

A formação do enfermeiro em diferentes regiões de saúde do Brasil

Carinne Magnago ¹
Celia Regina Pierantoni ²
Cristiana Leite de Carvalho ³
Sabado Nicolau Girardi ⁴

^{1,2} Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier, 524, Bloco E, sala 7010. Maracanã. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20.559-900. E-mail: carinne.mag@gmail.com

^{3,4} Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo

Objetivos: identificar se ocorreram mudanças na formação do enfermeiro no Brasil, por um lado, e se a regionalização da saúde incorreu em ingerência nesse processo, de outro.

Métodos: pesquisa exploratória, do tipo estudo de casos múltiplos, de abordagem qualitativa, desenvolvida entre os meses de novembro de 2015 e março de 2017, em sete regiões de saúde do Brasil. Os dados foram coletados por entrevistas em profundidade com 16 gestores de cursos de graduação em enfermagem, e por análise documental de projetos políticos pedagógicos. Foi empreendida análise de conteúdo, tendo como referencial teórico as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Resultados: verificou-se perfis de egressos variados, com maior tendência ou para as práticas de saúde de nível básico ou para as de nível hospitalar, com competências para uma assistência à saúde ainda fragmentada e não interdisciplinar. A estrutura curricular dos cursos centra-se em disciplinas isoladas, com pouca ou nenhuma integração interdisciplinar e o modelo pedagógico alicerça-se em estratégias de ensino-aprendizagem majoritariamente tradicionais e em processos de avaliação somativa. Não foram evidenciadas diferenças entre as regiões de saúde.

Conclusões: é preciso, em concomitância com as mudanças que se exigem no campo de formação, empreender esforço no desenvolvimento das redes de saúde e das instituições formadoras, o que já vem se provando fator de retenção profissional e de desenvolvimento regional.

Palavras-chave Educação superior, Enfermagem, Regionalização, Sistema Único de Saúde, Recursos humanos em saúde

Introdução

A Constituição Federal do Brasil¹ definiu a regionalização como estratégia importante para a garantia do direito à saúde, dispondo que o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria se conformar por ações e serviços ofertados por recursos humanos em saúde (RHS) suficientes e com perfil de formação consoante às necessidades da população usuária.²

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)³ para os cursos de graduação em saúde, a partir de 2001, direcionando o processo de formação em saúde, e a expansão acentuada de cursos e vagas do ensino superior, não foram suficientes para superar as desigualdades de oferta de RHS. Ainda se observa, do ponto de vista quantitativo, a concentração regional de aparelhos formadores⁴ e, do ponto de vista qualitativo, que os profissionais de saúde são submetidos a um processo de formação deficiente que não prepara o profissional para atuar na perspectiva do SUS.^{5,6}

Considerando a ampliação da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família, se tem por desafio a criação de dispositivos que permitam articular trabalho e formação de modo a traduzir as demandas atuais e que permita combinar as habilidades e competências multiprofissionais adequadas às realidades locais regionais.

Nesse cenário se insere a enfermagem, categoria profissional que mais cresceu na primeira década do século XXI.⁷ Anualmente, no Brasil, são formados cerca de 30 mil enfermeiros,⁸ que têm papel fundamental e estratégico para o fortalecimento do modelo de atenção do SUS. Para isso, o processo de formação de competências desses profissionais deve ser fortemente conectado aos serviços de saúde e à realidade em que se encontram.

Pelo exposto, e se tendo sido decorridos quase 30 anos de implementação do SUS e 15 anos das DCN, este estudo objetivou identificar se ocorreram mudanças na formação do enfermeiro no Brasil, por um lado, e se a regionalização da saúde incorreu em ingerência nesse processo, de outro.

De maneira inédita, debruça-se sobre a formação de RHS conjuntamente à regionalização, no entendimento de que às mudanças na primeira são dependentes e, ao mesmo tempo, promotoras do desenvolvimento das redes regionalizadas de saúde.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório, do tipo casos múltiplos, qualitativo, desenvolvido entre novembro de 2015 e março de 2017 (recorte da pesquisa

Regulação das Profissões de Saúde, que investigou a formação de sete profissões de saúde), e cujo objeto de análise foram cursos de graduação em enfermagem.

Os cenários de estudo delimitados foram as regiões de saúde objeto de investigação da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” (Coordenada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, cujo objetivo é avaliar os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde) quais sejam: Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (PEBA), especificamente as Macrorregiões de Saúde de Petrolina/PE e de Juazeiro/BA; Entorno de Manaus/AM; Baixada Cuiabana (MT); e Região Metropolitana de Porto Alegre (RS). Além dessas, foram investigadas três regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro: Norte Fluminense, Metropolitana I e Metropolitana II.

Os dados foram coletados por entrevistas em profundidade com gestores de ensino (diretor, coordenador, vice-coordenador). Considerando o tempo previsto de cinco dias de coleta de dados em cada uma das regiões, foram realizados convites por telefone e/ou correio eletrônico, tendo-se a preocupação de abranger o maior número de cursos possível. Foram realizados 54 convites a coordenadores, dos quais 16 aceitaram participar mediante disponibilidade no período previsto para a coleta de dados.

Para as entrevistas, foi elaborado, com base nas diretrizes curriculares para os cursos de enfermagem (DCENF), questionário semiestruturado com 54 questões relativas ao perfil do entrevistado, caracterização da instituição de ensino e curso, estrutura curricular e perfil do egresso. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, com o propósito de produzir inferências.

Também foi realizada análise documental dos projetos políticos pedagógicos (PPP) dos cursos incluídos na amostra, os quais foram solicitados aos entrevistados ou acessados virtualmente nas páginas eletrônicas das instituições de ensino. A análise documental foi norteada pelas DCENF e pelo questionário confeccionado para as entrevistas.

Em atendimento às normas previstas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde,⁹ o projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob Parecer 1.248.858.

Resultados e Discussão

Perfil dos respondentes

Todos os 16 entrevistados se graduaram em enfermagem, entre os quais, 13 mulheres. Doze deles afirmaram possuir experiência anterior em cargos de gestão educacional. Quanto ao perfil etário, registrou-se idade média de 48 anos.

Caracterização dos cursos

Foram incluídos 16 cursos: seis privados e dez públicos, entre os quais, oito federais. A maioria se localiza na região Sudeste (62,5%), e, em menor número, nas Regiões Norte e Centro-Oeste (6,3%, cada). O panorama de concentração dos cursos analisados acompanha a distribuição nacional do total de cursos da área da saúde e do total de curso da enfermagem.⁸ Esses dados são confirmados por pesquisa nacional, cujos resultados apontam para a hegemonia da Região Sudeste como celeiro de formação e alocação: do total de enfermeiros inscritos nos conselhos profissionais, cerca de 45% se formaram e trabalham nessa região.¹⁰

Os 16 cursos, em conjunto, ofertam 2.110 vagas por ano, com média de 132 vagas por curso, e média de preenchimento de 84%, isto é, do total de vagas ofertadas, 16% ficam ociosas. Segundo a natureza jurídica, a média de vagas anuais e de preenchimento é de 230 sendo 68,8%, entre os privados, e de 73 e 99,5%, entre os públicos, nesta ordem.

Em 63% dos cursos analisados, a maior parte de seus alunos é proveniente da mesma região de saúde onde se localiza o curso. Segundo respondentes, essa característica se deve, sobremaneira, à adoção do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) como modalidade de ingresso, especialmente em razão dos percentuais de cota atrelados, sugerindo uma democratização no acesso ao ensino superior pela comunidade local.

Em relação à carga horária total, a média computada é de 4.466 horas no conjunto dos 16 cursos; entre os privados a média é de 4.086 horas e, entre os públicos, de 4.693 horas.

A formação de enfermeiros no Brasil

Faz-se obrigatório pelo Ministério da Educação (MEC) que todos os cursos de graduação adotem um PPP construído coletivamente a partir do Núcleo Docente Estruturante (NDE), cuja responsabilidade é de atuar no processo de concepção, consolidação e contínua atualização desse documento. No âmbito

desta pesquisa, a maior parte dos PPP foi implementada/atualizada no quadriênio 2013-2016, com indicativo de novas modificações no futuro próximo, dada a expectativa de lançamento de novas DCENF, tal como ocorrera para a medicina.¹¹ A existência do NDE foi reportada por todos os entrevistados, embora nem sempre seja ele o encarregado de proceder atualizações no PPP, papel que recai, em alguns cursos, para os coordenadores.

No entendimento de que os conhecimentos se complementam, a construção coletiva e dialogada do PPP é imprescindível para estruturação de um processo educacional de qualidade, a qual é dependente de uma série de fatores que se interpenetram, entre eles, docentes que viabilizem a organização do trabalho pedagógico proposto.

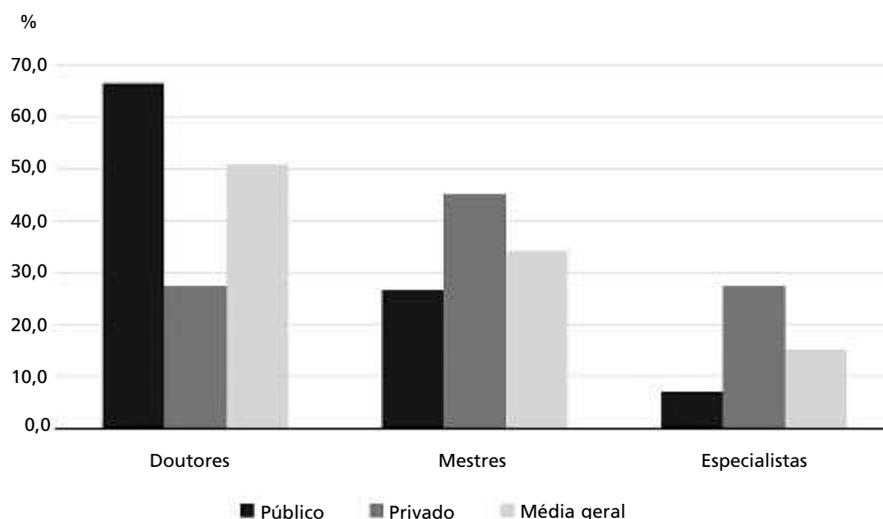
A transformação educacional ocorrida a partir da década de 1990 alterou significativamente o processo de trabalho das instituições formadoras, o perfil e responsabilidades do docente de curso de nível superior, que envolve funções políticas, administrativas, acadêmicas e institucionais. A esse docente é atribuída a responsabilidade de formar profissionais competentes para suprir as necessidades do mercado de trabalho. Para tanto, ele precisa ter conhecimento aprofundado sobre os conteúdos que compõem o curso, sobre recursos pedagógicos e novas tecnologias para compartilhar conhecimentos e promover desenvolvimento de habilidades e competências em seus alunos.¹²

Nesse contexto, a composição do corpo docente ganha relevância na medida em que o professor é participante de todo o processo educativo. A esse respeito, o presente estudo identificou média de 41 docentes por curso; entre os públicos, a média foi de 46 e, entre os privados, de apenas 30. Os doutores e mestres correspondem a 85% do total de docentes. Essa proporção entre os cursos públicos é de 93% e, entre os privados, de 72,7% (Figura 1). Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos.¹³⁻¹⁵

Além da formação prévia, diversificados fatores podem influenciar o desempenho docente e, portanto, a eficiência em formar alunos com o perfil esperado, como as condições de trabalho que envolvem a política de remuneração e de carga horária. Quanto a isso, as entrevistas apontam, para os cursos públicos, um perfil de docente estatutário, sob regime de trabalho de tempo integral e dedicação exclusiva, com remuneração média de R\$64,00/hora. O perfil do docente da rede privada, por sua vez, é caracterizado por uma pluralidade de vínculos institucionais (CLT, horista e temporário), com jornada de trabalho variando de 10h a 40h, e

Figura 1

Proporção de docentes doutores, mestres e especialistas dos cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16).



remuneração média de R\$52,50 hora/aula. Grande parte desses docentes atua, também, como enfermeiro assistencial.

Com base em tipologia de contextos institucionais,¹⁶ as características assinaladas nesta pesquisa sugerem classificar o contexto dos cursos públicos de enfermagem como acadêmicos, em que há alta proporção de doutores em tempo integral; e os privados como empresariais, entendidos como aqueles que possuem pequena proporção de doutores (inferior a 50%) e de professores em contrato de tempo integral.

A interface empresarial da educação e a abertura do mercado educacional a partir da década de 1990 fizeram cair o nível de exigência profissional para o docente do ensino superior e, por consequência, das condições de trabalho. Essa conjuntura é denominada por Ferreira¹⁷ como banalização do trabalho docente de ensino superior, em que vigoram os regimes de trabalho parcial e horista, os quais contribuem para a pequena participação do professor no trabalho colegiado e no acúmulo de vínculos para complementação salarial.

No contexto acadêmico, embora o cenário se mostre mais favorável à valorização e ao desenvolvimento das práticas docentes de maneira mais satisfatória, incide a possibilidade de o trabalho docente se concentrar em atividades de pesquisa e no ensino de pós-graduação, em prejuízo das atividades de graduação e extensão.

“Atividades de extensão pontuam menos que

as científicas [...]. Isso faz com que haja um número pequeno de professores extensionistas. [...] Estamos empurrando o docente para se tornar um mero produtor de artigos, e nem sempre de boa qualidade” (Região Metropolitana II/RJ)

Tal realidade também foi pontuada por docentes de enfermagem da cidade de São Paulo. Segundo eles, há uma grande preocupação em se atingir as metas institucionais de produção científica, as quais tem implicação direta na avaliação dos programas de pós-graduação, gerando um afastamento das atividades de graduação.¹⁵

O trabalho docente tem grande relevância na viabilização dos PPP e, logo, na formação de sujeitos com visão ampliada de saúde, ativos e comprometidos com a transformação da realidade. É o corpo docente que possibilita pôr em prática o que propõe o PPP, pois, é dele dependente a utilização de métodos pedagógicos eficazes para a apresentação dos conteúdos curriculares que darão sustentação ao desenvolvimento das competências necessárias ao enfermeiro, determinando, assim, o perfil do egresso. Dito isso, depreende-se que, além das condições de trabalho, a organização curricular deve ser favorável ao trabalho docente.

Isso posto, identificou-se que os cursos de enfermagem, em sua maioria, são organizados em dois ciclos: básico, a cargo de docentes de outras unidades da instituição e com conteúdo mais amplo ligado às Ciências da Saúde; e profissional,

desenvolvido por enfermeiros lotados no curso de enfermagem, com conteúdo mais específico da profissão. Cada um dos ciclos é composto por disciplinas isoladas, de modo que a integração e a interdisciplinaridade encontram obstáculos.

Destaca-se que alguns PPP, embora apresentem orientação pedagógica integrada e descrevam o desenvolvimento curricular por meio de eixos/núcleos temáticos, na prática, se desmembram em disciplinas isoladas.

“A transversalidade disciplinar é um grande desafio, em razão da carga teórica do curso ser muito grande. Estamos tentando fazer, mas ainda é de forma bem estanque.” (Região Metropolitana I/RJ)

Segundo os entrevistados, entre as dificuldades que se impõem na concretização de um currículo integrado estão o número de professores e a pouca comunicação entre as diferentes unidades institucionais responsáveis pelos ciclos básico e profissionalizante.

“Nós não somos modulados. Somos por disciplina. Nós não temos o quantitativo de professores que possa atender a essa possibilidade. Temos que ter um professor do início ao fim do curso, que esteja envolvido no processo.” (Região do PEBA)

Estudo que analisou o processo de implantação do currículo integrado de um curso de enfermagem apontou que, dentre os fatores que facilitaram a mudança de currículo, se destacaram o número de professores envolvidos no processo e a união entre os professores do básico com os do profissionalizante, viabilizando a interdisciplinaridade, a correlação entre teoria e prática e a integração dos conteúdos de modo a proporcionar aprendizagem significativa.¹⁸

Desse panorama surgem dificuldades de implementação e uso de metodologias ativas. Nos cursos analisados vigoram, majoritariamente, as aulas expositivas, baseadas no protagonismo do professor, e processos de avaliação somativa, fundamentada em provas periódicas. Tal situação vai de encontro ao que propõem as DCENF, segundo as quais os cursos devem assegurar o uso de metodologias que estimulem o aluno a refletir sobre a realidade social.³ É bem verdade, no entanto, que existe o esforço de mobilizar novos modos de ensinar, e que esses têm repercutido de maneira positiva no processo de formação.

Utilizamos aulas expositivas, aulas dialógicas [...]. A gente observa um perfil de docente inovador, com uma tendência a utilizar metodologias ativas. Infelizmente, esses professores não são maioria. A gente ainda vê muito o tradicional. (Região Entorno de Manaus)

A resistência docente em implementar metodologias ativas foi relatada por grande parte dos entrevistados. Sobre isso, Cunha¹⁹ argumenta que, durante a sua formação, os docentes absorveram concepções e experiências epistemológicas e didáticas, por meio das quais organizaram seus esquemas cognitivos que dão suporte a sua atuação docente. E, nesse contexto, encontram dificuldades em compreender e implementar novos modelos pedagógicos. Intervir nesse processo de naturalização profissional exige, então, um trabalho sistematizado de reflexão, baseada na desconstrução da experiência.²⁰

Estudo identificou como empecilhos comuns para aplicação de novas metodologias a influência de métodos conservadores que gera a resistência de alguns profissionais na aceitação de outras concepções pedagógicas; a rigidez das instituições e serviços de saúde; e o desconhecimento das teorias pedagógicas.²¹

A falta de tempo, justificada pelo excesso de funções docentes – que envolvem planejamento de aulas, acompanhamento do aluno em campos de estágio, metas de produção científica etc., – também foi pontuada por coordenadores das instituições públicas como limitantes para o desenvolvimento de novos métodos de ensino. No âmbito das privadas, se pontuou a falta de incentivo institucional e o regime de contratação que paga tão somente o tempo gasto em sala de aula. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo com docentes de um curso de enfermagem do Nordeste.²⁰

Frente a essa realidade, como construir projetos pedagógicos coletivos e formas de organização didática diferenciadas com uso de metodologias ativas, já que essas tarefas implicam tempo, dedicação e vínculo institucional?⁶ Como romper com a estruturação fragmentada dos currículos e desenvolver uma que seja, de fato, interdisciplinar e transversal e capaz de subsidiar o desenvolvimento das competências necessárias ao enfrentamento da realidade social apresentada aos enfermeiros em seu trabalho cotidiano?

Os PPP analisados mostram-se, em parte, documentalmente inovadores e aderentes às DCENF; por outro lado, os discursos dos gestores

demonstram as fragilidades institucionais que dificultam a materialização do que se propõe. Entre elas se encontram as relacionadas aos cenários utilizados para o desenvolvimento das atividades práticas.

Os dados da pesquisa apontam para a inserção do aluno desde o início do curso, em diversos espaços sociais e de saúde, que incluem hospitais, unidades básicas e especializadas, asilos e escolas. Apesar disso, os entrevistados manifestaram problemas relacionados à infraestrutura das unidades, ao número de alunos e de docentes, a dificuldades no estabelecimento de contratualização com a gestão local de saúde para o desenvolvimento das atividades e à disputa de espaço de campos práticos com as instituições privadas.

Causa preocupação o pagamento de preceptores específicos para acompanhamento do aluno pelas instituições privadas, retirando do enfermeiro a responsabilidade de preceptorar, e o estabelecimento de acordos financeiros com as unidades para usufruto do campo.

“Tem muita competitividade em termos de estágio. [...]. Tem campo que a gente não consegue e precisa buscar fora, porque aqui tem várias instituições formadoras em saúde.” (Região Metropolitana de Porto Alegre)

“Começaram a cobrar para ter o aluno lá dentro. E tem curso que paga, o que é ruim porque acaba gerando um vício.” (Região Norte Fluminense/RJ)

Dessa situação emergem dois elementos que podem comprometer todo o processo de formação. Um, para os alunos dos cursos privados, que não estabelecem vínculo com os preceptores, já que esses não são docentes e atuam exclusivamente no campo, incorrendo numa formação ainda mais fragmentada e deslocada da teoria. Outro, para os públicos, que não conseguem competir, no aspecto financeiro, com as privadas, e perdem cada vez mais espaço no território.

Tais dificuldades acabam por diminuir o número e a qualidade de atividades desenvolvidas pelos alunos e comprometem o desenvolvimento de competências-chave necessárias ao perfil de egresso almejado.

Ao analisarmos o perfil do egresso proposto pelos PPP, depreende-se que a formação do enfermeiro se pauta no desenvolvimento de competências para uma atuação profissional generalista, como proposto nas DCENF. O discurso,

no entanto, deixa escapar que alguns cursos não superaram o paradigma da formação hospitalar, afirmando, inclusive, que esse cenário, durante o curso, é o mais privilegiado como campo de atuação de enfermeiros.

“Se olhar no nível do currículo, a atenção básica se destaca. Se analisar em nível de processo, de formação, de como cada professor trabalha, a gente ainda tem uma centralização no hospital.” (PEBA)

“Está bem distribuído. A gente tem atividades de gerenciamento, na atenção básica. Mas a hospitalar ainda está na frente.” (Região Metropolitana de Porto Alegre)

Essa percepção é confirmada pela análise das matrizes curriculares, que apontam para a concentração de disciplinas centradas no caráter biológico ou procedimental da enfermagem (Tabela 1).

Embora os PPP mostrem intencionalidade em desenvolver ações de aderência às DCN e, dessa forma, às necessidades do sistema nacional de saúde, a concretude do que se expõe ainda está em vias de viabilização. Dessarte, cabe uma reflexão sobre as próprias DCENF que, propondo-se gerais e orientadoras, podem não dar conta da complexidade do processo de formação de enfermeiros, especialmente em se tratando de um país plural como o Brasil, cujas realidades regionais são ímpares.

“As DCN são amplas. Por serem válidas para o País, elas não trabalham as especificidades de cada local. Então, ela dá um suporte geral, mas não fornece subsídios para se escrever PPP.” (Região Baixada Cuiabana)

Apesar de as DCENF sublinharem que os currículos devam considerar as especificidades de saúde da região no qual estão inseridos, de modo que os enfermeiros sejam capazes de intervir sobre os problemas de saúde mais prevalentes no perfil epidemiológico do território de atuação, não se observaram, neste estudo, diferenças importantes entre os PPP e o processo de formação empreendido pelos cursos de diferentes regiões de saúde.

Destaca-se, no entanto, que os representantes de cursos localizados em regiões de saúde do Norte demonstraram maior preocupação com as particularidades da região, especialmente com relação à população indígena e ribeirinha e às

Tabela 1

Síntese analítica do processo de formação de enfermeiros de cursos de graduação em enfermagem segundo eixos representativos das Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasil, 2015-2016 (n=16).

Eixos	Diretrizes Curriculares	Síntese analítica do conjunto dos cursos
Perfís do egresso	Generalista, humanista, crítico e reflexivo, apto para atuar em todos os níveis de atenção à saúde	Perfis variados, determinados pela organização curricular, perfil do corpo docente e conjuntura local, com maior tendência para as práticas de saúde de nível básico ou hospitalar, centrado no indivíduo
Competências/habilidades	Atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; educação permanente; e competências técnico-científicas, ético-políticas, socioeducativas	Competências para uma assistência à saúde fragmentada, com deficiências na interdisciplinaridade, no trabalho em equipe e no desenvolvimento de pesquisas
Habilitações e ênfases	A formação deve atender ao sistema de saúde vigente e as necessidades sociais da saúde, assegurando a integralidade da atenção	Ênfases plurais entre os cursos, tendendo ou para o nível terciário ou para o nível básico de atenção
Conteúdos curriculares	Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem; Ciências Humanas; Ciências da Enfermagem	Concentração de conteúdos de bases biológicas e de ciências da enfermagem, com baixa perfusão pelos conteúdos das ciências humanas e sociais
Organização do curso	Articulada entre ensino, pesquisa e extensão; atividades teóricas e práticas, permeando toda a formação, de forma integrada e interdisciplinar; implementação de estratégias pedagógicas que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social	Organização curricular estanque, centradas em disciplinas isoladas, com pouca ou nenhuma integração interdisciplinar dentro ou fora da saúde; inserção precoce do aluno nos cenários de saúde; estratégias de ensino-aprendizagem majoritariamente tradicionais, com pouco estímulo ao raciocínio e autonomia discente; e processos de avaliação somativos, porém mistos quanto aos instrumentos utilizados: provas associadas à avaliação prática por competências/habilidades

dificuldades territoriais que se configuram como obstáculos no processo formativo.

“A ideia é trabalhar a saúde das populações amazônicas onde há ribeirinhos e indígenas.

As 45 horas atuais são muito poucas para incluir essa diversidade. [...] Estamos preparando uma revisão disso. E a dificuldade do momento não é de formação, pois temos professores com experiência na área. O problema é a logística de acesso para estes alunos.” (Região Entorno de Manaus)

“O atual currículo, em alguns momentos, tem uma visão regional. Algumas disciplinas resgatam o caráter epidemiológico do estado, porém falta muita coisa. Os indígenas vêm aos postos de saúde, ao hospital, nem

precisamos ir até os territórios para que possamos atendê-los. Então, falta muito nesse sentido.” (Região Baixada Cuiabana)

Nos demais cursos, em geral, se constatou que a ênfase nas especificidades regionais se restringe à abordagem dos aspectos epidemiológicos das doenças endêmicas. Por outra via, grande parte dos entrevistados afirmou que as características locais regionais, especialmente no que se refere ao mercado de trabalho, têm peso no direcionamento do curso.

“A cobertura de atenção básica na região é muito baixa. [...]. O mercado está voltado para o hospital. Então, você tem que valorizar o ambiente hospitalar.” (Região

Norte Fluminense/RJ)

“O direcionamento do curso e, por consequência, o perfil do aluno acaba sendo determinado por diversos fatores. [...] Depende muito da política, da inserção deles no campo de prática. [...] Falar em um cenário de ensino e aprendizagem para Atenção Básica é maravilhoso, mas na hora de buscar emprego o cenário é diferente.” (Região Metropolitana I/RJ)

O Brasil assumiu a Atenção Básica como contato preferencial dos usuários, constituindo-se a principal porta de entrada e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) regionais. Assim, um contexto de baixa cobertura desse nível assistencial implica na ineficiência do sistema de saúde.²²

Nesse entendimento, a formação de enfermeiros na perspectiva do modelo de atenção orientado pela Atenção Básica exige enfrentar a herança das políticas e do processo de formação verticais e superar a imposição da agenda dos prestadores de serviços.²³

Eis que há muitas disparidades regionais de ordem social, política e econômica dentro do Brasil, e isto acaba por dificultar o direcionamento dos cursos já que, de um lado, deve-se atender às expectativas nacionais de formação e, de outro, deve-se focalizar os problemas locais que nem sempre refletem às demandas das políticas públicas. Isso requer alta carga horária, teórica e prática, que se apresenta discrepante entre os cursos. Entre os privados, muitos deles de funcionamento noturno, tem carga horária de 4.000 horas, mínimo estabelecido pelo Conselho Nacional de Educação, das quais 20% são ministradas em ambiente virtual. Além disso, muitas atividades ditas práticas ocorrem em laboratórios próprios, sem interação com o território e usuários. Entre os públicos, há cursos de quase 6.000 horas que ainda se mostram insuficientes para atender às diretrizes nacionais e às necessidades locais na busca por formar um enfermeiro generalista.

Disso, depreende-se que as DCENF apresentam lacunas importantes na definição de carga horária, de conteúdos específicos a serem abordados durante a formação, do que pode ou não ser considerada atividade prática/estágio. Exprime, também, a necessidade de maior intervenção do Estado no que diz respeito à abertura de cursos sem uma avaliação prévia das necessidades locais e da capacidade institucional de dar conta da complexidade da formação.

Pensar um perfil generalista, apto a prestar

assistência em todos os níveis, atuar no gerenciamento, pesquisa e ensino, exige condições mínimas de estrutura local que comporte cenários múltiplos para estágio. Nessa perspectiva, uma formação regional alicerçada nos problemas epidemiológicos não significa dizer que haverá alocação profissional adequada no âmbito local. Ou, por outra via, uma formação generalista, nacional, pode não dar conta das necessidades regionais.

Num cenário permissivo de migração profissional, pensar numa formação generalista se mostra adequada. Porém, abre precedentes para a perpetuação da concentração massiva de cursos nos centros urbanos,^{4,24} quando a população demanda acesso à saúde no interior e áreas remotas.²⁵

Afirmar a proposta da formação para a saúde na lógica do SUS significa desenvolver um processo de aprendizagem que considere a ‘regionalização dos conteúdos’ e que se materialize prioritariamente no cotidiano dos serviços.²⁶ Assim, independente do perfil de egresso aspirado, faz-se imperativo o desenvolvimento das redes de saúde e das instituições de ensino em concordância com as mudanças que se exigem no campo de formação, de modo a promover a retenção profissional no local de formação.

Há indícios de que a universidade age como vetor no modelamento regional dos serviços de saúde²⁷ e, de maneira mais ampla, no desenvolvimento econômico e social local, que só acontecem a partir de investimentos iniciais.

“Nossa universidade tem a missão de desenvolver o conhecimento científico na perspectiva da diversidade da região. A ciência que é desenvolvida aqui é ímpar. Contribuímos para o desenvolvimento da Amazônia, por meio do ensino, da pesquisa, da extensão, da formação de cidadãos.” (Região Entorno de Manaus)

A formação de profissionais não precisa se constituir ponto de partida para a mudança do modelo assistencial – já que se trata de elementos interdependentes que operam mudanças um no outro – mas pode assumir papel protagonista na constituição e consolidação das regiões e redes de saúde. Para isso, torna-se imperioso romper com a concentração de instituições de ensino e de investimentos nos centros urbanos, e promover o desenvolvimento de políticas públicas, regionais e integradas, a fim de promover a organização de sistemas de saúde regionais alicerçados nos princípios do SUS.²⁸

É preciso olhar para as necessidades que se apresentam no cotidiano e, a partir daí, desenhar currículos e propor estágios para serem cumpridos nos vários equipamentos regionais, numa lógica de formação baseada no sistema de saúde, promovendo, no futuro profissional, a compreensão da necessária integração regional.²⁷

Conclusão

A instituição do SUS ocasionou importantes modificações para a assistência em saúde e, conseqüentemente, para os profissionais que atuam nesse sistema, exigindo formação compatível com as propostas de atenção à saúde, entre elas o fortalecimento da Atenção Básica e do processo de regionalização.

Este estudo evidenciou que os PPP dos cursos de enfermagem mostram-se, em parte, inovadores e adeptos às DCN e, por conseguinte, às necessidades do SUS; por outro lado, os depoimentos dos entrevistados demonstram fragilidades que dificultam a materialização do que está proposto documentalmente.

Foram verificados perfis de egressos com

competências para uma assistência fragmentada à saúde, não interdisciplinar, sustentada por uma estrutura curricular centrada em disciplinas isoladas e em estratégias de ensino-aprendizagem majoritariamente tradicionais.

Frete a uma nova concepção de ensino, torna-se imprescindível contar com recursos em quantidade e qualidade necessárias à viabilização de uma proposta que objetiva romper com o modelo histórico de formação. Experiências inovadoras de formação reafirmam que é possível superar o currículo tradicional.

Mudanças curriculares exigem mais que vontade e disposição dos docentes. Pressupõe apoio institucional, estruturação e oferta de serviços de apoio e RNS suficientes. Assim, qualquer que seja o perfil do egresso almejado, é fundamental, em concomitância com as mudanças que se exigem no campo de formação, empreender esforço no desenvolvimento das redes de saúde e das instituições formadoras, o que já vem se provando fator de retenção profissional e de desenvolvimento regional.

Referências

1. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Pierantoni CR, Magnago C, Girardi SN, Carvalho CL, Viera SP, Ney MS, Tommaso MC. Formação médica em nível de graduação: análise do período 2000-2013. *Novos Caminhos. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*. [Nota técnica on line] 2015 [acesso em 27 nov 2016]. (4): 1-31. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/06/NovosCaminhos4v2.pdf>
3. Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 de out. 2001.
4. Pierantoni CR, França T, Magnago C, Nascimento DN, Miranda, RG. *Graduações em Saúde no Brasil: 2000-2010*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2012.
5. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate*. 2015. 39 (104): 9-17.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
7. Machado MH, Oliveira ES, Lemos WR, Lacerda WF, Justino E. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. *Divulg Saúde Debate*. 2016; 56: 52-69.
8. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Observa RH. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sistema de Indicadores das Graduações em saúde – SIGRAS [acesso em 3 maio 2017]. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/sigras/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
10. Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E, Lemos W, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Santos MR, Souza Jr PB, Justino E, Barbosa C. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm. Foco*. 2016; 6 (2): 15-34.
11. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção I. p. 8-11.

12. Paiva GS. Recortes da formação docente da educação superior brasileira: aspectos pedagógicos, econômicos e cumprimento de requisitos legais. *Ensaio: Aval Pol Públ Educ*. 2010; 18 (66): 157-74.
13. Terra FS, Secco IAO, Robazzi MLCC. Perfil dos docentes de cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas e privadas. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19 (1): 26-33.
14. Leonello VM, Oliveira MAC. Higher education in nursing: the faculty work process in different institutional contexts. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 18 (6): 1093-102.
15. Delliaqua MCQ, Miyadahira ANK. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. *Rev Latino-am Enferm*. 2002; 10 (2): 185-91.
16. Balbachevsky E. Carreira e contexto institucional no sistema de ensino superior brasileiro. *Sociologias*. 2007; 8 (17): 158-88.
17. Ferreira VS. As especificidades da docência no ensino superior. *Rev Diálogo Educ*. 2010; 10 (29): 85-99.
18. Godoy CB, Souza NA. Dificuldades e facilidades vividas pelos docentes no processo de implantação do currículo integrado no curso de Enfermagem da Universidade Estadual De Londrina. *Semina: Ciênc Biol Saúde*. 2001; 22 (1): 33-8.
19. Cunha MI. Docência na universidade, cultura e avaliação institucional: saberes silenciados em questão. *Rev Bras Educ*. 2006; 11 (32): 258-71.
20. Mesquita SKC, Meneses RMV, Ramos DKR. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2016; 14 (2): 473-86.
21. Sobral FR, Campos CJG. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46 (1): 208-18.
22. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011; 20 (4): 867-74.
23. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Thoughts on the development of active regional public health systems. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22 (4): 1045-54.
24. Pierantoni CR, Haddad AE, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB (Orgs.). *A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde 1991-2004*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
25. Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ObservaRH. *Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil [relatório de pesquisa]*. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG; 2012.
26. Dahmer A, Portella FF, Tubelo RA, Mattos LB, Gomes MQ, Costa MR, Pinto MEB. *Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família, a distância: experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFCSA) em Porto Alegre, Brasil*. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21 (61): 449-63.
27. Mello GA, Demarzo MMP. *Novas escolas médicas e a regionalização. Novos Caminhos. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil [Nota técnica on line]*. 2015 [acesso em 27 nov 2016]; (3): 1-10. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/05/Novos_Caminhos_03_Final.pdf>.
28. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS Demarzo MMP, Ferreira MP. Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. *Saúde Soc*. 2015; 24 (2): 413-22.

Recebido em 2 de Junho de 2017

Versão final apresentada em 9 de Junho de 2017

Aprovado em 16 de Agosto de 2017