, J. L. (2005). Redescubrir el saber práctico de la enfermera. El difícil equilibrio académico y profesional en la España «preuropea» (III), *Revista de Enfermeia*, 28(7-8).

Nunes, J. A. (2008). O resgate da epistemologia. *Revista Crítica de ciências Sociais*. 80. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33806/1/O%20resgate%20da%20epistemologia.pdf>

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. 1º ed. Lusodidacta.

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. 2ª ed. Lusodidacta.

Nunes, L. (2023). Ensino da Enfermagem em Portugal. Percorso histórico e contexto atual. Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/47947/1/Ensino%20Enfermagem%20Portugal%20estudo%20sociohistorico%202023%20LN.pdf>

Nunes, L. (2024). Autonomia e tomada de decisão em enfermagem. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (coords.). *Enfermagem Avançada* (pp.87-93). Lidel.

Oliveira, A. R. (2015). *O dia-a-dia em Portugal na Idade Média*. Esfera dos Livros.

Oliveira, B. (2010). *Psicologia Positiva. Uma nova psicologia*. Livpsic.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Ministro esclarece a fusão das escolas de enfermagem de Lisboa, do Porto e de Coimbra. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 10, outubro de 2003, p.5.

Ordem dos Enfermeiros (2014). *História*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/hist%C3%B3ria-da-oe/>

Pacheco, A. (2002). Cargos, Profissões e Serviço, p. 403-409. In Jorge Ramos de Carvalho (coord.). *O Hospital Real de Todos-os-Santos: Lisboa e a Saúde*. Câmara Municipal de Lisboa/Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Padilha, M. I., Nelson, S., & Borenstein, M. S. (2011). As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. *História, Ciência e Saúde Manguinhos*. 18 - Supl.1:241-252.

Parse, R. R. (ed.) (1995). *Illuminations: The human becoming theory in practice and research*. National League for Nursing Press.

Pereira, A. L., & Pita, J. R. (1993). Liturgia higienista no século XIX: pistas para um estudo. *Revista História das Ideias*. 15:437-559.

Pinto, J. M. (1991). Considerações sobre a produção social da identidade. *Revista Crítica das Ciências Sociais*. 32: 217-231. <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/32/Jose%20Madureira%20Pinto%20-%20Consideracoes%20Sobre%20a%20Producao%20Social%20de%20Identidade.pdf>

Queirós, P. (2014). Enfermeiros e Auxiliares Portugueses Assalariados em S. Jorge da Mina. Afonso Freyre, Enfermeyro; Inês, Fernanda, Beatriz e Catarina, para Servirem na Enfermeria. *Pensar Enfermagem*, vol. 18, nº1 p.49-65.

Queirós, P. (2015a). Identidade profissional, História e Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. nº13, 45-54.

Queirós, P. (2015b). Editorial: Contribuição da História da Enfermagem para a construção da identidade profissional. *Hist Enferm Rev Eletronica* [Internet].; 6(2):164-166. https://here.abennacional.org.br/here/Contribuicao_Historia_Enfermagem_PORT.pdf

Queirós, P. (2015c). O saber dos enfermeiros peritos e a racionalidade prático-reflexiva. *Investigación y Educación en Enfermería*. 33(1): 83-91. https://www.researchgate.net/publication/272682030_O_saber_dos_enfermeirosperitos_e_a_racionalidade_pratico-reflexiva

Queirós, P. (2016a). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de los Cuidados*. 20(45), 137-146

Queirós, P. (2016b). Editorial: O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*. 20(3), sp.

Queirós, P. (2018). Enfermeiros nos regulamentos de instituições de assistência, em Coimbra, desde 1753 a 1827, p. 473-480. In António Martinez, Manuel Martinez, Gloria Caminero & Rosa Serra (coords) (2018). *Poder e influencia de las enfermeiras en la Historia*. Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears.

Queirós, P. (2022). Escolas de Enfermeiros e de Enfermagem em Coimbra: um percurso de 140 anos. *HERE. História de Enfermagem Revista Eletrónica*. 13(1) 29-39. <https://doi.org/10.51234/here.2022.v13n1.e03>.

Queirós, P. (2023a). Enfermagem, história e epistemologia. Editorial. *Revista Baiana de Enfermagem*: 37:e53774. p.1-4. Doi 10.18471/rbe.v37.53774. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/53774/33504>

Queirós, P. (2023b). Historia y epistemología en un matrimonio feliz. Teorías de enfermería desde una perspectiva histórica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.264>

Queirós, P. (2024a). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da integração. In Rita Marques, Manuela Néné, Carlos Sequeira. (coords.). *Enfermagem Avançada*. Lidel. p. 44-57

Queirós, P. (2024b). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da transformação. In Rita Marques, Manuela Néné, Carlos Sequeira. (coords.). *Enfermagem Avançada*. Lidel. p. 58-68.

Queirós, P. J. P., Filho, A. J., Monteiro, A. P. A., Santos, T. C. F., & Peres, M. A. A. (2017). Debates Parlamentares em Portugal de 1821 a 1910: Identificação de fontes para a

História da Enfermagem. *Escola Anna Nery* 21(1), 1-6. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170006>

Queirós, P. J., Almeida-Filho, A. J., Almeida, M. A., Santos, T. C., Pereira, M. B. & Pereira, P. F. (2018) O cuidado e o bom serviço dos enfermeiros em 1821-1822. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), doi:10.12707/RIV17064

Queirós, P. J., Almeida-Filho, A. J., Gómez-Cantarino, S., Santos, T. C., Peres, M. A., Chaves, M. C. & Jerez, B. E. (2020 a). Enfermeiros e escolas de enfermagem nos anuários da universidade de Coimbra, de 1866 a 1956. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20027. doi:10.12707/RV200261

Queirós, P. J., Domínguez-Isabel, P., Espina-Jerez, B., Fonseca, E. P. A. M., & Gómez-Cantarino, S. (2020b). Enfermeiros entre os funcionários dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 1779 a 1797: particularidades e implicações. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20027. doi:10.12707/RV20027

Queirós, P., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2015). *Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática: Da racionalidade técnica à prática reflexiva*. Doi: 10.13140/RG.2.1.2517.6484

https://www.researchgate.net/publication/275640141_Enfermagem_de_ciencia_aplicada_a_ciencia_humana_pratica_da_racionalidade_tecnica_a_pratica_reflexiva

Queirós, P., Jerez, B. E., Costa, N. M., Domínguez-Isabel, P., Oliveira, A. C., & Gómez-Cantarino, S. (2022). Enfermeiros em Portugal no tempo de Nightingale. *Revista de Enfermagem Referência*. Série V, nº 9: e20209. DOI: 10.12707/RV20209.

Ramos, L. (2019). Do Hospital Real de Todos os Santos à História Hospitalar. *História: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 10. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/historia/article/view/5690>.

Reed, P. (2006). Commentary on neomodernism and evidence-based Nursing: implications for the production of Nursing knowledge. *Nursing Outlook*, 54(1), 36-38. Doi: 10.1016/j.outlook.2005.01.001.

Ribeiro, J. L. P. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto*. Dissertação de doutoramento. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D.M., & Forte, E. C. (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. 27(2).

Richmond, J. (1979). *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. U.S. Department of Health, Education and Welfare.

Rutty, J. E. (1998). The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 243-250.

Sainsaulieu, R. (1986). L'identité et les relations de travail. In Pierre Tap (org). *Identités collectives et changements sociaux*. Privat.

- Santos, B. S. (2002), *Introdução a uma ciência pós-moderna* (6ª). Edições Afrontamento.
- Santos, B. S. (2007). Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, 3-46.
- Santos, B. S. (2018). *O Fim do Império Cognitivo. A afirmação das epistemologias do Sul*. Edições Almedina.
- Santos, C. (2011). *Profissões e Identidades Profissionais*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Santos, M. T. & Cantarino, S. G. (2024). “Postilla Religiosa Arte de Enfermeiros”: vestígios do conhecimento, história da enfermagem no século XVIII em Portugal. *HERE, História da Enfermagem Revista Eletrónica*. 15(e02), p. 1-7.
- Saraiva, A. M. (1995). A propriedade urbana das confrarias e hospitais de Coimbra nos finais da Idade Média. Separata da *Revista de Ciências Históricas*, nº X. Universidade Portucalense.
- Schlossberg, N. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychology*, 9, 2-18.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia um nuevo diseño dela formación y el aprendizaje en las profesiones*. Piadeos MEC.
- Schultz, P. R., & Meleis, A. I. (1988). Nursing epistemology: tradition, insights, question. *Image: Jornal of Nursing Scholarship*, 20(4), 217-221. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1988.tb00080.x.
- Schumacher, K.L. & Meleis, A. I. (1994) Transition: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. Indianapolis. V. 26 nº 2 p. 119-127
- Scotfeldt, R.M. (1989). Structuring nursing knowledge: A priority for creating nursing's future. *Nursing Science Quarterly*, 1 (1), 35-38.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. Freeman.
- Siles, J. (2010). Historia cultural de enfermería. *Avances en Enfermería*; 28, número especial:120-128.
- Silva, A. F. (2016). *Físicos e Cirurgiões Medievais Portugueses. Contextos socioculturais, práticas e transmissão de conhecimentos (1192-1340)*. CITCEM- Centro de Investigação Transdisciplinar “Cultura, Espaço e Memória”.
- Silva, A. I. (2008). *A arte de enfermeiros: escola de enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Silva, D. M. (2002). Correntes do pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26.

Silva, H. (2011). Seleção e discriminação dos profissionais de enfermagem durante o estado novo: 1938-1963. *Ler História*. 6:151-166. <https://doi.org/10.4000/lerhistoria.1533>

Silva, H. (2014). *Influências estrangeiras nos hospitais portugueses: o caso da enfermagem religiosa: finais do século XIX*. CEM. Cultura, Espaço, Memórias. 5: 63-76.

Simões, A. C. (1888). *A minha administração dos hospitaes da universidade: uma gereência de 15 annos, sob a reforma de 1870*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (1996). *Estatuto profissional. Uma realidade. Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros*. Editado pelo Sindicato dos Enfermeiros Portugueses – 1996.

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2024). *Apresentação*. Site consultado em 17 de setembro de 2024. Disponível em <https://www.sep.org.pt/sindicato/apresentacao/>

Sobrinho-Simões, M. (2012). Investigação em ciências da saúde: o papel da translação. *Ata Médica Portuguesa*. Jan-Feb: 25(1),1-1.

Sousa, G. (2013). *História da Medicina Portuguesa Durante a Expansão*. Temas e Debates - Círculo de Leitores.

Souto-Cabo, J.A. (2008). Documentos Galaico-portugueses dos séculos XII e XIII. *Revista Galega de Filoloxía*. Monografia 5. https://www.academia.edu/2627155/Documentos_galego_portugueses_dos_s%C3%A9culos_XII_e_XIII.

Strasser, S. (1985): *Undertanding and explanation: Basic ideas concerning the humanity of the humans sciences*. Pittsburg: Duquesne. University Press.

Subtil, C., & Nunes, L. (2024). O contributo dos sindicatos no desenvolvimento das políticas de saúde. In Rita Marques, Manuela Néné, Carlos Sequeira. (coords.). *Enfermagem Avançada*. Lidel. p. 117-129.

Subtil, C., & Vieira, M. (2015). Manuais para as práticas dos enfermeiros no antigo regime. *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*, nº 11, pp.215-228.

Subtil, C., Simões, A., Pires, A. M. B., Garcia, E. B., Almeida, J. S., Nunes, L., Chaves, M., & Ferreira, A. (2021). *25 anos de regulação na enfermagem: 96 perfis e trajetórias assinaláveis*. Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem. ISBN: 978-989-99-2350-2.

Tap, P. (1986), (org.). *Identités collectives et changements sociaux*. Privat.

Yura, H, & Torres, G. (1975). Today's conceptual frameworks with the baccalaureate nursing programs. *National League for Nursing Publication* No. 15-1558, 17-75). National League for Nursing