



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social**

**Carinne Magnago**

**A formação do enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na  
Atenção Básica no Brasil**

Rio de Janeiro

2017

Carinne Magnago

**A formação do enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na Atenção  
Básica no Brasil**

Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, 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.<sup>a</sup> Dra. Célia Regina Pierantoni  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiana Leite Carvalho

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M196 Magnago, Carinne  
A formação do enfermeiro e a ampliação do  
escopo de prática na Atenção Básica no Brasil /  
Carinne Magnago – 2017.  
218 f.

Orientadora: Celia Regina Pierantoni.  
Coorientadora: Cristiana Leite Carvalho.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio  
de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Enfermagem – Formação profissional - Teses.  
2. Enfermagem na saúde pública - Teses. 3.  
Cuidados primários de saúde – Teses. I. Pierantoni,  
Celia Regina. II. Carvalho, Cristiana Leite. III.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto  
de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614.253.5:378

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial  
desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Carinne Magnago

**A formação do enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na Atenção  
Básica no Brasil**

Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, 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

Aprovada em 30 de março de 2017.

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Celia Regina Pierantoni (Orientadora)

Instituto de Medicina Social – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna

Instituto de Medicina Social – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana

Universidade de São Paulo

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra Ana Luiza Stiebler Vieira

Fundação Oswaldo Cruz

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Lúcia Abrahão

Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2017

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Geraldo e Merivan, por me ensinarem a grandeza da simplicidade, da honestidade e dos estudos; por serem música e letra, prosa e poesia, vilões e heróis, preocupação e calma; e por me permitirem buscar meus caminhos, apesar do medo e da saudade.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, meus grandes amores, por tanto amor, paciência, incentivo e orgulho.

À Kelly, minha irmã, alma gêmea, amiga maior, pela infinita paciência, pelos puxões de orelha e por ser a grande companheira da minha vida.

Ao meu irmão, Ícaro, pelo silêncio reconfortante e pela risada mais gostosa que eu já vi.

À minha orientadora, com toda deferência, Celia Regina Pierantoni, pela confiança infinita, pela orientação sublime e serena, pelos conselhos preciosos e principalmente pela parceria de sete anos.

Ao 29, grupo de amigos fieis, por todos os momentos mágicos que compartilhamos em mais de uma década de amizade.

Ao Dalmo, grande amigo e companheiro, por me incentivar e acreditar demasiadamente na minha capacidade intelectual.

À Amanda, por toda a dedicação e parceria no trabalho, e por compreender o meu período de afastamento.

À Lela, pelas poesias que compomos, pelas analogias que compartilhamos, por me ajudar a lidar com os meus sentimentos mais difíceis e por me fazer compreender que há força na fraqueza.

A todos os meus colegas da Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, especialmente ao Rômulo Gonçalves e à Swheelen Vieira, pela parceria, risadas, companhia durante longas viagens, e por me ajudarem na coleta dos dados desta pesquisa.

À equipe da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, que contribuiu no desenvolvimento desta pesquisa e cedeu dados fundamentais para o processo de discussão dos dados.

À equipe da Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, especialmente à Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana, pela generosidade e confiança, e por me oportunizar novas descobertas no âmbito coletivo.

Aos membros da banca, por doarem seu tempo na contribuição da discussão ora apresentada nesta tese.

A todos os profissionais do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que, pelo coletivo, persistem apesar de todas as dificuldades.

A todos os participantes dessa pesquisa, cuja contribuição tornou-a possível.

Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino.

*Paulo Freire*

## RESUMO

MAGNAGO, Carinne. **A formação do enfermeiro e a ampliação do escopo de prática na Atenção Básica no Brasil.** 2017. 218 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem se restringido em razão da escassez e má distribuição de médicos, especialmente em regiões menos desenvolvidas. Como uma das estratégias de enfrentamento a esse cenário, estuda-se implementar o enfermeiro de práticas avançadas (EPA) de APS, a exemplo de experiências internacionais que já fornecem evidências de que a incorporação de práticas médicas por enfermeiros resulta em cuidados qualificados equivalentes ou mais eficazes que os empreendidos pelos médicos. Essa implantação deve ser precedida de um diagnóstico da formação do enfermeiro a fim de identificar sua aderência às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e avaliar se as competências que dele resultam são suficientes para a prática avançada de enfermagem. Este estudo intentou comprovar a tese de que a formação de enfermeiros, em nível da graduação, não permite a ampliação de seu escopo de prática na APS, mediante incorporação de atividades médicas. Para isso, desenvolveu-se pesquisa exploratória nacional, entre dezembro de 2015 e setembro de 2016, por meio de *survey* (n=94) e entrevistas em profundidade (n=16) com coordenadores de curso, e análise documental de projetos pedagógicos. Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente e os qualitativos submetidos à análise de conteúdo. Na sequência, foram confrontados com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em enfermagem e discutidos na perspectiva das experiências internacionais e das demandas da APS. Evidenciou-se projetos pedagógicos que se mostram aderentes às DCN e às necessidades do SUS, mas os depoimentos indicam fragilidades institucionais que dificultam a materialização do que se propõe. Verificou-se perfis de egressos variados, com maior tendência para as práticas de saúde básicas ou hospitalares, com competências para uma assistência à saúde fragmentada, mas pujantes para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, gerenciamento e técnicas de enfermagem. Do ponto de vista processual da formação, as práticas avançadas de enfermagem podem se dar por enfermeiros bacharéis. Do ponto de vista da aquisição de competências para essas práticas, observa-se potencial limitado para o desenvolvimento de ações compreendidas como médicas, especialmente a prescrição de medicamentos. No entanto, é preciso considerar as fragilidades legislativas que regem e definem os campos de atuação dos profissionais de saúde, as quais atuaram como fator interveniente no padrão de respostas dos coordenadores. Fato é que, estabelecida a comparação das atribuições do EPA de APS em nível internacional, e considerando as DCN e a legislação que vige o campo de atuação da profissão, os egressos de enfermagem são aptos para desenvolver grande parte das ações demandadas pela APS. É preciso, no entanto, definir o modelo de EPA a ser adotado, para então identificar se as competências desenvolvidas na graduação são compatíveis.

Palavras-chave: Educação Superior. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

Regulação do Trabalho. Escopos de prática profissional.

## ABSTRACT

MAGNAGO, Carinne. **The training of nurses and the expansion of the scope of practice in Primary Health Care in Brazil.** 2017. 218 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The expansion of Primary Health Care (PHC) in Brazil has been restricted due to the scarcity and poor distribution of physicians, especially in less developed regions. As one of the strategies for coping with this scenario, we are studying the implementation of the PHC advanced practice nurse (APN), such as international experiences that provide evidence that the incorporation of medical practices by nurses results in equivalent or more effective qualified care, compared to those undertaken by doctors. This implementation should be preceded by a diagnosis of nurses' training in order to identify their adherence to the needs of the Unified Health System (UHS) and to evaluate whether the competencies that result from it are sufficient for advanced nursing practice. This study tried to prove the thesis that the training of nurses, at the undergraduate level, does not allow the extension of its scope of practice in PHC, through the incorporation of medical activities. For this, national exploratory research was developed between December 2015 and September 2016, through a survey (n=94) and in-depth interviews (n=16) with course coordinators, and documental analysis of pedagogical projects. Quantitative data was analyzed statistically and qualitative data was submitted to content analysis. Next, they were confronted with the National Curricular Guidelines (NCG) for undergraduate nursing courses and were discussed in the perspective of international experiences and the demands of PHC. There were pedagogical projects that showed adherence to the NCG and the needs of the UHS; however, the statements indicate institutional fragilities that make it difficult to materialize what is proposed. There were profiles of varied graduates, with a higher tendency towards basic or hospital health practices, with competencies for a fragmented health care, but they were strong for the development of actions of promotion, prevention, management and nursing techniques. From the procedural point of view of the training, the bachelor nurses can promote the advanced practices of nursing. From the point of view of the acquisition of competencies for these practices, there is limited potential for the development of actions understood as medical, especially prescription drugs. However, it is necessary to consider the legislative fragilities that govern and define the fields of action of health professionals, who acted as an intervening factor in the coordinators' response pattern. The fact is that, once the comparison of the PHC assignments of APN at the international level is established, and considering the NCGs and the legislation that governs the scope of the profession, the nursing graduates are able to develop a large part of the actions demanded by the PHC. It is necessary, however, to define the APN model to be adopted, to then identify if the competences developed in the undergraduate course are compatible.

Key words: Education, Higher. Nursing. Primary Health Care. Labor Regulation.

Scopes of Professional Practice.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Linha do tempo dos principais marcos legais referentes ao ensino de graduação em enfermagem. Brasil, 1931-2009.....	36
Figura 2 -	Esquema representativo da Estrutura Australiana de Qualificações. Austrália, 2013.....	56
Figura 3 -	Modelo estrutural da prática avançada em enfermagem.....	67
Figura 4 -	Modelo curricular estadunidense para cursos de mestrado em enfermagem de prática avançada.....	70
Figura 5 -	Mapa municipal do número de profissionais enfermeiros empregados formalmente ajustado por tempo equivalente a 40 horas da carga horária total. Brasil, 2014.....	87
Figura 6 -	Mapa municipal do número de profissionais enfermeiros empregados formalmente na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família ajustado por tempo equivalente a 40 horas da carga horária total. Brasil, 2014.....	91
Figura 7 -	Mapa municipal da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2016.....	92

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Evolução dos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2014.....	76
Gráfico 2 -	Distribuição e taxa de crescimento de cursos de enfermagem por região. Brasil, 1991,2014.....	76
Gráfico 3 -	Evolução de vagas de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2014.....	77
Gráfico 4 -	Distribuição percentual de vagas de enfermagem por região. Brasil, 1991, 2014.....	78
Gráfico 5 -	Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2014	78
Gráfico 6 -	Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 1991-2014.....	80
Gráfico 7 -	Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 1991-2014.....	81
Gráfico 8 -	Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 1991-2014.....	82
Gráfico 9 -	Número de vínculos formais de emprego, ativos em 31/12, de ocupações de enfermeiros. Brasil, 2005-2015.....	84
Gráfico 10 -	Número de vínculos de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2007-2016.....	89
Gráfico 11 -	Distribuição percentual dos cursos de graduação em enfermagem por porte populacional. Brasil, 2015-2016.....	104
Gráfico 12 -	Distribuição percentual dos cursos de graduação em enfermagem por natureza jurídica da instituição de ensino superior. Brasil, 2015-2016.....	105
Gráfico 13 -	Distribuição percentual de cursos segundo origem da maior parte dos alunos. Brasil, 2015-2016.....	108
Gráfico 14 -	Distribuição percentual de cursos segundo origem da maior parte dos docentes. Brasil, 2015-2016.....	109

Gráfico 15 - Período da última modificação ou atualização do Projeto Político Pedagógico do curso. Brasil, 2015-2016.....	111
Gráfico 16 - Distribuição dos cursos por esfera administrativa segundo a ênfase curricular do curso de enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16) .....	112

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Aspectos contemplados nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem segundo eixos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Educação para elaboração das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Brasil, 2001.....	39
Quadro 2 - Aspectos específicos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Enfermagem segundo elementos fundamentais da Atenção Básica. Brasil, 2001.....	40
Quadro 3 - Atividades de competência do enfermeiro regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem em vigência. Brasil, 1987-2016.....	48
Quadro 4 - Regiões de saúde cenários de estudo e respectivos período de coleta de dados e amostra. Brasil, 2015-2016.....	95
Quadro 5 - Blocos do questionário, subdimensões e indicadores e variáveis observadas. Brasil, 2015-2016.....	96
Quadro 6 - Identificação dos blocos do questionário para entrevista telefônica assistida por computador com coordenadores de cursos de graduação em saúde. Brasil, 2015.....	98
Quadro 7 - Síntese analítica do processo de formação de enfermeiros dos cursos investigados <i>in loco</i> segundo eixos representativos das Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasil, 2015-2016.....	139
Quadro 8 - Principais atividades desenvolvidas por enfermeiros de prática avançada em atenção primária na Austrália, Canadá e Estados Unidos. ....	146

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição e taxa de crescimento de egressos em cursos de enfermagem por região. Brasil, 1991, 2014.....	79
Tabela 2 -	Número de ocupações, profissionais, vínculos formais e inscrições ativas de enfermeiros segundo regiões. Brasil, 2010, 2015, 2016.....	85
Tabela 3 -	Número de ocupações, profissionais, vínculos formais e inscrições ativas de enfermeiros segundo estado. Brasil, 2010, 2015, 2016.....	86
Tabela 4 -	Vínculos de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família segundo região e estado. Brasil, 2016.....	90
Tabela 5 -	Distribuição do número de cursos contatados segundo situação da entrevista. Brasil, 2015-2016.....	99
Tabela 6 -	Caracterização do perfil dos respondentes por etapa de coleta de dados segundo sexo, formação e cargo. Brasil, 2015-2016.....	102
Tabela 7 -	Caracterização do perfil dos respondentes por etapa de coleta de dados segundo média, em anos, de idade, tempo de formação e tempo de ocupação no cargo. Brasil, 2015-2016.....	103
Tabela 8 -	Distribuição dos cursos de graduação em enfermagem por etapa de coleta de dados segundo grandes regiões. Brasil, 2015-2016.....	103
Tabela 9 -	Distribuição percentual dos cursos por tipo, segundo região geográfica. Brasil, 2014.....	104
Tabela 10 -	Proporção de docentes doutores, mestres e especialistas segundo natureza jurídica dos cursos de enfermagem investigados in loco. Brasil, 2015-2016 (n=16).....	110
Tabela 11 -	Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94).....	111

Tabela 12 - Carga horária média segundo tipo de conteúdo/atividade desenvolvida nos cursos de graduação em enfermagem investigados por meio do <i>survey</i> , por natureza jurídica. Brasil, 2015-2016 (n=94) .....	113
Tabela 13 - Frequência e percentual de cursos de graduação em enfermagem segundo utilização de cenários de atividades práticas e de estágios. Brasil, 2015-2016 (n=110).....	114
Tabela 15 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados via telefone quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94).....	115
Tabela 16 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados via telefone quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94).....	116
Tabela 17 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados via telefone quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos diagnósticos e prescrições durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94).....	118
Tabela 18 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados <i>in loco</i> quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16).....	119
Tabela 19 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados <i>in loco</i> quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16).....	120
Tabela 20 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados <i>in loco</i> e média de respostas quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16).	120

Tabela 21 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados <i>in loco</i> quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos diagnósticos e prescrições durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16) .....	121
Tabela 22 - Ações de saúde cujas médias indicativas das respostas dos gestores quanto ao preparo dos egressos de enfermagem para realizá-las foram iguais ou superiores a 2,0. Brasil, 2015-2016 (n=110) .....	122
Tabela 23 - Ações de saúde cujas médias indicativas das respostas dos gestores quanto ao preparo dos egressos de enfermagem para realizá-las foram inferiores a 2,0. Brasil, 2015-2016 (n=110).....	123
Tabela 24 - Percentual de concordância ou discordância dos coordenadores quanto à execução de tarefas de competência médica por enfermeiros no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016.....	123
Tabela 25 - Percentual de concordância ou discordância dos coordenadores quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os enfermeiros pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016.....	124
Tabela 26 - Percentual de concordância ou discordância dos coordenadores quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os enfermeiros pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016.....	124
Tabela 27 - Ações médicas que poderiam ser realizadas por enfermeiros no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=74) .....	125

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACW	<i>Aged Care Worker</i>
Aids	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AIN	<i>Assistant in Nursing</i>
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
ANMAC	<i>Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council</i>
ANP	<i>Advanced Practice Nursing</i>
APRN	<i>Advanced Practice Registered Nurse</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AQF	<i>Australian Qualifications Framework</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CES	Câmara de Educação Superior
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Educação
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CN	<i>Clinical Nurse</i>
CNA	<i>Certified Nursing Assistant</i>
CNA	<i>Canadian Nurses Association</i>
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNM	<i>Certified Nurse-Midwife</i>
CNP	<i>Certified Nurse Practitioner</i>
CNS	<i>Clinical Nurse Specialist</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNW	<i>Certified Nurse-Midwife</i>
CRNA	<i>Certified Registered Nurse Anesthetist</i>

CSE	<i>Care Support Employee</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EEN	<i>Endorsed Enrolled Nurse</i>
EN	<i>Enrolled Nurse</i>
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EPA	Enfermeiro de Prática Avançada
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ETAC	Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador
EUA	Estados Unidos da América
FTE	<i>Full Time Equivalent</i>
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GM	Gabinete do Ministro
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSA	<i>Health Services Assistance</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IES	Instituições de Ensino Superior
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LDB	Leis de Diretrizes e Bases
LPN	<i>Licensed Practical Nurse</i>
MAB	<i>Master of Business Administration</i>
MEC	Ministério da Educação
NANB	Nurses Association of New Brunswick
NDE	Núcleo Docente Estruturante
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NMBA	<i>Nursing and Midwifery Board of Australia</i>
NP	<i>Nurse Practitioner</i>
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PCA	<i>Personal Care Assistant</i>
PEBA	Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPD	<i>Purified Protein Derivative</i>
PPP	Projeto Político Pedagógico
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos humanos em saúde
RN	<i>Registered Nurse</i>
RPN	<i>Registered Psychiatric Nurses</i>

SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIGRAS	Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TAFE	<i>Technical and Further Education</i>
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USF	Unidades de Saúde da Família
VET	<i>Vocational Education and Training</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1</b>	<b>A TRAJETÓRIA PARA O PERFIL PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM.....</b>	<b>26</b>
1.1	Contexto histórico.....	26
1.2	A profissionalização da enfermagem no Brasil.....	29
1.3	As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem.....	37
<b>2</b>	<b>REGULAÇÃO DA PROFISSÃO E ESCOPO DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO.....</b>	<b>41</b>
2.1	O papel do enfermeiro na Atenção Básica.....	50
2.2	A divisão social do trabalho da enfermagem no Brasil e no contexto internacional.....	53
2.2.1	<u>Brasil</u> .....	53
2.2.2	<u>Austrália</u> .....	55
2.2.3	<u>Canadá</u> .....	58
2.2.4	<u>Estados Unidos</u> .....	62
<b>3</b>	<b>PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>65</b>
3.1	<u>Austrália</u> .....	67
3.2	<u>Canadá</u> .....	68
3.3	<u>Estados Unidos</u> .....	69
3.4	<u>América Latina e Caribe</u> .....	71
3.5	<u>Brasil</u> .....	72
<b>4</b>	<b>MERCADO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO.....</b>	<b>74</b>
4.1	Oferta de enfermeiros.....	75
4.2	Demanda de enfermeiros.....	82
4.3	Empregabilidade dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.....	87
<b>5</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>93</b>
5.1	Entrevistas em profundidade.....	93
5.2	Análise documental.....	97
5.3	<i>Survey</i> .....	98
5.4	Aspectos éticos.....	101

6	<b>RESULTADOS .....</b>	102
6.1	<b>Perfil dos respondentes.....</b>	102
6.2	<b>Localização dos cursos.....</b>	103
6.3	<b>Caracterização administrativa.....</b>	105
6.4	<b>Oferta e preenchimento de vagas.....</b>	106
6.5	<b>Perfil discente e docente.....</b>	107
6.6	<b>Estrutura curricular do curso.....</b>	110
6.7	<b>Metodologias de ensino.....</b>	113
6.8	<b>Cenários de aprendizagem.....</b>	113
6.9	<b>Perfil de competências dos egressos.....</b>	114
6.10	<b>Ampliação do escopo de prática do enfermeiro.....</b>	123
7	<b>A ESTRUTURA CURRICULAR DOS CURSOS DE ENFERMAGEM E A APROXIMAÇÃO COM AS DCN E AS NECESSIDADES DO SUS.....</b>	126
8	<b>AS POSSIBILIDADES DE AMPLIAÇÃO DO ESCOPO DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA APS.....</b>	144
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	162
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	167
	<b>APÊNDICE A - Questionário semiestruturado para entrevistas in loco com coordenadores de cursos de enfermagem.....</b>	185
	<b>APÊNDICE B - Questionário semiestruturado para entrevistas telefônicas assistidas por computador.....</b>	200
	<b>ANEXO - Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	211

## INTRODUÇÃO

O provimento adequado de serviços de saúde a regiões remotas, pobres e periféricas é um problema enfrentado por quase todos os países do mundo. A escassez e, sobretudo, a má distribuição geográfica de profissionais de saúde, especialmente médicos, têm sido apontadas como os maiores entraves para ampliação dos serviços de saúde, os quais se mostram persistentes e resistentes ao tempo e às diversas estratégias de enfrentamento adotadas pelos governos (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Alguns países, como o Canadá e Estados Unidos da América (EUA), já vêm empreendendo esforços no sentido de rever a legislação que regulamenta os escopos de prática profissional, dada a necessidade de utilizar os recursos humanos em saúde (RHS) de forma mais eficaz e eficiente, no sentido de equilibrar as competências profissionais às necessidades da população e dos sistemas de saúde (NELSON et al, 2014; DOWER; MOORE; LANGELIER, 2013).

E, na perspectiva de acompanhar as mudanças sociais e epidemiológicas que imprimem necessidade de novas competências e perfis profissionais, bem como de superar a escassez de profissionais especialistas e de atenção básica em regiões de difícil acesso ou menos estruturadas, muitos são os países que vêm adotando as estratégias de *task shifting* e *skill mix* (FULTON et al, 2011).

*Task shifting*, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a redistribuição racional de tarefas entre a equipe de saúde, transferindo tarefas específicas de profissionais altamente qualificados para trabalhadores com menor formação e qualificação (WHO, 2008). *Skill mix*, por sua vez, pode ser definido como uma combinação de atividades ou habilidades para o desenvolvimento do trabalho, que pode se dar dentro de uma mesma categoria profissional (enfermagem, por exemplo) ou categorias diferentes, como médicos e enfermeiros (BUCHAN; O'MAY, 2000).

Alguns estudos já fornecem evidências substanciais de que essas estratégias são opções políticas importantes para ajudar a abrandar a escassez ou os desequilíbrios da oferta de mão de obra (FULTON et al, 2011; BUTTORFF, et al, 2012). Exemplos são os países da África Subsaariana, onde enfermeiros e parteiras

incorporaram tarefas de médicos relativas ao tratamento do HIV/Aids (MCCARTHY et al, 2013; UEBEL; FAIRALL; RENSBURG, 2011).

Nessa linha, outra estratégia que tem sido largamente utilizada é a *Advanced practice nursing* (ANP) - enfermagem de prática avançada (EPA). Trata-se de termo geral que inclui uma série de funções na enfermagem, ampliando seu escopo de atuação. Surgindo primeiro na América do Norte, o enfermeiro exercendo funções avançadas já é encontrado em vários países de diversas regiões do mundo (BUCHAN, 2013; PULCINI, 2010). E estudos já apontam para eficácia dessa estratégia, inclusive no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BUCHAN; CALMAN, 2004; DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010)<sup>1</sup>.

Estratégias de compartilhamento de funções, incorporação de funções e até mesmo de substituição dos médicos por enfermeiros tornaram-se comuns frente à escassez de médicos e à necessidade de atendimento acessível e de alta qualidade (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ et al, 2014). A tendência é de alterar o modelo que atribui direitos exclusivos de prática de forma a manter e a combinar a autorregulação das profissões com um sistema de compartilhamento desses direitos. Essa disposição pode implicar, no futuro próximo, em variações significativas nas necessidades de médicos e enfermeiros, por exemplo. Acredita-se que tais mecanismos possam ser adaptados à situação brasileira (DAL POZ, PIERANTONI, GIRARDI, 2013).

Nessa linha se insere a discussão pela regulamentação das profissões no Brasil e pela disputa de campos de atuação, sobretudo pelas profissões regulamentadas do setor e que possuem prerrogativas de autogoverno, que travam embate por atos privativos (GIRARDI; SEIXAS, 2002).

No Brasil, evidencia-se um cenário em que as áreas geográficas mais isoladas e em situação de desvantagem socioeconômica e os segmentos populacionais mais pobres e desprotegidos são mais vulneráveis à precariedade assistencial acarretada pela carência de provedores de saúde (GIRARDI, 2012b).

No que tange ao enfrentamento dessa situação, historicamente, o governo brasileiro implementou diversas estratégias, entre as quais citam-se: o Programa de

---

<sup>1</sup> Há grande discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. O Governo brasileiro consagrou o termo *Atenção Básica* em seus documentos, entretanto já vem adotando *Atenção Primária à Saúde* em virtude de maior aceitação no contexto internacional. Embora haja a compreensão por parte de algumas correntes que há diferenças conceituais existentes entre os dois termos, neste trabalho optou-se por utilizar os termos como sinônimos (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), a implantação de internatos rurais nas graduações da área da saúde e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que se constituem políticas de extensão de cobertura e de interiorização da medicina (MACIEL FILHO; PIERANTON, 2004).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde mais que dobrou a oferta de bolsas de residência médica em instituições públicas para ampliar a formação de especialistas em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante implantação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) (BRASIL, 2013b).

E, mais recentemente, o governo brasileiro implantou o Programa Mais Médicos (PMM), que faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais (BRASIL, 2013b).

No âmbito desse programa, o governo importou médicos de outros países, especialmente de Cuba, para atuarem na Atenção Básica, no interior e em locais remotos desprovidos desse profissional, o que gerou desconforto e rechaço da proposta por parte da comunidade médica. Além de o programa conferir maior acessibilidade da população ao profissional médico, essencial para o desenvolvimento de grande parte das ações de saúde, suscita uma reflexão ampla, não apenas no que concerne aos direitos de uma categoria profissional, mas ao direito à saúde, previsto constitucionalmente.

A regulação do trabalho e das profissões em saúde se coloca hoje no centro da agenda de RHS no País. O grande desafio é o da criação de dispositivos que permitam articular trabalho e formação de modo a traduzir as demandas atuais em um sistema de regulação mais flexível, que permita combinar adequadamente as habilidades e competências multiprofissionais adequadas às necessidades do SUS.

Ao longo dos últimos anos, o Ministério da Saúde levou a cabo um amplo processo de discussão sobre o tema, envolvendo diversas oficinas e seminários, que culminou no “Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde”<sup>2</sup>. Durante o evento, além de um diagnóstico dos mais diversos aspectos

---

<sup>2</sup> Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, realizado em Brasília/DF, no período de 13 a 15 de agosto de 2013, promovido pelo Departamento de Gestão e da

do nosso modelo de regulação profissional, foram apresentadas e debatidas experiências de reformas internacionais de incontestável relevância, a exemplo das reformas dos sistemas de regulação profissional em diversas províncias do Canadá. Nesse país, ao longo dos últimos 30 anos, vem se assistindo a uma mudança no paradigma da regulação profissional: do antigo modelo baseado na atribuição de direitos exclusivos de prática (atos privativos) a grupos profissionais em direção a um modelo baseado em atos compartilhados sob uma legislação “guarda-chuva”, que envolve o conjunto das profissões e atividades de saúde.

Da mesma forma, foram discutidas diversas experiências em torno da revisão e expansão de escopos de prática clínicos de profissões não médicas em vários países, especialmente nos EUA, e seu impacto na melhoria do acesso com qualidade e segurança aos serviços de saúde e no alívio de situações de escassez/carência de serviços médicos.

Constatou-se a necessidade de promover mudanças em peças fundamentais no atual sistema de regulação das profissões de saúde no Brasil. Em especial, ficou evidente que o Estado precisa ter presença mais efetiva na coordenação das políticas para as profissões, tanto nos aspectos da formação quanto nos de uso, alocação e distribuição espacial consciente dos profissionais de saúde, levando em conta às necessidades do SUS.

O modelo de saúde brasileiro prioriza as ações de cunho preventivo e de promoção da saúde, tendo por porta de entrada a APS, com proposta de cobertura de 100% pela Estratégia Saúde da Família (ESF). No contexto de crescente demanda por cuidados primários – provocada, em grande medida, pelo aumento das morbidades crônicas (MENDES, 2015) –, a escassez de médicos nesse nível de atenção ameaça o acesso da população a cuidados resolutivos e de alta qualidade, tendo em vista um modelo de saúde ainda centrado nesse profissional.

Cerca de 16 mil médicos se formam anualmente no Brasil, mas há uma carência de profissionais para áreas de Atenção Básica, que tende a se estender nos próximos anos, conforme identificado por estudo de projeção empreendido em 2014. Segundo esse estudo, considerando as atuais taxas de mercado de trabalho médico e de crescimento populacional, nos tempos 2020 e 2025, o Brasil não teria médicos de saúde da família e ginecologistas-obstetras em número suficiente para atender às

demandas populacionais (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015). Esses resultados corroboraram os achados de estudo anterior que, tendo como base os parâmetros canadenses que privilegia a saúde da família e a prevenção (tal como se propõe o Brasil), diagnosticou que precisaríamos quadruplicar a atual razão de médicos de saúde da família por habitantes até 2030 (GIRARDI, 2012a).

Ao mesmo tempo em que se identifica um cenário de mercado de trabalho médico distante das necessidades do modelo de atenção brasileiro, verifica-se um aumento preponderante do número de enfermeiros no mercado de trabalho, com maior disponibilidade e inclinação para atuar na APS, nível de atenção responsável por descentralizar e expandir o mercado de trabalho da enfermagem e mudar o foco da assistência hospitalar para ambulatorial, domiciliar e comunitária (MACHADO et al, 2016b).

Os enfermeiros foram a categoria profissional que mais cresceu na primeira década do século XXI, incremento associado à expansão do ensino de enfermagem no mesmo período (MACHADO et al, 2016b). São formados, por ano, cerca de 30 mil enfermeiros, que poderiam ser utilizados em prol do aumento da resolubilidade da APS, conforme experiências internacionais.

Não se pode pensar, no entanto, em ampliação de escopo de prática de enfermeiros baseando-se somente na redução dos custos de investimentos ou para suprir o déficit de outros profissionais; as ações da enfermagem devem sempre ser precedidas de um embasamento teórico-científico (RAMALHO; LEME, 2016).

Nesse aspecto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) já vem discutindo estratégias com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para implementar a EPA no Brasil no âmbito da APS, nos moldes americano e canadense (COFEN, 2016) que envolve, de maneira contundente, mudanças nos processos de formação. E é sobre esse aspecto que esta pesquisa se debruça.

Este estudo tem por pretensão contribuir com a discussão acerca do escopo de prática e potencial para usar enfermeiros em tarefas avançadas no Brasil, mediante análise do atual modelo de formação de enfermeiros e seu preparo para desenvolvimento de atividades atualmente atribuídas aos profissionais médicos.

Esta pesquisa apoia-se nas reflexões realizadas no processo de discussão realizado pelo Estado sobre o tema, em experiências internacionais<sup>3</sup>, bem como nas

---

<sup>3</sup> Com destaque para as experiências seminais de reforma canadenses e seus processos de contínuos aperfeiçoamento; os trabalhos da *Pew Health Professions Commission* ainda nos 1990 nos EUA, e as

proposituras lançadas pela OPAS a respeito da ampliação do acesso a profissionais de saúde qualificados em sistemas de saúde baseados na APS (PAHO, 2013). Entre as proposituras, a OPAS ressalta especificamente o aumento do número de EPA, mediante promoção de reformas no processo de educação.

Nesse contexto, analisar os aspectos regulatórios tanto em função das atribuições, competências e escopos de prática, como da formação dos enfermeiros, torna-se estratégico e apropriado para o fortalecimento do modelo de atenção do SUS. Os conteúdos da educação profissional e o processo de formação de competências devem ser fortemente conectados ao planejamento da força de trabalho e da revisão dos escopos de prática, uma vez que são necessários para garantir o compromisso com a alta qualidade e resultados seguros dos serviços ofertados à população.

Frente ao exposto, defende-se a seguinte tese: o processo de formação de enfermeiros, em nível da graduação, não permite a ampliação de seu escopo de prática no âmbito da APS, mediante compartilhamento ou incorporação de atividades atualmente atribuídas aos profissionais médicos.

As questões de pesquisa que orientaram o desenvolvimento desta tese foram:

- a) Qual a proximidade dos cursos de graduação em enfermagem com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e às necessidades do SUS?
- b) Os cursos de graduação em enfermagem preparam profissionais para atuarem como enfermeiros de prática avançada na APS, isto é, com habilidades permissivas ao compartilhamento ou incorporação de atividades atualmente atribuídas aos médicos no processo de trabalho do enfermeiro?
- c) Quais as atividades atualmente atribuídas aos médicos podem ser realizadas por enfermeiros no âmbito da Atenção Básica, considerando as habilidades desenvolvidas durante a graduação?
- d) Qual a opinião dos gestores de ensino a respeito da ampliação do escopo de prática de enfermeiros no âmbito da Atenção Básica?
- e) Quais as similitudes e diferenças no que tange aos escopos de prática e requisitos de formação de enfermeiros do Brasil e de outros países?

Apresentadas as questões de pesquisa, os objetivos delineados foram:

---

experiências mais recentes dos EUA e Austrália no que compete à revisão e expansão de escopos de prática.

- a) Analisar a formação de enfermeiros dos cursos de graduação em enfermagem, na perspectiva de identificar o desenvolvimento de habilidades para a prática avançada no âmbito da APS;
- b) Analisar o modelo de formação de enfermeiros na perspectiva das DCN e das necessidades do SUS;
- c) Identificar atividades de competência médica que podem ser realizadas por enfermeiros no âmbito da Atenção Básica, considerando as habilidades desenvolvidas durante a graduação;
- d) Conhecer a opinião dos gestores de ensino a respeito da ampliação do escopo de prática de enfermeiros no âmbito da Atenção Básica;
- e) Discutir as similitudes e diferenças no que tange aos escopos de prática e requisitos de formação de enfermeiros do Brasil e de outros países.

## 1 A TRAJETÓRIA PARA O PERFIL PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

A profissão pode ser definida, na perspectiva da sociologia das profissões, como uma ocupação autônoma e autorregulada, sendo o exercício da autonomia, como direito legítimo, assegurado pelo Estado. De tal modo, para o estabelecimento de uma profissão não basta a expertise que se relaciona aos aspectos técnicos de um treinamento prolongado e especializado de um corpo de conhecimento, mas também do *status* legitimado política e socialmente, a partir de um conjunto de regulamentos ligados a instituições educacionais, profissionais e políticas (FREIDSON, 2009).

A profissão surge como instrumento de resposta às necessidades coletivas historicamente apresentadas. Assim, tal como as demais profissões da área da saúde, a enfermagem teve, na sua constituição, influência das demandas assistenciais da população e dos movimentos políticos e sociais por saúde, bem como das manifestações hegemônicas de poder (BELLAGUARDA et al, 2013).

A enfermagem vem progredindo e se aperfeiçoando significativamente na tentativa de melhorar seus recursos, habilidades técnicas e humanitárias, mas principalmente para ampliar seu campo do saber científico. Assim, como arte social que se pauta a práticas econômicas, políticas e ideológicas, tem prosperado em meio a um contexto histórico-social que representa a própria sociedade (GERMANO, 2007). Desta forma, a construção da profissão e, por conseguinte, do ensino de enfermagem, perpassa às mudanças experimentadas no percurso histórico da saúde (MAGNAGO; TAVARES, 2011).

### 1.1 Contexto histórico

A história da enfermagem alicerça-se no desenvolvimento das práticas de saúde, as quais, entre os grupos nômades, eram instintivas e consistiam em ações de manutenção da sobrevivência, inicialmente associadas ao trabalho feminino. Com o evoluir do tempo, as doenças passaram a adquirir concepção divina, compreendidas como castigo de Deus ou resultantes do poder do demônio. Nesse período, a função cuidadora era executada por feiticeiras e sacerdotes e tinha por principal objetivo afastar os maus espíritos. Até então as práticas de saúde restringiam-se ao uso de banhos, laxantes, massagens, sangrias e hipnotismo.

Na Índia, documentos do século VI a.C. afirmam que os hindus tinham um conhecimento mais avançado da estrutura corporal e realizavam suturas,

amputações, trepanações e corrigiam fraturas. Quanto à enfermagem, as únicas referências concernentes à época estão relacionadas com o parto domiciliar e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes (TURKIEWICZ, 1995).

A partir do século V a.C. até os primeiros séculos da Era Cristã, com o surgimento da filosofia e progresso da ciência, desencadeia-se uma relação de causa e efeito para as doenças, período conhecido como hipocrático em homenagem à Hipócrates, grego conhecido como o Pai da Medicina, que deu cientificidade à saúde e à doença, refutando a associação com os maus espíritos (CAIRUS; RIBEIRO JUNIOR, 2005).

Os séculos IV e V foram períodos do florescimento dos hospitais, que recebiam doentes, órfãos, velhos, aleijados e peregrinos. Por volta do século V a VIII, as práticas de saúde sofrem influência dos fatores socioeconômicos e políticos da sociedade medieval e feudal. Esta época corresponde ao aparecimento da enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos, que deixou como legado uma série de valores que foram, com o passar do tempo, legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à enfermagem, tais como a abnegação e a obediência (PAIXÃO, 1979).

O Tempo das Cruzadas<sup>4</sup> deu origem a organizações de enfermagem religiosa e militar e a diversos hospitais, sem, contudo, constituírem fator de crescimento e valorização à prática da enfermagem. Restrita aos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa<sup>5</sup> e das conturbações da Santa Inquisição<sup>6</sup>. O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de enfermos e indigno e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase significou uma grave crise para a enfermagem e perdurou até a revolução capitalista, quando alguns movimentos reformadores, religiosos e sociais, passaram a tentar melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais (PAIXÃO, 1979).

---

<sup>4</sup> As Cruzadas foram expedições militares organizadas entre 1095 e 1291 pelas potências cristãs europeias, com o objetivo declarado de combater o domínio islâmico na chamada Terra Santa, reconquistando Jerusalém e outros lugares por onde Jesus teria passado em vida.

<sup>5</sup> Movimento que rompeu a unidade do Cristianismo centrado pela Igreja de Roma, permitindo o surgimento de novas doutrinas religiosas.

<sup>6</sup> A Inquisição foi criada na Idade Média e era dirigida pela Igreja Católica Romana. Consistiu na perseguição e julgamento daqueles considerados uma ameaça às doutrinas desta instituição. Aqueles que eram condenados cumpriam as penas que podiam variar desde prisão temporária ou perpétua até a morte na fogueira.

Paralelo à decadência da enfermagem, a medicina progrediu consideravelmente, com descobertas anatômicas, progresso cirúrgico, tratamento de feridas, descobertas de sistemas do corpo, do microscópio e descrição de doenças. Esse avanço favoreceu a reorganização dos hospitais, embora as condições de insalubridade tenham se agravado. É neste cenário que a enfermagem passa a atuar, e ganha notoriedade e contornos de profissão com Florence Nightingale (PAIXÃO, 1979).

Florence Nightingale é considerada a fundadora da enfermagem moderna em todo o mundo, obtendo projeção maior a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Crimeia, em 1854. Com outras 38 mulheres, organizou um hospital com 4.000 soldados internados, baixando a mortalidade local de 40% para 2%, a partir de uma prática ambientalista (PAIXÃO, 1979; NASH, 1980), cujo principal objetivo era fornecer um ambiente organizado, limpo e estimulante (HADDAD; SANTOS, 2011).

Em reconhecimento ao seu trabalho na guerra, ganhou um prêmio do governo inglês, com o qual fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital St. Thomas, Londres, em 1860, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente em todo o mundo. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso, de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos (TURKIEWICZ, 1995; HADDAD; SANTOS, 2011).



Florence Nightingale, nascida em 12 de maio de 1820, em Florença, Itália, foi uma enfermeira britânica, pioneira no tratamento de feridos durante a Guerra da Crimeia.

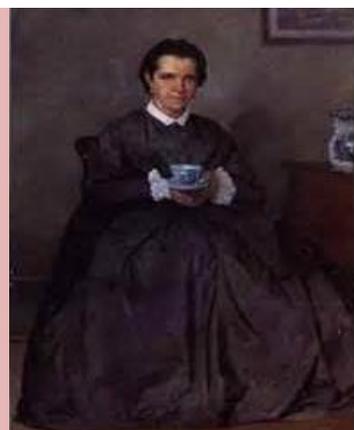
Nightingale lançou as bases da enfermagem profissional com a criação, em 1860, de sua escola de enfermagem no Hospital St Thomas, em Londres, a primeira escola secular de enfermagem do mundo, e escreveu mais de 200 livros.

Morreu aos 90 anos, no dia 13 de agosto de 1910.

No Brasil, a enfermagem reporta-se ao período colonial, com a chegada dos europeus que alteraram os costumes alimentares e de trabalho dos indígenas, e dos jesuítas que introduziram costumes impostos pela moral cristã, como o uso de roupas.

Os novos hábitos aumentaram a mortalidade infantil, acarretaram o surgimento de doenças e a disseminação de epidemias. Esse contexto urge a necessidade de se pensar a enfermidade e de ter pessoas para cuidar dos enfermos<sup>7</sup>. Foi nesse período, por volta de 1543, que as primeiras Santas Casas de Misericórdia foram fundadas. Nelas, a enfermagem exercida era de cunho essencialmente prático, empirista. Esse modelo perdurou até o início do século XX, sendo executado, em grande medida, por voluntários leigos religiosos, entre eles, Anna Justina Ferreira Nery (GERMANO, 2007).

Anna Nery destacou-se por seu abnegado cuidado aos soldados feridos durante a Guerra do Paraguai, entre 1864 e 1870, trabalho pelo qual foi condecorada pelo governo brasileiro, recebendo medalhas e o título de Mãe dos Brasileiros.



Anna Justina Ferreira Nery, nascida em 13 de dezembro de 1814, Bahia, foi uma enfermeira brasileira, pioneira da enfermagem no País, cujo nome foi dado à primeira escola oficial brasileira de enfermagem.

Atuou como enfermeira voluntária durante toda a Guerra do Paraguai.

Morreu aos 66 anos, no dia 20 de maio de 1880.

## 1.2 A profissionalização da enfermagem no Brasil

Especificamente no Brasil, a estruturação da enfermagem como profissão foi iniciada no contexto político e econômico agroexportador das primeiras décadas do século XX, que demandou a intervenção do Estado para o controle das grandes epidemias e endemias que assolavam o País (PIRES, 1989).

Nessa perspectiva, a primeira tentativa de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil ocorreu em 1890, quando da criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Hospício Nacional de Alienados, na cidade do Rio de Janeiro, com a finalidade de preparar enfermeiros para os hospícios e hospitais civis

---

<sup>7</sup> Antes da colonização, os pajés, curandeiros e feiticeiros se ocupavam dos cuidados daqueles que adoeciam. Com a colonização, os jesuítas, religiosos, voluntários e escravos também passaram a se ocupar dos enfermos.

e militares (HADDAD et al, 2006) e capacitar profissionais na área de saúde pública para saneamento dos portos. A escola foi criada conforme o Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, hoje denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, vinculada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (SILVEIRA; PAIVA, 2011).

Os determinantes de sua criação fizeram perdurar a ideia de que o preparo de seus alunos se destinava apenas ao atendimento do paciente psiquiátrico, com corpo docente formado apenas por médicos e psiquiatras. No entanto, com a reinauguração da escola em 1905 e dispondo de um quadro de professores já devidamente reorganizado, em termos de recursos humanos (RH) e administrativos, elaborou-se um currículo mais adequado ao ensino de enfermagem no Brasil, constituído pelas seguintes disciplinas: anatomia e fisiologia elementares; pequena farmácia e administração de medicamentos; curativos e pequenas cirurgias; higiene oral e tratamento aos alienados; cuidados e tratamento aos alienados; prática administrativa e disciplinar (GERMANO, 2007).

Por volta de 1901, sob a orientação de enfermeiras inglesas, foi criado outro curso, ministrado em inglês e para estrangeiros, no Hospital Evangélico de São Paulo, hoje denominado Hospital Samaritano. Em 1916, em meio a Primeira Guerra Mundial, a Cruz Vermelha Brasileira deu início a um curso de enfermagem na Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, com duração de dois anos, no município do Rio de Janeiro, no intuito de preparar enfermeiros voluntários para as emergências de guerra (HADDAD, 2006; SILVEIRA; PAIVA, 2011). Para ingressar no curso bastava saber ler e escrever (GERMANO, 2007).

Foi somente na década de 1920, em meio a um contexto sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população desde o início do século XX, desencadeando na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que o ensino de enfermagem se modernizou. Por meio do Decreto nº 15.799, de 10 de dezembro de 1922, foi instituída a Escola de Enfermeiras vinculada ao referido departamento (HADDAD, 2006; SILVEIRA; PAIVA, 2011; POLIGNANO, 2010).

A atuação da enfermagem naquele momento visava predominantemente a saúde pública, por meio de práticas primárias de saúde preventivas, realizadas fora do ambiente hospitalar e vinculadas ao Estado (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Nasce, desta forma, a enfermagem moderna no Brasil, sob a égide da saúde pública, num processo de transposição do modelo americano para a América Latina (BRAGA; PAULA, 1981).

Nesta escola, a formação das enfermeiras acontecia num período de dois anos e quatro meses, posteriormente alargado para inclusão de conteúdos gerais e especializados, tornando-se de 32 meses (FERNANDES, 2007). Do candidato a ingressar no curso se exigia o curso normal ou equivalente concluído. O currículo continha conteúdos gerais, como anatomia, fisiologia, patologia, parasitologia e microbiologia, cozinha e nutrição, saúde pública, higiene e problemas sociais e profissionais, além de conteúdos especializados, tais como serviços de saúde pública, serviços de administração hospitalar, serviços de dispensários, serviços de laboratórios, serviços de salas de cirurgia e serviços pediátricos (MENESES; SILVA, 2002).

A institucionalização do ensino da enfermagem no Brasil, no entanto, só ocorreu quatro anos depois, por meio do Decreto nº 17.268, de 31 de março de 1926. Nesse mesmo ano a Escola de Enfermeiras passou a ser designada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e, em 1937, foi incorporada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – anteriormente denominada Universidade do Brasil, já então com uma formação de enfermeiras voltada para os moldes nightingaleanos. Em 1928, o curso passou a ser de 34 meses; e em 1930 era realizado em três anos, sendo os quatro primeiros meses dedicados ao ensino intensivo de teoria (CARVALHO, 1976; SAUTHIER; CARVALHO, 1999).

O programa contemplava, nos primeiros meses, o estudo de anatomia, fisiologia, microbiologia, física e química, higiene individual, história da enfermagem, ética de enfermagem, drogas e soluções, dietética, ataduras, arte de enfermagem e ginástica. No 1º ano: psicologia, massagem, patologia interna e externa. A partir do 2º ano se estudava matéria médica, higiene infantil, obstetrícia, doenças infectocontagiosas, moléstias da vista, ouvidos, nariz e garganta; saúde pública e primeiros socorros (CARVALHO, 1976).

Nesse momento, cabe destacar a criação da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, em 1926, por enfermeiras formadas pela Escola de Enfermeiras do DNSP. Esse nome foi mantido até 1928, quando passou a ser denominada Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas e registrada

juridicamente. Em 1954, a associação passou a denominar-se Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), mantendo-se com esse nome até a atualidade (ABEn, 2016).

É preciso pontuar, ainda, que no início da década de 1930, o exercício da enfermagem é regulado no Brasil por meio do Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931 (BRASIL, 1931). Esse mesmo documento também fixou as condições para a equiparação das escolas de enfermagem, outorgando a EEAN como a escola oficial padrão do Brasil.

Na década de 1940, as políticas educacionais de saúde sofreram repercussões da consolidação da indústria e surgimento de grandes hospitais. Passou-se a buscar um ensino centrado no modelo clínico de prática fragmentada, voltado para a área hospitalar. Nesse contexto, através da Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949, o Estado estimulou a ampliação no número de escolas, tornando obrigatória a inclusão do curso de enfermagem em toda universidade ou sede de faculdade de medicina; e o ensino de enfermagem passa a compreender o curso de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem, o primeiro com duração de 36 meses e o segundo de 18 meses (LEONELLO; MIRANDA NETO; OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 1949). Esta lei determinou que as escolas de enfermagem poderiam continuar a receber candidatos portadores de certificados de conclusão do curso ginasial ou equivalente por um prazo de até sete anos. Extinto esse prazo, a Lei nº 2.995/56 o prorrogou por mais cinco anos (GERMANO, 2007).

O currículo, no entanto, não sofreu grandes modificações: permaneceu privilegiando as disciplinas de caráter preventivo, embora o mercado utilizador já apontasse tendência para o campo hospitalar. Em 1943, das 334 enfermeiras ativas, 66% trabalhavam na saúde pública e 9,5% em hospitais, ao passo que, em 1950, 49,5% atuavam no hospital e apenas 17,2% na saúde pública (GERMANO, 2007).

Na década de 1950, a saúde pública perde cada vez mais sua importância, expande-se o atendimento hospitalar privado que toma caráter de empresa médica e a enfermagem preocupa-se em organizar os princípios científicos que devem nortear a sua prática. Nesse sentido, é editado no Brasil, pela primeira vez, o livro "Princípios Científicos Aplicados na Enfermagem" com ênfase no conhecimento científico, principalmente de ciências sociais, físicas e biológicas. Nesta época, dá-se ênfase à organização dos serviços de saúde e melhoria do ensino de acordo com os princípios científicos da administração. De tal modo, a enfermagem assume as características da divisão social do trabalho típica do mercado capitalista de produção, em que o

trabalho é fragmentado e o trabalhador não tem controle do produto final de seu trabalho, nesse caso, a assistência de enfermagem (CAPELLA, 1988).

Nesse movimento, o enfermeiro se afasta cada vez mais do seu objeto de cuidado, o paciente, ocupando cargos gerenciais e acirrando os conflitos entre os profissionais da enfermagem. Considerando a ampliação das unidades de saúde, em especial, as hospitalares, há, nesta década, falta de pessoal para trabalhar na enfermagem e, numa perspectiva de qualificar essa mão-de-obra, a ABEn advoga a criação de cursos de auxiliares de enfermagem. Assim, o número desses cursos aumenta consideravelmente e se iniciam as discussões sobre a formação do técnico de enfermagem. No final desta década somam-se 39 escolas de enfermagem e 67 cursos de auxiliares de enfermagem (CAPELLA, 1988).

A questão da escolaridade das alunas de enfermagem, intensamente debatida naquele momento, veio a ser resolvida por força da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)<sup>8</sup> (BRASIL, 1961), que determinou a exigência do curso secundário completo para o ingresso em qualquer instituição de ensino superior. Disso resultou a elevação das escolas de enfermagem para o nível superior. Essa mesma lei classificou as escolas de auxiliar de enfermagem como de nível médio e criou escolas médias de enfermagem acessíveis aos portadores de certificado de curso ginásial. A partir de então a enfermagem passou a ter três níveis profissionais: o auxiliar de enfermagem que, após ter cumprido a escolaridade de ensino fundamental, recebia uma habilitação profissionalizante; técnico de enfermagem, ao nível de ensino médio; e enfermeiro, profissional de nível superior (ITO; TAKAHASHI, 2005).

A diferença entre o auxiliar e o técnico de enfermagem fez-se em função da carga horária teórica e prática do curso frequentado. O primeiro curso técnico em enfermagem foi criado pela EEAN, no Rio de Janeiro, e aprovado pelo Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) nº 171/66 (ITO; TAKAHASHI, 2005).

Em outubro de 1962, com o Parecer nº 271/62, se estabeleceu o currículo mínimo de enfermagem, que incluía as disciplinas de fundamentos de enfermagem, enfermagem médica, enfermagem cirúrgica, enfermagem psiquiátrica, enfermagem obstétrica e ginecológica, enfermagem pediátrica, ética, história da enfermagem e administração (FRANCISCO; CASTILHO, 2006).

---

<sup>8</sup> Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961

O currículo, que antes era voltado para o estudo das doenças mais incidentes por meio de disciplinas de caráter preventivo, passa a focar as clínicas especializadas, dando foco à doença e à cura. E a saúde pública deixa de ser matéria obrigatória e passa a ser disciplina de especialização (GERMANO, 2007).

A partir do Golpe Militar de 1964, observou-se uma diminuição dos gastos estatais em saúde pública, com redução dos programas dirigidos ao controle das doenças de massa (CORDEIRO, 1980), e viabilização do crescimento do complexo médico-industrial via contratação de serviços de terceiros para prestação de ações de saúde ao grupo previdenciário que, juntamente com o avanço das ciências experimentais - que elegeram o hospital como espaço para a continuidade de seu desenvolvimento e aplicação -, ajudaram a consolidar o modelo centrado no hospital.

Nessa perspectiva, a política educacional do País, especificamente da saúde, teria que refletir o novo contexto sanitário. Assim progrediu o ensino de enfermagem, sendo coroado, em 1972, com a reformulação do currículo mínimo de enfermagem, por meio do Parecer CFE nº 163/72, criando as habilitações em saúde pública, enfermagem médico-cirúrgica e obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Ainda nesse ano, o Parecer CFE nº 45, de 12 de janeiro de 1972, determinou carga horária de 2.490 horas para os cursos técnicos. Em 1976, no entanto, o Parecer nº 3.814, estendeu essa carga horária para 2.760 horas (CAVERNI, 2005).

Nesse íterim, foi sancionada a Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, que dispõe sobre a criação do COFEN e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), vinculando-os ao Ministério do Trabalho (BRASIL, 1973). O exercício profissional da enfermagem assume, assim, caráter público, tornando-se objeto de fiscalização do Estado.

Na década de 1980 ocorrem mudanças políticas no País, acarretando uma série de propostas de reformas na organização dos serviços de saúde e mercado de trabalho do enfermeiro, com repercussão na sua formação. Passa-se a refletir sobre o processo e as relações de trabalho em enfermagem e o papel das suas diversas categorias profissionais, como também se inicia um movimento de proposição de um novo currículo mínimo para os cursos de enfermagem (LIMA, 1994).

Em 25 de junho de 1986 é aprovada a Lei nº 7.498, que regulamenta o exercício da enfermagem, enquadrando como profissionais de enfermagem os enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras (BRASIL, 1987). Tal

lei legitima o exercício profissional, concedendo aos conselhos profissionais prerrogativas de controle da profissão por meio da verificação da habilitação na profissão e a autorização para exercê-la.

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e a criação do SUS, levantou-se debates acerca do perfil e competências que os enfermeiros deveriam assumir, e nessa rede de discussões foi lançado o Parecer CFE nº. 314, de 06 de abril de 1994, homologado pelo Ministério da Educação (MEC) via Portaria nº. 1.721, de 15 de dezembro de 1994 (BRASIL, 1994). Esse parecer determinou mudança na carga horária mínima dos cursos de enfermagem, que passou a ser de 3.500 horas, incluindo 500 horas destinadas ao estágio curricular, com duração de, no mínimo, dois semestres (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Além disso, os currículos deveriam contemplar as seguintes áreas temáticas (BRASIL, 1994):

- a) Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem (25% da carga horária do curso), com estudo de morfologia, fisiologia, patologia, biologia, sociologia e psicologia;
- b) Fundamentos da Enfermagem (25% da carga horária do curso), cujos temas deveriam ser história e ética da enfermagem, epidemiologia, bioestatística, saúde ambiental, semiologia e semiotécnica, metodologia da pesquisa;
- c) Assistência de Enfermagem (35% da carga horária do curso), com estudo de situações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, gineco-obstétricas e saúde coletiva;
- d) Administração em Enfermagem (15% da carga horária do curso), com foco na administração do processo de trabalho da enfermagem.

Com a criação da nova LDB em dezembro de 1996<sup>9</sup> (BRASIL, 1996), houve uma expansão de cursos e vagas no ensino superior, além de uma maior flexibilização dos currículos de graduação. Foi, então, em 7 de novembro de 2001, aprovada a Resolução nº. 03, da Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE), que definiu as DCN para os cursos de graduação em enfermagem (BRASIL, 2001b).

Tais DCN dispõem sobre o perfil do enfermeiro que deveria, a partir de agora, ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, além de elucidar os conteúdos

---

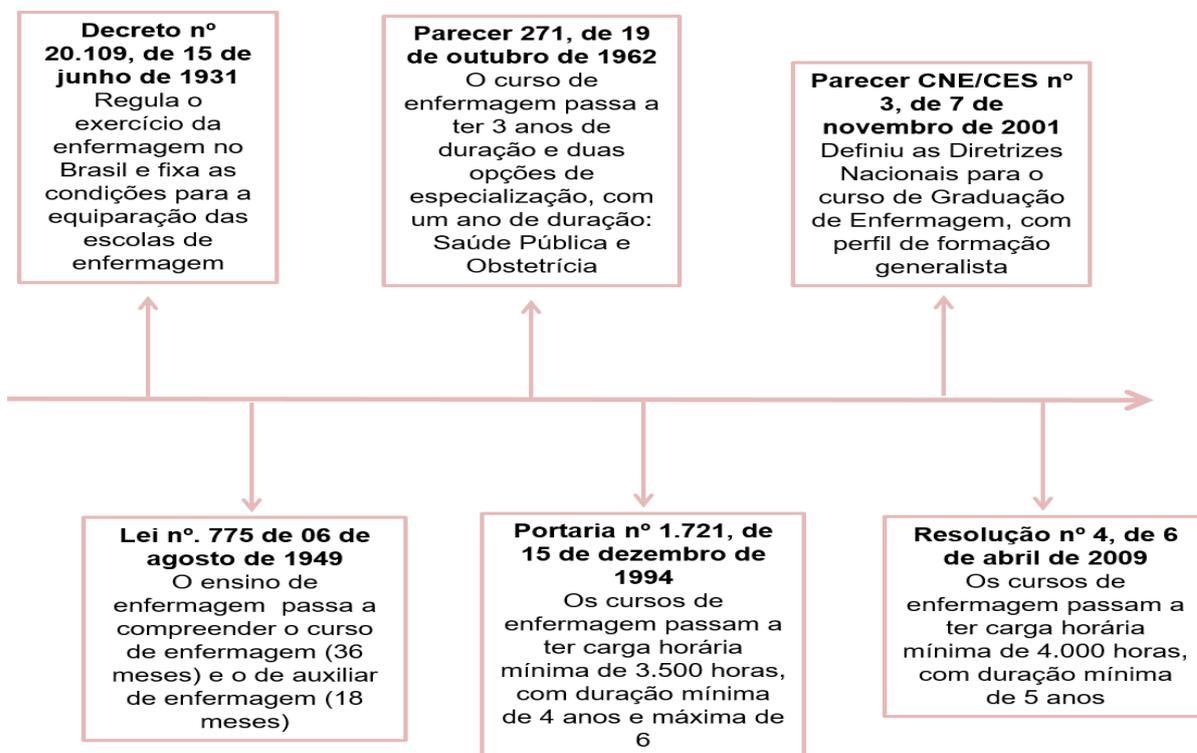
<sup>9</sup> Lei nº. 9.394, de 20 dezembro de 1996.

curriculares que deveriam compreender as Ciências Biológicas e Sociais da Saúde, as Ciências Humanas, e as Ciências de Enfermagem, que compreendem os fundamentos de enfermagem, administração de enfermagem, ensino de enfermagem e assistência de enfermagem (BRASIL, 2001b).

O estabelecimento das DCN em substituição aos currículos mínimos desencadeou um processo de reformulações nos cursos de ensino superior. Elas substituíram o rol de disciplinas obrigatórias dos currículos mínimos por habilidades e competências a serem desenvolvidas durante a formação. Além disso, flexibilizaram as normas para a organização dos cursos e induziram a assunção de maiores compromissos das instituições de ensino superior (IES) com o SUS. Dessa feita, a análise da duração e carga horária dos cursos da área de saúde tornou-se imperativa em função da urgência na transformação do modelo assistencial existente no País (BRASIL, 1997a).

Nessa esteira, aprova-se a Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009, que fixa a carga horária mínima de 4.000 horas, com limite mínimo para integralização de cinco anos para os cursos de graduação em enfermagem (BRASIL, 2009).

Figura 1 - Linha do tempo dos principais marcos legais referentes ao ensino de graduação em enfermagem. Brasil, 1931-2009



Fonte: Legislação brasileira, 1931-2009

### **1.3 As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem**

A Constituição Federal (CF) de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, assegura diversas garantias constitucionais com o objetivo de dar maior efetividade aos direitos fundamentais, com destaque para os vários aspectos que garantem o acesso à cidadania, além de tornar responsabilidade do Estado o direito do povo à educação e à saúde (BRASIL, 1988).

A LDB de 1996, elaborada no intuito de garantir o que preceitua a Carta Magna, compreende que a educação, em todos os seus níveis, deve ser garantida por mecanismos que respeitem as premissas constitucionais e as políticas públicas instituídas nela. Nesse contexto, a formação de profissionais de saúde deve ser baseada não apenas no que especifica a LDB, mas também no sistema nacional de saúde instituído no âmbito da CF de 1988, responsável por ordenar a formação de RH na área da saúde.

A LDB, em seu Art. 207, não arbitra com especificidade sobre os cursos das diferentes áreas, no entanto, conferiu à CES/CNE a competência para deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo MEC para os cursos de graduação, e atribuiu às IES a competência de fixar os currículos dos seus cursos e programas.

Assim, em 1997, o CNE aprovou o Parecer 776, em 3 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997b, p. 2), com o propósito de estabelecer orientações gerais a serem observadas na formulação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação no Brasil. Segundo esse parecer, as diretrizes curriculares devem contemplar “elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente”, e devem ser respeitadas por todas as IES.

Os princípios estabelecidos por este parecer para a elaboração das diretrizes curriculares foram:

- a) Liberdade às IES para compor a carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, e para especificar as unidades de estudos a serem ministradas;

- b) Indicar os campos de estudo de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas;
- c) Evitar a ampliação desnecessária da duração dos cursos de graduação;
- d) Incentivar uma formação generalista sólida, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- e) Estimular práticas de estudo independente, objetivando a autonomia profissional e intelectual do aluno;
- f) Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente estudantil;
- g) Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- h) Incluir orientações para a condução de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados.

Em 2001, o CNE, considerando os princípios por ele estabelecidos no referido parecer, e no Plano Nacional de Educação estabelecido pela Lei nº 10.172, de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001a), aprovou o Parecer 583/2001, que atualiza as orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, especificando que estas devem contemplar os seguintes itens: perfil do egresso; as competências/habilidades/attitudes; habilitações e ênfases; conteúdos curriculares; organização do curso; estágios e atividades complementares; acompanhamento e avaliação.

Frente a tais princípios foram estabelecidas as Diretrizes Curriculares Gerais dos Cursos de Graduação da Saúde, promulgadas entre os anos de 2001 e 2004, observando-se os contextos e paradigmas considerados segundo a área de conhecimento.

O Quadro 1 apresenta sinteticamente os aspectos contemplados nas DCN da enfermagem (BRASIL, 2001b) segundo os princípios e orientações do CNE.

Quadro 1 - Aspectos contemplados nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem segundo eixos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Educação para elaboração das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Brasil, 2001 (continua)

<b>Eixos</b>	<b>Conteúdo das Diretrizes Curriculares da Enfermagem</b>
Perfil do egresso	Profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde
Competência / habilidades	Atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; educação permanente; e competências técnico-científicas, ético-políticas, socioeducativas contextualizadas
Habilitações e ênfases	A formação deve atender ao sistema de saúde vigente e as necessidades sociais da saúde, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, com ênfase no reconhecimento do direito à saúde, na atuação técnica e científica, na promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde
Conteúdos curriculares	Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem (Morfologia, Fisiologia, Farmacologia, Patologia, Biologia Celular e Molecular, Nutrição, Saúde Coletiva e Saúde Ambiental/Ecologia); Ciências Humanas (Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Comunicação e Educação); Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Administração de Enfermagem; Ensino de Enfermagem
Organização do curso	A estrutura dos cursos deverá assegurar: a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência; atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação, de forma integrada e interdisciplinar; visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade; princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo; implementação de metodologia e estratégias pedagógicas no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social; estímulo ao trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais; valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania e solidariedade
Estágios e atividades complementares	Conteúdos de cunho teórico e prático e estágios supervisionados em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades, com carga horária de, no mínimo, 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do curso. As instituições de ensino deverão, ainda, criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelo estudante através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins
Acompanhamento e avaliação	As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares, utilizando metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela instituição de ensino a qual pertence

Fonte: CNE/CES, 2001.

Considerando as especificidades do sistema nacional de saúde e sua priorização às ações de promoção e prevenção, a Atenção Básica foi considerada nível primário e fundamental para toda organização desse sistema. Nessa perspectiva, o Quadro 2 apresenta uma análise das DCN da enfermagem segundo elementos fundamentais da Atenção Básica.

Observa-se que as DCN do curso de enfermagem trazem definição robusta na abordagem de competências específicas para atuação na Atenção Básica, destacando-se: atuação em equipe multiprofissional, integralidade da atenção, ênfase na promoção à reabilitação, foco nos indivíduos, família e comunidade, competências para planejamento em saúde e integralidade.

Quadro 2 - Aspectos específicos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Enfermagem segundo elementos fundamentais da Atenção Básica. Brasil, 2001

Dimensões	Conteúdo das Diretrizes Curriculares da Enfermagem
<p><b>Competências específicas com correspondência na Atenção Básica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a <b>integralidade</b> da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;</li> <li>- Atuar nos programas de <b>assistência integral</b> à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;</li> <li>- Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de <b>trabalhar em equipe</b> e de enfrentar situações em constante mudança;</li> <li>- Responder às <b>especificidades regionais</b> de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando <b>atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades</b>;</li> <li>- Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o <b>trabalho multiprofissional em saúde</b>;</li> <li>- <b>Atuar nos diferentes cenários da prática</b> profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;</li> <li>- <b>Identificar as necessidades individuais e coletivas</b> de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;</li> <li>- Intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em <b>seus diferentes níveis de atenção à saúde</b>, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.</li> </ul>
<p><b>Carga horária e especificação de atuação na AB</b></p>	<p>Além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, <b>rede básica de serviços de saúde</b> e comunidades nos dois últimos semestres do curso.</p>

Fonte: CNE/CES, 2001

## 2 REGULAÇÃO DA PROFISSÃO E ESCOPO DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO

A regulação do trabalho diz respeito às regulamentações jurídico-legais do exercício profissional, éticas e administrativas que, a partir da intervenção do Estado, demarcam campos e escopo do exercício da atividade profissional (BRASIL, 2006d). No Brasil, é livre o exercício de qualquer trabalho, desde que sejam atendidas as qualificações profissionais que a lei venha a estabelecer.

A prerrogativa de legislar sobre a organização das profissões é privativa à União, conforme estabelecido pela CF 1988 (BRASIL, 1988). Também cabe à União cuidar da inspeção do trabalho, o que inclui o poder e dever de fiscalizar o exercício das profissões, fazendo cumprir a legislação que estabelece condições para o exercício de atividades profissionais. Não obstante, a dinâmica da regulação profissional tem se dado muito mais pelas regras impostas pelo mercado do que propriamente do governo.

Em se tratando do setor saúde, no Brasil, as principais fontes de regulamentação ocupacional são:

- a) Congresso Nacional, que cria leis de prática profissional e de autorização para o funcionamento dos conselhos de classe profissional;
- b) Ministério do Trabalho, que define as ocupações regulamentadas, por meio da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), que tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares;
- c) MEC, que regula os aspectos relativos aos currículos e normas gerais do sistema universitário;
- d) Conselhos de classe profissional, autarquias reconhecidas e autorizadas pelo Estado, vinculados ao Ministério do Trabalho, para as quais foi delegada o poder de fiscalizar e disciplinar o exercício profissional, bem como de elaborar o código de ética e registrar os profissionais. Sem a existência de um conselho profissional, uma ocupação não pode ser plenamente reconhecida como uma profissão no País, até mesmo porque as ocupações de saúde regulamentadas têm mercados relativamente fechados, e, portanto, a oferta destes serviços é delineada pelas instituições de ensino e corporações profissionais, que registram

e validam os diplomas profissionais necessárias para a prática (GIRARDI; FERNANDES; CARVALHO, 2000).

Nesse prisma, pode-se citar, ainda, o Ministério da Saúde, cuja participação nos aspectos regulamentares, indireta e assistemática, se dá na elaboração de pareceres sobre pleitos.

A enfermagem está entre as 24 profissões de saúde regulamentadas atualmente<sup>10</sup>, cujo direito ao exercício de sua prática está garantido pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), segundo a qual a enfermagem só pode ser exercida pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira. Dispõe, ainda, que as atividades de enfermagem somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no conselho de classe regional de enfermagem com jurisdição no estado onde ocorre o exercício<sup>11</sup>.

Assim, a regulamentação da profissão de enfermeiro imprime não apenas a obrigatoriedade da habilitação profissional, conferida por meio de diploma de ensino superior em enfermagem expedido por instituição reconhecida pelo MEC, mas também a afiliação ao órgão fiscalizador profissional.

Segundo a lei do exercício profissional (BRASIL, 1986), ao enfermeiro cabe exercer todas as atividades de enfermagem, sendo-lhes privativas (Art. 11):

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- [...]
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Como integrante da equipe de saúde, compete-lhes:

<sup>10</sup> Agente de Combate a Endemias; Agente Comunitário de Saúde; Assistente Social; Auxiliar em Saúde Bucal; Auxiliar de Enfermagem; Biólogo; Biomédico; Cirurgião Dentista; Educação Física; Enfermeiro; Farmacêuticos; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Medicina; Medicina Veterinária; Nutricionista; Psicólogos; Químicos; Técnicos Químicos; Técnico em Radiologia; Técnico em Enfermagem; Técnico em Saúde Bucal; Técnico em Prótese Dentária; Terapeuta Ocupacional.

<sup>11</sup> A enfermagem era regulamentada pela Lei nº 2.604 de 17 de setembro de 1955, mas sua fiscalização se dava pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

As atividades regulamentadas por esta lei, juntamente com àquelas definidas formalmente no Código de Ética da Enfermagem, nas classificações profissionais e nos currículos educacionais, abarcam inúmeros papéis, funções e responsabilidades dos enfermeiros, exclusivas ou não, conferindo-lhes um escopo de prática. Isto é, um campo de atuação que se conforma pelo que a profissão faz e como ela faz.

Ao se verificar analiticamente a legislação que regulamenta o exercício da enfermagem, a descrição das atividades de enfermagem, até no que diz respeito às práticas privativas, deixam margem para muitas interpretações e não esclarecem ou pormenorizam as ações que se derivam delas.

Fato é que, historicamente, uma gama de ações foi apropriada pela enfermagem, na medida da necessidade demandada pelo contexto social e pelos modelos de atenção à saúde adotados. Tendo em vista que a enfermagem se constitui uma das profissões primeiras da saúde, parte de suas funções está legitimada historicamente.

Considerando o período de projeção da enfermagem – que se deu através de Florence Nightingale a partir de 1854 –, a prática de enfermagem constituía-se da execução inteligente de tarefas delegadas pelos médicos, cuja profissão já era válida cientificamente. No rol de tarefas incluía-se a administração de remédios, os cuidados relativos à higiene e alimentação, organização e limpeza do ambiente e cuidados aos mortos (ANDRADE, 2007). Nesse período, Florence escreve o livro *Anotações sobre hospitais*, do qual nasce a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, cuja atuação se orientava por princípios relacionados ao ambiente físico, psicológico e social, essenciais para o bem-estar e recuperação dos pacientes internados. O controle do ambiente foi determinante para redução da taxa de mortalidade de soldados feridos

na Guerra da Criméia (GOMES et al. 2007). Já nesse período se experimenta a divisão social da enfermagem, que prima pelo desenvolvimento de ações administrativas e de ensino pelas *lady nurses*, e de ações diretas ao paciente pelas *nurses*<sup>12</sup>.

Até a década de 1950, a prática de enfermagem baseava-se em ações intuitivas e médico-guiadas, caracterizando-se por sua não cientificidade. Mas, a partir desta década, surgiram muitas discussões em torno do agir tecnicamente orientado, dando origem aos manuais de procedimento, que descreviam detalhadamente o material necessário para cada técnica e também as diferentes etapas de execução (GOMES et al. 2007).

Desta feita, as enfermeiras começaram a empreender esforços em aplicar princípios científicos aos seus procedimentos. As técnicas de enfermagem passam a ter fundamentação científica nas ciências naturais, como a anatomia, fisiologia e patologia, bem como nas ciências sociais, aproximando-se, dessa forma, do saber médico (MEYER, 1995).

Nesse período se fortalecia a Teoria das Relações Humanas, cujo foco recaía sobre o trabalhador e sua satisfação com o trabalho, que provocou o deslocamento do olhar da enfermagem da tarefa para o paciente, e a incorporação de cuidados de enfermagem relativos não apenas às necessidades biológicas dos pacientes, mas também sociais e psicológicas (GOMES et al. 2007).

No final da década de 1960, inicia-se um processo de desenvolvimento de modelos conceituais e teorias de enfermagem, com o objetivo de descrever e caracterizar os elementos das ações que lhe são pertinentes (GEOVANINI, 2002), desenvolvendo, por consequência, um corpo de conhecimento específico da enfermagem que pudesse conferir identidade, autonomia à profissão e *status* de ciência (ANDRADE, 2007).

As pioneiras na construção de teorias de enfermagem foram as pesquisadoras enfermeiras norte-americanas, como Dorothy Johnson<sup>13</sup>, Marta Rogers<sup>14</sup>, Madeleine

---

<sup>12</sup> Analogicamente aos dias atuais, as *lady nurses* são os enfermeiros e as *nurses*, os técnicos e auxiliares de enfermagem.

<sup>13</sup> Desenvolveu a Teoria do Homem como Sistema Comportamental, que apresenta o ser humano como um sistema comportamental integrado e constituído por subsistemas.

<sup>14</sup> Desenvolveu a Teoria do Modelo Conceitual do Homem, que focalizou a interação do homem com o seu ambiente.

Leininger<sup>15</sup> e Dorothea Orem<sup>16</sup>. Mas, apesar do desenvolvimento de diversas teorias, que provocaram algumas mudanças na prática de enfermagem, especialmente no que se refere ao foco da assistência – que deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo, elas são pouco conhecidas e pouco empregadas como fundamento do saber-fazer (GOMES et al, 2007).

A década de 1980, no Brasil, foi marcada pela nova regulamentação do exercício profissional da enfermagem que, apesar de validar seu processo de trabalho, não lhe conferiu ganho em termos de autonomia profissional, tendo em vista o veto presidencial a alguns artigos do projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional, em especial ao artigo 10 (LORENZETTI, 1987):

Art. 10º O desempenho das atividades de enfermagem constitui o objeto da profissão liberal de enfermeiro, ao qual é assegurada autonomia técnica no planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços e da assistência de enfermagem.

A justificativa ao veto – "é discutível a autonomia na execução dos serviços e da assistência de enfermagem sem a supervisão médica" – reafirmou o objetivo de manter os interesses da política de saúde vigente à época, privatizante, hospitalar e curativa<sup>17</sup>, e obstou avanços significativos no compete à autonomia da profissão.

A década de 1980 foi também marcada pela perda de espaço e campo de atuação frente ao destacamento de outras profissões como a fisioterapia<sup>18</sup>, a nutrição<sup>19</sup> e a psicologia (VIETTA; UCHARA; NETTO, 1998)<sup>20</sup>. Da mesma forma que a enfermagem incorporou ao seu escopo de prática diversas atividades ao longo do tempo, ações que lhes estavam reservadas socialmente foram sendo incorporadas por outras profissões, quer seja pela indiferença da categoria, quer seja pela ausência de respaldo legislativo que resguardasse sua exclusividade ao profissional enfermeiro.

Essa dinâmica é permanente no mundo das profissões de saúde. Primeiro porque a assistência à saúde utiliza de diversos saberes para sua execução, que

---

<sup>15</sup> Desenvolveu a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, segundo a qual é preciso valorizar o sistema de cuidado popular.

<sup>16</sup> Desenvolveu a Teoria do Autocuidado, que consiste, basicamente, na ideia de que os indivíduos, quando capazes, devem cuidar de si mesmos.

<sup>17</sup> No mesmo ano ocorria a 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual saiu a base para a criação do SUS cuja lógica de organização ia de encontro ao modelo de saúde vigente à época.

<sup>18</sup> Regulamentada como profissão, no Brasil, em 1969

<sup>19</sup> Regulamentada como profissão, no Brasil, em 1967 e impulsionada a partir de 1972 com a criação do primeiro Programa Nacional de Alimentação e Nutrição.

<sup>20</sup> Regulamentada como profissão, no Brasil, em 1962.

estão em contínuo desenvolvimento, assim, há a incorporação de novas tecnologias que exigem qualificações apropriadas; segundo, pelas alterações sociodemográficas, que acabam por demandar novos serviços e ações de saúde. Nesse prisma, a delimitação de escopos é constantemente revista pelos próprios profissionais de cada categoria, dada a omissão de regulação por parte do Estado, fortalecendo a perspectiva corporativista e desencadeando atritos entre os profissionais.

Disto exposto, após a disposição da lei de regulamentação do exercício da enfermagem, ao longo dos anos, o COFEN revisou o escopo de prática da enfermagem por diversas vezes, muitas delas acompanhadas de embates corporativos, especialmente com a medicina – que até 2013 não tinha lei de regulamentação, de modo que inúmeras resoluções foram publicadas ratificando a apropriação de práticas já realizadas ou aprovando novas práticas.

Entre elas, destaca-se a Resolução COFEN nº 358/2009 (COFEN, 2009), que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem, também denominado consulta de enfermagem (já prevista na lei do exercício profissional, porém sem detalhamento), em ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. O processo de enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, quais sejam:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

No âmbito da SAE são desenvolvidas todas as ações e tarefas pertinentes ao processo de trabalho em enfermagem, as quais foram agrupadas em cinco classes conforme as suas características, em documento elaborado pela ABEn<sup>21</sup> em 1987 (XAVIER et al, 1987):

- a) Ações de natureza propedêutica e terapêutica complementares ao ato médico e de outros profissionais: referem-se às atividades de apoio ao diagnóstico e de acompanhamento do paciente. Incluem-se a antropometria, coleta de amostras para exames laboratoriais, controle de sinais vitais e de líquidos, administração de medicamentos e de dietas enterais, aplicação de calor e frio, instalação de cateteres de oxigênio e de sondas vesical ou nasogástrica;
- b) Ações de natureza terapêutica ou propedêutica de enfermagem: são aquelas cujo foco centra-se na organização da totalidade da atenção de enfermagem prestada à clientela. Incluem-se as ações de conforto e segurança, atividades educativas e de orientação à clientela;
- c) Ações de natureza complementar de controle de risco: desenvolvidas em conjunto com outros profissionais de saúde, objetivando reduzir riscos de agravos ou complicações de saúde. Incluem as atividades relacionadas à vigilância epidemiológica e as de controle da infecção hospitalar e de doenças crônico-degenerativas;
- d) Ações de natureza administrativa: planejamento, gestão, controle, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem;
- e) Ações de natureza pedagógica: se relacionam à formação e às atividades de desenvolvimento para a equipe de enfermagem;

Embora essa classificação date de 1987, a organização atual do trabalho de enfermagem pouco difere dela. Cabe, no entanto, destacar algumas atividades incorporadas pelo enfermeiro nos últimos anos, para as quais há regulamentação pelo COFEN (Quadro 3).

---

<sup>21</sup> A ABEn, com auxílio de profissionais da educação e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), elaborou um documento descritivo da assistência de enfermagem de modo a contribuir com o processo de discussão da Reforma Sanitária, e com a definição da nova prática de assistência integral à saúde prevista na proposta de constituição de um sistema universal e gratuito de saúde.

Quadro 3 - Atividades de competência do enfermeiro regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem em vigência. Brasil, 1987-2016

<b>Legislação</b>	<b>Conteúdo</b>
Resolução COFEN 195/1997	O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício da profissão
Resolução COFEN-257/2001	É facultado ao enfermeiro o preparo de drogas quimioterápicas antineoplásicas
Resolução COFEN-258/2001	É lícito ao enfermeiro, a inserção de cateter periférico central, desde que capacitado para tal
Resolução COFEN-295/2004	Compete ao enfermeiro que atua na área pediátrica, enquanto integrante da equipe multiprofissional de saúde, a utilização da técnica do Brinquedo Terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas
Resolução COFEN-304/2005	Normatiza a atuação do enfermeiro na coleta de sangue do cordão umbilical e placentário, desde que devidamente capacitado
Resolução COFEN-326/2008	Regulamenta a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade
Resolução COFEN-381/2011	Resolve que, no âmbito da equipe de enfermagem, a coleta de material para colpocitologia oncológica pelo método de Papanicolaou é privativa do enfermeiro
Resolução COFEN-388/2011	Resolve que, no âmbito da equipe de enfermagem, o acesso venoso, via cateterismo umbilical, é procedimento privativo do enfermeiro
Resolução COFEN-390/2011	Resolve que, no âmbito da equipe de enfermagem, a punção arterial para fins de gasometria e monitorização da pressão arterial invasiva é um procedimento privativo do enfermeiro
Resolução COFEN-422/2012	A assistência de enfermagem em ortopedia e os procedimentos relativos à imobilização ortopédica poderão ser executados por profissionais de enfermagem devidamente capacitados
Resolução COFEN-423/2012	Resolve que, no âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do enfermeiro
Resolução COFEN-0450/2013	No âmbito da equipe de enfermagem, a inserção de cateter vesical é privativa do enfermeiro
Resolução COFEN-0453/2014	Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem em terapia nutricional, competindo ao enfermeiro a punção venosa periférica de cateter intravenoso de teflon ou poliuretano, ou cateter periférico central, desde que habilitado e/ou capacitado para o procedimento entre outras disposições
Resolução COFEN-0528/2016	Aprova a normatização da atuação do enfermeiro perfusionista como membro da equipe cirúrgica, nas cirurgias em que se requeira esse profissional
Resolução COFEN-0529/2016	Normatiza a atuação do enfermeiro na área de Estética; resolve que compete privativamente, no âmbito da enfermagem, ao enfermeiro especialista em Estética realizar os procedimentos de maior complexidade técnica: micropuntura, carboxiterapia, criolipólise, dermopigmentação; depilação à laser; drenagem linfática, eletroterapia, escleroterapia, intradermoterapia, laserterapia, terapia combinada de ultrassom e microcorrentes, micropigmentação, nutracêuticos, nutricosmético, peeling muito superficiais e superficiais, ultrassom cavitacional, vacuoterapia

Fonte: COFEN, 2016

Além das atividades regulamentadas e autorizadas ainda hoje, outras, ao longo do tempo, foram revogadas ou proibidas pelo COFEN. Entre as proibidas pelo conselho regulador da enfermagem estão a sutura, vedada pela Resolução COFEN 278/2003, exceto em situações de urgência, na qual efetivamente haja iminente e grave risco de vida; e o cumprimento de prescrição médica a distância e as que estiverem fora do prazo de validade, censurado pela Resolução COFEN Nº 487/2015.

Entre as atividades revogadas, destaca-se a Resolução COFEN-271/2002, que regulamenta ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Seu texto autoriza que algumas atividades de competência médica possam ser realizadas por enfermeiros, desde que no âmbito dos programas de saúde pública:

Art. 1º – É ação da Enfermagem, quando praticada pelo Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos.

Art. 2º – Os limites legais, para a prática desta ação, são os Programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovadas em Instituições de Saúde, pública ou privada.

Art. 3º – O Enfermeiro, quando no exercício da atividade capitulada no art. 1º, tem autonomia na escolha dos medicamentos e respectiva posologia, respondendo integralmente pelos atos praticados.

Art. 4º – Para assegurar o pleno exercício profissional, garantindo ao cliente/paciente, uma atenção isenta de risco, prudente e segura, na conduta prescritiva/terapêutica, o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares, conforme disposto na Resolução COFEN 195/97.

Art. 5º – O Enfermeiro pode receber o cliente/paciente, nos limites previstos do art. 2º, para efetuar a consulta de Enfermagem, com o objetivo de conhecer/intervir, sobre os problemas/situações de saúde/doença.

Art. 6º Em detrimento desta consulta, o Enfermeiro poderá diagnosticar e solucionar os problemas de saúde detectados, integrando às ações de Enfermagem, às ações multiprofissionais.

Art. 7º – Os currículos dos cursos de graduação de enfermagem devem, além de outros objetivos, preparar o acadêmico para esta realidade, já que é rotina na atualidade, a prática de tais ações, no mercado de trabalho.

A referida resolução foi revogada pela de nº 317/2007 tendo como justificativa a existência de outras legislações que já regulamentam tais atividades: a Lei nº. 7.498/1986, que prevê a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; e a Resolução COFEN 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros pautados nos programas do Ministério da Saúde. A autorização para desenvolvimento destas duas atividades pelo enfermeiro, prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares, foram e ainda são matéria de discussão entre os conselhos de enfermagem e medicina, tendo sido, inclusive, matéria de recursos jurídicos. Não obstante, constituem-se atividades de

prática avançada do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica, cuja execução se apoia em políticas nacionais e protocolos de atendimentos.

## 2.1 O papel do enfermeiro na Atenção Básica

A Atenção Básica é compreendida como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, proteção e manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. Ela é desenvolvida por equipe multiprofissional mediante práticas de cuidado e de gestão com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que cause impacto na realidade de saúde das pessoas em seus territórios (BRASIL, 2012c).

As equipes multiprofissionais de Atenção Básica devem ser compostas, conforme modalidade das equipes. No caso da ESF, por médicos, enfermeiros, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal, no caso das equipes de saúde bucal. Outros profissionais podem compor as equipes em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012c).

Aos profissionais das equipes são atribuídas funções comuns e funções específicas, resguardadas as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, conforme especificado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

As atribuições comuns aos profissionais das equipes de Atenção Básica são (BRASIL, 2012c, p. 43-45):

Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

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

Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;

Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;

Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe;

Participar das atividades de educação permanente;

Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

O enfermeiro, no âmbito da Atenção Básica, integra diversas modalidades de equipes de saúde, entre elas a ESF, a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), equipes de Consultórios na Rua, e cujas atribuições específicas gerais são:

Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes 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;

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;

Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

As ações de enfermagem devem ser desenvolvidas por meio da SAE e se desdobram segundo as necessidades de saúde das pessoas e famílias cuidadas. Devem levar em conta os aspectos epidemiológicos e as orientações para as práticas de saúde na perspectiva da Atenção Básica brasileira. Quanto a isso, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), desenvolve, periodicamente, cadernos temáticos para difusão do conhecimento e produção de práticas de saúde alicerçadas na realidade do País.

Os Cadernos de Atenção Básica apresentam informações sobre programas, temas ou agravos de saúde que são alvo de preocupação para a saúde pública e auxiliam na implementação do modelo assistencial de Atenção Básica, a partir do detalhamento da organização, planejamento e programação das ações, especificando as atribuições da equipe de saúde, e integração desse nível às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

É nessa perspectiva de existência de protocolos específicos de atendimento que os enfermeiros possuem prerrogativas legais para uma assistência mais ampliada no que se refere à prescrição de medicamentos e solicitação de exames laboratoriais de rotina.

No âmbito da atenção ao pré-natal de baixo risco, por exemplo, o enfermeiro pode solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das doenças sexualmente transmissíveis - DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero (BRASIL, 2012a).

Cabe ressaltar, no entanto, que são os gestores locais, quer seja estadual, municipal ou local, que definem a abrangência dessa assistência. Isto é, a regulamentação pelo órgão de classe e a autorização dada pelo Ministério da Saúde para as práticas não condiciona que elas sejam efetivamente realizadas pelos enfermeiros no âmbito local.

No município do Rio de Janeiro, por exemplo, os enfermeiros podem solicitar exames e prescrever medicamentos protocolados para assistência a crianças (verminoses, febre etc.), diabéticos, hipertensos, planejamento familiar (contraceptivos), DST e outros (RIO DE JANEIRO, 2012).

## 2.2 A divisão social do trabalho da enfermagem no Brasil e no contexto internacional

Para o exercício da enfermagem, cada país adota exigências específicas que permitem que o profissional se habilite legalmente para atuar na área correspondente. Essas exigências se relacionam ao nível de escolaridade, exames para mensuração de competências e registros em órgãos regulares estão intimamente relacionadas aos escopos de prática definidos para cada categoria profissional.

Dito isso, este tópico apresenta uma descrição do sistema de ensino, dos requisitos de habilitação profissional e do escopo de prática dos profissionais de enfermagem do Brasil e de outros países, com o objetivo de dar densidade teórica à pesquisa e subsidiar a discussão dos resultados estabelecendo comparações do contexto nacional com o internacional.

Os países selecionados foram os EUA, em razão da sua representatividade no mundo e por possuir escopos de prática profissional mais ampliados, quando em comparação com o Brasil; e Canadá e Austrália, por possuírem sistema universal de saúde semelhante ao do Brasil.

### 2.2.1 Brasil

A educação no Brasil, segundo o que determina a CF de 1988 (BRASIL, 1988), deve ser gerida e organizada separadamente por cada nível de governo. Há, portanto, no Brasil quatro tipos de sistemas de ensino: Federal, Estaduais, Distrital e Municipais, que devem ser geridos e organizados pela União, estados, Distrito Federal e municípios, respectivamente. Cada um desses sistemas educacionais públicos é responsável por sua própria manutenção, que gere fundos, bem como os mecanismos e fontes de recursos financeiros.

No Brasil, as instituições de ensino podem ser públicas, criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pelo Poder Público; ou privadas, mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

A educação escolar, no Brasil, se estrutura em dois níveis escolares: (i) educação básica, que agrega a educação infantil, ensino fundamental e ensino médio; e (ii) educação superior (graduação e pós-graduação).

A educação infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança de até 05 anos; o ensino fundamental, segunda etapa da educação básica, tem duração de 09 anos, com início a partir dos 06 anos de idade. O ensino médio, por sua vez, tem duração mínima de 03 anos.

A educação superior abrange cursos de (i) graduação, para aqueles que tenham concluído o ensino médio, podendo-se optar pelo bacharelado, licenciatura ou formação tecnológica; e (ii) pós-graduação, para aqueles que tenham concluído a graduação, e que compreende programas na modalidade *lato sensu* (especialização, residência profissional, *Master of Business Administration* – MBA) e *stricto sensu* (mestrados e doutorados).

Especificamente com relação à enfermagem, há, no Brasil, três categorias profissionais atuantes: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro. Para o exercício da enfermagem, faz-se necessário realizar processos de formação condizentes com o nível de atuação, em cursos credenciados ao MEC, e vincular-se ao conselho profissional – Sistema COFEN/COREN.

*a) Auxiliar de enfermagem*

Profissional de nível médio cujas competências são mais simples em comparação com as outras categorias, e atuam no nível ambulatorial. O auxiliar atua nas atividades relacionadas ao preparo do paciente para consultas, exames e tratamentos. Cuida da higiene, alimentação e conforto do paciente e zela pela segurança e pela limpeza dos equipamentos. Prepara e aplica medicamentos, conserva vacinas e faz pequenos curativos. Para atuar nessa função é preciso realizar curso profissionalizante de duração de cerca de 15 meses, e estar inscrito no COREN do estado em que atua.

*b) Técnico de enfermagem*

Profissional de nível médio que executa ações planejadas pelo enfermeiro. Ele está habilitado a lidar com pacientes de média e alta complexidade, desenvolvendo atividades de higiene, mobilização, preparação e administração de medicamentos e solutos, pequenos curativos e orientações de saúde. Para esta função é exigido concluir formação em curso técnico de enfermagem reconhecido, com duração aproximada de 20 meses e estar inscrito no COREN do estado em que atua.

### c) *Enfermeiro*

Para se tornar um enfermeiro, é necessário curso superior em instituição credenciada ao MEC, com duração de cinco anos, e inscrição no COREN. É habilitado para desenvolver funções clínicas, gerenciais, educativas e de pesquisa em todos os níveis assistenciais. É responsável pelos auxiliares e técnicos, sendo-lhe privativo o desenvolvimento de consulta de enfermagem e procedimentos de grande complexidade técnica. O enfermeiro pode atuar em caráter generalista ou se especializar em uma das diversas áreas específicas, mediante curso de pós-graduação *lato sensu*.

### 2.2.2 Austrália

A educação na Austrália é de essencial responsabilidade dos seus estados e territórios. Cada governo fornece o financiamento e regula as escolas públicas e privadas com sua área de administração. O governo federal financia universidades, mas estas definem o seu próprio currículo.

Assim como no Brasil, a Austrália possui um sistema educacional progressivo, com modelo de três camadas que incluem o ensino primário, seguido do ensino secundário e ensino superior (universidades e faculdades). A formação escolar (primário e secundário) tem duração prevista de 12 anos e é obrigatória entre os seis e os dezesseis anos (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2016).

O ensino terciário inclui tanto o ensino superior (abrangendo as universidades) como a formação profissional (*Vocational Education and Training* - VET). Esta última se baseia em uma parceria entre governos e indústria e é fornecida por instituições de Educação Técnica e Superior (*Technical and Further Education* - TAFE).

O sistema australiano de ensino se distingue de muitos outros países pela Estrutura Australiana de Qualificações (*Australian Qualifications Framework* - AQF). A AQF foi criada em 1995, tem 10 níveis (o primeiro nível corresponde a finalização do ensino secundário e o último ao doutorado) e relaciona as qualificações do ensino escolar, profissional e universitário em um único sistema nacional. Isto permite um fácil movimento de um nível de estudo para o próximo, e de uma instituição para outra. Trata-se de um sistema participativo que inclui as diversas instituições e atores envolvidos nos processos de ensino: governo, indústrias, sindicatos, associações

profissionais, Ministérios da Educação e do Trabalho (AUSTRALIAN QUALIFICATIONS FRAMEWORK COUNCIL, 2013):

Figura 2 - Esquema representativo da Estrutura Australiana de Qualificações. Austrália, 2013

HIGH SCHOOL	TAFE NSW	UNIVERSITY	AQF Level
		Doctoral Degree	Level 10
		Masters Degree	Level 9
	Graduate Diploma Graduate Certificate Bachelor Honours Degree		Level 8
	Bachelor Degree		Level 7
	Associate Degree Advanced Diploma		Level 6
	Diploma		Level 5
	Certificate IV		Level 4
	Certificate III		Level 3
	Certificate II		Level 2
	Certificate I		Level 1
Senior Secondary Certificates of Education (HSC in NSW)			

Fonte: The Northern Sydney Institute, 2013.

Em cada um dos dez níveis de aprendizado da AQF se prevê certificação que delimita o escopo de prática do profissional, em acordo às habilidades e conhecimentos apreendidos em cada um dos níveis de formação.

Em se tratando da enfermagem, a Austrália possui sete denominações profissionais (três de nível técnico e quatro de nível superior), cada qual com seus requisitos de habilitação profissional e escopo de atuação, que podem variar, em algum grau, entre os estados e territórios.

a) *Assistant in Nursing (AIN)*

A AIN trabalha essencialmente sob a direção e supervisão de uma enfermeira (*Registered Nurse - RN*), auxiliando no desempenho das funções de enfermagem. Outras nomenclaturas a depender da província de atuação são: *Aged Care Worker (ACW)*, *Personal Care Assistant (PCA)*, *Care Support Employee (CSE)* e *Health Services Assistance (HSA)*. De um modo geral, a AIN executa tarefas auxiliares como ajudar com os cuidados e atividades de vida diária do paciente, atendendo às necessidades de higiene pessoal e mobilização do paciente, de estoque e preparo de

equipamentos. A exigência para habilitação profissional é a Qualificação TAFE como AIN, com Certificado III em cuidados agudos, Certificado III em cuidado do idoso, ou prova de estudos atuais de qualificação para *Enrolled Nurse* (EN) ou RN. O curso de *Certificate III* geralmente dura 5 meses em tempo integral ou 11 meses em tempo parcial (Nível 3 na AQF).

*b) Enrolled Nurse*

A EN é considerada de segundo nível que presta cuidados de enfermagem, trabalhando sob a direção e supervisão de uma RN. A supervisão pode ser direta ou indireta, de acordo com a natureza do trabalho confiado à EN. Em qualquer caso, a EN conserva a responsabilidade por suas ações, e continua a ser responsável pela prestação de cuidados de enfermagem que lhe foram delegadas. Executam atividades de aferição de sinais vitais, alimentação, higiene pessoal, educação em saúde, e auxílio em casos emergenciais. Para habilitação exige-se curso de 18 meses ou dois anos no TAFE ou instalações de saúde relacionadas para recebimento de Diploma em Enfermagem (Nível 5 na AQF).

*c) Endorsed Enrolled Nurse (EEN)*

As EEN são autorizadas a administrar medicamentos, exceto por via intravenosa, epidural, intraventricular e intratecal, sob supervisão do RN; podem, no entanto, verificar e titular soluções intravenosas que não tenham adição de medicamentos. A exigência para obtenção de diploma é completar um programa de EN e realizar um curso adicional de aval para medicação (Nível 5 na AQF).

*d) Registered Nurse*

A RN é profissional com preparação educacional de nível superior, por meio da qual desenvolve competências para a prática de enfermagem; é registrada e licenciada sob a Lei de Enfermagem da Austrália. Tem alto nível de responsabilização pelos cuidados de enfermagem. Suas funções podem incluir a administração, liderança da equipe ou gerenciamento de unidades, administração de medicamentos, avaliação e gestão do cliente, incluindo os cuidados de enfermagem complexos, especializados e realização de pesquisas. O requisito para habilitação profissional inclui a conclusão de três anos de estudo - formação em universidade para atingir o grau de Bacharel em Ciência da Saúde (Enfermagem) ou Bacharelado em

Enfermagem e registro no conselho profissional (*Nursing and Midwifery Board of Australia* - NMBA) (Nível 7 na AQF).

e) *Clinical Nurse (CN)*

A CN é uma RN com curso adicional e prática profissional por longo período em alguma área específica. Isto é, uma RN especializada, de tal modo, exige-se conclusão de curso de especialidade e registro no conselho profissional (Nível 8 na AQF).

f) *Midwife*

Trata-se de um RN com competências para a prática do parto em qualquer ambiente, incluindo a casa, comunidade, hospitais, clínicas ou unidades de saúde e acompanhamento da gestante em todas as fases da gravidez e do recém-nascido. Exige-se, para atuar como *midwife*, o grau de Bacharel em Obstetrícia (Nível 7 na AQF).

g) *Nurse Practitioner (NP)*

NP é uma enfermeira educada e autorizada a funcionar de forma autônoma e colaborativa em um papel clínico avançado e prolongado. Pode prescrever medicamentos, solicitar exames diagnósticos, e encaminhar pacientes a outros profissionais. As exigências incluem a realização de curso de nível superior em enfermagem, sendo, portanto, RN ou *midwife* registrada no conselho profissional; ter pelo menos 3 anos de experiência clínica após o registro profissional (pelo menos 5000 horas), de preferência em uma área de especialidade; ser reconhecida como uma enfermeira de práticas avançadas em uma área específica e demonstrar excelência nesse papel; e demonstrar compromisso e capacidade de contribuir para a inovação e liderança dentro de seu âmbito de prática. Além disso, deve realizar curso adicional de prática avançada que possui duração de dois anos, no nível de mestrado (Nível 9 na AQF).

### 2.2.3 Canadá

O sistema educacional do Canadá é subdividido em ensino infantil (pré-escola), fundamental (primário), médio (secundário) e superior. O ensino fundamental (duração de oito anos) e médio (duração de quatro anos) são públicos e totalmente

subsidiados pelos governos provinciais (sistema descentralizado), que seguem um modelo de currículo padronizado, porém com um sistema de ensino que reflete as características locais. A escolaridade é obrigatória em todas as províncias até a conclusão do ensino médio.

Finalizado o ensino médio, o aluno pode ir para um *college* ou *university*. O primeiro tem por foco o treinamento e a prática de um determinado curso oferecendo, ao final:

- a) Certificado (*certificate*): de oito meses a um ano de estudo em período integral;
- b) Diploma: um ano e meio a dois anos de estudo em período integral;
- c) Bacharelado (*Bachelor's degree*): entre três a quatro anos de estudo em tempo integral;
- d) *Associate's degree*: similar ao *bachelor's degree*, porém com duração mais curta, em torno de dois anos de estudo;
- e) *Post-degree diploma*: considerado uma especialização com tempo de duração entre um ano e meio e dois anos.

A *university* tem por foco as áreas acadêmicas e de pesquisa, e oferecem programas de *bachelor* (bacharelado), *masters* (mestrado), *doctoral* (doutorado) e profissionais (*schools*).

- a) *Bachelor's Degree*: de três a quatro anos de estudo em tempo integral, cuja titulação é *undergraduate*;
- b) *Professional Program*: cursos voltados para profissões específicas como direito, medicina, odontologia e engenharia, com duração de três a quatro anos, cuja titulação é *undergraduate*;
- c) *Masters* ou *MBA Degree*: de um a dois de estudo onde o aluno é titulado *graduate*;
- d) *Doctoral (PhD) Degree*: entre quatro e seis de estudo, cuja titulação é o *postgraduate degree*.

A educação superior pública é subsidiada pelos governos federal e provincial, porém os estudantes custeiam parte do custo efetivo do ensino. O sistema privado não recebe financiamentos e cobra mensalidades de alto custo.

No Canadá, a profissão de enfermagem é constituída por cinco grupos de enfermagem regulamentados, além das parteiras. Todos os profissionais devem, obrigatoriamente, se registrar em órgão regulador específico de cada província, cuja

condição é a de prestar e ser aprovado em exame para avaliação de conhecimentos e competências.

a) *Licensed Practical Nurses (LPN)*

Profissional que assume o cuidado de pacientes de forma autônoma ou sob a direção e em colaboração com uma RN. Dele é exigido Diploma em *Practical Nursing*, que consiste em um curso em programa credenciado com duração de quatro semestres. Seu escopo de prática é extenso e, por vezes, se sobrepõe ao escopo do RN. Em algumas situações, ambos podem ter o conhecimento, habilidade, julgamento e atributos pessoais para fornecer os cuidados necessários. O escopo não é muito restritivo entre eles, entretanto, a realização de uma atividade de enfermagem está condicionada à competência individual para realizá-la, às normas legais, e às políticas do empregador (NANB, 2015). Em Ontário, o LPN é denominado *Resgitered Practical Nurse*.

b) *Registered Nurses*

As RN correspondem a 75% dos trabalhadores da enfermagem e são definidos pela *Canadian Nurses Association (CNA)* como profissionais de saúde autorregulados que trabalham autonomamente e em colaboração com outros profissionais em prol dos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações. Prestam serviços de saúde diretos, cuidam e apoiam os clientes no gerenciamento de sua própria saúde, e contribuem para o sistema de saúde, por meio de sua liderança nos contextos da prática, educação, administração, pesquisa e política (CNA, 2015). É considerado profissional generalista com diploma de Bacharel em Ciências de Enfermagem ou em Enfermagem – curso de nível superior com duração de quatro anos.

c) *Clinical Nurse Specialist (CNS)*

Trata-se de uma RN com formação especialista em alguma área específica. Requer, portanto, além do Bacharel em Enfermagem, um curso de pós-graduação (mestrado ou doutorado) e experiência clínica na área de atuação. É considerada como enfermeira de prática avançada, embora difira fundamentalmente da *Nurse Practitioner (NP)*. A CNS se concentra no apoio à excelência clínica, isto é, gasta mais tempo no desenvolvimento profissional, na liderança organizacional, na pesquisa e nas atividades educativas e têm menos responsabilidades relacionadas à prática clínica direta.

d) *Nurse Practitioner*

Trata-se de uma RN com formação mais avançada em curso credenciado de NP (especialização ou mestrado, dependendo da província) em área específica e experiência clínica comprovada na área de atuação. Elas diferem da CNS por trabalharem mais diretamente com o paciente, por terem autonomia clínica para desenvolver diagnóstico, solicitar e interpretar exames, prescrever medicamentos e realizar procedimentos permitidos, e pela exigência de titulação específica junto ao órgão regulador. Atuam principalmente, mas não apenas, no âmbito da APS. Outras áreas ainda estão em desenvolvimento, como, por exemplo, a NP de anestesia.

e) *Registered Psychiatric Nurses (RPN)*

São educados e regulados apenas nas províncias British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba e Yukon, em cursos específicos e exclusivos. Os RPN consistem numa categoria específica de enfermagem cujo foco é a saúde mental e psiquiátrica. Podem atuar nos diversos ambientes de cuidados, tanto no nível clínico, quanto no gerencial, educacional e de pesquisa. Para tanto, exige-se uma formação de nível superior – Bacharel em Enfermagem Psiquiátrica, de duração de oito semestres, aprovação em exame para registro em órgão regulador competente e o registro.

f) *Midwife*

Cumprе esclarecer que, no Canadá, as *midwives* (obstetizes) não são consideradas no âmbito da enfermagem. São profissionais de saúde autônomas que prestam cuidados primários às mulheres e seus bebês durante a gravidez, parto (normal vaginal) e pós-parto, podendo, inclusive, prescrever medicações, solicitar, realizar e interpretar exames. Como prestadoras de cuidados primários, as *midwives* podem ser o primeiro ponto de acesso aos serviços de maternidade e são plenamente responsáveis pelas decisões clínicas e pela gestão dos cuidados no âmbito da sua prática. As parteiras trabalham em colaboração com outros profissionais de saúde e consultam especialistas médicos, conforme apropriado. Para essa função é exigido curso superior de quatro anos (Bacharel em Obstetrícia) em um dos sete programas existentes no País, e posterior exame para registro em órgão regulador provincial.

#### 2.2.4 Estados Unidos

O sistema educacional do EUA compreende o ensino infantil, o fundamental (*elementar school* – cinco anos de duração), o médio (dividido em *middle school* – duração de três anos, e *high school* – duração de quatro anos) e o superior (*higher education*), que agrega os cursos profissionalizantes, bacharelados e pós-graduação:

- a) *Associate Degrees* são cursos de dois anos oferecidos por *Community Colleges* (faculdades comunitárias), que oferecem cursos de dois anos que servem como uma qualificação preparatória para uma graduação ou por *Technical Institutions* (instituições técnicas) que formam profissionais de nível técnico. Não são obrigatórios, mas podem ser usados para facilitar a entrada em cursos de bacharelados;
- b) *Bachelors Degrees* (bacharelados) tem duração média de quatro anos (dependente da conclusão de créditos), em que se cursam, primeiro, créditos de uma área geral (Ciências, por exemplo), geralmente nos dois primeiros anos, seguido de créditos de uma área específica (Enfermagem, por exemplo);
- c) *Graduate School* (pós-graduação) com duração variada, a depender do tipo de programa e área. Nesse nível são oferecidos os programas para medicina e direito (após conclusão do bacharelado), especialidades, mestrados e doutorados.

A enfermagem nos EUA é desenvolvida por quatro categorias profissionais apresentadas na sequência.

##### a) *Certified Nursing Assistant (CNA)*

Considerados auxiliares de enfermagem treinados para executar uma gama limitada de procedimentos de suporte e sob a supervisão de RN e LPN, que inclui a tomada de sinais vitais, dispensação de medicamentos prescritos, dar banho no paciente, e mobilização de pacientes. Para o exercício dessa função, exige-se, em geral, o ensino médio completo, um curso profissionalizante de enfermagem de curta duração (mínimo de 75 horas), e aprovação em exame para certificação.

A denominação desse profissional pode variar a depender do ambiente de trabalho, estado de atuação e exigência ou não de certificação. Outras denominações são: *Certified Nurse Aide*; *Nursing Assistant/Nurse Aide*; *Geriatric Nursing Assistant* – atuam com população idosa; *Psychiatric Aides* – atuam na área de saúde mental;

*Licensed Nursing Assistant* – se diferencia da CNA pelo pagamento de taxa ao órgão regulador; *Oldery*; *State Tested Nursing Assistant*; *Patient Care Assistant*; *Certified Medication Aide* – CNA com autorização para administrar medicamentos mediante capacitação e certificação.

b) *Licensed Practical Nurse*

Além dos deveres de uma CNA, a LPN é, geralmente, também qualificada para administrar injeções, realizar massagem terapêutica, preparar os pacientes para procedimentos cirúrgicos, manter registros médicos de pacientes, trocar ataduras e curativos, e às vezes gerenciar injeção intravenosa. Também são responsáveis por comunicar as necessidades de um paciente para o pessoal médico. Atuam sob a supervisão da RN. Para essa função se exige curso profissionalizante com duração aproximada de 18 meses e aprovação em exame aplicado pelo conselho profissional.

c) *Registered Nurse*

RN são profissionais de nível superior com grau de Bacharel em Enfermagem ou similar, qualificados para o cuidado de enfermagem mais complexo, que envolve o diagnóstico de enfermagem, administração de medicamentos, curativos, sondas, supervisão de CNA e LPN entre outros. Além do nível superior, o RN precisa ser aprovado em exame aplicado pelo conselho profissional.

d) *Advanced Practice Registered Nurse (APRN)*

São enfermeiros com Diploma de Mestrado em área específica de atuação, com autorização para avaliar, diagnosticar e gerenciar agravos, solicitar e interpretar exames, e prescrever medicamentos. Atualmente, nos EUA, existem quatro tipos de APRN: *Certified Nurse Practitioner* (CNP) – volta-se para os cuidados primários no âmbito familiar, pediatria, geriatria e saúde da mulher; *Certified Registered Nurse Anesthetist* (CRNA) – são aptos a aplicar anestésicos nos diversos ambientes de prática e procedimentos; *Certified Nurse-Midwife* (CNM) – aptas para desenvolver todos cuidados primários às mulheres, incluindo o parto; *Clinical Nurse Specialist* – fornecem atendimento direto aos pacientes em uma das diversas especialidades existentes no País (em grande parte do País não lhe é permitida a prescrição de medicamentos) (NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING, 2012).

Quando se comparam os escopos entre as diferentes ocupações de enfermagem no Brasil com os países apresentados, percebe-se similaridade entre os

cargos de nível secundário e de nível superior, embora a divisão do trabalho mostre-se mais fragmentada e também mais sobreposta entre as ocupações nos três países estrangeiros.

As principais diferenças percebidas referem-se à existência de enfermeiros de prática avançada nos EUA, Canadá e Austrália, e à exigência de exames para mensuração de competências como pré-requisito para o registro no conselho regulador da profissão. E, também, diferente do Brasil que possui diretrizes nacionais de formação e de regulação da profissão, os estados/províncias dos países estrangeiros possuem autonomia tanto no aspecto curricular, quanto no aspecto da regulamentação.

### 3 PRÁTICA AVANÇADA DE ENFERMAGEM

A função de enfermeiro de prática avançada (EPA) desenvolveu-se pela primeira vez nos EUA na década de 1960 sob o título de *Nurse Practitioner*, com o objetivo de melhorar a prestação de serviços e o acesso em pediatria na atenção primária (MORGAN; BARRY; BARNES, 2012). E há mais de 40 anos a função envolve um processo de educação formal, certificação e regulação com autoridade legal no País (PARKER; HILL, 2017). Desde então tem evoluído em muitos países e em diferentes subespecialidades, como anestesia e obstetrícia.

Durante os anos 1990, o *International Council of Nurses (ICN)* - Conselho Internacional de Enfermeiros - observou a presença crescente de EPA à medida que os países revisavam seus sistemas de saúde e procuravam novas alternativas para a prestação de serviços de saúde. Em um esforço para acompanhar as crescentes exigências e limitações econômicas, apontou-se que havia uma melhor aceitação de novos papéis e modelos de prática para a enfermagem, os quais tem se mostrado eficazes e benéficos (SCHOBER; AFFARA, 2006; DELEMAIRE; LAFORTUNE, 2010).

Nesse movimento, a ICN definiu o EPA como enfermeiro diplomado que adquiriu a base de conhecimentos especializados, habilidades complexas de tomada de decisão e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto e/ou país em que ele está credenciado para praticar. A ICN fornece as seguintes recomendações para sustentação das características do EPA (ICN, 2008):

- a) Preparação educacional
  - Preparação educacional para além do ensino geral de enfermagem
  - Reconhecimento formal dos programas educativos que preparam enfermeiros para a prática avançada
  - Sistema formal de licenciamento, registro, certificação e credenciamento
- b) Natureza da prática
  - Capacidade de integrar a investigação [prática baseada em evidências], educação e gestão clínica
  - Alto grau de autonomia profissional e prática independente
  - Gerenciamento de casos em nível avançado
  - Avaliação avançada, habilidades de tomada de decisão e habilidades de raciocínio diagnóstico

- Competências clínicas avançadas reconhecidas
  - Capacidade de prestar serviços de consultoria a outros profissionais de saúde
  - Planeja, implementa e avalia programas
- c) Mecanismos de regulamentação - regulamentações profissionais específicas do país que sustentem a prática do EPA
- Direito de diagnosticar
  - Autoridade para prescrever medicamentos e tratamentos
  - Autoridade para encaminhar clientes para outros profissionais
  - Autorização para admissão de pacientes no hospital
  - Títulos reconhecidos oficialmente para enfermeiros que trabalham em cargos de prática avançada
  - Legislação para conferir e proteger o título
  - Legislação, política ou algum tipo de mecanismo de regulamentação específica para a prática avançada do enfermeiro

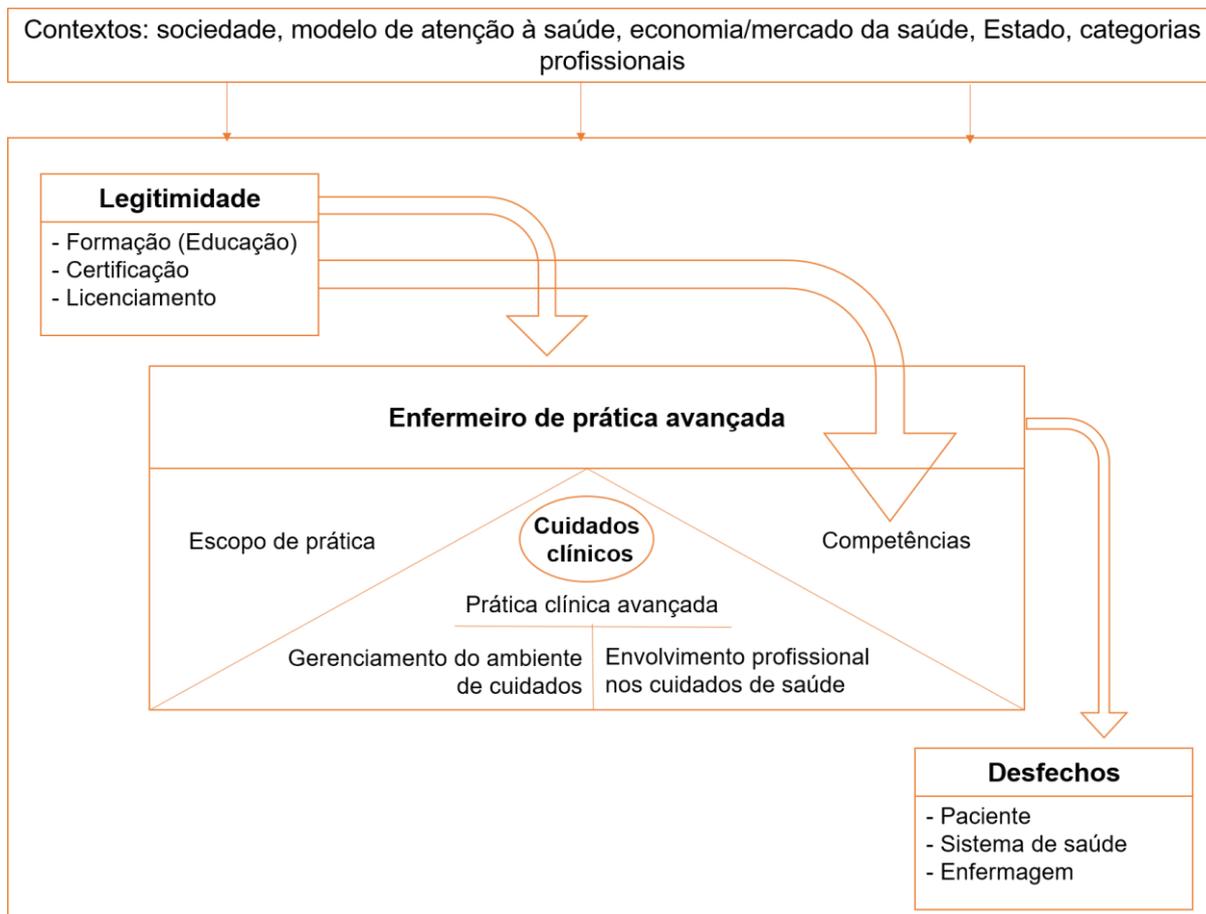
A definição e as características oferecidas pelo ICN são necessariamente amplas em razão das variações dos sistemas de saúde, dos mecanismos de regulação e da formação de enfermagem em cada país. Mas atesta que o grau de julgamento, habilidade, conhecimento e responsabilidade é maior no EPA que no enfermeiro generalista. Esta maior amplitude e profundidade de prática é alcançada através de educação adicional e experiência na prática clínica, embora o núcleo assistencial mantenha-se o mesmo (ICN, 2008).

A introdução de EPA nos sistemas de saúde é motivada por diversos fatores, sendo o principal a acentuada escassez de médicos associada à fragmentação da prestação de cuidados e o acesso limitado aos serviços de saúde (DE GEEST et al, 2008), caso dos EUA e Holanda, por exemplo. Também se constituem motivação as mudanças em modelos de atenção e o contexto jurídico e político, como ocorrido na Austrália, China e Finlândia (DE GEEST et al, 2008; SCHOBER, 2016), a necessidade de contenção de custos, maior valorização profissional da enfermagem e a possibilidade de promoção de cuidados de saúde de melhor qualidade (DELEMAIRE; LAFORTUNE, 2010).

Não apenas as motivações para introdução de EPA variam entre os diferentes modelos de atenção e países, mas também os aspectos regulatórios e educacionais, as titulações/denominações da ocupação, os escopos de prática e as contribuições

advindas dessa estratégia, elementos que compõem o modelo estrutural de EPA ilustrado na Figura 3.

Figura 3 - Modelo estrutural da prática avançada em enfermagem.



Fonte: Adaptado de Brown, 1998.

### 3.1 Austrália

A motivação para a introdução de EPA na Austrália surgiu por causa da escassez de médicos em áreas rurais e remotas que, pensava-se, poderiam ser substituídos por enfermeiros especificamente treinados (MASSO; THOMPSON, 2014).

Projetos piloto foram estabelecidos em áreas rurais e remotas, na área de obstetrícia, serviços de emergência e serviço de atendimento a adultos sem teto. As avaliações indicaram que as propostas eram viáveis e que os EPA eram seguros e eficazes na prestação de serviços de saúde de qualidade. Emendas aos atos regulatórios foram realizados com o objetivo de proteger o título de *Nurse Practitioner* como EPA e conceder direitos de prescrição de medicamentos.

Os primeiros NP foram acreditados no ano 2000 e em 2005 o *Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council (ANMAC)* aprovou padrões de competência e de registro para implementação em estados e territórios. No entanto, continua a haver ambiguidade e falta de clareza em torno de muitos aspectos relativos aos escopos de prática entre as províncias.

Para a prática avançada, os enfermeiros devem realizar curso de mestrado em um dos programas credenciados pelo ANMAC. O conteúdo educacional do curso de mestrado é semelhante ao dos EUA e Canadá com ênfase em farmacologia, fisiopatologia, prática baseada em evidência, planejamento, ética, direito e liderança. Após experiência comprovada de pelo menos três anos como EPA pode-se requerer o registro junto ao conselho (PARKER; HILL, 2017).

### 3.2 Canadá

São dois os tipos de EPA no Canadá: *Clinical Nurse Specialist* (especialistas clínica) e *Nurse Practitioners*. Os primeiros são enfermeiros com mestrado ou doutorado em enfermagem, e com conhecimentos e habilidades de enfermagem extensa e expertise e experiência clínica em determinada área. Os NP são compreendidos como enfermeiros com experiência e educação adicionais que são capazes de diagnosticar, ordenar e interpretar exames, prescrever medicamentos e realizar procedimentos específicos dentro de seu escopo legislativo (SCHOBER, 2016).

O título *Clinical Specialist* não é regulado, de modo que este ainda tem um papel muito variado e é bem menos compreendido que o NP. O título de NP é regulado em todas as províncias e territórios no Canadá e as competências básicas nacionais para esse papel foram definidas pela associação de enfermeiras canadenses. Entretanto, em razão da autonomia provincial, há algumas inconsistências dentro e entre as províncias na preparação educacional e na amplitude de atuação desses enfermeiros (PARKER; HILL, 2017).

Os NP foram introduzidos em meados da década de 1960, principalmente em ambientes de APS para atender às necessidades relacionadas à universalização dos cuidados de saúde públicos, à expansão da APS e à percepção de escassez de médicos. Os NP de cuidados agudos (*Acute Care Nurse Practitioner*) e NP pediátricos (*Pediatric Nurse Practitioners*) foram introduzidos no final da década de 1980. E, a

partir de 2009, se passou a apostar no NP em cuidados de anestesia (*Nurse Practitioner in Anesthesia*) (PARKER; HILL, 2017).

### 3.3 Estados Unidos

A demanda por enfermeiros altamente qualificados em ambientes hospitalares e uma escassez de médicos nos EUA levou à introdução do EPA, atualmente denominado de *Advanced Practice Registered Nurse* (enfermeiro registrado de prática avançada). À medida que os enfermeiros aderiram aos conhecimentos especializados da medicina e de outras disciplinas, os papéis de enfermagem expandidos tornaram-se mais visíveis e desenvolvidos em quatro categorias: *Certified Registered Nurse Anesthetists* (enfermeiras anestesistas registradas e certificadas), *Certified Nurse Midwives* (enfermeiras obstetrias certificadas), *Clinical Nurse Specialists* (enfermeiras clínicas especialistas) e *Nurse Practitioners* (enfermeiras praticantes).

Um número crescente de NP e seu sucesso na prestação de serviços de APS desde a década de 1960 acelerou rapidamente o sucesso. Em novembro de 2015, a *American Association of Nurse Practitioners* (Associação Americana de Profissionais de Enfermagem) indicou que havia mais de 205.000 NP licenciados no País (AANP, 2015). Foi este perfil profissional que estimulou a adoção de EPA em outros países.

As primeiras avaliações desta função demonstraram que os médicos podiam preceptorar enfermeiros em ambientes ambulatoriais e colaborar com eles para desenvolver protocolos que definissem os processos de avaliação, diagnóstico, tratamento e avaliação. O reconhecimento e a valorização das contribuições dos primeiros EPA cresceram, incluindo um maior acesso aos cuidados, um rendimento mais eficiente dos pacientes, uma maior coordenação dos cuidados e seguimento e o alívio da carga de trabalho do médico em razão do número elevado de casos (PARKER; HILL, 2017).

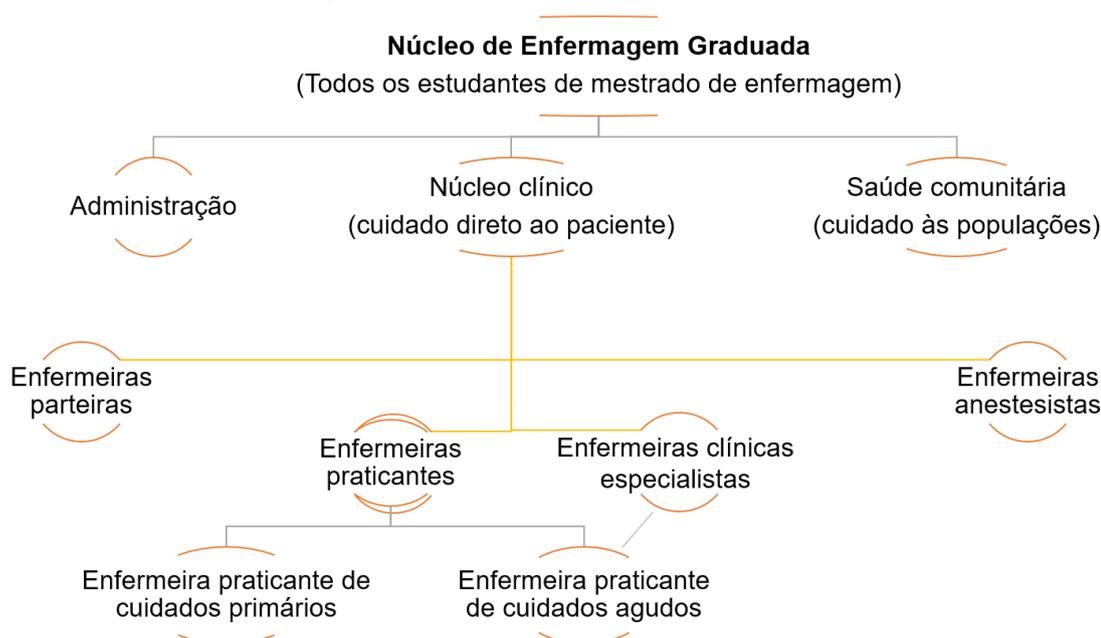
A partir daí programas de treinamento em serviço para EPA começaram a proliferar e evoluiu para incluir a certificação dos enfermeiros de modo individual. A liderança acadêmica de enfermagem assumiu a responsabilidade de promover programas de treinamento de EPA no nível de mestrado em escolas de enfermagem, consolidando um currículo central, definindo qualificações próprias e instituindo a acreditação de programas de formação (PARKER; HILL, 2017).

Inicialmente os EPA foram ensinados por médicos, farmacêuticos e outros profissionais médicos, até que o número de EPA com credenciais acadêmicas e experiência cresceu, passando estes a serem os professores dos programas.

O modelo curricular do mestre em enfermagem de prática avançada foi desenvolvido pela *American Association of Colleges of Nursing* após um processo de discussão iniciado em 1994 com enfermeiros clínicos, da educação e pesquisadores. O modelo é baseado em competências e desenvolvido em três componentes (Figura 4) (AACN, 1996):

- a) Núcleo de Enfermagem de Pós-Graduação: conteúdo fundamental do currículo considerado essencial para todos os estudantes que buscam um mestrado em enfermagem, independentemente da especialidade ou foco funcional;
- b) Núcleo de Enfermagem de Prática Avançada: conteúdo essencial para fornecer serviços diretos a pacientes em nível avançado; e
- c) Conteúdo do Currículo Especializado: as experiências de aprendizagem clínica e didática identificadas e definidas pelas organizações de enfermagem especializadas.

Figura 4 - Modelo curricular estadunidense para cursos de mestrado em enfermagem de prática avançada.



Fonte: AACN, 1996.

Apesar do currículo padrão, os escopos de prática dos EPA nos EUA são dependentes de regulação local, isto porque os estados são autônomos. Assim, em alguns estados, o EPA pode, de forma autônoma, prescrever medicamentos, dar diagnósticos, solicitar e interpretar exames e realizar alguns procedimentos que, historicamente, são de competência médica; noutros, algumas dessas atividades são restritivas aos médicos ou só podem ser desenvolvidas por enfermeiros mediante supervisão médica.

### 3.4 América Latina e Caribe

Atualmente, na região da América Latina e Caribe, a maioria dos enfermeiros é treinada apenas no nível de bacharelado (graduação), embora muitos países tenham programas de mestrado e doutorado, mas que são voltados quase que exclusivamente para a academia (educação e pesquisa), e não para a clínica, que fica a cargo dos cursos de especialização.

Em 2013, membros da OPAS e do Escritório Regional das Américas da OMS aprovaram a Resolução CD52.R13: *Human Resources for Health: Increasing Access to Qualified Health Workers* (Recursos humanos para a saúde: aumento do acesso a trabalhadores de saúde qualificados no sistema primário de saúde), pedindo maior formação e implementação de EPA como uma estratégia chave para o desenvolvimento do sistema de cuidados de saúde primários (PAHO, 2013).

A partir de então, organizações e lideranças de enfermagem, bem como os ministérios da saúde têm demonstrado interesse crescente em avançar com a implementação do EPA. E, para dar continuidade a essa agenda, em 2015, a OPAS/OMS e o Centro Colaborador de Recursos Humanos em Saúde Primária e Saúde da Universidade McMaster em Hamilton, Canadá, organizaram um encontro, que contou com a participação de representantes dos ministérios da saúde, associações de enfermagem e escolas de enfermagem de toda a região (PAHO, 2015).

Nesse encontro, o foco específico foi a implementação de papéis de EPA em diferentes países e a definição de prioridades para esta implementação, entre elas o estabelecimento de programas para treinamento de EPA no nível de mestrado e o estabelecimento de uma rede colaborativa pan-americana para desenvolver e implementar o papel do EPA no âmbito da APS (PAHO, 2015).

Nesse movimento de discussão, no Chile, a Universidade de los Andes (2016) implantou um curso de mestrado de enfermagem avançada em cuidados agudos em adultos. Embora o programa esteja focado no papel do EPA no cuidado terciário, em vez de na APS, é um passo histórico como o primeiro programa na América Latina que produzirá EPA de acordo com a definição do ICN. O curso, que iniciará em 2017, prevê quatro semestres de duração e focará as disciplinas de gestão, ética, pesquisa e agravos e cuidados agudos em unidades de emergência e intensivas.

Ainda existem muitos desafios para a implementação da enfermagem de prática avançada nos países da América Latina e do Caribe. Alguns deles incluem a falta de reconhecimento do papel significativo que a enfermagem tem no fortalecimento dos sistemas de saúde, o desenvolvimento da educação de pós-graduação em enfermagem, e a permissão para que o EPA possa praticar todo o escopo de prática que se almeja (SCHOBER; AFFARA, 2006).

### **3.5 Brasil**

O Brasil também deu o primeiro passo para implantar a prática avançada de enfermagem no intuito de alcançar a cobertura universal de saúde. Em novembro de 2015, representantes do COFEN e da ABEn se encontraram com representantes da OPAS para discutir e planejar o futuro dessa estratégia no âmbito da APS. O objetivo é aumentar o escopo de práticas do enfermeiro, desenvolvendo e aprofundando o trabalho interprofissional na atenção básica. Para tanto, se discute uma formação que resulte em um perfil de profissional com alta resolutividade, preferencialmente em nível de mestrado profissional e residência vinculada ao mestrado profissional (COFEN, 2015).

Em 2016, o COFEN, a ABEn, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o Ministério da Saúde pactuaram a implementação da Enfermagem de Práticas Avançadas no Brasil a partir de uma proposta estruturada em três eixos (COFEN, 2016). O primeiro prevê o fortalecimento de centros de excelência, que fortaleçam linhas de pesquisa em enfermagem de práticas avançadas, mapeando as atividades já realizadas e formando docentes e multiplicadores.

O segundo eixo prevê a implementação de um currículo nuclear de práticas avançadas para os enfermeiros residentes de programas multiprofissionais, com

possibilidade de conclusão de mestrado profissional com complementação de estudos. E, por fim, o terceiro eixo propõe a criação de medidas que facilitem a implementação de protocolos utilizados nos programas de saúde institucionais, os quais regulamentam aspectos como a prescrição de medicamentos por enfermeiros.

Cabe ressaltar que, no Brasil, já existe amparo legal para que o enfermeiro prescreva medicamentos e solicite e interprete exames diagnósticos, desde que ele exerça suas atividades integrando uma equipe de saúde e pautar-se nos protocolos do Ministério da Saúde ou em normas e rotinas institucionais. Apesar disso, ainda não se constitui prática rotineira nas unidades básicas de saúde.

Muitos são os desafios que se apresentam para a implementação da enfermagem de prática avançada no País, entre os quais se podem citar: o pequeno número de programas de mestrado profissional; os entraves legislativos que esbarram na autonomia das profissões e, por consequência, nas disputas por espaço entre as profissões de saúde; o baixo reconhecimento social da profissão da enfermagem; e a inexistência de políticas salariais e de carga horária.

#### 4 MERCADO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

A década de 1990 foi marcada por cenários de transformações no Brasil, especialmente em razão da promulgação da CF de 1988 que assegura maior efetividade aos direitos fundamentais, como a educação e a saúde, que passa a ser dever do Estado mediante implantação de políticas públicas.

A institucionalização do SUS dá centralidade a questão dos RH como fundamental para a sua implementação, com crescimento de postos de trabalhos tanto públicos como privados na área da saúde (DEDECCA; PRONI; MORETO, 2001), ao passo que outros setores viviam um período crítico na dinâmica do mercado de trabalho, sobretudo pela evidente tendência ao desemprego, à terceirização das ocupações, e às transformações do trabalho informal (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Para compreender a configuração do mercado de trabalho dos enfermeiros, não basta analisar a oferta de postos de trabalho. Antes, faz-se necessário conhecer a oferta de profissionais preparados que entram no mercado em busca de colocação profissional, uma vez que a qualificação de mão de obra é dependente do acesso dos cidadãos ao sistema educativo.

Atualmente, ao enfermeiro, é exigido concluir um curso de graduação para ser considerado apto para o exercício profissional, cujo acesso se dá por meio de provas de conteúdo - vestibular, Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), e, em alguns cursos privados, por histórico escolar.

Dados sobre a força de trabalho em saúde com foco em aspectos do mercado educativo podem desencadear reflexões sobre os desafios comuns colocados tanto para o setor educativo quanto para a oferta de serviços de saúde. As desigualdades de oferta no sistema educativo para a formação superior na saúde, exemplificadas por sua concentração regional e pela proliferação desordenada de cursos em determinadas áreas de formação, constituem problemas que demandam e devem articular análises sobre as condições da oferta de profissionais e o mercado de trabalho em saúde (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO, 2006; PIERANTONI et al, 2012).

Num cenário que aponta para a escassez de algumas categorias e excesso de outras, a pouca informação disponível sobre quantos e como são distribuídos os existentes reduz a capacidade de planejamento, orientação e melhor distribuição da força de trabalho em saúde. É consensual que informação adequada e oportuna sobre

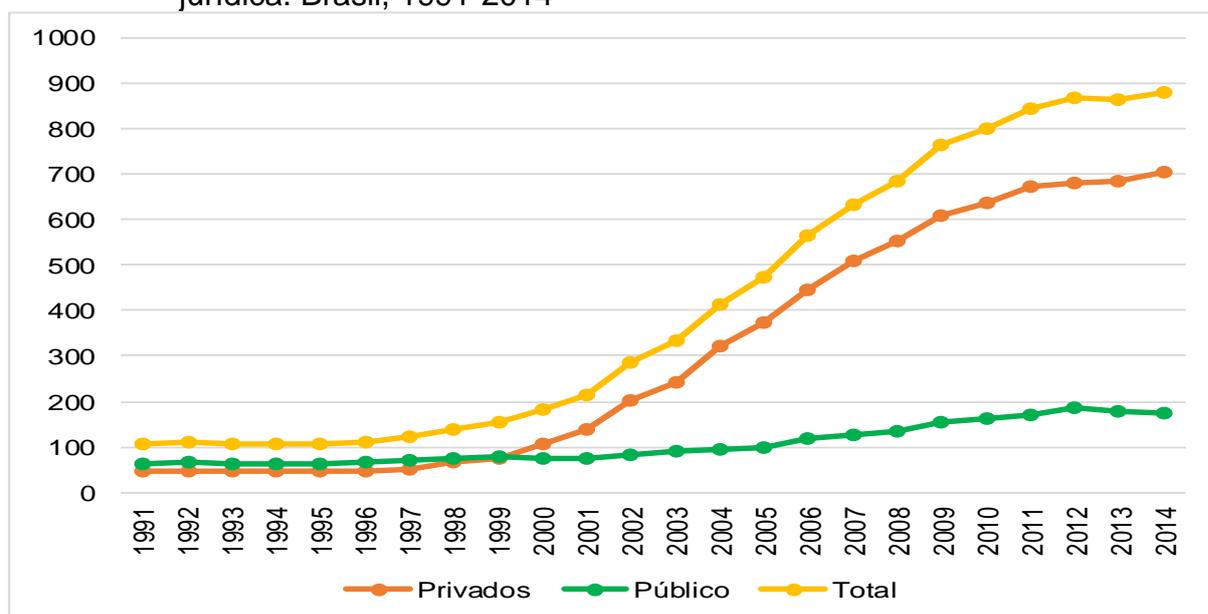
os RHS é um insumo fundamental para que países, estados e regiões, serviços de saúde e instituições de ensino planejem ações, em um campo onde as intervenções demandam processos lentos de maturação (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015; PIERANTONI et al, 2015).

#### **4.1 Oferta de enfermeiros**

No fim da década de 1950, o estudo Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil, realizado pela ABEn, identificou a existência de 33 escolas de formação de enfermeiros, cuja maioria se encontrava na região Sudeste (CARVALHO, 1976; SECAF; SANNA, 2003). E embora os resultados já apontassem para um movimento acelerado de criação de instituições de ensino superior, a tendência expansionista de cursos de enfermagem só foi percebida a partir da década de 1970, dado o déficit de enfermeiros no País. Atrelado a isso, o Governo adotou uma postura de investimento de expansão de vagas com a finalidade de qualificar a mão de obra e aumentar o acesso da classe média da sociedade ao ensino superior, mediante a Lei da Reforma Universitária de 1968 (SILVA; BAPTISTA, 2007; BRASIL, 1968). Desta feita, entre os anos de 1966 e 1993 foram criados 80 cursos de enfermagem (FERNANDES, 1994).

A partir da década de 1990, a política neoliberal adotada pelos governos sucessivos de Fernando Collor de Melo e de Fernando Henrique Cardoso (FHC), bem como a publicação da LDB de 1996, contribuíram para a expansão do número de cursos de ensino superior, incluindo os de enfermagem, principalmente os vinculados ao setor privado (ROCHA; NUNES, 2013). Em 1991 se contabilizavam 108 cursos de enfermagem, em 2002 esse número era igual a 285, o que representou um aumento de 164,0%. Até o ano de 1998 os cursos públicos eram em maior número; em 1999, os privados já correspondiam a 59,0% do total. Em 2014, os cursos de enfermagem já somavam 881, sendo 80,1% privados, conforme mostra o Gráfico 1 (BRASIL, 2015; OBSERVARH, 2016).

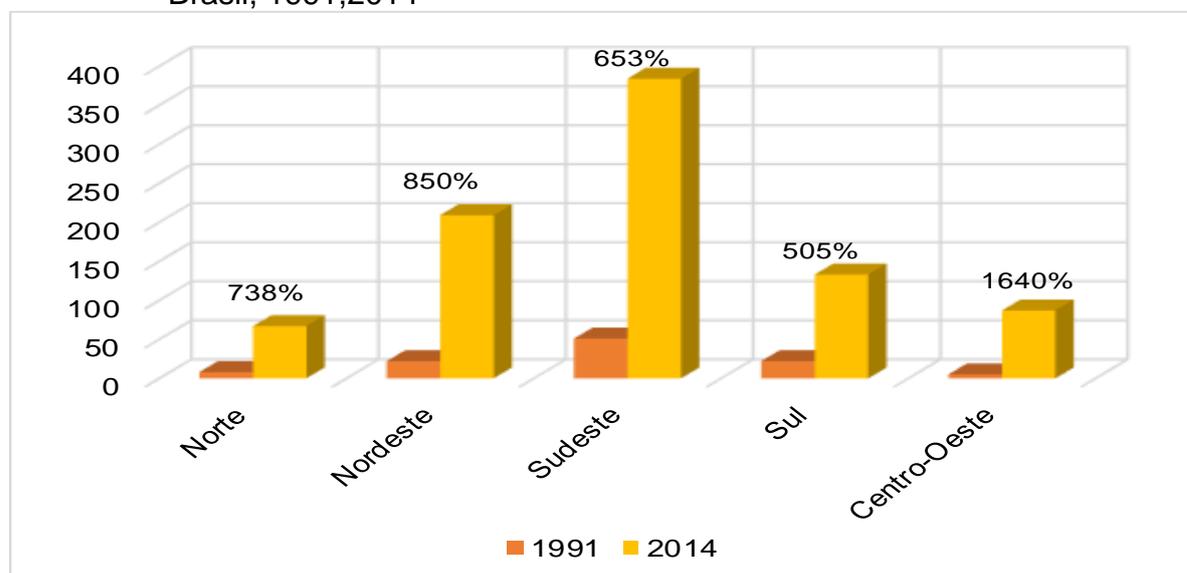
Gráfico 1 - Evolução dos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2014



Fonte: INEP/MEC, 2015; SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2016

A análise por grandes regiões indica que a região Sudeste, em 1991, possuía 47,2% (n=51) dos cursos e, em 2014, 43,6% (n=384). Embora tenha sido a segunda região com menor taxa de crescimento de número de cursos em enfermagem (653%) no período 1991-2014, manteve-se como a principal concentradora. As regiões Centro-Oeste e Norte possuíam, em 1991, e ainda possuem, em seu território, o menor número de cursos; todavia, as respectivas taxas de crescimento de cursos dessas regiões foram superiores aos 700% (Gráfico 2Gráfico 2 - ).

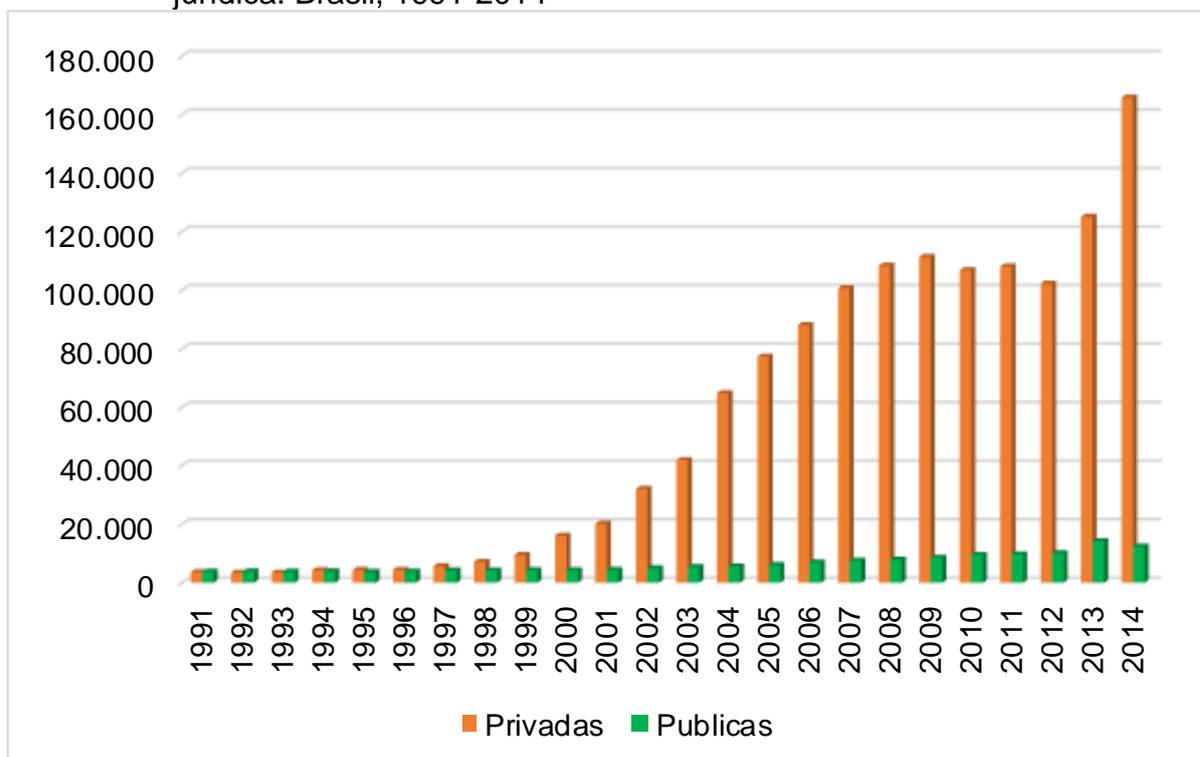
Gráfico 2 - Distribuição e taxa de crescimento de cursos de enfermagem por região. Brasil, 1991,2014



Fonte: INEP/MEC, 2015; SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2016

Em se tratando do número de vagas, no período 1991-2014, houve crescimento de 2.287%, passando de 7.460 para 178.264 vagas, com predominância das privadas que somaram 165.856 (93%) em 2014. A variação no mesmo período foi de 4.475% no setor privado e de apenas 224% no público (Gráfico 3).

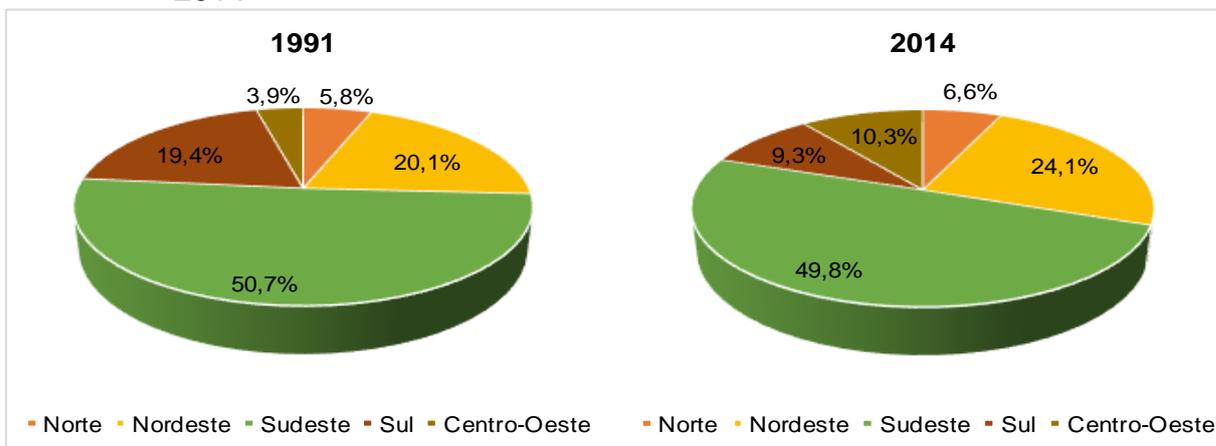
Gráfico 3 - Evolução de vagas de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2014



Fonte: INEP/MEC, 2015; SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2016

A região Sudeste concentrava 50,7% de todas as vagas ofertadas nos cursos de enfermagem, em 1991; em 2014 passou a concentrar 49,8%. As regiões Norte e Sul disponibilizam, atualmente, os menores percentuais de vagas. A taxa de crescimento no período 1991-2014 foi superior nas regiões Centro-Oeste (6.117%) e Nordeste (2.757%), e foi inferior na região Sul (1.047%) (Gráfico 4).

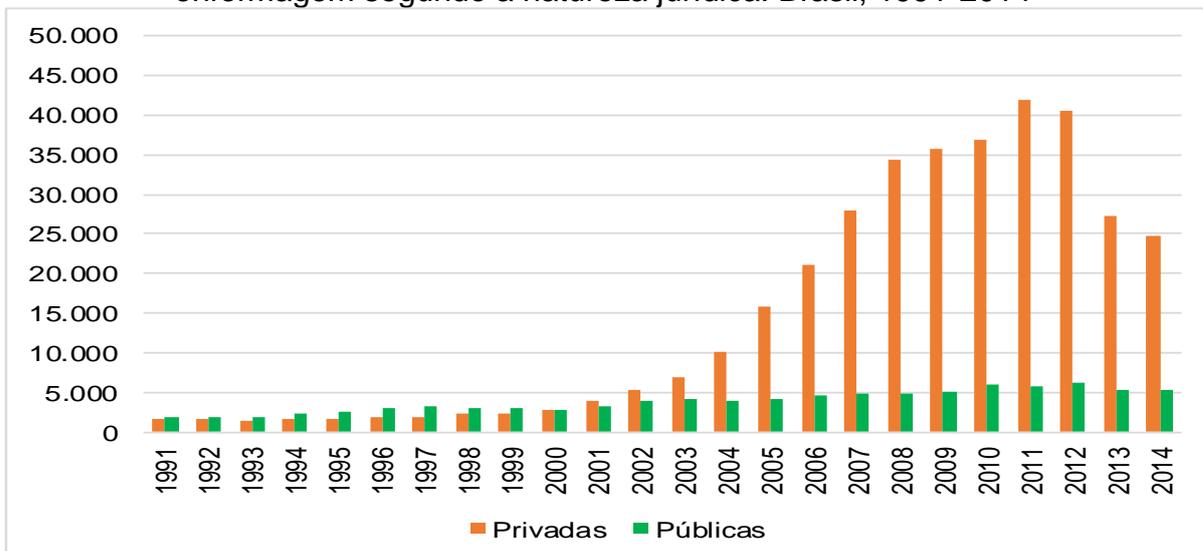
Gráfico 4 - Distribuição percentual de vagas de enfermagem por região. Brasil, 1991, 2014



Fonte: INEP/MEC, 2015; SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2016

O Gráfico 5 informa a ascensão do número de concluintes de cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica, no período de 1991-2014. A partir do ano 2000 os concluintes de cursos privados tornaram-se maioria, porém com uma diferença mínima entre as esferas: 50,7% (n=2.800) no setor privado e 49,3% (n=2.722) no público. Com o decorrer dos anos, essa diferença foi se alargando, até que em 2014 os concluintes da esfera privada corresponderam a 82,2% (n=24.771) do total. A taxa de crescimento do número de concluintes na esfera privada no período 1991-2014 foi de 1.498%, enquanto que na pública foi de apenas 197%. A variação de egressos de enfermagem no Brasil, no mesmo período, foi de 797%, passando de 3.359 para 30.140.

Gráfico 5 - Evolução do número de concluintes nos cursos de graduação em enfermagem segundo a natureza jurídica. Brasil, 1991-2014



Fonte: INEP/MEC, 2015; SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2016

Os dados de 2014 apontam que pouco mais de 70,0% dos concluintes de graduação em enfermagem do Brasil eram provenientes da região Sudeste e Nordeste. Não obstante, as maiores taxas de incremento do número de concluintes em enfermagem, no período 1991-2014, se deram nas regiões Centro-Oeste e Norte (Tabela 1).

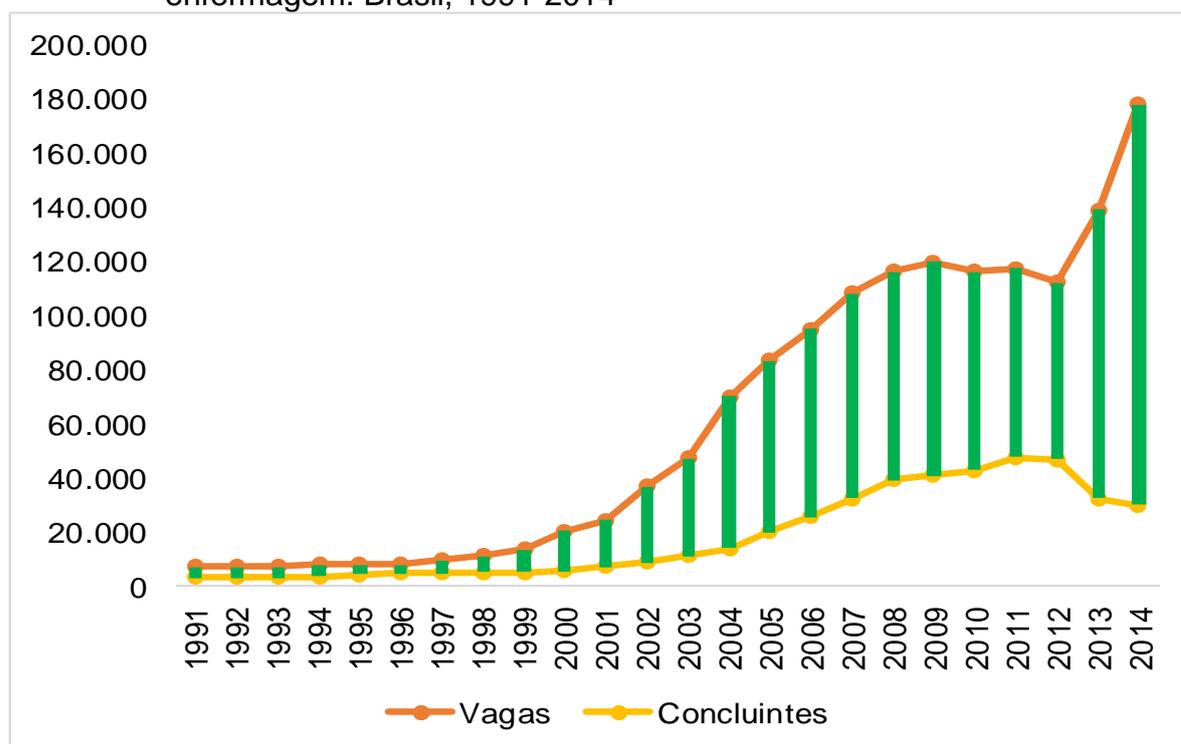
Tabela 1 - Distribuição e taxa de crescimento de egressos em cursos de enfermagem por região. Brasil, 1991, 2014

Região	Concluintes		
	1991	2014	Crescimento (%)
Norte	169	2.303	1.263
Nordeste	896	10.262	1.045
Sudeste	1.572	11.005	600
Sul	590	3.213	445
Centro-Oeste	132	3.357	2.443
<b>Total</b>	<b>3.359</b>	<b>30.140</b>	<b>797</b>

Fonte: INEP/MEC, 2015; SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2016

O Gráfico 6 apresenta o número de vagas e de concluintes dos cursos de graduação em enfermagem no período 1991-2014. Embora as variáveis não sejam comparáveis ano a ano, já que é preciso considerar o período mínimo de quatro/cinco anos para integralização do curso, é possível verificar que a abertura de vagas não considera as necessidades de profissionais. Nessa perspectiva, entre o ano de 2012 e 2013, já se observou uma inflexão no número de concluintes (-30,8%), enquanto as vagas aumentaram 24,1% no mesmo período. A taxa de crescimento do número de vagas entre 1991 e 2014 foi superior: 2.290% contra 797% de concluintes.

Gráfico 6 - Evolução do número de vagas e concluintes dos cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 1991-2014

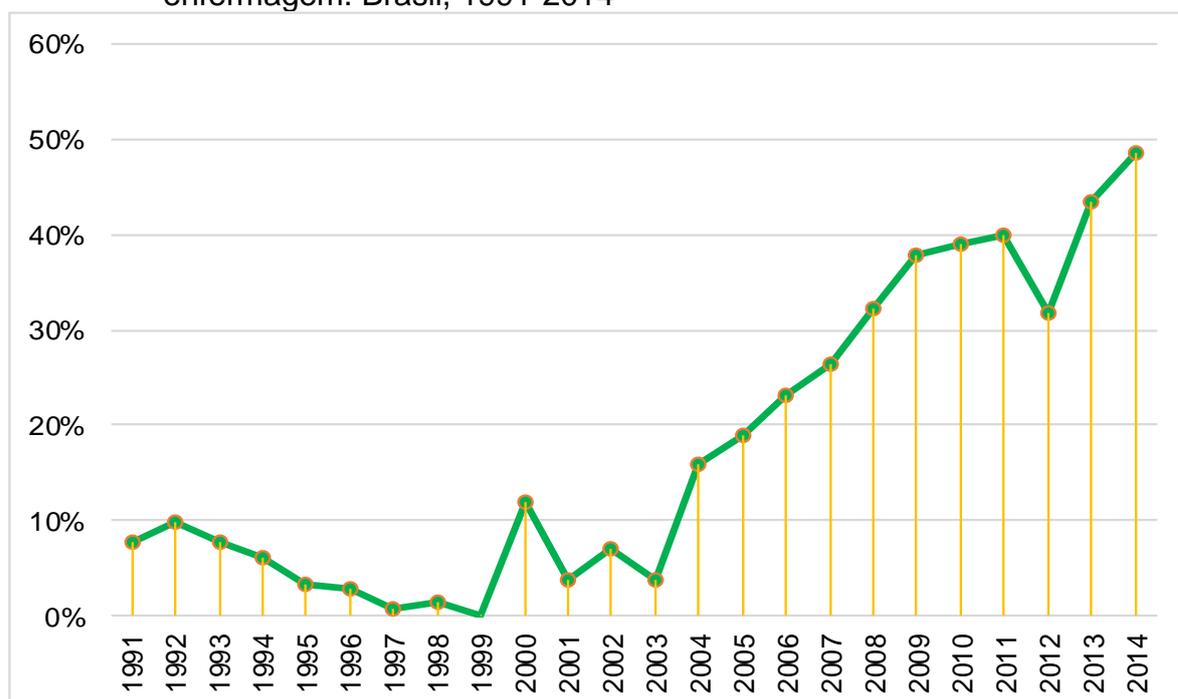


Fonte: INEP/MEC, 2015; SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2016

No Gráfico 7 se observa a taxa de ociosidade de vagas<sup>22</sup> em cursos de enfermagem, e é notável que, com exceção dos anos de 1997 e 1999, durante todo o período 1991-2014, o número de ingressantes nos cursos de enfermagem foi sobremaneira inferior ao número de vagas ofertadas. Este dado indica baixa procura por cursos de graduação em enfermagem, com taxas de ociosidade, nos últimos anos, superior a 35,0%.

<sup>22</sup> Percentual de vagas não preenchidas.

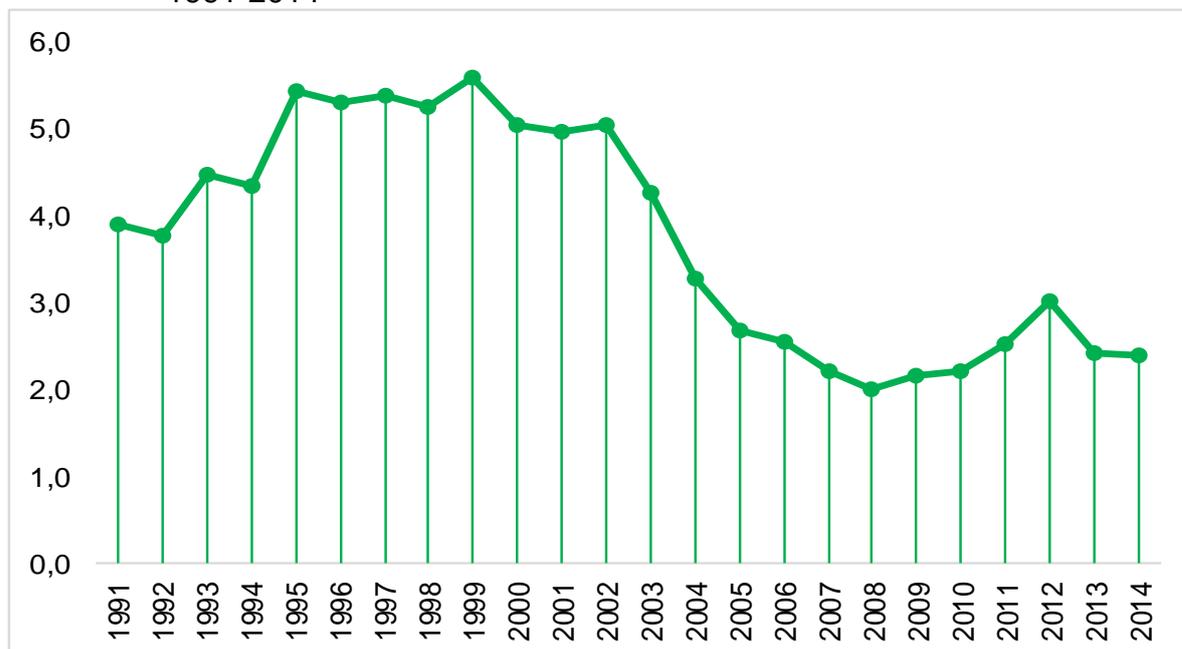
Gráfico 7 - Evolução da taxa de ociosidade de vagas em cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 1991-2014



Fonte: INEP/MEC, 2015; SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2016

O Gráfico 8 apresenta a relação entre o número de inscritos e o número de vagas, isto é, a concorrência numérica estabelecida entre os candidatos que desejaram ingressar nos cursos de graduação de enfermagem, no período 1991-2014, por vaga ofertada. Tal relação aumentou entre os anos de 1991 a 1999, passando de 3,9 para 5,6. A partir do ano 2000 essa relação foi gradativamente diminuindo, passando de 5,0 inscritos/vaga, em 2000, para 2,4, em 2014. A taxa de arrefecimento desta relação no período foi de -38,0%.

Gráfico 8 - Relação inscritos/vaga em cursos de graduação em enfermagem. Brasil, 1991-2014



Fonte: INEP/MEC, 2015; SIGRAS/ObservaRH/IMS-UERJ, 2016

Os dados apontam para uma expansão exacerbada de cursos e vagas de ensino superior em enfermagem, com desconsideração às necessidades locorregionais, e cuja resultante pode provocar um desequilíbrio de profissionais no mercado de trabalho, gerando, por conseguinte, desemprego, desvalorização profissional e salarial e repercussões na qualidade do ensino (BRASIL, 2015). Não se pode, no entanto, avaliar a oferta de profissionais sem contrapor-la às demandas de mercado.

#### 4.2 Demanda de enfermeiros

Entende-se mercado de trabalho como uma relação entre a oferta de profissionais e a demanda por eles, isto é, uma relação entre os que têm emprego a oferecer (vagas de postos de trabalho) e os que estão à procura de trabalho.

Há três tipos de mercado de trabalho considerados ideias por Freidson (2001): um que é regulado pelas forças de mercado; um que é burocraticamente regulado; e outro regulado profissionalmente. É neste último que se encaixa o setor saúde, no qual grande parte da força de trabalho se esquia dos mecanismos autorreguladores dos mercados por suas características intrínsecas que fogem às condições exigidas pelo mercado autorregulado, e também não se encaixa na lógica organizativa. Na saúde, as corporações profissionais, o sistema educativo e as instituições de ensino

assumem papel regulador, já que definem os níveis de oferta e de qualidade da força de trabalho (DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013).

Além dessa característica, o mercado de saúde, diferente de outros, responde positivamente à incorporação de novas tecnologias, exigindo novas qualificações para sua operação, e, por conseguinte, subsidia o aumento da força de trabalho. De maneira similar, fatores socioeconômicos, como o envelhecimento da população (em detrimento da população economicamente ativa), acabam por demandar mais serviços de saúde, e, por consequência, aumentam o peso da força de trabalho em saúde em comparação com os demais setores (DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013).

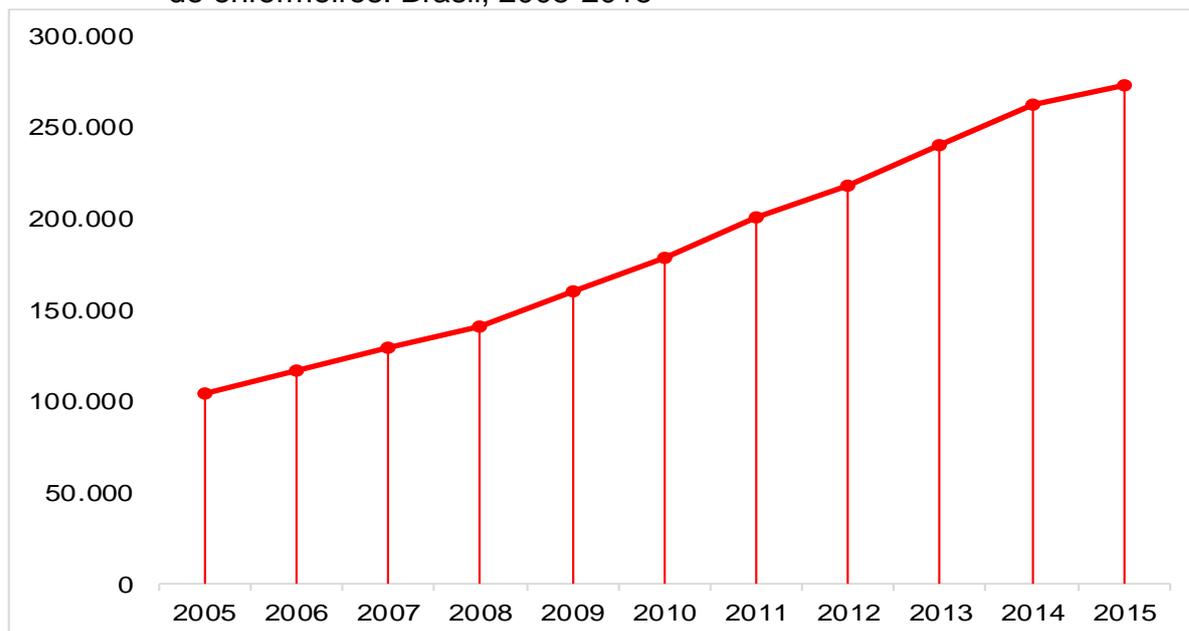
Esses traços estruturais aliados à necessidade crescente de um trabalho multiprofissional e coletivo e à dependência do setor a um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitações específicas para o setor, que desempenham funções auxiliares (DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013), fizeram o número de empregos de saúde saltar de 815.095, em 1985, para 1.893.174, em 2005, correspondente a um crescimento de 132,3% (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011). Em 2010, o número de ocupações de saúde somou 3.236.060, o que representou, naquele ano, 3,7% do total da população ocupada no Brasil (GIRARDI, 2014).

Esse incremento é, também, resultante, da criação do SUS, principalmente após implantação e expansão das equipes de saúde da família, nas quais se inserem, dentre outros, os enfermeiros.

O mercado de trabalho dos enfermeiros também mostrou 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, representando um incremento bruto de 479,0% em 22 anos. A taxa bruta de absorção neste ano é de 92,4%, tendo como referência o número de enfermeiros registrados no COFEN (VIEIRA, 2002).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que, em 2002, o número de empregos para enfermeiros somava 88.952, passando para 116.126, em 2005 (IBGE, 2010). Considerando apenas os vínculos formais de emprego, na década 2005-2015, o número de postos de trabalho para enfermeiros cresceu 161,4%, passando de 104.484 para 273.105, conforme mostra o Gráfico 9.

Gráfico 9 - Número de vínculos formais de emprego, ativos em 31/12, de ocupações de enfermeiros. Brasil, 2005-2015



Fonte: RAIS, 2005-2015 via Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG.

Do total de ocupações formais de enfermeiros em 2015 (n=273.105), 53,7% eram de estabelecimentos de natureza jurídica privada; em 2005 esse percentual era de 46,7%, isso implica dizer em um aumento de 200,3% do número de postos de trabalho privados frente a um incremento de 127,3% das ocupações públicas.

Vale ressaltar que, embora as estimativas dos vínculos formais concedam dados de grande valia para a análise do mercado de trabalho formal, elas não correspondem ao universo de trabalhadores, já que, no Brasil, o percentual de trabalhadores informais<sup>23</sup> chega a 42,0% (IBGE, 2014).

No Brasil, identificam-se quatro bases de dados principais que fornecem dados sobre a força de trabalho em enfermagem, quais sejam:

- a) Censo Demográfico, realizado pelo IBGE, cujos últimos dados datam de 2010, e correspondem ao contingente de enfermeiros ativos ou não;
- b) COFEN, que contabiliza o total de inscrições ativas, isto é, os registros regularizados junto ao COFEN. Isso implica dizer que, se um mesmo profissional possui mais de uma inscrição, seja na mesma categoria (inscrição secundária) ou em categorias distintas, ele foi contabilizado mais de uma vez,

<sup>23</sup> Trabalho informal, segundo IBGE, é aquele sem carteira assinada, incluindo os trabalhadores domésticos, empregadores e trabalhadores por conta própria que não contribuem para a previdência social, trabalhadores não remunerados, bem como os trabalhadores na produção para o próprio consumo e na construção para o próprio uso.

o que não significa dizer que desempenhe funções assistenciais ou mesmo que ainda trabalhe na área (COFEN, 2016);

- c) Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2016), contabiliza os vínculos de trabalho cadastrados por empregadores, segundo ocupação e número de profissionais (indivíduos), a partir da CBO 2002, disponíveis via Departamento de Informática do SUS (DATASUS);
- d) Relação Anual de Informações Sociais (RAIS, 2015), contabiliza apenas os vínculos empregatícios formais.

Todos os bancos de dados apresentam limitações, e embora apresentem disparidades entre si, possuem particularidades que podem ser úteis a depender do foco de análise. Considerando as divergências entre os bancos, a Tabela 2 traz os quantitativos relativos aos enfermeiros segundo as bases mencionadas.

Tabela 2 - Número de ocupações, profissionais, vínculos formais e inscrições ativas de enfermeiros segundo regiões. Brasil, 2010, 2015, 2016

Região	IBGE	CNES		RAIS	COFEN
	Profissionais	Ocupações	Profissionais	Vínculos formais	Inscrições ativas
	2010	2016		2015	2016
Norte	14.851	17.942	14.416	15.074	30.648
Nordeste	57.486	65.774	53.140	53.563	114.424
Sudeste	137.451	122.156	104.086	141.226	217.493
Sul	44.496	39.036	33.453	40.008	57.967
Centro-Oeste	17.525	18.890	16.056	23.232	36.827
<b>Total</b>	<b>273.819</b>	<b>263.798</b>	<b>221.151</b>	<b>273.103</b>	<b>457.359</b>

Fonte: IBGE, 2010; CNES, 2016; RAIS via EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015; COFEN, 2016

Segundo se observa pela Tabela 2 - , o COFEN fornece maior número, tendo em vista que representam todas as inscrições profissionais ativas, primárias e secundárias. De tal modo, um profissional pode estar contabilizado mais de uma vez.

O Censo, mesmo que com dados de 2010, apresenta maior população de enfermeiros, em comparação com os dados do IBGE, CNES e RAIS, o que se deve ao fato de contabilizar também os profissionais inativos, ou seja, aposentados, afastados, desistentes da profissão e outros.

Os dados de ocupação do CNES e de vínculos da RAIS se aproximam, uma vez que ambos contabilizam apenas os postos de trabalho ocupados formalmente. Assim, além de possível subnotificação por parte dos empregadores, essas bases não contabilizam os profissionais informais. O CNES informa maior número de profissionais que de ocupações (vínculos), o que significa dizer que parte dos enfermeiros possui mais de um emprego.

Independe da base utilizada, a distribuição por região aponta maior concentração de enfermeiros na região Sudeste, e menor na região Norte. Esse cenário acompanha o panorama de oferta de cursos, vagas e egressos de enfermagem, como já mostrado.

Segundo os dados do Censo 2010, a razão de enfermeiros por 1.000 habitantes é maior na região Sudeste (1,71) e menor na Norte (0,94). A mesma razão nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste são de 1,62; 1,25 e 1,08, respectivamente.

A distribuição por estado ratifica a concentração de enfermeiros na região Sudeste, uma vez que os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, independente da base, agrupam o maior número de profissionais, vínculos e inscrições (Tabela 3).

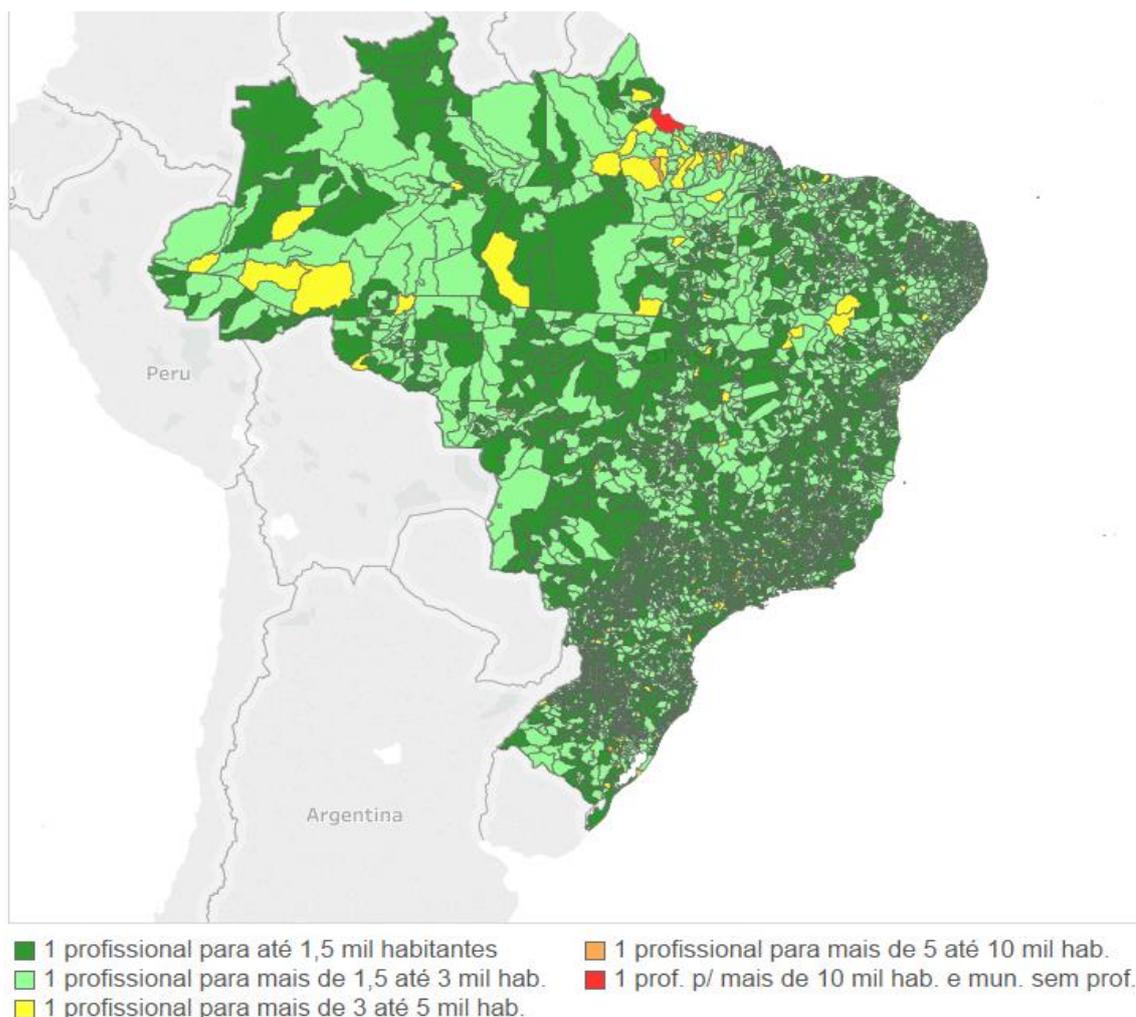
Tabela 3 - Número de ocupações, profissionais, vínculos formais e inscrições ativas de enfermeiros segundo estado. Brasil, 2010, 2015, 2016

Estados	IBGE 2010	CNES 2016		RAIS 2015	COFEN 2016
		Ocupações	Profissionais		
<b>Norte</b>					
Acre	1.355	1.126	898	1.137	1.971
Amazonas	3.256	3.885	3.144	3.140	8.199
Amapá	726	907	742	374	1.606
Pará	5.466	6.642	5.168	5.561	9.944
Rondônia	1.741	787	1.534	1.386	3.140
Roraima	470	1.946	635	728	1.378
Tocantins	1.837	2.649	2.295	2.748	4.410
<b>Nordeste</b>					
Alagoas	2.306	3.213	2.586	2.010	5.236
Bahia	18.542	17.986	14.667	15.713	31.289
Ceará	8.812	9.285	7.701	8.336	17.136
Maranhão	5.742	7.213	5.809	3.533	11.265
Paraíba	5.019	6.133	5.013	6.432	10.609
Pernambuco	8.843	11.812	9.219	9.253	19.402
Piauí	3.031	3.912	3.097	3.248	7.902
Rio G. Norte	3.424	3.835	3.189	2.617	7.616
Sergipe	1.767	2.385	1.859	2.421	3.969
<b>Centro-Oeste</b>					
D. Federal	5.385	4.993	4.445	9.237	11.637
Goiás	6.019	6.524	5.479	6.745	13.153
Mato G. Sul	2.876	3.441	2.720	3.784	5.168
Mato Grosso	3.245	3.932	3.412	3.466	6.869
<b>Sudeste</b>					
Esp. Santo	4.450	4.593	3.986	5.182	7.979
Minas Gerais	27.207	26.342	22.484	26.986	44.739
Rio Janeiro	32.706	27.078	22.037	30.607	48.621
São Paulo	73.088	64.143	55.579	78.451	116.154
<b>Sul</b>					
Paraná	13.990	14.503	12.452	15.908	22.288
Rio G. Sul	22.486	15.922	13.436	15.052	22.870
S. Catarina	8.020	8.611	7.565	9.048	12.809
<b>Brasil</b>	<b>271.809</b>	<b>263.798</b>	<b>221.151</b>	<b>273.103</b>	<b>457.359</b>

Fonte: IBGE, 2010; CNES, 2016; RAIS via EPSM/NESCON/FM/UFGM, 2015; COFEN, 2016

A Figura 5 apresenta a distribuição do número de enfermeiros com vínculo formal por município brasileiro, segundo dados da RAIS. Nela é possível perceber que na maior parte dos municípios há pelo menos um enfermeiro de carga horária integral (*full time equivalent* – FTE), isto é, de 40 horas, para cada grupo de 1,5 mil habitantes.

Figura 5 - Mapa municipal do número de profissionais enfermeiros empregados formalmente ajustado por tempo equivalente a 40 horas da carga horária total. Brasil, 2014



Fonte: RAIS, 2014 via Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG.

#### 4.3 Empregabilidade dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família

A ESF, anteriormente denominada Programa Saúde da Família (PSF), foi criada, em 1994, com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica tanto no que se refere às demandas populacionais quanto no que se refere às práticas de saúde. Esse modelo de atenção derivou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), já em prática no País desde 1991, que por sua vez foi inspirado em outros países

como Canadá, Inglaterra e Cuba que já desenvolviam modelos de assistência com foco na família.

Alguns estados brasileiros, como Ceará, Paraná e Mato Grosso do Sul, já experienciavam mudanças no comportamento dos seus indicadores de saúde em decorrência de práticas sanitárias com agentes comunitários. Em virtude dos bons resultados decorrentes dessa política estadual adotada pelos referidos estados, o Ministério da Saúde resolveu estender a proposta em âmbito nacional institucionalizando o PACS em 1991, com a finalidade de colaborar para a redução das mortalidades materna e infantil, sobretudo em territórios pobres e com baixa cobertura assistencial de saúde (VIANA; DAL POZ, 2005; ROSA; LABATE, 2005).

Em 1997, reconhecida a importância do PACS e PSF para a consolidação do SUS e com vistas à sua regulamentação, implantação e operacionalização, foram aprovadas as normas e diretrizes dos referidos programas por meio da Portaria GM nº 1886, de 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997, c). Em março de 2006, a referida portaria foi revogada e substituída pela Portaria nº 648 (BRASIL, 2006c) que, baseada no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b) acordado no mesmo ano, reconheceu a Saúde da Família como estratégia estruturante do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, se propôs a substituição de equipes de PACS por equipes de ESF mediante incorporação do profissional médico.

O modelo de atenção à saúde proposto pela ESF pretende melhorar o estado de saúde da população, priorizando ações de promoção e prevenção da saúde e adotando como unidades de cuidado, a família e a comunidade. Seu principal objetivo é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tornando-se porta de entrada do sistema de saúde, garantindo a hierarquização da assistência.

Para tanto, as Unidades de Saúde da Família (USF) devem ser regionalizadas e estar integradas à rede de saúde local, de modo a permitir o sistema de referência e contrarreferência e trabalhar com clientela adscrita e territorializada, valorizando o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, no intuito de estabelecer laços de compromisso e corresponsabilidade entre eles.

As equipes de ESF devem, em seu território de abrangência, atuar em caráter substitutivo em relação aos serviços de Atenção Básica tradicional, uma vez que se deseja que a referida estratégia seja exemplo de uma assistência à saúde distinta do modelo dominante e, por consequência, mais consoante aos princípios e diretrizes do

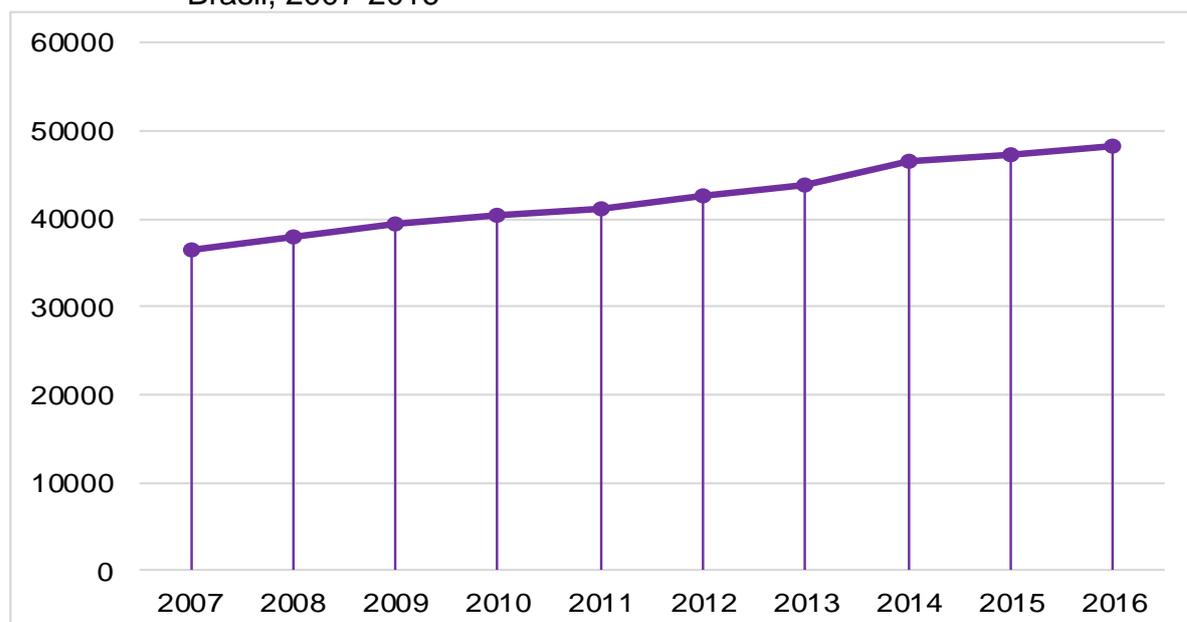
SUS. Para tanto, o cuidado à família e à comunidade nos moldes da ESF, deve ser operacionalizado mediante atuação de equipes multiprofissionais, responsáveis por, no máximo, 4.000 habitantes e compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada.

Em 2002 foi registrada a existência de 16.734 equipes de ESF, passando para 40.510, em 2016, o que correspondente a um incremento de 142,1%. No mesmo período, a cobertura populacional pela ESF saltou de 31,9% para 61,0%, estando presente em 5.481 (98,4%) municípios brasileiros (BRASIL, 2016).

Dada a composição mínima obrigatória das equipes, com a expansão da ESF houve, também, a ampliação dos postos de trabalho para o enfermeiro. Em 2001, o número de enfermeiros na ESF estava na ordem de 14.061 profissionais. Este quantitativo representa 15% dos profissionais registrados no COFEN no mesmo ano, 19,9% dos postos de trabalho em serviços de saúde e 20% dos vínculos formais de emprego (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

Em 2007 o CNES registrou 36.333 vínculos de enfermeiros na ESF; em 2016, esse quantitativo passou a 48.298, representando um incremento de 32,9% (Gráfico 10). Esse contingente de vínculos corresponde a 18,3% do total dos vínculos de enfermeiros contabilizados pela mesma fonte.

Gráfico 10 - Número de vínculos de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2007-2016



Fonte: CNES, 2017

Entre as regiões, a Nordeste é a que mais emprega enfermeiros na ESF (36,3%), seguida da Sudeste (33,6%). Entre os estados, São Paulo (12,8%), Minas Gerais (12,1%) e Bahia (8,3%) são os maiores empregadores (Tabela 4).

Tabela 4 - Vínculos de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família segundo região e estado. Brasil, 2016

<b>Região</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Norte</b>	<b>4.249</b>	<b>8,8</b>
.. Rondônia	434	0,9
.. Acre	262	0,5
.. Amazonas	826	1,7
.. Roraima	127	0,3
.. Pará	1.855	3,8
.. Amapá	192	0,4
.. Tocantins	553	1,1
<b>Nordeste</b>	<b>17.528</b>	<b>36,3</b>
.. Maranhão	2.251	4,7
.. Piauí	1.417	2,9
.. Ceará	3.028	6,3
.. Rio Grande do Norte	1.128	2,3
.. Paraíba	1.496	3,1
.. Pernambuco	2.572	5,3
.. Alagoas	935	1,9
.. Sergipe	690	1,4
.. Bahia	4.011	8,3
<b>Sudeste</b>	<b>16.231</b>	<b>33,6</b>
.. Minas Gerais	5.831	12,1
.. Espírito Santo	847	1,8
.. Rio de Janeiro	3.394	7,0
.. São Paulo	6.159	12,8
<b>Sul</b>	<b>7.007</b>	<b>14,5</b>
.. Paraná	2.723	5,6
.. Santa Catarina	1.860	3,9
.. Rio Grande do Sul	2.424	5,0
<b>Centro-Oeste</b>	<b>3.283</b>	<b>6,8</b>
.. Mato Grosso do Sul	623	1,3
.. Mato Grosso	811	1,7
.. Goiás	1.528	3,2
.. Distrito Federal	321	0,7
<b>Total</b>	<b>48.298</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CNES, 2017

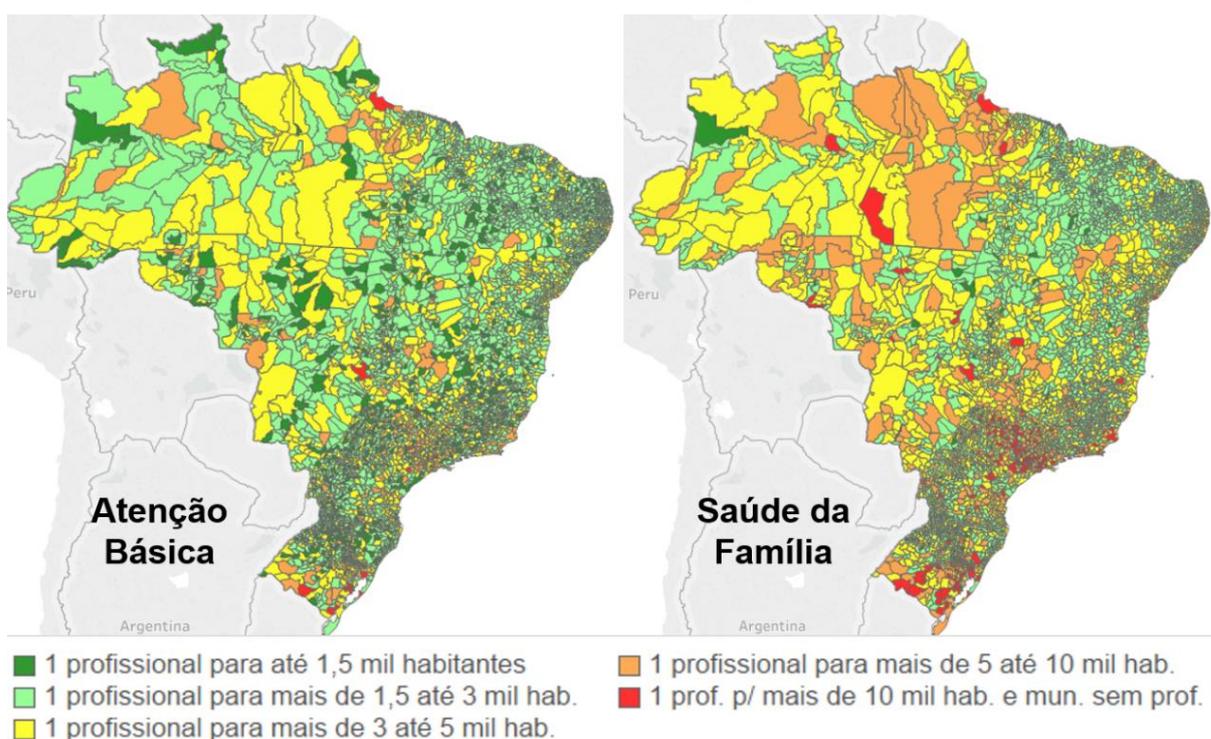
Em se tratando dos municípios, a Figura 6 -, que traz um panorama no âmbito da Atenção Básica e especificamente na ESF, indica distribuição desigual de enfermeiros, com menor número de profissionais no extremo Sul do Brasil e municípios nortenses. A razão de 1 enfermeiro de Atenção Básica, bem como de enfermeiro de ESF para até 1,5 mil habitantes é visualizada especialmente no litoral do Nordeste e nos municípios fronteiriços à Argentina.

Percebe-se que, no âmbito da Atenção Básica, a atuação do enfermeiro não se dá exclusivamente na ESF; há também a EACS bem como outros dispositivos de APS, como Centros de Atenção Psicossocial e unidades básicas de saúde.

Cabe salientar que o mapa é representativo do mercado formal de emprego na Atenção Básica e na ESF e não traduz, portanto, o número de profissionais enfermeiros existentes nesses locais.

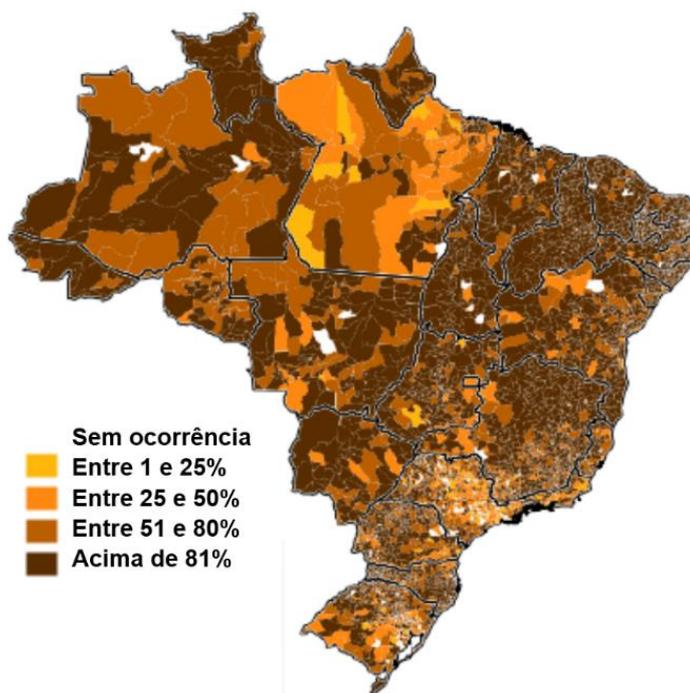
Ao comparar os mapas expostos na Figura 6 com o mapa apresentado na Figura 7, percebe-se que a menor ocorrência de vínculos de enfermeiros se dá justamente nos locais onde não há equipes de ESF implantadas e onde há baixa cobertura populacional por estas equipes.

Figura 6 - Mapa municipal do número de profissionais enfermeiros empregados formalmente na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família ajustado por tempo equivalente a 40 horas da carga horária total. Brasil, 2014



Fonte: RAIS, 2014 via Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG.

Figura 7 - Mapa municipal da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família. Brasil, 2016



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, Ministério da Saúde, 2016

Depreende-se, pela Figura 7, que há muitos vazios assistenciais a serem considerados no território brasileiro. E que a implantação de equipes nos locais sem ocorrência e com baixa cobertura populacional pela ESF requer não apenas profissionais enfermeiros, mas também médicos.

## 5 MÉTODO

Este estudo se configura como pesquisa aplicada descritiva, exploratória, do tipo estudo de casos múltiplos, desenvolvido em âmbito nacional, no período de dezembro de 2015 a setembro de 2016<sup>24</sup>.

Este tipo de pesquisa se propõe a descrever os fatos de determinada realidade, preocupando-se em identificar as razões que determinam ou que contribuem para a ocorrência deles. E, para isto, se utilizou-se de técnicas de abordagem quantitativa e qualitativa. A primeira, no intuito de se constituir um retrato real objetivo da população estudada, neste caso, dos cursos de graduação em enfermagem, a partir de uma amostra representativa dessa população. Nesse sentido, empregou-se um *survey* por meio de entrevistas telefônicas assistidas por computador (ETAC).

A abordagem qualitativa, por sua vez, foi empregada no sentido de aprofundar a compreensão dos fenômenos estudados e foi operacionalizada por meio entrevistas em profundidade e análise documental (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

### 5.1 Entrevistas em profundidade

As entrevistas em profundidade se caracterizam como uma técnica de coleta de dados qualitativa que busca do protagonismo do entrevistado, em que se permite que ele expresse livremente suas opiniões e vivências acerca do objeto estudado. Essa técnica não se legitima pela quantidade de participantes, mas sim pela qualidade, profundidade, detalhamento e contextualização dos depoimentos. Assim, quando se analisam os dados em profundidade, buscam-se os significados atribuídos aos relatos (MORÉ, 2015).

As entrevistas em profundidade foram direcionadas a gestores de cursos de graduação em enfermagem intencionando analisar as adequações da formação do enfermeiro às DCN dos cursos de graduação em enfermagem e às necessidades do

---

<sup>24</sup> Este estudo emerge de um projeto colaborativo denominado "Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde", realizado pela Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (ESPM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), ambas integrantes da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH). Este projeto teve por objetivo principal analisar os processos de regulação da formação e do exercício de diferentes profissões da saúde, tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática. Pretendeu-se reforçar as capacidades de avaliação e de monitoramento das políticas de formação de pessoal e o processo de revisão e expansão de escopos de prática das profissões de saúde no Brasil. Para tanto, estudou sete profissões da saúde de nível superior, entre elas a enfermagem, objeto de estudo da presente pesquisa.

SUS; e avaliar a possibilidade de ampliação do escopo de prática dos enfermeiros no âmbito da APS.

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”<sup>25</sup>, 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); Região Metropolitana de Porto Alegre (RS). Além destas, investigou-se três regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro: Norte Fluminense, Metropolitana I e Metropolitana II.

Considerando a abrangência territorial das regiões, foram selecionados os municípios (Quadro 4) mais representativos e com maior número de cursos de graduação em saúde. Assim, o universo da pesquisa correspondeu ao número de cursos de graduação em enfermagem existentes e em atividade nos municípios selecionados, segundo Censo da Educação Superior 2013 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

Para determinação da amostra, os únicos critérios de elegibilidade considerados foram: ser diretor, coordenador, vice-coordenador de cursos de graduação em enfermagem ou representante indicado pela direção e estar disponível para a entrevista no período de coleta de dados determinado. Constituiu-se, portanto, de amostra de conveniência, uma vez que os elementos da amostra foram escolhidos por uma questão de oportunidade.

Considerando o tempo previsto de cinco dias de coleta de dados em cada um dos campos e o número de pesquisadores em campo<sup>26</sup>, foram realizados convites por telefone e/ou por correio eletrônico institucional para coordenadores de cursos, tendo a preocupação de abranger o maior número de cursos possível, incluindo pelo menos um curso de administração pública e um de administração privada, quando possível.

---

<sup>25</sup> Pesquisa coordenada pelo Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), cujo objetivo é avaliar, sob a perspectiva de diferentes abordagens teórico-metodológicas, os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS.

<sup>26</sup> Foram alocados três pesquisadores de campo, os quais foram responsáveis por entrevistas com coordenadores de curso de sete graduações em saúde, entre elas a enfermagem, para a qual, sempre que possível, foi designada a autora desta tese.

Foram realizados mais de 50 convites a coordenadores, dos quais 16 aceitaram participar mediante disponibilidade no período previsto para a coleta de dados.

Quadro 4 - Regiões de saúde cenários de estudo e respectivos período de coleta de dados e amostra. Brasil, 2015-2016

<b>Região de Saúde</b>	<b>Municípios selecionados</b>	<b>Período de coleta de dados</b>	<b>Amostra</b>
Rede Interestadual de Saúde do Vale Médio São Francisco (PEBA)	Juazeiro/BA; Petrolina/PE	16-20 novembro de 2015	2
Entorno de Manaus/AM	Manaus	29 de fevereiro a 04 de março de 2016	1
Baixada Cuiabana/MT	Cuiabá	11-15 abril de 2016	1
Região Metropolitana de Porto Alegre/RS	Porto Alegre	20-24 junho de 2016	2
Norte Fluminense/RJ	Macaé; Campos dos Goytacazes	06-10 de junho de 2016	3
Metropolitana I/RJ	Rio de Janeiro; Duque de Caxias	06-10 de junho de 2016	6*
Metropolitana II/RJ	Niterói		1

Fonte: Dados da pesquisa.

\*Um coordenador entrevistado ocupava o cargo em dois cursos de enfermagem da mesma instituição. Em se tratando de currículo igual, se contabilizou apenas uma vez.

Para a realização das entrevistas foi elaborado questionário semiestruturado com 54 questões (Apêndice A), subdividas em quatro blocos (Quadro 5). O instrumento de coleta foi elaborado com base em diversas pesquisas anteriores desenvolvidas pela Estação IMS/UERJ da Rede ObservaRH<sup>27</sup> e no referencial teórico já apresentado em capítulos anteriores desta tese, especialmente nas DCN para os cursos de graduação em enfermagem e nos documentos ministeriais da saúde relativos ao sistema nacional de saúde e aos programas de atenção básica que descrevem atribuições profissionais para os membros das equipes de APS.

<sup>27</sup> [http://www.obsnetims.org.br/atividades\\_pesquisas.php](http://www.obsnetims.org.br/atividades_pesquisas.php)

Quadro 5 - Blocos do questionário, subdimensões e indicadores e variáveis observadas. Brasil, 2015-2016

Blocos/nº de questões	Subdimensões	Indicadores/variáveis observadas
<b>Bloco 1 - Perfil do entrevistado - 8 questões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dados pessoais</li> <li>-Formação do entrevistado</li> <li>-Atuação profissional do entrevistado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil dos representantes pelos cursos de graduação em saúde no que se refere à:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gênero e idade</li> <li>2) nível de escolaridade, formação profissional e tempo de formado</li> <li>3) função, tempo no cargo e experiência prévia em gestão de cursos de graduação</li> </ol> </li> </ul>
<b>Bloco 2 - Caracterização da Instituição de Ensino e Curso - 28 questões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterização da IES e do curso</li> <li>- Processo de seleção do curso</li> <li>- Caracterização dos docentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterização administrativa dos cursos de graduação em saúde no que se refere à:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) localização, tempo de funcionamento, situação de autorização e credenciamento junto ao Ministério da Educação, turno de funcionamento e valor da mensalidade</li> <li>2) oferta de vagas, taxa de ociosidade, processo de seleção, origem dos alunos</li> <li>3) origem dos docentes, formação e nível de formação dos docentes, formas de contratação, carga horária e remuneração dos docentes.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Bloco 3- Estrutura curricular do curso - 15 questões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração do PPP</li> <li>- Enfoque do curso e abordagem da AB no curso</li> <li>- Cenários de prática Sistema de avaliação</li> <li>- Adesão a Programas ou iniciativas para reorientação da formação</li> <li>- Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) caracterização do projeto político pedagógico do curso quanto à elaboração e atualizações/modificações</li> <li>2) foco de abordagem e carga horária do curso, inserção e desenvolvimento da atenção básica no currículo, oferta de disciplinas relacionadas à atenção básica na grade curricular</li> <li>3) cenários práticos</li> <li>4) sistema de avaliação</li> <li>5) aderência a iniciativas governamentais de reorientação do ensino</li> <li>6) perspectivas com relação às novas DCN para os cursos de medicina</li> </ol>
<b>Bloco 4 - Perfil do egresso - 3 questões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento de competências para cumprimento de ações de saúde</li> <li>- Perfil do egresso</li> <li>- Expansão de escopos de prática</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) preparo do egresso para desenvolvimento de ações de saúde a partir de conteúdos trabalhados durante a graduação</li> <li>2) perfil do egresso</li> <li>3) opinião do respondente sobre expansão de escopos de prática</li> </ol>

Fonte: Dados da pesquisa.

Todas as entrevistas foram gravadas em equipamento digital, transcritas integralmente, e submetidas à análise de conteúdo, com o propósito de produzir inferências. Para tanto, as seguintes etapas foram empregadas: (i) pré-exploração do material produzido nas entrevistas, por meio de leitura que permitiu a organização dos conteúdos de relevância para este estudo; (ii) seleção das unidades de análise, isto é, destacou-se recortes dos depoimentos cujos significados, em conjunto, pudessem dar contexto às inferências empreendidas pelo pesquisador, sem preocupação com estabelecimentos de categorias de análise; (iii) interpretação dos dados e discussão com base em referencial teórico relacionado.

Os dados quantitativos produzidos nesta fase foram agrupados, quando possível e pertinente, aos dados produzidos no *survey*, e analisados por estatística descritiva.

## 5.2 Análise documental

A investigação documental busca, a partir de hipóteses ou questões de interesse de pesquisa, identificar informações baseadas em fatos e/ou realidades em materiais que ainda não receberam tratamento analítico (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Neste estudo ela foi utilizada como estratégia complementar às entrevistas em profundidade, e teve como objeto de análise os projetos pedagógicos dos cursos incluídos na pesquisa de campo (*in loco*).

Os documentos foram solicitados aos gestores entrevistados ou acessados virtualmente nas páginas eletrônicas das instituições de ensino. Dois coordenadores não disponibilizaram os documentos, de modo que se constituíram amostra os PPP e as matrizes curriculares de 14 cursos.

A análise documental, empreendida em fevereiro e março de 2017, foi norteada pelas DCN para os cursos de graduação em enfermagem, pelo questionário confeccionado para as entrevistas em profundidade e pelos depoimentos derivados dessas entrevistas. Os resultados derivados desta etapa foram utilizados para a discussão dos dados produzidos nas outras etapas de coleta de dados.

### 5.3 Survey

O *survey* para é um método quantitativo de coleta de informações diretamente de pessoas a respeito de suas ideias, que se dá mediante aplicação de um questionário predefinido ao público alvo da pesquisa, por meio presencial ou eletrônico, sendo possível oferecer assistência ou não para o preenchimento (BABBIE, 1999).

Nesta pesquisa, o *survey* foi operacionalizado por meio de ETAC com coordenadores e diretores de cursos de graduação em enfermagem, intencionando analisar o processo de formação e os escopos de prática dos enfermeiros no nível da formação, isto é, as ações e procedimentos que os cursos preparam seus alunos a realizarem.

Para execução da ETAC, o questionário confeccionado para a fase das entrevistas em profundidade foi adaptado, levando em consideração o meio de aplicação do instrumento e as possibilidades de organização e análise. Da adaptação, se deu origem a um questionário semiestruturado (Apêndice B), com 32 questões, subdivididas em quatro blocos. A maioria das questões recebeu a forma de pergunta fechada. Foram abertas, entretanto, janelas para exceções e situações não totalmente previstas no modelo do formulário, bem como para respostas de variáveis de conteúdo.

Quadro 6 - Identificação dos blocos do questionário para entrevista telefônica assistida por computador com coordenadores de cursos de graduação em saúde. Brasil, 2015

<b>Blocos</b>	<b>Resultados esperados</b>
Bloco I – Identificação do entrevistado – 10 questões	Cadastro e caracterização dos coordenadores de curso
Bloco II – Caracterização dos alunos e corpo docente da instituição – 5 questões	Perfil dos alunos e docentes dos cursos de graduação em saúde
Bloco III – Estrutura do Projeto Político Pedagógico do Curso – 11 questões	Características do projeto político pedagógico, matriz curricular e abordagens metodológicas na formação de profissionais de saúde, especialmente no tange à atenção básica
Bloco IV – Perfil de Competências do Egresso – 6 questões	Perfil de competências dos egressos dos cursos de graduação em saúde

Fonte: Dados da pesquisa.

Após revisão, os questionários foram estruturados em formulário eletrônico (máscaras) se utilizando do sistema de gerenciamento de banco de dados Microsoft

Access®, afim de possibilitar a ETAC, e o processamento dos dados por meio informático.

O universo da pesquisa correspondeu ao número de cursos de graduação em enfermagem no Brasil em 2013 (n=868), conforme Censo da Educação Superior do INEP de 2013. Para determinação da amostra, procedeu-se cálculo para amostra aleatória simples de acordo com o seguinte cálculo:

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + (z^2 * p * q)}$$

Onde:

z = valor de Gauss de acordo com o nível de confiança;

p = quantidade de acerto esperado (%);

q = quantidade de erro esperado (%);

N = população total; e

e = margem de erro.

Considerou-se 90% de nível de confiança e 6% de margem de erro. O número amostral resultante foi de 154 cursos, isto é, 17,7% do total de cursos existentes. Mediante as dificuldades encontradas para realização das entrevistas, foram necessárias duas reposições, a primeira com 49 casos e a segunda com 154, totalizando 357 cursos contatados, ou 41,1% do universo. Ao final da pesquisa, 94 entrevistas foram completadas, representando uma taxa de 61,0% da amostra calculada (Tabela 5Tabela 5 - ).

Tabela 5 - Distribuição do número de cursos contatados segundo situação da entrevista. Brasil, 2015-2016

Situação	n	%
Completa	94	40,9
Parcial/Parcial Encerrada	5	2,2
Curso inexistente	4	1,7
Mais de 10 tentativas	68	29,6
Outro	10	4,3
Recusou	24	10,4
Sem informação	25	10,9
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Em razão do alto percentual de recusas em participar da entrevista, elevado número de tentativas de contato e reagendamentos e pelo tempo prolongado do

período de coleta de dados, optou-se por finalizar esta etapa mesmo não se tendo alcançado o número amostral determinado para cada graduação.

Considera-se, no entanto, que o percentual de respostas foi capaz de fornecer dados importantes para descrição do panorama nacional, resguardadas as devidas precauções de generalização dos dados. Isto, pois, estes dados foram confrontados com os obtidos na etapa de entrevistas em profundidade e com a literatura científica especializada, corroborando os achados.

Após finalizada a etapa de coleta de dados, que perdurou de dezembro de 2015 a junho de 2016, o banco de dados foi limpo, tabulado e tratado estatisticamente no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0. Foram empregadas análises descritivas, com cálculo de frequências, percentuais e de medida de tendência central (média); e análises inferenciais, com cálculo do grau de concordância entre os respondentes, por meio do coeficiente de concordância de Kendall.

O coeficiente de concordância de Kendall, também conhecido como W de Kendall, é uma medida de concordância que pode ser usada na avaliação da confiabilidade inter-avaliadores na existência de 3 ou mais avaliadores quando são utilizadas variáveis ordinais, como escalas do tipo Likert, caso deste trabalho. Este teste possui os seguintes pressupostos, os quais foram adequadamente atendidos para a possibilidade de uso neste estudo (GIBBONS; CHAKRABORTI, 2011):

- a. A resposta dada pelos respondentes é medida numa escala ordinal ou contínua. Neste caso foi aplicada escala tipo Likert (de 1 a 3);
- b. Os respondentes avaliaram os mesmos itens;
- c. A avaliação dos respondentes foi independente, isto é, o julgamento de um avaliador não interferiu o julgamento de nenhum outro.

O W de Kendall avalia o acordo entre os avaliadores determinando a variabilidade que existe entre os intervalos médios no seu conjunto de dados em comparação com a variabilidade máxima possível (isto é, quando há concordância perfeita). Os valores do coeficiente podem variar de 0 a 1. Quanto mais variabilidade for possível explicar, mais concordância haverá entre os avaliadores e o valor das abordagens W de Kendall será mais próximo a +1. Valores acima de 0,9 (90%) são considerados muito bons (MINITAB, 2016).

Para este teste foi considerado significância estatística de 5%, isto é, a concordância foi significativa quando p-valor foi menor ou igual a 0,05.

#### **5.4 Aspectos éticos**

Seguindo a determinação da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b) do Conselho Nacional de Saúde (CNE), em virtude da participação de seres humanos na pesquisa, o projeto do estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ, sob Registro CAAE 46779115.5.0000.5260 e Parecer 1.248.858, de 29 de setembro de 2015 (Anexo A).

## 6 RESULTADOS

Neste capítulo estão apresentados, descritivamente, os resultados obtidos por meio das técnicas de coleta de dados empregadas. Em se tratando das similaridades dos instrumentos de pesquisa aplicados, optou-se por condensar os dados quantitativos das duas etapas quando possível.

### 6.1 Perfil dos respondentes

Foram efetivadas 110 entrevistas com gestores de cursos de graduação, sendo 94 por meio do *survey* e 16 *in loco*. Isto significa dizer que foram estudados 110 cursos de graduação em enfermagem. Conforme observado na Tabela 6, a amostra foi composta majoritariamente por mulheres (n=92; 84,0%) com formação em enfermagem (n=89; 94,7%), dado que confirma àqueles encontrados no âmbito da Pesquisa Perfil da Enfermagem<sup>28</sup>, segundo a qual 85,1% do total de 1.804.535 profissionais de enfermagem são mulheres (MACHADO et al, 2015).

O setor saúde é, estrutural e historicamente, feminino, e a enfermagem é, em grande medida, responsável por essa característica, já que a categoria representa mais de 50,0% da força de trabalho em saúde no Brasil (MACHADO et al, 2015).

Tabela 6 - Caracterização do perfil dos respondentes por etapa de coleta de dados segundo sexo, formação e cargo. Brasil, 2015-2016

Variáveis	ETAC		In loco		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	79	84,0	13	81,3	92	83,6
Masculino	15	16,0	3	18,7	18	16,4
<b>Graduação</b>						
Enfermagem	89	94,7	16	100	105	95,5
Outros	5	5,3	0	0	5	4,5
<b>Titulação</b>						
Especialização	8	8,5	0	0	8	7,3
Mestrado	53	56,4	8	50,0	61	55,4
Doutorado	33	35,1	8	50,0	41	37,3
<b>Cargo</b>						
Coordenação	89	94,7	14	87,5	103	93,6
Direção	5	5,3	1	6,3	6	5,5
Chefe de departamento	0	0	1	6,3	1	0,9
<b>Experiência anterior em gestão educacional</b>						
Sim	45	47,9	12	75,0	57	51,8
Não	49	52,1	4	25,0	53	48,2

Fonte: Dados da pesquisa.

<sup>28</sup> Pesquisa realizada pela Fiocruz, por iniciativa do COFEN, com o objetivo de identificar o perfil da profissão de enfermagem no Brasil e gerar dados amplos e confiáveis que permitissem avaliar a situação da profissão e propor mudanças.

Quanto ao perfil etário, registrou-se idade média de 47 anos (Tabela 7), com predominância de coordenadores na faixa etária de 36-50 anos (49,0%). Os dados nacionais apontam para 40,1% de profissionais de enfermagem nesta mesma faixa etária, denominada, com base na sociologia das profissões, de fase da “maturidade profissional”. Esta fase inclui os profissionais de enfermagem que, em sua maioria, já estão em pleno desenvolvimento de suas capacidades profissionais e possuem diploma de pós-graduação (MACHADO et al, 2015).

Tabela 7 - Caracterização do perfil dos respondentes por etapa de coleta de dados segundo média, em anos, de idade, tempo de formação e tempo de ocupação no cargo. Brasil, 2015-2016

Variáveis	ETAC	<i>In loco</i>	Média geral
Idade	46,1	48,0	47,1
Tempo de formação	21,7	22,1	21,9
Tempo no cargo	4,5	2,2	3,4

Fonte: Dados da pesquisa.

## 6.2 Localização dos cursos

Considerando a distribuição geográfica dos cursos segundo regiões, apresentada na Tabela 8, a maioria se localiza na região Sudeste (46,4%), e, em menor número, na região Norte (5,5%).

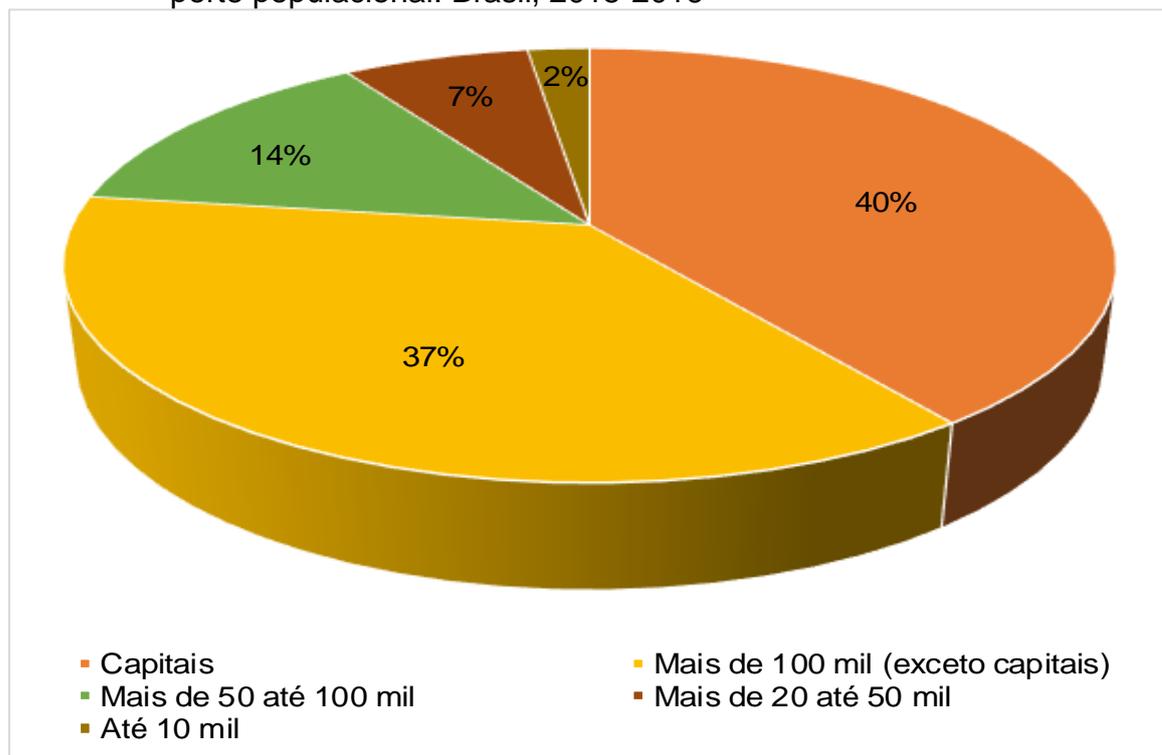
Tabela 8 - Distribuição dos cursos de graduação em enfermagem por etapa de coleta de dados segundo grandes regiões. Brasil, 2015-2016

Região	ETAC		<i>In loco</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%
Norte	5	5,3	1	6,3	6	5,5
Nordeste	20	21,3	2	12,5	22	20,0
Sudeste	41	43,6	10	62,5	51	46,4
Sul	18	19,1	2	12,5	20	18,2
Centro-Oeste	10	10,6	1	6,3	11	10,0
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

A distribuição por porte populacional indica que o maior número de entrevistas foi realizado com gestores de cursos localizados nas capitais (n=44) e em municípios com mais de 100 mil habitantes (n=41), conforme Gráfico 11.

Gráfico 11 - Distribuição percentual dos cursos de graduação em enfermagem por porte populacional. Brasil, 2015-2016



Fonte: Dados da pesquisa.

Os cursos pertencem a 76 regiões de saúde diferentes, sendo 05 pertencem à região Norte; 15 à região Nordeste; 34 à região Sudeste; 16 à região Sul e 06 à região Centro Oeste.

O panorama de distribuição e concentração dos cursos analisados neste estudo acompanha não apenas a distribuição nacional do total de cursos da área da enfermagem entre as regiões, mas reflete, também, a distribuição do total de cursos da área da saúde e, de modo mais abrangente, do total de cursos de todas as áreas, conforme indica a Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição percentual dos cursos por tipo, segundo região geográfica. Brasil, 2014

Regiões	Amostra	Enfermagem	Saúde	Todas as áreas
Norte	5,5	7,6	7,3	6,9
Nordeste	20,0	23,8	20,3	20,9
Sudeste	46,4	43,6	45,4	47,2
Sul	18,2	15,1	18,2	15,6
Centro-Oeste	10,0	9,9	8,8	9,4

Fonte: Censo do Ensino Superior 2014 – MEC, 2017

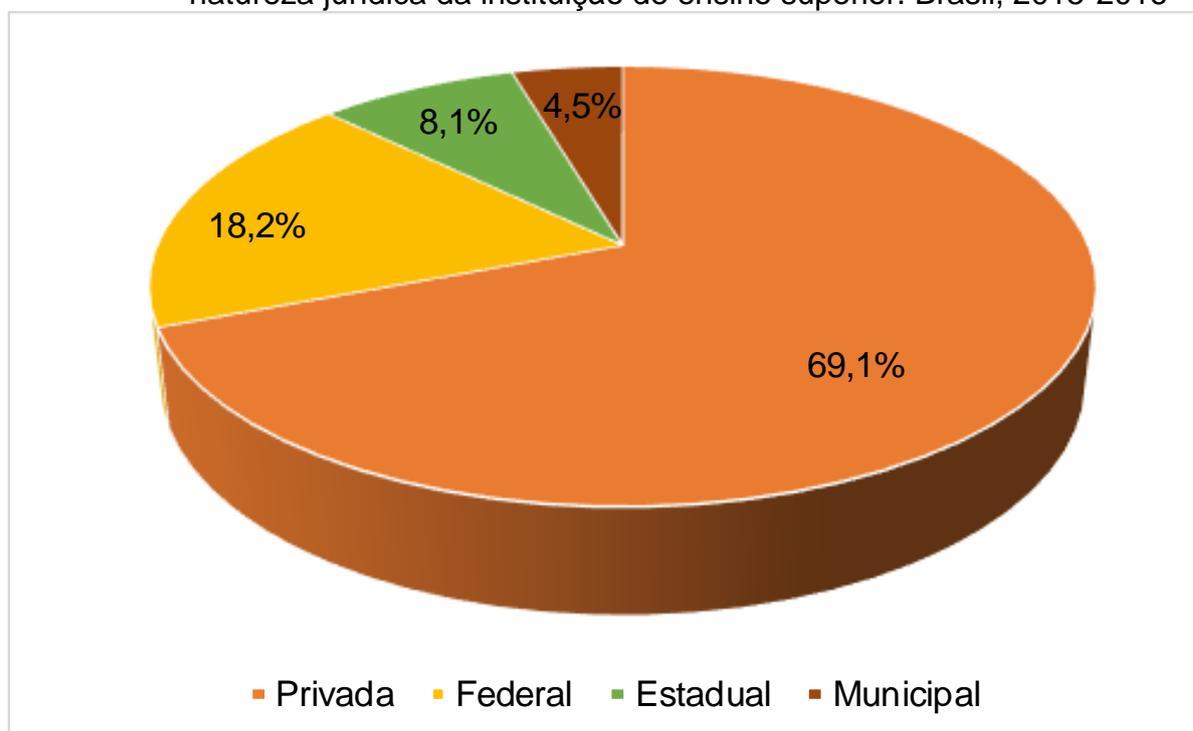
Esses dados são confirmados pela Pesquisa Perfil da Enfermagem, cujos resultados apontam para a hegemonia da região Sudeste como celeiro de formação, sendo que do total de enfermeiros inscritos no COREN, 46,1% se formaram nos

estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A distribuição de cursos reflete, também, a realidade de alocação dos enfermeiros pelo País, em que quase metade do contingente (48,2%) se encontra nessa região (MACHADO et al, 2016a).

### 6.3 Caracterização administrativa

Entre os cursos participantes, a maior parte é proveniente de instituições de ensino superior (IES) privadas (n=76); as públicas correspondem a 34 (30,9%), com destaque para as federais (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Distribuição percentual dos cursos de graduação em enfermagem por natureza jurídica da instituição de ensino superior. Brasil, 2015-2016



Fonte: Dados da pesquisa.

Essa distribuição é justificada pelo alto quantitativo de cursos privados, cuja proporção aumentou exponencialmente no fim da década de 1990, pós-promulgação da LDB/96. Esta esfera, em 1991, era responsável por 46 cursos de enfermagem no País; em 2014 esse número passou a 706, correspondente a 80,1% do total de cursos da enfermagem<sup>29</sup>. Deste panorama reflete o fato de que 57,4% dos atuais enfermeiros do Brasil se formaram em instituições privadas (MACHADO et al, 2016a).

<sup>29</sup> Sigras/inep

#### 6.4 Oferta e preenchimento de vagas

O somatório da oferta anual de vagas dos 110 cursos incluídos neste estudo corresponde à 13.797, com média de oferta de 125 vagas. Se verificarmos segundo a natureza jurídica, a média de oferta de vagas anuais é de 153 entre as privadas, e de 91, entre as públicas. Apenas 38,2% (n=42) dos cursos conseguem preencher 100% das suas vagas ofertadas anualmente. O percentual médio de preenchimento, no entanto, é de 72,1% entre os privados e de 96,6% entre os públicos. No conjunto dos cursos, esta média é de 84,0%, isto é, do total de vagas ofertadas, 16,0% ficam ociosas.

A ociosidade de vagas na enfermagem vem aumentando progressivamente: em 2004 a taxa era de 15,8%, em 2014 passou a 48,5%, correspondente a mais de 86 mil vagas não preenchidas, das quais pouco mais de 83 mil referem-se a vagas de cursos privados<sup>30</sup>.

Entre os cursos cuja oferta de vagas era maior que a demanda, especialmente os privados, foi questionado sobre quais os principais fatores causadores da ociosidade de vagas, sendo os mais citados as questões de ordem financeira, relacionadas principalmente ao valor da mensalidade ou ao não acesso a programas de financiamento estudantil/bolsas (n=54; 49,2%); e a aprovação em outras instituições de ensino/transferência (n=26; 23,8%). Outros fatores apontados foram a localização do curso, o horário de funcionamento, a estrutura oferecida pelas instituições e desinteresse pelo curso.

Todos os entrevistados apontaram ocorrência de evasão durante o curso, independente da natureza jurídica, em maior grau ou menor grau. Os principais fatores relacionados a esse fenômeno, segundo eles, são: entre as privadas, questões de ordem financeira, e, entre as públicas, transferência para instituições mais próximas ao seu local de origem e transferência para outros cursos, notadamente medicina.

---

<sup>30</sup> Sigras/inep

*“Nós temos perdas, sim. Na grande maioria das vezes ocorre evasão daqueles que não são destinados a estudar enfermagem. Querem medicina. Entram na enfermagem com o intuito de segurar uma vaga, e trabalhar algumas disciplinas afins para reaproveitamento futuro, uma vez que eles não se sentem encorajados ainda a encarar o curso de medicina em razão da alta concorrência.” (Entorno de Manaus)*

*“A gente só tem desistência a partir do segundo ou terceiro período, quando os alunos começam a migrar para outros cursos da universidade, principalmente medicina, por meio de transferência interna na instituição, em que não é preciso fazer vestibular. Disso depende, no entanto, de abertura de vagas em outros cursos e do bom rendimento do aluno. No ano passado, por exemplo, de 40 alunos, 12 desistiram para fazer vestibular ou porque conseguiram transferência para medicina.” (Região do PEBA)*

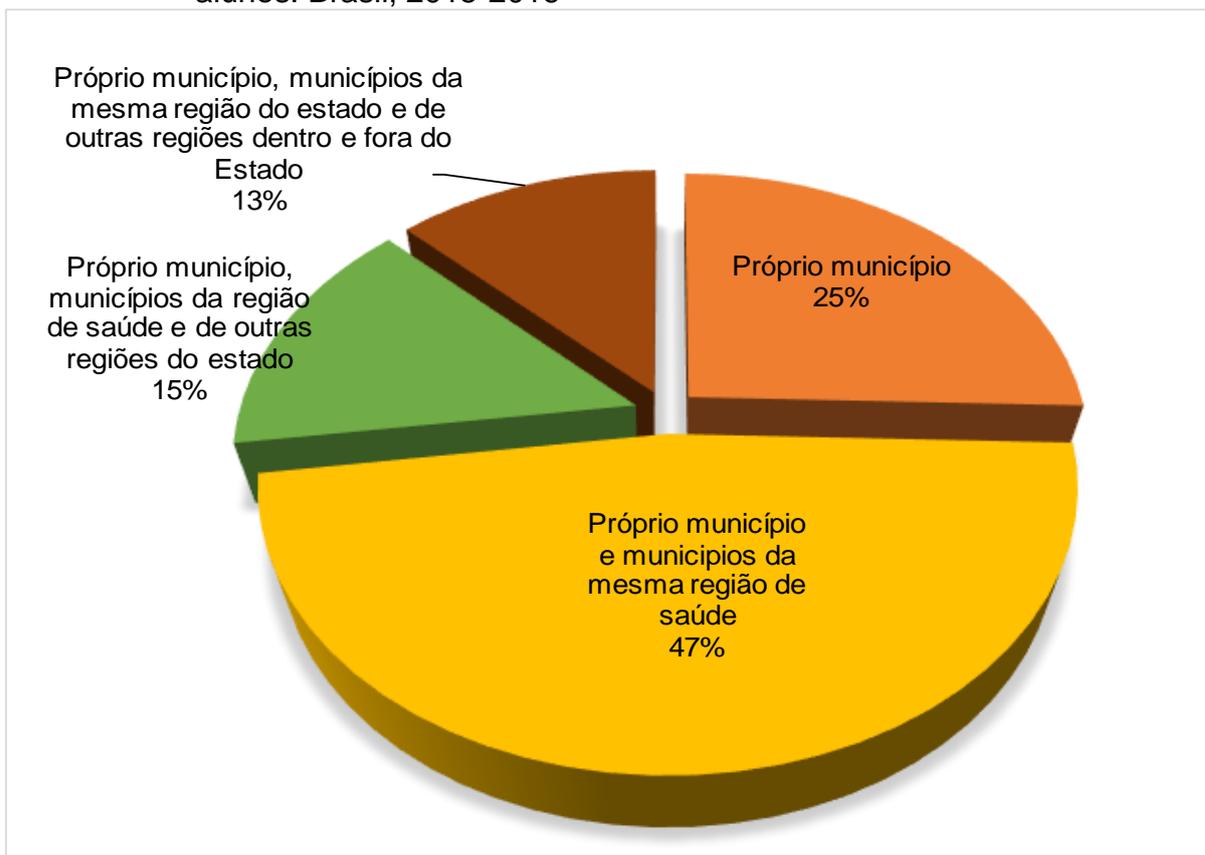
A evasão, segundo os entrevistados, ocorre majoritariamente a partir do fim do ciclo básico, momento no qual os alunos deixam de cursar disciplinas gerais e transversais a vários cursos da saúde, como anatomia, fisiologia e bioquímica, e entram em contato com as primeiras disciplinas específicas da enfermagem.

*“Os três primeiros semestres compõem o ciclo básico, bem teórico. A partir do quarto semestre é quando ele [o aluno] tem o primeiro contato com a enfermagem. Ele vai para o hospital fazer procedimento. É o de divisor de águas, e é nesse momento que muitos desistem do curso por não se identificarem.” (Baixada Cuiabana)*

## 6.5 Perfil discente e docente

Em 44,3% dos cursos analisados, a maior parte de seus alunos são provenientes da mesma região de saúde onde se localiza o curso, isto é, ou do próprio município ou de municípios circunvizinhos (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Distribuição percentual de cursos segundo origem da maior parte dos alunos. Brasil, 2015-2016



Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre esse aspecto, os coordenadores de cursos públicos afirmaram que após a adoção do ENEM (especialmente em razão dos percentuais de cota atrelados) o perfil do aluno mudou em três aspectos. Um deles diz respeito ao aumento do número de alunos provenientes do próprio município e de municípios do entorno, sugerindo uma democratização no acesso ao ensino superior pela comunidade local.

*“Tínhamos muito alunos de fora do estado, cerca de 70%, quando utilizávamos o vestibular. Agora reduziu muito. Hoje, o maior número é de alunos provenientes da região [de saúde].” (Região do PEBA)*

*“Os alunos do interior [da região] representam maior percentual agora” (Baixada Cuiabana)*

Outras mudanças percebidas foram o aumento do número de alunos de baixa renda e com déficit educacional, mas que são, em contrapartida, mais participativos e engajados com o processo de formação; e aumento da média de idade dos alunos.

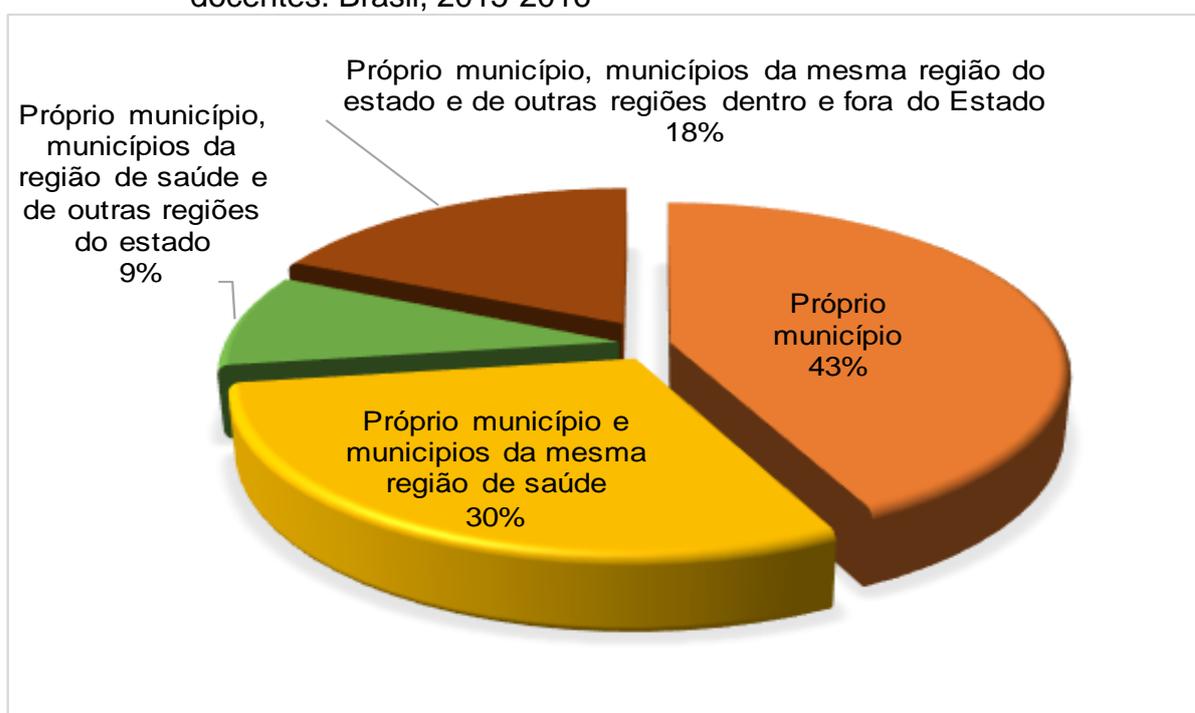
*“Após a política de cotas atrelada ao ENEM, aumentou o número de alunos que tem por origem o município ou municípios vizinhos [...]. Percebemos, também, um perfil de alunos mais velhos e de menor poder aquisitivo, que embora já característico na enfermagem, aumentou um pouco mais. Os alunos de hoje também têm mais problemas relacionados à educação de base, embora sejam bem mais engajados com o curso” (Metropolitana I/RJ)*

*“Perfil socioeconômico menor e também com mais limitações educacionais. Eles têm chegado com muita deficiência de conhecimentos de ensino médio, das disciplinas básicas, português, matemática, ciências.” (Baixada Cuiabana)*

Essa percepção corrobora dados da IV pesquisa do perfil do socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior brasileiras, cujos resultados apontam para o aumento da idade média dos graduandos e significativa evolução da proporção dos estudantes sem renda familiar ou com renda de até 3 salários mínimos (ANDIFES, 2016).

No que se refere à origem da maior parte do corpo docente, observou-se uma distribuição maior entre as categorias, com destaque para os cursos cujos docentes são oriundos, principalmente, do próprio município onde se localiza o curso (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Distribuição percentual de cursos segundo origem da maior parte dos docentes. Brasil, 2015-2016



Fonte: Dados da pesquisa.

Aos gestores entrevistados *in loco* (n=16) foi questionado sobre o número de docentes lotados especificamente no curso de enfermagem. O cálculo da média apontou para 41 docentes por curso. Entre os públicos, essa média é de 46 docentes por curso, enquanto entre os privados é de apenas 30. Além desses, todos os cursos contam com docentes de outras formações, lotados em outras unidades da instituição que lecionam em disciplinas básicas.

Ainda sobre os docentes, no conjunto de cursos investigados *in loco*, os doutores e mestres correspondem a 85,0%. Essa proporção entre os cursos públicos é de 93,0%, enquanto entre os cursos privados é de 72,7% (Tabela 10).

Tabela 10 - Proporção de docentes doutores, mestres e especialistas segundo natureza jurídica dos cursos de enfermagem investigados *in loco*. Brasil, 2015-2016 (n=16)

<b>Natureza jurídica</b>	<b>Doutores</b>	<b>Mestres</b>	<b>Especialistas</b>
<b>Público</b>	66,5%	26,7%	7,2%
<b>Privado</b>	27,5%	45,2%	27,3%
<b>Média geral</b>	<b>50,9%</b>	<b>34,1%</b>	<b>15,2%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

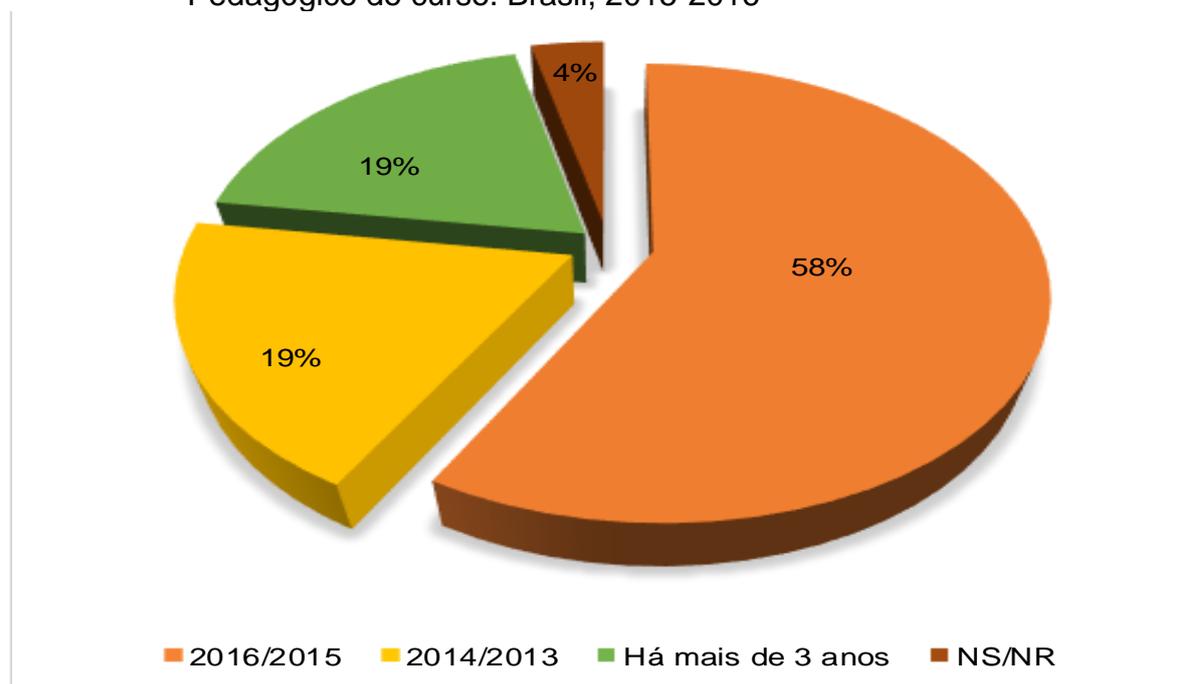
Esse retrato ratifica os dados encontrados no Censo de Ensino Superior 2014 empreendido pelo MEC, que trabalhou com dados de todos os cursos de ensino superior. Segundo o Censo, os mestres correspondem a 39,3% do total das funções docentes no ensino superior do Brasil, os doutores perfazem 35,1%, os especialistas 23,5% e os que possuem apenas graduação somam 2,1%. Entre os cursos públicos, os doutores correspondem a 56,0% e os mestres a 28,8%; inversamente, na rede privada os mestres são maioria (47,0%), enquanto os doutores somam cerca de 20,0%, percentual inferior ao representativo do número de especialistas que é de 33,0% (BRASIL, 2107).

## 6.6 Estrutura curricular do curso

No que tange à elaboração do Projeto Político Pedagógico (PPP), a maioria dos entrevistados (n=59; 53,6%), declarou que não houve consultoria externa na feitura do mesmo, porém, há que se considerar que uma parte dos respondentes (n=15; 13,7%) não sabia ou não respondeu a essa questão.

Ainda sobre o PPP, foi perguntado o ano em que ele sofreu a última modificação ou atualização, a maioria tendo sido realizada no quadriênio 2013-2016, sobretudo em 2015 (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Período da última modificação ou atualização do Projeto Político Pedagógico do curso. Brasil, 2015-2016



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à estrutura do PPP, foi perguntada aos gestores entrevistados por telefone (n=94) a ênfase de formação do curso em relação a algumas áreas de atuação, a saber: gestão de serviços de saúde, docência, pesquisa, atenção primária, atenção especializada/ambulatorial e atenção hospitalar. Em resposta ao quesito, o entrevistado deveria classificar cada área em uma escala de 1 a 6, onde 1 seria a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase.

A docência foi referida como a área de atuação de menor ênfase por 45,7% dos entrevistados, e a Atenção Primária como a de maior ênfase (Tabela 11).

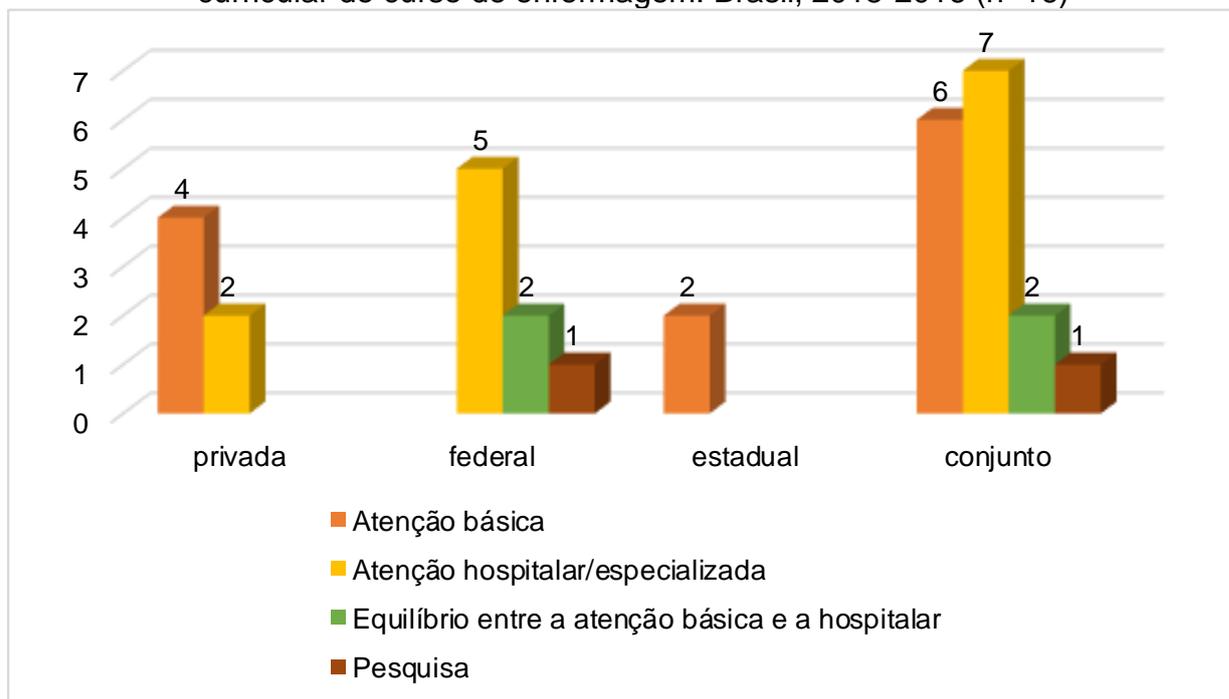
Tabela 11 - Ênfase nas áreas de atuação nos cursos de enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94)

Ênfase	1	2	3	4	5	6	NR	Total
Gestão de serviços de saúde	6,4	7,4	23,4	37,2	21,3	3,2	1,1	100
Docência	45,7	11,7	11,7	12,8	6,4	10,6	1,1	100
Pesquisa	8,5	35,1	23,4	10,6	17,0	4,3	1,1	100
Atenção Primária	6,4	1,1	1,1	4,3	16,0	70,2	1,1	100
Atenção Especializada	6,4	17,0	27,7	29,8	13,8	4,3	1,1	100
Atenção Hospitalar	2,1	8,5	5,3	20,2	42,6	20,2	1,1	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Aos gestores entrevistados *in loco*, questionou-se apenas sobre a área de atuação do enfermeiro mais trabalhada durante o curso, sete afirmaram ser a atenção hospitalar/especializada e seis a atenção básica, como se observa pelo Gráfico 16.

Gráfico 16 - Distribuição dos cursos por esfera administrativa segundo a ênfase curricular do curso de enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16)



Fonte: Dados da pesquisa.

Na maioria dos cursos pesquisados a estrutura curricular é organizada por disciplinas (n=94; 85,5%); a estrutura por módulos ou eixos temáticos foi citada por 16 (14,5%). Também, na maioria dos casos (98,0%), os cursos são organizados em ciclos – primeiro o ciclo básico com disciplinas mais amplas ligadas às ciências da saúde, e depois o ciclo profissionalizante, com disciplinas mais específicas ligadas à profissão.

Em 85 (77,7%) cursos, os currículos contemplam obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos. Entre os que fomentam essas atividades integradas, observa-se que há uma proporção um pouco maior entre as instituições privadas: 84,5% (n=64) contra 58,3% (n=21) das públicas. Essa diferença é explicada sobretudo pelo fato de que, na maior parte das instituições privadas, as disciplinas básicas do curso (períodos iniciais) são ministradas, em conjunto, para diversos cursos da área da saúde.

Em relação à carga horária total, a média computada é de 4.915 horas, no conjunto dos 110 cursos analisados; entre os privados a média é de 4.833, e entre os públicos é de 4.921.

Analisando especificamente os cursos investigados via ETAC, observa-se maior tempo destinado aos conteúdos teóricos pelos cursos privados, e aos teórico-práticos pelos cursos públicos (Tabela 12).

Tabela 12 - Carga horária média segundo tipo de conteúdo/atividade desenvolvida nos cursos de graduação em enfermagem investigados por meio do *survey*, por natureza jurídica. Brasil, 2015-2016 (n=94)

Natureza jurídica	Carga horária média			Total
	Conteúdos teóricos	Conteúdos teórico-práticos	Estágios e internatos	
Públicas	2.074	2.145	930	5.149
Privadas	2.907	1.788	884	<b>5.579</b>
<b>Média geral</b>	<b>2.491</b>	<b>1.967</b>	<b>907</b>	<b>5.364</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

## 6.7 Metodologias de ensino

Especificamente aos gestores entrevistados *in loco* (n=16) foi questionado sobre as metodologias de ensino utilizadas no processo de formação. Entre eles, 15 afirmaram que fazem uso de metodologias tradicionais de ensino, cujo foco centra-se no professor que desenvolve aulas expositivas. Desses 15, dez afirmaram que as metodologias tradicionais são alternadas com metodologias ativas, com uso de estudos de caso, discussão e análise em grupos, problematização, uso de vídeos para debates e discussão entre outros. O uso de visitas técnicas e aulas práticas em laboratórios e cenários externos à instituição de ensino foi referida por todos os respondentes.

O sistema de avaliação é similar entre todos os cursos. Trata-se de uma associação de provas teóricas periódicas com avaliação de competências desenvolvidas no campo prático, com pequenas variações no que se refere à atribuição de notas condicionadas à apresentação de seminários e confecção de portfólios.

## 6.8 Cenários de aprendizagem

Em relação aos locais onde os alunos realizam aulas práticas e/ou estágios, foram listadas onze opções para os entrevistados, conforme se observa na Tabela 13, podendo o entrevistado listar outros locais não contemplados nas opções apresentadas. Todos os locais citados, exceto as instituições para pessoas com deficiência e as residências terapêuticas, são utilizados por grande maioria dos cursos, com destaque para as unidades de APS, hospitais e Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) adulto. Outros locais citados por 13,6% dos entrevistados foram: laboratórios, centros de vigilância em saúde, centros de reabilitação, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), *home care* e espaços públicos para desenvolvimento de ações sociais.

Tabela 13 - Frequência e percentual de cursos de graduação em enfermagem segundo utilização de cenários de atividades práticas e de estágios. Brasil, 2015-2016 (n=110)

Cenário	n	%
Unidades de Atenção Primária	110	100
Hospitais gerais	110	100
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto	100	90,9
Hospitais especializados	92	83,6
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	81	73,6
Instituições asilares	82	74,5
Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	83	75,5
Creches e/ou escolas	87	79,1
Policlínicas/ambulatórios/clínicas	86	78,2
APAE (entre outros)	61	55,5
Empresas	51	46,4
Residência Terapêutica	39	35,5
Outro(s)	15	13,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Questionados sobre os atores que acompanham os discentes durante as práticas/estágios, citaram-se: o próprio docente (n=107; 97,2%), profissionais da saúde (n=69; 62,7%) e preceptores contratados para este fim (n=48; 43,7%). Ressalta-se que a estratégia de contratação de preceptores é utilizada majoritariamente pelas instituições privadas.

## 6.9 Perfil de competências dos egressos

No intuito de compreender a preparação profissional empiricamente oferecida aos alunos, foram citadas diferentes ações de saúde e gerenciais, competências e procedimentos, para as quais os entrevistados deveriam informar se os alunos recebiam preparação para executá-los. Cabe ressaltar que algumas ações não fazem parte do escopo de prática legal da enfermagem, elas foram adicionadas com o objetivo de investigar se o processo formativo atual comportaria uma possível ampliação do campo de atuação dos enfermeiros no nível primário de atenção, a partir da incorporação ou compartilhamento de funções com outros profissionais, especialmente os médicos.

Considerando as diferenças entre o questionário da ETAC e o da entrevista *in loco*, os resultados dessas duas etapas de coleta estão apresentados separados, com posterior análise do agrupamento das respostas frente às similaridades.

Segundo os entrevistados via ETAC, o curso prepara os alunos de enfermagem para realizar a maioria das ações de saúde pesquisadas (Tabela 14), principalmente para ações de educação em saúde, promoção da saúde e avaliação antropométrica. As ações menos trabalhadas durante o curso são orientações de saúde bucal, pré-natal de alto risco, e o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas.

Tabela 14 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados via telefone quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94)

<b>Ações de saúde</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Não</b>	<b>NS/NR</b>
Realizar grupos de educação em saúde	98,9	0	1,1	0
Realizar ações de promoção da saúde	97,9	2,1	0	0
Realizar avaliação antropométrica	96,8	2,1	1,1	0
Realizar consulta de puericultura	95,7	2,1	2,1	0
Trabalhar em equipe multidisciplinar	94,7	4,3	1,1	0
Realizar planejamento familiar	92,6	4,3	1,1	2,1
Realizar pré-natal de baixo risco	92,6	7,4	0	0
Realizar acolhimento de classificação de risco	88,3	9,6	2,1	0
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos	74,5	18,1	7,4	0
Realizar atendimento de urgência e emergência psiquiátricas	62,8	19,1	17	1,1
Realizar pré-natal de alto risco	50,0	21,3	28,7	0
Realizar orientações de saúde bucal	41,5	21,3	37,2	0

Fonte: Dados da pesquisa

A concordância de resposta entre os avaliadores para o conjunto das ações de saúde expressas na Tabela 14 - foi de 30,3% (Kendall's  $W_a=0,303$ ; p-valor=0,000). Especificamente entre os coordenadores de cursos de instituições privadas, a concordância foi 31,6% (Kendall's  $W_a=0,316$ ; p-valor=0,000), e, entre os públicos, foi de apenas 29,3% (Kendall's  $W_a=0,293$ ; p-valor=0,000).

O coeficiente também foi calculado entre as regiões geográficas e resultou em baixa concordância (Kendall's  $W_a<0,50$ ), porém com significância estatística (p-valor=0,000) para as regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Entre os respondentes da região Norte, não houve significância (p-valor=0,118). Significa dizer, então, que os respondentes discordam significativamente no concerne ao preparo do aluno para o desenvolvimento dessas ações, o que remete a realidades de formação muito específicas entre os cursos.

Em relação às ações gerenciais (Tabela 15), com exceção de atestar óbito, a maioria dos entrevistados considerou que o curso prepara os alunos para executar

todas as ações listadas, especialmente a notificação compulsória e o planejamento e realização de campanha de vacinação.

Tabela 15 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados via telefone quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94)

<b>Ações gerenciais</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Não</b>	<b>NS/NR</b>
Planejar e realizar campanha de vacinação	94,7	3,2	1,1	1,1
Realizar notificação compulsória	94,7	4,3	0	1,1
Gerenciar Central de Esterilização Materiais	91,5	5,3	2,1	1,1
Supervisionar outros profissionais	89,4	2,1	7,4	1,1
Gerenciar Rede de Frio	86,2	8,5	4,3	1,1
Atestar óbito	8,5	7,4	81,9	2,1

Fonte: Dados da pesquisa

A concordância de resposta entre os avaliadores dos cursos privados, para o conjunto das ações de saúde expressas na Tabela 15 foi de 76,7% (Kendall's  $W_a=0,767$ ; p-valor=0,000); entre os públicos foi de apenas 54,2% (Kendall's  $W_a=0,542$ ; p-valor=0,000). No âmbito das regiões, destaca-se a Norte com coeficiente de concordância de 100% (Kendall's  $W_a=1,00$ ; p-valor=0,000). Os valores para as demais regiões foram superiores a 60% (p-valor=0,000).

Em relação aos procedimentos listados na Tabela 16 - , mais de 90% dos gestores dos cursos de enfermagem consideram que o curso prepara os egressos para realizar curativos, inserir sondas nasogástricas, nasoentéricas e uretrais, administrar medicamentos e vacinas.

Alguns procedimentos, especificamente os de competência médica, no entanto, apresentaram menores percentuais de concordância quanto ao preparo dos alunos para executá-los, em especial a anestesia local, a sutura, a intubação traqueal e a inserção de cateter venoso profundo.

Tabela 16 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados via telefone quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94)

<b>Procedimentos</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Não</b>	<b>NS/NR</b>
Administrar medicamentos	97,9	0	0	2,1
Inserir sondas nasogástricas	97,9	1,1	0	1,1
Realizar curativos	97,9	1,1	0	1,1
Administrar vacinas	95,7	2,1	1,1	1,1
Inserir sondas uretrais	94,7	2,1	2,1	1,1
Inserir sondas nasoentéricas	93,6	3,2	1,1	2,1
Retirar pontos	85,1	3,2	10,6	1,1
Prescrever curativos	83,0	10,6	5,3	1,1
Inserir cateter venoso superficial	79,8	10,6	8,5	1,1
Realizar punção arterial	75,5	10,6	12,8	1,1
Realizar imobilizações	66,0	19,1	12,8	2,1
Realizar drenagem de abscesso	45,7	8,5	42,6	3,2
Realizar parto normal emergencial	43,6	17,0	36,2	3,2
Realizar parto normal	42,6	14,9	40,4	2,1
Inserir cateter venoso profundo	19,1	20,2	58,5	2,1
Realizar Intubação traqueal	16,0	13,8	69,1	1,1
Realizar sutura	10,6	11,7	76,6	1,1
Realizar anestesia Local	9,6	7,4	81,9	1,1

Fonte: Dados da pesquisa

O coeficiente de concordância entre os respondentes de cursos privados, com relação ao preparo do aluno para o desenvolvimento dos procedimentos listados na Tabela 16, foi de 54,7% (Kendall's  $W_a=0,547$ ; p-valor=0,000); enquanto entre os públicos foi de 46,2% (Kendall's  $W_a=0,462$ ; p-valor=0,000). Entre as regiões, o coeficiente de concordância foi significativamente estatístico, porém inferior a 0,610 (61,0%).

Em relação ao preparo para realização de procedimentos de apoio diagnóstico (Tabela 17), destacaram-se, entre os itens: realizar (97,9%) e interpretar resultado de Papanicolau (91,5%), realizar eletrocardiograma (86,2%) e realizar (84%) e interpretar o teste tuberculínico (86,2%).

A prescrição de medicamentos, realização de diagnóstico médico e solicitação de eletrocardiograma e exames de imagem e tratamento de deficiências nutricionais foram as ações que apresentaram menores percentuais de concordância quanto ao preparo dos alunos.

O teste W Kendall apresentou baixos valores de concordância entre o conjunto dos respondentes (51,8%; p-valor=0,000); entre os respondentes dos cursos privados (54,7%; p-valor=0,000) e entre os dos cursos públicos (46,2%; p-valor=0,000). A análise entre as regiões também apresentou coeficientes inferiores a 62,0%.

Tabela 17 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados via telefone quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos diagnósticos e prescrições durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=94)

<b>Procedimentos de apoio diagnóstico e prescrições</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>NS/NR</b>
Realizar Papanicolau	97,9	1,1	1,1	0
Interpretar resultado de Papanicolau	91,5	5,3	3,2	0
Realizar eletrocardiograma	86,2	5,3	7,4	1,1
Interpretar resultado de teste tuberculínico (PPD)	86,2	7,4	5,3	1,1
Realizar teste do pezinho	85,1	8,5	5,3	1,1
Realizar teste tuberculínico (PPD)	84,0	10,6	4,3	1,1
Interpretar exames laboratoriais	83,0	2,1	14,9	0
Interpretar eletrocardiograma	64,9	10,6	24,5	0
Interpretar exames de imagem	60,6	20,2	19,1	0
Solicitar exames laboratoriais	51,1	25,5	23,4	0
Tratar deficiências nutricionais	31,9	46,8	21,3	0
Solicitar eletrocardiograma	31,9	56,4	10,6	1,1
Comunicar diagnóstico médico a pacientes	26,6	59,6	12,8	1,1
Solicitar exames de imagem	25,5	57,4	16,0	1,1
Prescrever anti-helmínticos	18,1	70,2	9,6	2,1
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônica já diagnosticada pelo médico	18,1	68,1	12,8	1,1
Prescrever antifúngicos	12,8	75,5	9,6	2,1
Renovar prescrição médica	12,8	81,9	5,3	0
Prescrever anti-inflamatórios	11,7	79,8	6,4	2,1
Prescrever antibióticos	8,5	78,7	10,6	2,1
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda	6,4	85,1	5,3	3,2
Prescrever medicamentos psicoativos	5,3	89,4	3,2	2,1
Fazer diagnóstico médico	4,3	92,6	2,1	1,1

Fonte: Dados da pesquisa

Por meio da Tabela 18 é possível perceber que o planejamento familiar, a imunização, o aconselhamento e acompanhamento de pacientes com DST, a realização de grupos de educação em saúde e a promoção da saúde são as ações que obtiveram maiores percentuais de concordância para o preparo dos alunos entre os respondentes entrevistados *in loco*.

Entre as ações que obtiveram as menores frequências de concordância, incluem-se o diagnóstico e tratamento de doenças urológicas e ginecológicas, práticas integrativas, pré-natal de alto risco e tratamento de deficiências nutricionais.

Tabela 18 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados *in loco* quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16)

<b>Ações de saúde</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Não</b>	<b>NS/NR</b>
Realização de planejamento familiar	93,8	0,0	0,0	6,25
Realização/orientação de imunização	93,8	0,0	0,0	6,25
Aconselhamento e acompanhamento de pacientes com DST	87,5	6,3	0,0	6,25
Realização de grupos de educação em saúde dentro da unidade de saúde	87,5	6,3	0,0	6,25
Realização de grupos de educação em saúde fora da unidade de saúde	87,5	6,3	0,0	6,25
Realização de ações de promoção da saúde	87,5	6,3	0,0	6,25
Avaliação antropométrica	81,3	12,5	0,0	6,25
Atendimento à criança (puericultura)	75,0	18,8	0,0	6,25
Atendimento de pré-natal de baixo risco	75,0	18,8	0,0	6,25
Acolhimento com classificação de riscos	75,0	18,8	0,0	6,25
Consulta de enfermagem agendada/programada individual em todas as faixas etárias	68,8	25,0	0	6,25
Trabalhar em equipe multidisciplinar	68,8	25,0	0,0	6,25
Acompanhamento de pacientes com doenças agudas	62,5	31,3	0,0	6,25
Acompanhamento de pacientes com doenças crônicas	62,5	31,3	0,0	6,25
Aconselhamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids	62,5	31,3	0,0	6,25
Atendimento domiciliar	56,3	31,3	6,3	6,25
Atendimento à pacientes psiquiátricos	50,0	43,8	0,0	6,25
Atendimento de urgência e emergência	43,8	43,8	6,3	6,25
Orientação de ações de saúde bucal	43,8	50,0	0,0	6,25
Realização de diagnóstico e tratamento de doenças ginecológicas	37,5	37,5	12,5	6,25
Tratamento de deficiências nutricionais	37,5	50,0	6,3	12,5
Atendimento de pré-natal de alto risco	25,0	56,3	6,3	6,25
Realização de práticas integrativas	18,8	31,3	37,5	12,5
Realização de diagnóstico e tratamento de doenças urológicas	6,3	75,0	12,5	12,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às ações gerenciais (Tabela 19), a supervisão de outros profissionais foi o item que obteve menor concordância quanto ao preparo dos alunos.

Tabela 19 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados in loco quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem ações gerenciais de saúde durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16)

<b>Ações gerenciais</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Não</b>	<b>NS/NR</b>
Planejamento e realização de campanha de vacinação	93,8	0,0	0,0	6,25
Gerenciamento de Central de Esterilização	87,5	6,3	0,0	6,25
Gerenciamento de Rede de Frio	81,3	12,5	0,0	6,25
Supervisão de outros profissionais	56,3	37,5	0,0	6,25

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos procedimentos listados (Tabela 20), mais de 90% dos gestores dos cursos de enfermagem consideram que o curso prepara os egressos para realização de curativos e inserção de sondas nasogástricas e uretrais. Alguns procedimentos, especificamente os de competência médica, no entanto, apresentaram proporções bem inferiores de concordância, como realizar sutura, inserção de cateter profundo e de parto normal.

Tabela 20 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados in loco e média de respostas quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16)

<b>Procedimentos</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Não</b>	<b>NS/NR</b>
Realização de curativos	93,8	0,0	0,0	6,25
Inserção de sondas nasogástricas e uretrais	93,8	0,0	0,0	6,25
Administração de medicamentos	87,5	6,3	0,0	6,25
Inserção de cateter superficial	75,0	6,3	6,3	6,25
Realização de drenagem de abscesso	43,8	43,8	6,3	6,25
Realização de parto normal	31,3	37,5	25,0	6,25
Realização de parto normal emergencial	25,0	43,8	25,0	12,5
Inserção de cateter profundo	25,0	31,3	31,3	12,5
Realização de sutura	12,5	50,0	31,3	6,25

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao preparo para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e prescrições (Tabela 21), percentuais de concordância quanto ao preparo dos alunos iguais ou acima de 50,0% só foram obtidos para realização de exame colpocitológico e de eletrocardiograma. Os menores percentuais de concordância foram atribuídos às ações de solicitação e interpretação de exames de imagem e prescrição de medicamentos.

Tabela 21 - Percentual de concordância, concordância parcial ou discordância dos entrevistados in loco quanto ao preparo dos alunos a desenvolverem procedimentos diagnósticos e prescrições durante a graduação em enfermagem. Brasil, 2015-2016 (n=16)

<b>Procedimentos de apoio diagnóstico e prescrição</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Não</b>	<b>NS/NR</b>
Realização de coleta de exame colpocitológico	68,8	18,8	6,3	6,25
Realização de ECG	50,0	18,8	18,8	6,25
Prescrição de medicamentos previstos em protocolos institucionais	43,8	43,8	6,3	6,25
Interpretação de ECG	43,8	18,8	25,0	6,25
Solicitação de exames laboratoriais	25,0	62,5	6,3	6,25
Interpretação de exames laboratoriais	25,0	62,5	6,3	6,25
Prescrição de anti-helmínticos	25,0	50,0	18,8	6,25
Prescrição medicamentosa para hipertensos	25,0	56,3	12,5	6,25
Prescrição medicamentosa para diabéticos	25,0	56,3	12,5	6,25
Solicitação de ECG	25,0	37,5	25,0	6,25
Prescrição de antibióticos	12,5	43,8	37,5	6,25
Prescrição de medicamentos para pacientes com doença pré-diagnosticada pelo médico	12,5	50,0	31,3	12,5
Solicitação de exames de imagem	6,3	68,8	18,8	12,5
Interpretação de exames de imagem	6,3	62,5	25,0	12,5
Prescrição medicamentosa para pacientes em insuficiência respiratória aguda	6,3	56,3	31,3	12,5
Prescrição de qualquer medicamento	0,0	68,8	18,8	6,25

Fonte: Dados da pesquisa

Ainda com relação ao preparo dos alunos, durante o curso de graduação em enfermagem, para o desenvolvimento de ações de saúde, as respostas obtidas nas duas etapas de coleta foram somadas segundo similaridade dos itens e as médias calculadas, considerando o seguinte padrão de resposta para cada item avaliado: não prepara (1), prepara parcialmente (2), prepara (3). Os itens para os quais não foram atribuídas respostas em razão do desconhecimento/dúvida dos respondentes foram excluídos para não comprometimento do cálculo.

A interpretação dos valores das médias, cujo valor mínimo possível seria 1,0 e o valor máximo 3,0, considera que quanto maior a média resultante maior o preparo do aluno para a realização de determinada ação.

Do conjunto de ações apresentadas, àquelas que obtiveram maiores médias referem-se a procedimentos técnicos, quais sejam: inserir sondas, realizar curativos, e administrar medicamentos e vacinas. No conjunto das ações cujas médias foram superiores a 2,00, além de procedimentos técnicos, encontram-se as ações de educação em saúde e gerenciais, conforme aponta a Tabela 22.

Tabela 22 - Ações de saúde cujas médias indicativas das respostas dos gestores quanto ao preparo dos egressos de enfermagem para realizá-las foram iguais ou superiores a 2,0. Brasil, 2015-2016 (n=110)

<b>Ações de saúde</b>	<b>Média</b>
Inserir sondas nasogástricas	2,99
Realizar curativos	2,99
Inserir sondas nasoentéricas	2,97
Inserir sondas uretrais	2,97
Realizar planejamento familiar	2,97
Administrar medicamentos	2,97
Administrar vacinas	2,96
Realizar grupos de educação em saúde	2,95
Realizar ações de promoção da saúde	2,95
Planejar e realizar campanha de vacinação	2,91
Realizar avaliação antropométrica	2,91
Gerenciar Rede de Frio	2,89
Gerenciar Central de Esterilização Materiais	2,88
Realizar consulta de puericultura	2,87
Realizar pré-natal de baixo risco	2,86
Interpretar resultado de Papanicolau	2,86
Trabalhar em equipe multidisciplinar	2,83
Realizar acolhimento de classificação de risco	2,83
Realizar Papanicolau	2,82
Interpretar resultado de teste tuberculínico (PPD)	2,80
Prescrever curativos	2,78
Supervisionar outros profissionais	2,78
Realizar teste do pezinho	2,77
Inserir cateter venoso superficial	2,76
Retirar pontos	2,75
Realizar teste tuberculínico (PPD)	2,74
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos	2,67
Tratar deficiências nutricionais	2,64
Realizar punção arterial	2,63
Realizar eletrocardiograma	2,59
Realizar imobilizações	2,54
Interpretar exames laboratoriais	2,50
Realizar atendimento de urgência e emergência psiquiátricas	2,50
Interpretar eletrocardiograma	2,38
Realizar orientações de saúde bucal	2,26
Solicitar exames laboratoriais	2,23
Realizar drenagem de abscesso	2,22
Realizar pré-natal de alto risco	2,21
Interpretar exames de imagem	2,10
Realizar parto normal	2,05
Realizar parto normal emergencial	2,04

Fonte: Dados da pesquisa.

Por outro lado, as ações que obtiveram menores médias foram aquelas que se encontram no escopo de prática da medicina, com destaque para realizar diagnóstico médico e prescrever medicamentos. Isto significa dizer que estas são as ações cujos cursos de enfermagem não preparam ou preparam parcialmente os alunos para desenvolver (Tabela 23).

Tabela 23 - Ações de saúde cujas médias indicativas das respostas dos gestores quanto ao preparo dos egressos de enfermagem para realizá-las foram inferiores a 2,0. Brasil, 2015-2016 (n=110)

<b>Ações de saúde</b>	<b>Média</b>
Solicitar eletrocardiograma	1,88
Solicitar exames de imagem	1,77
Prescrever anti-helmínticos	1,77
Inserir cateter venoso profundo	1,76
Comunicar diagnóstico médico a pacientes	1,67
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônica já diagnosticada pelo médico	1,65
Realizar sutura	1,57
Prescrever antibióticos	1,51
Realizar Intubação traqueal	1,46
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda	1,46
Prescrever antifúngicos	1,36
Renovar prescrição médica	1,31
Prescrever anti-inflamatórios	1,30
Realizar anestesia local	1,27
Realizar notificação compulsória	1,25
Prescrever medicamentos psicoativos	1,14
Fazer diagnóstico médico	1,11

Fonte: Dados da pesquisa.

## 6.10 Ampliação do escopo de prática do enfermeiro

Também foram realizadas questões opinativas relativas a uma possível ampliação do escopo de atuação dos enfermeiros no âmbito da APS, mediante incorporação ou compartilhamento de ações médicas.

Conforme apontado pela Tabela 24, a maioria dos entrevistados concorda ou concorda totalmente que algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros (78,7%).

Tabela 24 - Percentual de concordância ou discordância dos coordenadores quanto à execução de tarefas de competência médica por enfermeiros no âmbito da atenção básica. Brasil, 2015-2016

<b>Concordância</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Discorda totalmente	11	11,7
Discorda	5	5,3
Nem concorda nem discorda	2	2,1
Concorda	35	37,2
Concorda totalmente	39	41,5
Não respondeu	2	2,2
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando a possibilidade de ampliação do escopo do enfermeiro na atenção básica, 79,8% dos entrevistados concordaram ou concordaram totalmente que essa estratégia aumentaria a resolutividade desse nível de atenção (Tabela 25).

Tabela 25 - Percentual de concordância ou discordância dos coordenadores quanto à maior resolutividade da atenção básica, caso os enfermeiros pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

<b>Concordância</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Discorda totalmente	12	12,8
Discorda	3	3,2
Nem concorda nem discorda	3	3,2
Concorda	38	40,4
Concorda totalmente	37	39,4
Não respondeu	1	1,1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Não obstante às respostas anteriores, apenas 47,8% dos coordenadores entrevistados, concordaram ou concordam totalmente que, se as tarefas executadas por médicos na Atenção Básica fossem, também, realizadas por enfermeiros, haveria compensação da escassez de médicos nesse nível de atenção (Tabela 26).

Tabela 26 - Percentual de concordância ou discordância dos coordenadores quanto à compensação da escassez de médicos na atenção básica, caso os enfermeiros pudessem executar tarefas de competência médica no âmbito desse nível de atenção. Brasil, 2015-2016

<b>Concordância</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Discorda totalmente	20	21,3
Discorda	18	19,1
Nem concorda nem discorda	9	9,6
Concorda	32	34,0
Concorda totalmente	13	13,8
Não respondeu	2	2,2
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação aos questionamentos apresentados na Tabela 24 - , Tabela 25 - e Tabela 26, o coeficiente de concordância foi de apenas 28,8% (p-valor=0,000) entre o conjunto dos respondentes. Entre os cursos privados foi de 34,2% (p-valor=0,000), e entre os públicos de 15,8% (p-valor=0,000). A análise entre as regiões, embora estatisticamente significativa (p-valor=0,000), também apontou para baixos coeficientes de concordância (Kendall's  $W_a < 0,401$ ).

Aos 74 (78,7%) respondentes que concordam ou concordam totalmente que algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros, solicitou-se que eles citassem até cinco ações que se enquadrasse nesse cenário. As mais citadas foram: prescrição de medicamentos (37,8%) e realização de pré-natal (31,8%), conforme mostra a Tabela 27.

Tabela 27 - Ações médicas que poderiam ser realizadas por enfermeiros no âmbito da atenção básica segundo opinião dos respondentes. Brasil, 2015-2016 (n=74)

<b>Ações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Prescrição de medicamentos	28	37,8
Pré-natal	23	31,1
Acompanhamento/consulta de pacientes crônicos	22	29,7
Consultas	12	16,2
Solicitação de exames	12	16,2
Procedimentos diversos	12	16,2
Realizar ações de prevenção e promoção à saúde	10	13,5
Encaminhamentos	8	10,8
Acolhimento e triagem	8	10,8
Papanicolau	7	9,5
Suturas	7	9,5
Prescrever e realizar curativos	5	6,8
Realizar exames	5	6,8
Puericultura	5	6,8
Planejamento familiar	4	5,4
Drenagens	3	4,1
Lavagens	3	4,1
Atendimento de emergência	2	2,7
Outros	15	20,3
Não respondeu	3	4,1

Fonte: Dados da pesquisa.

## **7 A ESTRUTURA CURRICULAR DOS CURSOS DE ENFERMAGEM E A APROXIMAÇÃO COM AS DCN E AS NECESSIDADES DO SUS**

O ensino da enfermagem no Brasil passou por diversas mudanças ao longo dos anos como reflexo das transformações sociais, políticas e econômicas, fatores determinantes dos processos de formação de profissionais engajados com a realidade (ITO et al, 2006). Mais ainda, a instituição do SUS ocasionou importantes modificações para a assistência em saúde e, conseqüentemente, para os profissionais que atuam nesse sistema, exigindo uma formação compatível com suas propostas de atenção à saúde, entre elas o fortalecimento da Atenção Básica.

Nesta perspectiva, em 2001, foram lançadas as DCN para os cursos de graduação em saúde, incluindo-se a enfermagem, com o objetivo de direcionar os currículos, ancorados em abordagens contemporâneas de formação, para a construção de um perfil profissional autônomo, com competências e habilidades que permitam uma atuação eficiente, resoluta e de qualidade no SUS, assegurando a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2001c).

Sobre esse prisma, e passados mais de 15 anos da instituição das DCN, este estudo elencou como um dos seus objetivos analisar o modelo de formação de enfermeiros na perspectiva das DCN e das necessidades do SUS. Para isso, adotou como objeto de análise o PPP dos cursos de graduação em enfermagem, acreditando-se que ele seja um instrumento que expressa a cultura, os valores e os objetivos institucionais, como também as metodologias e ações pedagógicas que subsidiam o processo ensino-aprendizagem (VASCONCELOS, 2002).

Faz-se obrigatório pelo MEC, que todos os cursos de graduação adotem um projeto pedagógico construído coletivamente, a partir do Núcleo Docente Estruturante (NDE) cuja responsabilidade é de atuar no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do PPP (BRASIL, 2010a). No âmbito desta pesquisa, a existência do NDE foi reportada por todos os entrevistados *in loco*, embora nem sempre seja ele o encarregado de proceder atualizações no PPP, papel que recai, em alguns cursos, para os coordenadores de curso. 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 nos PPP.

Observa-se que o processo de transformação educacional ocorrido a partir da década de 1990 alterou significativamente o processo de trabalho das IES e, por consequência, o perfil e as responsabilidades do docente de curso de nível superior (DELPINO et al, 2008), que envolve funções políticas, administrativas, acadêmicas e institucionais. Ao docente de nível superior é atribuída a responsabilidade de formar profissionais competentes para suprir as necessidades do mercado de trabalho. Para tanto, precisa ter conhecimento aprofundado sobre os conteúdos que permeiam o curso, sobre recursos pedagógicos e novas tecnologias para compartilhar conhecimento e promover o desenvolvimento de habilidades e competências em seus alunos (PEREIRA; ANJOS, 2014).

Além da formação prévia, no cotidiano do trabalho docente diversificados fatores podem influenciar o desempenho profissional e, portanto, a eficiência em formar alunos com o perfil esperado: as condições de trabalho que envolvem a política de remuneração, de carga horária e de capacitação, o ambiente físico e os recursos disponíveis para o ambiente de trabalho; o número de alunos que lhe são designados entre outros.

Dado esse contexto, conhecer a composição do corpo docente dos cursos de graduação em enfermagem ganha relevância na medida em que o professor é partícipe de todo o processo educativo de formação. Não à toa, o corpo docente constitui-se variável analítica do processo de avaliação de cursos de nível superior empreendida pelo MEC.

A esse respeito, as entrevistas empreendidas *in loco* com os gestores dos cursos de enfermagem permitiram identificar um corpo docente conformado majoritariamente por doutores, nos cursos públicos, e mestres, nos cursos privados, conforme determinação da LBD/96 de que pelo menos um terço do corpo docente das universidades<sup>31</sup> sejam conformados por mestres e doutorados.

Quanto aos aspectos da gestão do trabalho, as entrevistas em profundidade apontam, para os cursos públicos, um perfil de docente doutor, estatutário, sob regime de trabalho de tempo integral e dedicação exclusiva, com remuneração média de R\$9.706,68 ou cerca 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 remuneração média,

---

<sup>31</sup> Cabe ressaltar que 84,2% (n=59) dos cursos privados investigados se enquadram nas categorias administrativas “faculdades” e “centros universitários”.

de R\$56,40, para doutores e R\$52,50, para mestres, por hora/aula. Grande parte desses docentes atua, também, como enfermeiro assistencial. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos (TERRA; SECCO; ROBAZZI, 2011; LEONELLO; OLIVEIRA, 2014; DELLÍACQUA; MIYADAHIRA, 2002).

Com base em tipologia de contextos institucionais estabelecida por Balbachevsky (2000; 2007), as características assinaladas nesta pesquisa sugerem classificar o contexto dos cursos públicos de graduação em enfermagem como *acadêmicos*, em que há alta proporção de doutores em tempo integral ou dedicação exclusiva; e os privados, como *empresarial*, 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 para o docente do ensino superior e, por consequência, das condições de trabalho. Essa conjuntura é denominada por Ferreira (FERREIRA, 2010) como banalização do trabalho docente de ensino superior, em que vigoram os regimes de trabalho parcial e horista, os quais contribuem para a pouca participação do professor no trabalho colegiado e nos projetos pedagógicos dos cursos 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 ensino de graduação e de extensão. Fato constatado nesta pesquisa.

*“As atividades de extensão pontuam menos que as atividades científicas. Por exemplo, a publicação de um artigo científico em uma revista B1 pontua mais que a participação do professor em projetos de extensão. E isso faz com que haja um número pequeno de professores extensionistas. [...] Estamos [o Brasil] empurrando o docente para se tornar um mero produtor de artigos, e nem sempre de boa qualidade ” (Metropolitana II/RJ)*

Tal realidade também já foi pontuada por docentes de cursos de enfermagem da cidade de São Paulo (DELLÍACQUA; MIYADAHIRA, 2002). Segundo eles, há uma grande preocupação em se atingir as metas institucionais de produção científica e de

publicações em periódicos conceituados, que tem implicação direta na avaliação dos programas de pós-graduação, o que acaba por gerar um afastamento das atividades de graduação.

O trabalho docente tem grande relevância na viabilização dos projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem e, por conseguinte, na formação de sujeitos com visão ampliada de saúde, ativos e comprometidos com a transformação da realidade, tal como preconiza o SUS. É o corpo docente que possibilita pôr em prática o que propõe o PPP do curso, pois, é dele dependente a utilização de métodos pedagógicos eficazes para a apresentação dos conteúdos curriculares, que darão sustentação ao desenvolvimento das competências e habilidades 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. Sobre este aspecto, as DCN dispõem que a estrutura dos cursos de enfermagem deve assegurar a articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão; e a interlocução entre as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação, de forma integrada e interdisciplinar.

Este estudo identificou que os cursos de enfermagem, em sua maioria, são organizados em dois ciclos -- o básico, a cargo de docentes de outras unidades da instituição, e o profissional, desenvolvido por enfermeiros docentes lotados especificamente no curso de enfermagem --, e sob a forma de disciplinas isoladas, de modo que a integração e a interdisciplinaridade encontram obstáculos.

No ciclo básico concentram-se as disciplinas das Ciências Biológicas e da Saúde, as quais, segundo as DCN, incluem os conteúdos teóricos e práticos de base moleculares e celulares, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos. Essas disciplinas – Anatomia, Bioquímica, Fisiologia, Biologia Celular etc. – se apresentam no início do curso, sobretudo entre os três primeiros períodos, momento em que pouco se apresenta articulação delas com às situações decorrentes do processo saúde-doença e aplicação na prática assistencial de enfermagem.

No ciclo profissionalizante reúnem-se as disciplinas de Ciências da Enfermagem, que se alicerçam nos fundamentos, assistência, administração e ensino de enfermagem, com nenhuma ou pouca participação de outros profissionais enquanto docentes, sendo majoritariamente desenvolvida por enfermeiros. Inicia-se, geralmente, a partir do 4º período, e é nesse momento em que os alunos começam a

entender a atuação do enfermeiro, e em que há os maiores índices de evasão estudantil.

*“A partir do quinto semestre, eles começam a ver as disciplinas profissionalizantes, que são teórico-práticas. E é bem dividido: Saúde do Idoso, Saúde do Adulto, Saúde da Criança.” (Baixada Cuiabana)*

Os conteúdos das Ciências Humanas e Sociais, que deveriam atravessar todas as disciplinas e durante todo o curso, se apresentam em disciplinas isoladas (três ou quatro) em períodos específicos.

É preciso destacar que alguns PPP, embora apresentem orientação pedagógica integrada e descreva o desenvolvimento curricular por meio de eixos ou núcleos temáticos, estas acabam por se desmembrar em disciplinas isoladas, percepção ratificada nas entrevistas em profundidade.

*“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. Mas os professores estão sendo orientados para isso, pois entendemos a importância, especialmente quando os alunos vão à campo. Eles [os alunos] precisam saber relacionar, por exemplo, a administração dos medicamentos à epidemiologia. Ainda não conseguimos fazer isso, está bem complicado.” (Metropolitana I/RJ)*

Destaca-se, no entanto, que alguns cursos apresentam matriz curricular integradora e, segundo entrevistados, conseguem desenvolvê-la, não sem dificuldades.

*“A gente trabalha com o currículo integrado. A gente tenta trabalhar na formação modular desde o ciclo básico. A atenção básica permeia todo o currículo, desde o primeiro módulo até o final da graduação. Ela é transversal. É difícil, a gente tenta fazer isso, mas nem sempre a gente consegue. [...]. Desde o primeiro período do curso, no primeiro semestre, a gente trabalha a lógica de que o receba primeiro o conceito positivo da saúde, não da doença. No primeiro período a gente não tem antropologia e sociologia de forma isolada. A gente tem a saúde coletiva 1, e discute tudo isso de forma integrada. É um módulo com 180 horas teóricas e 60 horas práticas. Então, quando a gente vai discutir a sociologia, a gente começa a discutir a participação social, eles vão ao conselho de saúde. [...].” (Região do PEBA)*

*O 1º, 2º e 3º períodos forma uma etapa curricular que lida com coletividades. No primeiro já se apresentam os principais conceitos e se trabalham conteúdos de epidemiologia, bioética, psicologia, sociedade, saúde integral do indivíduo, família e comunidade. E ele já vai para a Estratégia Saúde da Família, lida com a criança na fase escolar. E começamos a conversar com eles [alunos] sobre o papel de cada profissional na ESF, o SUS. [...] O interessante do currículo é que ele já mostra desde o 1º período o que o enfermeiro faz. Tanto é que assim, que quando os alunos não têm perfil para a profissão, eles já desistem nessa fase. No 2º [período] eles lidam com a fase de vida do adolescente e já vão para equipamentos que atuam e apoiam a ESF, como NASF, centros de referência do adolescente. No 3º período trabalhamos com a população adulta saudável [...] eles atuam fazendo avaliação desses adultos e encaminhando para a ESF quando necessário. No 4º período, que chamamos de instrumental, temos disciplinas pequenas que apoiam a assistência de enfermagem, para que depois possam entrar em saúde da mulher e o do idoso. [...] No 5º período tem a enfermagem básica para indivíduos e grupos e para a saúde da mulher, daí eles vão para a ESF, sala de vacina, pré-natal [...] começamos a trabalhar os vários níveis de complexidade. Eles têm didática e, também trabalhamos a pesquisa desde o 3º período. No 6º período trabalhamos o ambulatório e é também a partir daqui que ele tem o primeiro contato com o hospital. No 7º trabalhamos os cuidados de média e alta complexidade. [...] No 8º período trabalhamos com os processos de reabilitação e pessoas em sofrimento mental. As disciplinas se falam [...] a gente divide o currículo em 5 etapas e em cada etapa há reuniões entre os docentes para poder discutir se atingimos os objetivos de cada etapa, se precisamos fazer complementações. No 9º período trabalhamos o profissional de enfermagem na região de saúde [...] Eles fazem perfil epidemiológico, sociodemográfico etc. Vão para o estágio supervisionado na ESF. [...] No 10º fortalecemos a gerência e tem o estágio supervisionado no hospital. E nesse período, temos uma disciplina de instrução pedagógica, em que os alunos escolhem uma disciplina de maior afinidade para dar apoio aos professores, como se fosse monitoria, e eles, inclusive, avaliam os alunos. (Norte Fluminense/RJ)*

Segundo os entrevistados deste estudo, 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 [modular]. Temos que ter um professor do início ao fim do curso, que esteja envolvido no processo. E isto a gente não tem. A gente sabe que é bom e legal, mas, dentro da realidade que nós temos, da estrutura que a gente tem, não dá ainda.” (Região do PEBA)*

Estudo que analisou o processo de implantação do currículo integrado no curso de graduação de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina 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 a aprendizagem de forma mais significativa (GODOY; SOUZA, 2001).

Desse panorama, surge, também, as dificuldades de implementação e uso de metodologias ativas em detrimento das utilizadas tradicionalmente no processo ensino-aprendizagem. Assim, nos cursos de enfermagem vigoram, majoritariamente, as aulas expositivas, baseadas no protagonismo do professor, e processos de avaliação somativa, fundamentado em provas periódicas. Tal situação vai de encontro ao que propõem as DCN, segundo a qual os cursos devem assegurar:

*“a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; [...] a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro; o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais.”*

Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes de enfermagem, os projetos pedagógicos devem abandonar as concepções antigas e estanques das grades curriculares, rompendo com a prática pedagógica alicerçada na transmissão de informações.

É bem verdade, no entanto, que existe o esforço de mobilizar novos modos de ensinar, e que esses tem repercutido de maneira positiva no processo de formação, conforme manifestado pelos respondentes.

*Utilizamos aulas expositivas, aulas dialogadas, vídeos, inclusive, a criação de vídeos que envolvem o roteiro dos próprios alunos tem sido uma dinâmica muito utilizadas pelos professores. A gente observa um perfil de docente inovador, com uma tendência a utilizar metodologias ativas. Mas, infelizmente, esses professores não são a maioria. A gente ainda vê muito o tradicional. Mas, os que trabalham com metodologias ativas, utilizam muito a problematização, estudos de casos, aulas em nossos laboratórios, promovendo, de fato, um aprendizado significativo. E isso tem melhorado muito a formação, principalmente para o aprendizado das técnicas básicas, em que o professor atua não apenas como estimulador, mas também como um disparador para o raciocínio frente ao que se está estudando. E quando você traz o disparador para o aluno, uma problemática para a sala de aula, ele começa a ter mais vontade de responder àquela necessidade. Então, ele vai atrás, ele busca realmente conhecer a metodologia, a técnica e o porquê de executá-la. (Entorno de Manaus)*

*“É o tradicional ainda, mas nós temos trabalhado com algumas atividades inovadoras. Como, por exemplo, em uma disciplina na qual eu dou aula, ao invés de provas, utilizamos outros métodos avaliativos. Propomos, por exemplo, que os alunos, com base na Política de Atenção à Saúde da Criança, criassem um vídeo relacionado à assistência de enfermagem à criança. E foi maravilhoso. Eles foram muito criativos. Outra estratégia é a avaliação das habilidades técnicas em nossos laboratórios antes de eles as desenvolverem no campo prático com o paciente [...]. A ideia, nesse caso, não é provar ao aluno que ele não tem determinadas habilidades e competências. Mas identificar as dificuldades e trabalhá-las antes do campo prático, pois se pressupõem que ele vai precisar delas. Utilizamos, também, workshop integrado, discussão de casos clínicos.” (Entorno de Manaus)*

A resistência docente em implementar metodologias ativas foi relatada por grande parte dos entrevistados *in loco*. Segundo eles, quanto mais velho o docente, maior a resistência em aderirem a novas práticas, a qual se relaciona sobretudo às experiências vividas enquanto alunos.

Sobre isso, Cunha (2006) 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 (MESQUITA et al, 2016).

Estudo de revisão bibliográfica 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 dos serviços de saúde; a percepção equivocada de perda do poder de alguns profissionais; e o desconhecimento das teorias pedagógicas (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

A falta de tempo, justificada pelo excesso de funções docentes – que envolvem o planejamento de aulas, acompanhamento do aluno em campos de estágio, metas de produção científica etc., também foi pontuada por coordenadores das instituições públicas como fatores para o não 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 no Rio Grande do Norte (MESQUITA et al).

Frente a esta realidade, como construir projetos pedagógicos coletivos e formas de organização didática diferenciadas com uso de metodologias ativas, já que estas tarefas implicam tempo, dedicação e vínculo institucional? (BRASIL, 2006a). Como romper com a estruturação fragmentada dos currículos em disciplinas isoladas 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 DCN e às necessidades do SUS; por outro lado, os discursos dos gestores de ensino, apesar de otimistas, demonstram as fragilidades institucionais que dificultam a materialização do que se propõe.

Entre as fragilidades se encontram às relacionadas aos cenários utilizados para o desenvolvimento das atividades teórico-práticas e práticas (estágios), as quais, segundo as DCN, devam ocorrer em múltiplos cenários, desde o início do curso e permear toda a formação, de forma integrada e interdisciplinar para atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

A esse respeito, os dados da pesquisa apontam para a inserção do aluno, desde o início do curso, em diversos espaços sociais e de saúde, que incluem os

hospitais, as unidades especializadas e unidades básicas, bem como outros dispositivos sociais do território. Apesar disso, os entrevistados *in loco* manifestaram problemas relacionados à infraestrutura das unidades, ao número de alunos e de docentes, e, em alguns casos, a dificuldades no estabelecimento de contratualização com a gestão local de saúde para o desenvolvimento das atividades, especialmente no âmbito da APS.

*“Temos dificuldade no âmbito administrativo: proporção de alunos por docente, conforme preconiza o MEC, quantitativo de alunos e número de professores pra supervisionar.” (Baixada Cuiabana)*

Entre os cursos públicos, emerge uma preocupação relacionada à disputa de espaço de campos práticos com as instituições privadas, que pagam preceptores específicos para o acompanhamento do aluno, retirando do enfermeiro a responsabilidade de preceptorar. Em alguns casos, estabelecem, também, acordos financeiros com as unidades para usufruto do campo.

*“Tem muita competitividade em termos de estágio. Porque a gente não tem um hospital que seja nosso. Não temos um hospital escola. Tem campo que a gente não consegue e precisa buscar fora, porque aqui tem várias instituições formadoras em saúde, principalmente privadas. Temos que desenvolver nossa habilidade de negociação para conseguir os todos os campos.” (Metropolitana de Porto Alegre)*

*“Já tem um gerenciamento deste processo [contratualização de estágios]. [...] Começaram a cobrar para ter o aluno lá dentro [da unidade]. E tem curso que paga, o que é ruim porque acaba gerando um vício. [...] Foi o que aconteceu num hospital que estávamos. Tínhamos bons alunos lá. E aí eles começaram a querer cobrar.” (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 estes não são professores 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.

Segundo os entrevistados, as dificuldades estabelecidas nos campos, que acabam por diminuir o número e a qualidade de atividades desenvolvidas pelos

alunos, comprometem o desenvolvimento de competências-chave que norteiam a construção de um 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 e habilidades para uma atuação profissional generalista, tal como proposto nas DCN. Por outra via, os depoimentos levam a crer que diversos elementos acabam por direcionar o curso para uma determinada ênfase, entre eles a demanda do mercado.

*“A cobertura de atenção básica na região é muito baixa. Em contrapartida, temos a Beneficência Portuguesa que está construindo um prédio novo com um andar só com UTI, e lá já tem neonatologia. O Álvaro Alvim [hospital escola privado] acabou de inaugurar uma ala toda voltada para oncologia. O mercado está voltado para o hospital. Então, você tem que valorizar o ambiente hospitalar. Hoje, a formação atende. Mas revertendo esse cenário [do mercado], aí terão que ser feitas mudanças.” (Norte Fluminense/RJ)*

*“O direcionamento do curso e, por consequência, o perfil do aluno acaba sendo determinado por dois fatores. Um é que a procura [do aluno] é maior pela formação hospitalar. A atenção básica é uma coisa que está sendo apresentada agora. E, outra, é que depende muito da política, da inserção deles no campo de prática. É muito fácil falar em formação para Atenção Básica, mas quais são as estratégias de recrutamento desse pessoal? Porque é muito mais difícil você entrar na Atenção Básica do governo do que entrar no mercado de trabalho na área hospitalar. A oferta é muito maior. [...] Falar em um cenário de ensino e aprendizagem para Atenção Básica é maravilhoso, mas na hora de buscar emprego o cenário é diferente.” (Metropolitana I/RJ)*

A maior parte dos respondentes, quando questionadas sobre a principal ênfase/direcionamento do curso, referiu ser a APS (70,2%), seguida da Atenção Hospitalar (20,2%). O discurso, no entanto, deixa escapar que alguns cursos ainda não superou o paradigma da formação hospitalar.

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

*“Entre atenção básica e hospitalar não tem predominância, embora acho que acabamos fortalecendo a básica, porque a gente leva o aluno desde cedo para a atenção básica. Desde o primeiro módulo até o final. Então, em nível de direcionamento para o sistema, focamos a Atenção Básica; por outro lado, ainda centralizamos muito a atenção individual.” (PEBA)*

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

Essa percepção é confirmada pela análise das matrizes curriculares desses cursos, que apontam para a concentração de disciplinas centradas no caráter biológico ou procedimental da enfermagem, e também pelo perfil de competências para o desenvolvimento de atividades específicas<sup>32</sup>, que tende a ser mais inclinado para atividades técnicas, como inserção de sondas e administração de medicamentos.

Posto os elementos que contribuem para a determinação do perfil do egresso de enfermagem, observa-se que a descrição desse perfil pelos entrevistados não corresponde, em sua totalidade, aquele descrito nos PPP e tampouco o que a análise empreendida até aqui permitiu perceber.

---

<sup>32</sup> Ver capítulo anterior “Resultados”.

*“Perfil com perspectivas de desenvolver a pesquisa. E posteriormente acabam seguindo na docência, em virtude da realização do mestrado. Na assistência, com desejo bem maior de atuar na atenção básica que na hospitalar ou secundária.” (Baixada Cuiabana)*

*“Um profissional qualificado, para exercer a enfermagem, com uma formação generalista, crítica, reflexiva, política, com base no teor científico, pautado nos princípios éticos e bioéticos. E preparado para entender as especificidades da região e do ser humano, como raça, gênero, etnia.” (Entorno de Manaus)*

*“Enfermeiro apto a trabalhar especialmente na atenção básica de saúde, nos vários programas do ministério da saúde, e na atenção hospitalar.” (PEBA)*

*“Preparado para atuar principalmente na Atenção Básica, com interesse e estímulo para fazer pesquisa e para atuarem na Atenção Hospitalar, desde que em áreas não muito especializadas. Também não saem muito preparados para atuar em psiquiatria. (PEBA)*

*“Enfermeiro generalista, sem foco em nenhuma área, com visão geral da saúde, e bem ativo e reflexivo”. (Metropolitana de Porto Alegre)*

*“Perfil plural, generalista, porém com maior tendência para a prática hospitalar. Mas conseguimos formar profissionais para docência, pesquisa e atenção primária.” (Metropolitana II/RJ)*

*“É um profissional capacitado para as atividades de coordenação, de educação em saúde e de gerência na assistência. São capacitados para atuarem no SUS.” (Norte Fluminense/RJ)*

*“Profissional apto a entrar no mercado de trabalho, voltado para a transformação social e com visão de inclusão social e cidadã [...] com o olhar voltado para a população.” (Metropolitana I/RJ)*

*“Profissional com perfil generalista, que enxerga seu sujeito do cuidado como cidadão, e é capaz de trabalhar com ele seja no individual ou no coletivo.” (Metropolitana I/RJ)*

O Quadro 7 apresenta uma síntese das análises empreendidas nos PPP e nos depoimentos do conjunto de cursos averiguados *in loco*.

Quadro 7 - Síntese analítica do processo de formação de enfermeiros dos cursos investigados *in loco* segundo eixos representativos das Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasil, 2015-2016

Eixos	Diretrizes Curriculares	Síntese analítica do conjunto dos cursos
Perfil do egresso	Profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, 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 ou para as práticas de saúde de nível básico ou para as de hospitalar, centrado no indivíduo; e com pouca disposição para pesquisa e docência (com exceção de três cursos federais que trabalham fortemente a pesquisa desde o início do curso)
Competência / habilidades	Atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; educação permanente; e competências técnico-científicas, ético-políticas, socioeducativas contextualizadas	Competências para uma assistência à saúde fragmentada, centrada em técnicas e educação em saúde individuais, com deficiências na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe, e no desenvolvimento de ações de pesquisa
Habilitações e ênfases	A formação deve atender ao sistema de saúde vigente e as necessidades sociais da saúde, assegurando a integralidade da atenção, com ênfase no reconhecimento do direito à saúde, na atuação técnica e científica, na promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde	Ênfases plurais entre os cursos, tendendo ou para o nível terciário ou para o nível básico de atenção (com exceção de um curso cuja ênfase é a pesquisa)
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 o ensino, pesquisa e extensão/assistência; atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação, de forma integrada e interdisciplinar; implementação de metodologia e estratégias pedagógicas no processo ensinar-aprender 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 e, pontualmente, uso de estratégias que instiguem o autoaprendizado (portfólios e vídeos)

Ante ao exposto, observa-se que, embora os PPP mostrem intencionalidade em desenvolver ações de aderência às DCN e, por consequência, às necessidades do sistema nacional, a concretude do que se expõe ainda está em vias de viabilização. Para alguns cursos (nestes se enquadram dois cursos públicos e um privado) ela já se apresenta, exigindo-se apenas ajustes. Três cursos estão finalizando o processo de construção de novos projetos pedagógicos, que passarão a ser de estrutura modular, com conteúdos transversais, em detrimento da matriz tradicional atual. Para os demais cursos, no entanto, a superação do currículo tradicional ainda está longe de ser alcançada e muitos são os desafios que se apresentam.

Nesse momento, cabe aqui uma reflexão sobre as próprias DCN que, propondo-se gerais e orientadoras para as instituições de ensino, 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.” (Baixada Cuiabana)*

A respeito disso, as DCN sublinham que os currículos devam considerar as especificidades de saúde da região no qual estão inseridos, de modo que os enfermeiros sejam capazes de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase, porém, no território de atuação.

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 nos problemas locais que, muitas vezes, são completamente díspares de outras regiões e nem sempre atendem às demandas das políticas públicas.

Isso requer uma alta carga horária, teórica e prática de conteúdos, que se apresenta discrepante entre os cursos. Entre os privados, por exemplo, muitos deles de funcionamento noturno, tem carga horária de 4.000 horas, que é o mínimo estabelecido pelo CNE, das quais 20% são trabalhadas em ambiente virtual. Além disso, atividades ditas práticas ocorrem majoritariamente em laboratórios próprios, sem interação com o território e com os usuários, ou por meio de visitas técnicas.

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.

Disto, depreende-se que as DCN apresentam lacunas importantes na definição de carga horária, de conteúdos específicos a serem trabalhados, do que é considerado ou não atividades práticas e estágios. E, exprime, também, uma maior intervenção do Estado no que diz respeito à abertura de cursos e vagas sem uma avaliação prévia das necessidades locais e da capacidade institucional de dar conta da complexidade da formação.

Ainda na perspectiva regional, as características estruturais e as condições de vida, infraestrutura, emprego e salário e, sobretudo, de aparelhos de saúde, acabam por determinar não apenas o perfil de formação, mas a alocação dos egressos de enfermagem no mercado de trabalho.

*“Eles têm ficado na região metropolitana, principalmente aqui que é onde tem mais recurso, porque é a capital.” (Metropolitana de Porto Alegre)*

*“Boa parte dos nossos egressos ficam aqui, na própria cidade. Mas uma parte considerável vai para outros municípios circunvizinhos. Mas há um grupo de alunos que querem fazer residência e, se não tem aqui, eles vão para outros locais.” (PEBA)*

*“Alguns ficam sim, outros não. Tem sido muito diverso. A grande maioria, na verdade, tem optado por fazer residência. E no município não tem residência de enfermagem, e eles acabam indo, principalmente, para a capital. Tem também os que são de outros estados e acabam voltando para seus estados.” (Norte Fluminense)*

Pensar um perfil generalista, apto a prestar assistência em todos os níveis de formação, atuar no gerenciamento, na pesquisa e no ensino exige condições mínimas de estrutura local que comporte cenários múltiplos para campos de estágio. Que se dirá da educação permanente em locais cujos cursos sequer têm grupos de pesquisa e programas de residência e pós-graduação?

Nessa perspectiva, uma formação regional alicerçada nos problemas epidemiológicos não significa dizer que haverá alocação profissional adequada desses profissionais no âmbito local. Ou, por outra via, uma formação generalista, nacional, pode não dar conta das necessidades locais.

*Para a nossa região ele é adequado, ele atende. Hoje, o mercado de trabalho para nosso egresso é voltado para o mercado hospitalar. A prefeitura, há 8 anos fez um convênio para atuarmos na saúde pública, mas quem recebe o nosso aluno é o hospital. Então, a gente não pode sair muito do que a gente está fazendo hoje, embora as diretrizes digam outra coisa. Caso contrário o aluno não chega preparado no mercado de trabalho. Adianta ele chegar um excelente aluno de saúde pública, mas trabalhar apenas nas práticas hospitalares? Se a nossa maior demanda por enfermeiros hoje é a área hospitalar, então é para lá que formamos. (Norte Fluminense)*

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, quando a população demanda acesso à saúde no interior e áreas remotas.

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.

*“Eu tenho que formar para o mundo, mas eu quero que ele fique na Amazônia. Tem que ter essa propriedade, tem que olhar para o meu povo. Temos muitos alunos que vão para o Sudeste ou que vão para o Sul. Temos alunos no Sítio, e até fora do País. Mas a ideia é atender aqui. Temos 168 municípios. Se você for ver, nem todos têm enfermeiro. E há várias comunidades em cada um desses municípios. Então há essa necessidade. Nós não temos um salário atraente, uma estrutura atraente para dar uma base, então, muitas vezes, ficam se batendo aqui na capital, procurando emprego.” (Entorno de Manaus)*

A efetiva mudança do perfil profissional só se dará quando o perfil de atendimento e de prioridade do sistema de saúde também se voltar para as maiores necessidades da população usuária.

*“Estamos em um estado onde nossas populações indígenas são uma realidade. Nós temos o maior índice de indígenas do País. A ideia é trabalhar a saúde das populações amazônicas, onde você tem ribeirinhos e os indígenas. E as 45 horas atuais é muito pouco para incluir essa diversidade. No aspecto cultural e tudo mais. Estamos preparando uma revisão disso. E a dificuldade do momento não é de formação, pois temos professores com formação, com experiência na área indígena, pesquisa na área indígena. O problema é a logística de acesso para estes alunos. Por exemplo, estes alunos só passam no internato rural. E passam dois meses na área, mas até que esse aluno esteja em área, e você consiga realmente um caminho, realmente palpável para que este aluno possa desenvolver atividades lá é demorado. É muito difícil, os recursos são poucos. E você tem que ter seguro para estes alunos, custear o deslocamento dele daqui para lá. Tem toda uma logística. Você traça um projeto e chegando lá tem todas as situações naturais. Nossos alunos vão para lá na vazante [quando o nível do rio está baixo]. E, algumas vezes não se tem acesso, pois o rio secou, e é preciso subir a pé. Tem uma série de questões que não tem como a gente mensurar, mas que acontecem. Muitas vezes você trabalha um orçamento e ele não é suficiente. E em algumas situações você não vai expor o aluno, porque você não tem como ter uma supervisão direta. É a segurança dele, do professor. Por isso, ir para essas regiões no internato é opcional, o aluno faz opção de ir ou não. Mas eles brigam para ir. E isso nasceu no curso de enfermagem. Ele vai para lá e na primeira semana já está envolvido. E depois vão trabalhar na dificuldade do interior, na aldeia, no campo. As universidades daqui tem a preocupação de formar enfermeiros para a Amazônia. É a nossa realidade. É uma realidade linda, é diferente. [...] Os nossos alunos precisam conhecer a realidade do ribeirinha. A realidade do indígena. Realidade do manauara. Para que, assim, ele possa atuar de acordo com as nossas realidades.” (Entorno de Manaus)*

## **8 AS POSSIBILIDADES DE AMPLIAÇÃO DO ESCOPO DE PRÁTICA DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA APS**

Há evidências consistentes de que os sistemas de saúde baseados em cuidados de saúde primários pujantes têm melhores impactos sobre os indicadores de morbidade e de mortalidade, se comparados com sistemas ancorados em cuidados especializados (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). No Brasil, embora estudos que avaliem o impacto do sistema ainda sejam escassos, identificou-se que indicadores de morbimortalidade relativos à saúde da mulher, saúde da criança e controle da hipertensão arterial declinaram conforme aumento da cobertura de serviços de APS (BRASIL, 2008). Também se encontrou que a cobertura de ESF está associada à redução das internações e mortalidade por doenças cardíacas e vasculares (RASELLA et al, 2014).

Em linhas gerais, o investimento em cuidados de saúde primários resulta em populações mais saudáveis e em menores custos globais para os cuidados de saúde (STARFIELD, 2009). No entanto, a expansão da APS tem se restringido em razão da escassez de profissionais de saúde qualificados, especialmente em regiões menos desenvolvidas e remotas.

Além disso, fatores sociodemográficos, como o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas, têm representado um desafio para os decisores políticos na prestação de serviços primários de saúde (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Nesse sentido, a fim de melhorar a acessibilidade aos cuidados primários de saúde, novos modelos que incluem funções avançadas de enfermagem estão sendo considerados e introduzidos em diferentes países. Considerando que os impactos positivos atrelados aos cuidados de APS ocorrem independente da oferta de médicos nesse nível de atenção, sugeriu-se que os profissionais de enfermagem seriam adequadamente qualificados e experientes para desenvolver práticas avançadas na APS (PARKER, 2013).

Estudos já vêm demonstrando que essa estratégia apresenta resultados de saúde semelhantes ou superiores àquelas centradas nos cuidados médicos. Um deles, realizado em 1974, no Canadá, identificou que os indicadores de mortalidade e de satisfação dos usuários de APS tratados por médicos eram equivalentes aos encontrados nos usuários cuidados por enfermeiros (SPITZER et al, 1974). Nos EUA

identificou-se que o EPA presta cuidados cuja qualidade é equivalente à dos cuidados prestados pelos médicos (U.S. CONGRESS, 1986).

Estes resultados foram confirmados por estudos posteriores, os quais indicaram que os EPA fornecem cuidados análogos aos cuidados prestados pelos médicos e, em alguns casos, os cuidados são mais eficazes (DIERICK-VAN et al, 2009; MUNDINGER et al., 2000; LENZ et al, 2002; SEALE; ANDERSON; KINNERSLEY, 2006).

Especificamente no Brasil, a má distribuição entre e intrarregiões e a alta rotatividade de médicos tem sido alvo de diversas intervenções governamentais com o intuito de atrair e reter esses profissionais para áreas remotas, as quais não lograram êxito em magnitude necessária para suprir as demandas dos municípios (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Arelado a isso, estudos de projeção, tendo por parâmetro indicadores internacionais e considerando as atuais taxas de crescimento para as variáveis, indicam número insuficiente de médicos para os próximos anos (MARTINS; SILVEIRA; SILVESTRE, 2013). As projeções são ainda menos otimistas quando se analisa apenas os médicos de família e outras especialidades de grande importância para a APS, como pediatras e ginecologistas obstetras (PIERANTONI; MAGNAGO, 2015; GIRARDI, 2012a).

Mesmo em cenários intervencionistas, isto é, em que se considera possíveis alterações, como aumento do número de vagas de graduação e, por conseguinte de concluintes de medicina, as projeções apontam para um impacto significativo no número de médicos no País em, no mínimo, 20 anos (MARTINS; SILVEIRA; SILVESTRE, 2013).

É nesse panorama que se está discutindo a EPA no Brasil. Estuda-se implementar essa estratégia no âmbito da APS espelhando-se nas experiências internacionais, especialmente, Austrália, EUA e Canadá.

Como já apresentado anteriormente, o EPA pode ser definido como o enfermeiro que adquiriu expertise, com habilidades complexas na tomada de decisões e competência clínica para a prática avançada autônoma no cuidado direto com os pacientes. Mediante preparo formal é apto para assumir responsabilidade e prestar cuidados de promoção e manutenção da saúde, avaliação, diagnóstico, manejo dos problemas de pacientes, incluindo o uso e prescrição de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, cujas características são definidas pelo contexto no qual está

credenciado para o desenvolvimento de suas funções (APRN CONSENSUS WORK GROUP AND THE NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING APRN ADVISORY COMMITTEE, 2008).

O EPA de atenção primária, especificamente, é aquele que atua na APS com um escopo de competências, o qual inclui atividades que poderiam ser desenvolvidas por médicos, mas que integram sua prática, tanto pela substituição quanto pela complementação do trabalho médico, prescrevendo medicamentos e solicitando exames (DELEMAIRE; LAFORTUNE, 2010).

O Quadro 8 apresenta uma síntese das tarefas desenvolvidas por EPA de APS no âmbito internacional.

Quadro 8 - Principais atividades desenvolvidas por enfermeiros de prática avançada em atenção primária na Austrália, Canadá e Estados Unidos.

País	Principais tarefas dos enfermeiros de prática avançada em atenção primária
Austrália	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consultas e diagnósticos avançados de enfermagem</li> <li>- triagem com classificação de risco</li> <li>- ordenação e interpretação de testes diagnósticos</li> <li>- prescrição de medicamentos sem supervisão médica</li> <li>- vacinação sem receita médica</li> <li>- gestão de casos de doenças crônicas (seguimento, monitorização, educação em saúde)</li> <li>- encaminhamento para especialistas</li> <li>- educação em saúde</li> <li>- liderança profissional</li> <li>- pesquisa</li> </ul>
Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas</li> <li>- ordenação e interpretação de testes diagnósticos</li> <li>- prescrição de medicamentos sem supervisão dos médicos</li> <li>- encaminhamento para especialistas</li> </ul>
EUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnóstico e tratamento de doenças primárias e agudas</li> <li>- realização de cuidados iniciais contínuos, incluindo levantamento de histórico de saúde, realização de exames físicos e outras atividades de avaliação e rastreio sanitário</li> <li>- tratamento e seguimento de pacientes com doenças agudas e crônicas, incluindo pedidos de testes laboratoriais, prescrição de medicamentos e encaminhamento a especialistas</li> <li>- desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças</li> <li>- educação em saúde</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Delamaire e Lafortune, 2010

A análise de experiências internacionais aponta que, no que se refere ao escopo de prática, as principais diferenças entre um enfermeiro e um EPA de cuidados primários é que o segundo pode diagnosticar, prescrever medicamentos, solicitar exames diagnósticos e interpretá-los, desenvolver alguns procedimentos diagnósticos e técnicos e encaminhar usuários para outros profissionais quando necessário. Para

tanto, entre outros requisitos, é preciso completar educação adicional no nível de mestrado profissional.

Na perspectiva de afirmar a necessidade de estudos adicionais para que os enfermeiros do Brasil possam desenvolver práticas avançadas, tal como ocorre em diversos países, é que este estudo foi desenvolvido. Intentou-se comprovar que egressos de cursos de graduação em enfermagem não desenvolvem competências que sustentem a incorporação de tarefas avançadas ao seu escopo de prática.

Considerando o sistema nacional de saúde alicerçado nos cuidados primários, o cenário atual e projetado de distribuição de médicos e as recomendações da OPAS (PAHO, 2013), intui-se que, no Brasil, a propositura de EPA de APS constitui-se estratégia importante e promissora para o aumento do acesso aos serviços de nível primário pelas populações. Tendo isso em vista, quais seriam, então, as competências necessárias para o EPA de APS no Brasil, para além daquelas já almeçadas e descritas nas atuais DCN para os cursos de graduação em enfermagem?

Acredita-se que tais competências devem ser definidas tendo como ponto de convergência as demandas de saúde ora identificadas no âmbito da APS no Brasil, resguardando-se as particularidades locorregionais.

No âmbito da APS são mais frequentes as doenças comuns em uma comunidade, geralmente benignas, autolimitadas e de menor porte, e enfermidades de cunho social (FRY, 1974). E, por isso, há evidências de que uma APS efetiva é capaz de absorver e resolver cerca de 90% dos problemas de saúde que se apresentam nesse nível de atenção, sem encaminhamento a outro nível do sistema de saúde (MENDES, 2015).

Apesar da pluralidade da demanda na APS, ela é concentrada em poucos problemas, motivos de consulta ou condições de saúde. A literatura nacional e internacional aponta que menos de 50 problemas respondem por mais da metade da demanda por cuidados primários (MENDES, 2015; SAMPAIO, 2004; OKKES et al, 2005).

Os problemas ou motivos de atendimento mais frequentes na APS do Brasil, segundo estudos (GUSSO, 2009; PIMENTEL, 2011; ESPERANÇA; CAVALCANTE; MARCOLINO, 2006) de demanda, são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mormente diabetes não insulino dependente e hipertensão arterial sem complicação; infecções respiratórias superiores; planejamento familiar; gestação (pré-natal); e manutenção da saúde/prevenção de doenças (MENDES, 2015).

Estas demandas exigem o desenvolvimento de ações específicas do enfermeiro, que se ancoram nas atribuições previstas pelos programas ministeriais (BRASIL, 2010c; 2010d; 2013c; 2013d; 2013e), resumidas em: desenvolvimento da SAE, incluindo-se as etapas de acolhimento, levantamento do histórico (anamnese), exame físico, prescrição de cuidados e avaliação periódica; educação em saúde; supervisão e treinamento de ACS e técnicos de enfermagem; solicitação e avaliação de exames de apoio diagnóstico e prescrição de medicamentos previstos em protocolos assistenciais locais; encaminhamento ao médico e a outros profissionais; e assistência domiciliar.

Considerando o previsto nas atuais DCN para os cursos de graduação em enfermagem e a legislação que vige o campo de atuação dos enfermeiros, esses profissionais são aptos para desenvolver grande parte das ações demandas pela APS. Disto depreende-se que as bases para o EPA de APS já existem no Brasil, restando identificar se, no âmbito da formação, as competências para a APS são adquiridas, e se, no âmbito local, há normativas que apoiem esta prática.

No que tange à formação de enfermeiros, empreendeu-se, neste estudo, uma investigação junto a coordenadores de cursos de graduação em enfermagem. Tendo as DCN para os cursos de graduação em enfermagem, os programas ministeriais de saúde pública e a demanda de APS no Brasil como parâmetros, e considerando as atribuições internacionais, elencou-se um conjunto de competências a serem avaliadas pelos coordenadores quanto ao preparo dos alunos de enfermagem durante o curso para desenvolvê-las.

Tais competências foram traduzidas em ações de saúde; ações gerenciais; procedimentos; e procedimentos de apoio diagnóstico e tratamento, e foram apresentadas aos coordenadores sem especificação das normativas legais que apoiam ou não a realização delas por enfermeiros, embora tenham sido alertados que no rol de ações apresentadas constariam algumas, historicamente e/ou legalmente de competência médica.

A análise conjunta dos cursos e das ações apontou, em linhas gerais, para um enfermeiro com perfil de competências para desenvolver principalmente ações gerenciais, ações de promoção e educação em saúde, e ações de enfermagem de

caráter técnico. E menos potencial para o desenvolvimento das ações compreendidas como de competência médica<sup>33</sup>.

Essa análise primária aceita a tese proposta aqui de que os cursos de graduação em enfermagem são insuficientes para a expansão do escopo de enfermeiros. Entretanto, é preciso discutir alguns pontos antes de se ratificar esta tese, quais sejam: a precaução nas respostas dos coordenadores frente a ações compreendidas como práticas privativas do médico e a fragilidade das leis que regem o exercício profissional de médicos e enfermeiros na determinação dos campos comuns de atuação.

As ações apresentadas para os coordenadores que foram facilmente avaliadas sem gerar inquietações, e classificadas como competências para as quais os cursos preparam o aluno para desenvolver, tratam-se de ações compreendidas e reconhecidas socialmente como sendo de competência legal do enfermeiro. Entre elas incluem-se a administração de medicamentos e de vacinas; planejamento de campanhas de vacinação e gerenciamento de rede de frio; realização de curativos; e ações de promoção e educação em saúde, exceto orientações de saúde bucal, creditadas por parte dos coordenadores como sendo de competência do cirurgião-dentista.

Por outro lado, as ações compreendidas pelos coordenadores como sendo de competência do médico foram classificadas como capacidades para as quais os cursos não preparam ou preparam parcialmente o aluno para desenvolver. Nesse conjunto de ações destacam-se: formulação de diagnóstico nosológico; prescrição de medicamentos em geral, inclusive os previstos em protocolos institucionais; solicitação e interpretação de exames diagnósticos; pré-natal de alto risco; parto normal; e anestesia. Durante a avaliação dessas ações nas entrevistas *in loco*, percebeu-se dois padrões de resposta, embora para qualquer deles os respondentes tenham se mostrado bastante preocupados em esclarecê-los.

Um grupo de respondentes afirmou que, apesar de o aluno aprender, receber o conteúdo teórico e prático para execução dessas ações, elas se dão para subsidiar a assistência de enfermagem. O outro grupo asseverou que os conhecimentos necessários para diagnóstico, interpretação de exames e indicação farmacológica não são apreendidos durante a graduação, de modo que, mesmo que permitido

---

<sup>33</sup> Ver seção de resultados, especificamente o tópico que trata do perfil de competências dos egressos.

legalmente, os egressos não estariam aptos para o desenvolvimento dessas ações. Para quaisquer dos padrões de resposta, a fundamentação ratificou a não permissividade legislativa para a execução destas funções que foi, em grande medida, decisiva na avaliação das competências apresentadas por esta pesquisa.

*“É aquela situação, o aluno no internato, em área, já teve que fazer **parto de emergência** na canoa. Estava transferindo o paciente, houve uma intercorrência e ele teve de fazer, mas não é um procedimento em que focamos.” (Entorno de Manaus)*

*“**Prescrição de medicamentos** a gente prepara parcialmente, porque isso é muito mais voltado para médico. Apesar de que com os protocolos, pode ser feito por outros profissionais” (PEBA)*

*“**Sutura** eles não fazem, mas eles aprendem, no plano teórico, o que é, como é realizado.” (PEBA).*

*“Eles têm o conhecimento das doenças, das afecções, dos tratamentos previstos, mas não trabalhamos o **diagnóstico** da doença com eles” (PEBA)*

*“Acompanhamos **parto**, eles recebem todo o conteúdo, mas eles não fazem.” (Porto Alegre)*

*“A **prescrição** [de medicamentos] não fazem, mas eles precisam receber o conteúdo para saber avaliar a prescrição médica.” (Porto Alegre)*

*“**Interpretação de exames laboratoriais** não, porque não tem resolutividade. Você pode interpretar, mas tem que ficar quieta. Então não ensinamos.” (Porto Alegre)*

*“Nós não formamos alunos para fazer **diagnóstico** e **tratamento**. Mas ele tem conhecimento suficiente para poder fazer, mas ele não faz.” (Porto Alegre)*

*“**Prescrição de medicamentos** não é função nossa.” (Metropolitana I/RJ)*

*“Me preocupa a **prescrição** [de medicamentos], porque a gente não prescreve, a gente transcreve”. (Metropolitana I/RJ)*

Mesmo no que se refere às práticas previstas em protocolos de assistência, há intervenientes que recaem sobre a formação do enfermeiro, os quais refletem a complexidade da delimitação dos escopos de prática dos profissionais da saúde.

*“Até os medicamentos previstos em protocolos não preparamos completamente para **prescrição**. É complicada essa situação. (Metropolitana I/RJ)*

*“Nenhum medicamento, o de diabetes, por exemplo, está no protocolo, mas não fazemos **prescrição**. O COREN não permite. É competência médica. Nem os do protocolo. Porque os protocolos foram feitos sem a presença do Conselho. [...] E os médicos são contrários, e eles têm razão. Porque se tiver qualquer efeito interativo com o paciente, ele volta para a unidade e é o médico que tem que atender. Não está certo. Não é questão de reserva de mercado. [...] Nós não temos que prescrever, mesmo que no protocolo esteja previsto. [...] Mesma situação é com o HIV. Nós [enfermeiros] fazemos o teste rápido, mas quem dá o **diagnóstico** é o médico. Eles até tentam jogar a responsabilidade para a gente, mas não está certo isso. Eu já aviso aos alunos no estágio para que, caso não tenha médico para notificar o diagnóstico, nem façam o teste rápido. Fazer o teste, tu faz, é técnica. Mas fazer interpretação e dar o diagnóstico não é teu. (Porto Alegre)*

Se verificarmos o rol de competências apresentadas aos coordenadores, nele constam ações historicamente desenvolvidas por médicos, embora muitas delas não lhes sejam privativas, como se observa mediante análise de alguns trechos da Lei do Exercício Profissional da Medicina (BRASIL, 2013a):

Art. 4º São atividades privativas do médico:

[...]

III - indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;

IV - intubação traqueal;

[...]

VI - execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

[...]

VII - emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;

[...]

XIV - atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

[...]

§ 5º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:

[...]

V - realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;

VI - atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;

VII - realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos;

VIII - coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;

IX - procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.

§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo,

biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

A medicina, primeira profissão de saúde desenvolvida e reconhecida socialmente e da qual se derivam todas as demais profissões de saúde, se apropriou de diversas práticas, especialmente daquelas relacionadas à doença. Isto é, de sua identificação, que imprime a solicitação, execução e interpretação de exames com o propósito de fornecer um diagnóstico nosológico, e tratamento, que envolve intervenções mais invasivas, como a cirurgia, e a prescrição de tratamentos, sobretudo farmacológicos.

No entanto, frente à ausência legislativa de regulamentação da medicina imputando-lhes práticas privativas, muitas funções tradicionalmente médicas foram incorporadas por novas profissões de saúde, permitindo o estabelecimento de seus respectivos escopos de atuação profissional. Esse processo de incorporação de práticas, que é dinâmico e ainda recorrente, é tangenciado por inúmeros atritos entre as categorias profissionais, já que elas possuem prerrogativas de legislar em seu favor.

Só recentemente a medicina pleiteou a regulamentação da profissão, prevista no Projeto de Lei do Senado 268/2002 e no Projeto de Lei 7703/2006, tramitadas em conjunto por se tratarem do mesmo tema, e reconhecidas como a proposta da Lei do Ato Médico.

O Ato Médico foi motivo de polêmica e de preocupação por diferentes categorias profissionais, por se entender que ele feria o princípio de autonomia das demais profissões. Isto porque ele propunha, entre outros pontos, que os médicos, privativamente, pudessem formular diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica; e a indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, como injeções e punções.

Embora estes e outros pontos tenham sido vetados quando do sancionamento da Lei do Exercício Profissional da Medicina, muitos são os embates e dúvidas referentes ao que é de fato privativo ou não do médico, especialmente no que concerne a prescrição de fármacos, tema que já foi matéria de processo impetrado contra a enfermagem pelo conselho e órgãos de associação da medicina (COFEN, 2014).

Esta racionalidade justifica o entendimento dos respondentes sobre algumas ações de saúde, até mesmo porque a lei que rege o Exercício Profissional da Enfermagem é demasiadamente genérica e não detalha com precisão o que é considerado como sendo atividade de enfermagem. Não à toa, é recorrente o pedido de pareceres aos COREN e COFEN sobre a legitimidade do desenvolvimento de diversas atividades de saúde, sobretudo das que respingam no escopo da medicina (COREN-SP, 2014; 2013).

Desta situação emergem mais “dúvidas” que “esclarecimentos” quanto às reais competências a serem desenvolvidas no âmbito da graduação de enfermagem que possibilitem o atendimento às necessidades do sistema nacional de saúde. Mais ainda se considerarmos a ampliação do escopo de atuação do enfermeiro.

É preciso lembrar que tanto a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem quanto a PNAB autorizam os enfermeiros a realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamento a outros serviços no âmbito dos programas de saúde pública. A execução dessas atividades fica, no entanto, na dependência de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores locais.

O condicionamento das práticas avançadas de enfermagem dado pelo Ministério da Saúde aos gestores locais potencializa a adoção de práticas mais adequadas às necessidades de saúde locais. Por outro lado, a ausência de definições claras sobre quais exames podem ser solicitados e interpretados para subsidiar a tomada de decisão clínica, bem como quais fármacos podem ser prescritos por enfermeiros potencializa os conflitos entre as classes profissionais e deixam margem para dúvidas sobre as competências a serem trabalhadas no processo de formação do enfermeiro.

Este posicionamento neutro do Ministério da Saúde incorre, ainda, em outras situações que merecerem ser abordadas. Uma delas diz respeito a dispensação de medicamentos prescritos por enfermeiros não prevista, por exemplo, na Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Em seu texto, a portaria condiciona a dispensação tão somente à prescrição médica (BRASIL, 2016):

Art. 21. Para a comercialização e a dispensação dos medicamentos e/ou correlatos no âmbito do PFPB, as farmácias e drogarias devem observar as seguintes condições:  
[...]

II - apresentação de prescrição médica, no caso de medicamentos, ou prescrição, laudo ou atestado médico, no caso de correlatos, conforme legislação vigente.

Por outra via, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, após solicitação do COREN/RJ reviu a RDC nº 44/2010, que condicionava a dispensação de antimicrobianos à prescrição médica, alterando seu texto em edição da RDC nº 20, datada de 05/2011, resguardando a dispensação sob a prescrição de qualquer profissional regularmente habilitado, não se tratando, portanto, de ato exclusivamente médico (BRASIL, 2010b; 2011).

Estes intervenientes têm repercussão na atuação do enfermeiro e, conseqüentemente, na formação desses profissionais, como pôde ser constatado nos depoimentos dos coordenadores de curso.

Fato é que, do ponto de vista processual da formação de enfermeiros, dada as DCN, e do ponto de vista legislativo, as práticas avançadas de enfermagem podem se dar por enfermeiros bacharéis, o que refuta a tese apresentada neste estudo. Por outro lado, do ponto de vista da aquisição de competências para as práticas avançadas de enfermagem na APS, os indícios apontam para um enfermeiro capacitado para fazer frente às demandas prevalentes desde que sua atuação se relacione às ações gerenciais, ações de promoção, prevenção, educação e aconselhamento, e técnicas de enfermagem. Destoa, no entanto, o tratamento e acompanhamento de casos agudos e crônicos se estes incluírem prescrição de fármacos e solicitação e interpretação de exames diagnósticos. Não pela baixa densidade teórica e prática da graduação, mas pela fragilidade que ainda impera no que se refere ao reconhecimento dessas práticas como sendo passíveis de serem executadas pelos enfermeiros e o estabelecimento de normativas locais permissivas a essas práticas.

Essa proposição é confirmada por estudo recente empreendido pela EPISM/NESCON/UFMG (GIRARDI, 2017) que entrevistou 2.707 enfermeiros atuantes na APS. A eles foi apresentado um rol de ações de saúde<sup>34</sup> para as quais deveriam informar se as desenvolviam na APS e se sabiam realizá-las. Os resultados apontam percentuais de “sabem realizar” superiores aos percentuais de “realizam” para todas as ações avaliadas, o que pode indicar subutilização dos enfermeiros na APS.

---

<sup>34</sup> O rol de ações é similar ao que foi apresentado aos coordenadores entrevistados nesta pesquisa, uma vez que ambas as pesquisas foram realizadas em parceria.

Analisando especificamente as ações historicamente atribuídas aos médicos, observou-se que a prescrição de medicamentos é sabida por mais de 70,0% dos enfermeiros. Já o conhecimento para realização de parto normal foi reportado por mais de 50,0% dos enfermeiros, embora pouco mais de 20,0% o realizem na APS.

Para os que declararam saber fazer as ações de saúde arroladas, foi questionado quais as principais fontes/formas de aprendizado que os levaram a adquirir tal conhecimento. Para as ações de prescrição medicamentosa, solicitação e interpretação de exames e parto normal, a fonte mais reportada foi a graduação, indicando que esse nível de formação poderia dar conta da incorporação dessas atividades pelos enfermeiros. Àqueles que afirmaram saber, mas não realizar as ações listadas, apontaram como principais motivos a inexistência de protocolos e guias clínicos municipais que assegurem a prática (62,2%) e existência de medidas restritivas do conselho profissional (50,2%) (GIRARDI, 2017).

Assim, dada as prerrogativas legais estabelecidas pelo Ministério da Saúde aos gestores locais, a adoção de protocolos de enfermagem é tarefa imprescindível para implantação da estratégia de EPA na APS com perfil de competências voltadas para a realidade local, como pode ser constatado nos resultados da pesquisa supramencionada (GIRARDI, 2017) e também pode ser observada em experiências municipais, caso do Rio de Janeiro.

Nesta cidade, o instrumento norteador da prática de enfermagem na Atenção Básica, Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde, foi concebido em 2012 em parceria com o COREN/RJ e os profissionais de enfermagem do município (RIO DE JANEIRO, 2012). Esse instrumento apresenta um desenho que segue uma configuração similar ao modelo americano, e muito próximo ao modelo de práticas avançadas recomendadas pela OPAS, embora ainda apresente limitações quanto à autonomia e independência do enfermeiro (RAMALHO; LEME, 2016).

Aos enfermeiros são atribuídas funções avançadas no âmbito do acolhimento, no cuidado e tratamento do adolescente e da mulher, DST, doenças crônicas (cardiovasculares, diabetes, tuberculose, hanseníase) e doenças agudas (verminoses, dengue) (RIO DE JANEIRO, 2012).

A adoção desse instrumento já tem provocado impacto no acesso dos usuários, principalmente em relação à saúde da criança e à assistência pré-natal. Os enfermeiros já são responsáveis por mais da metade das consultas de pré-natal e por

mais de 70% das consultas de puericultura realizadas no âmbito da APS no município (RAMALHO; LEME, 2016).

Não obstante aos avanços, se tem constatado que ainda não houve alteração do modelo de saúde hegemônico, tampouco fortalecimento da atuação da equipe multiprofissional. O que se observa é um enfermeiro com mais atribuições clínicas que se conjugam às atribuições gerenciais, de ensino e de promoção da saúde, com poucas perspectivas de aumento salarial, reconhecimento social, e educação permanente que amplie seu corpo de conhecimento para atuar na prática avançada (RAMALHO; LEME, 2016).

Apesar disso, esta pesquisa constatou que, do conjunto de coordenadores entrevistados via ETAC (n=94), 78,7% (n=74) concordam ou concordam totalmente que algumas tarefas executadas por médicos na APS poderiam ser realizadas por enfermeiros; 79,8% (n=74) afirmaram que essa estratégia aumentaria a resolubilidade nesse nível de atenção. Entre as ações que poderiam ser incorporadas por enfermeiros, as mais citadas foram: prescrição de medicamentos, pré-natal, acompanhamento de pacientes crônicos e solicitação de exames.

Esses dados são corroborados pela pesquisa empreendida pela EPISM/NESCON/UFMG (GIRARDI, 2017), a qual averiguou que dos 2.345 enfermeiros que se posicionaram com relação à ampliação do escopo de prática do enfermeiro, pouco mais de 86,0% (n=2024) afirmaram estar dispostos a incorporar às suas atribuições a formulação de diagnóstico nosológico e a prescrição de medicamentos, desde que houvessem protocolos institucionais, autorização do seu respectivo conselho e capacitação profissional.

Alguns coordenadores entrevistados *in loco* também condicionam a incorporação a mudanças legislativas.

*“Enquanto estiver regulamentado, por serem ações do médico devem ser cumpridas por eles. Hoje, a gente tem em Mato Grosso, principalmente no interior, muitos enfermeiros realizando ações médicas, pela ausência do profissional médico. E eu não vejo perspectiva de mudança com relação a essa questão, porque a própria categoria médica ela acaba mobilizando para que não percam campo de atuação, vide o ato médico que acaba dificultando o desenvolvimento de algumas ações por outros profissionais. Em caso de mudança de legislação, teríamos de mudar a lei do exercício profissional da enfermagem e adequar o processo de formação, porque, às vezes, o profissional é legalmente respaldado, mas tecnicamente despreparado para exercer determinada função.” (Baixada Cuiabana)*

Outros afirmam que a melhor estratégia para ampliar o acesso e a resolutividade da APS é o fortalecimento da equipe multiprofissional e do matriciamento. Sobre isso, a literatura afirma que o trabalho em equipe multiprofissional proporciona partilhamento de conhecimentos que, agregados, contribuem para a dissolução de problemas de saúde ou para se alcançar resultados benéficos para a população. No âmbito da APS, essa interação entre as profissões não pode se restringir a equipe de ESF, ela precisa incorporar os profissionais dos núcleos de apoio e de outros níveis de complexidade, conformando, de fato, uma rede de saúde capaz de garantir a integralidade e resolubilidade das ações (FREIRE FILHO et al, 2015; PEDUZZI, 2001).

*“Na Atenção Básica, isso para mim é bem claro. Se eu olho hoje a APS na dimensão do Brasil, porque Brasil não é só Região Sudeste, e eu vejo, por exemplo, as regiões ribeirinhas, se o enfermeiro tivesse uma formação, uma capacitação técnica para atender melhor, porque ele já resolve bastante coisa na Atenção Básica, mas se ele tivesse algumas competências que fossem possíveis para ele realizar algumas intervenções, acho que a gente ganharia muito. Imagine uma Atenção Básica só com enfermeiros? A gente resolveria muitos problemas. E a gente só passaria para o médico aquilo que realmente não déssemos conta. Por outro lado, o trabalho interprofissional na APS é fundamental, porque, ao mesmo tempo em que o enfermeiro, num cenário de ampliação de práticas, pudesse resolver muitos problemas, a atenção básica é uma caixinha de surpresa. E os problemas não são apenas de ordem biológica. Quando eu penso em propor um PTS [projeto terapêutico singular], eu não penso isso com uma profissão só. Nesse sentido, o enfermeiro precisa saber trabalhar multiprofissionalmente. Se a gente conseguisse trabalhar nessa lógica, centrando num usuário, resolveríamos muitos problemas. (Metropolitana I/RJ)”*

*“O ideal é a gente trabalhar numa equipe multi e interdisciplinar com maior número de categorias profissionais possível. A Estratégia de Saúde da Família é conformada por uma equipe multidisciplinar, e tem os núcleos [NASF] que dão suporte, mas que ainda são em pequeno número. Então, às vezes, a gente [o enfermeiro] tem que assumir ações que não são específicas do enfermeiro, mas que a gente tem condições de analisar e desenvolver.” (Metropolitana de Porto Alegre)*

*“Acho que seria fundamental que a gente tivesse uma soma do conjunto de ações, das várias profissões atuando em conjunto.” (PEBA)*

Frente às diversas atribuições da enfermagem que já tem promovido o distanciamento do enfermeiro da assistência direta aos usuários, alguns coordenadores se posicionaram contra a incorporação de novas atribuições e argumentaram que a enfermagem precisa, antes de tudo, desempenhar bem as suas próprias funções.

*“Tem a questão do protocolo do Ministério da Saúde que diz o que pode e o que não pode. Mas, com sinceridade, o enfermeiro tem que fazer o que ele tem que fazer. A gente não pode ficar preocupado com o que o outro faz. Isso é um grande problema. [...] O cara quer prescrever medicamento, mas ele não sabe fazer diagnóstico da enfermagem. [...] As pessoas querem absorver mais, eu não quero absorver nada. Eu só quero fazer aquilo que tem que fazer e pronto. [...] a enfermagem precisa reaprender a cuidar. [...] Hoje o problema é: quer fazer, mas não quer aprender. [...] Quero que a gente absorva o que a gente tem que fazer e não faz.” (Norte Fluminense)*

*“Acho que cada um com suas competências profissionais. O enfermeiro tem as suas competências, habilidades, tem o seu trabalho. O médico tem as competências dele. [...]. Eu não posso, por exemplo, dentro de uma unidade hospitalar, administrar um medicamento se o médico não estiver lá. [...] Na unidade de saúde tem que ter médico e enfermeiro presente. Cada um com sua responsabilidade técnica. Eu não vou fazer o procedimento se o médico não estiver ali. [...] Não existe isso. Acho que nossa lei de exercício profissional é bem clara. [...] Há países na África onde o técnico de enfermagem faz até cirurgia por não ter médico. Isso é loucura. Se chegarmos a esse caos está tudo perdido.” (Metropolitana I/RJ)*

*“Antes de pensar em ampliação do escopo de prática, o enfermeiro precisa primeiro se apropriar do que é de competência dele. [...] porque outras profissões estão se apropriando das nossas práticas.” (Metropolitana I/RJ)*

Apesar de se estar discutindo a implantação de EPA na APS no País, o que acarreta a necessidade de, entre outras coisas, revisar as normativas legislativas, imprimindo legalidade e segurança ao profissional para o desempenho de novas funções, é de conhecimento que a execução de tarefas atribuídas aos médicos por enfermeiros já ocorre, especialmente em regiões mais remotas (SOUZA; GARNELO, 2008). Esta realidade foi pontuada por um dos coordenadores, como observado no depoimento abaixo.

*“Acho que o ideal seja que realmente tenha o médico, desenvolvendo as atividades dele. O ideal seria isso, porque eu realmente fui capacitada para cuidar dos pacientes e suas necessidades, atividades básicas, e eu gostaria de desenvolver todas as minhas habilidades dentro desse conhecimento. Eu não tenho necessidade de estar desenvolvendo atividades de outra categoria. E meus alunos não vão prescrever um antibiótico na área indígena, pois não são capacitados para isso, mas ele vai acompanhar o enfermeiro que faz isso lá. Ele não vai assinar, ele não vai fazer, mas ele vai ver o enfermeiro fazendo. Então, ele vai ser um egresso dessa casa que lá na frente estará fazendo também. Eu não gostaria que ele fizesse. Gostaria que tivesse o médico em áreas indígenas, vivenciando cada situação. Porque lá ele é necessário também. Não é só o enfermeiro. Gostaria que meu enfermeiro estivesse cuidando das necessidades básicas daquele indígena, daquele ribeirinho, e não estivesse preocupado com o que não é da competência técnica dele. E sim que ele observasse as necessidades dali e se empenhasse da melhor maneira no que se refere aos cuidados da enfermagem. [...] Mas não é isso que acontece. Meu aluno não vai fazer aqui, mas ele verá o enfermeiro fazendo. E, pela necessidade, ele com certeza fará depois que se formar. Então, eu estou refutando hoje uma situação que lá na frente vai ser fato, e o meu aluno estará preparado ou não. Mas ele vai fazer pela necessidade, vai ver um indígena morrendo com pneumonia bacteriana, e sabendo qual é a medicação para aquela bactéria, ele não vai administrar porque não é da competência dele fazer isso? Eu posso caracterizar como o que, omissão? Essa resposta a gente não tem. Queria que os enfermeiros estivessem ali, com um colega médico. Que tal uma equipe multiprofissional ou multidisciplinar para atuar com meu indígena carente? [...] A proposta é que o enfermeiro atue dentro da área dele. Mas a realidade e os fatos diferem. Depõem contra ele mesmo. Ele realmente atua, muitas vezes, como médico, em função das dificuldades que lhe são apresentadas. Espero que eu não seja presa por isso (risos). Mas é uma realidade. Vou pedir avião para levar gente com tuberculose? Isso não existe. E há um programa que lhe diz qual medicação usar. E o aluno vai ver o enfermeiro fazendo. Outro exemplo são os cortes em quem trabalha com o facão. Há uma fratura exposta, e aí eu não vou fazer sutura porque sou enfermeiro? Vamos chamar o médico? Esperar que enviem um médico num voo para fazer essa sutura? Deslocar esse índio nas costas para trazer para Manaus?” (Entorno de Manaus)*

Também no âmbito da pesquisa empreendida pela EPSM/NESCON/UFMG (GIRARDI, 2017) se encontram relatos de enfermeiros que já desempenharam ou desempenham atividades consideradas de atribuição médica frente à ausência desse profissional nas unidades básicas de saúde, como se observa abaixo:

*“A verdade é que muitos de nós já fazemos, mas não podemos divulgar, eu já fiquei 6 meses sem médico na minha unidade, você acha que eu fiz o quê? Precisamos ser capacitados e autorizados a fazer o que eles [médicos] não querem. (Enfermeiro, Nordeste)*

*“Está brincando?! Quem falou que isso ainda não ocorre aqui no Brasil?” (Enfermeiro, Nordeste)*

*“Tenho percebido que adquiri confiança dos usuários no atendimento a clientes com febre, amigdalites, otites, asma, infecções urinárias, desidratação... São situações que tenho um bom desempenho e diminuem a burocracia de atendimento e consulta médica, ou seja, diminuem as filas de clientes para a consulta médica, saem com orientação adequada e registrada por mim, enfermeira.” (Enfermeiro, Nordeste)*

Esses depoimentos reiteram os resultados quantitativos da pesquisa supramencionada, os quais apontam que 70,3% dos enfermeiros participantes do estudo referiram comunicar diagnóstico nosológico aos pacientes; 29,6% realizam drenagem de abscesso; 6,2% aplicam medicamentos anestésicos locais; e 4,4% realizam sutura. Todas estas atividades restritivas ao profissional médico, por lei<sup>35</sup>, foram mais mencionadas por enfermeiros atuantes em municípios da região Nordeste distantes das cidades sede da região de saúde (GIRARDI, 2017).

Estes resultados ratificam a importância de se levar em conta as especificidades e as necessidades locais na definição das competências a serem exigidas e trabalhadas no âmbito da graduação de enfermagem e também na proposição de incorporação de práticas ao escopo profissional do enfermeiro.

Frente ao exposto, julga-se que a ampliação do escopo de atuação do enfermeiro na APS sem necessidade de estudos adicionais tem respaldo legal, e já ocorre em alguns locais. Por outra via, constatada as deficiências do processo de formação do enfermeiro apresentadas neste capítulo e no anterior, e na possibilidade de ampliação do rol de atividades além das já previstas, pode ser relevante o complemento educacional para ampliação dos conhecimentos teórico-científicos e

---

<sup>35</sup> Resguardadas as particularidades da prática de odontologia.

práticos. Isto asseguraria a qualidade da assistência e a segurança do profissional no desempenho da prática avançada.

Intui-se capacitação profissional que sobreleve os conhecimentos de fisiologia, farmacologia e bioquímica dada as atividades expandidas atualmente previstas – prescrição de medicamentos, solicitação e interpretação de exames de apoio diagnóstico. Eles também seriam de grande importância num plano de incorporação de outras atividades, como a formulação de diagnóstico nosológico, anestesia local, sutura, drenagem de abscessos e parto (RAMALHO; LEME, 2016).

Diferente do proposto em outros países e também por autores brasileiros (RAMALHO; LEME, 2016; ZANETTI, 2015; SCOCHI et al, 2015), não se crê que a pós-graduação *stricto sensu*, na modalidade profissional, seja o nível de formação mais adequado à realidade brasileira. Primeiro porque o número desses programas de pós-graduação é muito pequeno e se concentram em grandes centros urbanos (CAPES, 2017). Segundo, porque grande parte destes programas é restrito à enfermagem, isto é, não tem caráter multidisciplinar. Ademais, se centram majoritariamente no desenvolvimento de linhas de pesquisa voltadas para o contexto hospitalar (MUNARI et al, 2014), e sofrem forte influência do modelo acadêmico (VILELA; BATISTA, 2016), destoando da proposta de capacitar para o exercício da prática profissional e transformadora.

Acredita-se que a formação adicional poderia ser realizada por meio da pós-graduação *lato sensu*, especialmente na modalidade de residência multiprofissional em saúde da família.

À despeito do nível de formação requisitado, é preciso ressaltar que os processos de educação permanente em serviço, que assegurem a participação da equipe multiprofissional, teria muito a contribuir com esse processo, de modo que devem ser contínuos. Ademais, é preciso revisar e ampliar a legislação que norteia e delimita o escopo de prática profissional do enfermeiro, empreender reforma salarial, investir em infraestrutura e condições de trabalho, estabelecer maior controle sobre a qualidade dos cursos de graduação oferecidos, e assegurar profissionais de enfermagem em número suficiente para atendimento às demandas de saúde na APS (CASSIANI; ZUG, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS configura-se como um conjunto de ações de saúde essenciais que adota a saúde como direito de todos e o enfrentamento dos determinantes sociais como a maior estratégia para promovê-la. Acerca-se, portanto, dos problemas mais frequentes da população com oferta de serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Constitui-se, ainda, como porta de entrada do sistema de saúde no sentido de organizar a rede de atenção, racionalizar o uso de recursos e tornar a saúde acessível e equitativa a toda população.

À despeito dos benefícios decorrentes do investimento em cuidados primários de saúde, a expansão da APS no Brasil tem se restringido em razão da escassez e má distribuição de profissionais médicos, especialmente em regiões menos desenvolvidas.

Como uma das estratégias de enfrentamento a esse cenário, o Brasil estuda implementar a enfermagem de práticas avançadas no âmbito da APS, a exemplo de países como a Austrália, Canadá e EUA, cujas experiências já fornecem evidências de que a incorporação de práticas atribuídas aos médicos por enfermeiros resulta em cuidados qualificados semelhantes ou mais eficazes que os empreendidos pelos médicos.

A proposta de ampliação de escopo de prática, no entanto, deve ser precedida de um diagnóstico do processo de formação do enfermeiro a fim de identificar sua aderência às necessidades do SUS, bem como avaliar se as competências que dele resultam são suficientes para a prática avançada de enfermagem.

Nessa perspectiva, este estudo intentou comprovar a tese de que o processo de formação de enfermeiros, em nível da graduação, não permite a ampliação de seu escopo de prática no âmbito da APS, mediante compartilhamento ou incorporação de atividades atribuídas ao profissional médico.

Para tanto, foi desenvolvida pesquisa exploratória em âmbito nacional da qual se obtiveram resultados que, confrontados com as DCN para os cursos de graduação em enfermagem e discutidos na perspectiva das experiências internacionais e das demandas da APS no Brasil, forneceram pistas para avaliação do potencial de uso de enfermeiros em tarefas avançadas.

Evidenciou-se que os projetos pedagógicos 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 coordenadores entrevistados demonstram fragilidades institucionais que dificultam a materialização do que está proposto documentalmente.

De maneira geral, 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, mas pujantes para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, ações de gerenciamento e técnicas de enfermagem.

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, porém mistos quanto aos instrumentos utilizados: provas periódicas associadas à avaliação prática por competências e habilidades e, pontualmente, uso de estratégias que estimulem o autoaprendizado. No entanto, experiências inovadoras de formação reafirmam que é possível superar o currículo tradicional de ensino.

É importante considerar que, frente 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 fragmentada. Mudanças curriculares que envolvem novas propostas de pensar a saúde e de novos modelos pedagógicos que deem conta do desenvolvimento de competências exigem muito mais que vontade e disposição dos docentes. Pressupõe apoio institucional, estruturação e oferta de serviços de apoio e RH suficientes.

Dito isso, qualquer que seja o perfil do egresso almejado, 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.

No que compete às possibilidades de ampliação do escopo de prática do enfermeiro, depreende-se que, do ponto de vista processual da formação, as práticas avançadas de enfermagem podem se dar por enfermeiros bacharéis. Do ponto de vista da aquisição de competências para as práticas avançadas de enfermagem, observa-se potencial limitado para o desenvolvimento de ações compreendidas como médicas, especialmente a prescrição de medicamentos. Tal reflexão, no entanto, implica em considerar as fragilidades legislativas que regem e definem os campos de

atuação dos profissionais de saúde, as quais atuaram como fator interveniente no padrão de respostas dos coordenadores.

Mesmo no que se refere às práticas previstas em protocolos de assistência, há diversos condicionantes externos que recaem sobre a formação do enfermeiro e que refletem a complexidade da revisão dos escopos de atuação dos profissionais da saúde. Nessa conjuntura, insurgem imprecisões quanto às reais competências a serem desenvolvidas no âmbito da graduação de enfermagem que possibilitem o atendimento às necessidades do sistema nacional de saúde, especialmente se considerarmos a implantação do escopo de atuação do enfermeiro.

Fato é que, estabelecida a comparação das atribuições do EPA de APS em nível internacional, e considerando as DCN para os cursos de enfermagem e a legislação que vige o campo de atuação da profissão, os egressos de enfermagem são aptos para desenvolver grande parte das ações demandadas pela APS.

Disto depreende-se que as bases para o EPA de APS já existem no Brasil, restando definir o modelo de práticas avançadas, para então identificar se, no âmbito da graduação, as competências hoje desenvolvidas são suficientes para o perfil de EPA almejado. Mais ainda, se, no âmbito nacional e local, há normativas que validem essa prática. Dada as prerrogativas legais prescritas pelo Ministério da Saúde aos gestores locais, é imperativa a adoção de guias clínicos de enfermagem que preservem a autonomia da profissão e o direito legal de desenvolver papéis avançados.

Ante ao exposto, as análises empreendidas talvez tenham suscitado mais questionamentos que respostas sobre o processo de formação do enfermeiro e sua contribuição no desenvolvimento de competências para atuação profissional com escopo expandido no SUS. Elas podem servir, no entanto, como ponto de partida para novas investigações nacionais ou de caráter locorregional que contribuam para o levantamento das demandas de saúde e as respectivas competências de enfermagem necessárias ao seu enfrentamento.

Por seu caráter exploratório, este estudo abre possibilidades para o desenvolvimento de inúmeras outras pesquisas que tentem superar as limitações deste estudo que residem no desenho metodológico adotado. Uma delas diz respeito ao foco nas opiniões e percepções de apenas um ator imbricado no processo de formação que, como gestor e porta voz de suas instituições de ensino, possam ter se debruçado mais sobre os pontos positivos de seus respectivos projetos pedagógicos.

E, também, como enfermeiros habituados a embates de cunho hegemônico, podem ter sido cautelosos frente à avaliação de ações de saúde histórica e socialmente apropriadas pelos médicos.

A análise documental dos projetos pedagógicos poderia, até certo ponto, mitigar os efeitos desta proteção, uma vez que refletem uma visão oficial do processo de formação. No entanto, além de essa análise ter sido realizada em uma amostra muito pequena, o que está documentalmente posto não garante a concretude das ações intencionadas.

A amostra incluída na etapa do *survey*, por não ter correspondido ao número amostral calculado, pode também não ser representativa do conjunto de cursos de enfermagem do Brasil, de modo que a generalização dos resultados deva ser vista com cautela. De igual modo, o estudo *in loco* empreendido por meio de entrevistas em profundidade com apenas 16 coordenadores de curso podem ter sido insuficientes para a apreensão da complexidade que envolve o processo de formação de enfermeiros, de maneira que podem ter sido produzidos dados mais representativos da realidade particular dos cursos e não do contexto locorregional.

Uma limitação da pesquisa exploratória, representada aqui pelas entrevistas em profundidade, é que elas dependem da interpretação do pesquisador com base nas declarações fornecidas. As inferências produzidas sobre os depoimentos podem ter sofrido influência das percepções do próprio investigador, o que se tentou coibir mediante diálogo com achados de outras pesquisas. A ausência de pesquisas nacionais documentadas com foco sobre o objeto em análise pode ser também reconhecida como um limitante.

Acredita-se que este estudo, de caráter inédito no Brasil, fornece evidências para reflexão e base para uma análise mais aprofundada da propositura de implementação da estratégia de práticas avançadas de enfermagem na APS, tanto no campo da formação como no dos processos envolvidos para sua implementação. Mais ainda, contribui para a discussão pela disputa de campos de atuação, sobretudo pelas profissões regulamentadas da saúde que possuem prerrogativas de autogoverno e que travam embates por atos privativos.

Frente aos resultados evidenciados, recomenda-se:

- a) Considerar a possibilidade do estabelecimento de um processo de revisão das DCN para os cursos de graduação em enfermagem, numa tentativa de superar

- as lacunas hoje existentes, como a ausência de definição de competências específicas que possam dar conta das principais demandas do sistema de saúde em âmbito nacional;
- b) Proposição de currículos de cursos de enfermagem regionais, no sentido de valorizar às especificidades e intervir na realidade de saúde consoante às necessidades locais; diminuir as discrepâncias em termos de carga horária, conteúdos trabalhos e cenários de prática; e potencializar a interlocução entre instituições de ensino e serviço;
  - c) Maior intervenção do Estado no que diz respeito à abertura de cursos e vagas sem uma avaliação prévia das necessidades locais e da capacidade institucional de dar conta da complexidade da formação;
  - d) Empreender esforço no desenvolvimento das redes de atenção à saúde e das instituições formadoras, de modo que possam contribuir para uma formação mais qualificada e para a retenção profissional;
  - e) Maior protagonismo do Estado na regulação das profissões de saúde, intentando diminuir as fragilidades das leis que regem o exercício das profissões e o embate corporativo por disputas de campos de atuação;
  - f) Proposição de uma legislação regulatória das profissões de saúde ampliada, com bases na interprofissionalidade, que contribua para o aumento do acesso da população à saúde;
  - g) Ampliar a discussão sobre o modelo de enfermeiro de prática avançada que se pretende implantar na APS no Brasil, com maior definição das práticas a serem incorporadas ao escopo do enfermeiro;
  - h) Educação adicional dos enfermeiros por meio da pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de residência multiprofissional em saúde da família ou afins, tendo a atenção básica como espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências que subsidiem a prática avançada numa perspectiva de atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar;
  - i) Potencializar processos contínuos e multiprofissionais de educação permanente em serviço e a revisão de normativas, quantitativas e qualitativas, que amparam o SUS e os programas de saúde pública, como meio de aprimorar e legitimar as práticas avançadas de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING - AACN. *The Essentials of Master's Education for Advanced Practice Nursing*. Washington: American Association of Colleges of Nursing, 1996. Disponível em: <<http://www.aacn.nche.edu/education-resources/MasEssentials96.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.
- AMERICAN ASSOCIATION OF NURSE PRACTITIONERS – AANP. *NP fact sheet*. 2015. Disponível em: <<https://www.aanp.org/all-about-nps/np-fact-sheet>>. Acesso em: 14 mar. 2016.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev. bras. enferm.*, v. 60, n. 1, p. 96-98, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100018)>. Acesso em: 24 mar. 2017.
- APRN CONSENSUS WORK GROUP AND THE NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING APRN ADVISORY COMMITTEE. *Consensus Model for APRN Regulation: licensure, accreditation, certification and education*. APRN Joint Dialogue Group Report, July 7, 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEN. Histórico. 2016. Disponível em: <<http://abennacional.org.br/home/historico.htm>>. Acesso em: 18 de. 2016.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR; FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. *IV pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior brasileiras 2014*. Uberlândia: ANDIFES, 2016.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT. *Australian education system*. Disponível em: <<https://www.studyinaustralia.gov.au/global/australian-education/education-system>>. Acesso em: 17 jan. 2017.
- AUSTRALIAN QUALIFICATIONS FRAMEWORK COUNCIL. *Australian Qualifications Framework*. 2. ed. Australia: Australian Qualifications Framework Council, 2013. Disponível em: <<http://www.aqf.edu.au/wp-content/uploads/2013/05/AQF-2nd-Edition-January-2013.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.
- BABBIE, E. R. *Métodos de pesquisas de survey*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- BALBACHEVSKY, E. *A profissão acadêmica no Brasil: as múltiplas facetas do nosso sistema de ensino superior*. Brasília: FUNADESP, 2000.
- BALBACHEVSKY, E. Carreira e contexto institucional no sistema de ensino superior brasileiro. *Sociologias*, v. 8, n. 17, p. 158-188, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n17/a07n17.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Esc Anna Nery*, v. 17, n. 2, p. 369-374, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a23.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2017

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 2 jan. 2009.

BRASIL. Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 10516, 28 jun. 1931.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, jun. 1987. Disponível em: <[http://www.coren-ro.org.br/decreto-n-9440687-dispoe-sobre-o-exercicio-da-enfermagem-e-da-outras-providencias\\_767.html](http://www.coren-ro.org.br/decreto-n-9440687-dispoe-sobre-o-exercicio-da-enfermagem-e-da-outras-providencias_767.html)>. Acesso: 6 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.172, de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 jan. 2001a.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 jul. 2013a.

BRASIL. Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, 27 dez. 1961. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/leis/L4024.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L4024.htm)>. Acesso em: 6 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 10369, 29 nov. 1968. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5540-28-novembro-1968-359201-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 jul. 1973. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5905.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5905.htm)>. Acesso: 6 jul. 2015

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 26 jun. 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)>. Acesso em: 14 mar. 2014.

BRASIL. Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13. ago. 1949. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1930-1949/L775.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L775.htm)>. Acesso: 6 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº. 9.394, de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, 23 dez. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L9394.htm)>. Acesso em: 06 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 06 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. *Diário Oficial da União*, Brasília, 7 de abril de 2009, Seção 1, p. 27. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004\\_09.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf)>. Acesso em: 3 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. *Resolução nº 1, de 17 de junho de 2010*. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. Brasília, DF, 17 jun. 2010a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer 776/97. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. *Documenta*, n. 435, 1997a. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/1997/pces776\\_97.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/1997/pces776_97.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Parecer CNE nº 776, de 3 de dezembro de 1997*. Trata das orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, DF: CNE; 1997b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de 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. 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Censo da Educação Superior 2014*. Brasília: MEC/INEP, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº. 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa o currículo mínimo dos cursos de enfermagem. *Diário Oficial da União*, 16 dez. 1994. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/doc\\_11078549\\_portaria\\_n\\_1721\\_de\\_15\\_de\\_dezembro\\_de\\_1994](http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_1994)>. Acesso em: 06 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 03, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, nov. 2001c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resumo técnico: Censo da Educação Superior 2014*. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Consultas profissionais (CBO)*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

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. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação do SUS - DATASUS. Informações de saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <[http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download\\_20111215103241.pdf](http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111215103241.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Saúde. Mais hospitais e unidades de saúde. Mais Médicos. Mais Formação. Brasília: Ministério da saúde; 2013b. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_nacional\\_saude\\_mais\\_medicos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf)> Acesso em: 17 mar. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 47, 22 dez. 1997c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 20, 29 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução-RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, out. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução-RDC nº 87, de 9 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como

antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 87, Seção 1, p. 39-41, out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE*. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Doenças respiratórias crônicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família no Brasil. Uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Câmara de regulação do trabalho em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado, nº 268, de 2002*. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/53750>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

BRASIL. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado, nº 7703, de 2006*. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF, 2006d. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:camara.deputados:projeto.lei;pl:2006-12-21;7703>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

BROWN, S. J. A framework for advanced practice nursing. *J Prof Nurs*, v. 14, n. 3:157-164, 1998.

BUCHAN, J. et al. Enfermeiros em funções avançadas: uma análise da aceitação em Portugal. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 21, n. spe. p. 38-46, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700006&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 26 nov. 2015.

BUCHAN, J.; CALMAN, L. *Skill mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles*. França: OECD, 2004.

BUCHAN, J.; O'MAY, F. Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals. *Human Resources Development Journal*, v. 4, n. 2, p. 1-10, 2000. Disponível em: <<http://www.hrresourcecenter.org/node/234>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BUTTORFF, C. et al. Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India. *Bull World Health Organ*, v. 90, n. 11, p. 813-821, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-104133/en/>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

CAIRUS, H. F.; RIBEIRO JUNIOR, W. A. *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg. saúde debate*, n. 44, p. 13-24, 2009.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION - CNA. *Framework for the practice of registered nurses in Canada*. Canada: Canadian Nurses Association, 2015. Disponível em: <<https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/framework-for-the-practice-of-registered-nurses-in-canada.pdf?la=en>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

CAPELLA, B. B. et al. Profissionalização da enfermagem: uma necessidade social. *Rev. Bras. enferm*, v. 41, n. 2, p. 161-168, 1988. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671988000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671988000200012)>. Acesso em: 12 nov. 2016.

CARNEIRO, A. D. et al. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos éticos e legais. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 10, n. 3, p. 756-765, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a21.htm>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

CARVALHO, A. C. *Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976: Documentário*. Brasília: ABEN, 1976.

CASSIANI, S. H. B.; ZUG, K. E. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. *Rev bras enferm*. v. 67, n. 5, p. 675-676, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/pt\\_0034-7167-reben-67-05-0677.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/pt_0034-7167-reben-67-05-0677.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2017.

CAVERNI, L. M. R. *Curso Técnico de Enfermagem: uma trajetória histórica e legal – 1948 a 1973*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. *Atuação da enfermeira e a prescrição de medicamentos*. Nota de esclarecimento. 2014. Disponível em: <[http://ba.corens.portalcofen.gov.br/atuacao-da-enfermeira-na-atencao-basica-nota-de-esclarecimento\\_8828.html](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/atuacao-da-enfermeira-na-atencao-basica-nota-de-esclarecimento_8828.html)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. *Cofen discute práticas avançadas de Enfermagem na OPAS*. 2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/cofen-discute-praticas-avancadas-de-enfermagem-na-opas\\_35458.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-discute-praticas-avancadas-de-enfermagem-na-opas_35458.html)>. Acesso em: 14 mar. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. *Enfermagem em números*. 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. *Enfermagem pactua implementação de Práticas Avançadas no Brasil*. 2016. Disponível em: <[www.cofen.gov.br/enfermagem-pactua-implementacao-de-praticas-avancadas-no-brasil\\_40163.html](http://www.cofen.gov.br/enfermagem-pactua-implementacao-de-praticas-avancadas-no-brasil_40163.html)>. Acesso em: 13 fev. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. *Resolução COFEN nº 358/2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 15 out. 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 17 mar. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (SP). *Parecer COREN-SP 007/2014 – CT*. PRCI nº 099.152/2012. Solicitação de exames por Enfermeiro e avaliação de resultado. São Paulo: COREN, 2012. Disponível em: <[http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer\\_007\\_Solicita%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_exames\\_por\\_ENF\\_e\\_avalia%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_resultado.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer_007_Solicita%C3%A7%C3%A3o_de_exames_por_ENF_e_avalia%C3%A7%C3%A3o_de_resultado.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (SP). *Parecer COREN-SP 039/2013 – CT*. PRCI nº 102.628. Realização de sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem. Disponível em: <[http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2013\\_39.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_39.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2016.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. *Plataforma Sucupira*. Dados Quantitativos de Programas Recomendados e Reconhecidos. Disponível em: <<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativos.jsf?areaAvaliacao=20&areaConhecimento=40400000>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CUNHA, M. I. Docência na universidade, cultura e avaliação institucional: saberes silenciados em questão. *Rev. Bras. Educ.*, v. 11, n. 32, p. 258-271, 2006. Disponível

em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782006000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782006000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 jun. 2014.

DAL POZ, M. R.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 187-233. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books . <http://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>

DE GEEST, S. et al. Introducing advanced practice nursing/nurse practitioners in healthcare systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly Eur J Med Sci*, v. 138, n. 43-44, p. 621–628, 2008.

DEDECCA, C. S.; PRONI, M. W.; MORETO, A. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. *Brasil: radiografia da saúde*, 2001. p. 175-216.

DELAMAIRE, M.; LAFORTUNE, G. *Nurses in advanced roles: a description and evaluation in 12 developed countries*. OECD Health Working Papers, n. 54. Paris: OECD, 2010.

DELLÍACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. N. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 185-191, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10513.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

DELPINO, R. et al. Ensino superior: o novo perfil do coordenador de curso. In: XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. *Anais...* Paraíba: Univap, 2008.

DIERICK-VAN, D. A. T et al. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. v. 65, n. 2, p. 391-401, 2009.

DOWER, C.; MOORE, J.; LANGELIER, M. It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. *Health Aff*, v. 32, n. 11, p. 1971-1976, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24191088>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

ESPERANÇA, A. C.; CAVALCANTE, R. B.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. *REME – Rev. Min. Enf*, v. 10, n. 1, p. 30-36, 2006. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/381>> Acesso em: 27 jan. 2017.

FERNANDES, J. D. A privatização do ensino de enfermagem no Brasil: economia da qualidade. *Rev bras enferm*, v. 47, n. 2, p. 144-159, 1994.

FERNANDES, J. D. Trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, E. et al. (Org.). *O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã*. Brasília: MEC/Inep, 2007.

FERREIRA, V. S. As especificidades da docência no ensino superior. *Rev. Diálogo Educ.*, v. 10, n. 29, p. 85-99, 2010.

FRANCISCO, I. M. F.; CASTILHO, V. A inserção do ensino de custos na disciplina administração aplicada à enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 40, n. 1, p. 13-19, 2006.

FREIDSON, E. *Professionalism: the third logic on the practice of knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.

FREIDSON, E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: UNESP, 2009.

FREIRE FILHO, J. R., et al. Trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da Microrregião de Saúde de Passos/Piumhi, MG. *Revista Cereus*, v. 7, n. 2, p. 151-169, 2015. Disponível em: <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/151>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

FRY, J. *Common diseases*. London: MTP, 1974.

FULTON, B. D. et al. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Hum Resour Health*, v. 9, n. 1, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3027093/>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 35, n. 1, p. 880-877, 2001.

GEOVANINI, T. *História da Enfermagem: versões e interpretações*, 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil (1955-1980)*. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2007.

GIBBONS, J. D.; CHAKRABORTI, S. *Nonparametric statistical inference*. 5. ed. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC, 2011.

GIRADI, S. N.; SEIXAS, P. H. Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo. *Formação*, n. 5, p. 30-43, 2002.

GIRARDI, S. (Coord.) *Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil*. Relatório final. Belo Horizonte: UFMG/NESCON/ESPM, 2012a.

GIRARDI, S. N. (Coord.). *Pesquisa online com profissionais de saúde na atenção básica*. Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde. Volume XI. Relatório final. Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS/UERJ, EPSM/NESCON/UFMG, 2017.

GIRARDI, S. N. (Coord.). *Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde nível superior no Brasil entre 1991 e 2010*. Relatório final. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

GIRARDI, S. N. (Coord.). *Identificação de áreas de escassez em recursos Humanos em saúde*. Relatório Final. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2012b.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. (Coords.). *Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

GIRARDI, S. N.; FERNANDES, J. H.; CARVALHO, C. L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. *Espaço para a Saúde*, v. 2, p. 1-21, 2000.

GODOY, C. B.; SOUZA, N. A. Dificuldades e facilidades vividas pelos docentes no processo de implantação do currículo integrado no curso de Enfermagem da Universidade Estadual De Londrina. *Semina: Ci. Biol. Saúde*, v. 22, p. 33-38, 2001. Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3722/2992>>. Acesso em: 14 out. 2016.

GOMES, V. L. O. et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. *Invest. educ. enferm.*, v. 25, n. 2, p. 108-115, 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072007000200010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000200010)>. Acesso em: 24 mar. 2017.

GUSSO, G. D. F. *Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2)*. 2009. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

HADDAD, A. E. et al. (Org.). *Trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HADDAD, V. C. N.; SANTOS, T. C. F. A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale no ensino da Escola de Enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). *Esc Anna Nery*, v. 15, n. 4, p. 755-761, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – ICN. *The scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse*. ICN Regulation Series. Geneva: ICN, 2008.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400017)>. Acesso em: 24 dez. 2016.

ITO, E. E.; TAKAHASHI, R. T. Publicações sobre ensino em enfermagem na Revista da Escola de Enfermagem da USP. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 39, n. 4, p. 409-416, 2005.

LENZ, E. R. et al. Diabetes care processes and outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *Diabetes Educ.*, v. 28, n. 4, p. 590-598, 2002.

LEONELLO, V. M.; MIRANDA NETO, M. V.; OLIVEIRA, M. A. C. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 45, n. esp., p. 1774-1779, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800024)>. Acesso em: 30 jan. 2015.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Educação superior em Enfermagem: o processo de trabalho docente em diferentes contextos institucionais. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 18, n. 6, p. 1093-1102, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt\\_0080-6234-reeusp-48-06-1093.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1093.pdf)>. Acesso em: 24 dez. 2016.

LIMA, M. D. S. Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. *Rev. Bras. enferm.*, v. 47, n. 3, p. 270-277, 1994.

LORENZETTI, J. A “nova” lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. *Rev. bras. enferm.*, v. 40, n. 2/3, p. 167-176.

MACHADO, M. H. et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm. Foco*, v. 6, n. 2, p. 15-34, 2016a. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/687/297>>. Acesso em: 24 dez. 2016.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco*, v. 6, n. 1, p. 11-17, 2015. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686>>. Acesso em: 24 dez. 2016.

- MACHADO, M. H. et al. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. *Divulg. saúde debate*, n. 56, p. 52-69, 2016b.
- MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p. 103-116.
- MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: BARROS, A. F. R. (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. pp. 139-162.
- MAGNAGO, C.; TAVARES, C. M. M. A formação de enfermagem direcionada para os ideais da reforma psiquiátrica. *Enfermagem Brasil*, v. 10, n. 2, p. 99-107, 2011.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, N. A. et al. Substituição de médicos por enfermeiros em atenção primária: uma revisão sistemática e meta-análise. *BMC Health Serv Res*, v. 14, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4065389/>> Acesso em: 24 jul. 2016.
- MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. *Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções*. Relatório I. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. São Paulo: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1\\_final.pdf](http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf)>. Acesso em: 27 jan. 2016.
- MASSO, M.; THOMPSON, C. *Nurse practitioners in NSW gaining momentum: rapid review of the nurse practitioner literature*. Wollongong: Centre for Health Service Development, 2014.
- MCCARTHY, C. F. et al. Nursing and midwifery regulation and HIV scale-up: establishing a baseline in east, central and southern Africa. *J Int AIDS Soc*, v. 16, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608854/pdf/JIAS-16-18051.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.
- MENDES, E. V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- MENESES, L. B. A.; SILVA, M. I. T. Contribuição ao ensino de enfermagem no Brasil e o Programa de Integração Docente Assistencial. *Conceitos*, v. 5, n. 7, p. 141-146, 2002.
- MESQUITA, S. K. C. et al. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab. educ. saúde*, v. 14, n. 2, p. 473-486, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000200473](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200473)>. Acesso em: 14 jan. 2017.
- MEYER, D. E. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. *Maneiras de*

*cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.63-78.

MINITAB. *Kappa statistics and Kendall's coefficients*. Minitab 17 support. Disponível em: <<http://support.minitab.com/en-us/minitab/17/topic-library/quality-tools/measurement-system-analysis/attribute-agreement-analysis/kappa-statistics-and-kendall-s-coefficients/>>. Acesso em: 24 dez. 2016.

MORÉ, C. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA. 2015. Atas CIAIQ2015, v. 3, p. 126-131. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/158/154>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

MORGAN, C.; BARRY, C.; BARNES, K. Master's programs in advanced nursing practice: new strategies to enhance course design for subspecialty training in neonatology and pediatrics. *Adv Med Educ Pract.*, v. 3, p. 129-137, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3650880/>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

MUNARI, D. B. et al. Mestrado profissional em enfermagem: produção do conhecimento e desafios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 204-210, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/85053/87882>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

MUNDINGER, M. O. et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*, v. 283, n. 1, p. 59-68, 2000.

NASCIMENTO, M. E. B.; OLIVEIRA, M. C. M. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. *Revista HISTEDBR On-line*, n. 23, p. 131-142, 2006. Disponível em: <[http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/23/art09\\_23.pdf](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/23/art09_23.pdf)> Acesso em: 10 fev. 2015.

NASH, R. *Um esboço da vida de Florence Nightingale*. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1980.

NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING. *A Health Care Consumer's: Guide to Advanced Practice Registered Nursing*. Chicago: National Council of State Boards of Nursing, 2012. Disponível em: <[https://www.ncsbn.org/APRN\\_Brochure\\_June2012.pdf](https://www.ncsbn.org/APRN_Brochure_June2012.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2017.

NELSON, S. et al. *Optimizing scopes of practice: new models for a new health care system*. Ottawa, Ontario: Canadian Academy of Health Sciences, 2014.

NURSES ASSOCIATION OF NEW BRUNSWICK - NANB. *Guidelines for Intraprofessional Collaboration: Registered Nurses and Licensed Practical Nurses Working Together*. Canada: Nurses Association of New Brunswick, 2015. Disponível em: <<http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-GuidelinesIntraprofessionalCollaborationRNsandLPNsWorkingTogether-E-2015-10.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

OKKES, I. M. et al. Episodes of care in Dutch Family Practice: epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). In: \_\_\_\_\_. *ICPC in the Amsterdam Transition Project*. Amsterdam: Academic Medical Center, University of Amsterdam, Department of Family Medicine, 2005.

PAIXÃO, W. *História da Enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO. *Universal access to health and universal health coverage: advanced practice nursing summit*. Hamilton, CA: PAHO, 2015. Disponível em:

<[https://www.salud.gov.sv/archivos/enfermeria/PAHO\\_Advanced\\_Practice\\_Nursing\\_Summit\\_Hamilton\\_CA.pdf](https://www.salud.gov.sv/archivos/enfermeria/PAHO_Advanced_Practice_Nursing_Summit_Hamilton_CA.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO. *Resolution CD52.R13*. Human resources for health: Increasing access to qualified health workers in primary health care-based health systems. PAHO, 2013.

PARKER, J. M.; HILL, M. N. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. *International Journal of Nursing Sciences*, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013216301910>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

PARKER, R. How acceptable are primary health care nurse practitioners to Australian consumers? *Collegian*, v. 20, p. 35-41, 2013. Disponível em: <[https://acnp.org.au/sites/default/files/docs/hcca\\_0.pdf](https://acnp.org.au/sites/default/files/docs/hcca_0.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 06 mai. 2014.

PEREIRA, L. R.; ANJOS, D. D. O professor do ensino superior: perfil, desafios e trajetórias de formação. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO SUPERIOR 2014. Anais... Sorocaba, SP: Uniso, 2014. Disponível em: <[https://www.uniso.br/publicacoes/anais\\_eletronicos/2014/1\\_es\\_formacao\\_de\\_profesores/31.pdf](https://www.uniso.br/publicacoes/anais_eletronicos/2014/1_es_formacao_de_profesores/31.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2016.

PIERANTONI, C. R. et al. *Formação médica em nível de graduação: análise do período 2000-2013*. Novos Caminhos, n. 4, 2015. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/06/NovosCaminhos4v2.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

PIERANTONI, C. R. et al. *Graduações em Saúde no Brasil: 2000-2010*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ, 2012.

PIERANTONI, C. R.; MAGNAGO, C. *Oferta e necessidade de recursos humanos em saúde* – República Federativa do Brasil. Montevideo, Uruguay: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2015

PIMENTEL, I. R. S. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev bras med fam comunidade*, v. 6, n. 20, p. 175-181, 2011. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/95/364>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. 2010. Disponível em:

<[http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto\\_de\\_apoio\\_3\\_-\\_HS-Historia\\_Saude\\_no\\_Brasil.pdf](http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf)>. Acesso em: 7 fev. 2012.

PULCINI, J. et al. An international survey on advanced practice nursing, education, practice and regulation. *J Nurs Scholarsh*, v. 42, n. 1, p. 31-39, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20487184>>. Acesso em 26 nov. 2015.

RAMALHO, N. M.; LEME, C. R. P. Práticas Avançadas em Enfermagem: o debate para a construção de um modelo brasileiro. *Divulg. saúde debate*, n. 56, p. 79-89, 2016.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*, v. 349, 2014. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE - ObservaRH. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Sistema de Indicadores das Graduações em saúde* – SIGRAS. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/sigras/>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RIO DE JANEIRO (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. *Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde*. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

ROCHA, M. E. M.O.; NUNES, B. M. V. T. Expansão dos cursos de graduação em Enfermagem: estudo no Piauí. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. 3, p. 391-398, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300014)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

SAMPAIO, L. F. R. O papel das Secretarias Estaduais de Saúde no acompanhamento e avaliação da atenção primária à saúde: contribuições para discussão. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE.

*Acompanhamento e avaliação da atenção primária*. Brasília, CONASS, 2004. P. 21-41.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3547.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, ano 1. n. 1, p. 1-15, 2009. Disponível em: <<https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2011.

SAUTHIER, J.; CARVALHO, V. *A Missão Parsons: documentos históricos da EEAN/UFRJ 1922-1931*. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 1999.

SCHOBER, M. *Introduction to advanced nursing practice: an international focus*. EUA: Springer, 2016.

SCHOBER, M.; AFFARA, F. *Advanced nursing practice*. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

SCOCHI, C. G. S. et al. Professional Master's Degree: potential contribution to Advanced Practice Nursing. *Rev Bras Enferm.*, v. 68, n. 6, p. 874-877, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000601186](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601186)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SEALE, C.; ANDERSON, E.; KINNERSLEY, P. Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. *J Adv Nurs.*, v. 54, n. 5, p. 534-541, 2006.

SECAF, V.; SANNA, M. C. "Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil" - um documento da década de 50 do século XX. *Rev bras enferm.*, v. 56, n. 3, p. 315-317, 2003.

SILVA, B. R.; BAPTISTA, S. S. O movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na Região Norte do Brasil. *Rev enferm UERJ*, v. 15, n. 4, p. 515-520, 2007.

SILVEIRA, C. A.; PAIVA, S. M. A. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. *Cienc Cuid Saúde*, v. 10, n. 1, p. 176-183, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6967/pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mar. 2017.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus,

Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, supl. 1, p. s91-s99, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SPITZER, W. O. et al. The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. *N Engl J Med*. v. 290, n. 5, p. 251-256, 1974.

STARFIELD, B. Toward international primary care reform. *CMAJ*, v. 180, n. 11, p. 1091-1092, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC19468110/>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

TERRA, F. S.; SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C. Perfil dos docentes de cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas e privadas. *Rev. enferm. UERJ*, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a05.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2016.

THE NORTHERN SYDNEY INSTITUTE. *Types of courses*. Disponível em: <<http://www.nsi.tafensw.edu.au/Courses/TypesOfCourses/Default.aspx>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

TURKIEWICZ, M. *História da Enfermagem*. Paraná: ETECLA, 1995.

U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. *Nurse practitioners, physician assistants, and certified nurse-midwives: a policy analysis*. Washington (DC): U.S. Government Printing Office, 1986. Disponível em: <<https://www.princeton.edu/~ota/disk2/1986/8615/8615.PDF>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

UEBEL, K. E.; FAIRALL, L. R.; RENSBURG, D. H. C. J. Task shifting and integration of HIV care into primary care in South Africa: the development and content of the streamlining tasks and roles to expand treatment and care for HIV (STRETCH) intervention. *Implement Sci*, v. 6, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3163620/?tool=pubmed>> Acesso em: 12 jan. 2016.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. *Magíster en Práctica Avanzada de Enfermería – Mención Paciente Crítico Adulto*. 2016. Disponível em: <<http://postgrados.uandes.cl/mpae/>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de Trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis*, v. 18, n. 3, p. 521-544, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a09.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

VASCONCELOS, C. *Coordenação do trabalho pedagógico: do projeto político pedagógico ao cotidiano da sala de aula*. São Paulo: Libertad, 2002.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, v. 12, supl, p. 255-64, 2005.

VIEIRA, A. L. S. Empregabilidade dos enfermeiros no Brasil. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*, v.6, supl. 1, p. 65-74, 2002.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A. Apresentação. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Org.). *Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.17-23.

VIETTA, E. P.; UCHARA, M.; NETTO, K. A. Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 80: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 6, n. 3, p. 107-116, 1998.

VILELA, R. B.; BATISTA, N. A. Mestrados Profissionais de Ensino em Ciências da Saúde no Brasil: concepções e práticas. *Atas CIAIQ2016. Investigação Qualitativa em Educação*, v. 1, p. 173-182.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Task shifting: global recommendations and guidelines*. Genebra, Suíça: WHO, 2008.

XAVIER, I. M. et al. Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à reforma sanitária. *Rev. bras. enferm.*, v. 40, n. 2-3, p. 177-180, 1987. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671987000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671987000300015)>. Acesso em: 24 mar. 2017.

ZANETTI, M. L. Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 23, n. 5, p. 779-780, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00779.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00779.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

**APÊNDICE A** - Questionário semiestruturado para entrevistas in loco com coordenadores de cursos de enfermagem



# Questionário Instituição de Ensino Enfermagem

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa “*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*” está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) que compõe a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a pesquisa *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*, coordenada pela Universidade de São Paulo (USP).

A demanda pelos serviços de saúde no Brasil é crescente e acontece em um contexto de escassez de recursos humanos em saúde. Neste sentido, o aproveitamento das capacidades plenas dos profissionais de saúde pode ser uma alternativa para alcançar maior eficiência no Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação de profissionais de saúde deve tomar como referência não apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações.

Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre o ensino em saúde e sua relação com os escopos de prática. Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

# Questionário de pesquisa

## Gestores de Instituições de Ensino

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### BLOCO 1: PERFIL DO ENTREVISTADO

#### 1. Sexo

- Feminino       Masculino

2. Qual o ano do seu nascimento? \_\_\_\_\_

3. Qual a sua formação profissional?

( ) Enfermagem    ( ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

4. Em que ano você se formou? \_\_\_\_\_

5. Qual o seu maior nível de formação?

- Superior Completo
- Residência em: \_\_\_\_\_
- Especialização em: \_\_\_\_\_
- Mestrado em: \_\_\_\_\_
- Doutorado em: \_\_\_\_\_
- Pós-Doutorado em: \_\_\_\_\_

**6. Qual a sua função nesta Instituição de Ensino (Curso de Enfermagem)?**

Coordenador de curso     Diretor da Faculdade

Outro: Especificar: \_\_\_\_\_

**7. Há quanto tempo atua nessa função/cargo? \_\_\_\_\_****8. Já teve alguma experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino?**

Sim. Especifique o cargo, curso e período de atuação: \_\_\_\_\_

Não

## BLOCO 2: CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO

9. Nome da Instituição de Ensino:

---

10. Localização (município e estado) da Instituição de Ensino

---

11. Há quanto tempo funciona o curso de enfermagem na Instituição?

---

12. Como a instituição está credenciada junto ao MEC?

( ) Faculdade ( ) Universidade ( ) Centro Universitário

13. Em que ano a IES foi credenciada? \_\_\_\_\_

14. Quando se deu a autorização para o funcionamento do Curso de Enfermagem? \_\_\_\_\_

15. Em que ano e semestre o Curso de Enfermagem iniciou as atividades?

---

16. Quando se deu o reconhecimento do Curso de Enfermagem?

---

17. Quais são os cursos de nível superior em saúde que esta instituição de ensino oferece além da Enfermagem?

- |                          |                         |                    |
|--------------------------|-------------------------|--------------------|
| ( ) Farmácia             | ( ) Medicina            | ( ) Nutrição       |
| ( ) Psicologia           | ( ) Odontologia         | ( ) Fisioterapia   |
| ( ) Assistência Social   | ( ) Educação Física     | ( ) Saúde Coletiva |
| ( ) Biologia             | ( ) Biomedicina         | ( ) Fonoaudiologia |
| ( ) Medicina Veterinária | ( ) Terapia Ocupacional |                    |

**18. Há proposta para abertura de novos cursos nesta instituição?**

( ) Não ( ) Sim. Especifique: \_\_\_\_\_

**19. Qual período de funcionamento do curso?**

Integral  Matutino  Vespertino  Noturno  Quinzenais

**20. Qual o valor da mensalidade?** \_\_\_\_\_

**21. O Curso de Enfermagem participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?**

( ) Não ( ) Sim  
( ) Fundo de Financiamento Estudantil - FIES  
( ) Programa Universidade para Todos - ProUni  
( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**22. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?**

\_\_\_\_\_

**23. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?**

\_\_\_\_\_

**24. Quais os fatores relacionados à alta taxa de ociosidade? (em caso de alta taxa de ociosidade – questão anterior)**

\_\_\_\_\_

**25. Como se dá o processo de seleção para entrada no curso?**

( ) Vestibular ( ) ENEM ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**26. Qual a periodicidade do processo seletivo?**

( ) Anual ( ) Semestral ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**27. Quem organiza e realiza o processo seletivo?**

( ) A própria IES ( ) Empresa contratada. Qual? \_\_\_\_\_

**28. Qual a origem dos alunos que cursam enfermagem nesta instituição?  
(Marque quantas forem necessárias)**

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**29. Qual a origem dos docentes do curso de enfermagem desta instituição?**

( ) Do próprio município ( ) De municípios vizinhos da região ( ) De outros Estados

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**30. Há docentes de outras formações que não enfermagem lecionando no curso?**

Não

Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)

No ciclo básico

No ciclo profissionalizante

Em disciplinas teóricas

Em disciplinas práticas

Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**31. Qual a proporção de enfermeiros que lecionam no curso? \_\_\_\_\_**

**32. Qual o percentual de docentes com as seguintes titulações máximas?**

Titulação máxima	% de docentes
Graduação	
Especialização	
Mestrado	
Doutorado	
Pós-Doutorado	

**33. Quais as formas de contratação dos docentes?**

Horista  Celetista  Temporário  Convidado  Estatutário

Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**34. Qual a carga horária semanal praticada pelos docentes do curso?**

10 h  20 h  30 h  40 h

**35. Qual a remuneração dos docentes?**

---

Graduação \_\_\_\_\_ hora/aula

Especialização \_\_\_\_\_ hora/aula

Mestrado \_\_\_\_\_ hora/aula

Doutorado \_\_\_\_\_ hora/aula

Pós-Doutorado \_\_\_\_\_ hora/aula

**36. Todos os docentes atuam na assistência?**

---

Não

Sim

Consultório privado

Rede pública de saúde

Rede privada de saúde

**BLOCO 3: ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO**

**37. Quem elaborou o projeto político pedagógico do curso de enfermagem?**

- Equipe de docentes da instituição
- Direção da escola de enfermagem
- Núcleo de Docentes Estruturante (NDE)
- Consultoria externa.
- Parceria com outra instituição de ensino
- Não sabe
- Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**38. Quando foi a última atualização do projeto político pedagógico do curso?**

\_\_\_\_\_

**39. Há previsão de atualização/modificação do projeto político pedagógico do curso?**

\_\_\_\_\_

**40. Na sua avaliação, o curso de enfermagem prepara o aluno para atuar, principalmente (marque apenas uma alternativa):**

- Na atenção hospitalar/especializada
- Na atenção básica
- No gerenciamento de serviços
- Pesquisa
- Docência
- Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**41. Qual é a carga horária total do curso? \_\_\_\_\_ horas**

**42. A atenção básica está contemplada no projeto político pedagógico do curso de enfermagem?**

- Sim
- Sim. Apenas em disciplinas eletivas
- Não
- Não sei

**43. Quais estratégias de ensino utilizadas para o ensino da atenção básica no curso de enfermagem? (Marque quantas alternativas forem necessárias)**

- Aulas expositivas
- Utilização de recursos auxiliares como vídeos e debates
- Aulas práticas em cenários externos (unidades de saúde, escolas etc.)
- Outro (s). Especifique: \_\_\_\_\_

**44. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica?**

- Os docentes do curso     Preceptores contratados para este fim
- Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
- Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**45. Quais são as principais ações que os alunos desenvolvem nos cenários de prática da atenção básica?**

---

**46. Em qual(is) período(s) e disciplinas se abordam temas relacionados à atenção básica durante o curso? Especifique a disciplina e a carga horária.**

---

<b>Período</b>	<b>Nome da Disciplina</b>	<b>Carga horária teórica</b>	<b>Carga horária prática</b>

**47. Como você avalia a matriz curricular do curso de enfermagem ofertado na instituição para atuação do profissional na Atenção Básica?**

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sei informar

**48. Com relação aos cenários de ensino-aprendizagem, identifique quais os locais são utilizados pela instituição para a abordagem prática dos alunos:**

- Hospital Universitário
- Hospital Geral Público
- Hospital Geral Privado/Filantrópico
- Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopedia, Câncer etc.)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Unidades de Saúde da Família (USF)
- Posto municipal de saúde
- Policlínicas de especialidades ambulatoriais
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)
- Residência Terapêutica
- Hospital Dia
- Escolas
- Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_

**49. Qual o sistema de avaliação dos alunos?**

---

**50. A instituição de ensino participa ou participou de algum programa/iniciativa/parceria que visa impulsionar a reorientação da formação profissional de seus alunos para atuação na atenção básica?**

- Sim. (Marque abaixo quantas opções forem necessárias.)
- Pró-Saúde
  - Pet-Saúde
  - VER-SUS
  - Promed
  - Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_
- Não (Pule para a questão 53)
- Não sei informar (Pule para a questão 53)

**51. Avalie as estratégias listadas abaixo quanto às contribuições para o ensino e atuação na atenção básica?**

<b>Estratégias</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Não modificou</b>	<b>Não sabe</b>
Pró-Saúde					
Pet-Saúde					
VER-SUS					
Promed					
Outro. Especifique:					
Outro. Especifique:					

## BLOCO 6: PERFIL DO EGRESSO DE ENFERMAGEM

**52. Como você avalia, a partir da legenda abaixo, o conteúdo abordado durante o curso para a realização das ações listadas pelos médicos formados por essa instituição.**

1- o curso de graduação oferece **todo** o conteúdo necessário para realização desta ação;

2 - o curso oferece **parcialmente** o conteúdo necessário para realização desta ação;

3 - o curso **não oferece** o conteúdo necessário para realização desta ação;

4 – não sei ou tenho dúvidas.

Ações de Saúde	Avaliação			
	1	2	3	4
Consulta de enfermagem agendada/programada individual em todas as faixas etárias				
Atendimento de urgência e emergência				
Atendimento domiciliar				
Atendimento à criança (puericultura)				
Avaliação antropométrica				
Atendimento de pré-natal de baixo risco				
Atendimento de pré-natal de alto risco				
Atendimento à pacientes psiquiátricos				
Acolhimento com classificação de riscos				
Acompanhamento de pacientes com doenças agudas				
Acompanhamento de pacientes com doenças crônicas				
Aconselhamento e acompanhamento de pacientes com DST				
Aconselhamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids				
Solicitação de exames laboratoriais				
Interpretação de exames laboratoriais				
Solicitação de exames de imagem				
Interpretação de exames de imagem				
Prescrição de medicamentos previstos em protocolos institucionais				
Prescrição de antibióticos				
Prescrição de medicamentos para pacientes com doença pré-diagnosticada pelo médico				
Prescrição de anti-helmínticos				
Prescrição medicamentosa para hipertensos				
Prescrição medicamentosa para diabéticos				
Prescrição medicamentosa para pacientes em insuficiência respiratória aguda				
Prescrição de qualquer medicamento				
Administração de medicamentos				

Ações de Saúde	Avaliação			
	1	2	3	4
Solicitação de ECG				
Realização de ECG				
Interpretação de ECG				
Realização de coleta de exame colpocitológico				
Realização de diagnóstico e tratamento de doenças ginecológicas				
Realização de parto normal				
Realização de parto normal emergencial				
Realização de diagnóstico e tratamento de doenças urológicas				
Realização de curativos				
Realização de drenagem de abscesso				
Realização de sutura				
Inserção de cateter superficial				
Inserção de cateter profundo				
Inserção de sondas nasogástricas e uretrais				
Realização de planejamento familiar				
Realização/orientação de imunização				
Planejamento e realização de campanha de vacinação				
Gerenciamento de Rede de Frio				
Gerenciamento de Central de Esterilização				
Realização de grupos de educação em saúde dentro da unidade de saúde				
Realização de grupos de educação em saúde fora da unidade de saúde				
Realização de ações de promoção da saúde				
Realização de práticas integrativas (ex. acupuntura)				
Orientação de ações de saúde bucal				
Tratamento de deficiências nutricionais				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				
Supervisão de outros profissionais				

**53. Descreva em linhas gerais qual o perfil dos enfermeiros formados por este curso?**

---

**54. Qual sua opinião sobre a expansão do escopo de prática de profissionais de saúde?**

---

Agradecemos a sua participação.

**APÊNDICE B** - Questionário semiestruturado para entrevistas telefônicas assistidas por computador

### **MÁSCARA QUESTIONÁRIO DE PESQUISA– REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE**

Esta pesquisa “*Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde*” está sendo realizada pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que compõem a Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS (ObservaRH).

Nosso objetivo é analisar os processos de formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática. Gostaríamos de solicitar sua especial colaboração em participar desta pesquisa sobre escopos de prática. O questionário é composto por perguntas abertas e fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, gostaríamos que você expressasse a sua opinião, **sem levar em conta a legislação profissional atual.**

Sua participação é muito importante e é voluntária. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo.

**BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO E CURSO**  
**(Este bloco já vai estar preenchido)**

1. Nome:
2. Município:
3. Estado/UF:
4. Credenciamento junto ao MEC (Se é faculdade, universidade ou centro universitário)
5. Ano de credenciamento junto ao MEC:
6. Ano de autorização para o funcionamento do curso:
7. Ano e semestre que o curso de enfermagem iniciou as atividades:
8. Ano que se deu o reconhecimento do curso de enfermagem?
9. Cursos de nível superior em saúde que a instituição oferece além da enfermagem:
  - Farmácia
  - Medicina
  - Nutrição
  - Psicologia
  - Odontologia
  - Fisioterapia
  - Assistência Social
  - Educação Física
  - Saúde Coletiva
  - Biologia
  - Biomedicina
  - Fonoaudiologia
  - Medicina Veterinária
  - Terapia Ocupacional
10. Período de funcionamento do curso: (se integral, matutino, vespertino, noturno ou quinzenais)
11. Valor médio inicial da mensalidade do curso:
12. O curso participa de algum programa destinado à concessão de financiamento a estudantes?
  - Não
  - Sim
    - Fundo de Financiamento Estudantil - FIES
    - Programa Universidade para Todos - ProUni
    - Outros. Especifique:
13. Como é o processo de seleção para entrada no curso (vestibular, ENEM, Seriado ou outro)
14. Periodicidade do processo seletivo: Anual ou Semestral
15. Quem organiza e realiza o processo seletivo: (A própria instituição de ensino, uma empresa contratada ou outro)
16. A instituição participa de alguma política afirmativa (política de cota)?
  - Racial
  - Escola pública
  - Renda
  - Indígena

**BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
2. Qual a sua naturalidade (Município /UF): \_\_\_\_\_ /\_\_
3. Qual o seu ano de nascimento:
4. Qual a sua formação profissional  
( ) Enfermagem ( ) Outro. Especifique:
5. Qual o seu ano de formação:
6. Qual o seu município/UF de formação: \_\_\_\_\_ /\_\_
7. Qual o seu maior nível de formação:
  - Superior Completo
  - Residência em: \_\_\_\_\_
  - Especialização em: \_\_\_\_\_
  - Mestrado em: \_\_\_\_\_
  - Doutorado em: \_\_\_\_\_
  - Pós-Doutorado em: \_\_\_\_\_
8. Qual a sua função nesta instituição de ensino (Curso de Enfermagem)?  
( ) Coordenador de curso ( ) Diretor da Faculdade  
( ) Outra. Especificar:
9. Há quanto tempo você atua nesta função na gestão atual? \_\_\_\_ anos e \_\_\_\_ meses
10. Você teve experiência prévia com cargos de gestão em instituições de ensino? ( ) Sim. ( ) Não

### BLOCO 3- CARACTERIZAÇÃO DOS ALUNOS E CORPO DOCENTE DA INSTITUIÇÃO

11. Quantas vagas por semestre/ano o curso oferece?
12. Qual a média percentual de vagas preenchidas por semestre/ano?
13. Quais fatores estão relacionados ao não preenchimento total das vagas?
- aprovação em outras instituições ou cursos
  - valor da mensalidade (instituições privadas)
  - não acesso a programas de concessão de financiamento estudantil
  - mercado de trabalho concorrido
  - baixos salários
  - outro, qual \_\_\_\_\_
14. Qual a origem da maior parte dos alunos que cursam Enfermagem nesta instituição? (citar as opções)
- Do próprio município
  - Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR
  - Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado
  - Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado
  - Outros. Especifique:
15. Qual a origem da maior parte dos docentes do curso de Enfermagem desta instituição? (citar as opções)
- Do próprio município
  - Do próprio município e municípios da mesma região de saúde –CIR
  - Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro do Estado
  - Do próprio município, municípios da mesma região de saúde - CIR, e de outras regiões dentro e fora do Estado
  - Outros. Especifique:

**BLOCO 4- ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO**

16. Houve consultoria externa para elaboração do projeto político pedagógico (PPP) do curso de Enfermagem?
- ( ) Sim, privado  
( ) Sim, público  
( ) Não
17. Em que ano houve a última atualização / modificação do PPP?
18. Eu citarei a seguir algumas áreas de atuação e gostaria que você ordenasse de 1 a 6 segundo a ênfase de formação deste curso, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase:
- ( ) Atenção hospitalar  
( ) Atenção especializada/ambulatorial  
( ) Atenção primária  
( ) Gestão de serviços de saúde  
( ) Pesquisa  
( ) Docência
19. O curso é subdividido em ciclos (básico/profissionalizante)?
- ( ) Sim  
( ) Não
20. A estrutura curricular é organizada por disciplina?
- ( ) Sim  
( ) Não, especifique: \_\_\_\_\_
21. O currículo contempla obrigatoriamente atividades integradas e compartilhadas com outros cursos?
- ( ) Sim  
( ) Não
22. Qual a carga horária total de conteúdos teóricos? \_\_\_\_\_
23. Qual a carga horária total de conteúdos teórico-práticos? \_\_\_\_\_

24. Qual a carga horária total de estágios/internato? \_\_\_\_\_
25. A seguir eu citarei alguns locais, eu gostaria que você me falasse se eles são utilizados pela instituição para a prática dos alunos: (Citar todas as opções)
- Hospitais gerais
  - Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)
  - Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
  - Unidades de Atenção Primária
  - Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF)
  - Policlínicas, ambulatórios e clínicas especializadas
  - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
  - Residência Terapêutica
  - Creches e/ou Escolas primárias/secundária
  - Lar de idosos
  - Empresas
  - Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)
  - Outro(s). Especifique:
26. Quem são os atores que acompanham os alunos nos cenários de prática da atenção básica? (Citar todas as opções)
- Os docentes do curso
  - Preceptores contratados para este fim
  - Profissionais de saúde das unidades de saúde onde são desenvolvidas as atividades
  - Outro. Especifique:

## BLOCO 5- PERFIL DE COMPETENCIAS DOS EGRESSOS DE ENFERMAGEM

27. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse as ações de saúde que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES DE SAÚDE	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar acolhimento com classificação de riscos				
Realizar atendimento de urgências e emergências psiquiátricas				
Realizar acompanhamento de pacientes psiquiátricos				
Realizar pré-natal de baixo risco				
Realizar pré-natal de alto risco				
Realizar consulta de puericultura				
Realizar avaliação antropométrica				
Realizar planejamento familiar				
Realizar grupos de educação em saúde				
Realizar ações de promoção da saúde				
Realizar orientações de saúde bucal				
Trabalhar em equipe multidisciplinar				

28. Considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora os procedimentos que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

PROCEDIMENTOS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Realizar sutura				
Retirar pontos				
Realizar drenagem de abscesso				
Realizar imobilizações				
Realizar parto normal				
Realizar parto normal emergencial				
Inserir cateter venoso superficial				
Inserir cateter venoso profundo				
Realizar punção arterial				
Inserir sondas nasogástricas				
Inserir sondas nasoentéricas				
Inserir sondas uretrais				
Realizar intubação traqueal				
Prescrever curativos				
Realizar curativos				
Realizar anestesia local				
Administrar medicamentos				
Administrar vacinas				

29. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora alguns procedimentos de apoio diagnóstico que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Solicitar exames laboratoriais				
Interpretar exames laboratoriais				
Solicitar exames de imagem				
Interpretar exames de imagem				
Realizar Papanicolau				
Interpretar resultado do Papanicolau				
Solicitar eletrocardiograma				
Realizar eletrocardiograma				
Interpretar eletrocardiograma				
Realizar teste tuberculínico (PPD)				
Interpretar o resultado de teste tuberculínico (PPD)				
Realizar teste do pezinho				
Fazer diagnóstico médico				
Comunicar diagnóstico médico a pacientes				
Renovar prescrição médica				
Prescrever antibióticos				
Prescrever antifúngicos				
Prescrever anti-inflamatórios				
Prescrever medicamentos psicoativos				
Prescrever anti-helmínticos				
Prescrever medicamentos para pacientes com doença crônicas já diagnosticadas pelo médico				
Prescrever medicamentos para pacientes em insuficiência respiratória aguda				
Tratar deficiências nutricionais				

30. Ainda considerando os conteúdos teórico-práticos e os estágios oferecidos pelo curso, gostaria que você avaliasse agora algumas ações gerenciais que citarei a seguir, indicando se o curso prepara, prepara parcialmente ou não prepara os alunos para desenvolvê-los:

AÇÕES GERENCIAIS	Avaliação			
	Não	Parcialmente	Sim	Não sei
Planejar e realizar de campanha de vacinação				
Gerenciar Rede de Frio				
Gerenciar Central de Esterilização de Materiais				
Supervisionar outros profissionais				
Realizar notificação compulsória				
Atestar óbito				

31. A seguir eu farei algumas afirmativas e gostaria que você me falasse a intensidade em que concorda ou discorda delas: (Se discorda totalmente, se discorda, se não concorda nem discorda, se concorda ou se concorda totalmente)

Afirmativa	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Algumas tarefas executadas por médicos na Atenção Básica poderiam ser realizadas por enfermeiros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isso faria com que a atenção primária fosse mais resolutiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isso poderia compensar a escassez de médicos na Atenção Básica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Se positivo (concordou ou concordou totalmente com a afirmativa 1) relacione até cinco ações médicas que podem ser realizadas por enfermeiros na atenção primária.

---

---

---

---

---

Observações:

---

---

**ANEXO - Parecer consubstanciado do CEP**

INSTITUTO DE MEDICINA  
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde

**Pesquisador:** Celia Regina Pierantoni

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 46779115.5.0000.5260

**Instituição Proponente:** Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

**Patrocinador Principal:** ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.248.858

**Apresentação do Projeto:**

O projeto trata de analisar a regulação do trabalho e das profissões da saúde no Brasil. Para os autores, o grande desafio é o da criação de dispositivos que permitam articular trabalho e formação de modo a traduzir as demandas atuais em um sistema de regulação mais flexível que permita combinar adequadamente as habilidades e competências multiprofissionais adequadas às necessidades do Sistema Único de Saúde. Objetiva-se analisar os processos de regulação da formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática e reforçar as capacidades de avaliação e de monitoramento das políticas de formação de pessoal e o processo de revisão e expansão de escopos de prática das profissões de saúde no Brasil. Trata-se de estudo descritivo, exploratório e abordagem qualitativa, de âmbito nacional, cujos dados serão coletados por meio de revisão da literatura e legislação nacional e internacional, entrevistas em profundidade e survey com atores envolvidos no processo de formação, desenvolvimento, trabalho e regulação de profissionais de saúde: usuários, profissionais, gestores, diretores/coordenadores de instituições de ensino superior e representantes de conselhos profissionais. As entrevistas serão realizadas por meio de questionários semiestruturados e os grupos focais por meio de roteiro norteador. Os dados resultantes da revisão de literatura serão analisados descritivamente, cuja apresentação se dará

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.550-900

**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.br

INSTITUTO DE MEDICINA  
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-



Continuação do Parecer: 1.248.858

por meio de quadros síntese. Àqueles resultantes de entrevistas e grupos focais serão tratados por estatística descritiva e análise de conteúdo. Os resultados desta etapa serão expressos por meio de tabelas, gráficos e matrizes. Como resultante e produto desta pesquisa os autores preveem a sistematização das atribuições, competências e escopos de práticas das diferentes profissões de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção primária à saúde, e as interfaces entre as diferentes profissões de saúde

**Objetivo da Pesquisa:**

A hipótese do projeto é que a expansão de escopos de práticas de profissionais de saúde pode contribuir para a interiorização dos serviços de saúde, redução das disparidades regionais no que tange ao acesso aos serviços de saúde e aumento da eficiência, eficácia e resolubilidade do sistema nacional de saúde. O objetivo principal é de analisar os processos de regulação da formação e do exercício de diferentes profissões da saúde tendo como eixo a questão da expansão dos escopos de prática e reforçar as capacidades de avaliação e de monitoramento das políticas de formação de pessoal e o processo de revisão e expansão de escopos de prática das profissões de saúde no Brasil.

Especificamente, o projeto visa:

1. Identificar as atribuições, competências e o escopo de práticas das diferentes profissões e ocupações de saúde no âmbito dos serviços que compõem as redes de atenção primária à saúde, e as interfaces entre as diferentes profissões e ocupações de saúde.
2. Analisar a formação e qualificação dos profissionais de saúde de nível superior e médio para identificar as adequações às necessidades do SUS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos do projeto de pesquisa são avaliados como oferecendo riscos mínimos aos sujeitos investigados. Sobre os benefícios, o estudo almeja possibilitar um maior conhecimento sobre a questão dos escopos de prática e dos mecanismos da regulação do trabalho e da formação das profissões de saúde além de ampliar o debate sobre políticas de formação de e avaliação de competências expandidas das profissões de saúde baseadas na ampliação do acesso e qualidade dos serviços e segurança dos usuários em coordenação com as instituições de formação e associações de ensino profissional. - Fortalecer rede de intercâmbio entre pesquisadores do campo das políticas públicas de recursos humanos na saúde nos países, potencializando, análises comparadas sobre mecanismos de regulação profissional na saúde, qualificar gerentes, planejadores, pesquisadores que trabalham direta ou indiretamente com recursos humanos na

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

INSTITUTO DE MEDICINA  
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-



Continuação do Parecer: 1.248.858

saúde no campo da regulação a partir das metodologias utilizadas no desenvolvimento do projeto: grupos de diálogos on line, estabelecimento de redes, seminários entre outras apropriadas para o tema e ainda ampliar o conhecimento sobre os processos de revisão, expansão e fortalecimento dos escopos de pratica das diferentes profissões de saúde, no sentido de possibilitar o uso pleno de suas capacidades considerando a alta qualidade dos serviços e seus resultados em termos de segurança promovendo seminário e debates via web envolvendo atores da academia e do serviço

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As atividades e a metodologia propostas para as metas da pesquisa estão adequadas e dentro das normas éticas preconizadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os TCLE apresentados foram revisados e adequados às normas.

**Recomendações:**

Nenhuma. O projeto foi revisto pela pesquisadora principal e as seguintes pendencias foram atendidas: a) Foi incluído orçamento financeiro; b) Foi incluído os TCLE de cada segmento, esclarecendo qual a entidade financiadora; c) Foi incluído os roteiros das entrevistas e dos grupos focais; d) A metodologia de seleção foi detalhada e revisado os convites aos participantes para as entrevistas e para os grupos focais (gestores, profissionais, usuários e representantes dos conselhos profissionais).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto pode ser aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não