



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Karen dos Santos Matsumoto

**A formação do enfermeiro para atuação na Atenção
Básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa
Nacional de Reorientação da Formação Profissional em
Saúde (Pró-Saúde)**

Rio de Janeiro
2010

Karen dos Santos Matsumoto

A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)

Dissertação apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Célia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro
2010

Karen dos Santos Matsumoto

A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)

Dissertação apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovado em: 30 de março de 2010

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Célia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social / UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos
Instituto de Medicina Social / UERJ

Dr.^a Maria Ruth dos Santos
Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Thereza Christina Varella
Faculdade de Enfermagem/UERJ

Rio de Janeiro
2010

DEDICATÓRIA

A meus pais, Célia Regina e Mario, pessoas essenciais à minha vida, que me apoiam, incentivam e vibram comigo a cada conquista.

À minha irmã Roxane, meu grande exemplo de força, determinação e superação, me ensinando a cada dia que, desistir, jamais!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, companhia constante em minha vida, pelo sustento diário, pela força e auxílio em minha caminhada. Tenho a plena convicção de que, sem Ele, nada seria possível realizar.

À Prof.^a Célia Regina Pierantoni, minha orientadora, pela confiança depositada em meu trabalho ao longo destes cinco anos de parceria no Observatório, pelo acompanhamento desta dissertação, ensinamentos e compreensão das minhas limitações. Obrigada pela força nos momentos mais difíceis nas últimas etapas do mestrado.

À Prof.^a Thereza Varella, pelo incentivo constante em minha caminhada na Enfermagem, pela assistência na realização desta dissertação e pelo exemplo de compromisso com o trabalho e a profissão.

À Tania França, pela ajuda estatística e pelos conselhos e palavras de ânimo que tanto me ajudaram.

Aos professores Luiz Antonio de Castro Santos e Maria Ruth dos Santos, pela participação na banca e suas ricas contribuições à dissertação.

Ao Prof. Antonio Eduardo Vieira dos Santos, pela revisão competente do texto, pela prontidão em ajudar e pelas palavras de estímulo.

Aos companheiros da Estação de Trabalho do IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Valéria Monteiro, Susana Dal Poz, Rafael Dias e José Jorge, pela companhia e paciência.

A Valéria Dias, pela amizade, companheirismo e incansável apoio durante o mestrado. Com sua meiguice, sempre disposta a ajudar e com palavras de ânimo e incentivo, foi essencial durante este processo e à minha vida, e tenho certeza de que jamais sairá dela.

Às amigas Ravini Fernandes, Elaine Rabello e Cláudia Togashi, pelo carinho, apoio, conversas e risadas que me ajudaram a seguir em frente.

À Tia Nilza Harumi, pelo carinho e acolhida em seu lar.

Aos professores e colegas do IMS, pelo convívio e aprendizado.

Às meninas da secretaria do IMS, que sempre me atenderam com prontidão e carinho.

Ao Artur e Anderson, os anjos da informática, que salvaram meu *notebook* e meu *pen drive* com todos os arquivos da dissertação.

A Cíntia Nery, por me ajudar a encarar a vida de uma nova maneira, me oferecendo suporte, através das conversas e da acupuntura, a seguir em frente com a sabedoria da medicina oriental.

Aos professores Marcos e Soledad, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e Márcio Tadeu e Sílvia, da Universidade Veiga de Almeida, pela permissão da coleta de dados com seus alunos.

Assim, deixo registrada a minha gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, concordando com Charles Chaplin, que diz:

Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha: é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha, e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.

É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar; é melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.

Martin Luther King

RESUMO

MATSUMOTO, Karen dos Santos. *A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)*. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) já dura vinte anos e uma das medidas de organização e implementação é o fortalecimento da Atenção Básica, via Estratégia de Saúde da Família, procurando atender à população de acordo com as realidades locais. Nesse contexto, a partir de 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Educação Superior modificam a qualificação do profissional de saúde com vistas ao processo de trabalho no SUS. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a formação do enfermeiro na perspectiva do trabalho na Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Foi realizado estudo de caso múltiplo em duas instituições de ensino superior que possuem curso de graduação em enfermagem, utilizando uma abordagem quali-quantitativa de natureza descritivo-exploratória. O instrumento de coleta de dados foi um *survey* aplicado por meio de questionário aos alunos dos últimos períodos das instituições escolhidas. O eixo norteador da construção do questionário foram as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), escolhido por ser um programa que visa à indução de medidas de transformação do ensino de saúde no Brasil, com ênfase na Atenção Básica. Os dados obtidos foram processados e tabulados através do *software R versão 2.10.0* e receberam tratamento estatístico. Os resultados apontam para um grupo de alunos de graduação em enfermagem com perfil predominantemente feminino e jovem, que reside com os pais e não contribui financeiramente com a manutenção da casa. Em relação à organização das atividades curriculares, há o predomínio da abordagem do processo saúde-doença e da saúde como um processo multideterminado, valorizando ações de promoção, prevenção, recuperação e perspectiva de vigilância da saúde. Em relação aos campos de prática, as diferenças observadas nas duas instituições estudadas estão relacionadas à precocidade e predominância da inserção dos alunos nos campos. Em ambas as instituições, prevalece a expectativa profissional dos alunos em buscar aprimoramento profissional após concluírem a graduação. Assim sendo, foi possível verificar que a continuidade e o fortalecimento do incentivo às instituições para a adesão ao programa aproximará cada vez mais a formação do enfermeiro ao modelo de atenção proposto pelo SUS, repercutindo desta forma na qualidade do atendimento prestado aos usuários do sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Política de saúde. Atenção básica. Enfermagem. Educação superior.

ABSTRACT

The institutionalization of the Brazilian Unified Health System (SUS) has been going on for twenty years and one of the organization and implementation measure is the strengthening of Primary Care, through "Family health strategy", which aims to serve the population according to the local context. Since 1996, there have been changes in the Brazilian Educational Law and in the Curriculum Guidelines of the higher education programmes regarding the qualification of health professionals with a view to the SUS work practice model. This study aimed to analyze nursing education in the context of the Family Health practice in Rio de Janeiro. A multiple case study was carried out in two institutions of higher education that have graduate programmes in nursing, and a quali-quantitative descriptive – exploratory approach was used. The data was collected through a survey applied to the students in the last years of the selected institutions. The framework of the questionnaire were based in the guidelines of the "Reorientation National Program of Health Professional Formation (*Pró-Saúde*)". This was chosen as its objective is to induce changes in the health education in Brazil, with emphasis on Primary Health Care. The data were processed and tabulated by the software *R version 2.10.0* and also a statistical analysis was made. The results showed that the graduate students in nursing are predominately female and young, who live with their parents and do not contribute financially to the maintenance of their home. Regarding academic activity, there is a predominance of multiple determinants of health-disease process, with an approach to health as a multi-determined process, emphasizing health promotion, prevention, recovery and prospects for health monitoring. The differences between selected institutions in the fields of practice are related to how early and predominant the students are placed in these fields. In both institutions, it is very high the expectation of the students to seek professional development after their graduation. Therefore, it was possible to demonstrate that the continuity and strengthening of the incentive for institutions to join the program could contribute to get close the nursing education to the health care model proposed by the SUS, thus impacting favorably the quality of care given to the Brazilian health system users.

Key words: Health policy. Primary health care. Nursing. Higher education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Eixos para o desenvolvimento do Pró-Saúde.....	35
Quadro 2	Identificação dos blocos do <i>survey</i> aplicado aos alunos de graduação de enfermagem.....	54
Gráfico 1	Alunos de graduação em enfermagem segundo sexo. Rio de Janeiro, 2009.....	59
Gráfico 2	Alunos de graduação em enfermagem segundo faixa etária. Rio de Janeiro, 2009.....	59
Gráfico 3	Alunos de graduação em enfermagem segundo idioma do curso de língua estrangeira. Rio de Janeiro, 2009.....	63
Gráfico 4	Alunos de graduação em enfermagem segundo instituição de ensino superior que estudam. Rio de Janeiro, 2009.....	64
Gráfico 5	Alunos de graduação em enfermagem segundo realização de estágio na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2009.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de instituições de ensino superior com graduação na área da saúde e enfermagem. Brasil e Rio de Janeiro, 2008.....	52
Tabela 2 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo nacionalidade e naturalidade. Rio de Janeiro, 2009.....	60
Tabela 3 -	Alunos de graduação em enfermagem de acordo com residência com os pais e contribuição com a manutenção da casa. Rio de Janeiro, 2009.....	61
Tabela 4 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo forma de contribuição financeira com a manutenção da casa de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	62
Tabela 5 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo turno que cursam na faculdade de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	65
Tabela 6 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo determinantes do processo saúde-doença abordados na faculdade. Rio de Janeiro, 2009.....	65
Tabela 7 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo oportunidade de bolsas de iniciação científica de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009..	66
Tabela 8 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo participação em atividades/grupo de pesquisa de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	67
Tabela 9 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo Grupos/Atividades de pesquisa relacionados às necessidades de saúde / Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2009.....	67
Tabela 10 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo tipo de interação entre teoria-prática/ensino-serviço de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	68

Tabela 11 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo tipo momento de início dos campos de prática de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	68
Tabela 12 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo periodicidade em que são inseridos no campo de prática na Instituição A. Rio de Janeiro, 2009.....	69
Tabela 13 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo periodicidade em que são inseridos no campo de prática na Instituição B. Rio de Janeiro, 2009.....	69
Tabela 14 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo aproximação com os conteúdos da Atenção Básica de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	71
Tabela 15 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo organização do processo de formação de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	72
Tabela 16 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo metodologia utilizada nos cursos de graduação de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	73
Tabela 17 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo condições de ensino de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	74
Tabela 18 -	Alunos de graduação em enfermagem segundo a expectativa profissional. Rio de Janeiro, 2009.....	75
Tabela 19 -	Estrutura da matricial dos eixos do Pró-Saúde para a Universidade A. Rio de Janeiro, 2009.....	79
Tabela 20 -	Estrutura da matricial dos eixos do Pró-Saúde para a Universidade B. Rio de Janeiro, 2009.....	79
Tabela 1A -	Alunos de graduação em enfermagem segundo contribuição financeira com a manutenção da casa de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	91
Tabela 2A -	Alunos de graduação em enfermagem segundo realização de curso de língua estrangeira. Rio de Janeiro, 2009.....	91

Tabela 3A	Alunos de graduação em enfermagem segundo ano de ingresso no curso de graduação em enfermagem. Rio de Janeiro, 2009.....	91
Tabela 4A	Alunos de graduação em enfermagem segundo incentivo das instituições à pesquisa e produção do conhecimento científico. Rio de Janeiro, 2009.....	92
Tabela 5A	Alunos de graduação em enfermagem segundo tipo de estágio que realizam/realizaram na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2009.....	92
Tabela 6A	Alunos de graduação em enfermagem segundo bolsa durante o estágio que realizam/realizaram na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2009.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn.....	Associação Brasileira de Enfermagem
BIRD.....	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CNE.....	Conselho Nacional de Educação
CNRMS.....	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CONASEMS.....	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCN.....	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES.....	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ENADE.....	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
EPISM/NESCON/FM/UFMG....	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde/ Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais
ESF.....	Estratégia de Saúde da Família
ET-IMS/UERJ-ROREHS.....	Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
FENTAS.....	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
FNEPAS.....	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
IES.....	Instituições de Educação Superior
INEP.....	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira
LDB.....	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC.....	Ministério da Educação e Cultura
MS.....	Ministério da Saúde
NASF.....	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OPAS.....	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-SAÚDE.....	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS.....	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROESF.....	Programa de Expansão e Consolidação à Saúde da Família
PRÓ-SAÚDE.....	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF.....	Programa de Saúde da Família
RAIS.....	Relação Anual de Informações Sociais

SAS.....	Secretaria de Atenção à Saúde
SESU.....	Secretaria de Educação Superior
SGTES.....	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB.....	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGRAS.....	Sistema de Informação das Graduações em Saúde
SINAES.....	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TCLE.....	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU.....	Tribunal de Contas da União
UNA-SUS.....	Universidade Aberta do SUS
UNI-RIO.....	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	22
1.1	A enfermagem como atividade profissional.....	22
1.2	Evolução da graduação em enfermagem - aumento da oferta de profissionais.....	23
1.3	As transformações no ensino superior: a Lei de Diretrizes e Bases e as Diretrizes Curriculares Nacionais.....	26
1.4	As estratégias do Ministério da Saúde de incentivo à mudança na formação profissional em saúde.....	29
2	O MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E O PROFISSIONAL ENFERMEIRO	40
2.1	O SUS e o mercado de trabalho para o enfermeiro.....	40
2.2	A Estratégia de Saúde da Família e a atuação do enfermeiro.....	41
3	METODOLOGIA	50
3.1	Caracterização do universo da pesquisa.....	51
3.2	Caracterização dos cenários da pesquisa.....	52
3.3	Instrumento de coleta de dados.....	53
3.4	Procedimentos.....	54
3.5	Impressões sobre a coleta de dados.....	55
3.6	Análise de dados.....	56
4	RESULTADOS	58
4.1	Bloco 1: Identificação	58
4.2	Bloco 2: Perfil sócio-econômico	61
4.3	Bloco 3: Situação e atividade acadêmica	63
4.3.1	<u>Graduação</u>	64
4.3.2	<u>Atividades curriculares</u>	65
4.3.3	<u>Atividades extracurriculares</u>	73
4.3.4	<u>Condições de ensino</u>	74
4.3.5	<u>Expectativa profissional</u>	75
5	CONCLUSÃO	77
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A: Tabelas	91
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
	APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados – ICD	94

INTRODUÇÃO

O ensino da enfermagem no Brasil passou por diversas mudanças ao longo dos anos, como reflexo das transformações no contexto histórico da profissão e do quadro político-econômico-social da educação e da saúde.

Ao revisitar a história da enfermagem, verifica-se que houve a necessidade de mudanças no ensino de acordo com as exigências que se apresentavam em cada época. Para Ito et al. (2006), as mudanças em nossa sociedade e nas políticas de saúde são fatores determinantes para a construção do ensino de enfermagem e formação de profissionais engajados com a realidade.

Neste contexto, encontra-se a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que ocasionou importantes modificações para a assistência em saúde e, conseqüentemente, para os profissionais que atuam nesse sistema, além de um crescimento do mercado de trabalho em saúde, pois traz no seu bojo mudanças tecnológicas, políticas, organizacionais e institucionais consideráveis que beneficiaram as dimensões ocupacionais do setor saúde.

O processo de institucionalização do SUS já caminha ao longo de 20 anos e uma das medidas de organização e implementação é o Pacto pela Saúde, que define, dentre outras prioridades, o fortalecimento da Atenção Básica. Esta medida visa a assumir a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica, devendo seu desenvolvimento atender à população de acordo com suas realidades locais. Além disso, visa a qualificar o profissional da Atenção Básica para trabalhar sob esta ótica, aprimorando também a inserção dos mesmos nas redes locais de saúde (BRASIL, 2006).

Esta conjuntura é favorável à expansão do mercado de trabalho da área da saúde, o que tem contribuído para uma mudança em relação ao interesse pela enfermagem como profissão, resultando no aumento expressivo da procura pela graduação em enfermagem, acarretando o crescimento do número de cursos e oferta de vagas.

De acordo com Varella et al. (2007), em pesquisa realizada com egressos dos cursos de graduação em enfermagem do país, a expectativa dos graduandos sobre sua inserção no mercado de trabalho é conseguir um emprego público com vínculo estável. Somando-se a isto, o percentual dos que desejam trabalhar na ESF, que essencialmente representa também o setor público, é de 86,7% dos graduandos

participantes da pesquisa, que almejam este subsetor. Este achado confirma a importância do SUS como fonte empregadora, onde, à medida que se revela como novas possibilidades de mercado, se torna atrativo para os enfermeiros que buscam qualificação para se adequar a esta dinâmica.

Outro fator importante a ser considerado é que esta ampliação da formação para a área da saúde não vem sendo acompanhada de um processo avaliativo da qualidade de forma constante. Observa-se a abertura de novos cursos sem que haja um controle efetivo da qualidade da formação dos profissionais que atuarão no sistema. Esta é uma questão a ser analisada, na medida em que o objeto de trabalho é a saúde da população – logo, é preciso comprometimento e rigor na formação desses trabalhadores.

As instituições formadoras necessitam apropriar-se das mudanças introduzidas pelo SUS nos cursos de graduação da área da saúde, incorporando “o cotidiano de relações da atenção e da estruturação do cuidado à saúde, ao aprender e ao ensinar”, formando profissionais para o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2004).

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir de problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (BRASIL, 2004, p. 7).

Diante dessas especificidades, é possível elaborar algumas questões sobre o tema:

- Quais as dificuldades/facilidades das instituições de ensino em formar o enfermeiro que seja capaz de atuar em consonância com este modelo de atenção a saúde?
- Em que medida as universidades se aproximam / afastam do modelo de atenção proposto pelo sistema de saúde brasileiro?

Assim, este estudo se justifica pela busca de respostas a esses questionamentos, a uma melhor compreensão das mudanças na dinâmica do sistema educativo da área da saúde, especialmente na graduação em enfermagem, o entendimento da estreita relação do sistema de saúde com a formação de profissionais capacitados, bem como pela baixa produção acadêmica sobre o tema.

Delimitou-se como objeto da pesquisa a preparação pelo mercado educativo de profissionais graduados em enfermagem para atuarem na Atenção Básica em

conformidade com o modelo de atenção proposto pelo SUS; e como problema: as instituições de ensino superior estão formando enfermeiros capacitados para atuarem na Atenção Básica?

Diante dessas inquietações e das transformações ocorridas no cenário da saúde e da enfermagem, estabeleceu-se como objetivo geral, analisar a formação do enfermeiro, no município do Rio de Janeiro, na perspectiva do trabalho na Atenção Básica, via ESF, a partir da visão dos alunos de graduação de enfermagem sobre seu processo formativo.

E como objetivos específicos:

1. analisar a adequação do processo formativo do enfermeiro às exigências do trabalho na ESF;
2. identificar os *nós* críticos na formação do enfermeiro para a ESF;
3. discutir as implicações da formação na atuação profissional.

Para alcançar estes objetivos, foram utilizadas as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) como eixo norteador da pesquisa. A escolha justifica-se por ser um programa nacional que possui “papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil” (BRASIL, 2009, p. 10), cujo objetivo é “promover a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica” (BRASIL, 2009, p. 13).

O Pró-Saúde possui como eixo central a aproximação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, possibilitando, desta forma, a transformação do ensino, com vistas às reais necessidades de saúde da população brasileira e a preparação para o trabalho no SUS (CAMPOS et al., 2010).

A hipótese levantada que poderá auxiliar o estudo é: as instituições de ensino superior ainda estão voltadas para uma formação no modelo biomédico, centrado na doença, no tratamento e no hospital como principal cenário de prática.

Para Ito (2005, p. 574), “o perfil profissional exigido requer habilidades cognitivas e operacionais, sustentadas pela ética e comprometimento. A construção, a gestão dos processos e a formação de sujeitos é um grande desafio”. Portanto, através dos resultados deste estudo, espera-se contribuir para a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, além de oferecer subsídios para a continuidade e o fortalecimento do incentivo às mudanças na formação em saúde, de modo a se aproximar, cada vez mais, ao modelo de atenção proposto pelo SUS,

repercutindo na qualidade do atendimento prestado aos usuários do sistema de saúde brasileiro.

A partir dessas considerações, é oportuno apresentar a organização da dissertação, orientada para os propósitos de análise realizados no estudo. No capítulo 1, sobre a formação do enfermeiro, são apresentadas a evolução da enfermagem como atividade profissional, as estratégias de organização da formação do enfermeiro, por meio da legislação, e as medidas recentes de incentivo a mudança na formação profissional em saúde, em consonância com o modelo proposto pelo SUS.

No capítulo 2, discutem-se o mercado de trabalho em saúde, o profissional enfermeiro e as possibilidades de atuação do enfermeiro após a implementação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família.

No capítulo 3, é apresentado o caminho metodológico percorrido, demonstrando os procedimentos necessários à viabilidade do estudo, bem como descrevendo o universo e os cenários da pesquisa, o instrumento de coleta de dados e os métodos de tabulação e análise dos dados.

O capítulo 4 aborda a apresentação e análise dos resultados da pesquisa, demonstrando como os alunos de graduação em enfermagem percebem seu processo de formação na perspectiva da Atenção Básica, via ESF. Nas conclusões, são retomados os objetivos propostos para o estudo e as hipóteses lançadas, reavaliando-os de acordo com os resultados alcançados. São descritos também os vieses e limitações do estudo, bem como as potenciais contribuições para o campo da Saúde Coletiva, em especial para a formação profissional do enfermeiro.

Finalizando esta introdução, gostaria de salientar que este estudo é marcado por minha formação e trajetória na área da saúde. Enfermeira, formada em 2007 pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, participei durante três anos como aluna de iniciação científica da Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ET-IMS/UERJ/ROREHS). Essa inserção me permitiu entrar em contato com o campo da Saúde Coletiva, sobretudo nos aspectos referentes à formação profissional e recursos humanos para a área da saúde. Ao participar das pesquisas que eram desenvolvidas pela Estação, foi possível perceber a estreita relação entre formação e mercado de trabalho e a importância e o reflexo dos

mesmos na atenção a saúde, tanto na organização do sistema quanto no atendimento à população.

O ingresso no mestrado, em 2008, ampliou o conhecimento sobre a Saúde Coletiva e aprofundou as questões citadas acima, que me permitiram elaborar o presente estudo. Contudo, a precocidade de inserção na área acadêmica, a recente familiaridade com a área da formação em saúde e a não-inserção na ESF, como prática profissional, fazem com que haja, no estudo, imperfeições e análises segmentadas deste rico e vasto universo de pesquisa, que com certeza, os dois anos do mestrado não foram capazes de esgotar.

Assim, com o entendimento de que o aprendizado é constante, sigo minha trajetória na perspectiva de apreender cada vez mais sobre esta área, acreditando que este estudo poderá fornecer subsídios para o ensino da enfermagem, formando enfermeiros aptos ao trabalho no sistema de saúde brasileiro.

1 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

1.1 A enfermagem como atividade profissional

O tratamento do enfermo depende estreitamente do conceito de saúde e de doença. Depende, porém, ainda mais, dos sentimentos de humanidade que nos levam a servir a nosso semelhante, principalmente quando o vemos sofredor e incapaz de prover às próprias necessidades (PAIXÃO, 1963, p. 11).

Desde o início do século XX, a enfermagem começou a ser estruturada como uma atividade profissional. Pode-se dizer que é uma das mais antigas profissões, visto que a necessidade do cuidado de pessoas, quando estas adoeciam, sempre existiu. A figura de Florence Nightingale surge como um marco para o início da estruturação da profissão.

Florence estudou na Instituição de Kaiserswerth, na Alemanha, considerada a melhor naquele momento. Após essa estadia, fundou uma escola de enfermagem, na Inglaterra, que visava à mudança das práticas da profissão, bem como da formação das enfermeiras, que deixou de ser realizada por médicos, havendo também aumento da carga horária destinada ao ensino prático (PAIXÃO, 1963).

No Brasil, a formação de enfermeiros teve início com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola, que é de fato a primeira escola de enfermagem brasileira, foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890; hoje é denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e pertence à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNI-RIO). Reformado pelo decreto de 23 de maio de 1930, o curso passou a ter três anos de duração e era dirigido por enfermeiras diplomadas (PAIXÃO, 1963).

Em 1922, foi criada junto ao Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola Anna Nery, com padrão de ensino no modelo Nightingale (CARVALHO, 1976). Em 1937, foi incluída na Universidade do Brasil como Instituto de Ensino Complementar, passando, em 1946, a ser igualada às demais unidades acadêmicas.

Nessa época, houve notável expansão da medicina preventiva e da enfermagem de saúde pública, resultado de parcerias entre as políticas estatais e a Fundação Rockefeller, que investiam em campanhas sanitárias de prevenção e combate a endemias dos campos, tendo em vista que a população rural era a maioria em todos os países do continente (SANTOS, 2008).

A partir de 1926, algumas iniciativas surgiram para auxiliar a ordenação da enfermagem no Brasil. Inicialmente, criou-se a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas com o objetivo de distinguir as enfermeiras do prático de enfermagem. Em 1929, esta associação passou a ser designada como Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ANEDB), até que em 1954 assumiu o nome de Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) que permanece até hoje (LIRA; BONFIM, 1989).

Ainda assim, sentia-se a necessidade da criação de algo que elevasse a enfermagem no campo da educação e cultura. Criou-se, então, sob inspiração de Rachel Haddock Lobo, a *Revista Anais da Enfermagem*. Era preciso também criar uma instituição que representasse a enfermagem brasileira de maneira jurídica. Neste sentido, surgiu o primeiro Sindicato de Enfermagem na Universidade da Bahia a partir da Portaria nº 49, de 27 de março de 1962 (LIRA; BONFIM, 1989). Foi instituído também o Código de Deontologia de Enfermagem, contendo as responsabilidades fundamentais dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem (parteiras, atendentes, auxiliares, técnicos e enfermeiros), assim como os direitos e deveres que competem a cada um, bem como o que lhes é proibido realizar e as penalizações. (LIRA; BONFIM, 1989).

Em 12 de julho de 1973, a partir da Lei nº 5.905, foram instituídos os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, o que garantiu grande vitória para a história da enfermagem brasileira, à medida que a profissão passou a ser reconhecida de fato e de direito (LIRA; BONFIM, 1989).

1.2 Evolução da graduação em enfermagem: aumento da oferta de profissionais

O ensino de enfermagem no Brasil, institucionalizado em 1923, apenas se consolidou a partir do desenvolvimento industrial e da modernização dos hospitais.

Esta institucionalização, portanto, estava submetida aos problemas de organização e funcionamento da sociedade e do estado (VARELLA, 2010).

Diante disso, a ABEn realizou, entre 1956 e 1958, um levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil, para atender a uma demanda da Fundação Kellogg, que solicitava informações das escolas de enfermagem do país, bem como de alunos matriculados e diplomados, dentre outras questões (VIEIRA et al., 1994; FERRAZ et al., 2003).¹

O resultado desse levantamento apontou que, já naquela época, havia uma proliferação desordenada de escolas, sem considerar as necessidades regionais, além de ausência de um órgão controlador e fiscalizador das mesmas. Havia um número reduzido de candidatos para os cursos existentes, corpo docente deficiente em quantidade e em qualidade e, por fim, grande diversidade de currículos de um curso para outro (CARVALHO, 1976).

A tendência expansionista de cursos e instituições do ensino de enfermagem foi percebida a partir da década de 70. O crescimento de escolas era a solução, apontada pelas entidades de enfermagem, para suprir o déficit de enfermeiros no país. Somado a isso, havia uma política governamental de expansão de vagas e de acesso da classe média ao ensino superior. Entre 1970 e 1985, houve crescimento de 210% no quantitativo de instituições de graduação de enfermagem (VARELLA, 2006).

Entretanto, este crescimento de instituições de graduação de enfermagem não se manteve constante e não teve correspondência na procura por vagas do curso, nem tampouco na configuração da estrutura ocupacional da enfermagem. A década de 70, quando se alavancou o desenvolvimento do setor médico assistencial privado, deixou como herança para a área de enfermagem uma polarização na assistência entre médicos e atendentes e um déficit de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Se, em 1956, os enfermeiros representam 11,3% da força de trabalho em enfermagem, no início da década de 80 esse percentual decresce para 8,5% (VARELLA, 2006).

O acesso de estudantes à universidade, nos anos 80, se comportava com um afunilamento crescente, mostrado pelo aumento da relação candidato/vaga em

¹ Tem-se registro de estudo publicado pela ABEn, em 1969, sobre a formação de Pessoal de Enfermagem no Brasil. Em 1975, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) divulgou um trabalho intitulado "Desenvolvimento do Ensino Superior de Enfermagem". Na década de 80, o COFEN e a ABEn realizaram pesquisa de campo, publicada em 1985, retratando o perfil da força de trabalho de enfermagem.

carreiras como medicina e odontologia. Na enfermagem, ao contrário, essa relação sofreu redução e estabilização de candidatos para os cursos da área. Algumas análises pouco otimistas apontavam para o risco de extinção da profissão, explicado, por um lado, pela pouca procura e, por outro, pela expressiva evasão (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2006). O número de egressos de graduação de enfermagem em 1980 era de 3.139, e em 83 chegou a 4.934, quando se inicia um declínio acentuado, alcançando em 1990 o quantitativo de 3.359 diplomados.

Na década de 90, voltou-se a registrar um aquecimento no sistema educativo. Segundo Pierantoni et al. (2004), no período de 1995 a 2001, houve grande crescimento na oferta de vagas, desigualdade geográfica e privatização do sistema de ensino superior. A Lei de Diretrizes e Bases nº 9.394/96 favoreceu a criação de cursos e a privatização do sistema de ensino, uma vez que forneceu mais autonomia para as instituições e flexibilização dos currículos.

Nesse contexto, em relação à graduação em enfermagem, observou-se expressiva expansão de cursos² e de vagas. Houve aumento de 99% do número de cursos, de 174,3% do número de vagas oferecidas e expansão de 45,3% no número de egressos. Este crescimento foi maior nas regiões Sul e Sudeste, devido ao desenvolvimento econômico e ao maior poder aquisitivo destas. Ao mesmo tempo, através do Decreto nº 86.000/1981, suspendeu-se a criação de novos cursos na rede pública, com o objetivo de conter os gastos da máquina pública. Assim, a oferta privada passou de 44,4% em 1995 para 65,1% em 2001 (PIERANTONI et al., 2004).

Cabe ressaltar que o crescimento da rede educacional privada não se refletiu, na década de 90, de forma equivalente no número de egressos. Nesse período, o setor público era o que mais diplomava enfermeiros (60,2% em 1995 e 55,7% em 1999). O reflexo da expansão do número de vagas, especialmente do setor privado, será observado na década seguinte (PIERANTONI et al., 2004).

O cenário de crescimento do sistema educativo, com expressiva participação do setor privado e concentrado nas regiões Sul e Sudeste, pode estar atrelado à implementação do SUS, com expansão de postos de trabalho, principalmente na esfera municipal, e à implantação da ESF, que se tornou uma perspectiva atraente no mercado de trabalho dos enfermeiros. De forma geral, houve aumento de postos de trabalho em todo o setor saúde na década de 90, na qual o patamar de

² Cabe lembrar aqui que existe diferença entre o número de cursos e o de instituições, uma vez que a mesma instituição pode oferecer mais de um curso.

empregabilidade dos enfermeiros atingiu 92,4% de absorção em 1999 (VIEIRA, 2002).

O aumento das vagas foi consequência da criação de novos cursos que, em 2004, somavam 415 (77,6% de natureza privada) contra 106 em 1991. O número de cursos da rede pública cresceu 4,5% em 13 anos, e o número de vagas cresceu na ordem de 28,1% neste período. Em 2004, verificou-se 50 mil novos ingressantes na graduação em enfermagem (PIERANTONI et al., 2004).

Apesar do intenso crescimento do número de vagas, é interessante analisar, também o percentual de ocupação destas vagas. Pode-se observar que este percentual se mantém constante por quase todo o período analisado, apresentando uma queda a partir de 2000. Entretanto, comparado ao crescimento do número de vagas, esta queda não é expressiva e mostra que as vagas para a graduação estão sendo preenchidas, de 70% a 90%, nos quatro últimos anos (VARELLA et al., 2007).

A tendência ao crescimento de egressos será provavelmente mais expressiva, nos anos subsequentes, em função do *boom* no número de vagas. Considerando que o percentual de evasão vem se mantendo entre 23,7% e 34,5%³ nos próximos dois anos, adotando-se uma taxa de evasão de 30% e calculando os ingressos a partir de 2001, o país contará com cerca de 99 mil enfermeiros a mais disponíveis no mercado de trabalho (Op. cit, 2006).

Pode-se pensar em algumas tendências para o futuro do mercado de trabalho do enfermeiro. Em primeiro lugar, aumentando a oferta poderá ocorrer redução do preço do trabalho no mercado. A competitividade aponta para a necessidade de elevar a qualificação da força de trabalho, via alternativas de pós-graduação. O aumento da oferta de enfermeiros poderá diminuir as oportunidades no mercado de trabalho para técnicos e auxiliares (Op. cit, 2006).

1.3 As transformações no ensino superior: a Lei de Diretrizes e Bases e as Diretrizes Curriculares Nacionais

“Saúde é direito de todos e dever do Estado, com ações e serviços públicos que integrem uma rede hierarquizada e regionalizada e constituem um Sistema Único (SUS)” (Constituição Federal, 1988). É com este texto da Constituição Federal

³ O percentual de evasão foi calculado comparando-se os concluintes e os ingressos de quatro anos anteriores.

que vemos a configuração do direito à saúde como princípio constitucional, fundamentado jurídico e legalmente, com evidências universalista, igualitária e solidarista (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

Diante dessas mudanças, novas discussões foram surgindo acerca do processo saúde-doença e as formas de abordá-lo, bem como da educação superior, mais especificamente as graduações da área da saúde, que também passavam a necessitar de adequações ao novo modelo de atenção.

Assim, no ano de 1996, após um longo processo de debates e negociações, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior (LDB) nº 9.394/1996, onde o ensino superior assume a finalidade de:

- I** - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;
- II** - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;
- III** - incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;
- IV** - promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;
- V** - suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;
- VI** - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;
- VII** - promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição (BRASIL, 1996, p. 16-17).

Além de organizar a educação superior, a LDB cria mecanismos de avaliação das instituições de ensino superior, que também passa a autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar os cursos dessas instituições, o que representa um ganho importante para a qualidade do ensino. Assim, a LDB define a vinculação entre formação, trabalho e as práticas sociais e também a integração das ações do poder público que conduzam à melhoria da qualidade do ensino, à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do país (BRASIL, 1996, artigos 1º, 2º, 3º e 43).

É nesta dinâmica de urgência por mudanças na formação em saúde e visando a atender às exigências apresentadas na LDB, que são formuladas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde, aprovadas pela Resolução nº 03/2001-CNE, numa ruptura com o modelo de

currículo mínimo obrigatório para as carreiras e lançando diretrizes específicas para cada curso. A aprovação dessas Diretrizes configura a formação do profissional voltada para o sistema de saúde vigente no país, buscando o desenvolvimento de competências, habilidades e conteúdos, capazes de atender às necessidades de saúde dos usuários com qualidade, eficiência e resolutividade (BRASIL, 2001).

As DCNs auxiliam na composição dos currículos das instituições de ensino superior, de modo que possam abarcar elementos essenciais ao campo do saber de cada profissão, onde o indivíduo aprenda a aprender e esteja engajado num processo de capacitação constante. Estabelece o aprendizado baseado em competências, em evidências científicas, na resolução de problemas e orientado para a comunidade. A prática e a inserção do aluno no sistema público de saúde vigente devem ocorrer no início da graduação, configurando-se como diferentes cenários e ambientes de aprendizagem (BRASIL, 2006).

Em relação à enfermagem, as DCNs definem como perfil profissional do enfermeiro a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com o exercício da enfermagem baseado nos princípios científicos, intelectuais e éticos (BRASIL, 2001). Objetiva dotar o profissional dos conhecimentos exigidos para o exercício das competências e habilidades relacionadas à atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (ITO et al., 2006).

Investigação realizada pelos Ministérios da Educação e da Saúde, com o objetivo de verificar a intensidade e a qualidade da adesão dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares, mostrou que as instituições de ensino superior do país encontram-se em graus diferentes de adoção desta orientação. O estudo demonstrou que existe a incorporação das diretrizes pelos cursos de graduação, mas de forma diferenciada, na medida em que as instituições estão mais próximas ou mais afastadas do que é preconizado por esta política (LOPES NETO et al., 2006). A investigação defende ainda que há vinculação estreita entre a adoção das bases epistemológicas presentes nas DCN/ENF e a qualidade do processo de aprendizagem previsto nos projetos pedagógicos dos cursos. Porém, a qualidade acadêmica não pode ser considerada apenas sob esta ótica. É preciso associar também à responsabilidade social da instituição e do curso de graduação, uma vez que se trata de um juízo valorativo construído socialmente (LOPES NETO et al., 2006).

Assim, o grande desafio da enfermagem atual é a ampliação da qualificação dos profissionais enfermeiros em todas as dimensões, de modo que possam participar como sujeitos integrais do mundo do trabalho, contribuindo de forma eficaz para a resolução dos problemas de saúde das populações (ITO et al., 2006).

1.4 As estratégias do Ministério da Saúde de incentivo à mudança na formação profissional em saúde

Após duas décadas de criação e implementação do SUS, observa-se aumento da demanda por profissionais que trabalhem na área da saúde, e o reflexo deste processo é percebido no setor educativo com o aumento rápido do número de cursos e instituições de formação superior, sobretudo de natureza privada. Este movimento, contudo, vem pouco acompanhado de estratégias de controle e avaliação destes cursos e dos profissionais que estão sendo formados. Segundo os dados do Sistema de Informação das Graduações em Saúde (SIGRAS) da ET-IMS/UERJ/ROREHS, até o ano de 2008 existiam 4.356 cursos da área da saúde em todo o país, com 192.305 profissionais de saúde sendo formados em 2008.

Buscando o desenvolvimento do SUS e passando a compor o Ministério da Saúde, no ano de 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo de tratar a gestão dos recursos humanos como questão estratégica. Deste modo, esta secretaria assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

A SGTES foi criada com o desafio de buscar o equacionamento dos problemas existentes, de magnitude expressiva, e de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema (GARCIA, 2010, p. 63).

Esta Secretaria possui duas áreas técnicas: a gestão do trabalho e a gestão da educação em saúde. Neste capítulo, serão abordadas apenas as iniciativas relacionadas à gestão da educação em saúde.

Ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) cabe propor e formular políticas relacionadas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde, tanto no nível técnico quanto no

superior do SUS, de modo articulado ao processo de trabalho. Objetiva apoiar as instâncias de formação profissional para a área da saúde, buscando a articulação e integração dos setores da educação e saúde, de modo que haja o fortalecimento das instituições formadoras e a adequação da formação profissional as necessidades de saúde da população (BRASIL/SGTES, 2003).

Abaixo serão apresentadas as estratégias do DEGES direcionadas a educação permanente e educação superior, demonstrando os respectivos objetivos e estratégias de implantação. Vale a pena ressaltar que não é o objetivo deste capítulo avaliar essas propostas, no sentido de serem funcionais ou não.

a) Educação permanente, onde os eixos estruturantes, atualmente, são o Telessaúde, a UNA-SUS e a Capacitação Gerencial:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que objetiva incentivar a transformação e qualificação das práticas de saúde, buscando organizar as ações e serviços de saúde, processos formativos e práticas pedagógicas envolvidas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

As ações desta política estão destinadas aos diversos profissionais da área da saúde, com enfoque nos problemas do cotidiano das práticas das equipes de saúde; estão inseridas no processo de trabalho de forma institucionalizada, de modo a gerar corresponsabilidades entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários, contribuindo assim para o desenvolvimento institucional e individual (BRASIL/DEGES, 2003). Foi alterada recentemente pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

Como forma de qualificação permanente dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, foi criado o Projeto Nacional de Telessaúde em Apoio à Atenção Básica no Brasil. A atenção primária, através da ESF, tem sido a proposta de porta de entrada e regulação do sistema de saúde. Contudo, a reversão de modelo de atenção tem um grande desafio, que é a formação dos profissionais, a qual ainda não está adequada e harmonizada com este modelo. Por isso, o Telessaúde visa à qualificação dos profissionais que já estão atuando, muitas das vezes, sem especialização na área (BRASIL/DEGES, 2003).

Via uma infraestrutura de telecomunicação, as equipes de saúde da família passam a ter uma segunda opinião formativa de casos clínicos e dúvidas que surgem no cotidiano das práticas, permitindo o intercâmbio de informações e agilizando a solução de problemas regionais. Além disso, facilita o acesso à capacitação, sobretudo dos que estão distantes dos centros urbanos, ajudando na fixação dos profissionais de saúde dessas áreas remotas.

O projeto conta com uma Biblioteca Virtual de Atenção Básica, que permite que os profissionais destas equipes tenham acesso às informações científicas da área.⁴ Fazem parte do projeto piloto nove núcleos de Telessaúde, selecionados por já possuírem experiência em telemedicina, localizados nas universidades dos seguintes estados: Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Cada núcleo estará conectado a 100 pontos em unidades básicas de saúde, nos municípios selecionados, constituindo uma rede de cooperação técnica que totaliza 900 pontos, distribuídos por todo o território desses estados (BRASIL/DEGES, 2003).

Para Haddad (2008), os desafios para o Telessaúde incluem a pactuação e o comprometimento com a educação permanente por parte dos gestores municipais e estaduais e de todos os atores envolvidos neste processo, além da necessidade de se buscar fatores motivacionais para que a educação permanente se torne rotina na atividade dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Segundo a Diretora de Gestão da Educação na Saúde, as tecnologias e os recursos estão disponíveis e o desafio colocado é como utilizá-los a serviço da população, torná-los mais acessíveis em prol da mesma e de suas necessidades, em benefício do sistema de saúde.

Outra estratégia do DEGES para a educação permanente foi a criação da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A UNA-SUS visa a estabelecer condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, que possam atender às necessidades de formação e educação permanente do SUS (BRASIL/SGTES, 2003).

A rede conta, para seu funcionamento, com a troca de experiências entre os profissionais de saúde, o compartilhamento de material instrucional e uma rede

⁴ URL da Biblioteca Virtual em Atenção Básica no Brasil: <<http://www.telessaudebrasil.org.br>>.

compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço, que contribuem também para a cooperação, desenvolvimento e implementação de novas tecnologias educacionais em saúde. Esta estratégia permite que o trabalhador de saúde tenha oportunidades de aprendizado, tais como material para autoinstrução, cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização, sem que haja necessidade de deslocamento da sua cidade ou região.

Além disso, a UNA-SUS propõe

[...] articular ações de universidades e outras instituições acadêmicas, Escolas de Saúde Pública, Serviços de Saúde e Gestão do SUS para atender aos objetivos propostos, constituindo-se em uma rede nacional para a educação permanente em saúde (BRASIL/DEGES, 2003, s/p).

A primeira ação da UNA-SUS é a oferta de curso de especialização em saúde da família para médicos, dentistas e enfermeiros da ESF, na qual seis universidades públicas estão conveniadas para a oferta de 5.500 vagas. A expectativa é até o ano de 2011, 52 mil trabalhadores sejam beneficiados por esta iniciativa em todo território nacional (BRASIL/SGTES, 2003).

Um dos fatores que contribuem para a garantia do direito à saúde aos cidadãos brasileiros é o acesso a saberes e práticas, por parte dos profissionais e gestores dos serviços de saúde, que possibilitem a qualificação da atenção e da gestão do SUS. Sendo assim, foi criado o Programa de Capacitação Gerencial, com o objetivo de qualificar profissionais para o exercício da função gerencial em todos os aspectos do SUS, compreendendo que a gestão de um sistema de saúde descentralizado e único e a reorientação do modelo de atenção à saúde é um processo complexo, e que, portanto, necessita de gestores aptos a desempenharem suas funções (BRASIL/SGTES, 2003).

O Programa possui como pressupostos

[...] a articulação com a Política de Educação Permanente em Saúde, parcerias com os gestores do SUS para pactuar os processos de formação adequados às diversas realidades, trabalhar na lógica do pacto de gestão, buscar integração com as instituições de ensino – universidades, escolas de saúde pública, institutos de saúde coletiva, realizar oficinas de trabalho nos Estados, visando identificar necessidades existentes na área de gestão/gerência de sistemas e serviços de saúde e ser articulado com as diversas iniciativas de formação/capacitação [...]. (BRASIL/SGTES, 2003, s/p).

A meta inicial do programa é oferecer cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização e mestrado profissional para 100.000 profissionais que atuam na gestão do SUS, até dezembro de 2010.

A segunda área para a qual as estratégias do DEGES estão direcionadas é:

b) Educação superior, dividindo-se entre graduação e pós-graduação:

- Graduação - possui como principal programa o Pró-Saúde.

O modelo de saúde centrado na doença e no atendimento vigorou durante muito tempo no Brasil. Porém, com a implantação do SUS, há um esforço em reorganizar e incentivar a Atenção Básica como forma de substituição do modelo até então vigente.

Essa mudança, orientada pelos princípios da Reforma Sanitária, passou a exigir também adequações das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde, integrando ensino-serviço, de modo que os profissionais pudessem estar capacitados para atuação segundo o modelo que estava sendo proposto. Nesse sentido, organizar a Atenção Básica, que no Brasil, se traduz pela Estratégia de Saúde da Família, é sinônimo de desafios, como o de

[...] constituir-se como o primeiro nível de atenção do SUS; o de romper com o modelo hospitalocêntrico; o de caracterizar-se como principal porta de entrada do Sistema, articulada com outros níveis de atenção por meio da referência e contra-referência; a atenção da equipe ao cidadão, por meio do vínculo e a co-responsabilização do processo saúde-doença com a comunidade, e a construção de lugar valorizado socialmente para os profissionais que fizerem opção pelo Saúde da Família. (BRASIL, 2009, p. 12).

Dentro desse contexto, as mudanças dos currículos e práticas das instituições acadêmicas era algo que necessitava de intervenção. Assim, em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU), o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP/MEC) e o apoio da OPAS, foi instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), cujo objetivo é

[...] a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população" (BRASIL, 2009, p. 13).

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, instituiu o Pró-Saúde, que inicialmente contemplava os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família, a saber: enfermagem, medicina e odontologia. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, além dos cursos já contemplados na 1ª fase (BRASIL, 2009).

A perspectiva do programa é que os processos de reorientação da formação ocorram ao mesmo tempo em diferentes eixos, de modo que haja integração das instituições de ensino superior com o serviço público de saúde, respondendo às necessidades de saúde da população na formação dos profissionais, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, colaborando para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2009).

Assim, foram definidos três eixos com três respectivos vetores que embasam os processos de reorientação da formação no Pró-Saúde, a saber:

Eixo A: Orientação teórica:
Vetor 1: Determinantes de saúde e doença: Imagem-objetivo: Priorizar os determinantes de saúde e os biológicos e sociais da doença.
Imagem-objetivo: Pesquisa clínica-epidemiológica baseada em evidências para uma avaliação crítica do processo de Atenção Básica; equilíbrio na produção de investigações sobre as necessidades da população e sobre os aspectos biomédicos/tecnológicos, com forte interação com os serviços, inovações na gestão/análise de custo-efetividade.
Vetor 3: Pós-graduação e educação permanente: Imagem-objetivo: Atenção especial à educação permanente, não restrita à pós-graduação especializada e que possa estimular a articulação com as necessidades assistenciais.
Eixo B: Cenários de prática:
Imagem-objetivo: Integração, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, em nível individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares.
Imagem-objetivo: atividades clínicas de Atenção Básica da rede do SUS, Unidades Básicas de saúde, Unidades do Programa de Saúde da família, com prioridade ambulatorial, ou em serviços próprios da IES que subordinam suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS. Internato ou equivalente desenvolvido em sua totalidade na rede do SUS.
Imagem-objetivo: serviços próprios completamente integrados ao SUS, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas. Desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e contra-referência com a rede do SUS.
Eixo C: Orientação pedagógica:
Imagem-objetivo: O processo de ensino-aprendizagem toma como eixo, na etapa clínica, a análise crítica da totalidade da experiência da atenção à saúde, com ênfase no componente de Atenção Básica.
Vetor 8: Integração do ciclo básico/ciclo profissional: Imagem-objetivo: Ensino com integração do ciclo básico com o profissional ao longo de todo o curso. Um dos métodos orientadores da integração é a problematização.
Imagem-objetivo: Ensino baseado na problematização em pequenos grupos, ocorrendo em ambientes diversificados com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde da população. Avaliação formativa e somativa, incluindo todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).

Quadro 1 - Eixos para o desenvolvimento do Pró-Saúde

Fonte: Brasil (2009, p. 18-25).

Estes eixos se constituem como direcionalidade do processo de modificações da formação em saúde. A descrição apresentada sobre cada um deles é um exemplo que orienta a necessidade de considerá-los como elementos estruturantes da mudança (BRASIL, 2009).

Os projetos são selecionados e acompanhados por uma comissão gestora local constituída por representantes dos docentes, gestores municipais de saúde, discentes e membros dos conselhos locais. O desenvolvimento dos projetos é acompanhado pelo Ministério da Saúde através de um grupo de assessores compostos por técnicos do MS, da OPAS e de entidades externas, com experiência

em formação nas áreas envolvidas. O programa envolve três anos de apoio financeiro a projetos que apresentem o potencial de transformação do modelo de formação (BRASIL, 2009).

- Pós-Graduação - possui os seguintes programas:

- Residência multiprofissional e em área profissional da saúde

Em 12 de janeiro de 2007, foi publicada a Portaria Interministerial nº 45, dispondo sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e instituindo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), na qual são listadas suas principais atribuições.

Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Fórum Nacional de Residentes, Coordenadores, Tutores e Preceptores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), Fórum das Executivas de Estudantes dos Cursos da Área da Saúde e Instituições de Ensino Superior são os representantes desta Comissão (CNRMS), que visa a gerenciar e qualificar a Residência Multiprofissional em Saúde.

A CNRM, ao longo da sua implantação e funcionamento, vem discutindo os seguintes temas:

- O papel da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde na formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e sua influência sobre as mudanças nos cursos de graduação na área da saúde;
- Implantação de sistema informatizado e convocatória para amplo cadastramento dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, em todo o Brasil;
- Elaboração de critérios para credenciamento e financiamento dos Programas de Residência, a partir da análise do cadastro dos Programas;
- Seleção e capacitação de visitadores para realização de visitas aos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional para credenciamento com base em critérios a serem elaborados pela CNRMS.
- Início do processo de construção do perfil de Competências para a equipe de Saúde da Família. (BRASIL/DEGES, 2003, s/p).

Apesar de estarem funcionando, os programas de residência multiprofissional em saúde não eram reconhecidos como residência até o momento da instituição da CNRMS; desta forma, a certificação dos residentes ao concluírem a residência era equivalente a um curso de especialização, cuja carga horária de atividades é menor. Através da CNRMS, é possível regular esta questão e outras relativas ao credenciamento e avaliação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL/DEGES, 2003).

Vale a pena destacar também que existe uma proposta do DEGES para os novos programas de residência multiprofissional, relacionada à “conformação dos projetos de residência multiprofissional a partir de um trabalho de matriciamento e apoio como referência das equipes básicas de saúde da família” (BRASIL/DEGES, 2009, s/p). A proposta presume a entrada das outras profissões da área da saúde, da maneira como vem sendo construída a estratégia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

- PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

Visando a avançar na consolidação das mudanças provocadas pelo Pró-Saúde, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde). É também uma das ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento da Atenção Básica em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS.

O pressuposto do Programa é a educação pelo trabalho, tendo como eixo estruturante a integração ensino, serviço e comunidade. É uma parceria entre a SGTES e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS, Ministério da Saúde) e a SESU (Ministério da Educação).

Possui como objetivo geral:

fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. (BRASIL/DEGES, 2003, s/p).

E ainda como objetivos específicos:

[...] promover a capacitação docente dos profissionais dos serviços, estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e

pesquisa na universidade; e incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente. (BRASIL/DEGES, 2003, s/p).

Cada grupo PET-Saúde é formado por um tutor acadêmico, 30 estudantes – sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas – e seis preceptores, que são os profissionais do serviço. O profissional do serviço de saúde deverá receber capacitação do tutor acadêmico, ao qual cabe também a orientação direcionada à pesquisa e produção de conhecimento fundamental ao serviço de saúde.

As instituições de educação superior (IES), públicas ou privadas, que tenham firmado parceria com Secretarias Municipais de Saúde de todas as regiões do país e selecionadas por meio de editais publicados anualmente pelo Ministério da Saúde, podem participar do PET-Saúde. O programa permite a participação de docentes, profissionais dos serviços e estudantes dos 14 cursos de graduação da área da saúde, conforme Resolução CNS nº 297/1998 (BRASIL/DEGES, 2003).

Ainda como resultado da cooperação técnica entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, foi criada a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, instituída pelo Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007. É formada por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, do CONASS e do CONASEMS. Tem como objetivo atuar como órgão consultivo para orientar a formação de recursos humanos para a saúde, sobretudo no que diz respeito a residência, especialização e pós-graduação em saúde.

Possui como principais atribuições:

a definição de diretrizes para a formação de novos profissionais, capazes de entender e trabalhar na promoção da saúde, no diagnóstico e tratamento oportuno e na reabilitação. Além disso, subsidiar a definição de critérios para a autorização, o reconhecimento e a renovação de cursos superiores na área da saúde, bem como para a expansão da educação profissional, tecnológica e superior. Outra finalidade é identificar a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde no âmbito do SUS, de forma a atender às necessidades e ao perfil sócio-epidemiológico da população brasileira, bem como subsidiar políticas de incentivo à fixação de profissionais de saúde, conforme as necessidades regionais. (BRASIL/DEGES, 2003, s/p).

São inúmeras as iniciativas dos ministérios da Saúde e da Educação, através da SGTES, para induzirem mudanças na formação dos profissionais e na capacitação dos que já estão no mercado de trabalho. Contudo, este é um processo repleto de desafios que se colocam a cada dia e exigem esforços de todos os setores envolvidos na dinâmica-academia, serviços e sociedade.

Assim, a mobilização para o funcionamento de políticas como as mencionadas acima se faz necessário. Já se passaram 20 anos de implantação do SUS e transformar as práticas e reorganizar a atenção á saúde é algo que ainda precisa ser feito. A formação dos profissionais é primordial nesse contexto, pois as mudanças nos sistemas de saúde irão ocorrer, à medida que haja recursos humanos suficientes, bem preparados e motivados.

2 O MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E O PROFISSIONAL ENFERMEIRO

2.1 O SUS e o mercado de trabalho para o enfermeiro

O setor saúde é de suma importância, tanto pela natureza dos serviços prestados quanto, e sobretudo, pelo volume de empregos que gera diretamente. No auge da era tecnológica, quando se observa redução da mão-de-obra, este setor continua sendo um grande gerador de empregos (MACHADO, 2003). Esse cenário tem propiciado o crescimento do mercado de trabalho do setor saúde nas últimas décadas. A implementação do SUS foi um grande alavancador deste mercado, uma vez que abriu novos postos de trabalho na rede pública e na rede privada contratada.

Entre os anos de 1995 e 2000, os vínculos de emprego, profissões e ocupações relacionadas à função saúde apresentaram crescimento bruto de 13,9%, enquanto o emprego assalariado em geral registrou incremento de 10,4% (GIRARDI, 2002). No ano de 2008, registrou-se um quantitativo de 2.035.760 empregos formais na área da saúde, entre profissionais de níveis superior e técnico.

Observaram-se também diferenças entre os setores público e privado, em que o setor público é o que se destaca, apresentando 1.106.874 vínculos formais de emprego na saúde em relação a 918.887 no privado⁵ no mesmo ano. Vale a pena destacar que estes dados são limitados, uma vez que englobam apenas o mercado formal. Contudo, não deixa de ser uma importante fonte de informação sobre o mercado de trabalho.

Nesse contexto, encontra-se o mercado de trabalho do enfermeiro, que mostra também crescimento positivo no setor saúde nas últimas décadas. Entre 1977 e 1987, os postos de trabalho de enfermeiro mais que duplicaram. A tendência ascendente continuou e, até 1992, tem-se registro de mais 12.000 postos de trabalho, com taxa de crescimento de 41,3%. Em 1999, este quantitativo alcança 70.175 – um incremento bruto de 479,0% em 22 anos (VIEIRA, 2002).

Em 2005, os números aumentaram um pouco mais. Existiam 116.126 empregos na saúde para enfermeiros no país. Deste quantitativo, a parcela mais expressiva encontrava-se na Região Sudeste, a qual ofertava 46% dos empregos

⁵ Dados provenientes da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG.

para enfermeiros. É a segunda maior oferta de empregos em categorias profissionais de nível superior (BRASIL, 2007).

No ano de 2006, uma pesquisa⁶ avaliou a absorção dos profissionais enfermeiros pelo mercado de trabalho e demonstrou que 85,3% conseguiram o primeiro emprego com menos de um ano de formado e 6,6%, com um ano. Assim, com até um ano de formado, 91,9% dos enfermeiros já estão ocupados. Esta questão fica mais evidente quando relacionada à variável “tempo de formado”, segundo a qual, entre os enfermeiros graduados a partir de 2000, 94,4% conseguiram emprego com menos de um ano de formados (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2006).

Além disso, o estudo demonstrou que 71,8% dos participantes da pesquisa declararam não haver mudado de trabalho nos últimos dois anos. Esses fatores associados demonstram que o mercado de trabalho em saúde apresenta forte absorção de enfermeiros, ou seja, há boa empregabilidade para este profissional (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2006).

A saúde é um campo abundante de conhecimento e de prática profissional. Portanto, delimitar o mercado de trabalho e os fatores que afetam sua dinâmica em variados períodos de tempo é de suma importância para o delineamento e implantação de políticas públicas direcionadas ao setor saúde e a área de recursos humanos (VIEIRA, 2002).

2.2. A Estratégia de Saúde da Família e a atuação do enfermeiro

No Brasil, o sistema nacional de saúde surgiu com as características de centralização da tomada de decisões na esfera federal, polaridade entre ações preventivas e curativas, e pela baixíssima participação da sociedade na proposição de soluções para os problemas de saúde (VARGAS et al., 2008). Assim, o modelo de atenção à saúde da população estava centrado na figura do profissional médico e nas ações curativas, de assistência individual, e não considerava os aspectos sociais que influenciam o processo saúde-doença (VARGAS et al., 2008). No

⁶ Pesquisa intitulada *Empregabilidade dos enfermeiros do Brasil*, realizada pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da UERJ. Disponível em: <www.observarh.org.br/ims/pesquisas>.

entanto, esse processo começa a ser repensado a partir do final da década de 70, com o movimento sanitário e atinge o ápice na VIII Conferência Nacional de Saúde, quando

ficou evidente que as transformações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária. (Relatório da 8ª CNS, 1986).

A saúde passou a ser concebida, então, como resultado da articulação entre as condições de trabalho, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer e acesso a serviços de saúde – ou seja, “ter saúde” representa a articulação bem-sucedida de todos estes aspectos na vida de um cidadão.

Este conceito integrou a Constituição Federal de 1988, em que a saúde passou a ser entendida como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF, 1988, artigo 196).

E também representou o marco inicial do SUS:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (CF, 1988, artigo 198).

Nesse contexto, no ano de 1994, estabeleceu-se o Programa de Saúde da Família (PSF), como forma de reorganizar a Atenção Básica no Brasil. Entendida como o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, a Atenção Básica caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, PNAB, 2006, p. 10), que, em conjunto com a melhoria das condições sociais e ambientais, visa à efetividade, eficácia dos serviços de saúde e equidade social (PIERANTONI et al., 2010).

O PSF representa uma das políticas de saúde de maior visibilidade e impacto já implementadas no Brasil. Considerado inovador na maneira como integra a medicina clínica tradicional e a saúde pública, o programa chega com caráter organizativo e substitutivo ao modelo de saúde vigente até o momento, orientado pelos princípios de adscrição da clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local (PIERANTONI et al., 2010; SOUSA; HAMANN, 2009).

Uma década depois de sua implantação, o PSF assume a condição de uma ESF e de política nacional para uma Atenção Básica qualificada e efetiva. Assim, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas numa área geográfica delimitada (BRASIL, 2006).

A composição das equipes é de, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliadas, contam com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, configurando a equipe de saúde bucal. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4.500 pessoas ou de mil famílias de determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2006).

As equipes atuam em diversas dimensões – unidades básicas de saúde, residências e na mobilização da comunidade –, realizando atividades de intervenção sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; atividades de educação e promoção da saúde; estabelecem vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população, uma vez que estimulam a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; atuam de forma intersetorial, através de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL/DAB, 2006).

Em alguns municípios do país, a ESF não está totalmente implantada. Assim, tem-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado integrante da Saúde da Família. O PACS é visto como um programa de transição

para a Saúde da Família, na qual as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado numa unidade básica de saúde (BRASIL/DAB, 2006).

A ESF vem crescendo ao longo dos seus 16 anos de implantação. Em 1994, foram implantadas 328 equipes em todo o país, com a meta de cobrir cuidados básicos para um milhão de pessoas. Em 1998, o número de equipes subiu para 3062. Em 2003, já eram 19.068 equipes atuando, chegando a 2008 com 29300 equipes de saúde da família em todo o Brasil (BRASIL/DAB, 2010). Dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) demonstram que até dezembro de 2009, existiam 32.155.705 famílias e 116.048.371 pessoas sendo atendidas pela ESF (incluindo equipes de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal). Isto representa 60% de cobertura da população⁷ pela ESF.

Com o objetivo de ampliar esta cobertura, de contribuir para a implantação e consolidação da ESF nos municípios que possuem mais de 100 mil habitantes e impulsionar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e do desempenho dos serviços de saúde no país, o Ministério da Saúde, em parceria com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), elaborou e vem implementando o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF), com ações diretas em 187 municípios brasileiros e nas 27 Unidades da Federação (BRASIL/DAB, 2006).

Os objetivos do PROESF são: o aumento do acesso aos serviços de Atenção Básica à saúde, através da expansão da ESF; investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais buscando a melhoria no processo de trabalho das equipes e o aumento da efetividade e melhoria do desempenho dos serviços, incorporando metodologia de planejamento, monitoramento e avaliação. O projeto prevê ainda investimentos para estruturação e organização de serviços, qualificação de recursos humanos e sistemas de informação e avaliação (BRASIL/DAB, 2006).

O projeto foi desenhado para ser desenvolvido em três fases. À medida que cada fase finaliza, tendo suas metas e indicadores cumpridos, o acordo com o BIRD vai sendo renovado para o desenvolvimento das fases subsequentes. Seu período

⁷ A estimativa para o Tribunal de Contas da União (TCU) da população do Brasil para o ano de 2009 foi de 191.506.729 de habitantes. Dados disponíveis em: <www.datasus.gov.br>.

de implantação foi previsto para o período de 2002 a 2009. No entanto, a 1ª fase terminou em 2007, o que acarretou uma mudança no tempo previsto. A segunda fase iniciou no 2º semestre de 2008, com duração de três anos (BRASIL/DAB, 2006).

Uma das principais ações do PROESF baseia-se na cooperação horizontal, buscando fortalecer práticas de observação e troca de experiências entre os sistemas municipais e estaduais de saúde, implementando espaços de intercâmbio dos avanços e resultados encontrados, bem como das possibilidades de superação das dificuldades e problemas que podem ser comuns às diversas cidades ou estados. Este compartilhamento de resoluções e problemas enfrentados, mesmo os vivenciados em realidades diferentes, pode contribuir para o avanço do desenvolvimento dos sistemas locais de saúde (BRASIL/DAB, 2006).

A primeira fase do programa ocorreu entre 2003 e 2007, quando se observou evolução da cobertura da ESF, no grupo de 187 municípios participantes desta fase. Houve aumento de 43% no número de equipes de saúde da família implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período (BRASIL/DAB, 2006).

A segunda fase está prevista para os anos de 2008 a 2011, tendo como participantes aqueles que já integraram a fase 1 e as secretarias de estado das 27 unidades da Federação. A fase 2 abrange os seguintes aspectos:

1. Componente I: expansão e qualificação da saúde da família nos municípios com população acima de 100 mil habitantes. **2. Componente II:** fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde em monitoramento, avaliação e educação permanente. **3. Componente III:** fortalecimento da gestão federal e apoio ao fortalecimento das gestões estaduais e municipais da Atenção Básica de saúde/saúde da família. (BRASIL/DAB, 2006, s/p).

Assim, cada componente possui suas diretrizes que objetivam a expansão, consolidação e qualificação da ESF, como eixo de organização/reorganização da Atenção Básica à saúde.

Outra medida de apoio ao desenvolvimento da ESF, elaborada pelo Ministério da Saúde, foi o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), definido pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Esta estratégia visa a apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o desígnio das ações da Atenção Primária, assim como sua

resolutividade e processos de territorialização e regionalização (BRASIL/NASF, 2008).

O NASF foi estruturado para se estabelecer como apoio às equipes de saúde da família, tendo como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família, utilizando-se para isso, de ambientes de discussão que contribuirão para a gestão. Possui ainda como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde, a saber: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL/NASF, 2008). Deve ser constituído por equipes compostas por diferentes profissionais da área da saúde atuando em conjunto com as equipes de saúde da família nos territórios sob responsabilidade das mesmas no qual o NASF está cadastrado. Existem duas modalidades de NASF:

[...] o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior da área da saúde (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado com 08 a 20 Equipes Saúde da Família. Já o NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes de Saúde da Família, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. (BRASIL/NASF, 2008, s/p).

Além disso, o NASF está dividido em nove áreas estratégicas, a saber: atividade física / práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança / do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. A partir desta perspectiva, para que o NASF seja implantado, funcione e tenha resolutividade, é preciso instituir espaços rotineiros de planejamento, discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos e tudo o que englobe a dinâmica de trabalho na ESF. Para isso, faz-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na

cogestão e os gestores coordenem estes processos, em constante construção (BRASIL/NASF, 2008).

Como vimos, a ESF foi um marco no processo de reorganização da atenção à saúde, na perspectiva do conceito ampliado de saúde, e representou também novas possibilidades de atuação para os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro. A Política Nacional de Atenção Básica, reformulada no ano de 2006, reforçou os objetivos da ESF, explicitando suas responsabilidades sanitárias no conjunto do sistema de saúde. Além disso, trouxe a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS.

Inclui em seu texto também as atribuições mínimas de cada categoria profissional integrante das equipes. Abaixo, são demonstradas as atribuições comuns a todos os profissionais e em seguida, as específicas dos enfermeiros do PACS e da ESF.

1 - São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (BRASIL, 2006).

2 - São atribuições específicas:

Do Enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
 IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
 V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
 VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e
 VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
 II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
 III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
 IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
 V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
 VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

Para Campos et al. (2002) apud Sousa e Hamann (2009), a ESF no Brasil, mesmo baseada na atenção primária e em conceitos de caráter internacional, é original é inédita em sua concepção, não havendo registros de exemplos semelhantes em outros países. Esta especificidade se dá devido à importância concedida ao trabalho multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado na atenção em saúde. Contudo, alguns desafios institucionais estão postos para expandir e qualificar a Atenção Básica no contexto brasileiro, tais como:

[...] a expansão e estruturação de uma rede de unidades básicas de saúde que possibilitem a atuação das equipes segundo a proposta da saúde da família; revisão e atualização da formação e educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenadores e gestores; redução das desigualdades regionais para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção; a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica; ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da Atenção Básica, incluindo a articulação com os demais níveis de atenção. (BRASIL/DAB, 2006, s/p).

Além desses desafios, Vargas (2008) nos lembra que é preciso superar as iniquidades que fazem com que a dívida social decorrente da exclusão seja cada vez maior e desencadeie um conjunto de fenômenos como violência, desemprego,

fome, que acabam por dificultar o processo de implantação da ESF. Outro desafio é operacionalizar a estratégia em um território bastante heterogêneo em relação aos aspectos geopolíticos, econômicos, culturais e sociais, como é o caso do Brasil. E ainda, superar o modelo biomédico, centrado na doença e dicotômico em relação à prevenção e à cura.

Apesar de todos os obstáculos que precisam ser enfrentados para que a ESF se consolide e que se garanta o direito à saúde, tendo a Atenção Básica como efetiva porta de entrada aos serviços, esta é uma medida efetiva e se configura como um grande avanço na atenção à saúde da população, além de abrir novos postos de trabalho para os profissionais de saúde

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi um estudo de caso, com procedimento estatístico, apoiada em abordagem quali-quantitativa de natureza descritivo-exploratória. Considera-se que a partir de seus resultados, ao aplicá-los ou utilizá-los, seja possível contribuir para a elaboração de soluções de problemas observáveis na realidade, como referencia Ribas (2004), ao descrever sobre a pesquisa aplicada.

O método estatístico é delineado como aquele:

[...] que possibilita a redução de fenômenos sociológicos, políticos, econômicos e outros a termos quantitativos e a manipulação estatística, que permite comprovar as relações dos fenômenos entre si, para obter generalizações sobre a natureza, a ocorrência ou o significado. (RIBAS, 2004, p. 20).

Para Bogdan e Biklen (1994, p. 11), a pesquisa qualitativa “contempla uma metodologia de investigação que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais”. E a pesquisa quantitativa é a de escolha para quando se quer pesquisar de forma exploratória o objeto ou problema em estudo, de maneira a aumentar seus conhecimentos sobre os mesmos (GAUTHIER et al., 1998). Ribas (2004) aconselha este tipo de abordagem em procedimentos descritivos, onde se objetiva descobrir e classificar a relação entre variáveis, assim como determinar a relação de causalidade entre fenômenos. A utilização das duas metodologias – quali e quantitativa – possibilita uma abordagem mais completa do objeto de estudo.

A principal finalidade da pesquisa descritivo-exploratória é descrever características de uma população ou fenômeno, possibilitando a familiarização com o tema, ao mesmo tempo em que ajuda a esclarecer, desenvolver e modificar ideias e conceitos para formulação de problemas mais precisos ou hipóteses de interesse para pesquisas posteriores. Além disso, permite dar, sobre determinado fato, uma visão aproximada da realidade, sendo também utilizada em temas pouco explorados (GIL, 1999; RIBAS, 2004).

A partir do objeto do estudo, a técnica de pesquisa mais apropriada a ser utilizada é a documentação direta, em que os dados são obtidos nos locais onde os fenômenos acontecem, utilizando-se, para tal, a pesquisa de campo. Esta será do tipo quantitativo-descritiva, que “consiste em investigações de pesquisa empíricas

cuja finalidade é o delineamento ou a análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas ou o isolamento de variáveis principais ou chave” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 84).

3.1 Caracterização do universo da pesquisa

O universo do estudo foi o município do Rio de Janeiro. A escolha do campo da pesquisa foi feita a partir de dois aspectos importantes: facilidade de acesso para a realização da coleta de dados e a avaliação do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) das instituições de ensino superior (IES) que oferecem curso de graduação de enfermagem no município.

A cidade do Rio de Janeiro possui uma área territorial de 1182,296 km² e uma população residente de 6.186.732 habitantes (IBGE/PNAD, 2007). Compõem a Atenção Básica no município 283 estabelecimentos de saúde (Centros de Apoio à Saúde da Família, Centros de Saúde / Unidade Básica de Saúde, Postos de Saúde, Policlínicas, Unidades Mistas e Unidades de Vigilância em Saúde) e 170 equipes de Saúde da Família, numa estimativa de cobertura de 586.500 pessoas (DATASUS, 2009).

Em relação ao ensino superior na área da saúde, observa-se na tabela a seguir que, do total das IES com graduação em saúde, 52% das IES do Brasil, 41% do estado e 67% do município do Rio de Janeiro oferecem cursos de graduação em enfermagem, configurando a importância dessa graduação no contexto da formação em saúde.

Em relação à oferta de IES com graduação em enfermagem, o município tem participação significativa, contando com 59,0% (14) do total de IES (24) do estado do Rio de Janeiro. Observa-se predominância de IES privadas (11) em relação às públicas (3). No ano de 2008, houve oferta de 4.623 vagas e de 2.138 concluintes do curso de enfermagem dessas instituições (públicas e privadas) (ET-IMS/UERJ/ROREHS/SIGRAS, 2010).

Tabela 1 - Número de instituições de ensino superior com graduação na área da saúde e enfermagem. Brasil e Rio de Janeiro, 2008.

Local	IES* com graduação na área da saúde	IES com graduação em enfermagem	
	Fi	Fi	%
Brasil	1039	537	52
Rio de Janeiro (estado)	59	24	41
Rio de Janeiro (município)	21	14	67

Fonte: ET-IMS/UERJ/ROREHS/SIGRAS (2010).

3.2 Caracterização dos cenários da pesquisa

Os cenários da pesquisa foram uma instituição pública e uma privada do município do Rio de Janeiro que oferecem cursos de graduação em enfermagem, foram selecionadas a partir da última avaliação do ENADE. O exame integra o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e tem o objetivo de aferir o rendimento dos alunos dos cursos de graduação em relação aos conteúdos programáticos, suas habilidades e competências (INEP, 2008).

As instituições escolhidas foram as que obtiveram o melhor conceito no ENADE e que não aderiram ao Pró-Saúde, e dentre estas, as que possuíam o maior número de concluintes em 2007^{8,9,10}, configurando, assim, uma amostra do tipo não-probabilística e intencional. Apesar das possíveis limitações que esse exame possui, a amostra foi escolhida pelo fato de as instituições com os melhores conceitos serem consideradas as melhores do município, o que indica que provavelmente oferecem a melhor formação aos graduandos dessas universidades.

⁸ Ano referente ao ENADE mais recente. Os dados encontram-se disponíveis na página eletrônica do INEP: <www.inep.gov.br/superior/enade>.

⁹ Os dados dos concluintes podem ser encontrados no SIGRAS (Sistema de Informação das Graduações em Saúde): <www.obsnetims.org.br/sigras>.

¹⁰ As instituições que irão compor o estudo serão a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade Veiga de Almeida.

3.3 Instrumento de coleta de dados

Realizou-se inicialmente pesquisa bibliográfica buscando as contribuições que têm sido produzidas sobre o tema aqui proposto, explorado na revisão de literatura apresentada neste estudo. Também foram consultadas bases de dados secundários, nas quais se obtiveram informações estatísticas sobre o tema abordado. Contudo, o foco desta pesquisa aponta para um inquérito dirigido a alunos de graduação de enfermagem e investigou a situação atual de formação desses graduandos. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um *survey* aplicado por meio de questionário aos alunos de graduação de enfermagem dos últimos períodos das instituições escolhidas.

O questionário foi escolhido como técnica de coleta de dados por permitir ao pesquisador atingir o maior número de pessoas simultaneamente; obter respostas mais rápidas e precisas; e exigir menor quantitativo de pessoal tanto em treinamento, quanto em trabalho de campo. É útil por possibilitar maior liberdade nas respostas em função do anonimato; maior segurança, pelo fato de as respostas não serem identificadas e menores riscos de distorções, uma vez que não há influência do pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2002), sendo, portanto, considerado apropriado para o desenvolvimento da pesquisa.

A elaboração do questionário está baseada nas diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Antes da aplicação do instrumento à amostra selecionada, foi realizado um pré-teste, buscando possíveis falhas. Este ocorreu numa instituição pública de ensino superior, com alunos de enfermagem do 8º e 9º períodos, no mês de setembro de 2009, e foram aplicados 27 questionários. Houve necessidade de reformulação de algumas questões do questionário, adequando-o assim para a utilização definitiva.

O questionário¹¹ procurou analisar a formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica, segundo a ótica dos alunos de graduação das instituições

¹¹ Apêndice C.

integrantes da pesquisa. Era composto por 30 questões objetivas e estruturadas, contendo perguntas informativas e opinativas, agrupadas em três blocos:

Blocos	Categorias observadas
BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO	Sexo, ano de nascimento, nacionalidade e naturalidade.
BLOCO 2: PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO	Residência dos alunos, contribuição com a manutenção da casa, forma de contribuição, realização de curso de língua estrangeira e idioma.
BLOCO 3: SITUAÇÃO E ATIVIDADE ACADÊMICA	<p><i>Graduação</i>: ano de ingresso, período que cursa e turno.</p> <p><i>Atividades curriculares</i>: determinantes do processo saúde-doença, incentivo a pesquisa, oportunidades de bolsa de iniciação científica, participação em atividades de pesquisa, interação teoria-prática/ensino-serviço, inserção nos campos de prática, aproximação com os conteúdos da Atenção Básica, organização do processo de formação, metodologia utilizada no curso.</p> <p><i>Atividades extracurriculares</i>: Realização de estágio na Atenção Básica, tipo de estágio,</p> <p><i>Condições de ensino</i>: satisfação com as condições oferecidas pela faculdade.</p> <p><i>Expectativa profissional</i> ao término da graduação.</p>

Quadro 2 - Identificação dos blocos do *survey* aplicado aos alunos de graduação de enfermagem.

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

3.4 Procedimentos

A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social/UERJ, com o número de protocolo CAAE – 0019.0.259.000-09. Foram respeitados os critérios do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, contidos na Resolução nº 196/96, que normaliza as pesquisas envolvendo seres humanos; foram garantidos o anonimato das respostas, o acesso aos resultados da pesquisa, a desistência a qualquer momento do estudo, bem como o acesso a pesquisadora, sendo estes os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa.

Além das etapas metodológicas, o trabalho exigiu procedimentos operacionais prévios, com vistas à viabilidade do processo. Como procedimento inicial, foram contactadas as direções das instituições selecionadas, sendo solicitada autorização para realização do estudo. Esta se deu por escrito, permitindo a coleta de dados com os alunos, assinada pelo coordenador do curso de graduação em enfermagem da instituição.

De posse das autorizações para a coleta de dados, foram realizados contatos com os coordenadores dos períodos, quando foram verificados e acordados os melhores dias e horários para a realização da coleta de dados com os alunos (entrega dos questionários e retirada dos mesmos após o preenchimento).

A aplicação do instrumento se deu em dois momentos – o primeiro, com os alunos da instituição privada nos diferentes campos de prática em hospital universitário do município do Rio de Janeiro. Foram explicados os objetivos da pesquisa, ressaltando a contribuição dos mesmos para o estudo. Os que concordaram em participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário. Alguns alunos preencheram imediatamente o instrumento, levando em média um tempo de 15-20 minutos. Outros combinaram um dia e horário para a devolução e houve ainda aqueles que não desejaram participar. Ao final, foram devolvidos 39 questionários.

O segundo momento da coleta de dados foi com os alunos da instituição pública em um dia de aula teórica, onde estavam todos reunidos em um auditório do hospital universitário da instituição. De modo semelhante, à medida que os alunos foram chegando, os objetivos da pesquisa eram explicados, ressaltando a contribuição dos mesmos para o estudo. Todos os alunos presentes aceitaram participar, recebendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário, devolvido ao final do preenchimento. Os alunos levaram em média de 10 a 15 minutos para responder o instrumento, e foram devolvidos, ao final, 40 questionários.

3.5 Impressões sobre a coleta de dados

Em alguns momentos da coleta, houve dificuldades em realizá-la, as quais podem ser expressas pelas faltas dos alunos aos campos de prática; não-autorização da coleta de dados pelos preceptores, que solicitavam que

retornássemos em outra ocasião; realização de procedimentos pelos alunos que impediam a coleta dos dados, bem como pouco interesse de alguns alunos em participar da pesquisa.

Vale a pena ressaltar que o tema da aula que os alunos da instituição pública participavam, no momento da coleta de dados, era sobre o Pacto pela Saúde do SUS, sendo abordado o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, onde foram colocados os pontos principais dessa política. O professor buscou a participação dos alunos, que demonstraram conhecer, mesmo que superficialmente, o assunto.

3.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados obtidos através dos questionários, foi desenvolvida uma base de dados no programa *Access*,¹² interfaciada por formulário eletrônico padronizado para digitação. Após a digitação, os dados foram processados e tabulados através do software *R versão 2.10.0*.¹³ O primeiro programa foi operado pela autora, que não necessitou de treinamento, por ser de fácil manuseio; o segundo foi operado por um estatístico contratado para este fim.

Os dados foram apresentados através de gráficos, tabelas e quadros contendo frequências simples e percentuais, as quais são exemplos de estatística descritiva, utilizadas para descrever, sintetizar e analisar os dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Realizou-se tratamento estatístico dos dados referentes ao Bloco 3 do questionário, através do método *Alfa de Cronbach e Kuder-Richardson*. (STREINER; NORMAN, 2003). Foi feita análise de confiabilidade das respostas através da consistência interna, que é a capacidade dos itens (perguntas) estarem representando uma mesma dimensão (constructo). O “alpha” pode variar entre 0 e 1, onde valores acima de 0,8 são considerados ótimos. O valor do “alpha” encontrado para os dados da pesquisa foi de 0,6803 e embora esteja um pouco abaixo do valor

¹² O *Access* é um banco de dados para Windows que tem como principal característica tornar fácil o uso de recursos, permitindo que se trabalhe virtualmente em qualquer formato de banco de dados. Fornece um conjunto de ferramentas, permitindo rastrear, relatar e compartilhar informações rapidamente em um ambiente gerenciável (MICROSOFT, 2007).

¹³ O *software R versão 2.10.0* é um ambiente para a computação gráfica e estatística. Fornece grande variedade de técnicas estatísticas (modelagem linear e não-linear, testes estatísticos clássicos, análise de série cronológica etc.) e técnicas gráficas (DARWINPORTS, 2009).

desejado, pode-se dizer que os dados são confiáveis. Este valor poderia ser maior caso a amostra possuísse mais instituições/alunos e existisse maior número de perguntas no questionário.

Verificou-se também se os itens do questionário poderiam servir de base para a estratégia proposta pelo Pró-Saúde, isto é, um instrumento com três eixos. Para tal, utilizou-se a técnica estatística de *Análise de Fatores*¹⁴, que assinalou três fatores diferentes – ou seja, os itens dos questionários estão divididos em três eixos, coincidindo com a proposta apresentada pelo Pró-Saúde.

¹⁴ Esta técnica tem o objetivo de representar um conjunto de variáveis em termos de um menor número de fatores hipotéticos subjacentes (NORMAN; STREINER, 2000).

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo a partir de frequências simples e percentuais, com a finalidade de atender aos objetivos propostos. De modo a preservar as instituições participantes do estudo, elas serão identificadas por Instituição A e Instituição B. Vale a pena ressaltar que este estudo não visa a avaliar a qualidade dos cursos de graduação integrantes da pesquisa, mas verificar a aproximação/afastamento das diretrizes do Pró-Saúde, enquanto estratégia de incentivo a mudanças na educação superior em saúde.

Foram analisados os três blocos do questionário e os resultados organizados e apresentados em tabelas e gráficos que retratam achados obtidos tanto da tabulação das questões, quanto pelo cruzamento a partir de variáveis selecionadas (natureza jurídica da instituição). Esta análise, a partir da natureza jurídica das instituições, mostrou-se pertinente, uma vez que os resultados apontaram diferenças entre elas que seriam mais bem entendidas quando apresentadas de maneira separada por cada faculdade.

4.1 Bloco 1: Identificação

Neste bloco, foram abordadas as seguintes características da população do estudo: sexo, faixa etária, nacionalidade e naturalidade.

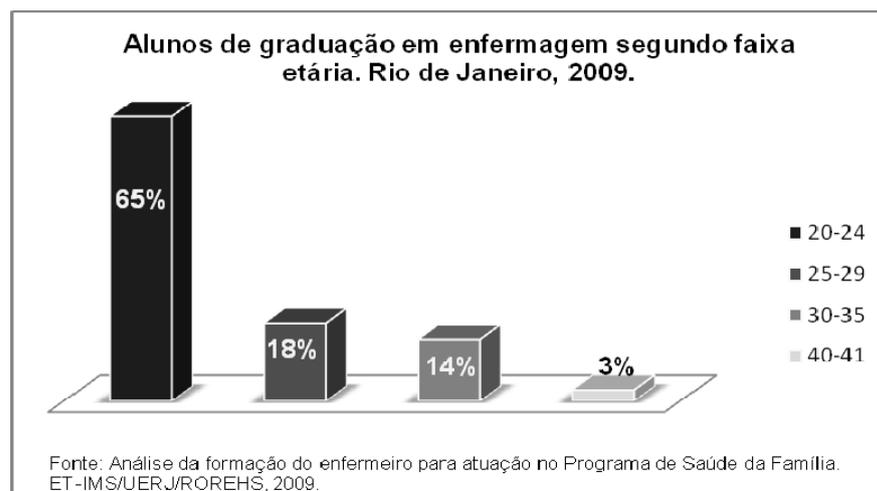
Os alunos de graduação em enfermagem das instituições estudadas são predominantemente do sexo feminino (95%), conforme mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Alunos de graduação em enfermagem segundo sexo. Rio de Janeiro, 2009.



Observou-se que a população do estudo é composta por alunos jovens, encontrando-se, principalmente, na faixa etária entre 20 e 24 anos (65%), segundo o gráfico 2.

Gráfico 2 - Alunos de graduação em enfermagem segundo faixa etária. Rio de Janeiro, 2009.



A nacionalidade brasileira foi a predominante (98,7%), existindo no grupo apenas um aluno de nacionalidade peruana. A naturalidade com o maior índice foi a referente ao Estado do Rio de Janeiro (84%), mas apareceram também os estados

de Alagoas, Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Paraíba, Pará, Paraná, Sergipe e São Paulo (tabela 2).

Tabela 2 - Alunos de graduação em enfermagem segundo nacionalidade e naturalidade. Rio de Janeiro, 2009.

Nacionalidade	Fi	%
Brasileira	78	98.7
Estrangeira	1	1.3
Total	79	100

Estado	Fi	%
AL	1	1
BA	2	3
MA	3	4
MG	1	1
PA	1	1
PB	1	1
PR	1	1
RJ	66	84
SE	1	1
SP	2	3
Total	79	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Esses dados confirmam os analisados pelo INEP em pesquisa sobre a trajetória dos cursos de graduação na saúde, segundo a qual os concluintes dos cursos de enfermagem são predominantemente do sexo feminino, com até 24 anos de idade (INEP, 2006).

O predomínio do gênero feminino na enfermagem ainda nos dias atuais reforça a relação existente entre a mulher, o cuidar e a opção pelos cursos de enfermagem. Esta é uma tríade histórica e socialmente construída, em que somente as mulheres eram as selecionadas para prestar cuidados aos necessitados e para ingressar nos cursos da área (INEP, 2006; CASTRO-SANTOS, 2008).

Vale a pena destacar que há um aumento gradativo no número de estudantes do sexo masculino nos cursos de enfermagem no país. Em 1995, existiam 456 concluintes e no ano de 2008, o número sobe para 6.290 concluintes do sexo masculino (ET-IMS/UERJ/ROREHS/SIGRAS, 2010).

4.2 Bloco 2: Perfil socioeconômico

Neste bloco foram analisadas questões referentes ao perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa, quando se indagou sobre residência com os pais, contribuição financeira com a manutenção da casa e realização de curso de língua estrangeira.

Segundo a tabela 3, abaixo, verificou-se que 68% dos alunos de graduação residem com os pais e não contribuem financeiramente com a manutenção da casa (64%).

Tabela 3 - Alunos de graduação em enfermagem de acordo com residência com os pais e contribuição com a manutenção da casa. Rio de Janeiro, 2009.

Reside com os pais	Fi	%
Sim*	59	75
Não	18	23
Não resposta	2	3
Total	79	100

Contribui com a manutenção da casa	Fi	%
Sim	25	32
Não	51	64
Não resposta	3	4
Total	79	100

*Neste item, cinco responderam que moram com os pais, mas estão fora para estudar.

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Dentre os que contribuem com a manutenção da casa, o estudo procurou investigar se haviam diferenças entre os alunos das instituições A e B e o percentual foi maior entre os alunos da instituição A (38,5%) (apêndice A, tabela 1A) e o fazem através do trabalho (80%) (tabela 4).

Tabela 4 - Alunos de graduação em enfermagem segundo forma de contribuição financeira com a manutenção da casa de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

N=25

Forma de contribuição	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Trabalha	12	80	4	40
Bolsa de estudos	1	7	6	60
Pensão ou renda	2	13	0	0
Total	15	100	10	100

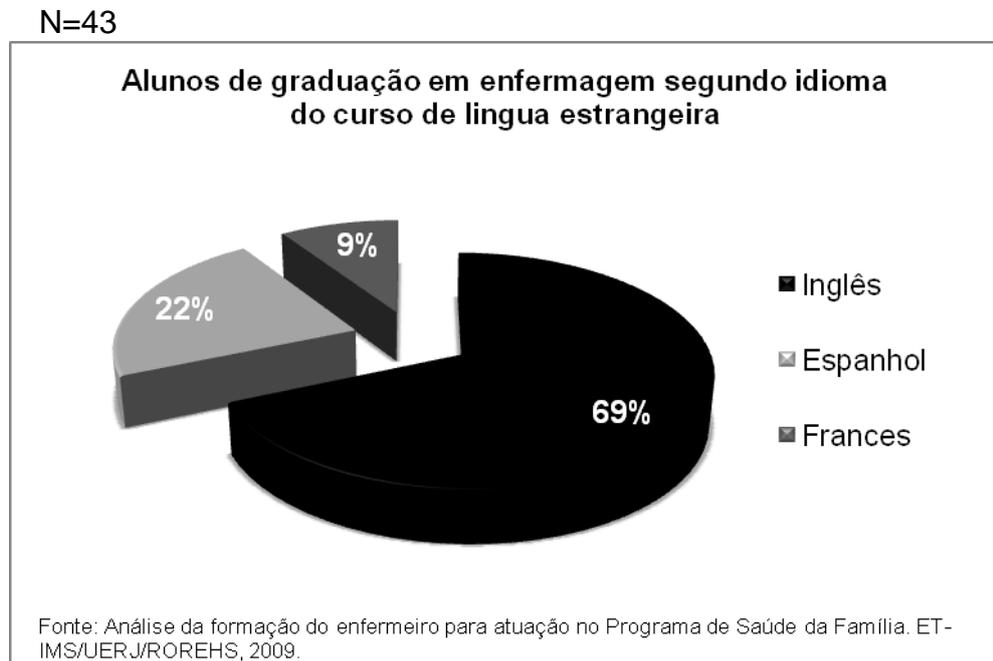
Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Os dados do estudo estão apoiados pelos do INEP (2006), nos quais se verificou que os alunos de enfermagem estão inseridos no mercado de trabalho quando iniciam/concluem sua trajetória de graduação. Analisando as condições de vida da população brasileira e a expansão dos cursos privados, promovendo maior acesso à educação superior, é possível supor que os alunos necessitem trabalhar para manterem a casa e também seu processo de formação (INEP, 2006).

Em relação aos alunos da Instituição B, o maior percentual de contribuição com a manutenção da casa está nas bolsas de estudo. Este fato pode ser explicado pela carga horária extensa do curso de enfermagem desta instituição (turno integral), que dificultaria o acesso ao emprego. As bolsas de estudo, resultado da participação dos alunos em atividades como extensão e iniciação científica, seriam então as possibilidades de renda.

Os resultados apontaram também uma preocupação dos alunos em realizarem um curso de língua estrangeira: 55% já cursaram ou estavam cursando algum no momento da pesquisa (apêndice A, tabela 2A). E o idioma de maior representatividade foi o inglês (47%) (gráfico 3).

Gráfico 3 - Alunos de graduação em enfermagem segundo idioma do curso de língua estrangeira. Rio de Janeiro, 2009.



Quando comparamos estes dados com os do INEP (2006), observa-se um contraponto. Na pesquisa do INEP, os alunos de graduação em enfermagem tinham um conhecimento praticamente nulo do idioma inglês, enquanto os alunos participantes deste estudo demonstraram já ter frequentado ou estavam frequentando um curso de idiomas no momento da pesquisa. Isto pode demonstrar uma preocupação maior com a qualificação profissional, buscando uma formação extracurricular.

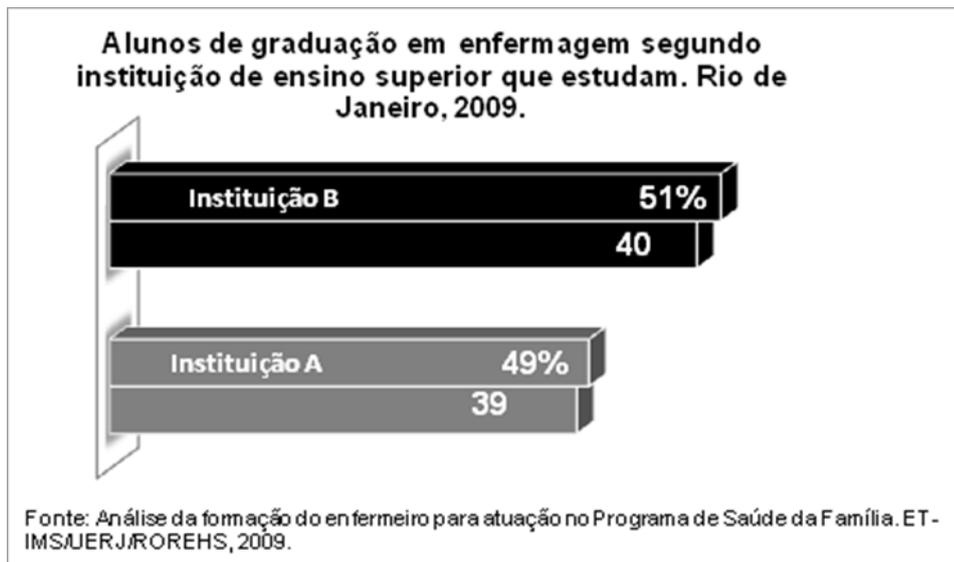
4.3 Bloco 3: Situação e atividade acadêmica

Neste bloco foram analisadas questões referentes à situação e atividade acadêmica dos alunos de graduação em enfermagem integrantes da pesquisa, abordando aspectos da graduação, atividades curriculares, atividades extracurriculares, condições de ensino e expectativa profissional. Os resultados serão apresentados separadamente por cada subitem mencionado.

4.3.1 Graduação

O estudo abrangeu duas instituições de ensino superior que possuíam cursos de graduação em enfermagem do município do Rio de Janeiro e contou com a participação de 39 alunos da Instituição A e 40 da Instituição B (gráfico 4).

Gráfico 4 - Alunos de graduação em enfermagem segundo instituição de ensino superior que estudam. Rio de Janeiro, 2009.



O ano de ingresso dos alunos nos cursos de graduação em enfermagem foi 2006 (77,2%) (apêndice A, tabela 3A). Isso se justifica-se, pois na amostra selecionada os alunos deveriam estar cursando o último período da graduação (nestes cursos, o 8º período) e o curso possui a duração de quatro anos.

Em relação ao turno que cursam, o estudo investigou se havia diferenças entre os alunos das instituições A e B. Entre os alunos da instituição A, prevaleceu o turno da manhã (67%), mas o turno da noite também foi representativo (20%) Já entre os alunos da instituição B, o turno integral foi o único mencionado (100%), conforme se verifica na tabela 5.

Tabela 5 - Alunos de graduação em enfermagem segundo turno que cursam na faculdade de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Turno	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Manhã	26	67	0	0
Tarde	0	0	0	0
Noite	8	20	0	0
Integral	4	10	40	100
Não resposta	1	3	0	0
Total	39	100	40	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

4.3.2 Atividades curriculares

Os alunos foram questionados quanto aos determinantes do processo saúde-doença enfatizados pela faculdade e 90% responderam que os múltiplos determinantes são os que predominam na estrutura curricular. Há uma abordagem da saúde como um processo multideterminado, valorizando ações de promoção, prevenção, recuperação e vigilância da saúde.

Tabela 6 - Alunos de graduação em enfermagem segundo determinantes do processo saúde-doença abordados na faculdade. Rio de Janeiro, 2009.

Determinantes do processo saúde-doença	Fi	%
Biológicos	0	0
Biológico/Social	5	6
Múltiplos determinantes	71	90
Não resposta	3	4
Total	79	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

As instituições estão de acordo com a discussão atual sobre os determinantes sociais da saúde, segundo a qual as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população estão intimamente ligadas a sua condição de saúde. Buss e Filho (2007, p. 78) nos trazem a definição elaborada pela Comissão Nacional sobre

os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS): “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) segue uma definição mais resumida, segundo a qual os DSS são “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”. E Tarlov (1996) apud Buss e Filho (2007, p. 78) propõe uma definição bastante sintética, “ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre”.

Ao se considerar esses determinantes sociais para definir “saúde”, têm-se uma concepção bastante ampliada do termo, para além do enfoque centrado na doença. Esta definição da saúde vai servir como base para a reorganização da Atenção Básica no Brasil; logo, é preciso que todos, inclusive as instituições formadoras, modifiquem suas práticas, para que estejam em consonância com esta nova abordagem.

O estudo investigou também o incentivo das instituições a pesquisa e produção do conhecimento científico e verificou que tanto na instituição A quanto na B existe o incentivo (87,3%) (apêndice A, tabela 4A). O que as difere são as oportunidades de bolsas de iniciação científica ou extensão, que são maiores na instituição B (97,5% em relação a 61% na instituição A), segundo a tabela 7.

Tabela 7 - Alunos de graduação em enfermagem segundo oportunidades de bolsas de iniciação científica de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Oportunidade de bolsas de iniciação científica	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Sim	24	61	39	97,5
Não	14	36	1	2,5
Não resposta	1	3	0	0
Total	39	100	40	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Essa diferença também existe na participação dos alunos em atividades ou grupos de pesquisa. Observa-se que 85% dos alunos da instituição B já participaram ou estavam participando, no momento da pesquisa, de alguma atividade científica. Na instituição A, este percentual foi de 41% dos alunos (tabela 8).

Tabela 8 - Alunos de graduação em enfermagem segundo participação em atividades/grupo de pesquisa de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Participação em atividades/grupos de pesquisa	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Sim	16	41	34	85
Não	22	56	5	13
Não resposta	1	3	1	2
Total	39	100	40	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2010).

Em relação ao tipo de atividade/grupo, 52% estão relacionadas às necessidades de saúde da população e/ou à organização da Atenção Básica (tabela 9). Este é um importante indicativo da produção de conhecimentos segundo as necessidades do SUS. Num momento em que há inúmeras estratégias de reorganização da atenção à saúde e de qualificação profissional dos trabalhadores, as instituições participantes da pesquisa abarcam atividades/grupos cuja produção pode fornecer subsídios que auxiliem este processo de mudanças.

Tabela 9 - Alunos de graduação em enfermagem segundo Grupos/Atividades de pesquisa relacionados às necessidades de saúde / Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2009.

Grupos/Atividades relacionados às necessidades de saúde/Atenção Básica	Fi	%
Sim	41	52
Não	9	11
Não resposta	29	37
Total	79	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Analisou-se também a interação teoria-prática/ensino-serviço e verificou-se que é constante na instituição B (90%). Já na instituição A, 49% responderam que é constante, porém 46% disseram haver pouca interação (tabela 10).

Tabela 10 - Alunos de graduação em enfermagem segundo interação entre teoria-prática/ensino-serviço de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Interação teoria-prática/ensino-serviço	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Não há interação	2	5	0	0
Há pouca interação	18	46	4	10
A interação teoria/prática nos serviços de saúde é constante	19	49	36	90
Total	39	100	40	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Em relação ao momento em que os alunos iniciam os campos de prática, 100% dos alunos da instituição B responderam que ocorrem em todos os períodos da graduação. Na instituição A, os campos de prática ocorrem em alguns períodos específicos (51,3%) ou somente nos últimos períodos (41%) (tabela 11).

Tabela 11 - Alunos de graduação em enfermagem segundo tipo momento de início dos campos de prática de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Momento de início dos campos de prática	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Os campos de prática ocorrem em todos os períodos a graduação	3	8	40	100
Em alguns períodos específicos	20	51	0	0
Somente nos últimos períodos	16	41	0	0
A IES não oferece campos de prática	0	0	0	0
Total	39	100	40	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Foi questionada também a periodicidade em que os alunos eram inseridos nos seguintes campos de prática: laboratórios de práticas assistenciais das instituições, equipamentos sociais – escolares e comunidade, unidades básicas de saúde, programa de saúde da família, instalações próprias da instituição (hospitais e clínicas) articulados com o SUS, hospitais do SUS e hospitais e clínicas privados não vinculados ao SUS (tabelas 12 e 13).

Tabela 12 - Alunos de graduação em enfermagem segundo periodicidade em que são inseridos no campo de prática na Instituição A. Rio de Janeiro, 2009.

Campos de prática	Instituição A							
	1º período	2º período	3º período	4º período	5º período	6º período	7º período	8º período
Laboratórios de práticas assistenciais das IES	x	x	x	x	x	x	x	x
Equipamentos sociais-escolares e comunidade	x	x	x	x	x	x	x	x
Unidades básicas de Saúde							x	
Programa de Saúde da Família								
Instalações próprias da IES (hospitais e clínicas) articuladas ao SUS								
Hospitais do SUS							x	x
Hospitais e clínicas privados não vinculados ao SUS								

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Tabela 13 - Alunos de graduação em enfermagem segundo periodicidade em que são inseridos no campo de prática na Instituição B. Rio de Janeiro, 2009.

Campos de prática	Instituição B							
	1º período	2º período	3º período	4º período	5º período	6º período	7º período	8º período
Laboratórios de práticas assistenciais das IES	x	x	x	x	x	x	x	x
Equipamentos sociais-escolares e comunidade	x	x	x	x	x	x	x	x
Unidades básicas de Saúde				x			x	x
Programa de Saúde da Família								x
Instalações próprias da IES (hospitais e clínicas) articuladas ao SUS				x	x	x	x	x
Hospitais do SUS				x	x	x	x	x
Hospitais e clínicas privados não vinculados ao SUS								

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Os laboratórios de práticas assistenciais e os equipamentos sociais são campos de prática presentes em todos os períodos de ambas as instituições. As

unidades básicas de saúde são os campos de estágios no 4º, 7º e 8º períodos na instituição B e no 7º período na instituição A.

O Programa de Saúde da Família é o campo de prática do 8º período da instituição B, mas na instituição A ele não está presente. As instalações próprias articuladas com o SUS estão presentes do 4º ao 8º período na instituição B e não existem na instituição A.

Os hospitais do SUS são campos de prática nas duas instituições, estando presentes do 4º ao 8º período, na instituição B, e no 7º e 8º períodos na instituição A. E as duas instituições não possuem hospitais e clínicas particulares como campos de estágios.

As Diretrizes Curriculares estabeleceram que, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo da formação do enfermeiro, os cursos de graduação são obrigados a incluir no currículo o Estágio Curricular Supervisionado, a ser realizado em cenários diversificados, tais como unidades de Atenção Básica da rede do SUS, unidades básicas de saúde, unidades da ESF e unidades hospitalares. Além disso, o Pró-Saúde possui como um dos eixos para o desenvolvimento do programa os cenários de prática, no qual preconiza a interação ensino-serviço em todo o processo de ensino-aprendizagem, em que todas as áreas disciplinares estejam participando, além da diversificação dos cenários do processo de aprendizagem (BRASIL, 2009).

Segundo Costa e Germano (2007), neste novo panorama, o estágio curricular supervisionado é um meio de operar a formação articulada ao perfil epidemiológico e a realidade profissional de cada região, possibilitando a aprendizagem significativa, fundamental na formação de recursos humanos para o SUS. Afirmam ainda que permite ao aluno se inserir na realidade do mercado de trabalho, configurando-se como

um estímulo ao desenvolvimento da autonomia, responsabilidade, compromisso, domínio da prática e de seu papel social, aprofundamento e contextualização dos conhecimentos e à assunção de uma práxis transformadora, quando integrado às atividades de pesquisa e extensão. (COSTA; GERMANO, 2007, p. 708).

Assim, as duas universidades estão inseridas nesse contexto, na medida em que os alunos referem haver interação teoria-prática, oferta de campos de prática diversificados, os quais estão presentes ao longo da graduação. Contudo, ainda se faz necessário desenvolver este aspecto, buscando a interação cada vez maior

entre ensino-serviço, com uma inserção precoce (a partir dos primeiros períodos da graduação) dos alunos nos campos de prática.

Em relação à aproximação com os conteúdos da Atenção Básica, os alunos da instituição B conhecem quando cursam disciplinas que discutem os programas/projetos do Ministério da Saúde voltados para a Atenção Básica (58%). E na instituição A, os conteúdos da Atenção Básica estão presentes em todo o processo de formação (41%) (tabela 14).

Tabela 14 - Alunos de graduação em enfermagem segundo aproximação com os conteúdos da Atenção Básica de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Aproximação com os conteúdos da Atenção Básica no processo de formação	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Os alunos conhecem quando cursam a disciplina de Saúde Pública ou equivalente	13	33	12	30
Os alunos conhecem quando cursam disciplinas que discutem os Programas/Projetos do Ministério da Saúde voltados para a Atenção Básica	8	21	23	58
Está presente em todo o processo de formação	16	41	5	12
Não é abordada em nenhuma etapa da formação	2	5	0	0
Total	39	100	40	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Investigou-se também a organização do processo de formação proposto pela faculdade, e identificou-se que na instituição A (69%) o eixo são as necessidades de saúde da população, enfatizando a importância da Atenção Básica e problematizando as situações de saúde e organização do serviço. Já na instituição B, o eixo é a articulação das atividades ambulatoriais e hospitalares, promovendo oportunidades de conhecimento e análise do serviço de saúde (55%). Contudo, 43% dos alunos responderam também que a faculdade possui como eixo as necessidades de saúde da população (tabela 15).

Tabela 15 - Alunos de graduação em enfermagem segundo organização do processo de formação de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Organização do processo de formação	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Possui como eixo as necessidades de saúde da população, enfatiza a importância da Atenção Básica, problematiza as situações de saúde e da organização do serviço	27	69	17	43
Está pautado em processos patológicos, com ênfase nas ações curativas e hospitalares.	3	8	1	2
Articula atividades ambulatoriais e hospitalares, promovendo oportunidades de conhecimento e análise do serviço de saúde	9	23	22	55
Total	39	100	40	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Os dados das tabelas 14 e 15 refletem a dificuldade que ainda se encontra em modificar a abordagem à saúde, deixando o modelo centrado na doença, hospitalocêntrico e curativo, passando-se a adotar o conceito ampliado de saúde, tendo a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS e sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006). Ainda existe a dificuldade em abordar e trabalhar estas mudanças no processo de formação dos enfermeiros.

O estudo procurou inquirir também a metodologia predominantemente utilizada no curso e constatou-se que, na instituição B, a organização curricular permite a problematização da realidade social em que o aluno está inserido, com experiências pedagógicas diversificadas, permitindo análises e abstrações (68%). Já na instituição A, há aulas teóricas para aplicação na prática, centrado no professor e em aulas expositivas (49%) (tabela 16).

Tabela 16 - Alunos de graduação em enfermagem segundo metodologia utilizada nos cursos de graduação de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

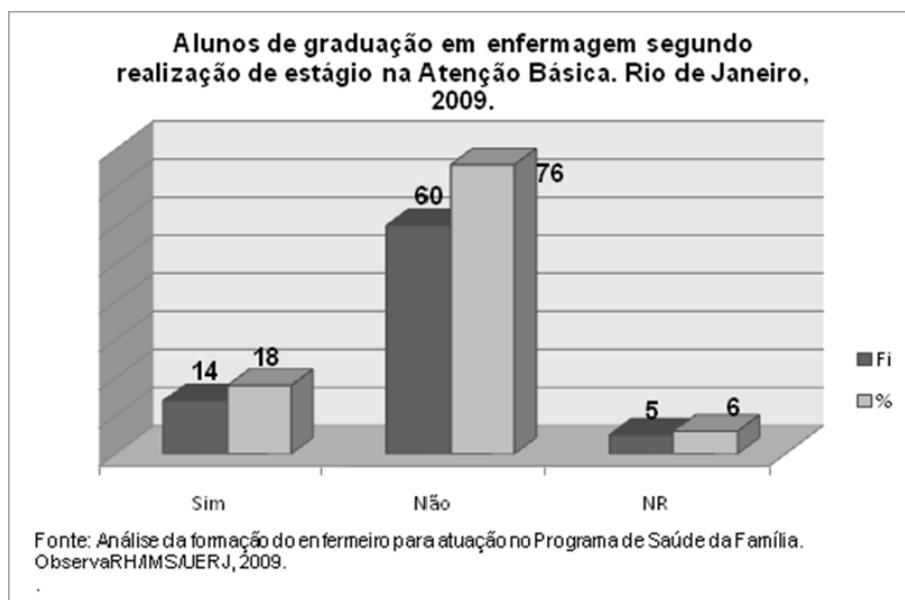
Metodologia utilizada	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
A organização curricular permite a problematização da realidade social em que o aluno está inserido, com experiências pedagógicas diversificadas, permitindo análises e abstrações.	17	44	27	68
Há aulas teóricas para aplicação na prática, centrado no professor e em aulas expositivas.	19	49	12	30
Enfatiza o desenvolvimento da habilidade técnica, com pouco espaço para discussão, com predomínio de atividades práticas.	3	7	1	2
Total	39	100	40	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

4.3.3 Atividades extracurriculares

O questionário procurou investigar também as atividades extracurriculares dos alunos e interrogou-se sobre a realização, prévia ou no momento da pesquisa, de estágio extracurricular na Atenção Básica, quando se verificou que nas duas instituições 76% dos alunos não o fazem (gráfico 5).

Gráfico 5 - Alunos de graduação em enfermagem segundo realização de estágio na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2009



E dentre os alunos que realizaram estágio na Atenção Básica, as modalidades mais frequentes foram acadêmico bolsista, iniciação científica e extensão, sendo que 10% destes não possuíam bolsa durante o estágio (apêndice A, tabelas 5 e 6).

4.3.4 Condições de ensino

Em relação às condições de ensino, o questionário continha as seguintes questões: carga horária flexível compatível com outra atividade (ex: trabalho), infraestrutura e recursos materiais adequados para o ensino (salas de aula, recursos audiovisuais), equipe de professores qualificada, boa inter-relação entre ensino e mercado de trabalho e oferta de bons campos de prática. Em cada item, os alunos respondiam se estavam satisfeitos (S), insatisfeitos (I) ou em parte satisfeitos (EP) com as questões apresentadas. Os dados estão demonstrados separados pelas instituições, pois foram encontradas diferenças entre elas (tabela 16).

Tabela 17 - Alunos de graduação em enfermagem segundo condições de ensino de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Condições de ensino	Instituição A					Instituição B				
	S (%)	I (%)	EP (%)	NR (%)	Total	S (%)	I (%)	EP (%)	NR (%)	Total
Carga horária flexível compatível com outra atividade (ex: trabalho)	56	15	26	3	100	3	50	47	0	100
Infra-estrutura e recursos materiais adequados para o ensino (salas de aula, recursos audiovisuais, etc).	62	13	23	2	100	32	18	50	0	100
Equipe de professores qualificada.	82	0	15	3	100	67	8	25	0	100
Boa inter-relação entre ensino e mercado de trabalho	49	5	44	2	100	50	15	35	0	100
Oferece bons campos de prática.	74	3	20	3	100	43	7	50	0	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Em relação à carga horária, os alunos da instituição A estavam satisfeitos (56%), enquanto os da instituição B estavam insatisfeitos (50%) com o horário. Isso

pode ser explicado pelo fato de o turno ser integral, o que dificulta/impede a realização de outras atividades, como trabalhar.

Os alunos da instituição A também estão satisfeitos (62%) com a infraestrutura e recursos materiais disponíveis, enquanto os da instituição B demonstraram-se em parte satisfeitos (50%). Talvez este fato possa ser explicado pelo pouco investimento em infraestrutura observado na maioria das instituições públicas do país e/ou pelo nível de exigência dos alunos.

Em relação à equipe de professores qualificada, os alunos de ambas as instituições encontram-se satisfeitos (82% e 67%, respectivamente, dos alunos das instituições A e B). O mesmo ocorre com a boa inter-relação entre ensino e mercado de trabalho, em que 49% dos alunos da instituição A e 50% da instituição B encontram-se satisfeitos. Quando questionados sobre os campos de prática, os alunos da instituição A encontram-se satisfeitos (74%) e os da instituição B estão em parte satisfeitos (50%).

4.3.5 Expectativa profissional

Procurou-se conhecer também quais eram as expectativas profissionais dos alunos, uma vez que se encontram ao final da graduação. Foi possível perceber diferenças entre as instituições estudadas (tabela 18).

Tabela 18 - Alunos de graduação em enfermagem segundo a expectativa profissional. Rio de Janeiro, 2009.

Expectativa profissional	Instituição A			Instituição B		
	Sim	NR	Total	Sim	NR	Total
Trabalhar em uma unidade hospitalar	21	18	39	18	22	40
Trabalhar na Atenção Básica/PSF	15	24	39	20	20	40
Trabalhar em Instituição de ensino	8	31	39	12	28	40
Buscar aprimoramento profissional	32	7	39	29	11	40
Buscar formação para a área acadêmica/pesquisa	16	23	39	15	25	40

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Organizando os dados de acordo com a ordem de frequência das respostas, entre os alunos da instituição A, temos: em primeiro lugar, a busca pelo

aprimoramento profissional (residência, *trainee*, pós-graduação *lato sensu*); em segundo, o trabalho em unidades hospitalares; em terceiro, a busca pela formação para a área acadêmica / pesquisa (mestrado); em quarto lugar o trabalho na Atenção Básica/PSF; e por último o trabalho em instituição de ensino.

A ordem difere um pouco entre os alunos da instituição B, para os quais a busca pelo aprimoramento profissional (residência, *trainee*, pós-graduação *lato sensu*) é a principal expectativa. Em seguida aparece o trabalho na Atenção Básica/PSF; depois o trabalho em unidades hospitalares; em quarto lugar está a busca pela formação para a área acadêmica / pesquisa (mestrado); e em último lugar, o trabalho em instituição de ensino.

Vale a pena ressaltar que a prioridade profissional dos alunos das duas instituições é buscar aprimoramento profissional. Isso pode demonstrar uma exigência do mercado, que busca profissionais cada vez mais qualificados, ou também uma necessidade de mudanças e adequações das instituições formadoras à dinâmica do mercado de trabalho, às mudanças do sistema de saúde e às expectativas dos alunos que buscam esse curso da área da saúde.

Além disso, nota-se o baixo interesse dos alunos da instituição A em trabalharem na Atenção Básica/PSF. Isso poderia ser explicado pelo fato de não conhecerem a estratégia nem a dinâmica do serviço, uma vez que a ESF não é um campo de prática para esses alunos. Isto demonstra uma contradição também na medida em que os alunos afirmam que os conteúdos da Atenção Básica estão presentes em todo o processo de formação.

5 CONCLUSÃO

O processo de construção e implementação do SUS caminha ao longo de 20 anos e é resultado de uma conjugação de forças e atores que atuam para que se desenvolva e avance no sentido de garantir a assistência à saúde de forma universal, integral e com equidade. Nesse contexto, a formação dos futuros profissionais de saúde possui grandes desafios. As instituições de ensino precisam adequar-se às mudanças do sistema de saúde, valorizando os saberes existentes na rede assistencial e incorporando à formação acadêmica a lógica do SUS.

Como uma das formas de viabilizar as mudanças na organização da atenção à saúde, estabeleceu-se como prioridade o fortalecimento da Atenção Básica, via Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que esta seria o primeiro contato da população com os serviços de saúde, sendo atendida de acordo com as realidades locais.

Assim, utilizando as discussões postas atualmente, este estudo procurou analisar a formação do enfermeiro, no município do Rio de Janeiro, na perspectiva do trabalho na Atenção Básica, via Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da visão dos alunos de graduação de enfermagem sobre seu processo formativo. Não se pretendeu avaliar a qualidade dos cursos de graduação oferecidos pelas instituições de ensino superior integrantes da pesquisa, mas avaliar se o mercado educativo está formando profissionais graduados em enfermagem para atuarem em conformidade com o modelo de atenção proposto pelo SUS, considerando o próprio olhar dos alunos sobre esta dinâmica.

Na introdução deste estudo, foram apresentadas algumas questões que representavam inquietação, bem como a hipótese levantada e os objetivos específicos, os quais serão recuperados nesta parte conclusiva do trabalho, de modo a facilitar a compreensão.

Os seguintes questionamentos foram levantados:

- Quais as dificuldades/facilidades das instituições de ensino em formar o enfermeiro que seja capaz de atuar em consonância com este modelo de atenção a saúde?
- Em que medida as universidades se aproximam / afastam do modelo de atenção proposto pelo sistema de saúde brasileiro?

A hipótese do estudo foi:

- as instituições de ensino superior ainda estão voltadas para uma formação no modelo biomédico, centrado na doença, no tratamento e no hospital como principal cenário de prática.

E foram definidos como objetivos específicos:

1. analisar a adequação do processo formativo do enfermeiro às exigências do trabalho na ESF;
2. identificar os *nós* críticos na formação do enfermeiro para o PSF;
3. discutir as implicações da formação na atuação profissional.

A partir dos resultados demonstrados no capítulo anterior, utilizando as diretrizes do Pró-Saúde e remetendo à literatura explorada, pode-se ter um pequeno panorama da formação dos enfermeiros no município do Rio de Janeiro. Apesar de o estudo possuir uma amostra restrita (duas instituições de ensino e 79 alunos), os achados obtidos são capazes de demonstrar que caminhos as instituições formadoras estão tomando frente às mudanças no sistema de saúde.

O estudo apontou que as IES integrantes do estudo estão próximas do modelo de atenção proposto pelo SUS, mas ainda necessitam de reformulações em suas estruturas curriculares, de modo a formar “cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem aptos a atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado” (BRASIL, 2009, p.14).

A proposta do Pró-Saúde prevê três eixos para o desenvolvimento do programa, com três respectivos vetores, que servem como parâmetros para nortear os eixos. Os vetores, por sua vez, são decompostos em outros três estágios, que vão do I ao III, partindo de uma condição mais tradicional ou conservadora no estágio I até alcançar a situação e os objetivos desejados, no estágio III (BRASIL, 2009). Diante disso, foi elaborado um quadro comparativo das instituições de ensino integrantes da pesquisa, buscando identificar os estágios em que as mesmas se encontram. Vale a pena ressaltar que esta análise separada das duas IES se mostrou pertinente, uma vez que os resultados apontaram diferenças entre elas que seriam mais bem entendidas quando apresentadas de maneira separada por cada universidade. Seguem abaixo os resultados:

Tabela 19 - Estrutura da matricial dos eixos do Pró-Saúde para a Universidade A. Rio de Janeiro, 2009.

Eixos	A. Orientação teórica			B. Cenários de prática			C. Orientação pedagógica		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vetores									
Estágio I									X
Estágio II				X	X		X	X	
Estágio III	X	X	Não foi abordado			Não há instalações próprias	X		

Fonte: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), 2009; Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Tabela 20 - Estrutura da matricial dos eixos do Pró-Saúde para a Universidade B. Rio de Janeiro, 2009.

Eixos	A. Orientação teórica			B. Cenários de prática			C. Orientação pedagógica		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vetores									
Estágio I									
Estágio II							X		
Estágio III	X	X	Não foi abordado	X	X	X		X	X

Fonte: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), 2009; Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

É possível perceber que, em relação à Orientação teórica (Eixo A), onde os vetores 1 e 2 prevêm os Determinantes de saúde e doença e a Produção do conhecimento científico, as duas instituições se encontram no estágio III. Isto representa a articulação biológico-social nas abordagens teórica e prática, bem como o equilíbrio na produção de investigações sobre as necessidades de saúde da população e sobre os aspectos biomédico-tecnológicos, havendo interação com os serviços. Neste sentido, torna-se possível a avaliação crítica do processo-saúde doença, com redirecionamento de protocolos e intervenções (BRASIL, 2009).

No Eixo B onde são considerados os Cenários de prática, as duas instituições apresentam diferenças. A instituição A, nos vetores 4 e 5, encontra-se no estágio II. Estes vetores abordam a integração Ensino-serviço e a Diversificação dos cenários do processo de aprendizagem, respectivamente. Os estágios II demonstram que o curso de enfermagem da instituição A conta com a articulação teoria e prática, em apenas alguns momentos / áreas disciplinares, predominando a atenção de caráter

curativo. E os cenários do processo de aprendizagem são pouco diversificados, ficando restritos aos laboratórios da IES e unidades do SUS, com atividades majoritariamente assistenciais.

Ainda no Eixo B, tem-se o vetor 6, que engloba a Articulação dos serviços universitários com o SUS. Porém, na instituição A não foi possível verificá-lo, pois esta universidade não possui serviços próprios de atendimento às necessidades de saúde da população.

Em contrapartida, quando analisamos a Instituição B considerando o Eixo B e seus vetores, verificamos que nos vetores 4, 5 e 6, ela se encontra no Estágio III. Neste caso, há a integração da teoria e prática durante todo o processo de formação, com a participação de todas as áreas disciplinares. Os cenários de aprendizagem são diversificados, contando com unidades básicas de saúde, unidades da ESF, instalações da rede do SUS e instalações próprias da IES, as quais estão integradas ao SUS, com mecanismos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2009).

No Eixo C, que se refere à Orientação Pedagógica, também se verificou diferenças entre as instituições A e B. No vetor 7, que trata da Análise crítica da Atenção Básica, não foi possível precisar em que estágio a Instituição A se encontra, pois os resultados apontados pelos alunos demonstraram que a Atenção Básica é abordada em algumas disciplinas de Saúde Pública ou equivalentes, o que, analogamente, representaria o Estágio II, mas que também estaria presente em todo o processo de formação, representando o Estágio III.

Em relação ao vetor 8, a instituição A encontra-se no Estágio II, no qual a integração dos ciclos básico e profissional ocorre em algumas áreas, mais especificamente nos últimos períodos da graduação. E o vetor 9 demonstra uma situação bastante preocupante, na medida em que a instituição se encontra no Estágio I, tendo o ensino centrado no professor, com aulas expositivas para grandes grupos de estudantes.

A instituição B apresenta algumas diferenças. No vetor 7, encontra-se no estágio II, tendo algumas disciplinas que discutem os programas do Ministério da Saúde voltados para a Atenção Básica, oportunizando a discussão da organização do serviço. Nos vetores 8 e 9, encontra-se no Estágio III, no qual a integração dos ciclos básico e profissional ocorre ao longo de toda a graduação e utiliza a metodologia da problematização, segundo a qual o ensino ocorre em ambientes

diversificados com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde da população e com uma avaliação que considera conhecimentos, habilidades e atitudes dos alunos (BRASIL, 2009).

Diante desta análise, é possível dizer que as instituições do estudo estão caminhando na adequação de suas estruturas curriculares ao modelo de atenção proposto pelo sistema de saúde brasileiro. É possível perceber que em alguns pontos estão mais próximas; em outros, um pouco mais distantes – mas denotam um processo de mudança.

Considerando o modelo de reorientação da formação proposto pelo Pró-Saúde, as duas instituições também estão caminhando de maneiras diferentes neste processo, estando a instituição B mais próxima das diretrizes do programa, à medida que apresenta número maior de vetores no estágio III. A instituição A possui um número maior de vetores do estágio II, o que não invalida a mudança.

Vale a pena ressaltar que nenhuma das duas instituições aderiu ao Pró-Saúde como eixo norteador das modificações da formação, mas ambas se apresentam muito próximas das diretrizes do programa. Isto refuta, em parte, a hipótese do estudo, de que as instituições de ensino superior ainda estão voltadas para uma formação no modelo biomédico, centrado na doença, no tratamento e no hospital como principal cenário de prática. O modelo biomédico ainda é bastante representativo no processo de formação, porém é consensual que toda mudança necessária é lenta e gradual.

Rocha e Caccia-Bava (2009, p. 1341) afirmam que toda prática necessita de uma teoria que a oriente. Assim,

desenvolver um projeto ou programa não é uma tarefa técnica apenas (domínio dos conteúdos e reunião e aplicação dos recursos necessários), mas principalmente política – conseguir que os ‘outros’ queiram o nosso projeto ou proposta (ou o adotem ou adiram a ele/ela) como se fossem deles. Esta é a principal dificuldade, nem sempre suficientemente compreendida, que marca a agenda da construção do SUS. O SUS se desenvolve e avança na medida em que os atores sociais (técnicos, políticos, acadêmicos) coincidem ou convergem em cada passo ou etapa. Daí também observarmos, por vezes, aparentes ‘atrasos’ ou descompassos no processo de construção do SUS.

Tratando especificamente do município do Rio de Janeiro, além dessas dificuldades, encontramos alguns *nós* críticos na formação do enfermeiro para a ESF, que se configuram na violência existente na cidade, que dificulta o desenvolvimento das atividades da ESF; a baixa institucionalidade dessa estratégia

no município, onde o número de equipes é insuficiente para atender a toda população. Temos 170 equipes de Saúde da Família, com uma estimativa de cobertura de 586.500 pessoas. Considerando que a população é de 6.186.732¹⁵ habitantes, a cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro é de apenas 9%.

O número reduzido de equipes também não seria suficiente para a realização de estágio supervisionado de todos os alunos de graduação em enfermagem do município. Existem 14 instituições que oferecem cursos de graduação em enfermagem, com 2138 concluintes no ano de 2008.

Assim, esses fatores associados possuem implicações na formação dos alunos e, conseqüentemente, na atuação profissional futura. Como vimos no estudo, a ESF é a aspiração profissional dos alunos, contudo a atuação e a assistência à saúde da população poderão estar prejudicadas, uma vez que os profissionais se graduam muitas vezes sem conhecer a Saúde da Família ou a conhecem com seu funcionamento e efetividade de forma segmentada e muitas vezes, deficiente.

Construir o consenso em torno da necessidade de mudança do modelo de assistência, que tenha uma porta de entrada acessível para uma população de referência conhecida, com seus problemas de saúde levantados e avaliados, que permitam a elaboração de um planejamento e programação de ações, é o passo mais importante para a transformação das práticas na assistência à saúde da população. A assistência integral, humanizada e resolutiva requer um processo de trabalho em saúde articulado intra e inter-equipes de saúde (ROCHA; CACCIA-BAVA, 2009).

Finalizando este estudo, apesar de sua limitação para generalizações, é possível elucidar questões que auxiliem o processo de reformulação da formação em saúde. Há necessidade de realizar novas pesquisas, mais abrangentes, no campo da formação, de modo a complementar esta análise e contribuir para o debate.

Considera-se que avanços e retrocessos são constantes e inerentes ao processo de mudança. Contudo, nada deve parecer impossível de mudar. É como a Antologia poética de Brecht (1977) que diz:

Desconfiai do mais trivial na aparência do singelo e examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é hábito como coisa

¹⁵ Dados disponíveis em: <www.datasus.gov.br>.

natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar¹⁶.

¹⁶ *Antologia poética* (1977). Bertolt Brecht, médico e doutor em ciências naturais, poeta, teatrólogo, romancista e crítico de arte. Apud PIERANTONI, Célia Regina. *Reformas da Saúde e Recursos Humanos*. Tese de Doutorado. UERJ-IMS, 2000.

REFERÊNCIAS

BOGDAN. R.; BIKLEN. S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto, 1994. 126p.

BRASIL. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais / Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação, 2006. 162 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).**

_____. _____. **Censo da educação superior de 2005**. Dados primários não publicados. Brasília: INEP, 2005.

_____. _____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf> Acesso em: 03 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. Informações de Saúde - Demográficas e socioeconômicas. **Censos (1980, 1991 e 2000), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popRJ.def> Acesso em: 03 abr. 2009.

_____. _____. DataSUS. Informações de Saúde - Rede Assistencial. **Número de estabelecimentos da atenção básica, equipes de saúde e equipes de saúde da família**. 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeRJ.def> Acesso em: 03 abr. 2009.

_____. _____. **Decreto n.º 6.860**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/ Ato2007-2010/2009/Decreto/D6860.htm#art10 Acesso em: 20 abr. 2009.

_____. _____. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** Brasília: 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. **Departamento de Atenção Básica**. 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php> Acesso em: 10 jan. 2010.

_____. _____. _____. **Histórico: Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação - competência dezembro/1998, 2003, 2008**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 01 dez. 2009.

_____. _____. _____. **PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/proesf/index.php> Acesso em: 02 dez. 2009.

_____. _____. _____. **NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php> Acesso em: 04 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfBR.DEF> Acesso em: 10 fev. 2009.

_____. _____. _____. Cadastramento Familiar. Rio de Janeiro. **Número de famílias e pessoas atendidas pelo PSF e PACS em Dez 2009.** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/siabfRJ.def> Acesso em: 08 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Competências e organograma da secretaria.** Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=24799. Acesso em: 15 out. 2009.

_____. _____. _____. **Departamento de Gestão da Educação.** Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1261 Acesso em: 15 out. 2009.

_____. _____. _____. **Educação Superior.** Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1264 Acesso em: 15 out. 2009.

_____. _____. _____. **Educação Permanente.** Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1265 Acesso em: 15 out. 2009.

_____. _____. _____. Educação Permanente. **Capacitação gerencial.** Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30198 Acesso em: 16 out. 2009.

_____. _____. _____. Educação Superior. **Residência Multiprofissional em Saúde.** Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=27945 Acesso em: 16 out 2009.

_____. _____. _____. **O SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. _____. **Portaria PNEP:** Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf Acesso em: 16 out. 2009.

_____. _____. _____. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde).** Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597 Acesso em: 16 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS-PROGESUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.** Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Portaria Interministerial nº. 2.118 de 03/11/2005.**

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/B%202118%20INSTITUIR%20PARCEIRIA%20ENTRE%20O%20%20MEC%20e%20o%20%20MS%20REF.pdf> Acesso em: 20 abr. 2009.

_____. _____. **Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_sakai_politica.pdf Acesso em: 15 mar. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 05 mar. 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr.2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2010.

CAMPOS, Francisco Eduardo et al. O programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde: PRO-SAUDE. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luisa D'Ávila (Org.). **Educação e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. p. 25-35.

CARVALHO, A.C. de (Org.). Antecedentes históricos. In: ABEn. **Documentário.** Brasília: ABEN, 1976. p. 3-19.

CATTANI, A.D. (Org.). **Trabalho e tecnologia:** Dicionário Crítico. Petrópolis: Vozes, 1997, p.292.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986. Brasília. **Relatório Final.** Brasília, Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 10 mar 2010.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (BRASIL). **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

COSTA, Lauriana M.; GERMANO, Raimunda M. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, Dec. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2010.

ESTAÇÃO de Trabalho Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Estado do Rio de Janeiro/Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde- ET-IMS/UERJ/ROREHS. **Sistema de Informação das Graduações em Saúde (SIGRAS)**. Disponível em: <http://obsnet.vivina.com.br/sigras>. Acesso em: 18 jan. 2010.

_____. Pesquisas Concluídas. **Empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil. 2006**. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/ver_pesquisa.asp?id=42. Acesso em: 10 jan. 2009.

GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro. **Gestão do trabalho e da Educação na Saúde: uma reconstrução histórica e política**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. 169p.

GAUTHIER, J.H.M. et al. Pesquisa Quantitativa e Metodologia. In: _____. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1992. Disponível em: www.bireme.br. Acesso em 21 abr. 2008.

_____; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (Org.). **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 221-256.

HADDAD, Ana Estela. Apresentação "**Telessaúde Brasil - tecnologias a serviço da atenção primária à saúde**", no Painel 10 - Interoperabilidade nos fluxos de informação nos sistemas de saúde. 2008. Disponível em: <http://midias.bireme.org/mediadetails.php?key=9324c1bd1df53f408d00&title=Aprese nta%C3%A7%C3%A3o+Ana+Estela+Haddad> Acesso em: 15 nov. 2009.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007**. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/> Acesso em: 17 out. 2009.

_____. Geociência. Cartografia. Mapeamento das Unidades Territoriais. Área Territorial Oficial. **Consulta por Município**: Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/area.php?nome=rio+de+janeiro&codigo=&submit.x=20&submit.y=8> Acesso em: 15 nov. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. ENADE. **O que é o Enade?** Brasília, 2008. Disponível em: http://www.inep.gov.br/superior/enade/enade_oquee.htm Acesso em: 02 mar. 2008.

HADDAD, Ana Estela et al. (Org.). **Trajetória dos Cursos de Graduação na Área da Saúde**: 1991-2004. v. 4. Enfermagem. Brasília: INEP, 2006.

ITO, Elaine Emi et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, 2006, v. 40, n. 4, p. 570-5.

LIRA, N.F. de; BONFIM, M.E.S. **História de Enfermagem e Legislação**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1989. 67 p.

LOPES NETO, David et al. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 31-144.

MACHADO, Maria Helena. Mercado de trabalho em Saúde. In: FALCÃO, André et al. (Org.). **Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 227-248.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 1991. 270 p.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M.; **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MICROSOFT. **Access 2007**. Disponível em: <<http://office.microsoft.com/pt-br/access/FX100487571046.aspx>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

NORONHA, José Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (Org.). **Saúde e Sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 75-100

PAIXÃO, Waleska. **Páginas de história da enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1963. 112p.

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 341-360, 2001.

_____. **Reformas da Saúde e Recursos Humanos**: novos desafios x velhos problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da política

nacional de saúde. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____ et al. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BARROS, A.F.R.; SANTANA, J.P.; NETO, P.M.S.(Org.).

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. v. 2. Brasília: OPAS, 2004, p. 183-202.

_____; VARELLA, Thereza Christina. A profissão do enfermeiro no Brasil: um mercado em transformação. In: PIERANTONI, Célia R. (Org) et al. **Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 142-152.

_____ et al. Reconfigurando perfis profissionais: A especialização em saúde da família. In: PIERANTONI, Célia R; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Org.). **Educação e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 224-239.

POLIT, D.F.; BECK, C.T; HUNGLER,B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Métodos avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBAS, S.A. **Metodologia científica aplicada**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2004. 110p.

ROCHA, Juan Stuardo Y.; CACCIA-BAVA, Maria do Carmo G. G. A atenção básica na construção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1336-1345, 2009.

SANTOS, Luiz A. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-28, jan-mar., 2008.

SOFTWARE R 2.10.0. 2009. Disponível em: <http://r.darwinports.com>. Acesso em: 20 fev. 2009.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R., 2003. **Health measurement scales**. A practical guide to their development and use. 3 ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

SOUZA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1.325-1.335, 2009.

VARELLA, Thereza Christina et al. **A expansão da graduação em enfermagem no Brasil – configurando as motivações e expectativas dos alunos**. Rio de Janeiro: FENF/UERJ, 2007.

_____. **Mercado de trabalho do enfermeiro no Brasil**: configuração do emprego e tendências no campo do trabalho. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

_____; MATSUMOTO, Karen. O trabalho do enfermeiro no Brasil: analisando oferta e demanda no mercado. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANNA, Ana Luiza D. (Org.). **Educação e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 25-35.

VARGAS, Liliana Angel; GARBOIS, Julia Arêas; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Empregabilidade dos enfermeiros no Brasil. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 6, supl. 1, p. 65-74, 2002.

_____; FILHO, Antenor .Amâncio; OLIVEIRA, Eliane dos Santos. **Mercado de trabalho em saúde na Região Sudeste-Brasil: a inserção da equipe de enfermagem**. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100019. Acesso em: 21 abr. 2008.

_____; SILVA, M. T. N. Pessoal de enfermagem no Brasil e evolução da formação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 13-20, 1994.

_____ et al. Tendências do Sistema Educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BARROS, André Falcão do Rêgo; SANTANA, José Paranaguá de; NETO, Pedro Miguel dos Santos (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil** - estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, v. 2, p. 183-202, 2004.

APÊNDICE A: Tabelas

Tabela 1A - Alunos de graduação em enfermagem segundo contribuição financeira com a manutenção da casa de acordo com a natureza jurídica da instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Contribuição financeira	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Sim	15	38	25	25
Não	21	54	75	75
Na's	3	8	0	
Total	39	100	100	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Tabela 2A - Alunos de graduação em enfermagem segundo realização de curso de língua estrangeira. Rio de Janeiro, 2009.

Realização de curso de língua estrangeira	Fi	%
Sim	43	55
Não	33	42
Na's	3	4
Total	79	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Tabela 3A - Alunos de graduação em enfermagem segundo ano de ingresso no curso de graduação em enfermagem. Rio de Janeiro, 2009.

Ano de ingresso	Fi	%
2003	1	1
2004	4	5
2005	13	17
2006	61	77
Total	79	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Tabela 4A - Alunos de graduação em enfermagem segundo incentivo das instituições à pesquisa e produção do conhecimento científico. Rio de Janeiro, 2009.

Incentivo a pesquisa	Instituição A		Instituição B	
	Fi	%	Fi	%
Sim	30	77	39	97
Não	9	23	1	3
Total	39	100	40	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Tabela 5A - Alunos de graduação em enfermagem segundo tipo de estágio que realizam/realizaram na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2009.

Tipo de estágio	Fi	%
Acadêmico bolsista	3	21
Iniciação científica	3	21
Extensão	5	36
Outro	3	21
Total	14	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família. (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

Tabela 6A - Alunos de graduação em enfermagem segundo bolsa durante o estágio que realizam/realizaram na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2009.

Bolsa durante o estágio	Fi	%
Sim	6	43
Não	8	57
Total	14	100

Fonte: Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família (ET-IMS/UERJ/ROREHS, 2009).

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social
Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: **Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família.**

Você foi selecionado por ser Aluno de graduação e estar cursando o último período da faculdade. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar a formação do enfermeiro, no município do Rio de Janeiro, na perspectiva do trabalho no Programa de Saúde da Família.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher o questionário e devolvê-lo no dia e horário combinados. Sua participação é muito importante, pois contribuirá para o estudo sobre o processo formativo do enfermeiro no Município do Rio de Janeiro, o qual poderá oferecer subsídios à formulação de políticas no campo da saúde e da educação para a categoria. Não identificamos riscos relacionados à sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação uma vez que os questionários não são identificados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Vale ressaltar que esta pesquisa tem o apoio da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde.

Mestranda: Karen Matsumoto, karenmatsumoto@gmail.com

Coordenadora da pesquisa: Prof^a. Dr.^a Célia Regina Pierantoni, Prof.^a Adjunta do Instituto de Medicina Social da UERJ; cpierantoni@gmail.com.

Rua São Francisco Xavier 524, 7^o andar, sala 7010, Bloco E – Maracanã – Rio de Janeiro - RJ CEP 20559-400 – Tel.: (21)- 2234-7378

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados – ICD

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20559-900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2587-7303 / 2587-7572 / 2284-8249
FAX: 55-021-2264-1142

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL



Estação de Trabalho IMS/UERJ
Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

**Análise da formação do enfermeiro para atuação
no Programa de Saúde da Família**

QUESTIONÁRIO PARA ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mestranda: Karen Matsumoto
Coordenadora da pesquisa: Prof^a. Dr.^a Célia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro
Setembro
2009

Carta aos Estudantes de Graduação de Enfermagem

Prezados Alunos,

O presente questionário é o instrumento de coleta de dados que compõe a dissertação de Mestrado intitulada: **Análise da formação do enfermeiro para atuação no Programa de Saúde da Família**, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

É importante ressaltar que o estudo sobre a formação do enfermeiro para o trabalho no PSF será fundamental como subsídio para o desenvolvimento de políticas tanto no campo da saúde como também no do trabalho e da educação, em um momento em que se verifica expansão de postos de trabalho nessa área de atuação.

Assim, é primordial a colaboração de todos no preenchimento do questionário ora distribuído, sem o qual não será possível a conclusão do trabalho. Cabe esclarecer que o questionário não é identificado, ficando, deste modo, preservada a privacidade dos dados pessoais coletados.

É bem simples preencher o questionário! Observe apenas que:

1. As informações deverão ser registradas a caneta.
2. Há um fluxo das questões.
3. Apenas uma opção poderá ser marcada em cada questão. Porém, há questões em que existe a possibilidade de assinalar mais de uma alternativa. Somente nesse caso, assinale com "X" até quantas forem indicadas.
4. Não deixe nenhuma questão em branco, exceto quando o fluxo indicar salto de questões.

Em caso de dúvidas, o contato poderá ser feito através do e-mail: karenmatsumoto@gmail.com, pelo telefone: 2234-7378 ou ainda, encontro presencial com a mestrande no *campus* da universidade em dias previamente combinados, onde também os questionários deverão ser entregues.

Certos de contar com o apoio de todos.

Atenciosamente,

Karen Matsumoto

Mestranda IMS/UERJ

Célia Regina Pierantoni

Prof.^aAdjunta IMS/UERJ

Orientadora

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO

1.1 - Sexo:

1 Masculino 2 Feminino

1.2 - Ano de nascimento: (_____)

1.3 - Nacionalidade:

1 Brasileira 2 Estrangeira - País? _____

1.4 - Naturalidade:

(Sigla do estado)

BLOCO 2 – PERFIL SÓCIO- ECONÔMICO

2.1- Reside com os pais?

1 Sim
 2 Sim, mas está fora para estudar
 3 Não

2.2- Você contribui financeiramente com a manutenção da casa? (Em caso negativo, passe para a questão 2.3).

1 Sim 2 Não

2.2 a - Se respondeu afirmativamente, de que forma?

1 Trabalha
 2 Bolsa de estudos
 3 Pensão ou renda

2.3.- Fez/faz curso de língua estrangeira? (Em caso negativo, passe para a questão 3.1).

1 Sim 2 Não

2.3.a - Qual o idioma? (Pode assinalar mais de uma opção).

1 Inglês
 2 Francês
 3 Espanhol
 4 Outro

BLOCO 3 – SITUAÇÃO E ATIVIDADE ACADÊMICA

▪ **3.1 - GRADUAÇÃO:**

3.1.1- Faculdade ou Escola de enfermagem em que está cursando a graduação:

1 Pública

2 Privada

3.1.2- Ano de ingresso: _____

3.1.3- Período que está cursando:

1 8º

2 9º

3.1.4- Qual o turno que cursa na faculdade:

1 Manhã

2 Tarde

3 Noite

4 Integral (manhã e tarde)

▪ **3.2 - ATIVIDADES CURRICULARES:**

3.2.1 – Quais são os determinantes do processo saúde-doença enfatizados pela faculdade?

1 Biológicos: valoriza os aspectos biológicos da doença, enfatizando uma abordagem curativa, intervencionista e medicalizante.

2 Biológico/Social: aborda os aspectos biológicos da doença e considera os aspectos sociais que interferem no processo saúde-doença.

3 Múltiplos determinantes: aborda a saúde como um processo multideterminado, valorizando ações de promoção, prevenção, recuperação, na perspectiva de vigilância da saúde.

3.2.2 – A faculdade incentiva os alunos a pesquisa e a produção de conhecimento científico?

1 Sim

2 Não

3.2.3 – Há oportunidades de bolsas de iniciação científica ou extensão?

1 Sim

2 Não

3.2.4 – Você participa ou já participou de atividades/grupo de pesquisa? (Em caso negativo, passe para a questão 3.2.5).

1 Sim

2 Não

▪ **3.4 – CONDIÇÕES DE ENSINO:**

3.4.1- Marque cada opção de acordo com a legenda abaixo:

S (Satisfeito com as condições oferecidas pela faculdade em que cursa a graduação).
I (Insatisfeito com as condições oferecidas pela faculdade em que cursa a graduação).
EP (Em parte satisfeito/insatisfeito com as condições oferecidas pela faculdade em que cursa a graduação).

- 1 Carga horária flexível compatível com outra atividade (ex: trabalho).
 2 Infra-estrutura e recursos materiais adequados para o ensino (salas de aula, recursos audiovisuais, etc).
 3 Equipe de professores qualificada.
 4 Boa inter-relação entre ensino e mercado de trabalho.
 5 Oferece bons campos de prática.
 6 Outro: _____

▪ **3.5 – EXPECTATIVA PROFISSIONAL:**

3.5.1- Quais as expectativas profissionais ao término da graduação? (Pode assinalar mais de uma opção).

- 1 Trabalhar em uma unidade hospitalar
 2 Trabalhar na Atenção Básica/PSF
 3 Trabalhar em Instituição de Ensino
 4 Buscar aprimoramento profissional (residência, *trainee*, pós-graduação *Lato-Sensu*, etc)
 5 Buscar formação para a área acadêmica/pesquisa (Mestrado)
 6 Outro. Especifique: _____