



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE- DOUTORADO

**DIÁLOGOS ENTRE PROCESSOS FORMATIVOS
E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM**

Rosangela Diniz Cavalcante

**João Pessoa-PB
2019**

ROSANGELA DINIZ CAVALCANTE

**DIÁLOGOS ENTRE PROCESSOS FORMATIVOS
E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regular para a obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Modelos em Saúde

Orientadores:

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

João Pessoa-PB

2019

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C376d Cavalcante, Rosangela Diniz.

Diálogos entre processos formativos e a prática em enfermagem / Rosangela Diniz Cavalcante. - João Pessoa, 2019.

171 f. : il.

Orientação: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Eufrásio de Andrade Lima Neto.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN.

1. Educação Superior. 2. Educação em Enfermagem. 3. Prática Profissional. 4. Mercado de Trabalho. I. Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva. II. Lima Neto, Eufrásio de Andrade. III. Título.

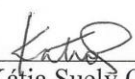
UFPB/CCEN

ROSANGELA DINIZ CAVALCANTE

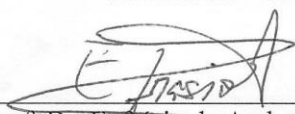
**DIÁLOGOS ENTRE PROCESSOS FORMATIVOS E A PRÁTICA EM
ENFERMAGEM**

João Pessoa/PB, 22 de fevereiro de 2019

Banca Examinadora



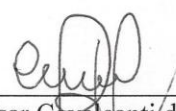
Prof. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Orientadora - UFPB



Prof. Dr. Eurásio de Andrade Lima Neto
Orientador - UFPB



Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Membro Interno - UFPB



Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Membro Externo UFPB - UFPB



Prof. Dra. Soraya Maria de Medeiros
Membro Externo - UFRN

***Dedico aos meus pais (Antônio
Cavalcante de Sá e Maria Idália Diniz
Cavalcante), pelo amor incondicional,
escuta qualificada, paciência e
presença constante em todos os
momentos da minha vida.***

AGRADECIMENTOS

A DEUS,

Pela vida e pelas maravilhas que me proporcionou sempre, Senhor! Agradeço Sua presença constante, fortalecendo-me e me fazendo trilhar os caminhos, mesmo que tortuosos, mas sempre com fé e confiança em Ti. Gratidão eterna.

AOS MEUS PAIS,

Pela dedicação, amor e por me oportunizarem a educação familiar, escolar e acadêmica. Carregarei comigo o exemplo de luta, a história de vida de dois filhos de agricultores que conseguiram desbravar o mundo em busca de uma vida melhor, oportunizando a mim e a meu irmão Robson (*in memoriam*) o que vocês mesmos não conseguiram ter.

À MINHA SOBRINHA,

Pelo carinho, olhar terno e confiança. Que eu possa ser um pouco de exemplo de luta e perseverança para você, principalmente nos estudos. Muito obrigada por tornar meus dias mais amenos!

À MINHA FAMÍLIA,

Pelas orações, torcida, incentivo e apoio dispensados, muitos a distância, mas todos de coração.

Ao primo **Ernani** e à sua esposa **Gianni** especialmente,

Pela acolhida e apoio imensurável oferecidos a mim durante minha estada em João Pessoa - Cabedelo/PB.

Pela moradia nesses quatro anos de doutorado (no paraíso), além das companhias sempre agradáveis e pela guarda compartilhada de Mel (minha fiel parceira canina). Nas palavras não cabem o meu apreço, admiração e gratidão por vocês.

À **Vanessa** e à **Laine** (primas),

Pelo afeto, zelo e incentivo revelados durante os diálogos doces e pacientes ao telefone.

AOS ORIENTADORES:

*À Professora **Kátia**,*

Pelas valiosas contribuições, dedicação e zelo nas orientações.

Pela paciência e disponibilidade até nas férias, para auxiliar na finalização da tese.

Mas, sobretudo, pela confiança, empenho e coragem em assumir comigo este trabalho, faltando apenas seis meses para a conclusão. Meu respeito e admiração.

*Ao Professor **Eufrásio**,*

Pelos ensinamentos do universo estatístico, compartilhados durante as orientações e nas disciplinas de Modelos Lineares e Álgebra.

Pelas contribuições na construção da tese, participando ativamente desde a ideia inicial deste constructo.

Pela exigência e dedicação nas orientações, ensinando-me a caminhar com minhas próprias pernas durante o percurso metodológico deste trabalho.

AOS PROFESSORES DA PÓS-GRADUAÇÃO:

*Ao Professor **César**,*

Pela confiança e oportunidade a mim dispensadas, proporcionando, assim, a entrada e a realização do Doutorado.

Pela competência, didática e conhecimentos compartilhados durante as disciplinas de Filosofia da Ciência e Metodologia do Ensino Superior.

Pelas contribuições significativas à tese, auxiliando e participando do seu processo de construção.

Pela sua parceria, sensibilidade e escuta qualificada durante nossa convivência. Meu afeto e respeito.

*Ao Professor **Ulisses**,*

Pelos conhecimentos compartilhados na disciplina de Modelos de Probabilidade e Inferência Estatística, minha primeira aproximação com o assunto.

Pela participação e colaboração com este trabalho desde a qualificação.

*À Professora **Ana Teresa**,*

Pelas leituras e discussões proporcionadas durante a disciplina de Metodologia da Pesquisa Qualitativa, auxiliando também na construção deste trabalho.

*Ao Professor **Hemílio**,*

Por permitir minha participação como ouvinte em sua disciplina, proporcionando a revisão de conteúdos sobre os testes não paramétricos e a compreender a importância do planejamento amostral para a condução da pesquisa.

*Ao Professor **João Agnaldo**,*

Pelo bom humor, disponibilidade e empatia no tratamento ao corpo discente da pós-graduação durante sua gestão. Meu afeto e admiração.

À BANCA EXAMINADORA,

Pela disposição em aceitarem a colaborar com o trabalho. Especialmente a professora **Soraya**, que prontamente aceitou o convite e, mais uma vez, como no mestrado, veio tecer importantes contribuições sobre o tema abordado.

AOS AMIGOS QUE O PPMDS ME PRESENTEOU,

*À **Ana Carolina** (Carol), **Cecília** (Ceci) e **Luciana** (Lu),*

Pela parceria e partilha de conhecimentos e anseios, durante as disciplinas cursadas.

Pela presença constante nos momentos de solidão, de angústia e até de desespero vividos nesses quatro anos.

Amigas, vocês foram sinônimo de força, luta e companheirismo. Hoje me sinto parte da família de cada uma de vocês, assim como vocês são parte da minha. Gratidão por tudo!

*A **Maísa** e **Alisson**,*

Pela sensibilidade em me ouvirem e por sempre se mostrarem solícitos, partilhando angústias e aprendizados.

*Ao secretário **Francisco** (Chico),*

Pelo apoio e cuidado durante o Doutorado, auxiliando e orientando na confecção de documentos e alertando sobre os prazos.

AOS AMIGOS, PARCEIROS DE VIDA,

À Lorrainy,

Pela ajuda incondicional na coleta de dados, hospedando-me durante um mês em sua residência em Mossoró/RN e facilitando o meu contato com vários possíveis participantes da pesquisa. Pela amizade e cumplicidade constante e, principalmente, por me fazer enxergar a vida além do Doutorado, mostrando a importância de alimentar meu lado *sapiens/demens* e a viver os afetos e a poesia, saboreando os encontros que a vida nos proporciona. Minha eterna admiração.

À Flávia e à Senei,

Pela atenção, cuidado e apoio constante, ouvindo pacientemente minhas lamentações durante esse período, procurando sempre me acalmar e me mostrando o valor da verdadeira amizade na construção da identidade humana.

Pelo envolvimento efetivo na rede de apoiadores durante a coleta de dados desta investigação, apresentando-me coordenadores da Atenção Básica de municípios do leste Potiguar, amigos de João Câmara (Rafinha), que inclusive me hospedou em sua residência, e viajando comigo para realizar a coleta de dados durante minha crise de Hérnia de Disco. Jamais esquecerei tamanho apoio e cuidado.

A Alcides, Ildone, Jennifer, Diego e Raquel,

Pelo incentivo na realização do Doutorado, desde a seleção até a finalização da tese.

Pelo apoio para capacitação docente, votando a favor da minha liberação em tempo integral.

Pelo auxílio durante a coleta na região do Oeste Potiguar, apresentando-me pessoas que colaboram efetivamente com a realização desta pesquisa.

Pelas conversas, encontros, tanto pessoalmente como por telefone, compartilhando aventuras e aprendizados da vida acadêmica e da vida pessoal.

AOS QUERIDOS ALUNOS/EGRESSOS DA UERN,

À Jenifer e à Aline,

Pela cooperação significativa na realização da coleta de dados desta investigação, desbravando as regiões do Agreste e Seridó Potiguar.

A Glauber,

Pelo compartilhamento de conhecimentos sobre o uso do software IRAMUTEQ, possibilitando, assim, a utilização desta técnica na tese.

A Fábio, Leonardo, Tássia, Gisleane, Evandilson e Raniclécia,

Por me auxiliarem a contactar possíveis participantes da pesquisa na cidade onde residem ou em seu ambiente de trabalho/estudo.

A Marquiony,

Por auxiliar na divulgação e participação de cursos na UFRN sobre métodos quantitativos, além de disponibilizar referências sobre a temática.

À UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE,

Pela liberação para capacitação docente em tempo integral. Em especial aos meus colegas de trabalho do departamento de Enfermagem- Campus Caicó/UERN, pelo apoio e confiança.

À concessão de bolsa/UERN para ajuda de custos com a pós-graduação, no período de três anos.

À professora e colega **Regilene,**

Pela divulgação do edital de seleção de 2015 do PPMDS/UFPB, possibilitando, assim, a minha concorrência à vaga para o Doutorado.

AOS ENFERMEIROS DO RIO GRANDE DO NORTE

A Todos,

Por atenderem minhas ligações, responderem minhas mensagens e prontamente me ajudarem disponibilizando contatos telefônicos atuais de seus colegas e /ou outras informações.

Por auxiliarem na divulgação da pesquisa, entre grupos de WhatsApp, facilitando, dessa forma, o meu contato.

Aos colaboradores da pesquisa,

Pelo tempo e atenção concedidos durante o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, possibilitando a captação de informações que levaram aos resultados desta pesquisa.

Pela receptividade em suas residências, mesmo diante de uma conjuntura social marcada pela violência e relações líquidas como afirma Bauman. Sinônimo de que a humanidade, principalmente no interior do estado do Rio Grande do Norte, ainda guarda um pouco de confiança entre os pares.

A João Paulo,

Pela iniciativa e desprendimento em entrar na minha vida, mesmo que de uma forma muito inusitada, como diz um trecho da música de Marisa Monte: “E no meio de tanta gente eu encontrei você...”.

Pelo incentivo e força, principalmente na reta final da tese, estimulando-me a persistir diante das adversidades e a valorizar as pessoas e os momentos que verdadeiramente importam.

AO COREN-RN,

Pelas informações cedidas para realização desta pesquisa, em especial a então presidenta na época, **Suerda Santos Menezes**, e o responsável técnico pelo sistema de informação do COREN/RN, **Clécio**, que prontamente me receberam e atenderam meus pedidos.

AOS COORDENADORES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E DA ATENÇÃO BÁSICA DE ALGUNS MUNICÍPIOS,

Pela divulgação da pesquisa entre os possíveis participantes, e pelo convite a participar de reuniões proporcionando abordar um maior número de enfermeiros.

Enfim, a todos e a todas, que participaram direta ou indiretamente da construção deste trabalho.

Minha eterna gratidão.

RESUMO

Pesquisa com objetivo de avaliar, junto aos egressos, a articulação entre processos formativos e a prática profissional, mediante as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem no estado do Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo e inferencial de abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram enfermeiros egressos de oito Instituições de Ensino Superior (IES) e inscritos no Conselho Regional de Enfermagem do estado no período correspondente de 2014 a 2016. A amostra foi probabilística e estratificada com alocação proporcional por IES. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2017 a março de 2018. Os dados quantitativos foram coletados mediante aplicação de questionários estruturados, destes, 174 foram utilizados nas análises da estatística descritiva e inferencial. Os dados qualitativos foram obtidos em 15 entrevistas semiestruturadas e submetidos à técnica de análise de conteúdo na modalidade lexical. Na análise quantitativa, identificou-se associação estatística entre a natureza jurídica da IES e seis variáveis da caracterização, após realização do teste qui-quadrado. Quanto à formação segundo as orientações das DCN, os egressos avaliaram negativamente: a participação discente na construção do projeto pedagógico do curso, o preparo na administração de conflitos na equipe de saúde; a condução da formação de outros profissionais de saúde; a utilização de dados e ferramentas na pesquisa profissional e a articulação entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Já os itens melhor avaliados, foram: a dimensão ética e humanística; o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação de acordo com as necessidades individuais e coletivas; a diversidade de cenários de práticas e estágios e a dimensão assistencial nos diferentes ciclos de vida. Após a realização do teste Mann-Whitney entre os itens das dimensões avaliadas e a natureza jurídica das IES, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em 4 itens: articulação entre ensino, pesquisa e extensão; oportunidades de atividades de monitoria, extensão e iniciação científica; conhecimento sobre a estrutura social e sua influência para a organização da enfermagem e articulação do projeto pedagógico do curso com as DCN da Enfermagem. Sendo assim, é possível afirmar que, em relação a estes aspectos, a formação em IES públicas foi melhor avaliada comparada à formação ofertada pelas IES privadas. Na análise qualitativa, as entrevistas foram transformadas em um único *corpus textual* e submetidas ao tratamento da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), obtendo retenção de 84,20%. Da CHD resultaram duas categorias analíticas, a primeira subdividida em: três classes (1, 4 e 5) e a segunda em duas classes (2 e 3). As classes 1, 4 e 5 abordaram os desafios da formação em enfermagem frente ao mercado de trabalho. Na classe 1, entre as fragilidades apresentadas estão: a formação clínica hospitalar, a abordagem da liderança/gerenciamento e o planejamento em saúde. A classe 4 abordou questões didático-pedagógicas como: o papel do professor/mediador na construção do conhecimento, a organização de disciplinas e carga horária e a qualidade da infraestrutura de laboratórios e bibliotecas ofertadas pelas IES. Já o tema gerador da classe 5 foi a importância da formação na realidade dos serviços de saúde, rompendo com a dicotomia histórica entre teoria e prática à medida que avança na articulação entre ensino/serviço e comunidade. As classes 2 e 3 conversam sobre o papel das instituições formativas na reorientação e no fortalecimento do ensino em Enfermagem. Para tanto, os egressos sugerem melhorar o estímulo da dimensão científica e política na formação, como disparador de mudanças significativas na profissão da enfermagem e, consequentemente, na sua prática profissional. Sugerem também o aumento na oferta de atividades curriculares não obrigatórias tais quais: monitoria, atividades extensionistas, estágios não obrigatórios e pesquisas. Além disso, apontam a necessidade de ampliação das parcerias, principalmente junto à iniciativa privada, bem como o incentivo ao empreendedorismo e à busca pela cooperação e

participação no ensino de entidades representativas da classe. Portanto, avaliar os elementos da formação em enfermagem se faz necessário, tendo em vista que refletirá na inserção do enfermeiro no mercado de trabalho em saúde. Destarte, a formação não deve estar a serviço da necessidade mercadológica, porém, é imprescindível a existência de um diálogo, de modo que a educação superior possa contribuir para formação de profissionais com perfil ético/político, capazes de exercerem seus direitos de cidadania na busca por direitos assegurados e condições de trabalho para o desenvolvimento de suas funções produtivas.

Palavras-chaves: Educação Superior; Educação em Enfermagem; Prática Profissional; Mercado de Trabalho.

ABSTRACT

Research with the objective of evaluating, together with the graduates, the articulation between training processes and professional practice, through the National Curriculum and Content Standards for Nursing undergraduate courses in the state of Rio Grande do Norte. This is an exploratory, transversal, descriptive and inferential study of quali-quantitative approach. Registered nurses from eight Higher Education Institutions (HEIs) enrolled in the Nursing Regional Council of the state in the corresponding period from 2014 to 2016. The sample was probabilistic and stratified with proportional allocation by HEI. Data were collected between August 2017 and March 2018. Quantitative data were collected through the application of structured questionnaires. From these, 174 were used in the analysis of descriptive and inferential statistics. Qualitative data were obtained in 15 semi-structured interviews and submitted to the content analysis technique in the lexical mode. In the quantitative analysis, a statistical association was identified between the legal nature of the HEI and six variables of characterization after the chi-square test. Regarding the training according to the guidelines of the National Curriculum, the graduates evaluated negatively: the student participation in the construction of the pedagogical project of the course, the preparation in the administration of conflicts in the health team; the training of other health professionals; the use of data and tools in professional research and the articulation between teaching, research and extension activities. The items that were better evaluated were: the ethical and humanistic dimension; the development of promotion activities, prevention and rehabilitation actions according to individual and collective needs; the diversity of scenarios of practices and stages and the assistance dimension in the different life cycles. After performing the Mann-Whitney test between the items of the dimensions evaluated and the legal nature of HEI, statistically significant differences were found in 4 items: articulation between teaching, research and extension; opportunities for tutoring, extension and scientific initiation activities; knowledge about the social structure and its influence for the organization of nursing and articulation of the pedagogical project of the course with the Nursing National Curriculum. Thus, it is possible to affirm that, in relation to these aspects, the training in public HEIs was better evaluated compared to the training offered by private HEIs. In the qualitative analysis, the interviews were transformed into a single *textual corpus* and submitted to the treatment of the Descending Hierarchical Classification (DHC), obtaining retention of 84,20%. The DHC resulted in two analytical categories, the first subdivided into three classes (1, 4 and 5) and the second into two classes (2 and 3). Classes 1, 4 and 5 addressed the challenges of nursing training in the job market. In class 1, among the fragilities presented there are: hospital clinical training, the leadership/management approach, and health planning. Class 4 addressed didactic-pedagogical issues such as: the role of the teacher/mediator in the construction of knowledge, the organization of disciplines and workload and the quality of the infrastructure of laboratories and libraries offered by HEIs. The theme of class 5 was the importance of training in the reality of health services, separating the historical dichotomy between theory and practice as it progresses in the articulation between teaching/service and community. Classes 2 and 3 discuss the role of training institutions in the reorientation and strengthening of nursing education. To this end, graduates suggest improving the stimulation of the scientific and political dimension in training, as a trigger for significant changes in the nursing profession and, consequently, in their professional practice. They also suggest an increase in the supply of non-compulsory curricular activities such as: tutoring, extension activities, non-compulsory internships and research. In addition, they point out the need to expand partnerships, especially with the private initiative, as well as the incentive to entrepreneurship and the search for cooperation and participation in the teaching of entities representing this working class. Therefore, evaluating

the elements of nursing education is necessary, considering that it will reflect about the insertion of nurses in the health job market. Therefore, training should not be in the service of marketing needs; however, a dialogue must be in place, so that higher education can contribute to the formation of professionals with an ethical/political profile capable of exercising their citizenship rights in the search for assured rights and working conditions for the development of their productive functions.

Keywords: Higher Education; Nursing Education; Professional Practice; Job market.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 -	Modelos gráficos para o teste unicaudal e bicaudal.....	55
Figura 2 -	Dendrograma gerado pela CHD sobre análise de egressos.....	86
Quadro 1 -	Quantitativo de inscrições de enfermeiros no COREN/RN nos últimos três anos por Instituição de Ensino Superior.....	60
Quadro 2 -	Amostra por Instituição de Ensino Superior com cursos de graduação em Enfermagem na modalidade presencial.....	62
Quadro 3 -	Síntese dos aspectos metodológicos da pesquisa.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil sociodemográfico e educacional da amostra.....	71
Tabela 2 -	Perfil profissional da amostra da pesquisa.....	77
Tabela 3 -	Associações entre a natureza jurídica da Instituição de Ensino Superior e formação acadêmica, profissional e inserção no trabalho.....	81
Tabela 4 -	Média dos cinco itens pior avaliados pelos egressos.....	129
Tabela 5 -	Média dos cinco itens melhor avaliados pelos egressos.....	132
Tabela 6 -	Resultados das análises estatísticas (U de Mann-Whitney) significativas, comparando os itens avaliativos da graduação em Enfermagem com a natureza jurídica das IES.....	135

LISTA DE SIGLAS

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem

ANDES – Associação Nacional de Docentes Universitários

AFC – Análise Fatorial de Correspondência

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina

CFE – Conselho Federal de Educação

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia Saúde da Família

IES – Instituições de Ensino Superior

IF- Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IRAMUTEQ - Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

FIES – Fundo de Financiamento do Ensino Superior

FMI – Fundo Monetário Internacional

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

MEC – Ministério da Educação

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

PETen – Programa de Ensino Tutorial da Enfermagem

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PIBID – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência

PNE – Plano Nacional de Educação

ProUni – Programa Universidade para Todos

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

REUNI – Programa de Reestruturação das Universidades Federais

RN – Rio Grande do Norte

SENADEn – Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem

SESAP – Secretaria do Estado de Saúde Pública

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAB – Universidade Aberta do Brasil

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

USP – Universidade de São Paulo

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
2	OBJETIVOS.....	29
2.1	GERAL.....	29
2.2	ESPECÍFICOS.....	29
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1	POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR: MARCAS DE UM TEMPO RECENTE.....	30
3.2	A ENFERMAGEM COMO PARTE DO TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE.....	42
3.3	A IMPORTÂNCIA DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	47
3.4	ESTATÍSTICA INFERENCIAL.....	53
3.4.1	Testes de Hipóteses.....	54
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	59
4.1	TIPOLOGIA DO ESTUDO.....	59
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	60
4.2.1	Fase Quantitativa.....	61
4.2.2	Fase Qualitativa.....	63
4.3	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	64
4.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	65
4.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	66
4.5.1	Análises dos dados qualitativos.....	66
4.5.2	Análise dos dados quantitativos.....	68
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	69
4.7	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	69
4.8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	70
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, EDUCACIONAL E PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS EGRESSOS DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS NO RN.....	71

5.2	ASSOCIAÇÃO ENTRE NATUREZA JURÍDICA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR E PERFIL EDUCACIONAL E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.....	81
5.3	ANÁLISE DA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ENFERMAGEM FRENTE À PRÁTICA PROFISSIONAL: PERSPECTIVAS DE EGRESSOS.....	85
5.3.1	Desafios da formação em Enfermagem para o SUS frente expectativas do trabalho.....	87
5.3.2	O papel das instituições formadoras no fortalecimento e reorientação do Ensino Superior em Enfermagem.....	107
5.4	ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA DOS RESULTADOS QUALITATIVOS COM RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	128
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
	REFERÊNCIAS.....	142
	Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	157
	Apêndice B – Instrumento quantitativo para avaliação de egressos sobre cursos de graduação em enfermagem.....	159
	Apêndice C – Instrumento qualitativo para avaliação de egressos sobre cursos de graduação em enfermagem.....	163
	Apêndice D – Termo de anuência do COREN/RN.....	164
	Apêndice E – Termo de anuência da SESAP/RN.....	165
	Apêndice F – Termo de anuência da SMS/Natal-RN.....	166
	Anexo A – Certificado de envio ao CEP/UFPB.....	167
	Anexo B - Certificado de aprovação do CEP/UFPB.....	168

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de um país sofrem incontáveis influências, sejam provenientes de fatores econômicos, sejam de fatores culturais, políticos e sociais. Na verdade, na sociedade contemporânea, as interferências não estão centradas apenas no contexto nacional, pelo contrário. Hoje, no mundo globalizado, têm-se também intervenções derivadas de organizações internacionais, tanto na condução, como no monitoramento de políticas públicas, ultrapassando limites, os quais a maioria da população sequer conhece.

É notório que, nas últimas décadas, o sistema capitalista adotou uma nova forma. Com intuito de superar a crise instalada após o Estado de Bem-Estar Social que atingiu principalmente os grandes polos econômicos mundiais, foi minuciosamente instituído o neoliberalismo. Para Sader (2008), essa nova face do modelo econômico capitalista foi mola propulsora para desencadear o movimento da globalização no mundo. Para o autor, a lógica neoliberal atinge inteiramente a condução das políticas sociais, quando esta estimula a privatização estatal, a abertura do mercado internacional, a precarização das relações trabalhistas e, principalmente, a desregulamentação da economia através da livre circulação dos capitais.

É nessa atual conjuntura que as políticas de educação e saúde têm caminhado e reconfigurado sua história, no entanto, elas também são alvo de interesses distintos, tanto no Brasil como em outros países da América Latina (SADER, 2008; MENDONÇA, 2016). Não obstante, as relações de trabalho, do mesmo modo, têm sofrido interferências catastróficas em decorrência da globalização, tanto no que diz respeito à precarização das relações trabalhistas, como pelas novas exigências adotadas pelo sistema que priorizam um trabalhador com capacidade polivalente e de inovação frequente frente à competitividade do mercado. Para Silva, Anjos e Silva (2015), tais mudanças impostas acorrentaram os profissionais, particularmente da saúde, a um ambiente competitivo, onde as expectativas geradas são frutos da propagação de tecnologias de ponta e contínua exigência de adaptações aos novos processos de trabalho.

Corroborando a mesma ideia, Machado, Vieira e Oliveira (2012) consideram a precarização das condições de trabalho como uma condição observada no setor da saúde, onde trabalhadores estão submetidos à dupla e/ou tripla jornada de trabalho, além de salários aviltados que trazem prejuízos imensuráveis à sua qualidade de vida. Essas relações de trabalho são estabelecidas na envergadura da mercantilização dos espaços privados e públicos do mundo produtivo. No entanto, as políticas neoliberais não estão apenas transformando o mundo do trabalho, mas conseguem adentrar os diferentes espaços sociais, chegando a influenciar também

a formação profissional nas universidades, escolas e demais instituições formativas, sejam elas destinadas ao nível superior ou aos demais níveis de ensino.

Apesar das contradições existentes, sabe-se que são frequentes os esforços para melhorar a qualidade da oferta dos serviços de saúde, bem como da qualificação dos profissionais dessa área, inseridos nos diferentes cenários do sistema de saúde brasileiro. Particularmente, as mudanças significativas na formação em saúde aconteceram após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência da luta organizada pelo movimento da Reforma Sanitária, iniciado nas décadas de 1970 e 1980 do século XX, que defendia e continua defendendo a saúde como direito de todos e dever do Estado (PAIM, 2008).

Para Campos (2018), a manutenção do SUS depende de vários fatores, dentre eles, de uma política organizada e uma gestão de pessoas que considere a diversidade das várias profissões e especialidades, além das especificidades regionais e sanitárias brasileiras, como também da concepção de um novo trabalhador de saúde. Nesse sentido, a formação desses profissionais de saúde constituiu-se um “debate audacioso e necessário” para consolidação desse sistema, cujo objetivo maior pode ser sumariado como promoção, prevenção e reabilitação do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade.

A produção do cuidado em saúde prestado pelos profissionais ainda se revela, na maior parte dos serviços, fragmentada, desarticulada e pontual, resultando em uma atenção desumana, ineficaz e ineficiente, sem a resolutividade real dos problemas de saúde da população brasileira (CAMPOS, 2018). Não obstante, Mattos (2008, p. 338) afirma que “o cuidado integral demanda profissionais capazes de conhecer doenças e de contextualizar suas propostas no modo de andar a vida do outro”.

Machado e Ximenes Neto (2018, p.1973) alertam que o trabalho em saúde tem suas especificidades, por ser “carregado de subjetividade, sendo em sua essência relacional, agregando tecnologias durante o processo saúde-doença-cuidado, exigindo dos trabalhadores uma formação de qualidade”. Eles ressaltam que entre as fragilidades mais impactantes na formação profissional em saúde estão: a desarticulação do ensino com a realidade dos serviços, a expansão na oferta do ensino privado no nível superior e à distância na área de saúde, bem como a inadequação de aspectos pedagógicos nas instituições de formação (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Nessa perspectiva, alguns mecanismos adotados têm auxiliado na melhoria da formação em saúde. Dentre eles, vale salientar que, em 2001 e 2002, foram criadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área de saúde, compreendidas como instrumento de reorientação e apoio ao ensino brasileiro. Nesse sentido, a educação superior

tem o desafio de romper com paradigmas, colocando em foco uma formação com pertinência social e coerência com as DCN, ou seja, transformar a formação profissional em saúde priorizando as necessidades de saúde da população da mesma maneira que fortalece os princípios e diretrizes do SUS (CECCIM; CARVALHO, 2005).

O aparecimento das DCN para a formação de força de trabalho em saúde foi amparado legalmente pelo Plano Nacional de Educação (PNE) sob a égide da Lei 10.172, de 09 de janeiro de 2001, além de atender ao disposto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996. Desse modo, garantindo a flexibilidade e a diversidade na construção das propostas pedagógicas, ao mesmo tempo em que elenca competências e habilidades mínimas na perspectiva de atender às necessidades do mercado onde deverão ser inseridos os futuros profissionais (SILVA; ANJOS; SILVA, 2015).

Outros mecanismos também foram criados para propiciar uma formação condizente com o modelo vigente de saúde adotado desde a Reforma Sanitária. Dentre estes, podemos citar: as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); as propostas de integração ensino/serviço como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-saúde) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), a política de educação permanente e tantas outras estratégias implantadas e veiculadas pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (MEC). Tais estratégias vieram com intuito de fortalecer uma formação integral, tomando por base os preceitos do próprio sistema de saúde brasileiro, principalmente na perspectiva de romper o afastamento e as distorções existentes entre o cotidiano das práticas nos serviços e o processo ensino-aprendizagem vivenciado no espaço acadêmico (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005; BRASIL, 2009).

Dentre as profissões da saúde, a Enfermagem apresenta-se como umas das pioneiras na reorientação do processo ensino-aprendizagem. Além disso, a Enfermagem é considerada essencial a qualquer sistema de saúde que almeja qualificação no atendimento, que se encontra alicerçado em um processo de trabalho moderno e tecnicamente aceitável em países desenvolvidos, bem como representa em torno de 70% da força de trabalho em saúde que ocupa os serviços do SUS (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Nessa conjuntura, é indispensável ter a compreensão da Enfermagem como prática social e científica, que sofre influências e, ao mesmo tempo, influencia o processo histórico-social vivenciado nas práticas de saúde, estabelecendo relações importantes na produção dos serviços do setor e dentro da sua categoria profissional (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Particularmente, para a formação do profissional de enfermagem, as DCN foram asseguradas pela Resolução nº 03, de 07 de novembro de 2001, que prevê, em seu Artigo 14º, nove (09) itens que podem funcionar como “articuladores confiáveis” entre os processos formativos e a prática profissional.

Outro fator que merece destaque e que tem relação com a atual conjuntura social na qual estamos inseridos se refere ao aumento de instituições privadas a partir de 2001, as quais passam a ofertar cursos de graduação em Enfermagem, eclodindo em um crescimento cada vez maior dessa força de trabalho. Teixeira et al (2006) afirmam que houve um aumento considerável de cursos e vagas em faculdades e universidades, especialmente no segmento privado de formação, e que a realidade de enfermeiros acompanha essa tendência. Lembrando que essa tendência para privatização do Ensino Superior não acontece apenas com a Enfermagem, todas as profissões têm enfrentado essa mudança. No tocante aos cursos de saúde, de 538 cursos (52,1% do total dos cursos), em 1995, passaram para 4.105 cursos (79% do total de 5.222 cursos) a serem ofertados por instituições privadas em 2015 (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Esse é um dos fatores que preocupam a reordenação do ensino em saúde como um dos pilares para o fortalecimento e a consolidação do SUS, além do avanço da educação a distância e outras problemáticas que caminham na contramão dos princípios de uma atenção à saúde universal, equânime, integral e de qualidade. Mesmo assim, as profissões permanecem unidas no propósito de alinhar a formação dos futuros trabalhadores em saúde e o sistema único.

A enfermagem brasileira, sob esse aspecto, procura participar de debates ou proporcionar discussões sobre seu processo formativo. Dentre as estratégias de debates, de dois em dois anos, é organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) o Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn), que, em 2016, chegou à sua 15ª edição. É mister ressaltar que, na sua 14ª edição em carta divulgada pelo site da ABEn, uma das prioridades elencadas pela comissão foi revisar e atualizar as diretrizes curriculares para a enfermagem em vigor, ou seja, as DCN de 2001. Fato que permaneceu sendo elencado na carta do 15º SENADEn, ocorrido em Curitiba no ano de 2016. A carta síntese do último evento aponta alguns elementos essenciais que precisam fazer parte das futuras diretrizes para o ensino da Enfermagem, tais como: a formação para a docência, a integração ensino-serviço-comunidade e outros.

Nos dias atuais, existe uma preocupação crescente no que se refere à articulação dos processos de trabalho em saúde e à formação profissional, tornando-se objeto de investigação de muitos estudiosos da área. Na Enfermagem, particularmente, são inúmeras as pesquisas que discorrem sobre o tema, abordando os diferentes aspectos dessa problemática. Dentre estudos

disponíveis em periódicos, podemos citar: Makuch e Zagonel (2018); Moraes; da Silva e Carvalho (2018); Costa e Guariente (2017); Juárez-Flores et al (2015); Souza e Souza et al (2015); Canever et al (2014); Cambiriba; Ferronato e Fontes (2014); Jesus et al (2013); Meira e Kurcgant (2013); Colenci e Berti (2012); Souza e Paiano (2011); Souza et al (2011); Silva et al (2010); Mattosinho et al (2010); Corbellini et al (2010); Meira e Kurcgant (2009); Puschel, Inácio e Pucci (2009) e outros.

No entanto, a maioria das investigações a esse respeito está concentrada nas regiões Sul e Sudeste do país, muitas delas de abrangência institucional e adotam com predileção a abordagem qualitativa na análise dos resultados. Além disso, sabe-se que as lacunas entre o mundo do trabalho e a formação em saúde/enfermagem persistem. Nesse sentido, a necessidade de novas investigações que abordem o assunto não se esgota, tanto pela dinamicidade que assola as políticas de formação e as condições atuais do mercado, como pela importância que estas apresentam na vida dos trabalhadores em saúde e para a organização social.

Tais argumentos elevam a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca das relações estabelecidas entre o campo do ensino e o mundo do trabalho em diferentes cenários brasileiros, principalmente por considerar as particularidades que acontecem em cada contexto investigado. Para tanto, parte-se do **pressuposto** de que a prática profissional do enfermeiro ainda apresenta lacunas e/ou fragilidades no que se refere à articulação entre o mundo do trabalho e as instituições formadoras responsáveis pela graduação em Enfermagem. As arestas existentes entre os dois universos, o laboral e o formativo, podem influenciar na insatisfação de estudantes, de profissionais de saúde e da população.

Minha condição de mulher, cidadã, enfermeira, professora e pesquisadora de um curso superior de Enfermagem em uma universidade pública no interior do Rio Grande do Norte, motiva a busca pelas razões desse diálogo. O **interesse pela temática** não surgiu apenas pela vivência docente iniciada em 2008, na qual se verificam diferenciados posicionamentos discentes sobre o peso do processo formativo em relação à sua prática profissional. O passo embrionário se deu um pouco antes, no mesmo ano, na Pós-Graduação de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), na qual a pesquisadora cursou o Mestrado, onde propiciou a primeira aproximação com o processo formativo no campo da saúde/enfermagem. Fruto dessa inquietude, nasceu o estudo dissertativo que tinha como objetivo compreender a visão de discentes a respeito dos desafios da formação em Enfermagem para o SUS. Essas experiências fizeram brotar novas sementes que alimentaram o desejo de ampliar conhecimentos, agora sob a gênese do diálogo entre o mundo do trabalho em enfermagem e o seu processo formativo.

Constitui o **problema** a ser superado, com base nos resultados dessa investigação, a incerteza de que a estrutura dos cursos de graduação de Enfermagem oferece competências e habilidades descritas pelas DCN (2001), que são necessárias para proporcionar uma prática profissional de maneira articulada com o mundo laboral atual, ao mesmo tempo em que se mantém comprometida com o SUS e a sociedade da qual faz parte.

O estudo **se justifica** por existir lacunas nas investigações no nível local sobre as razões que fundamentam o diálogo entre os processos formativos e a prática profissional em enfermagem. Além disso, o conhecimento sobre o papel articulador necessário entre o processo formativo e a prática profissional influenciará em conquista por maior capacidade decisória, crítica, ética e reflexiva do futuro profissional frente aos desafios contemporâneos.

A inquietude diante dessa questão nos motivou a buscar as razões que fundamentam a ausência de diálogo entre os processos formativos e a prática profissional dos enfermeiros, tomado como **objeto de estudo** desta investigação.

A **importância deste estudo** reside na contribuição quanto à discussão, acerca das DCN de 2001 sugeridas para a formação dos enfermeiros, e sua articulação com as necessidades do atual mundo do trabalho. Além disso, este trabalho pode auxiliar as instituições formadoras a conhecerem as arestas e as potencialidades dessa articulação, indicando possíveis estratégias para superação de problemas e otimizando, assim, a formação futura.

Defende-se a **Tese** de que no momento atual os itens propostos para a estruturação dos cursos de graduação em enfermagem presentes nas DCN (2001), não se constituem como instâncias articuladoras concretas entre os processos formativos e a prática profissional do enfermeiro. Para que essa articulação efetivamente ocorra, faz-se necessário que a utilização das competências e habilidades que devem nortear as DCN sejam submetidas a um diálogo permanente e profícuo, aproximando os processos formativos e a prática profissional do enfermeiro.

Dessa forma, toma-se como **questão norteadora** do estudo a seguinte indagação: Os itens propostos para a estruturação dos cursos de graduação em Enfermagem presentes Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), constituem-se como instâncias articuladoras concretas entre os processos formativos e a prática profissional do enfermeiro?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- ✓ Avaliar junto aos egressos, a articulação entre os processos formativos e a prática profissional mediante as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Traçar perfil socioeconômico e profissional de egressos de cursos de graduação em Enfermagem no estado do Rio Grande do Norte;
- ✓ Conhecer o posicionamento de egressos a respeito do processo formativo ofertado por cursos de graduação em Enfermagem no estado do Rio Grande do Norte e sua articulação com o mundo do trabalho;
- ✓ Discutir potencialidades e fragilidades do processo formativo de graduação em Enfermagem em relação à prática profissional;
- ✓ Identificar convergências e divergências entre a formação e a atuação dos profissionais de Enfermagem em termos qualitativos e quantitativos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR: MARCAS DE UM TEMPO RECENTE

As políticas de educação no Brasil, assim como outras políticas sociais, sofrem influências dos fatores políticos, econômicos e culturais da sociedade na qual estão inseridas. Por esse motivo, nenhuma análise que trate do ensino ou do universo laboral pode ser abordada apenas por um ponto de vista, ou seja, sem compreender as nuances que envolvem seu contexto histórico e social.

Diante dessa realidade, faz-se necessário resgatar alguns acontecimentos para que possamos compreender as molas propulsoras que influenciam a Educação Superior e, principalmente, as relacionadas ao ensino em Enfermagem. Como assegura Blaise Pascal *apud* Morin (2006, p.25): “[...] Não é possível compreender as partes sem conhecer o todo, tanto quanto conhecer o todo sem antes conhecer particularmente as partes”.

A educação superior no Brasil começou no início do século XIX com a vinda da corte de Lisboa, sendo as primeiras escolas médicas abertas no Rio de Janeiro e Salvador (GERMANO, 1993; CECCIM; CARVALHO, 2005). De acordo com Santos e Cerqueira (2009), não existia interesse de Portugal em trazer o ensino para terras brasileiras, principalmente instituições de Ensino Superior, já que o fator determinante que os motivavam era a exploração da colônia e não estimular a sua autonomia. Naquele período, as profissões liberais eram as de maior importância para a corte, atendendo, assim, seus interesses imediatos, então os cursos criados foram: Medicina, Direito e Engenharia (DURHAM, 2003; SANTOS; CERQUEIRA, 2009).

Na área da saúde, além de Medicina por decreto imperial, em 1879, foi determinada a criação de uma escola de Farmácia e de Odontologia (CECCIM; CARVALHO, 2005). A Enfermagem, diferente dos demais cursos, só apareceu no final do século XIX com a criação da escola de enfermagem denominada Alfredo Pinto, a qual tinha como principal objetivo realizar cuidados a pacientes psiquiátricos dada a necessidade do momento (GERMANO, 1993).

A primeira Constituição do Brasil Império foi outorgada em março de 1824 e, mesmo assegurando a todos a educação primária e gratuita, além de admitir que a educação superior deveria ser ofertada por escolas e universidades, não deixava claro quem deveria se responsabilizar pela educação no país. Esse foi um terreno fértil para instalação de instituições privadas, tanto de ensino confessional, como do laico (DIAS; LARA, 2012). Diante desse

cenário, entre 1889 a 1918, foram constituídas 56 novas escolas superiores, em que a maior parte era da iniciativa privada (SANTOS; CERQUEIRA, 2009). Conforme Saviani (2008), o financiamento da educação pública no Brasil nos tempos do Império não ultrapassava 1,8% da carga orçamentária do governo, um investimento irrisório, dada a importância da educação para o desenvolvimento de uma sociedade.

Até o período republicano, o Ensino Superior caminhava a passos lentos por meio de escolas e faculdades isoladas. Muitas delas direcionadas ao ensino profissionalizante e com objetivo de formar profissionais privilegiados que ocupassem cargos de destaque social, que atendessem aos interesses da elite brasileira (MARTINS, 2002). A educação superior brasileira, portanto, nasceu no berço da elite, tornando-se então permeada por desigualdades sociais, e que ainda estão presentes na sociedade contemporânea. Como ponto agravante, apresentava legalmente um estado desinteressado em formação, manutenção e avaliação das políticas da educação básica até o nível superior, fortalecendo a iniciativa privada no setor.

No período da República, já estávamos imersos em um sistema capitalista, onde a educação passou a ter um papel essencial na construção da sociedade industrial. A descentralização do Estado Liberal promoveu a ampliação de instituições públicas e privadas (SILVA, 2009). No cerne legal, foi promulgada uma nova Constituição em fevereiro de 1891. Esse documento não diferiu muito do anterior no que diz respeito à educação superior, porém, levantou questões pertinentes principalmente com a introdução do princípio de laicidade do ensino ofertado pelas instituições públicas, assim como a separação dos poderes representativos em relação às responsabilidades dos níveis educacionais (VIEIRA, 2007).

Com os ditames da nova constituição, ao final do século XIX, surgiram importantes escolas particulares em São Paulo, como a escola de Engenharia Mackenzie no ano de 1891 e a escola Politécnica em 1894 (SOUZA, 2001). A educação dos profissionais de saúde naquele período apontava para uma concepção utilitarista e positivista voltada para a cura do corpo doente, considerado na época como principal instrumento de produção para o acúmulo do capital (CECCIM; CARVALHO, 2005). Não obstante, a enfermagem também atendia a tais interesses, especialmente por ser uma profissão exercida com cunho prático, marcada, naquele período, por ausência total de critérios para seu exercício, tendo em vista o enfoque apenas no saber fazer, em prejuízo ao conhecimento científico e intelectual (GERMANO, 1993).

Na década de 1920, o movimento de modernização do ensino eclodiu com a forte influência da industrialização e do êxodo rural, promovendo, assim, transformações e reformas no Ensino Básico e no Ensino Superior. Nessa ocasião, este nível de ensino apresentou uma ampliação considerável, sendo criadas, no período de dez anos, 86 novas escolas. Outro ponto

que merece destaque diz respeito ao avanço nas discussões sobre a criação da universidade, que deixou de ser meramente político e passou a ser também de cunho social, tendo em vista que a instituição universitária possui funções sociais como estimular a produção científica de uma sociedade, propiciar estudos que auxiliariam no crescimento social e econômico do país (MARTINS, 2002; SANTOS; CERQUEIRA, 2009). Nesse contexto, os ideários apontavam para uma reforma no Ensino Superior que avançasse em um sistema de ensino para além da formação profissional através da substituição de escolas autônomas por grandes universidades como espaço para o desenvolvimento das ciências básicas e da pesquisa (DURHAM, 2003).

Outros dois acontecimentos também importantes datam desse período. O primeiro foi a criação da primeira universidade brasileira, que se consolidou através de Decreto 14.434, de setembro de 1920, no Rio de Janeiro, não apresentando grandes avanços no modelo de universidade elencado por projetos anteriores (SOUZA, 2001). O segundo acontecimento data do ano 1923, marcado pelo nascimento da enfermagem moderna no Brasil com a escola Ana Neri no Rio de Janeiro, sistematizando, assim, o ensino da profissão e trazendo em seu âmago um novo olhar para o redirecionamento curricular do curso (GERMANO, 1993).

No entanto, foi em 1930, no Governo Vargas, que ocorreram mudanças mais substanciais no Ensino Superior no que diz respeito à consolidação da instituição universitária pública e ao debate constitucional. Esse período foi marcado por inúmeros episódios que impulsionaram modificações na reorganização do Ensino Superior no país, dentre eles, merecem destaque as transformações culturais provenientes da Semana de Arte Moderna (1922), a Revolução de 1932 e o Movimento dos Pioneiros da Educação (SOUZA, 2001).

As lutas travadas pelo movimento dos Pioneiros da Educação resultaram na inserção do Artigo de número 150 na Constituição de 1934, que sinalizava pelo primeiro Plano Nacional de Educação. Tal plano, em essência, tinha como objetivo organizar todos os graus e ramos do ensino, do básico ao especializado, incluindo a avaliação permanente e o acompanhamento da sua execução. A partir dessa Constituição, todas as demais terão o plano de educação citado, porém, com pouca aplicabilidade para o sistema educacional do país. Vale salientar que esse documento nacional foi o primeiro a ampliar o tema da Educação em suas proposições, todavia, sua curta duração de apenas três anos até a Constituição de 1937 pouco resultou em transformações significativas na realidade do ensino (SOUZA, 2001).

Foi criada também a Universidade de São Paulo (USP), em 1934, pelo Decreto 6.284, que passou a reunir cursos superiores estaduais como a faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Dentre estes, foram inicialmente integrados os cursos de Direito, Medicina, Agronomia, Farmácia, Odontologia e Medicina Veterinária (CACETE, 2014). Essa foi a primeira tentativa

de integrar cursos superiores em uma instituição pública que pregava valores sociais para a universidade, tais como: promover através da pesquisa o progresso científico; transmissão pelo ensino de conhecimentos necessários para a vida humana; formação de especialistas em diferentes campos de saberes, técnicos e profissionais; realização de cursos, conferências, palestras e difusão por diferentes meios de comunicação como rádio, cinema e outros (SOUZA, 2001).

No campo legislativo, a Constituição de 1937 retrocedeu abandonando as ideias da década de 1920, passando nesse momento a transferir as normas de responsabilidade pela Educação apenas para o Ministério. Nesse sentido, a elaboração das bases e diretrizes educacionais cabia exclusivamente à União, através do Poder Executivo, o que demonstrava claramente a centralidade nas decisões de cunho social e político no país (SOUZA, 2001).

Foram notórios o avanço e o retrocesso vivenciado pela Educação Superior na década de 1930, no entanto, segundo Martins (2002), esse período foi marcado também por uma intensa disputa pelo controle da educação no país, ora por líderes laicos, ora por líderes religiosos. Tais disputas não evitavam a presença cada vez mais forte das universidades privadas comandadas pelas instituições religiosas. Em contrapartida, há um incipiente crescimento de universidades públicas com interesses formativos que viessem a fortalecer o país, oferecendo um empoderamento a uma população mais crítica e consciente.

Já no ensino da Enfermagem, um acontecimento marcou sua história, a inserção da Escola Ana Néri de forma complementar à Universidade do Brasil, através da Lei 452, de julho de 1937, assinada pelo então Presidente Getúlio Vargas. Posteriormente, a escola deixou de ser uma instituição complementar e passou, em 1946, a pertencer, definitivamente, à Universidade do Brasil (GERMANO, 1993).

A partir de 1945, as universidades de São Paulo começavam a se expandir, fazendo surgir algumas instituições menores, tanto estaduais como municipais, ao longo do território brasileiro. Contudo, do período de 1945 a 1960, o ensino superior brasileiro caminhou a passos lentos, sendo, em sua maioria, universidades gerenciadas por líderes religiosos e mantenedoras de interesses lucrativos e privados. Mesmo assim, as reivindicações por universidades públicas federais eram constantemente encaminhadas pelos representantes políticos ao governo, embora não houvesse nenhum empenho em melhorar os recursos de custeio para a Educação, bem como a ampliação da rede pública (DURHAM, 2003).

Tal período também foi marcado pela apresentação de uma Carta Magna promulgada em setembro de 1946. Nesse documento, novos capítulos tratavam especificamente da educação, dos quais um deles retratava a bandeira do direito ao acesso de todos, permeada por

princípios de liberdade e solidariedade, além de reafirmar o papel do Estado na necessidade de rediscutir a criação das LDB. Para tanto, reiterava como de sua responsabilidade o planejamento, a execução e o acompanhamento das ações educativas em todos os níveis, embora fosse facultada a inserção da iniciativa privada, desde que respeitadas as leis reguladoras da educação brasileira (SOUZA, 2001).

Nesse contexto, mais especificamente na segunda metade dos anos 1950, ganhou evidência o movimento estudantil, organizado como apoiador importante na luta pela educação brasileira pública e sendo considerado pelos autores como um fenômeno mundial que potencializou mudanças significativas em várias realidades. Tal movimento, além de trazer à tona as reivindicações a respeito do Ensino Superior público e de qualidade, também interrogava as dificuldades sociais intensificadas pelo modelo econômico vigente, como o índice exorbitante de analfabetos na sociedade brasileira e mundial, entre outras (MARTINS, 2002; DURHAM, 2003).

Uma das lutas defendidas pelos estudantes foi a reforma urgente no sistema educacional, com o propósito de ampliação do Ensino Superior público em substituição do ensino privado, diminuindo, assim, o elitismo, além da transformação de toda a estrutura existente resultante da política do Estado Novo. No entanto, essas reivindicações incomodaram mais do que encontraram adeptos. O setor privado, por exemplo, não apoiava o movimento em sua grande maioria, salvo as Universidades Católicas do Rio de Janeiro e São Paulo, que, *a posteriori*, passaram a auxiliar os estudantes, por influência dos adeptos da Teologia da Libertação (DURHAM, 2003; SANTOS; CERQUEIRA, 2009).

O debate acirrou as discussões na votação da primeira LDB em 1961 pelo Congresso Nacional, porém, a Lei nasceu no berço do conservadorismo e em defesa da iniciativa privada, passando a ser apontada mais como um retrocesso do que mesmo como uma conquista alavancada pelos movimentos sociais (MARTINS, 2002). A preocupação principal da LDB, nesse período, foi criar mecanismos para controlar a expansão do Ensino Superior no Brasil, além de fiscalizar e determinar o conteúdo a ser desenvolvido nas escolas nos diferentes níveis de ensino, cerceando inclusive a autonomia dos cursos de graduação e suas especificidades (SANTOS; CERQUEIRA, 2009).

No que concerne ao ensino de Enfermagem, os seus currículos de ensino, tanto a estrutura curricular de 1923 como de 1949, não apresentaram nenhuma mudança significativa, pois ambas enfatizavam as disciplinas de cunho preventivo, embora já houvesse forte tendência ao mercado hospitalocêntrico no campo da saúde. Fato que logo mais foi modificado, em

virtude dos movimentos sociais relevantes na década de 1960 e da intensa influência internacional na economia brasileira (GERMANO, 1993).

O Ensino Superior, no período do Golpe Militar de 1964, foi cenário de caçadas absurdas, principalmente pela repressão a docentes e estudantes que mantinham as ideias de “subverter a ordem”. As acirradas lutas contra o poder dos militares resultaram em histórias de horror, como prisões, torturas e mortes de muitos dos envolvidos. As perseguições foram tão intensas que conseguiram aniquilar com o movimento estudantil, no ano de 1968. Embora, fruto de duras sequelas, tenha sido justamente nesse período que a universidade adquiriu outra importância para a sociedade, passando a ser vista como espaço de luta por justiça social e por melhorias significativas para a democratização do país (DURHAM, 2003).

Em um contexto adverso, como o Regime Militar, o ensino no Brasil passou por várias reformulações, valendo destacar a criação de departamentos, faculdades e institutos; extinção da autonomia universitária; iniciação do sistema de crédito; instalação do ciclo básico antes do profissional; concepção do representante discente e docente; inserção do tempo integral como regime de trabalho para os professores e acesso contínuo por currículos mínimos e por carreiras (DURHAM, 2003; SANTOS; CERQUEIRA, 2009).

Durham (2003) chama a atenção para a questão dos currículos que não sofreram flexibilizações e modificações substantivas já que permaneceram sob a responsabilidade do Ministério da Educação, não havendo, portanto, uma reforma curricular, mas uma ampliação de vagas oferecidas à população, principalmente no Ensino Superior de São Paulo.

No cenário Constitucional, em 1967, foi adotada nova Carta Magna com duração de apenas 2 anos, sendo logo substituída pela emenda nº1, em 1969. Tal documento manteve as mesmas proposições do texto de 1946 no que se refere ao sistema educacional, agora permeada por limites operacionais devido à censura vivenciada na época. A novidade trazida por essa Constituição diz respeito principalmente à criação de duas novas LDB, uma especificamente para o Ensino Superior e outra para o ensino do 1º e 2º graus. Outro ponto crucial diz respeito à ampliação do tempo de formação do Ensino Básico, que passou de 12 para 14 anos (SOUZA, 2001).

Os avanços constitucionais foram poucos em relação a outros períodos vivenciados, no entanto, diferente de outros países da América Latina, que também passaram por governos repressores, o Ensino Superior, a partir da década de 1970, teve uma ampliação significativa. Tal fato estava vinculado, principalmente, ao “milagre econômico” instalado no país resultando em necessidade de mão de obra qualificada em diferentes espaços da sociedade civil, além de carecer de outras profissões ainda inexistentes (DURHAM, 2003).

O setor privado teve um crescimento maior do que o público, passando de 45% para 60% a partir da década de 1970. Isso ocorreu devido à oferta de cursos de custo reduzido e um menor nível de exigência acadêmica, tanto no que se refere ao ingresso dos estudantes, como na continuidade dos estudos no nível de pós-graduação (DURHAM, 2003). Mesmo com um crescimento considerável, faz-se necessário enfatizar que o ensino público se tornou cada vez mais elitizado e de difícil acesso às camadas mais pobres da população, ou seja, o acesso ao Ensino Superior nas universidades públicas passou a ser privilégio daqueles que tivessem uma educação básica de qualidade, segregando o direito da maioria dos brasileiros de se inserirem nesse espaço. Essa realidade ainda persiste, embora alguns avanços tenham possibilitado e ainda possibilitem a entrada das camadas excluídas, como o sistema de cotas.

Na década de 1980, o país vive a transição de um regime ditatorial para a redemocratização política. Período marcado por movimentos sociais na busca por garantia de direitos, liberdade de expressão, ou seja, por um Estado democrático que possibilitasse novos rumos à sociedade brasileira.

Antes disso, foi promulgada a Constituição de 1988, a qual foi considerada um pouco mais ampla no que se refere à educação, tratando do tema em 10 (dez) artigos específicos e outros dispositivos legais. Entre as mais significativas proposições da Constituição estavam: a expressão de igualdade de condições de acesso ao ambiente escolar; a educação como direito público e gratuito; a obrigação do Estado em ofertar a Educação Infantil para a faixa etária de 0 a 6 anos; o Ensino Fundamental obrigatório e gratuito e a oferta de educação especial aos portadores de deficiência (VIEIRA, 2007).

No que se refere à Educação Superior, pela primeira vez, uma Constituição tratou sobre a autonomia universitária, pois, no Artigo nº 207, ficou estabelecido que “as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, obedecendo aos princípios de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1988). É oportuno referenciar que a nova Carta Magna modificou a alocação de recursos destinados à Educação, onde foi estabelecido que, anualmente, será de responsabilidade da União a alocação de pelo menos 18% das receitas; enquanto para os estados, Distrito Federal e municípios cabia o percentual de 25% da arrecadação (VIEIRA, 2007).

Mesmo diante dos avanços e das lutas que marcaram essa década, o cenário para a educação não foi um dos melhores, tendo em vista a grave crise econômica que se instalou no país, fazendo com que o sistema de ensino parasse de crescer, atingindo tanto o setor público quanto o privado. Um dos fatores relacionados à queda avassaladora do desenvolvimento do Ensino Superior na realidade brasileira estava diretamente vinculado ao alto índice de

analfabetismo presente e baixa qualidade do Ensino Básico, fazendo com que poucos chegassem a ingressar nas universidades ou escolas de nível superior, principalmente as públicas (DURHAM, 2003; SANTOS; CERQUEIRA, 2009).

Enquanto as escolas, as faculdades e os institutos privados tentavam criar estratégias para manter o crescimento do setor, como, por exemplo, a criação de cursos superiores no período noturno e a disponibilidade de recursos financeiros próprios, as universidades públicas sofreram com o subfinanciamento e poucas ideias de democratização do ensino. Como consequência, tem-se, mais uma vez, o crescimento significativo da iniciativa privada com aspecto empreendedor, que até os dias atuais implementa uma educação bancária com interesses meramente mercantilistas. Soma-se a isso a precarização das relações de trabalho estabelecidas com o profissional docente que faz parte do quadro de trabalhadores desses estabelecimentos. Além de ter muito mais uma preocupação com a formação técnica/profissionalizante do que com a formação científica, política e crítica para futuros profissionais.

Essa realidade pode ser reafirmada quando Durham (2003) alerta que, no final de 1980, o setor privado estabeleceu uma nova vertente, ou seja, o setor criou mecanismos de expansão que conseguiram ludibriar os controles estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação (CFE), órgão responsável pela abertura e reconhecimento de novas instituições de Ensino Superior no país.

Apesar de a legislação apontar para um Ensino Superior baseado nas prerrogativas de indissociabilidade de seu tripé fundamental (ensino, pesquisa e extensão), os critérios do CFE não faziam sequer menção a tais objetivos. Para a implantação de novas universidades, os critérios mínimos adotados se restringiam, basicamente, à amplitude do campo de conhecimento, ou seja, do número de cursos ofertados pela instituição e suas condições mínimas de infraestrutura (DURHAM, 2003; SANTOS; CERQUEIRA, 2009).

Ambos eram facilmente conquistados pelo setor privado, principalmente em decorrência da sua autonomia financeira e administrativa, caminhando a passos acelerados para um crescimento assustador no país, às custas de uma lógica empresarial e mercadológica. Esse crescimento, infelizmente, não significou, ao mesmo tempo, melhoria para a qualidade do Ensino Superior, nem das condições de trabalho para o corpo docente, muito menos para o desenvolvimento da pesquisa com responsabilidade social associado a uma formação política, ética e científica de seus egressos. Enfim, o crescimento do setor privado se deu, sobretudo, pela ausência de uma competência dos órgãos gestores da educação na época, bem como por interesses particulares da elite brasileira.

Ainda na década de oitenta, vale destacar a criação da Associação Nacional dos Docentes Universitários (ANDES), que foi proveniente de acirradas lutas na década de 1970 pelo movimento político dos docentes, frente à necessidade de redemocratização do país e da própria gestão universitária. As associações docentes cresceram muito nesse período em virtude da marginalização da categoria, seja pela falta de incentivo para qualificação profissional e condições de trabalho, seja pela repressão diante da busca por seus direitos. Diante desse cenário, o movimento contra-hegemônico se fortalecia em busca pelos valores acadêmicos e competência científica para assumir cargos de liderança dentro da academia (DURHAM, 2003).

No cenário da saúde, é primordial ressaltar os movimentos sociais organizados que deram início à Reforma Sanitária e que desencadearam mudanças significativas na formação dos recursos humanos dessa área. Nessa conjuntura, foi impressa uma nova compreensão ao processo saúde-doença, buscando entendê-lo em sua estreita relação com as condições de vida e trabalho da população. Nesse contexto, mesmo que de forma incipiente, a Enfermagem dos anos 1980 divergia de outros momentos anteriores, quer na direção de sua produção intelectual, quer na organização de seus profissionais. Foi nesse período que surgiu a Enfermagem como prática social e deu início à defesa de uma nova proposta curricular para profissão, pautada numa luta coletiva de profissionais e estudantes com a concepção ampliada de saúde (GERMANO, 2003).

Não muito diferente, os anos 1990 foram marcados pela precarização do trabalho docente, como pelo subfinanciamento do setor de saúde, bem como o educacional que se intensificou ainda mais com a chegada, com força total, do movimento neoliberal, principalmente a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso. Esse panorama se deu, principalmente, pela interferência cada vez maior das agências multinacionais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL). Ao assumirem o papel de financiadoras, passaram também a definir as diretrizes das políticas da educação brasileira, baseada em critérios mercadológicos como eficiência, eficácia, produtividade. Passaram, também, a inserir os conceitos de empregabilidade e competência com o objetivo de responder a necessidade do mercado de trabalho (GALVANIN, 2005).

Um marco nesse período para área educacional foi a aprovação da nova LDB através da Constituição Federal de 1988 e do Plano Nacional de Educação (PNE). Promovendo, nesse sentido, medidas importantes assumidas pelo Estado, no acordo com o novo cenário político e econômico vivido, especialmente, no reordenamento das relações sociais e das mudanças tecnológicas provenientes da nova lógica da globalização. Para alguns autores, as novas

diretrizes para a educação vindouras da LDB eram consideradas “minimalistas” por trazerem em seu âmago um discurso dominado pela vertente neoliberal (DOURADO, 2002; SILVA, 2016).

Mesmo assim, sabe-se dos importantes avanços trazidos pela LDB, sobretudo os que se referem à organização das DCN e à flexibilização dos currículos para o Ensino Superior. No cerne dessa questão, é necessário frisar a publicação da Lei Federal nº 9131 de 1995, que antecedeu a LDB e apontou para uma nova era no quesito avaliação. Essa lei cria novas formas de controle e avaliação de responsabilidade do MEC, principalmente quanto à instalação de processos avaliativos a nível nacional, utilizando os critérios de qualidade com base em eficiência e eficácia, prioritariamente, para a educação superior (SILVA, 2016). Além disso, surgem novos desenhos organizacionais na educação superior além das universidades, comportando outras organizações acadêmicas, tais quais: centros acadêmicos, faculdades integradas, faculdades, institutos superiores ou escolas e institutos superiores de educação (SILVA, 2016).

A contragosto, tais mudanças no Ensino Superior, caracterizadas pela avaliação por resultado sem contextualização do sistema de ensino em sua totalidade, trazem preocupações ao destino da qualidade do ensino público e acesso justo e equitativo (SILVA, 2016). Aliado a esse cenário, tem-se o avanço desmedido da iniciativa privada, que prima pelo lucro a todo custo, ocasionando uma formação aligeirada dos futuros profissionais, com pouca preocupação nas questões da formação política e cidadã (DOURADO, 2002).

Em relação ao PNE de 2001, fruto de duas propostas elaboradas, uma proveniente da instância estatal reguladora e outra da sociedade civil, infelizmente, a proposta final aprovada não impediu a redução do financiamento da educação e as obrigações da União. Mais uma vez, impera a diminuição da responsabilidade do Estado com a qualidade da educação pública brasileira. E, mesmo com a participação ativa de entidades educacionais, como movimento estudantil, a Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) entre outros, avançou-se muito pouco na reestruturação desejada e nas mudanças significativas para o setor (SILVA; RODRIGUES, 2013).

Do final do século XX até os dias atuais, assistimos à disseminação de acordos neoliberais em todas as políticas sociais, agravando cada vez mais o subfinanciamento e a privatização da educação e redução da responsabilidade do Estado (MENDONÇA, 2016). Nesse ínterim, chega-se ao cerne da questão, ou seja, “a educação passa a ser tratada como mercadoria, o aluno como cliente, as instituições como empresas, e o professor como

trabalhador explorado, desqualificado e alienado em sua profissão” (SILVA; RODRIGUES, 2013, p.129).

Para Chauí (2003), a visão da nova universidade nesse cenário substitui a universidade como instituição autônoma e compromissada com a qualidade da formação dos indivíduos/coletivo. Diante do exposto, a universidade, como organização conduzida por contratos de gestão do mercado financeiro, é avaliada por índices de produtividade, lançando-a na fragmentação do saber e na competitividade do mercado, impostas pelas agências financiadoras.

Essa realidade resulta em uma universidade pública subordinada, acrítica, que se esvazia consideravelmente, tanto no que se refere à construção do conhecimento, como na sua capacidade de colaborar e transformar a sociedade num espaço com menos exclusão social por meio da democratização do ensino. Isso amplia o discurso da educação como gasto e não como investimento social, voltada para a qualidade de uma sociedade melhor, aumentando a desmoralização do trabalho universitário público e sua contribuição com a sociedade atual, ao mesmo tempo em que influencia a ampliação da iniciativa privada a tomar esse espaço (CHAUI, 2003).

Mesmo diante de uma conjuntura hostil, durante 12 anos do governo progressista iniciado em 2003 com o presidente Lula Inácio da Silva, tivemos avanços importantes para o setor da educação que precisam ser considerados. Dentre as iniciativas criadas, destacam-se: Programa Universidade para Todos (ProUni), a Universidade Aberta do Brasil (UAB); Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) e Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES). Tais políticas tinham como objetivo democratizar o Ensino Superior, além disso, possibilitar o aumento de crédito educativo a estudantes mediante a disponibilidade do FIES (PEREIRA; SILVA, 2010).

A respeito, especificamente, do REUNI, esse programa permitiu a abertura de novas universidades federais no interior do país, bem como ampliação de oferta de cursos com avanços consideráveis em determinadas regiões. Soma-se a isso a criação de Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFs), que passaram a ser abertos em vários municípios, descentralizando, desse modo, a sua localização exclusivamente nos grandes centros urbanos. Contudo, não se pode afirmar de forma efetiva a ocorrência da democratização do Ensino Superior, pois é necessário avaliar qualitativamente sua efetividade e transformação social, mediante a garantia da qualidade na oferta deste aos estudantes, bem como investimentos públicos para o seu desenvolvimento (PEREIRA; SILVA, 2010).

Ainda sobre essa questão, para Aguiar (2016), houve, sim, uma democratização ao acesso da educação superior, principalmente para as classes sociais menos favorecidas, inclusive mediante a inclusão de estudantes por sistema de cotas raciais. No entanto, o autor alerta que, concomitante ao acesso do Ensino Superior, houve uma expansiva mercantilização no setor, principalmente com a chegada dos megagrupos internacionais financeiros que tendem a exploração da educação mediante interesses lucrativos próprios (AGUIAR, 2016). Mancebo (2017) aponta que os avanços das organizações financeiras responsáveis por várias das instituições de Ensino Superior privada são um mercado econômico em plena expansão, tendo em vista a rentabilidade desse tipo de investimento.

Nesse sentido, a expansão de instituições privadas em relação às públicas no Ensino Superior brasileiro fica cada vez mais evidente. Em 2006, por exemplo, dos 15% de estudantes matriculados, entre 15 e 24 anos, estavam no Ensino Superior, e destes, 74% estariam inseridos em instituições privadas, agravadas pela ausência de regulamentação (SILVA; RODRIGUES, 2013).

Importante expor que, entre os cursos da área da saúde, estes tiveram um aumento de 458% entre os anos de 1991 a 2008, com destaque nas Ciências Biológicas (649%), Nutrição (658%) e Fisioterapia (892%). Além disso, a predominância do setor privado também é uma tendência cada vez mais presente na realidade da saúde, principalmente nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia e Nutrição (POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013).

Na Enfermagem, a região Sudeste apresenta maior número de cursos, seguida das regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e, por último, com menor número, a região Norte. Além disso, o crescimento de vagas no setor privado é maior que no público, de modo que a taxa de crescimento no primeiro foi superior a 680%, e no segundo pouco mais de 127%, chegando a uma diferença de cinco vezes maior entre privado e público (POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013).

Não obstante, a problemática no setor educacional só cresce, principalmente, após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e a concretização do “Estado de Exceção”. Nesse cenário, o então governo ilegítimo Michel Temer, com a criação do seu programa “Uma ponte para o futuro”, acelera sobremaneira a lógica neoliberal. Para tanto, reduz a função do Estado quanto à sua responsabilidade frente às políticas sociais e aumenta a participação da iniciativa privada em vários setores, dentre outros dilemas que foram amplamente acelerados durante sua gestão (MANCEBO, 2017).

Somado à mudança governamental, o período vivenciado também retrata fortes cortes orçamentários nos setores das políticas públicas, justificados pelo ajuste fiscal adotado em virtude da crise econômica que assola todos os polos econômicos do capital moderno. Nas instituições públicas de Ensino Superior, a expansão de cursos e ofertas de vagas é reduzida, além da diminuição no financiamento da iniciação científica e melhoramento das estruturas físicas de novos campi e universidades. Não menos preocupante, acelera-se a indução de alternativas para redução de encargos com recursos humanos, atacando, assim, direitos trabalhistas já conquistados e, hoje, fortemente ameaçados pelas propostas governamentais implantadas (MANCEBO, 2017).

Por fim, entendemos a complexidade da abordagem da educação superior. Entretanto, só mediante a compreensão aprofundada dos eventos históricos e sociais, é possível compreender as mudanças, os avanços e as discontinuidades do Ensino Superior brasileiro. Diante do exposto, é mister compreender que a contextualização e o mapeamento da superestrutura política, econômica e social, influenciam a disposição e a organização do Ensino Superior em nosso país, e, conseqüentemente, promovem uma constante disputa entre as forças dominantes e as oprimidas.

3.2 A ENFERMAGEM COMO PARTE DO TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE

O trabalho se constitui como uma das dimensões mais complexas da atualidade, sobretudo com as transformações sociais provenientes do mundo globalizado associadas à constante dinâmica que envolve as relações estabelecidas entre o Estado e o mercado financeiro. Marcado pelas dimensões da globalização financeira e econômica, esse mercado passa a ter estratégias claras de liberalização dos capitais concomitante aos fluxos de informação, à privatização dos setores e à desregulamentação das condições de trabalho, principalmente a partir de 1980 (MARQUES, 2013).

Nesse cenário, são vários os desafios impostos ao trabalhador de saúde, seja pela complexidade do pensar/fazer saúde no contexto atual político e econômico, seja pelas transformações do perfil epidemiológico da população e as especificidades inerentes a cada profissão como parte do trabalho coletivo em saúde. Nesse ínterim, compreender a Enfermagem como prática social é percebê-la em um processo de constante transformação, que sofre determinações histórico-sociais, ao mesmo tempo em que também as determina.

Sabe-se que a Enfermagem é uma das profissões de saúde mais antigas. Foi institucionalizada e reconhecida como profissão na segunda metade do século XIX por meio da valorização do trabalho desenvolvido por Florence Nightingale. Essa figura ímpar da Enfermagem foi responsável por acrescentar atributos a um campo de atividades de cuidado à saúde desenvolvidas, milenarmente, por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em cenários diversos (PEDUZZI; ANSELMi, 2002; PIRES, 2009).

Do período que compreende a sua institucionalização até a contemporaneidade, a Enfermagem avançou bastante na sua constituição social e profissional. Pires (2009) afirma que a Enfermagem após a sua institucionalização saiu do espaço privado, familiar e se inseriu na esfera pública, alicerçando-se no conhecimento científico, racionalizado e com ênfase no aporte tecnológico, fortemente influenciado pelo modelo de saúde tecnoassistencial hegemônico.

Para tanto, a Enfermagem contemporânea tem como núcleo de saber o cuidado, seja ele realizado de forma individual, na família ou na comunidade, a partir de atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde em diferentes instituições. Então, o cuidado pode ser considerado o objeto epistemológico e o eixo norteador do seu agir profissional (ROCHA; ALMEIDA, 2000; PIRES, 2009).

Embora a dimensão cuidadora também faça parte de outras profissões de saúde, é na Enfermagem que ela se materializa, em virtude da sua própria construção histórica e social. Rocha e Almeida (2000) entendem que cuidar significa enxergar o(a) outro(a) em todas as suas necessidades básicas. Além disso, as autoras apontam que o cuidado tem um caráter universal, no entanto, na realidade social, o cuidado se apresenta de forma histórica e contextual, ou seja, irá depender de relações complexas e estabelecidas no próprio processo do cuidar.

Pinheiro (2009) aprofunda a discussão da concepção de cuidado como valor ético e político. Nesse sentido, essa ação exige uma responsabilidade coletiva dos sujeitos humanos envolvidos nas práticas integrais de saúde, comprometidos, acima de tudo, com a vida humana e não apenas com as habilidades e competências profissionais.

Em virtude da sua complexidade, o conhecimento que permeia e fundamenta o cuidado da Enfermagem deve ser construído por meio de um encontro entre diferentes áreas de conhecimento, como a Filosofia, a Ciência, a Tecnologia e outros saberes que possam abordar de forma ética a condição humana, comprometendo-se de maneira crítica e reflexiva com a emancipação e a participação ativa do outro (ROCHA; ALMEIDA, 2000; PIRES, 2009).

É no agir profissional do trabalhador de enfermagem que acontece o cuidado. A esse agir dá-se o nome de *processo de trabalho*, que pode ser compreendido como a transformação de um determinado objeto ou ação em um produto ou resultado desejado. Na verdade, qualquer

trabalho é resultante do processo, já que esse pode ser considerado um conjunto de procedimentos pelos quais os sujeitos atuam de forma consciente por intermédio dos meios de produção (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

Com base nas discussões de Sanna (2007), essa intervenção humana leva em consideração seis componentes necessários: *objeto*, *agente*, *instrumento*, *finalidade*, *método* e *produto*. Cada um dos componentes do processo de trabalho possui um conceito e um papel diferenciado, no entanto, todos estão intrinsicamente interligados. O *objeto*, por exemplo, é aquilo sobre o que se trabalha, que pode inclusive ser inerente da natureza bruta e que, por si, tem a potencialidade do produto que será transformado pela ação humana. Os *agentes* são os responsáveis pela intervenção, pessoas que sejam capazes de alterar o objeto, transformando-o em um artefato ou serviço, desde que tenham a intenção consciente de realizá-lo (SANNA, 2007; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

Por sua vez, os *instrumentos* podem ser tanto as ferramentas físicas utilizadas, quanto os conhecimentos, as habilidades e as atitudes específicas, os quais o agente ou o sujeito necessita para desenvolver o trabalho. Já a *finalidade* é a razão ou objetivo do trabalho, aquilo que confere significado e intencionalidade. Enquanto o *método* está relacionado ao planejamento das ações voltadas para o objeto almejado, ou seja, as padronizações, condutas a serem seguidas e respeitadas, considerando a preconcepção da finalidade do processo de trabalho. Por fim, têm-se os *produtos*, que podem ser elementos materiais, bens, serviços, que não são necessariamente concretos, mas são percebidos através da resposta encontrada ao término da execução (SANNA, 2007).

Em síntese, as características do processo de trabalho em saúde são bem peculiares. Ao analisar o processo de trabalho em saúde, é necessário considerar alguns aspectos, a saber: o trabalho em saúde é um serviço e, por ser um serviço, fundamenta-se em uma troca contínua interpessoal que interfere diretamente na eficácia da ação e no resultado almejado (NOGUEIRA, 1997).

Defendendo essa hipótese, Pires (2004) reitera que a organização do trabalho não está apenas relacionada à atividade em si, mas é permeada por relações de trabalho, que são provenientes das relações entre diferentes agentes sociais, entre estes, são estabelecidas relações intersubjetivas e sociais. Portanto, o processo de trabalho em saúde/enfermagem abrange uma relação viva e dinâmica entre sujeitos, permeado por suas subjetividades, historicidades, necessidades, expectativas, concepções de vida e outros aspectos inerentes aos sujeitos envolvidos, bem como sua maneira de ver/sentir o mundo (PIRES, 2009).

Nesse contexto, é possível considerar o trabalho em enfermagem como um trabalho reflexivo dotado de incertezas e descontinuidade, o que ocasiona a impossibilidade de normatizar totalmente e, *a priori*, as suas funções, além de definir critérios econômicos de produção pouco flexíveis (PEDUZZI; ANSELMi, 2002). O trabalho da Enfermagem tem especificidades que se materializam em cinco processos: assistir/intervir, gerenciar, investigar; ensinar/aprender e agir politicamente. Tais processos se apresentam de forma indissociável nos diferentes modelos de produção dos serviços de saúde (SANNA, 2007).

Para Peduzzi e Anselmi (2002), existe a necessidade de incitar a articulação da integralidade das ações de saúde com a atuação consciente de sujeitos dispostos à interação, de maneira a conduzir o processo de trabalho mais participativo, efetivo e resolutivo. Pires, Gelbcke, Matos (2004) destacam que o trabalho em saúde é fortemente influenciado pelas características do trabalho coletivo do modo capitalista de produção com fragmentação, hierarquização e alienação. Todas essas características estão presentes na organização do trabalho em saúde, tanto no âmbito público quanto no privado. Esse fato leva a consequências no setor, dentre elas, a elevada flexibilização das relações e condições de trabalho, o que o diferencia de outros setores da sociedade (DEDECA; TROVÃO, 2013).

Com a transição demográfica e epidemiológica, houve um aumento das doenças crônico-degenerativas como hipertensão e diabetes, além do crescimento da expectativa de vida com o envelhecimento da população, alta taxa de mortalidade em faixas etárias jovens devido à violência, homicídios, acidentes de trânsito e surgimento de doenças sexualmente transmissíveis. Tudo isso somado a outros agravos em saúde causados pela urbanização descontrolada, falta de saneamento básico e armazenamento inadequado do lixo (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Nesse cenário de mudança dos padrões de saúde, associado aos avanços tecnológicos, disseminação dos conhecimentos e inovações na assistência, almeja-se uma força de trabalho em saúde que possa dar respostas às necessidades da população e que seja compatível com a organização dos serviços (POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013). Um novo perfil profissional ancorado em características como polivalência, ampliação de competências específicas, flexibilização no trabalho coletivo, como também profissional com qualificações mais especializadas para as áreas de alta complexidade, ou seja, um profissional de saúde com novas qualidades técnicas e muitas responsabilidades a assumir (PEDUZZI; ANSELMi, 2002; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

Concomitantemente, assiste-se a mudanças nas modalidades de inserção dos trabalhadores e nos vínculos empregatícios, em virtude do crescente aumento da precarização

do trabalho. Esse cenário chega a todos os setores do universo do trabalho, inclusive no campo da saúde, onde se percebe uma ampliação de serviços terceirizados e contratos temporários (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Nesse ínterim, a lógica neoliberal atinge todos os setores da sociedade, chegando aos serviços públicos e privados em diferentes proporções. Os serviços de saúde passam a exigir uma nova figura profissional, isto é, um trabalhador com mais deveres, responsável por diversos compromissos, no entanto, quase invisível na garantia e exercícios de seus direitos.

A Enfermagem, por exemplo, não ficou incólume à precarização e as novas formas contratuais presentes no trabalho em saúde. Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz e financiada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) sobre o perfil da enfermagem na atualidade brasileira mostra o crescimento da carga horária de trabalho do profissional, a manutenção de baixos salários, o aumento da sua inserção no setor privado, as contratações eventuais para sobreviver no mercado de trabalho em saúde, entre outras problemáticas que invadem o mundo do trabalho nos dias atuais, com uma frequência cada vez mais crescente (MACHADO et al, 2016a; CAETANO; PRADO, 2016).

Realidade também constatada em investigação recente sobre tendência do mercado de trabalho de enfermeiros no estado do Rio Grande do Norte, em que foi possível identificar alguns fatores desfavoráveis para a categoria, tais como: aumento da disponibilidade de enfermeiros para o mercado; agravamento da precarização nas relações de trabalho; grande número de contratações de emprego por indicação ou conhecimento pessoal com o empregador e não por seleção e mérito profissional; desemprego; escassez de qualificação especializada para assumir determinados postos de trabalho e pouca ou nenhuma experiência profissional (OLIVEIRA et al, 2018).

Todos esses fatores resultam num impacto negativo para a profissão, já que a ampliação de vagas e cursos superiores no estado não consegue ainda dar uma resposta positiva no que diz respeito à inserção no mercado de trabalho por esses profissionais, respeitando, principalmente, os direitos trabalhistas adquiridos e sua qualificação profissional (OLIVEIRA; PIRES, 2015; MACHADO et al, 2016b).

Curiosamente, o setor saúde, nos últimos anos, ampliou a oferta de emprego. É considerado como um ramo essencial da economia brasileira, que emprega em torno de 4,3% da população no país e gera mais de 10% da massa salarial do setor formal (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012; MACHADO et al, 2016a). Informações de um estudo sobre mercado de trabalho realizado pela Fundação Oswaldo Cruz revelaram que, na última década, houve ampliação do mercado de trabalho em saúde, principalmente devido à expansão da

Atenção Primária através do Programa Saúde da Família (PSF) em diferentes localidades do país (POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013). Na enfermagem, isso também aconteceu, inclusive, pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), realizada de 2009 a 2012, afirma que a segunda categoria que mais gera postos de trabalho é a de “enfermeiros e afins” no país (NASCIMENTO; MACIENTE; DE ASSIS, 2013).

Todavia, mesmo diante de um mercado que se expande, de oportunidades que surgem para a enfermagem e outros profissionais de saúde, é necessário ter avanços mais significativos em outros aspectos do mercado de trabalho, dentre eles: melhoria nas relações entre empregador e empregados; aumento de salários, oferecendo maior dignidade e valorização aos trabalhadores; contratações formalizadas garantindo ao trabalhador que seus direitos sejam preservados; e jornadas de trabalho menos exaustivas. Todas essas condições têm implicações na qualidade de vida dos profissionais, precisam ser colocadas em evidência e discutidas em coletivo como entidades representativas dos trabalhadores e órgãos competentes do estado (MACHADO et al, 2016b).

Os desafios impostos ao trabalho coletivo em saúde/enfermagem têm repercussões macroestruturais como podemos observar nas discussões trazidas pelos autores. Além disso, é mister apontar a importância do papel das instituições formadoras nesse processo de fortalecimento das profissões em saúde, incluindo a Enfermagem.

3.3 A IMPORTÂNCIA DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NA FORMAÇÃO PARA O ENFERMEIRO

Ao longo das décadas, a formação brasileira dos profissionais de saúde passa por transformações para atender as orientações do setor saúde, principalmente após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980 (CHAVES, 2014). Por meio da Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 200, foi enunciada a responsabilização do SUS no que se refere à ordenação da formação de recursos humanos de saúde, uma vez que essa formação precisava se adequar às novas necessidades do modelo assistencial vigente, tendo em vista que a formação em saúde com ênfase no modelo biomédico e hospitalocêntrico não correspondia às orientações do próprio sistema de saúde brasileiro.

Com as mudanças constitucionais, a saúde passou a ser considerada uma necessidade humana essencial e, por isso, tem valor para o indivíduo e sua coletividade. Nesse sentido, o Art. 196 da Constituição de 1988 deixa claro que a saúde deve ser entendida como:

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

As mudanças conceituais trazidas pela nova compreensão de saúde, bem como os princípios e as diretrizes do SUS tendem a reconduzir o processo formativo como eixo norteador para consolidação de novas práticas profissionais e, conseqüentemente, de uma atenção à saúde integral e de qualidade. Vários foram os acontecimentos que resultaram em mudanças substanciais nos projetos pedagógicos dos cursos da área de saúde.

A criação da LDB (1996) se configurou como um importante evento inserido no contexto de mudança, envolvendo a formação e a educação para a saúde. Nesse contexto, houve um aumento da flexibilidade na organização dos cursos e carreiras, na valorização dos locais de trabalho, no processo de ensino-aprendizagem pela articulação entre instituições formadoras/serviços. Assim, definiu o ensino com base no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, além de estabelecer grandes perspectivas para a formação de nível médio e superior (MARSIGLIA, 2004).

Por conseguinte, as DCN foram estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) a partir de 2001. As orientações dispostas nas DCN definiram novos parâmetros de organização, de desenvolvimento e de avaliação dos projetos pedagógicos de cada curso das Instituições de Ensino Superior (IES), produzindo mudanças nos princípios, fundamentos e procedimentos na formação profissional (BARBOSA et al, 2003).

Para Feuerwerker e Almeida (2004), as DCN são responsáveis por anunciar o acordo de modificações na formação dos trabalhadores de saúde, com um entendimento ampliado do papel do projeto pedagógico do curso, entendido como um instrumento que precisa expressar o posicionamento da universidade diante de seu papel social e outras bases conceituais. Chaves (2014) identifica que, após a implantação das DCN, houve um aumento da autonomia e flexibilização acadêmica, tanto na organização da matriz curricular, como também possibilitou pensar em propostas pedagógicas ampliadas e percursos formativos com ênfase nas particularidades das regiões onde estão inseridas as IES.

Sob essa vertente, as DCN podem ser lidas como sinopses programáticas possíveis à formação de trabalhadores em saúde, que, embora remetam aspectos inerentes a um novo sistema de saúde, depara-se com profissionais com formação acadêmica engessada, distante dos princípios estruturantes e primordiais do SUS (MOREIRA; DIAS, 2015).

Estamos vivendo um momento crucial, marcado por mudanças rápidas e frequentes no cenário político, econômico, cultural, educacional e de saúde. Essa conjuntura social exige outras respostas no campo do trabalho e na formação profissional do trabalhador. Diante do exposto, faz-se necessária uma busca constante de estratégias e atitudes que redirecionem o processo de formação, no intuito de atender às questões requeridas pelo atual contexto mundial, nacional e local (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Para tanto, é possível vislumbrar, em todo o documento das DCN, o desejo de reorientar a formação profissional com a perspectiva de atender às necessidades do campo de saúde a partir do estímulo à iniciativa, à ação reflexiva, à motivação e à liderança, ao mesmo tempo em que atuem com competência e profissionalismo na atenção ao cuidado de saúde individual e coletivo. Almejam-se trabalhadores em saúde aptos a encarar as situações mais complexas e adversas possíveis, no mundo real dos serviços de saúde, atuando com compromisso social na transformação das realidades (CHAVES, 2014; WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016).

No entanto, o efetivo cumprimento enunciado pelas diretrizes curriculares implica uma mudança visceral na condução da formação acadêmica, dentro e fora das universidades, dos campos de práticas e que irá repercutir positivamente nas atitudes dos futuros profissionais de saúde frente à realidade. Para Moreira e Dias (2015), os desafios são inúmeros e, para operar mudanças na formação em saúde, é necessário ir desde a implementação de novas metodologias aplicadas no processo ensinar/aprender até a transformação de posturas adotadas pelas IES na condução e na reformulação dos seus projetos pedagógicos.

Não obstante, os cursos de graduação em saúde, como agentes influenciadores na formação de seus estudantes, que, no futuro, irão interferir na qualidade e na organização dos serviços, devem ter o compromisso de formar profissionais que atendam às exigências do SUS, consolidando os seus princípios de universalidade, integralidade, hierarquização e descentralização.

Na enfermagem, as mudanças no processo ensino-aprendizagem vêm se processando na reconfiguração do caráter conservador focado no modelo flexneriano de forma mais incisiva sobre os cursos de graduação. Tal afastamento não menospreza o domínio teórico-prático tradicional, porém, busca nos projetos pedagógicos a articulação dos currículos com os cenários de prática, para dar respostas aos problemas/situações a partir das transformações importantes nos referenciais teóricos, marcos conceituais, metodologias, assumindo o caráter político dos problemas de saúde, na reordenação de práticas. Além de oportunizar a aquisição de um aporte teórico, capaz de reorientar a formação do enfermeiro na área da saúde coletiva para o

fortalecimento do modelo de atenção à saúde brasileiro (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013; CHAVES, 2014).

A formação de profissionais enfermeiros deve estar voltada para a integralidade dos problemas de saúde da população brasileira, necessitando ser contextualizada e resolutiva, fundamentando-se em projetos pedagógicos que possibilitem práticas de saúde com responsabilidade social (WINTERS; DO PRADO; HEIDEMANN, 2016).

Na prática, os novos modelos pedagógicos implementados nas IES e seus projetos pedagógicos de curso devem refletir sobre os processos de ensino-aprendizagem, no sentido de contemplar os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos instituídos pelas diretrizes curriculares dos cursos de graduação, visando garantir a qualificação e o desenvolvimento de profissionais críticos, reflexivos, transformadores de sua prática. Esse redirecionamento na formação profissional da enfermagem contou com o apoio substancial do Movimento de Participação, que ocorreu no interior da profissão nos anos 1980, paralelamente ao processo de redemocratização do país e tinha como principal objetivo romper com o caráter acrítico, tecnicista e subserviente da enfermagem brasileira (GERMANO, 2003).

Para Bagnato e Rodrigues (2007), a ABEn, concomitante com a comissão de especialistas de enfermagem, teve contribuição efetiva na elaboração e na aprovação das diretrizes curriculares para a profissão. A bandeira prioritária levantada pela ABEn é a educação dos profissionais de enfermagem, por isso, sempre tem buscado mobilizar a categoria em todos os cenários sociais, na tentativa de discutir e consolidar um projeto educacional que, de fato, corresponda às necessidades da coletividade.

Nesse sentido, desde a aprovação das diretrizes para os cursos de graduação em Enfermagem através da Resolução CNE/CES Nº 3 de 7/11/2001, a associação estabeleceu estratégias para permanecer acompanhando a implementação das mudanças na formação em enfermagem por meio da promoção de seminários, encontros e debates que acontecem em todo o país até os dias atuais (VALE; FERNANDES, 2006).

Não obstante, o Ensino Superior na Enfermagem tem corroborado junto às mudanças no campo da educação e da saúde, repensando sua formação com vistas a dar respostas aos desafios atuais da sociedade contemporânea. Esses desafios são muitos, como a capacidade do trabalhador para lidar com as efêmeras mudanças tecnológicas, até a tomada de decisão frente a sua inserção no mercado de trabalho, assumindo nova postura como: criatividade, criticidade e capacidade de gerir situações conflituosas e complexas, desempenhando papel ativo na construção de novas práticas de saúde (CHAVES, 2014).

Desse modo, o novo perfil requerido para o enfermeiro exige um aprendizado para atuar no SUS, o qual deve contemplar, além das competências específicas da profissão, um conjunto de habilidades gerais que assegurem ao profissional o desenvolvimento do seu pensamento científico, crítico-reflexivo de sua prática, das suas relações acadêmicas e sociais, amparadas pela ética e pela humanização nos processos de trabalho (BRASIL, 2001; WINTERS; DO PRADO; HEIDEMANN, 2016).

De acordo com as Diretrizes para a Enfermagem, no seu Artigo 5º, dentre as competências e habilidades específicas para o enfermeiro, estão: atuar de maneira profissional em diferentes cenários; incorporar a capacidade do cuidar como objeto epistemológico da profissão; conhecer a estrutura e organização social onde se encontra inserido; desenvolver formação técnico-científica, ética, humana com compromisso social e coletivo; compreender a política nacional de saúde principalmente os perfis epidemiológicos; atuar na atenção integral dos programas governamentais nos diferentes ciclos de vida do ser humano; ter capacidade para diagnosticar e atuar frente às problemáticas de saúde; tomar decisões no processo de trabalho em saúde; auxiliar no processo de formação de recursos humanos de saúde; reconhecer-se como coordenador da equipe de enfermagem; usar de maneira adequada as novas tecnologias; desenvolver atitudes com base nos determinantes e condicionantes da população; integrar as práticas e saberes da enfermagem como os demais profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

Tais competências e habilidades específicas apresentadas pelas DCN têm como principal objetivo uma “formação do Enfermeiro para atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001, p. 3).

Além disso, há um apelo claro e incisivo destas e de egressos participantes de pesquisas realizadas pelo país, para que o ensino propicie ao estudante vivenciar durante a graduação a realidade do mercado de trabalho em diferentes contextos. Presume-se que, ao propiciar esse encontro com a realidade em diferentes cenários, a instituição de ensino garanta ao estudante condições favoráveis para uma visão voltada à integralidade e à equidade da assistência à saúde (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Mesmo diante das possíveis reformulações que passarão, em breve, as diretrizes curriculares para a Enfermagem, a presente pesquisa tomará como base as orientações dispostas nas DCN de 2001, justamente por ainda permanecerem como documento norteador para a condução do processo ensino-aprendizagem para a categoria. Nesse sentido, segundo orientações da Resolução CNE/CES nº 3, para assegurar a formação almejada, os cursos de graduação em Enfermagem deverão garantir: a indissociabilidade entre o ensino, pesquisa e

extensão/assistência, de modo a garantir um ensino crítico/reflexivo e criativo, com objetivo de construir o perfil profissional desejado; promover o estímulo ao desenvolvimento de projetos de pesquisas com relevância social, que levem em conta a epistemologia dos modelos do processo saúde-doença; ofertar atividades teóricas e práticas de forma articulada e interdisciplinar, logo nos períodos iniciais do curso de graduação em enfermagem; construir elementos que proporcionem uma educação cidadã e participativa para inserção na sociedade; assegurar autonomia institucional, flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no projeto pedagógico do curso; desenvolver metodologias no processo ensino/aprendizagem que possibilitem ao estudante refletir sobre cenário social e aprenda a aprender; utilizar estratégias pedagógicas de modo a articular os atributos essenciais à formação do enfermeiros, tais quais, o saber, o saber fazer e o saber conviver, na perspectiva de estimular o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer; proporcionar o desenvolvimento de trabalhos grupais, com objetivo de ampliar discussões e a convivência coletiva; valorizar as dimensões éticas e humanísticas, estimulando atitudes e valores com base ao exercício da cidadania e solidariedade; e por fim, articular a licenciatura junto ao bacharelado em enfermagem (BRASIL, 2001).

Diante do exposto, analisar até que ponto a organização e a condução dos cursos de graduação em Enfermagem funcionam em determinada realidade ou instituição de ensino possibilita atender às necessidades sociais e compreender os desafios e avanços que envolvem a formação em Enfermagem na realidade brasileira. Além disso, é possível também realizar reflexões importantes sobre a formação e sua articulação com o processo de trabalho da Enfermagem, mais especificamente das influências desta sobre atuação do enfermeiro. Tais discussões têm papel crucial para repensar as práticas e discutir perspectivas de mudanças, tanto dentro da profissão, como nas relações estabelecidas nos cenários e serviços de saúde.

3.4 ESTATÍSTICA INFERENCIAL

A estatística pode ser compreendida como um conjunto de técnicas que envolvem a coleta, a quantificação, a síntese, a análise e a interpretação de informações relevantes aplicadas ao determinado problema de pesquisa. A estatística se aplica em várias áreas do conhecimento, como na saúde, economia, engenharias, entre outros. Entre as ramificações da área da Estatística, estão a estatística descritiva dos dados e a estatística inferencial. Na primeira, seu objetivo é sintetizar e apresentar informações sobre os dados, enquanto a segunda permite criar modelos probabilísticos com bases em parâmetros conhecidos ou desconhecidos para podemos tirar conclusões acerca de um conjunto maior (a população) usando informação de um conjunto menor (a amostra) (CALLEGARI-JACQUES, 2003; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ; BERA-RASTROLLO, 2009).

Para Triola (2015), alguns fatores são essenciais no uso de técnicas estatísticas em pesquisas, são eles: o contexto e a fonte dos dados; o método de amostragem; a observação nas variáveis de confusão e as implicações práticas. Além disso, é necessário também que o pesquisador faça a melhor opção pelo método estatístico, a considerar essencialmente os objetivos do estudo e os dados por ele encontrados.

Em vários setores, as ferramentas oferecidas pela estatística proporcionam meios de conduzir avaliações, planejamento de ações, auxiliando na melhoria das políticas da educação brasileira, entre outras contribuições. Essa realidade já acontece na educação superior, que tem utilizado com bastante frequência os censos educacionais e instrumentos avaliativos junto às instituições de ensino (CASTRO, 2000).

No campo da saúde, os métodos estatísticos também têm sido responsáveis pelo sucesso de várias pesquisas na medicina moderna, por exemplo. Dentre suas colaborações, ela vem ajudando na diminuição da morbidade, na implantação de novos diagnósticos, na aceleração de tratamentos e, principalmente, no aumento da sobrevivência da população mundial (CONGGON, 2015).

Ao testar hipóteses, por exemplo, a partir de dados empíricos ou inferir sobre parâmetros populacionais a partir dos dados coletados, a estatística representa uma ferramenta importante no processo de tomada de decisão nas diferentes áreas de conhecimento (IGNÁCIO, 2010).

Considerando tais apontamentos, este estudo tem, dentre seus objetivos, construir perfil profissional para enfermeiros, bem como identificar convergências e divergências entre os processos formativos do enfermeiro e o mundo laboral. Para atingir tais objetivos, faremos uso das ferramentas estatísticas, por meio da utilização de testes de hipóteses não paramétricos.

3.4.1 Testes de Hipóteses

Os testes de hipóteses fazem parte da estatística inferencial e são, com frequência, utilizados para tomada de decisão. Seu objetivo principal é validar ou não uma hipótese, a partir de informações coletadas de uma amostra (TONDOLO, SCHNEIDER, 2006; TRIOLA, 2015). De acordo com Triola (2015), a hipótese estatística consiste em uma afirmativa sobre um parâmetro da população. Para tanto, os testes de hipóteses permitem a afirmação ou não da hipótese do estudo em questão, auxiliando na construção de estimativas para determinada população investigada.

Alguns autores apresentam orientações acerca da formulação de hipóteses. Gil (2002) destaca a necessidade de levar em consideração algumas características como: ser conceitualmente clara; específica; ter base empírica; ser parcimoniosa; estar relacionada com as técnicas e ter relação teórica.

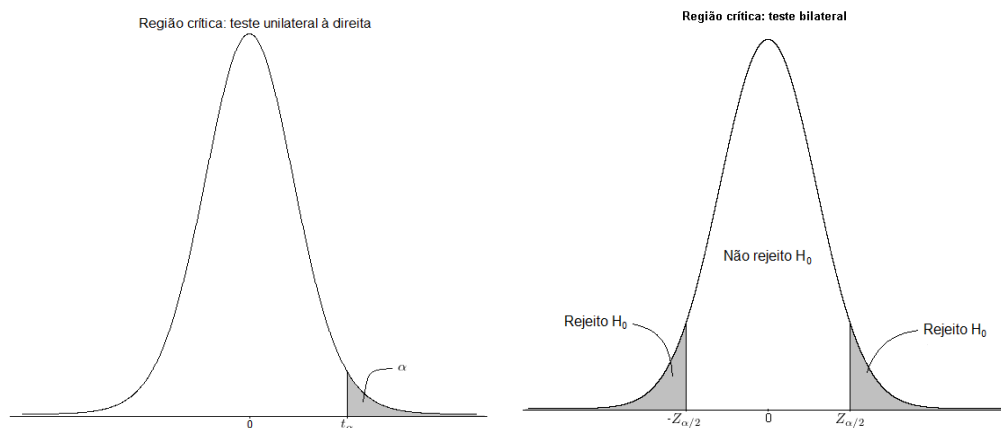
A ideia básica de um teste de hipótese é estabelecer uma regra de decisão segundo a qual rejeitaremos ou não a hipótese proposta com base em informações coletadas em uma amostra. Normalmente, estabelecemos duas hipóteses: H_0 , conhecida como hipótese nula, e a hipótese alternativa, denotada por (H_1), devendo ser formulada em termos do que pretendemos verificar ou comprovar, a partir dos dados coletados (TRIOLA, 2015).

Outros conhecimentos também são necessários para realizar um teste de hipótese e, sobretudo, auxiliarão na interpretação do mesmo, a saber: a estatística do teste; a região crítica; o valor crítico; o nível de significância (α) ou o erro tipo I (α) e erro tipo II (β).

A estatística do teste é calculada a partir dos dados amostrais e servirá para a tomada de decisão final, ou seja, de rejeitar ou não H_0 . O nível de significância deve ser estabelecido antes a coleta de dados e se refere à probabilidade de se rejeitar a hipótese nula (H_0), quando ela é verdadeira. Geralmente, seus valores são fixados entre 1% e 5% (VIALI, 2009).

Quanto à Região Crítica do teste, ela é justamente a região determinada por um valor crítico, que irá informar conjunto de valores para rejeitar a hipótese nula (H_0). A área oposta é comumente chamada de região de aceitação. Para tanto, é necessário saber se o teste é unicaudal (quando existe apenas um valor crítico) ou bicaudal (quando existem dois valores críticos), como podemos observar mais claramente na Figura 1.

Figura 1 – Modelos gráficos para o teste unicaudal e bicaudal



Fonte: GOOGLE, 2017.

Em síntese, para tomada de decisão usando testes de hipóteses, têm-se as seguintes etapas (VIALI, 2009):

- 1) Definir a hipótese nula (H_0) e a hipótese alternativa (H_1);
- 2) Estabelecer a estatística do teste;
- 3) Fixar o nível de significância (α);
- 4) Determinar a região crítica;
- 5) Calcular o valor da estatística do teste, utilizando os valores obtidos na amostra;
- 6) Tomar a decisão, considerando se o valor encontrado pertence ou não à região crítica, a fim de rejeitar ou não H_0 .

Após as etapas concluídas, é possível ter duas decisões para chegar à conclusão final do teste, tais quais, aceitar ou rejeitar a hipótese nula. Sendo assim, os resultados possíveis após a decisão seriam:

- 1ª- Não rejeitar H_0 , quando esta é verdadeira;
- 2ª- Rejeitar H_0 , quando esta é verdadeira;
- 3ª- Não rejeitar H_0 , quando esta é falsa;
- 4ª- Rejeitar H_0 , quando esta é falsa.

Duas das decisões acima podem gerar erros, a saber: erro tipo I e erro tipo II. O erro do tipo I (α) acontece quando se rejeita H_0 , quando ela é, na realidade, verdadeira. A respeito do erro tipo II (β), este ocorre quando não se rejeita a hipótese nula quando, na verdade, ela é falsa (TRIOLA, 2015).

O erro tipo II pode ser reduzido aumentando o tamanho da amostra, dado que o erro tipo I foi definido pelo pesquisador. A partir do erro tipo I, estabelecemos a região crítica para rejeitar ou não H_0 (TRIOLA, 2015). Além dos conceitos básicos, os testes de hipóteses se classificam como paramétricos e não paramétricos (TRIOLA, 2015). Ambos são utilizados pela

comunidade científica, no entanto, cada um considera requisitos próprios para sua execução adequada.

3.4.1.1 Testes Paramétricos

Os testes de hipóteses objetivam fazer ou avaliar afirmações sobre características populacionais com base em informações extraídas de amostras. Para utilizar os testes de hipóteses paramétricos, é preciso considerar algumas suposições, tais como: a aleatoriedade das observações que compõem a amostra; a distribuição de probabilidade dos dados; a homogeneidade dos dados (variabilidade dos dados se apresentar de forma homogênea); a escala de mensuração dos dados ser, no mínimo, intervalar, entre outras (TRIOLA, 2015).

Entre os testes paramétricos, temos:

A) Para uma população:

- 1) Teste de hipótese sobre proporção;
- 2) Teste de hipótese sobre uma média com desvio padrão conhecido;
- 3) Teste de hipótese sobre média com desvio padrão desconhecido;
- 4) Teste de hipótese sobre um desvio padrão ou uma variância.

B) Para duas populações:

- 1) Teste de hipótese para comparação de médias com variâncias iguais;
- 2) Teste de hipótese para comparação de médias com variâncias diferentes;
- 3) Teste de hipótese para comparação de variâncias;
- 4) Teste de hipótese para comparação de proporções;

3.4.1.2 Testes não paramétricos

No que se refere à estatística não paramétrica, chamadas também de métodos não paramétricos (ou de distribuição livre) que, como o próprio nome indica, são utilizadas principalmente quando não se requer pressuposição rigorosa sobre a forma da distribuição de probabilidade dessa população. Geralmente, nessas técnicas, as variáveis envolvidas são apresentadas como postos (ranks) que são números indicando os itens amostrados ordenados, ou como valores discretos classificados em categorias e representados por frequências. Os níveis de mensuração dessas variáveis são, na maioria das vezes, nominais ou ordinais (TRIOLA, 2015).

Outro fator importante para o uso dos testes não paramétricos é dispor de um bom tamanho amostral, na tentativa de minimizar a possibilidade do erro tipo II (TRIOLA, 2015). A recomendação para utilizar os testes não paramétricos é apenas quando os critérios dos testes paramétricos não sejam satisfeitos (CALLEGARI-JACQUES, 2003; TRIOLA, 2015).

Haja vista as peculiaridades deste estudo, onde não se tem a normalidade de distribuição dos dados, como utilizaremos as variáveis categóricas nas análises, iremos nos deter à abordagem resumida de dois testes não paramétricos, a saber: Qui-quadrado (χ^2) e o *Mann-Whitney (Wilcoxon)*.

A) Teste Qui Quadrado (χ^2)

O teste Qui Quadrado é usado para descobrir se existe uma associação entre duas variáveis em uma tabela de contingência construída a partir de dados da amostra. A hipótese nula é de que as variáveis não estão associadas, em outras palavras, elas são independentes. Sua estatística do teste utiliza um cálculo estatístico entre o conjunto de frequências esperadas e frequências observadas. A hipótese nula (H_0) a ser testada deve considerar que não existe associação entre as variáveis envolvidas. Para calcular a estatística do teste, utiliza-se a seguinte equação:

$$\chi^2 = \sum_{k=1}^n \frac{(O_k - E_k)^2}{E_k} \quad (1)$$

onde,

O_k = frequência observada da casela k em uma tabela de contingência;

E_k = frequência esperada da casela k em uma tabela de contingência.

B) Teste de Mann-Whitney

Outro teste não paramétrico bastante utilizado é o teste de *Mann-Whitney (U)*. Esse teste substitui o teste “t” de comparação de médias para amostras independentes e/ou os pré-requisitos estabelecidos pelo teste “t” forem violados. Também é considerado equivalente ao teste de soma de postos de *Wilcoxon* para amostras independentes (TRIOLA, 2015).

Em síntese, a única exigência do teste de Mann-Whitney é a de que as observações sejam medidas em escala ordinal ou numérica utilizando também a soma dos postos. De acordo com Hackbarth Neto e Stein (2019), calcula-se a estatística do teste U da seguinte forma:

Primeiro, encontra-se o teste U_1 e U_2 :

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1+1)}{2} - R_1 \quad (2)$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2+1)}{2} - R_2 \quad (3)$$

onde,

n_1 = número de casos do grupo 1;

n_2 = número de casos do grupo 2;

R_1 = soma dos postos do grupo 1;

R_2 = soma dos postos do grupo 2;

Em seguida é necessário obter as médias e desvio padrão dos postos para então obter o z calculado:

$$\mu_{U = \frac{n_1 \cdot n_2}{2}} \quad \sigma_U = \sqrt{\left(\frac{n_1 \cdot n_2}{N \cdot (N-1)}\right) \cdot \left(\frac{N^3 - N}{12} - \sum T\right)} \quad z = \frac{U - \mu_U}{\sigma_U} \quad (4)$$

onde $\sum T$ é obtido através:

$$T = \frac{t^3 - t}{12} \quad (5)$$

Por fim, compara-se os valores adquiridos no teste calculado com o valor de z da tabela. Se $z_{cal} < z_{tab}$, não se pode rejeitar a hipótese nula (H_0), analisando sobre a perspectiva do teste realizado ser unicaudal.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

O estudo foi do tipo exploratório, transversal, descritivo e inferencial com abordagens quantitativa e qualitativa. Para Gil (2002), as pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema proposto para a pesquisa, bem como envolvem elementos processuais como levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas envolvidas com a realidade a ser investigada. O autor prossegue afirmando que, por sua vez, a pesquisa descritiva se concentra na exposição das principais características de determinadas populações ou fenômenos, como também envolve elementos processuais para a coleta dos dados, tais como questionários e observações sistemáticas.

Historicamente, os métodos qualitativos e quantitativos defendem seus respectivos instrumentos de ação, pois só quando são empregados dentro dos limites de suas especificidades é que podem dar uma contribuição efetiva para o conhecimento da realidade, isto é, a busca da construção de teorias e o levantamento de hipóteses (DESLANDES; CRUZ NETO.; GOMES; MINAYO, 2002). Mesmo diante de tais apontamentos, nos dias atuais, a combinação de métodos constitui um desafio crescente na prática científica em diferentes áreas de conhecimento, realidade também presente no campo da saúde. Diante disso, considera-se a importância na utilização das abordagens quantitativa e qualitativa, e, mesmo que estas pareçam excludentes, fornecem resultados complementares quando o foco da pesquisa exige um entendimento do contexto social e cultural do objeto eleito para o estudo (DESLANDES; CRUZ NETO.; GOMES; MINAYO, 2002; MARCONI; LAKATOS, 2004).

Creswell e Clark (2013) enfatizam que a construção de estudos com métodos mistos proporciona mais evidências para responder perguntas que não podem ser respondidas com a utilização apenas por uma das abordagens, seja quantitativa ou qualitativa. Para tanto, os autores alertam que os pesquisadores precisam identificar com clareza as potencialidades, as limitações de cada método e sua complementariedade. Ao usar as abordagens quantitativa e qualitativa, é preciso um olhar aguçado, afinal, é necessário saber utilizar a potencialidade que cada abordagem traz em sua essência, sejam os procedimentos estatísticos para fazer inferências, seja na discussão e na análise dos depoimentos mediante o uso técnica de análise qualitativa.

A estratégia de métodos mistos utilizada por esse estudo foi a triangulação concomitante. Esta se caracteriza pela coleta de dados quantitativos e qualitativos realizada ao mesmo tempo. Além disso, no período do tratamento das informações, é efetivada uma

comparação com o objetivo, a fim de identificar convergências, diferenças e combinações entre os resultados encontrados (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS et al, 2017).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A Enfermagem do Rio Grande do Norte, regularmente registrada no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), representava, em janeiro de 2017, 30.200 profissionais; destes, 7.248 eram enfermeiros (COREN-RN, 2017). A inscrição no Conselho é exigida e assegura o exercício profissional da enfermagem com base na Lei nº 7498/1986, que regulamenta e define os preceitos legais desses profissionais (PERSEGONA, OLIVEIRA, PANTOJA, 2016). A população alvo da pesquisa foi de enfermeiros, egressos de cursos de graduação em Enfermagem na modalidade presencial de 08(oito) instituições de Ensino Superior do Rio Grande do Norte, de natureza pública ou privada, que tinham efetuado inscrição no COREN/RN nos três anos anteriores à execução do projeto (Quadro 1). Destaca-se a existência de 12 IES com curso de graduação em Enfermagem, cadastradas no site do MEC (Ministério da Educação) no estado do RN, no período de construção do projeto de pesquisa, porém, apenas oito (8) foram selecionadas, pois quatro (4) não apresentavam turmas concluídas.

Quadro 1 – Quantitativo de inscrições de enfermeiros no COREN/RN nos últimos três anos por Instituição de Ensino Superior

Nº	IES-RN	Natureza Jurídica	Ano/2014	Ano/2015	Ano/2016	TOTAL
01	IES A	Privada	138	299	246	683
02	IES B	Pública	67	46	79	192
03	IES C	Privada	59	45	67	171
04	IES D	Privada	28	76	63	167
05	IES E	Privada	51	38	53	142
06	IES F	Pública	36	38	39	113
07	IES G	Privada	25	29	32	86
08	IES H	Privada	0	0	8	8
TOTAL			404	571	579	1.562

Fonte: COREN-RN, 2017.

A escolha pelos egressos como participantes desta pesquisa se deu por compreendermos que estes têm muito a contribuir com as mudanças na formação do enfermeiro, podendo melhorar inclusive sua articulação com o mundo do trabalho.

Os participantes deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Ter concluído o curso de Enfermagem em Instituições de Ensino Superior no Rio Grande do Norte;
- ✓ Ter efetuado o registro no COREN-RN nos últimos três anos;
- ✓ Ter sido sorteado(a) para participar da pesquisa;
- ✓ Residir no Rio Grande do Norte no período da coleta de dados;
- ✓ Ter experiência profissional como enfermeiro(a).

Foram excluídos aqueles que:

- ✓ Encontravam-se fora do mercado de trabalho com enfermeiro(a) há mais de três meses;
- ✓ Estavam em férias e/ou licença maternidade, bem como de doença no período da coleta de dados.

4.2.1 Fase Quantitativa

Para responder ao instrumento quantitativo, consideramos uma amostragem probabilística e estratificada com alocação proporcional. De acordo com Callegari-Jacques (2003), a amostragem estratificada pressupõe a divisão da população em subgrupos (estratos) de itens, procedendo-se então a amostragem em cada subgrupo. A estratificação da amostra foi construída tomando por base as oito (08) instituições de Ensino Superior, modalidade presencial, com cursos de graduação em Enfermagem no estado do RN (Quadro 01).

O tamanho da amostra foi calculado considerando a população total de 1.562 enfermeiros inscritos no COREN-RN no período de três anos. Para tanto, considerou-se $p = 0,5$ de modo a maximizar n , um nível de confiança de 95% e, inicialmente, uma margem de erro de 5 pontos percentuais. Utilizou-se a equação abaixo (MARTINS, 2001):

$$n = \frac{\sum_{i=1}^t [N_i^2 \hat{p}_i (1 - \hat{p}_i)] / w_i}{N^2 D + \sum_{i=1}^t [N_i \hat{p}_i (1 - \hat{p}_i)]} \quad (6)$$

onde,

N = tamanho da população

N_i = tamanho na população no estrato i

$\hat{p}_i$ = estimativa da proporção amostral no estrato i

$$D = d^2 / z_{\alpha/2}^2$$

d = margem de erro amostral

$z_{\alpha/2}$ = abscissa da normal padrão

$w_i = N_i / N$ (pesos dos estratos i)

Após cálculo, a amostra calculada para a fase quantitativa foi de 309 enfermeiros. No entanto, aceitaram participar da pesquisa 291 enfermeiros, destes, 259 estavam aptos a integrar o estudo, totalizando 83,82% da amostra estimada inicialmente. Das oito IES que fizeram parte da estratificação, apenas duas não foram contempladas em sua totalidade. Dessa forma, fez-se necessário um novo cálculo de tamanho de amostra. O plano amostral final considerou se $p=0,5$, um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 7 pontos percentuais, totalizando uma amostra de 174 indivíduos. Para os estratos onde, inicialmente, a coleta havia superado o novo tamanho de amostra (IES B, D, E, F, G), procedeu-se um sorteio aleatório para selecionar os indivíduos que iriam participar do tamanho de amostra final (Quadro 2)

Quadro 2 – Amostra por Instituição de Ensino Superior com cursos de graduação em Enfermagem na modalidade presencial

IES/RN OU ESTRATO	PESO DO ESTRATO	AMOSTRA POR ESTRATO (margem de erro 5%)	AMOSTRA COLETADA APTA	AMOSTRA (margem de erro 7%)
IES A*	0,444395	135	100	76
IES B	0,1200	37	37	21
IES C*	0,1100	34	19	19
IES D	0,1100	34	34	19
IES E	0,0900	28	28	16
IES F	0,0700	22	22	12
IES G	0,0600	18	18	10
IES H	0,0005	01	01	01
TOTAL	1,0000	309	259	174

Fonte: Dados da pesquisa., 2019.

Nota: *instituições que não atingiram quantitativo esperado da amostra com margem de erro 5%.

As variáveis que constituíram a pesquisa na fase quantitativa foram divididas em dois blocos. O primeiro bloco foi organizado com as características do egresso, tais quais: sexo, idade, município de residência, estado civil, pós-graduação, área de pós-graduação, quantitativo de vínculos empregatícios, tempo para conseguir primeiro emprego como enfermeiro, natureza

jurídica da instituição em que exerce a profissão, áreas de atuação profissional, formas de ingresso no trabalho, regime de trabalho, carga horária de trabalho semanal e renda mensal líquida. Já no segundo bloco, foram inseridas as variáveis relacionadas à instituição formadora, tais quais: natureza jurídica da IES, nome da IES, tempo de graduado, turno do curso, modalidade do curso, tempo gasto para finalizar a graduação em Enfermagem.

4.2.2 Fase Qualitativa

A investigação, frente aos objetivos propostos, também identificou os significados que os enfermeiros conferem à relação entre sua formação acadêmica e sua prática profissional. O modo como os sujeitos representam a realidade vivida em seus relatos orais é uma síntese entre suas impressões pessoais sobre o mundo e a objetividade dos acontecimentos sociais, o que torna possível explorar os processos sociais pela via da representação dos sujeitos. Quando os sujeitos falam acerca da realidade social, não expressam apenas situações singulares de suas vidas e suas subjetividades, pois, em suas falas, estão também inscritos valores, representações e modos de agir partilhados por toda a sociedade e produzidos por ela, de modo que, ao falar, reproduzem, em sua subjetividade, a objetividade da vida social. (SCRHAIBER, 1995).

Dada a natureza desse fenômeno, em que a objetividade se inscreve na subjetividade, a composição amostral em estudos qualitativos não segue parâmetros estatísticos, pois a suficiência dos dados está na densidade e na profundidade do que é relatado, a ponto de torná-lo possível, conforme o julgamento fundamentado do pesquisador, uma interpretação ampla do fenômeno ora investigado.

Nesse sentido, o tamanho da amostra não pode ser estabelecido *a priori*, pois dependerá do acúmulo das narrativas, a chamada saturação teórica, o que só pode ser percebido no decorrer do trabalho de campo (SCRHAIBER, 1995; MINAYO, 2010). Para tanto, a seleção dos participantes também difere da pesquisa quantitativa, sendo levados em consideração os seguintes princípios: (a) escolher os sujeitos que detêm os atributos relacionados ao que se pretende estudar; (b) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que seja possível uma discussão densa das questões da pesquisa.

No contexto dessa investigação, estimou-se, inicialmente, que 02 (dois) sujeitos por Instituição de Ensino Superior poderia conduzir à saturação, totalizando uma amostra de 16 (dezesesseis) enfermeiros egressos. Para tanto, participaram da fase qualitativa da investigação 15 (quinze) enfermeiros (03 homens e 12 mulheres). Destes, foram elencados 02 (dois) entrevistados por Instituição de Ensino Superior, com exceção da IES H, na qual não houve

colaborador. No caso da existência de mais de um campus, optamos por entrevistar pelo menos um de cada, o que aconteceu em três instituições formadoras, tais quais IES A, IES B e IES F.

4.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, com intuito de atingir os objetivos propostos. Na fase quantitativa, foi construído um questionário estruturado (APÊNDICE B) pela pesquisadora, tomando por base o instrumento validado de Vieira e Domenico para avaliação de egressos de Enfermagem (VIEIRA; DE DOMENICO, 2015). Para tanto, o instrumento dispõe de perguntas abertas e fechadas, dividido em três partes: I parte: Caracterização do egresso; II Parte: Caracterização do curso de graduação em enfermagem e III parte: Questões considerando os 09(nove) itens do Artigo 14 das Diretrizes Curriculares Nacionais para Enfermagem, subdivididos em três dimensões. Na III e última parte do questionário, o participante da pesquisa atribuiu um valor de 0 a 10 (nível escalar) às questões relacionadas às três dimensões, a saber: Didático-pedagógica; Competências e Habilidades e articulação com o mundo do trabalho.

O segundo instrumento foi um roteiro semiestruturado de entrevista (APÊNDICE C) que constituiu a análise qualitativa. Segundo Minayo (2010), essa modalidade de abordagem deve conter um roteiro com questões essenciais e tópicos suficientes que possam contemplar a abrangência das informações esperadas. Tais tópicos devem funcionar como lembretes, servindo de orientação e guia para a condução da entrevista individual (MINAYO, 2010).

Todos os participantes permitiram sua participação mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) antes de realizarem o procedimento. Logo, uma pequena parcela dos recrutados, após diálogo e análise da pesquisadora sobre outros critérios já mencionados anteriormente, foram selecionados e convidados a colaborarem também na fase qualitativa.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de agosto de 2017 a março de 2018. O recrutamento dos participantes aconteceu mediante sorteio da amostra após entrega das informações solicitadas ao COREN-RN, tais quais: nome completo, contato telefônico, endereço e e-mail, cedidas por correio eletrônico no mês de junho de 2017. De posse dessas informações, foi realizado sorteio dos possíveis participantes, utilizando o software Excel e organizada planilha dividida por instituição de ensino.

Antes de iniciar o contato com os enfermeiros sorteados, foi necessário organizar e planejar a coleta por cidade e região de moradia dos possíveis sujeitos, tendo em vista a necessidade de deslocamento da equipe responsável pela coleta. Essa equipe foi composta pela pesquisadora e duas recém-egressas do curso de Enfermagem da IES F, ambas eram capacitadas para realizar o recrutamento dos sujeitos e não pertenciam à lista de egressos sorteados para participar da pesquisa.

Posteriormente, iniciou-se o contato individual por ligação telefônica, e-mail e pelo aplicativo WhatsApp. No caso de telefones desatualizados e e-mails não respondidos, foram acionados outros canais de comunicação, tais quais: instituição de ensino por meio de docentes, coordenadores de cursos e equipe pedagógica; coordenadores da Atenção Básica de municípios e chefes de enfermagem de instituições hospitalares. Ainda foram utilizados recursos como redes sociais (*Facebook e Instagram*) e pesquisa em sites como no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), procurando por profissionais de saúde e consulta na plataforma lattes.

Após esse contato prévio, os sujeitos participantes agendavam o encontro pessoalmente de acordo com horário, data e local desejado. No caso de optarem pelo envio do instrumento respondido por e-mail ou pelo aplicativo do WhatsApp, a pesquisadora estabelecia um prazo limite do reenvio do questionário e digitalização do termo de consentimento assinado. A coleta foi encerrada após sete meses de duração.

No que se refere à coleta das entrevistas da fase qualitativa, todas ocorreram pessoalmente pela necessidade de gravação dos depoimentos e agendadas de acordo com disponibilidade dos participantes. Tiveram duração em média de 12 a 21 minutos cada, totalizando 2 horas e 8 minutos de gravação. Os depoimentos foram registrados em aparelho com sistema *Android* e transcritas na íntegra para documento do Word versão 2010.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Análises dos dados qualitativos

4.5.1.1 Processamento dos dados qualitativos

Para auxiliar o método de tratamento dos dados qualitativos, as respostas originadas das 15 entrevistas foram organizadas em um único *corpus textual* e submetidas à técnica de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) no *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) versão 0.7. O *software* é *open source*, tem aporte no ambiente estatístico do *software* R e na linguagem de programação *python*, ambos de acesso livre. Além disso, chegou ao Brasil no ano de 2013 e tem auxiliado no tratamento de dados textuais em diferentes áreas, inclusive na saúde (JUSTO; CAMARGO, 2014).

No tocante às análises, o IRAMUTEQ pode realizar a lexicográfica por meio da lematização¹ e frequência de palavras, até análises multivariadas mais complexas como a CHD, análise de correspondência e de similitude. Além disso, os resultados são apresentados também de forma gráfica, o que facilita sua compreensão e visualização (SALVIATI, 2017; CAMARGO; JUSTO, 2018).

Nesse estudo, utilizamos especificamente duas técnicas do *software*: a lexicografia básica e a CHD. A primeira análise possibilitou a contagem total de palavras, números de textos e segmentos de textos que compõem o *corpus* analisado. Já a CHD permitiu a formação de classes por meio do agrupamento dos segmentos de textos, organizadas a partir das semelhanças e dessemelhanças entre si, de acordo com o significado utilizado pelo vocabulário (CAMARGO; JUSTO, 2013). Para constituição das classes, é realizada a diferenciação das palavras, repetidas vezes, mediante uso de correlações estatísticas com o teste qui-quadrado (χ^2), o que possibilita identificar nos segmentos de textos ou discursos, as inter-relações e as divergências com o objeto estudado (FERNANDES; COSTA; ANDRADE, 2017).

Após realização da CHD, o programa gera o resultado em forma de dendrograma, ilustrando graficamente as classes obtidas mediante aglutinação dos segmentos de textos, além de apresentar a Análise Fatorial por Correspondência (AFC) resultante da CHD. Essa última é representada em um plano cartesiano com as diferentes palavras e variáveis associadas a cada

¹ É o processo, efetivamente, de alterar ou reduzir uma palavra para determinar o seu lema. Utilizado no IRAMUTEQ para facilitar o agrupamento das palavras.

uma das classes geradas. Do *corpus textual* submetido à CHD frutos desse estudo, emergiram cinco classes ou subcategorias de análises, que serão apresentadas mais detalhadamente nos resultados.

4.5.1.2 *Análise de Conteúdo*

A análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin (2016), na modalidade análise lexical, foi a técnica de análise utilizada. Bardin (2016, p.37) conceitua a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análises das comunicações”. Frequentemente utilizada em investigações em saúde, tem como objetivo analisar documentos, depoimentos ou comunicações com intuito de obter de forma sistemática e objetiva a descrição das mensagens ou indicadores (quantitativos ou não), de tal forma que possa realizar inferência dos conhecimentos relacionados a determinado objeto de estudo (MINAYO, 2010).

Para tanto, a análise de conteúdo segue alguns preceitos que precisam ser respeitados durante a sua execução, dentre eles, destacam-se a sistematicidade e, em algumas situações, a quantificação. Tais preceitos auxiliam na execução da técnica, de forma que os conteúdos sejam ordenados e sistematizados, atingindo, assim, os objetivos propostos à medida que possam fazer inferências sobre a população estudada, bem como serem replicados em situações semelhantes (MINAYO, 2010).

A análise lexical, especificamente, caracteriza-se pela quantificação das palavras (número de ocorrências), como também por selecionar aquelas mais relevantes, presentes no repertório lexical, com o objetivo de, por meio de aplicação de técnicas estatísticas, averiguar ou medir a extensão dos depoimentos e os significados destes para o objeto em estudo (BARDIN, 2016; MINAYO, 2010). Justo e Camargo (2014) ressaltam que a análise lexical constrói suas bases na identificação e na combinação de palavras que explicam determinado objeto e, por meio destas, extrapola o sentido desse objeto para o coletivo, com auxílio da estatística descritiva e inferencial.

As palavras podem ser classificadas de acordo com Bardin (2016, p.82) da seguinte forma: “*palavras plenas*, isto é, palavras ‘portadoras de sentido’: substantivos, adjetivos, verbos; e *palavras-instrumentos*, isto é, palavras funcionais de ligação: artigos; preposições, pronomes, advérbios, conjunções etc.”.

A execução da análise lexical é feita utilizando o caminho inverso da análise temática, sendo assim, primeiro, ocorre a sistematização dos dados, que, nesse caso, foi realizado mediante auxílio de um *software*, para depois interpretá-los. (JUSTO; CAMARGO, 2014).

De posse dos dados sistematizados, foi realizada leitura exaustiva dos segmentos de textos gerados pelo IRAMUTEQ. Em seguida, foi efetivada codificação ou organização por temas, para, posteriormente, construir as categorias e discuti-las. Frutos desses procedimentos emergiram duas categorias analíticas, a saber: desafios da formação em enfermagem para o SUS frente expectativas do trabalho e o papel das instituições formadoras no fortalecimento e reorientação do Ensino Superior em Enfermagem.

4.5.2 Análise dos dados quantitativos

Na análise dos dados quantitativos, a tabulação inicial foi realizada através do programa Microsoft Office Excel®. Após a construção do banco de dados, foi realizada análise descritiva no software R versão 3.1.2 com objetivo de traçar perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa, utilizando as variáveis pertencentes às partes II e III do questionário (Apêndice B). Foram utilizados 174 questionários de 259 participantes aptos. A seleção dos questionários se deu da seguinte forma: primeiro foram retirados 13 questionários dos sujeitos que participaram também da fase qualitativa, para, posteriormente, eliminar os questionários excedentes por estratos de forma aleatória. Os motivos que levaram a esse quantitativo serão expostos detalhadamente no item “limites do estudo”.

No que diz respeito à estatística inferencial, foram realizados testes não paramétricos de associação mediante o uso do teste qui-quadrado, sendo considerado o teste exato de Fisher quando ao menos uma casela apresenta frequência menor que cinco, ambos ao nível de significância de 5%. As variáveis utilizadas para testar a associação foram a variável dependente natureza jurídica das IES (pública e privada) cruzadas com as variáveis (independentes) relacionadas à formação complementar e acadêmica, e à atuação profissional dos participantes. A primeira variável (natureza jurídica das IES) foi eleita como variável interesse, em virtude da sua importância para avaliar a formação em Enfermagem e por observamos diferenças nos resultados qualitativos entre os respondentes das IES de caráter privado e público.

Por fim, aplicaram-se testes de igualdade de média não paramétricos para amostras independentes, Mann-Whitney, com objetivo de identificar a existência ou não de diferenças entre grupos no que se refere às dimensões da formação avaliadas e confrontá-las com os resultados qualitativos.

Quadro 3 – Síntese dos aspectos metodológicos da pesquisa

Desenho do estudo	Pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante de dados	
	Estudo transversal, descritivo e exploratório	
	Quantitativo	Qualitativo
Objetivos específicos	Traçar perfil socioeconômico e profissional dos egressos e identificar associações entre as variáveis socioeconômicas e formativas, bem como convergências e divergências entre os processos formativos e inserção profissional.	Avaliar e discutir os significados atribuídos pelos egressos sobre o processo formativo de graduação em Enfermagem e a prática profissional.
Participantes	174 egressos	15 participantes
Coleta de dados	Instrumento estruturado; Dimensões das DCN.	Roteiro de Entrevista semiestruturado
Análise de dados	Estatística Descritiva Estatística Inferencial Testes não paramétricos Software R	Corpus textual Interpretação Categorização <i>IRAMUTEQ</i>

Fonte: elaboração própria, com base no exemplo de Santos et al, 2017.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 466, de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo submetida à plataforma Brasil e avaliada pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do Centro de Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Obteve aprovação sob o parecer nº 2.043.249 emitido em 03 maio de 2017 (ANEXO A) e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº.67387217.9.0000.5188(ANEXO B). A pesquisa contou com as seguintes instituições coparticipantes do RN: Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal e Secretaria de Saúde Estado de Saúde Pública (SESAP) e mediante assinatura das cartas de anuência (APÊNDICE D).

Todos os sujeitos tiveram conhecimento sobre detalhes do estudo e permitiram sua participação, além da divulgação das informações explicitadas nos instrumentos de coleta de dados, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Assegurou-se o anonimato dos participantes da pesquisa e das instituições de ensino investigadas, para tanto, utilizou-se de números arábicos (1-15) na discussão e resultados qualitativos, e as letras do alfabeto (A-H) para identificar as instituições de ensino que fizeram parte da amostra.

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

A referida pesquisa envolveu riscos mínimos aos participantes no tocante à possibilidade de causar qualquer tipo de constrangimento com a aplicação dos questionários e/ou entrevistas. Caso o participante apresentasse dúvidas, a pesquisadora estava disponível a prestar esclarecimentos. Além disso, na possibilidade de terem algum desconforto em responder às questões, a coleta seria interrompida, podendo haver continuidade posteriormente, com data e permissão acordada entre as partes envolvidas.

Em relação aos benefícios, o estudo contribuiu para enfermagem em vários aspectos, tanto na elaboração de um perfil de egressos enfermeiros no estado do Rio Grande do Norte; além de auxiliar na avaliação da formação desses profissionais de saúde e sua articulação com as necessidades do mundo do trabalho contemporâneo. Além disso, permitiu identificar possibilidades para avaliar alguns itens das diretrizes curriculares da Enfermagem de 2001, na perspectiva de ampliar a articulação da formação superior com a prática profissional.

4.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Dentre as limitações do estudo, estão, principalmente, aquelas relacionadas aos procedimentos de coleta de dados, as quais impediram o alcance do quantitativo da amostra, inicialmente, esperado de 309 participantes. Dentre as dificuldades enfrentadas, destacam-se: deslocamento da pesquisadora e equipe em diferentes regiões e municípios do estado para realizar o recrutamento dos sujeitos; informações dos participantes desatualizadas; dificuldade no agendamento para preenchimento do instrumento pelos participantes; desistência ou não aceitação em participar da pesquisa e não retorno dos instrumentos por e-mail no período previsto.

Diante dessa limitação, optou-se por respeitar os preceitos do planejamento amostral estratificado, sendo realizado novo cálculo amostral, agora com nível de confiança de 95%, e margem de erro de 7%. A amostra calculada passou a ser de 174 participantes, justificando, assim, a utilização desse quantitativo de questionários nas análises dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No intuito de melhor apresentar os resultados, este capítulo foi organizado de acordo com os objetivos do estudo. Assim, primeiramente, será exibido o perfil sociodemográfico, educacional e profissional da amostra pesquisada, seguido dos resultados dos testes de associação realizados entre as variáveis utilizadas nesta fase da investigação.

No terceiro subitem, serão expostos os significados dos egressos a respeito do processo formativo da graduação em Enfermagem no estado do RN e sua articulação com o mundo do trabalho. E, por fim, serão exibidas as análises comparativas sobre os aspectos quantitativos e qualitativos, na tentativa de identificar convergências e divergências.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, EDUCACIONAL E PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS EGRESSOS DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS NO RN

A análise descritiva foi realizada com intuito de traçar o perfil sociodemográfico, educacional e profissional dos enfermeiros participantes da pesquisa. Mediante o conhecimento do perfil de enfermeiros, é possível traçar atributos e compará-los com a realidade nacional, permitindo discorrer sobre as questões inerentes à formação e à inserção no mundo do trabalho.

Para tanto, as variáveis serão apresentadas em forma de tabelas e separadas por categorias. Primeiro, serão apresentadas as características sociodemográficas/educacionais (Tabela 1); em seguida, as relacionadas à inserção profissional (Tabela 2). Além disso, iremos dialogar com estudos semelhantes ou divergentes quanto aos achados encontrados nesta pesquisa, no intuito de identificar o perfil educacional e profissional do enfermeiro na contemporaneidade, suas mudanças e/ou continuidades.

Tabela 1- Perfil sociodemográfico e educacional da amostra

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM(%)
Sexo	Feminino	140	80,46
	Masculino	34	19,54
Estado civil	Solteiro	110	63,22
	Casado	58	33,34
	Viúvo	1	0,57
	Divorciado/Separado	5	2,87
Continua			

Continuação

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM(%)
Faixa etária	20-30 anos	120	68,96
	31-40 anos	47	27,01
	Acima de 40 anos	7	4,03
Mesoregião de residência	Leste Potiguar	75	43,10
	Oeste Potiguar	51	29,30
	Agreste Potiguar	24	13,80
	Central Potiguar	24	13,80
Pós- graduação	Não tem	34	19,54
	Especialização/Residência	129	74,14
	Mestrado Profissional	3	1,72
	Mestrado Acadêmico	7	4,03
	Doutorado	1	0,57
Área de pós-graduação*	Enfermagem	112	74,17
	Saúde Coletiva	13	8,61
	Outras áreas	26	17,22
Natureza da IES	Privada	141	81,03
	Pública	33	18,97
Modalidade do curso	Bacharelado	159	91,38
	Bacharelado/Licenciatura	15	8,62
Turno do curso	Diurno	90	51,72
	Noturno	51	29,31
	Integral	33	18,97
Tempo de graduado	1-2 anos	47	27,01
	3-4 anos	102	58,62
	Acima de 4 anos	25	14,37
Tempo gasto para finalizar o curso	Menos de 4 anos	4	2,30
	De 4 a 5 anos	164	94,25
	Mais de 5 anos	6	3,45

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: * O total é maior do que a amostra devido ao fato de os egressos realizarem mais de um curso.

De acordo com a variável sexo, o perfil dos enfermeiros egressos é majoritariamente do sexo feminino, com 80,46%, e apenas 19,54% do sexo masculino. A feminilização da enfermagem é historicamente conhecida e, mesmo com o aumento da inserção masculina, principalmente a partir de 2005, as mulheres ainda são predominantes, seja no Nível Superior ou Técnico (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016). As profissões rotuladas “femininas” enfrentam condições peculiares no mundo de trabalho, influenciadas pelas

condições histórico-sociais de gênero construídas e perpetuadas. Na Enfermagem, por exemplo, essa herança influencia na invisibilidade social da profissão e nos baixos salários ofertados, além de perpetuar a ideia de um trabalho abnegado, vocacional e subserviente (ALMEIDA et al, 2017).

No que se refere ao estado civil, a maior parte da amostra declarou ser solteira 63,22%, enquanto 33,34% declararam-se casada(o)(s), 2,87% divorciada(o)(s)/separada(o)(s) e 0,57% viúva(o)(s). A idade dos participantes variou de 20 a 51 anos, no entanto, a maior predominância ocorreu na faixa etária de 20 a 30 anos com 68,96%; seguida pela faixa etária de 31 a 40 anos, com 27,01%; e em menor quantidade, 4,03% relataram ter idade acima de 40 anos. A força de trabalho da enfermagem caracteriza-se com predomínio de jovens, principalmente na categoria de enfermeiros (COLENCI; BERTI, 2012; CAMBIRIBA; FERRONATO; FONTES, 2014; PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016).

Em relação à variável cidade, do total de 167 municípios no estado, emergiram 47 cidades na amostra, com maior concentração de enfermeiros residentes na mesorregião do Leste Potiguar 43,10%; seguida de 29,30% do Oeste; e com menor frequência 13,80% nas mesorregiões Agreste e Central. Esse cenário se explica pela maior centralização das IES na capital do estado e cidades adjacentes. Entretanto, estudo de abrangência nacional aponta que, embora exista uma grande representatividade dos profissionais da enfermagem em todo o país, existe uma maior

“concentração de mão de obra da enfermagem nos grandes centros urbanos, com predominância de profissionais residentes na capital (56,9%) em relação aos do interior (40,9%), com destaque para as regiões norte e nordeste, que têm as situações mais dramáticas: concentram mais de 65% da equipe nas capitais” (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016, p.31).

No tocante a possuir ou cursar pós-graduação, a maioria dos enfermeiros participantes desta pesquisa, 80,46%, afirmam ter ou cursarem pós-graduação, comparados aos 19,54% que assinalaram não ter. Estudo realizado em Instituição de Ensino Superior privada do Paraná apresenta dados diferentes dos nossos, em que apenas 22,7% dos participantes afirmaram ter pós-graduação. Inclusive, esse foi um fator que dificultava o ingresso no mercado de trabalho dos depoentes (CAMBIRIBA; FERRONATO; FONTES, 2014).

No que se refere à categoria da pós-graduação, 19,54% responderam não possuírem pós-graduação. Já em relação aos 80,46 % dos enfermeiros que responderam ter ou estarem cursando pós-graduação no período da coleta de dados, 74,14% relataram ter especialização *lacto sensu* ou residência multiprofissional; 5,75% mestrado; e 0,57% doutorado.

Independentemente, tanto a graduação como a pós-graduação para a Enfermagem tem papel fundamental em nossa sociedade, capacitando e qualificando os profissionais para que possam atender às inúmeras e cada vez mais complexas demandas do setor saúde, principalmente no que diz respeito à construção de conhecimentos inovadores (ERDMANN, FERNANDES, TEIXEIRA, 2011). Além disso, a busca pela qualificação profissional de forma permanente é um dos fatores facilitadores para manutenção do emprego para o enfermeiro (SOUZA e SOUZA et al, 2015).

Ainda em relação aos que possuem pós-graduação, a maioria dos enfermeiros participantes cursaram ou cursam pós-graduação na área de Enfermagem, 74,17%; 17,22% em outras áreas como auditoria em saúde, educação e perícia; e apenas 8,61% afirmaram ter optado pela área de saúde coletiva. Destarte, os respondentes, ao relatarem ter especialização, em sua maioria, optaram em fazer na área da Enfermagem Clínica como Urgência e Emergência e UTI (Unidade de Terapia Intensiva), obstetrícia, neonatologia e outras. Em trabalho realizado por Fernandes et al (2017) sobre o mapeamento das especializações de Enfermagem em Salvador, identificou-se que a Especialização em Urgência e Emergência ficou em segundo lugar como a mais ofertada no cenário estudado, enquanto a especialização em UTI ficou em quarto lugar.

O crescimento de oferta de cursos de pós-graduação em saúde é evidente, inclusive na Enfermagem. Na realidade da pós-graduação *stricto sensu*, também se percebe essa ampliação no Brasil, considerada por Velloso (2014) como uma das melhores do mundo no quesito qualidade. Na Enfermagem brasileira, também houve um aumento significativo de mestrado e doutorado nos últimos anos, que tem como principal intuito formar profissionais da Enfermagem críticos, que possam colaborar significativamente com o desenvolvimento científico e tecnológico do país (SILVA, 2015).

Scochi et al (2013) afirmam que a área de pós-graduação da Enfermagem tem contribuído com esse avanço, tanto no que diz respeito à construção de conhecimento mediante as publicações científicas, como pela formação de trabalhadores de excelência, seja no nível de mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado. Além disso, essa ampliação de ofertas de pós-graduações, quer no nível *lato sensu*, quer *stricto sensu* é uma tendência mundial, difundida, inclusive, pelo próprio mercado de trabalho neoliberal.

A respeito das características especificamente das instituições formadoras que fizeram parte da amostra, tem-se quatro variáveis. No que concerne à natureza jurídica das instituições, do total de enfermeiros participantes da pesquisa, 81,03% eram provenientes de instituições privadas, enquanto 18,97% oriundos de instituições públicas. Essa condição é, na verdade, um retrato nacional, ou seja, a maior parte dos enfermeiros nos dias atuais se forma em instituições

privadas, cerca de 57,4%, comparadas a 35,6% formados na rede pública (MACHADO et al, 2016c).

Tal cenário já era esperado e tem relação direta com o crescimento do Ensino Superior privado no país e na Enfermagem. Silva et al (2016) enfatizam que a expansão de cursos de graduação de Enfermagem em Minas Gerais e a sua relação mercadológica com as mudanças ocorridas nas últimas décadas em nosso país se deu, principalmente, pelo incentivo por meio de políticas públicas ao crescimento da educação superior privada.

Além disso, o número de vagas ofertado pela iniciativa privada é bem maior do que o das instituições superiores públicas. Dados do MEC referentes ao estado do RN demonstram que das 3.127 vagas ofertadas anualmente pelos cursos de graduação em Enfermagem modalidade presencial, 92,58% das vagas pertencem às instituições privadas (BRASIL, 2018). Essa tendência atual precisa ser acompanhada de perto, prezando essencialmente pela qualidade do ensino, além de identificar a capacidade de absorção desses profissionais pelo mercado de trabalho nas diferentes regiões.

Em relação à modalidade do curso de graduação, a maioria dos sujeitos finalizou o curso na modalidade bacharelado, 91,38%, comparada aos 8,62% que dizem ter cursado as modalidades bacharelado e licenciatura. Segundo informações do site do MEC, todos os cursos de graduação em Enfermagem do estado do RN possuem modalidade bacharel, com exceção dos cursos de enfermagem da IES F que dispõe das duas modalidades, bacharel e licenciatura (BRASIL, 2018). É importante mencionar que um dos cursos de graduação em Enfermagem, no caso da IES B, anteriormente também ofertava por seis meses a possibilidade de reingresso para cursar a licenciatura, o que, nos dias atuais, já não acontece.

Santos et al (2014) afirmam que, embora exista uma valorização da formação pedagógica para o enfermeiro atuar no SUS junto à comunidade, persiste o desafio para estruturação de cursos de bacharelado e licenciatura em Enfermagem, devido às notórias exigências das DCN, o que tem revelado uma priorização por constituição de cursos apenas na modalidade bacharelado. Em contrapartida, sabe-se que o enfermeiro é também um educador em saúde e, independente da inserção profissional, uma das competências e habilidades diz respeito à formação e à educação continuada de outros trabalhadores da área de saúde/enfermagem, bem como à condução de atividades de educação em saúde junto à comunidade (BRASIL, 2001). Nesse sentido, é preciso acompanhar a formação acadêmica em Enfermagem de modo que esta proporcione aos discentes, possibilidades de uma formação pedagógica, mediante oferta de monitoria e outras atividades curriculares que propiciem o estímulo a desenvolver tal competência.

Quanto ao turno de realização do curso de graduação em Enfermagem, os enfermeiros participantes elegeram majoritariamente o turno diurno 51,72%(manhã ou tarde), seguidos de 29,31% que cursaram no noturno e, por último, 18,97% revelaram cursar horário integral (manhã e tarde). Machado et al (2016c) afirmam que os cursos de graduação em Enfermagem apresentam tendência para deixarem de ser ofertados em horário integral, principalmente pelo crescimento de cursos oferecidos em apenas um único horário.

No que se refere ao tempo de graduado, tem-se o seguinte cenário: 27,01% concluíram a graduação há 1(um) ou 2(dois) anos, 58,62% concluíram de 3(três) a 4(quatro) anos, e 14,37% haviam concluído há mais de 4(quatro) anos. Esse dado tomou como base o período de recrutamentos dos sujeitos, portanto, já era esperado, tendo em vista a utilização do período de 2014 a 2016 para inserção dos possíveis participantes.

Por último, os enfermeiros da amostra revelaram o tempo gasto (em anos) para finalização do curso de graduação em Enfermagem. Os resultados apontam predominantemente que os participantes finalizaram a graduação no período de 4 a 5 anos com 94,25%, seguidos de 3,45% que precisaram de mais de 5 anos para terminar sua graduação, e de 2,30% que afirmam ter finalizado seu curso antes de 4 anos completos.

A carga horária mínima para integralização e duração de alguns cursos de graduação em saúde, incluindo a Enfermagem modalidade presencial, seria de pelo menos 4000 horas, distribuídas em 5 anos (BRASIL, 2009). No entanto, as normas e as diretrizes das instituições de ensino preveem a possibilidade de antecipação do curso em situações especiais, como aprovação em concurso público ou aproveitamento de atividades e disciplinas compatíveis com a matriz curricular em curso.

Ressalva-se que o percentual de enfermeiros que finalizaram o curso no período acima do supracitado (5 anos) se justifica por necessidades pessoais, tais quais: licença por qualquer natureza durante o período de graduação e/ou transferência do curso para outra instituição de ensino. Estas informações foram relatadas verbalmente pelos participantes.

Tabela 2 – Perfil profissional da amostra da pesquisa

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM(%)
Quantidade de Vínculo empregatício	Um emprego	129	74,14
	Dois empregos	44	25,29
	Três empregos	1	0,57
Primeiro Emprego	Antes de formado	3	1,72
	Até 6 meses de formado	82	47,13
	De 6 meses a 1 ano de formado	36	20,68
	De 1 ano a 2 anos de formado	32	18,40
	Acima de 2 anos de formado	21	12,07
Natureza jurídica do trabalho *	Pública	130	66,00
	Privada	56	28,43
	Outras	11	5,57
Área de Atuação Profissional *	Atenção Básica	76	35,02
	Atenção Hospitalar	66	30,41
	Docência	30	13,83
	Outras Áreas	45	20,74
Formas de ingresso no trabalho atual*	Indicação/Contato direto	115	62,50
	Processo Seletivo	40	22,10
	Concurso Público	29	15,40
Regime de trabalho atual*	Contrato Temporário	101	54,01
	CLT	53	28,34
	Estatutário	24	12,83
	Outros regimes	9	4,82
Carga horária Semanal de Trabalho	10 a 36 horas/semanais	37	21,26
	40 horas/semanais	94	54,02
	> 40 horas/semanais	43	24,72
Renda Mensal Líquida **	Até 2 salários	55	31,61
	De 3 a 4 salários	93	53,45
	De 5 a 7 salários	20	11,49
	De 8 a 10 salários	06	3,45

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

* tinha-se mais de uma alternativa, por isso ultrapassa o tamanho da amostra

**Salário Mínimo de 937,00 reais

Em relação à quantidade de vínculos empregatícios como enfermeiro, a maioria da amostra relata ter apenas 1(um) vínculo profissional 74,14%, enquanto 25,29% afirma ter 2(dois) e apenas 0,57% refere ter 03(três) vínculos profissionais. Essa realidade também foi revelada em pesquisa de Machado et al (2016a), na qual mais da metade dos enfermeiros

informantes assinalam ter apenas um emprego, desmistificando “o mito de vários empregos” presente anteriormente na história da enfermagem brasileira.

Importante frisar que a tendência do multiemprego na enfermagem, principalmente no que se refere ao nível superior, tem se modificado nos últimos anos. Esse fato tem relação com o quantitativo de enfermeiros formados anualmente no país, inclusive uma parcela destes não tem conseguido se inserir no mercado de trabalho, tornando-se mão de obra excedente e buscando outras alternativas de trabalho para sobreviver (OLIVEIRA et al, 2018).

Referente ao tempo para conseguir o primeiro emprego como enfermeiros, os participantes responderam: 1,72% adquiriu o emprego antes mesmo do término do curso, 47,13% responderam ter conseguido o primeiro emprego até 6 meses de formado, 20,68% apontam ter conquistado o primeiro trabalho no período de 6 meses a 1 ano, 18,40% de 1 a 2 anos de formado, e 12,07% relatam ter se inserido no mercado de trabalho após 2 anos de graduado. Achados semelhantes foram apresentados em estudo realizado com egressos de enfermagem em uma universidade do México, onde 44% dos egressos tiveram sua inserção laboral entre 6 meses a 1 ano (JUÁREZ-FLORES et al, 2015).

Quanto à natureza jurídica da instituição de trabalho atual, 66% dos enfermeiros da amostra encontram-se inseridos em instituições de natureza pública, enquanto 28,43% trabalham em instituições de natureza privada e 5,57% em trabalhos de outras naturezas jurídicas, como filantrópicas e próprias. O setor público é o responsável por empregar cerca de 271 mil enfermeiros em todas as esferas - federal, estadual e municipal, o que correspondia, na época da pesquisa, a aproximadamente 65,34% do contingente de enfermeiros no Brasil (MACHADO et al, 2016a).

Em relação à área de atuação profissional, parte da amostra encontra-se inserida na Atenção Básica, que corresponde a 35,02%; seguida pela Atenção Hospitalar com 30,41%; 13,83% atuam na docência de Ensino Técnico ou Superior; e 20,74% trabalham em outras áreas como enfermagem do trabalho, gerência de serviços de saúde/enfermagem, enfermagem domiciliar, curativos, unidades mistas e clínicas particulares.

A implantação do SUS, em conjunto com os avanços das políticas no setor saúde e após expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país, ampliam a captação de recursos humanos no setor da Atenção Básica (GIRARDI et al., 2010). Silva et al (2013) apontam que a ESF aparece como melhor possibilidade de empregabilidade na perspectiva de discentes e docentes em pesquisa realizada sobre dilemas e contradições no mercado de trabalho em Minas Gerais. Em contrapartida, a inserção no mercado de trabalho na Atenção Básica, principalmente com os vínculos empregatícios municipais, não garante a formalização das condições de

trabalho e estabilidade profissional tão almejada pelos futuros profissionais de enfermagem (SILVA et al, 2013; MACHADO et al, 2016a).

Ainda assim, a realidade da inserção de enfermeiros recém-formados no mercado de trabalho brasileiros não é homogênea. Outras pesquisas, por exemplo, identificaram maior inserção de enfermeiros na atenção hospitalar (COSTA, GUARIENTE, 2017; JESUS et al, 2013). De toda forma, é preciso ampliar as possibilidades de inserção profissional para os enfermeiros, estimulando outras possibilidades que ofertem novos postos de trabalho. Esse fato poderá auxiliar na redução da mão de obra da categoria que se encontra fora do mercado de trabalho.

No tocante à forma de ingresso no emprego atual, os depoentes responderam, majoritariamente, 62,50%, ingressarem mediante contato direto com a instituição ou indicação de amigos/parentes ou profissionais de saúde, 22,10% participaram de processo seletivo e apenas 15,40% estão inseridos no atual trabalho em virtude de aprovação em concurso público.

É mister apontar que as condições atuais do mercado de trabalho em saúde são influenciadas pelo momento político e social vivido no cenário brasileiro. Prevalece, nesse sentido, o movimento de privatização das políticas sociais, sucateamento do SUS, precarização das relações de trabalho e formas de contratação, dentre outras questões não menos preocupantes para o trabalhador. Paim (2018) apresenta o estímulo às terceirizações dos serviços, privatização do setor público como obstáculos e ameaças do SUS, fator que só amplia a desvalorização profissional na saúde pública.

Além disso, medidas relacionadas à diminuição de financiamento ao setor saúde estão a pleno vapor. Dentre elas, podemos citar a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 95/2016 como um cenário desastroso. Rossi e Dweck (2016) afirmam que os cortes propostos pela Emenda tornam impossível qualquer melhoria nos setores saúde e educação nos próximos vinte anos, ampliando, na verdade, o sucateamento nas áreas e eliminando o seu caráter universal.

Quanto à variável regime de trabalho, a amostra revela o predomínio da contratação informal com 54,01%, seguido de 28,34% de enfermeiros com regime da CLT (Consolidação das leis de Trabalho), 12,83% de estatutários e, por fim, 4,82% afirmam ter outras formas de regime de trabalho, como autônomo. Relatório final sobre as tendências do mercado de trabalho das profissões de Saúde do Brasil entre 1991 a 2010 aponta para um discreto crescimento do trabalho formal para a enfermagem nos últimos anos (UFMG, 2014). Ainda assim, na realidade estudada, observa-se a precarização do trabalho em saúde, fato que repercute negativamente

tanto na vida do trabalhador, como também esfacela as relações e condições de trabalho (MACHADO et al, 2016b).

A respeito da carga horária semanal de trabalho, os enfermeiros, em sua maioria, 54,02%, trabalham 40 horas/semanais, 24,72% encontram-se no grupo que trabalham acima de 40 horas/semanais e 21,26% relatam possuir de 10 a 36 horas por semana de trabalho. Na realidade brasileira a jornada de trabalho tanto de enfermeiros como de técnicos e auxiliares de enfermagem é em sua maioria (64,9%) jornadas entre 31-60 horas semanais (MACHADO et al, 2016a).

Essa informação nos faz refletir a respeito da Lei das 30 horas para enfermagem, que, inclusive, tem aprovação em alguns municípios do estado do RN. No entanto, os dados revelam a predominância da carga horária de 40 horas, o que pode estar aliada também à contratação de trabalho de maneira informal, ficando a cargo dos contratantes a definição do tempo de trabalho desses profissionais.

Por fim, os enfermeiros anunciaram sua renda mensal líquida, tomando por base o salário mínimo de R\$ 937,00 reais de acordo com Decreto nº 8948 (BRASIL, 2016). A renda mensal predominante entre os participantes foi de 3(três) a 4(quatro) salários mínimos, com 53,45%; seguidos de 31,61% que recebem até 2(dois) salários mínimos; 11,49% que ganham de 5(cinco) a 7(sete) salários, e de apenas 3,45% que recebem de 8(oito) a 10(dez) salários mínimos/mês. A maioria dos enfermeiros recebia, na época da pesquisa nacional sobre o perfil da enfermagem no Brasil, de 3 mil a 5 mil reais por mês, o que correspondia, nesse período, a 4 a 7 salários mínimos/mês (MACHADO et al, 2016a).

De maneira geral, podemos afirmar que a faixa salarial do enfermeiro no estado do RN não difere do país, pelo menos no que se refere à maioria dos participantes desta pesquisa. Porém, é fator preocupante identificar que existe um percentual (31,61%) de enfermeiros recebendo, no máximo, dois salários mínimos. A redução desse salário é influenciada pela precarização do trabalho e informalidade nas contratações atuais, fruto das mudanças neoliberais nas relações de trabalho. Pires (2008) já alertava por essa transformação no cenário de composição de força de trabalho em saúde, ou seja, aumento de contratos temporários, sem garantias trabalhistas, visando diminuição de custos com bens e serviços, reduzindo significativamente a remuneração dessa força de trabalho.

Embora a enfermagem tenha o maior contingente de força de trabalho dentro do setor saúde, ainda assim, a profissão é pouco reconhecida socialmente e apresenta dificuldades para desenvolver suas atividades laborais. Essa realidade influencia na oferta de rendimentos mais baixos em relação a outras profissões da área de saúde, o que implica altas concentrações de

desemprego, abandono da profissão e desajuste ocupacional (MASS, 2018). Além disso, essa realidade também se apresenta em outras profissões de saúde como a biomedicina, fisioterapia e outras.

5.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE NATUREZA JURÍDICA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR E PERFIL EDUCACIONAL E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Neste item, serão apresentados os testes de associação realizados entre variáveis consideradas mais relevantes ao objeto da investigação. Os testes estatísticos utilizados propiciaram observar a existência ou não de associação entre algumas características da amostra, principalmente no que diz respeito à natureza jurídica da instituição de Ensino Superior, à formação acadêmica e à qualificação profissional, bem como às questões relacionadas à inserção no ambiente de trabalho. A variável natureza jurídica das instituições de Ensino Superior foi eleita como variável interesse, tanto em virtude da sua importância para avaliar a formação em enfermagem, como por observamos diferenças nos resultados qualitativos. Nos testes, o nível de significância adotado foi de 0,05.

Tabela 3 – Associações entre a natureza jurídica da instituição de Ensino Superior e formação acadêmica, profissional e inserção no trabalho

CARACTERÍSTICAS	NATUREZA JURÍDICA DA IES				Total	Valor-p
	Pública	%	Privada	%		
Turno do Curso						
Integral	33	97,06	1	2,94	34	<0,0001
Diurno	0	0,00	89	100,00	89	
Noturno	0	0,00	51	100,00	51	
Modalidade do Curso						
Bacharelado	18	11,32	141	88,68	159	<0,0001*
Bacharelado/Licenciatura	15	100,00	0	0,00	15	
Tempo de Graduado						
< 4 anos	0	0,00	4	100,00	4	0,1354*
De 4 a 5 anos	30	18,29	134	81,71	164	
>5 anos	3	50,00	3	50,00	6	
Pós-graduação						
Sim	31	22,14	109	77,86	140	0,0541
Não	2	5,88	32	94,12	34	

Continua

Continuação

CARACATERÍSTICAS		NATUREZA JURIDICA DA IES				
Nível pós-graduação***						
Lato Sensu	22	17,06	107	82,94	129	<0,0001*
Stricto Sensu	9	81,82	2	18,18	11	
Primeiro Emprego						
Até 1 ano	27	21,60	98	78,40	125	0,2298
Acima de 1 ano	6	12,25	43	87,75	49	
Área de Atuação						
Atenção Básica	14	25,46	41	74,54	55	0,0294
Atenção Hospitalar	11	26,19	31	73,81	42	
Outras áreas	1	2,86	34	97,14	35	
Duas ou mais áreas	7	16,67	35	83,33	42	
Natureza do Trabalho						
Público	26	23,85	83	76,15	109	0,0526*
Privado	2	5,88	32	94,12	34	
Outras	5	16,13	26	83,87	31	
Ingresso no Trabalho						
Concurso Público	18	64,28	10	35,72	28	<0,0001*
Indicação/Contato Direto	8	7,62	97	92,38	105	
Processo Seletivo	6	19,35	25	80,65	31	
Outras formas	1	10,00	9	90,00	10	
Regime de Trabalho						
Estatutário	12	54,54	10	45,46	22	<0,0001*
Contrato Temporário	11	12,09	80	87,91	91	
CLT	9	20,46	35	79,54	44	
Outros	1	5,88	16	94,12	17	
Renda Mensal Líquida**						
Até 2 salários mínimos	10	18,18	45	81,82	55	0,4974*
De 3 a 4 salários mínimos	16	17,21	77	82,79	93	
>5 salários mínimos	7	26,92	19	73,08	26	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: *Teste Exato de Fisher

**Salário Mínimo de 937,00 reais;

*** Corresponde à amostra que tem pós-graduação, por isso o quantitativo menor.

Conforme tabela 3, foi verificada associação com a natureza jurídica da Instituição de Ensino Superior responsável pela graduação em Enfermagem com seis das variáveis, tais quais: turno do curso, modalidade do curso, nível da pós-graduação, área de atuação de trabalho, formas de ingresso e regime de trabalho atual.

A respeito do horário integral (manhã e tarde), só as instituições públicas o oferecem. Diferentemente das instituições privadas, que ofertam o curso em único turno (diurno ou noturno), mas, preferencialmente, no diurno. Oliveira et al (2018) afirmam que as instituições de Ensino Superior do estado do RN apresentam variabilidade quanto à organização político-administrativa, modalidade de ensino, oferta de vagas e disponibilidade por turnos. No entanto, a maioria dos cursos de Enfermagem é ofertada no turno diurno, embora a flexibilidade de carga horária e turnos seja um dos motivos elencados pela expansão das instituições privadas.

A modalidade do curso bacharelado e licenciatura concomitante é exclusividade das instituições públicas, enquanto todas as instituições particulares inseridas na pesquisa ofertam o curso de Enfermagem apenas na modalidade bacharelado. Bem se sabe que existem orientações e legislação nacional sugerindo a separação da oferta concomitante entre o bacharelado e licenciaturas no Ensino Superior (SPESSOTO; MISSIO, 2016). Para essas autoras, esse foi um dos motivos de diminuição da licenciatura na Enfermagem, associada às exigências para o bacharelado após aprovação das DCN em 2001.

Contudo, na contramão desse movimento, estudos revelam o aumento gradativo da inserção profissional de egressos em Enfermagem na docência, especialmente no Ensino Técnico Profissionalizante (PUSCHELL; INACIO; PUCCI, 2009; CABREIRA; MISSIO; LOPES, 2010). Diante do exposto, é preciso repensar a inserção ou então possibilidade de oferta da licenciatura para os cursos de graduação em Enfermagem, tendo em vista uma maior qualificação destes profissionais para ingressarem no ensino, um campo em expansão.

No que se refere ao nível de pós-graduação, os dados revelam uma procura maior da pós-graduação *lato sensu* entre os enfermeiros formados nas instituições privadas. Já entre egressos de instituições públicas, existe consideravelmente maior predileção pela modalidade *stricto sensu*. Um dos fatores que pode interferir nesse quesito pode estar relacionado à existência de um quantitativo de egressos participantes nessa pesquisa com licenciatura, além do bacharelado em Enfermagem. Achados em outros estudos sinalizam que a busca pela pós-graduação *stricto sensu* pode estar aliada ao desejo pela inserção na docência. (PUSCHELL; INACIO; PUCCI, 2009; SPESSOTO; MISSIO, 2016).

Ademais, a busca pela pós-graduação *stricto sensu* poderá também ser resultante da prática adotada por instituições públicas a respeito do estímulo e da oferta da iniciação científica, por meio de editais públicos oferecidos para os discentes durante a graduação. Resultados encontrados em Jesus et al (2013) corroboram essa afirmativa, onde a inserção em grupos de pesquisa, iniciação científica foi um dos aspectos facilitadores para adentrar o mercado de trabalho, principalmente na docência.

Em contrapartida, dentre os fatores que dificultam a não procura pela pós-graduação *stricto sensu* por enfermeiros segundo revisão integrativa estão: o desconhecimento sobre os programas de pós-graduação existentes, bem como a dificuldade de acesso a tais programas, além da pouca identificação com o perfil de pesquisador, principalmente quando a formação durante a graduação tem enfoque assistencial priorizando as especialidades e o tecnicismo (FERREIRA et al, 2015).

No quesito área de atuação profissional, os dados são equivalentes quando comparados à inserção nas áreas de Atenção Básica e Hospitalar, tanto dos egressos das instituições públicas quanto das privadas. Porém, em relação à categoria “outras áreas” dentre estas: enfermagem do trabalho, gerência de serviços de saúde/enfermagem, enfermagem domiciliar, curativos, unidades mistas e clínicas particulares, os egressos de instituição privada aparecem com inserção bem maior do que os da pública.

Na conjectura atual, cresce a presença de outras áreas para a inserção dos profissionais de saúde, ocasionadas tanto pelo envelhecimento populacional, como pela ampliação da oferta de bens e serviços em saúde (MACHADO et al, 2016a; OLIVEIRA et al, 2018). Além dessa questão, a enfermagem tem ampla inserção no mercado de trabalho, podendo atuar no campo assistencial, de gestão, docência, pesquisas, vacinas, curativos, cuidados paliativos, *home care*, dentre tantos outros. Peres, Almeida Filho e Paim (2014) afirmam que a profissão da enfermagem tem ampla possibilidade de inserção profissional e avança à medida que investe no respaldo científico dentro da profissão. Além disso, a busca por novas áreas de atuação é uma das alternativas encontradas pelos enfermeiros para adentrarem no mercado laboral e, consequentemente, obterem experiência profissional.

Em relação à forma de ingresso no trabalho, os achados da pesquisa apontam que a maioria dos ingressantes mediante concursos se refere aos egressos provenientes de instituições públicas. Já entre os egressos das instituições privadas, estes ingressaram no trabalho predominantemente por indicação ou contato direto com o empregador.

Embora achados dessa natureza não possam ser avaliados de maneira isolada, pois são vários os fatores que podem interferir na formação superior dos profissionais de Enfermagem e, consequentemente, na sua inserção laboral, é possível afirmar que a metodologia adotada pelas instituições de Ensino Superior influencia sobremaneira na forma de ingresso dos enfermeiros no mercado de trabalho, na realidade do estado do RN.

Esse fato pode ter relação com o estímulo mais contundente recebido pelos discentes de instituição pública na continuidade da qualificação profissional. Além disso, é bem verdade que boa parte das instituições de ensino públicas também oferta residências especializadas ou

multiprofissionais, mestrado profissional e/ou acadêmico e doutorado. Consequentemente, de posse das titulações, esses enfermeiros podem ter maiores chances de aprovação em concursos públicos, principalmente em virtude da realização de prova de títulos exigida na maioria dos editais na atualidade.

Makuch e Zagonel (2017), ao avaliarem 9 (nove) instituições de Ensino Superior em Curitiba e região metropolitana, afirmam que, entre as possibilidades de inserção da profissão enfermeiro, destaca-se a forma liberal e assalariada, no entanto, boa parte da formação em enfermagem direciona à prática assalariada.

Por fim, em relação ao regime de trabalho, os resultados divergem novamente comparando o tipo de instituição de Ensino Superior. No regime de trabalho “estatutário”, uma maior parcela está vinculada aos egressos oriundos de instituição pública, enquanto na categoria “contrato temporário” predominam os egressos de estabelecimentos de Ensino Superior privado. O mesmo acontece para o regime de trabalho “celetista” e “outras formas de admissão”, ambas mais presentes nos enfermeiros originários da iniciativa privada.

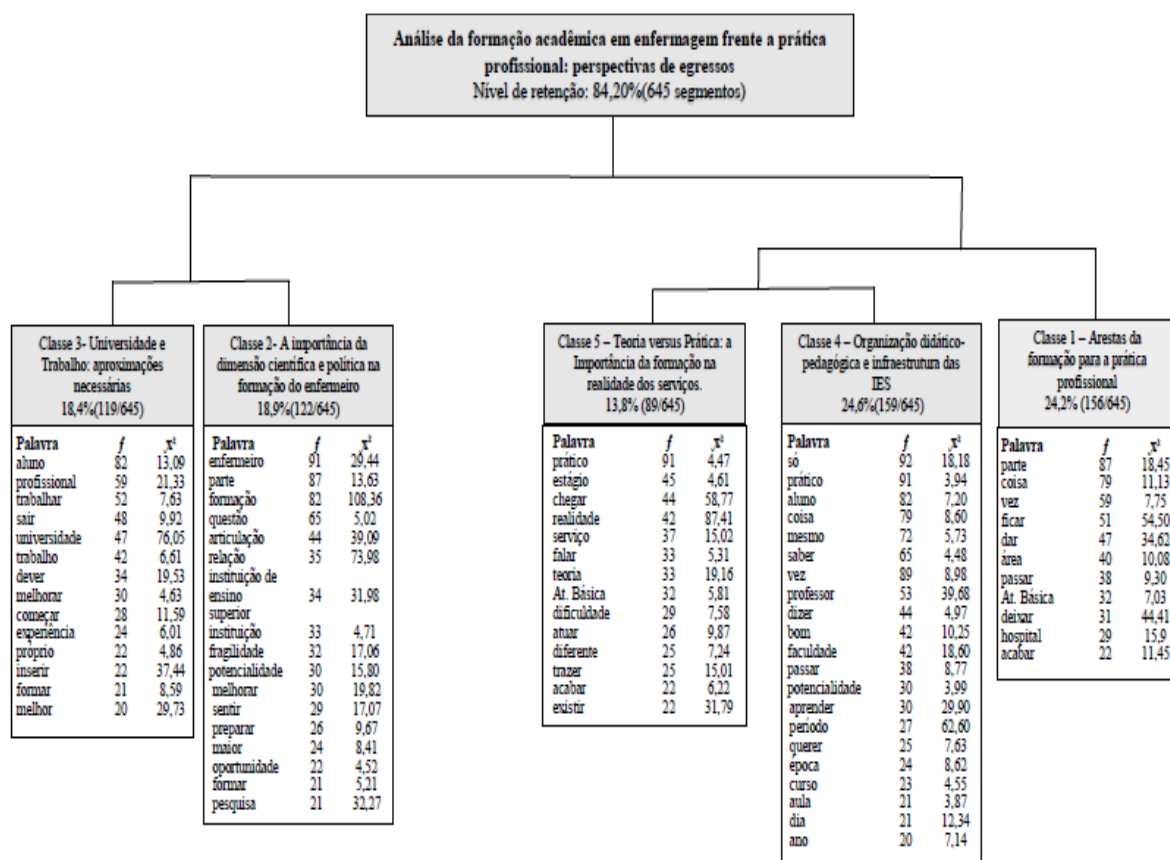
Diante desse resultado, é possível afirmar que os egressos tanto das instituições públicas como privadas almejam conquistar o regime de trabalho “estatutário” por proporcionar maior estabilidade profissional e garantia de direitos trabalhistas. Apenas 12,6% do total de enfermeiros participantes têm esse regime de trabalho. Então, é preciso maior atenção quanto à expansão dos cursos de graduação em Enfermagem pelo país, principalmente da iniciativa privada, na tentativa de acompanhar a oferta de vagas no mercado de trabalho. Além disso, buscar unir forças para lutar por mais concursos públicos, melhoria das condições de trabalho e, consequentemente, ter um trabalho justo e sem perdas de direitos e/ou precarização nas relações de trabalho.

5.3 ANÁLISE DA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ENFERMAGEM FRENTE À PRÁTICA PROFISSIONAL: PERSPECTIVAS DE EGRESSOS

O *corpus textual* foi composto por 15 textos organizados de forma monotemática e submetido à análise da CHD. Foram retidos 645 segmentos de textos dos 776 presentes no *corpus*, o que corresponde a 84,20% de segmentos retidos. Esse resultado indica ótima consistência e adequação do conteúdo submetido para esse tipo de análise (CAMARGO; JUSTO, 2014). Além disso, o programa contabilizou 2.749 palavras que ocorreram 26.941 vezes, destas 677 foram consideradas hápax, ou seja, palavras que foram citadas apenas uma única vez.

Após a realização da CHD, foram inseridas em cada classe apenas as palavras cuja frequência fosse maior que a média de ocorrências no *corpus*. Nesse estudo, os elementos selecionados precisavam ter frequência absoluta de pelo menos 20. Além disso, também foi utilizado outro critério para inclusão, o valor do qui-quadrado, que deveria ser igual ou superior a 3,84, tendo em vista que o cálculo é definido considerando 1 para o grau de liberdade e nível de confiança de 95% (MARCHAND, RATINAUD, 2012).

Figura 2 – Dendrograma gerado pela CHD sobre análise de egressos



Fonte: Elaboração Própria, 2019

Na primeira partição do dendrograma, o *corpus* foi dividido em dois *subcorpus* ou categorias analíticas. A primeira categoria gerou três classes, todas se encontram do lado direito do dendrograma (Figura 2). Dela emergiram inicialmente duas repartições, a primeira formou a classe 1 isoladamente, enquanto da segunda emergiram as classes 4 e 5. Diante do exposto, as classes 4 e 5 apresentam bastantes semelhanças entre si e, embora estejam separadas da classe 1, também é possível afirmar que existe, entre as três classes, certa convergência dos segmentos de textos agrupados.

Essa categoria analítica foi designada por “Desafios da formação em enfermagem para o SUS frente expectativas do trabalho” subdivida em três subcategorias, nomeadas da seguinte maneira: classe 1: “Arestas da formação para a prática profissional”; classe 4: “Organização didático-pedagógica e infraestrutura das IES”; e classe 5: “Teoria versus prática: a importância da formação na realidade dos serviços”.

Do lado esquerdo da Figura 2, a segunda partição gerou as classes 2 e 3, que são bastante semelhantes entre si, porém, diferentes das classes 1, 4 e 5. Essa categoria analítica foi denominada “O papel das Instituições Formadoras no fortalecimento e reorientação do Ensino Superior em Enfermagem” e repartida nas classes 2 e 3, respectivamente nomeadas por: “A importância da dimensão científica e política na formação do enfermeiro” e “Universidade e Trabalho: aproximações necessárias”.

5.3.1 Desafios da formação em Enfermagem para o SUS frente expectativas do trabalho

Bem se sabe que a formação em saúde/enfermagem, seja em qual realidade se encontra inserida, apresenta desafios e potencialidades, que necessariamente precisam ser conhecidos, discutidos e, na medida do possível, sanados e/ou fortalecidos.

Com intuito de discorrer sobre essas questões pertinentes ao processo de formação do enfermeiro e frente às exigências atuais do mundo do trabalho, iremos apresentar separadamente as subcategorias que emergiram da análise qualitativa, para que possamos conhecer suas nuances e aprofundar as discussões à medida que dialogarmos com os autores e suas contribuições teóricas.

Classe 1 – Arestas da formação para a prática profissional

A classe 1 representou 24,2% dos segmentos de textos analisados no *corpus* total. Foi a segunda maior classe gerada pela CHD e se associou significativamente à variável “instituição de ensino superior pública” (p-valor = 0,005). Dentre os elementos gerados, foram selecionadas 12 palavras: parte, coisa, vez, ficar, dar, área, passar, Atenção Básica, deixar, hospital e acabar.

A maioria dos segmentos de textos existentes nessa classe evocam as lacunas deixadas na formação em Enfermagem. Nesse sentido, os trechos elencados sugerem uma crítica à formação no nível de graduação para a Enfermagem, apontando fragilidades nessa etapa. Para alguns dos depoentes, essas arestas da formação podem ou não dificultar a inserção do

profissional enfermeiro no espaço do trabalho. Dentre estas lacunas, a parte clínica, principalmente no ambiente hospitalar, aparece como frágil nesse processo.

*Porque a formação não é igual em todas as turmas, mas, na minha época, eu acredito que a formação ela[...] ela só **deixou** a desejar, que **deixou** desejar assim, no fato da **parte clínica**. Porque eu senti essa ausência quando eu comecei a atuar na **área**, mas para o ensino que é **área** que eu atuo, no ensino, aí, **área** que estou no ensino é na disciplina de Semiologia e Semiotécnica II[...].Então, eu estudei assim, talvez três **vezes** mais do que **eu precisaria** para poder **dar conta** e realmente poder **passar** de forma efetiva e de forma clara, mas assim, eu acho que o único fato que **deixou** a desejar foi esse mesmo[...] Mas, assim, focando mais na **área** do ensino, a minha formação me deu base para suprir 90, não 90, mas 80% das minhas necessidades agora. Claro, **deixou** muito a desejar na **parte clínica**. (Enfermeiro 13; IES pública).*

*Então quando chega à rede **hospitalar**, fica muito complicado, a gente tem que ir pelas próprias pernas. Porque a formação da academia **deixou** muito a desejar, mas o que ela **passa** para gente consegue lidar bem com a realidade, o que ela nos orienta em termos de docência, de **atenção básica**, de atenção primária mesmo, de prevenção à saúde, promoção à saúde a gente consegue **dar conta** [...]. Por causa que a nossa formação mesmo **deixou** muito a desejar para o mercado de trabalho. Não nos preparou. Como eu disse, algumas práticas **ficaram** muito a desejar [...]. Porque você coloca muita **coisa** direcionada para a docência, para a **Atenção Básica** em cima dos alunos e **deixa** muito a desejar na questão de assistência. Eu não me senti jamais preparada quando eu saí daqui para ir para uma preceptorial. A primeira preceptorial que eu peguei, eu fui morrendo de medo para o **hospital**. (Enfermeiro 15; IES pública).*

Em relação a esses depoimentos, entende-se que a formação citada preparou bem para a docência, no entanto, as lacunas em relação à execução de procedimentos técnicos e à atuação clínica, principalmente no ambiente hospitalar, deixam-nos inseguros para assumir os cargos de trabalho, seja para ministrar conteúdos relacionados aos procedimentos e técnicas de enfermagem, seja na preceptorial acompanhando alunos dentro do hospital.

Morais, Caroline e Carvalho (2018) afirmam, em estudo realizado com egressos de Enfermagem de uma instituição privada, que a vivência de práticas clínicas de forma precoce na graduação, tanto em ambientes hospitalares como não hospitalares, facilita a inserção no mercado de trabalho. Além disso, o ensino clínico na Enfermagem é um dos pilares para construção do conhecimento e identidade da profissão, no entanto, ele não se limita apenas ao “fazer” ou execução de procedimentos técnicos. Espera-se que estudantes de Enfermagem consigam aliar o conhecimento teórico à prática clínica, de modo que possam desenvolver a capacidade de refletir sobre o que fazem, construindo de forma autônoma e consciente o ser enfermeiro. (MERIGHI et al, 2014).

Outro aspecto abordado no depoimento do “Enfermeiro 15” manifesta que a sua formação teve foco na atenção básica, mas que, muitas vezes, a primeira oportunidade de emprego não necessariamente é nessa área. Duas situações precisam ser consideradas a esse respeito. Primeiramente, os conhecimentos da clínica são necessários para formação do enfermeiro mesmo que, futuramente, ele atue na atenção primária, secundária ou terciária. O fato de trabalhar em diferentes níveis de atenção não exime o profissional da sua responsabilidade com o cuidado integral aos usuários, mesmo que cada setor tenha exigências específicas e procedimentos diferenciados. Portanto, os saberes clínicos e epidemiológicos são necessários para a atuação de qualquer profissional de saúde, independente do espaço profissional que este ocupe.

Cunha (2005) afirma inclusive que a Atenção Primária à saúde tem como desafio integrar as racionalidades clínica e de saúde coletiva, principalmente no contexto da atenção básica. Além disso, a produção do cuidado em saúde envolve vários aspectos, dentre eles o orgânico, social e subjetivo. Para tanto, é preciso compreender todos os fatores que interferem no processo saúde/doença dos indivíduos e coletividade, resultando, assim, em práticas de saúde mais equânimes e integrais, que extrapolem a visão biologistica e curativista de produção de cuidado (CAMPOS, 2009).

Segundo, é preciso compreender que a formação não dá conta de todas as interfaces do processo de trabalho do enfermeiro, tanto pelo dinamismo dos serviços de atenção à saúde, como pelas particularidades de cada equipamento de saúde e localidade onde funcionam. Mesmo assim, compreende-se que a formação em saúde/enfermagem, nesse contexto ainda contra-hegemônico, precisa estabeleça estratégias de superação junto à gestão e aos profissionais dos serviços de saúde, com o objetivo de articular melhor os saberes e as práticas na perspectiva de uma visão ampliada da clínica e da sua importância na coprodução em saúde (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Ainda sobre a formação nos ambientes hospitalares e pré-hospitalares, outros depoentes afirmam:

*A gente não teve contato, assim, durante a graduação eu não tive contato com essa **parte** do atendimento pré-**hospitalar**. A **parte** prática do SAMU.*
(Enfermeiro 14; IES pública).

*[...] eu não sei se foi por questão de logística ou de sorte, eu sempre fui escolhida para os piores **hospitais** de Natal, então sempre era sorteada para um único **hospital**, para o memorial, o **hospital** de trauma, muita ortopedia e assim, questão de que não tive oportunidade de **passar** por outros **hospitais** que tivessem grande relevância em aprendizagem. Então, no Memorial,*

ficava muito restrito a sair para as enfermarias, aferir sinais vitais e acompanhar curativos. (Enfermeiro 10; IES privada)

Nas declarações acima, a inserção hospitalar e pré-hospitalar foram apontadas pelos egressos como fragilidade durante a formação em Enfermagem. Bem se sabe que, dentro desse ambiente, o nível de gravidade e risco de vida dos pacientes exige habilidades específicas a depender do campo de atuação e serviços ofertados pelo estabelecimento de saúde. Esse fato, provavelmente, faz com que os recém-formados se sintam inseguros para atuar nesses serviços, principalmente nos setores de urgência, emergência e UTI, que, muitas vezes, não são campos de estágios possíveis para alguns discentes.

O hospital ainda é um campo importante na captação de recursos humanos da Enfermagem, tanto no nível técnico como no superior (MACHADO et al, 2016a). Além disso, deve-se considerar que, neste estudo, 30% dos participantes desenvolvem atividades em estabelecimentos hospitalares, vivenciando então as dificuldades durante sua inserção nesse ambiente de trabalho.

As diretrizes curriculares de 2001 orientam uma formação generalista para os profissionais de Enfermagem, tomando por base os princípios norteadores do SUS (BRASIL, 2001). Todavia, historicamente, a formação do enfermeiro, assim como de outras profissões da área de saúde, é marcada por enfatizar o aspecto curativista, assistencialista e individual. Nesse sentido, muitas vezes, as expectativas de formandos, bem como do próprio mercado de trabalho, é do domínio de habilidades técnicas, como a realização de procedimentos e práticas com destreza e segurança.

Brehmer e Ramos (2016) lembram que ainda se tem práticas de atenção à saúde com ênfase na dimensão biológica, individual e medicalocêntrica, norteando os modos de pensar e fazer saúde. A fragmentação da rede de atenção, como também o legado histórico da hegemonia da clínica tradicional e individual sobre a clínica ampliada, dificulta o entendimento da atenção básica como ordenadora do cuidado no novo modelo de atenção integral à saúde. Soma-se a isso a incipiente articulação das redes de atenção, onde o hospital é parte integrante, porém, pouco atuante como apoio matricial no tratamento de doenças e auxílio no processo de reabilitação (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Diante do exposto, é preciso compreender o hospital como um campo de saber e de práticas complexo, além de ter um reconhecimento social legitimado. Porém, com as mudanças e novas orientações da formação em saúde, é preciso repensar estratégias para articular esse espaço de maneira mais eficiente com os demais dispositivos da rede de serviços,

principalmente na perspectiva de apoio matricial (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007). Para os autores, dentre os desafios para avançar no caminho em busca da articulação em redes, é necessário romper com a lógica hegemônica de organização do trabalho em saúde, de resistência e corporativismo profissional e interesses pessoais que sustentam as bases organizacionais da administração hospitalar.

Outra lacuna identificada nas narrativas foi a deficiência no processo gerenciar durante a graduação em Enfermagem:

*A única **coisa** que a gente não tinha tanto acesso, que foi o que eu me deparei com a realidade e tive um pouco de dificuldade para me adaptar, foi com o processo de **gerenciamento**, porque no estágio nós íamos para os serviços para **fazer a parte** prática. E não era para gerenciar, era só a **parte** assistencial, os procedimentos, muitas **vezes**, **fazia** mais procedimentos dos técnicos. Por a gente estar nessa fase de aprendizado, dos técnicos e de enfermeiro. Mas a gente **não fazia a parte** gerencial, e quando eu cheguei na realidade, a principal, a coisa mais importante que o enfermeiro eu acho que **faz**, claro que é importante a **parte** assistencial, mas o **gerenciamento** foi uma **coisa** que eu fui muito **cobrada** por aqui. (Enfermeiro 1, IES privada).*

*A gente ia para um **hospital**, **fazia** os atendimentos, **partes** mais de habilidade mesmo, mas essa **parte burocrática** a gente pouco via. Não **fazia** [...]. Quando você entra no mercado de trabalho, você **acaba** percebendo que o enfermeiro é **cobrado** muito, até mais do que da **parte** de habilidade de prática e a gente fica sem saber como agir. [...] essa **parte burocrática**, da gente entrar no mercado de trabalho e às **vezes** a gente, não sei de nada, é outra **coisa**, eu esperava outra **coisa** realmente. Daqui, assim, aqui como eu tive uma vivência maior na **Atenção Básica** eu não sabia como era. Eu sou **cobrada** de outra forma, porque não estou no cargo de enfermeira propriamente dito [é gerente]. Mas nessa **parte** de clínicas particulares eu era **cobrada** de outra maneira. Eu era muito **cobrada** nessa **parte burocrática** de **dar conta** de materiais, de estoque, de **fazer** pedido, nessa **parte** realmente de **liderar** uma equipe. (Enfermeiro 4; IES privada)*

*Quando a gente está na graduação, eles não **passam** isso para gente da **gestão**. O enfermeiro, ele é, se brincar, ele é mais **gestor** do que assistencialista. Porque mesmo, você pode **deixar de fazer** um procedimento, mas a **parte da gestão** você não pode **deixar**. Porque mesmo que você não **faça** o procedimento, você tem que dar algo. Então o enfermeiro é mais **cobrado** para ser **gestor** do que assistencialista, eu vejo por esse lado na **Atenção Básica**. (Enfermeiro 2; IES privada).*

As narrativas mostram a fragilidade na formação no que diz respeito ao processo gerenciar, pois, em muitas situações, o enfermeiro assume esse papel, sendo responsável por conduzir a equipe de saúde na atenção básica, como também em clínicas particulares e em outros serviços. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas, onde a liderança

aparece como desafio para inserção no mercado de trabalho de iniciantes da enfermagem (SOUZA; PAIANO, 2011; JESUS et al; 2013; SOUZA e SOUZA et al, 2015).

Considerando essa realidade, os depoentes desta investigação apontam que, muitas vezes, a habilidade técnica exigida pela assistência em saúde é também importante, mas que o despreparo maior está vinculado ao papel administrativo e de liderança que ele precisa desempenhar com responsabilidade e segurança. De acordo com as orientações curriculares, entre as competências e habilidades gerais para atuação do enfermeiro, estão dispostos dois artigos que abordam a questão da liderança e gerenciamento:

“IV - **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; V - **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores empregadores ou lideranças na equipe de saúde.”(BRASIL, 2001, p.02).

Investigação realizada com objetivo de compreender como os enfermeiros recém-formados experienciam seu primeiro emprego revela que a liderança e a gestão aparecem entre os desafios mais citados, muitas vezes, relacionados ao preconceito a respeito da juventude e à pouca experiência profissional dos recém-formados para assumir o papel de gestor da equipe de saúde (SOUZA e SOUZA et al, 2015).

Diante desse cenário, é preciso criar estratégias para estimular, no estudante de Enfermagem durante a sua graduação, o exercício para atuação do papel de gerente/líder ao inseri-los nos campos de estágios e práticas nos serviços, seja na atenção básica ou em outros dispositivos da rede de atenção à saúde. Tais competências e habilidades precisam ser exploradas e devem partir do princípio que o exercício da liderança implica em estimular a autonomia e a autoconfiança na tomada de decisões durante a formação acadêmica, facilitando ao futuro enfermeiro adotar essa postura em sua prática profissional.

Para além da necessidade mercadológica, o gerenciamento é historicamente parte do processo de trabalho do enfermeiro instituído desde Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna. Além disso, na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da categoria afirma no Art. 11º: “ é ação privativa do enfermeiro a direção dos órgãos de Enfermagem em instituição de saúde pública e privada

e o planejamento, a organização, a coordenação, a execução, a avaliação e a direção dos serviços de assistência de Enfermagem” (BRASIL, 1986, p. 38-39).

Silva et al (2018), revelam que egressas de Enfermagem de uma universidade de Chapecó/SC também apontam dificuldades durante a formação no que se refere aos conhecimentos necessários para atuarem no campo da gestão. Dentre eles, medo e insegurança para tomada de decisão, para mediar conflitos no grupo, bem como motivação para assumir o papel de líder e negociador da equipe de trabalho. As autoras afirmam, inclusive, que o maior desafio da formação universitária no processo gerencial é “instrumentalizar o acadêmico para o exercício profissional e motivá-lo na busca de seu próprio aprendizado” (SILVA et al, 2018, p. 1102).

Considerando a importância da liderança para atuação do enfermeiro em diferentes cenários de saúde, é preciso promover uma reflexão acerca do ensino da liderança/gerenciamento na formação em Enfermagem. Inclusive, é preciso adotar a liderança como um tema que atravessa todas as disciplinas ou módulos dos projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação, de modo a permitir uma aprendizagem contínua e dinâmica, diminuindo, assim, a angústia e a insegurança dos recém-graduados durante sua inserção no mercado de trabalho (VILELA; SOUZA, 2010).

Outra questão preocupante citada pelos participantes diz respeito à sobrecarga profissional nos serviços. Além de atuar como enfermeiro, este é cobrado por assumir vários papéis simultaneamente, acumulando funções e fazendo com que se sinta sobrecarregado e incapaz diante da quantidade de responsabilidades exigidas.

*Lá eles exigiam muita **coisa** que não era da enfermagem. Eu **ficava** responsável pelo meu setor e não tinha atendimento médico no momento, eles queriam que eu fosse para o atendimento de atendente. **Ficar** em algum guichê fazendo esse papel de atendente, no setor de endoscopia que eu ficava também e não tinha nenhum técnico, então era só eu e o médico. Então eu tinha que **fazer** meu papel como enfermeira, mas também de técnico, **fazia** tudo. Da limpeza, de tudo. (Enfermeiro 4; IES privada)*

O mercado de trabalho contemporâneo se apresenta com novas características e o nível de exigência avança na mesma proporção que aumenta a precarização das relações de trabalho com o aumento de contratos temporários, do subemprego e má remuneração. Essa realidade cruel e cada vez mais frequente coloca o profissional enfermeiro em situações sub-humanas, fazendo com que seja obrigado a assumir diferentes papéis de maneira submissa em determinados ambientes de trabalho, com o objetivo de se manter no universo produtivo.

Machado e Ximenes Neto (2018) chamam a atenção para a atual conjuntura em que se materializa a política de recursos humanos no Brasil, pois estamos vivenciando um momento dramático de perda de direitos essenciais, tais como: direitos trabalhistas, estabilidade profissional, salários dignos, regulação da política de formação profissional e perseguição a organizações sindicais e movimentos sociais.

O cenário atual fere a constituição democrática à medida que avança, ganha força e apoio de dispositivos internacionais, líderes antidemocráticos e interesses empresariais acima de interesses sociais. Esse panorama reflete sobremaneira na vida dos trabalhadores de enfermagem, principalmente nas relacionadas à sua condição psíquica, pois gera ansiedade, insatisfação e sofrimento, aumentando sua fragilidade diante das imposições mercadológicas atuais à medida que agravam sua saúde (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015).

As instituições formadoras durante a graduação em Enfermagem precisam abordar essas questões, bem como estabelecer parcerias junto às entidades de classe e outros mecanismos de controle social, na tentativa de discutir essas problemáticas que envolvem a profissão no mundo do trabalho. Afinal, o estudante precisa ter consciência das condições de trabalho, às quais estará exposto e os desafios que irá enfrentar após sua inserção profissional.

Vinculado também ao processo gerenciar, o discente de Enfermagem necessita experienciar o planejamento de ações em saúde ainda durante a graduação. Essa habilidade irá lhe proporcionar melhor a condução de atividades coletivas junto à equipe que irá integrar futuramente, além de lhe auxiliar na organização cotidiana do seu processo de trabalho. No entanto, a declaração a seguir revela que os conteúdos relacionados ao planejamento durante a formação foram falhos.

*[...]a relação que eu faço da formação com meu trabalho como enfermeira, da minha **parte** que eu dou aula como professora **técnica**, eu sinto que eu senti falta muito da questão de **planejamento** e a prática de ensino e aprendizagem que é para **fazer** as aulas [...] do planejamento como é que o enfermeiro vai **fazer** o **planejamento** daquela unidade mensal porque quem **faz** o **planejamento** é o enfermeiro, faz do médico, faz também a questão das práticas complementares (Enfermeiro 2; IES privada)*

Percebe-se que o ato de planejar, seja para assumir o papel docente, ou mesmo para integrar a equipe de saúde da família, é primordial para atuação do enfermeiro no que se refere ao dia a dia de sua prática profissional. O novo modelo de atenção à saúde preconizado estabelece a necessidade de um profissional capaz de descentralizar ações, trabalhar em equipe e junto à comunidade, planejando de forma mais horizontal possível, para que tais iniciativas

possam colaborar com a qualidade de vida da população da qual faz parte (BREHMER; RAMOS, 2016).

Nesse sentido, as diretrizes curriculares apontam o planejamento como parte integrante das competências e habilidades do enfermeiro, tanto para desenvolver a formação e qualificação continuada de trabalhadores de enfermagem e de saúde, como na articulação de ações de educação e promoção à saúde junto à comunidade (BRASIL, 2001). O planejamento no setor saúde se trata de um instrumento que almeja a melhoria do desempenho, aumentando, assim, a eficácia e eficiência das ações na perspectiva de qualificar as funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação.

Na área de saúde, existe uma equipe multiprofissional corresponsável pelo processo saúde-doença de determinada população, para tanto, o planejamento precisa ser pensado, construído e executado de maneira coletiva, tanto no que se refere à participação de profissionais da área, como pelo envolvimento dos demais sujeitos da comunidade. Considerando essa particularidade, o cotidiano do trabalho no dia a dia dos serviços de saúde, em boa parte, ainda permanece arraigado ao modelo de atenção à saúde com práticas de planejamento e gestão centralizadas, individualizadas e pouco participativas.

Diante desse cenário, a formação em Enfermagem ainda tem muito a avançar neste e em outros aspectos, inserindo uma prática pedagógica articulada e voltada para as necessidades da população, além de criar estratégias para superação do modelo centrado no procedimento, na fragmentação do indivíduo e dos saberes em saúde. (CECCIM; CARVALHO, 2005). Não obstante, a formação em Enfermagem precisa também combater as políticas de austeridade na saúde, resistir à precarização do trabalho e das relações estabelecidas, além de lutar de forma organizada e politicamente consciente para manutenção do SUS e dos direitos adquiridos.

Classe 4- Organização didático-pedagógica e infraestrutura das IES

A classe 4 representou 24,6% dos segmentos de texto gerados no *corpus textual*, apresentando correlação estatisticamente significativa com as variáveis “instituição de ensino superior privada” e “IES A”, com p-valor igual à 0,02 e 0,01, respectivamente. Essa classe apresentou o maior percentual de retenção de segmentos gerados pelo tratamento dos dados por meio da CHD e teve dos elementos significativos 22 palavras incluídas nas análises. Dentre as selecionadas estão: só, prático, aluno, coisa, mesmo, saber, vez, professor, dizer, bom, faculdade, passar, potencialidade, aprender, período, querer, época, curso, aula, dia, ano e estágio.

As narrativas que compõem a classe 4 estão relacionadas ao papel do professor, à organização didático-pedagógica e à infraestrutura das instituições de ensino na formação em Enfermagem no Rio Grande do Norte. No que se refere à importância do corpo docente no processo formativo, alguns depoentes fazem menção à participação do professor em atividades extra sala de aula como potencialidade na graduação em Enfermagem.

*Outra **potencialidade** bem vivenciada na **época** da graduação foi o **período** de que o **professor** tinha para ficar tirando dúvidas, que eles chamam de orientação didático-pedagógica. E eles ficavam um **período**, eles tinham tantas horas para deixar para o **aluno** tirar as dúvidas que quisessem, sem ser referente a projetos e sim à disciplina que eles estavam ministrando[...] **Período** de prova, que o **professor** era bem mais cobiçado, aí chegavam uns 03 ou 04, mas isso foi muito **bom**. Porque o vínculo aumentou bem mais e o nosso estímulo de estar estudando em casa, pois saberia que qualquer dúvida que existisse teria o **professor** tal **dia**, tal horário certo, não **só** na sala de **aula**, então uma grande **potencialidade** é essa. Que em outras **faculdades** isso é bem, não tem isso. (Enfermeiro 03; IES privada)*

*As **potencialidades** da graduação em Enfermagem na Instituição de Ensino Superior onde **curvei** foi a relação **professor e aluno**. Eu gostava muito da relação de **aluno e professor** da Instituição de Ensino Superior. Uma **coisa** que eu falo assim, bastante, porque era muito próxima. A gente tinha um **professor** muito próximo para tirar dúvidas, para revisar um conteúdo isso era **bom**, isso era fácil de ter esse acesso. (Enfermeiro 4; IES privada)*

*A gente tinha em **prática**, em teoria, **professores** muito qualificados que atendiam as nossas expectativas. **Professores bons** que a gente tinha acesso fácil a eles. (Enfermeiro 7; IES privada)*

*[...]uma **potencialidade** muito forte também é o fato da IES ter assim o corpo **docente** muito organizado, pelo menos na minha **época** era organizado marcavam as reuniões de colegiado, tudo certo com **ata**, com tudo isso. Vejo que em algumas instituições isso não existe. (Enfermeiro 13; IES pública)*

De acordo com as narrativas acima, os professores têm papel primordial na formação em Enfermagem, principalmente quando estes se fazem presentes em diferentes momentos da graduação. Os dois primeiros depoimentos fazem menção a um horário específico destinado à orientação didático-pedagógica, vivenciados por estes egressos durante sua graduação. Infelizmente, essa prática não é regra para as instituições de ensino de caráter privado, onde, muitas vezes, o docente tem carga horária preenchida para assumir as atividades em sala de aula ou em campo de prática até pela lógica empresarial que norteia a maioria delas. No entanto, esse aspecto da formação é compreendido como diferencial para os egressos por possibilitar maior aproximação entre professor e estudante ampliando a troca de conhecimentos.

A relação afetiva estabelecida com docentes auxilia no aprendizado acadêmico segundo egressos (CANEVER et al, 2014). Nesse sentido, o papel docente na atualidade extrapola o espaço formal da sala de aula, e a relação professor/aluno deve assumir muito mais uma relação de parceria do que de autoritarismo e distanciamento. Uma condução pedagógica mais horizontal reflete nos estudantes resultados positivos, como valorização, aprendizagem significativa, promovendo um crescimento tanto no aspecto profissional, como também no pessoal (FREITAS et al, 2016).

Nos dois últimos depoimentos, os egressos abordam a importância da qualificação do corpo docente e da sua participação efetiva na organização do curso de Enfermagem. Estudo sobre a satisfação de enfermeiros a respeito da formação acadêmica identifica que a relação estabelecida entre docente e estudante desde o início do curso é um diferencial inclusive para a vida profissional futura do discente. Além disso, o docente precisa compreender a dimensão e a responsabilidade da sua função na vida acadêmica de estudantes, portanto, é preciso manter-se atualizado, ter clareza e senso crítico sobre seus posicionamentos no mundo atual, e adotar diferentes tecnologias para lhe auxiliar na condução do ensino em saúde (ALVES et al, 2018).

Outro aspecto abordado nesta classe esteve relacionado ao acompanhamento feito pelos docentes e supervisores nas atividades de estágio supervisionado. A presença de um supervisor no campo estágio é de extrema importância, proporcionando ao estudante maior segurança e confiança mútua durante seu processo de ensino-aprendizagem.

*Esse **professor** que vai para esse **estágio**, porque às vezes o **professor** vê só a questão da nota e soltar aquele **aluno** naquele campo, porque ele viu a teoria, ele tem obrigação de **saber a prática**. Não, o **professor** tem que estar ali a todo momento. Vigiar para ver se o **aluno** está fazendo realmente tudo de acordo e se perceber que aquele aluno tem uma dificuldade, dizer: vamos lá, vou explicar a você, que é dessa forma, vai, **faz, faça** essa etapa de novo. Eu acho que tem que ser a questão de **professor e aluno**. (Enfermeiro 2; IES privada)*

*Os campos de **estágios** na **época** talvez não fossem estruturados ou os preceptores que estavam como não eram os **professores** que estavam na teoria, às **vezes** eles não conseguiam aliar o que a gente tinha visto na teoria à **prática**. [...] eu acho que **professor da prática** não conversava com o **professor da teoria**. Muitas **vezes** em campos de **estágio** a gente era exigido de algo que a gente não tinha visto na teoria ou a gente sentia falta daquilo[...]. Agora o **professor da prática** ele já **queria** que você chegasse com esse manejo. Mas se você é **professor**, você é educador, tem que sentir. (Enfermeiro 7; IES privada)*

*Eu não saí preparada, não me sentia preparada. Até mesmo nos **estágios** supervisionados, no final do curso [...]. No último **estágio** que eu fiz. É, dos 03 meses que a gente passou lá dentro. Todo **dia** tinha um **professor** que ficava*

*responsável por todos os **alunos**[...]. Ficava um **professor** para vigiar os **alunos**, era o quê? Eram 11 **alunos** em todos esses setores. Então, às **vezes** você não tinha nem seu **professor** para tirar uma dúvida, você ia e fazia, metia a cara de fazer as **coisas só**. (Enfermeiro 15; IES pública)*

Os discursos acima apontam problemas relacionados à supervisão do estágio e à falta de integração entre o docente e o supervisor/preceptor que orienta o estágio, o que se traduz em uma desarticulação entre teoria e prática. O estágio deve ser compreendido como “ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos” (BRASIL, 2008a, p. 1). Além disso, a Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre as normas e orientações de estágio, enfatiza que o estagiário precisa ser acompanhado tanto pela figura do professor da instituição de ensino da qual faz parte, como por um supervisor de campo (BRASIL, 2008a).

O estágio curricular supervisionado possibilita aos estudantes o desenvolvimento de competências e habilidades essenciais para sua prática profissional futura, nesse sentido, a aquisição qualificada de conhecimentos, habilidades e atitudes durante sua formação irão contribuir significativamente para sua inserção no mercado de trabalho (PAFUME; DA SILVA; ANDRADE, 2018).

Na realidade dos cursos de graduação em Enfermagem dos estabelecimentos públicos de ensino do RN, o termo supervisor de campo para acompanhamento de estudantes durante a realização do estágio é mais usual. Já em boa parte das instituições privadas do estado, senão a totalidade, adotam o termo preceptor para o profissional responsável por acompanhar discentes durante as atividades práticas e/ou estágios nos serviços de saúde. Botti e Rego (2008) relatam particularidades reservadas para cada um desses termos utilizados na saúde, embora também existam congruências entre eles. Enquanto, para os autores, o supervisor é o agente responsável por acompanhar o aluno no desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes profissionais no seu ambiente de trabalho por um período prologado de tempo, o preceptor é a figura que assume esse papel direcionado mais a desenvolver as habilidades clínicas, por um período curto e de menor responsabilidade.

Já para Ribeiro e Prado (2014) a preceptoria deve ser considerada a prática de ensino desenvolvida em situações reais, ou seja, são frutos do próprio cenário produtivo em saúde. Para tanto, são indissociáveis das práticas laborais e construídas a partir das formas de organização e dinâmica dos serviços. Nesse aspecto, os preceptores também têm papel decisivo na construção de práticas pedagógicas que potencializem a capacidade reflexiva e crítica do estudante durante seu processo formativo, assim como os supervisores de campo.

Independente do termo adotado, as falas dos egressos desta investigação revelam um diálogo incipiente e desconexo entre o professor da teoria ministrada em sala de aula e o enfermeiro preceptor ou supervisor responsável pelo acompanhamento dos estudantes nos cenários de práticas e estágios. Essa desarticulação entre os diferentes sujeitos envolvidos fragiliza a construção e a articulação de conhecimentos por parte dos discentes, que, por muitas vezes, sentem-se abandonados tanto pela instituição formadora, como pelo profissional do serviço.

Além do papel do professor, supervisor/preceptor, outras questões relacionadas às IES são pertinentes nas análises dos discursos desta pesquisa, como, por exemplo, a influência da infraestrutura no processo formativo do enfermeiro.

*Lá, inclusive, tem computadores para fazer pesquisa na própria biblioteca, então a estrutura física é uma **potencialidade** muito intensa. Porque para um **aluno** que quer **mesmo aprender**, lá tem todas as formas de estímulo, de metodologias, tanto **prática**, quanto teórica. Os laboratórios têm abertura para você fazer simulações quando quiser. Marca com o monitor e faz quantas **vezes** você quiser as simulações. (Enfermeiro 1; IES privada)*

*No que se refere às **potencialidades** da formação, os laboratórios eram muito **bons**, a gente tinha acesso a todo **período** que a gente quisesse dentro da **faculdade**, era só agendar, tinha um monitor disponível. A infraestrutura de biblioteca era muito **boa**, a gente tinha livros a disposição. Livros **bons**. (Enfermeiro 07; IES privada)*

*Outra **potencialidade** da instituição é o laboratório de anatomia, conduzido e coordenado, direcionado por um **professor**. Ele, assim, colocou a universidade para frente de uma forma assim em 03 **anos**. Eu cheguei sendo **faculdade** e terminei sendo um centro universitário e eu acho que devo muito a ele essa progressão da instituição. Ele é um homem que pensa muito a frente e o **laboratório** é muito rico. Eu morava praticamente lá e pude **aprender** muito. (Enfermeiro 9; IES privada)*

Nos três depoimentos acima, a estrutura física das instituições de ensino aparece como potencialidade na formação do enfermeiro, principalmente no que se refere aos laboratórios de Anatomia e Semiotécnica, bem como a biblioteca. As falas enfatizam a importância desse requisito para diferenciar a qualificação profissional do futuro enfermeiro, proporcionando oportunidade de realizar simulações de procedimentos até exaustão, acesso ao acervo bibliográfico de qualidade e acompanhamento por monitores na execução de técnicas e/ou estudos dirigidos. Vale salientar que todos os depoentes que relataram esse cenário foram formados em instituições privadas, onde a estrutura física aparece como um grande apoiador no ensino-aprendizagem em Enfermagem.

Com o avanço tecnológico, os laboratórios se tornaram elemento essencial para formação de enfermeiros, pois estes se fazem presentes durante toda a graduação, desde as práticas e procedimentos mais elementares do cuidado, até as técnicas mais avançadas desenvolvidas pelos mesmos nos últimos períodos do curso. (BRITO; ROZENDO; SOBRAL, 2018). Contudo, é preciso ter cautela em utilizar os laboratórios, já que estes podem ser muito mais do que um espaço físico para desenvolvimento de habilidades técnicas e repetições de procedimentos. Para Brito, Rozendo e Sobral (2018), a utilização de laboratórios na formação em Enfermagem pode auxiliar o estudante a refletir de forma crítica sobre condutas e técnicas, recriando e questionando os processos do fazer em Enfermagem, ao mesmo tempo em que pode minimizar a distância entre o real e o ideal.

Além disso, durante avaliação para autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos em instituições de Ensino Superior realizada periodicamente pelo MEC, a infraestrutura de salas de aula, bibliotecas e laboratórios entram como dimensões a serem observadas. Lopes Neto et al (2008), ao analisarem relatórios construídos pelo INEP/MEC, concluem que a “dimensão infraestrutura” aparece tanto como potencialidade para algumas instituições formadoras analisadas, como também, em outras, necessita de ampliação de investimentos na melhoria e na adequação dos recursos didáticos para formação de nível superior em Enfermagem.

Infelizmente, em algumas realidades, ainda nos deparamos com a escassez de recursos financeiros e investimentos para modernização de laboratórios e bibliotecas, como desabafam os declarantes abaixo.

*[...] as fragilidades eram as **práticas** internas de alguns laboratórios que até mencionei o laboratório de Semiotécnica, que era o que a gente ia **praticar** muito em hospitais e a gente viu essa dificuldade e eu **só** pude **aprender na prática mesmo** (Enfermeiro 9; IES privada)*

*[...] onde eu cursei a gente tinha muito essa questão das atividades **práticas**, porque os nossos laboratórios eles não eram assim muito bem estruturados, então isso era uma **coisa** que a gente reclamava bastante. E também, até da própria carga **horária** das atividades **práticas**. (Enfermeiro 14; IES pública)*

*A gente tem que ter uma dificuldade muito grande de fazer essa associação por causa dos déficits que a gente teve na **faculdade**, na formação. Porque, na minha **época**, a gente não tinha um laboratório para fazer **prática**. A gente tinha um espaço, que diziam laboratório, mas não tinha ninguém que ficasse responsável por organizar[...] E até mesmo questão de biblioteca, deixava muito a desejar, precisava conseguir livros na **faculdade** de Medicina, na **faculdade** lá do centro, lá do campus central, mas aqui tinha esse déficit também. (Enfermeiro 15; IES pública)*

Diante do exposto, percebe-se que, em algumas realidades, a infraestrutura de laboratórios e bibliotecas ainda não oferece condições adequadas para auxiliar no processo formativo dos futuros enfermeiros, cabendo ao discente buscar outros espaços para sanar essa lacuna da graduação. Ramos et al (2015), em pesquisa para analisar a satisfação com a experiência acadêmica entre discentes de Enfermagem em uma universidade pública do Sul do Brasil, mostram pouca satisfação com a instituição formadora, principalmente no que se refere aos itens de conforto das instalações da instituição e infraestrutura física das salas de aula.

Nesse ínterim, não se deve abrir mão da necessidade dos laboratórios e da sua importância para uma formação crítica e transformadora da realidade, seja na enfermagem ou outra profissão da área de saúde. Cabe às instituições formadoras otimizar esse espaço físico, buscando investir tanto na modernização de equipamentos e materiais de uso contínuo, como em promover educação permanente para docentes e demais profissionais que trabalham diretamente nos laboratórios. (BRITO; ROZENDO; SOBRAL, 2018)

Para finalizarmos as análises da classe 4, iremos abordar as questões inerentes à organização didático-pedagógica dos cursos, como a disposição de disciplinas por período, carga horária e distribuição de professores.

*Tem **período** que é sufocante. A gente tem uma vida extra **faculdade** e a gente perde essa vida extra **faculdade** e você é **só da faculdade**. Então assim, ouvir dos **alunos** o que é que eles sugerem também para determinadas disciplinas que tem carga **horária** imensa. [...]. Porque muitos acabam **passando** por aquela disciplina só por **passar**[...]. Tem **período**, então, eu acho que isso tinha que ser trabalhado, desde os **alunos** até a revisar grade curricular, revisar a carga **horária** de cada disciplina, revisar como se distribui os **professores** para cada disciplina. Tem disciplina que tem aulas **práticas**, tem disciplina que tem a carga **horária prática** que, muitas **vezes**, não se faz, porque não tem **professor** para acompanhar. Enquanto que tem outras disciplinas, que são **só** teóricas, que tem seis ou sete **professores** dentro de sala de **aula**. (Enfermeiro 15; IES pública)*

*Boa parte, as principais **coisas**, a gente **aprende**, **só** que são os detalhes que vão fazer a diferença do profissional. E esses detalhes a gente **só aprende** na **prática** e, assim, se tivesse uma maior carga **horária**, um grupo menor, um **professor** assim mais atencioso, eu sentia falta dessa questão, de puxar mais da gente. Porque a carga **horária** era pequena para **aprender** o tanto que o enfermeiro faz. (Enfermeiro 2; IES privada)*

Os discursos apresentados demonstram insatisfação e angústia por parte de alguns participantes no que diz respeito à carga horária de determinados componentes curriculares, ora revelada pela limitação do tempo disponível as atividades práticas desses componentes, ora pela sobrecarga de atividades inerentes a determinados períodos vivenciados durante a graduação

em Enfermagem. Estudo evidencia que o maior nível de insatisfação entre enfermeiros durante sua formação acadêmica tem relação a itens como: atividades extracurriculares², currículo distante de atividades práticas e do mercado de trabalho, bem como ausência de suporte acadêmico pedagógico (, 2018).

As cargas horárias adotadas nos cursos de graduação para o estágio supervisionado, bem como a organização das atividades práticas, são de total responsabilidade da instituição formadora, desde que estas não firam a seguinte orientação das DCN:

“A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação”. (BRASIL, 2001, p. 04)

Todas essas informações devem estar devidamente explicitadas no projeto pedagógico do curso, que deve ser construído e reformulado constantemente pelo corpo docente e em conjunto com seus representantes discentes. Afinal, em tempos de exigências cada vez maiores para inserção no mercado de trabalho, emerge a necessidade de ouvir e respeitar a opinião de estudantes na condução da formação acadêmica. Entre as estratégias, é preciso dialogar sobre a rotina acadêmica desde o início do curso, oferecendo suporte psicológico e pedagógico, já que a satisfação ou não com o seu processo formativo poderá influenciar seu ingresso futuro na vida profissional. (RAMOS et al, 2015).

Além disso, faz-se necessário estabelecer uma avaliação contínua do processo formativo, na tentativa de melhorar as fragilidades encontradas na organização didático-pedagógica dos cursos e pensar formas de estreitar a relação aluno-professor, melhorando também o diálogo entre docentes da teoria e da prática, bem como entre cenários de estágios e academia.

Classe 5 – Teoria versus prática: a importância da formação na realidade dos serviços de saúde

A classe 5 representou 13,8% dos segmentos de texto gerados no *corpus textual*, apresentando correlação estatisticamente significativa com a variável “IES E”, com p-valor <

² O termo extracurricular não é mais utilizado nos dias atuais, sendo substituído por atividades curriculares não obrigatórias ou atividades complementares, dentre elas estão: monitoria, extensão, estágio não obrigatório, iniciação científica e outras.

0,0001. Os elementos da classe inseridos nas análises foram 13 palavras, tais quais: prático, estágio, chegar, realidade, serviço, falar, teoria, Atenção Básica, dificuldade, atuar, diferente, trazer, acabar e existir. Os segmentos desta classe estão relacionados à distância ainda presente entre a formação teórica ofertada pelas instituições formadoras e a realidade prática dos cenários de aprendizagem.

A dicotomia teoria/prática é uma problemática recorrente na formação em saúde/enfermagem. Guizardi et al (2005) explicam que a ordenação da formação de futuros profissionais de saúde na perspectiva da integralidade continua sendo um desafio, principalmente no que se refere à interação ensino e trabalho. Essa dificuldade é causada, em parte, pelas características das instituições de ensino e certo distanciamento com as redes de atenção do SUS.

Não se podem negar os esforços e as mudanças significativas que estão acontecendo na formação dos profissionais de saúde/enfermagem, principalmente na inserção precoce dos estudantes junto à Atenção Básica. Mesmo assim, faz-se necessário avançar na aproximação da universidade aos cenários de prática, de forma que esse contato seja uma possibilidade real de aprendizagem de mão dupla e não manifeste apenas uma relação de “utilidade” perante os serviços de saúde e a comunidade (GUIZARDI et al, 2005; BRIEHMER; RAMOS, 2016).

Não obstante, significa dizer que é preciso avançar na conexão entre os envolvidos no processo ensino-aprendizagem, para que não seja mantida a ideia de que o “ensino não é problematizado como possibilidade de atualização de cenários de aprendizagem. Isso nos defronta com o risco de que, nessa interação, a universidade permaneça como referência de saber legítimo e autorizado.” (GUIZARDI et al 2005, p. 159). Algumas narrativas citam esse afastamento como dificuldade no processo formativo da Enfermagem.

*Quando **chegava** à **prática**, sentia muita **dificuldade**, pela falta de oportunidade que tinha. A graduação **traz** um mundo que não **existe** na **realidade**. Ela **traz** um mundo que não **existe**. A gente vai para a **teoria** a gente vê, por exemplo, um banho no leito céfalo-caudal, aquela coisa bem maravilhosa e quando você **chega** à **realidade**, para mim foi um choque de **realidade**. Meu primeiro banho no leito, eu disse: Meu Deus o que é isso? Aí, é muito **diferente**. Então você tem um choque, sabe? (Enfermeiro 10; IES privada)*

*Porque tem **diferenças** muito contrastantes quando você vai para o **serviço**. E quando você passa muito tempo ali, só na **teoria**, só na **teoria**, que você vai para o **serviço**, às vezes, você tem um choque de **realidade** tão grande que você fica meio perdido. Não sabe muito o que fazer. Você vê ali uma coisa que aprendeu na graduação desde sempre que é para ser feito assim, assim e assim, e você **chega** ao **serviço** e a **realidade** não é aquela. (Enfermeiro 14; IES pública)*

*Então você está sempre seguindo a **teoria**, você vai achar tudo muito bonito, que tudo acontece daquela forma [...]. É porque se ele[o aluno] for, assim bem pensado **teoricamente** para a **Atenção Básica**, **chega** lá não vai ter metade do que ele estudou, vai ser um impacto, ele não vai saber como seguir, nem vai saber como vai **atuar** ali. É muito difícil.* (Enfermeiro 9; IES privada)

É perceptível o desabafo dos participantes no que refere à distância entre o que foi apreendido na academia com a realidade encontrada no cotidiano dos serviços de saúde. Esse acontecimento gera desconforto, medo e insegurança por parte dos recém-formados ao se inserirem no mundo laboral, tendo, muitas vezes, que buscar novas estratégias para lidar com as dificuldades perante a real situação.

Pesquisa realizada com enfermeiros para analisar a relação percebida entre o ensino e a prática profissional também identificou discrepâncias no processo formativo, dentre os achados citados estão: recursos deficitários nos serviços de saúde, desorganização de processos de trabalho, formação acadêmica disciplinar e fragmentada, imposição de técnicas e procedimentos fora da realidade e pouco estímulo de um ensino crítico e reflexivo com efetiva participação de gestores e profissionais, bem como do controle social (TREVISAN et al, 2013).

O fato é que ainda se tem um hiato entre os serviços de saúde e as instituições de ensino. De um lado, as particularidades dos serviços com suas deficiências históricas ligadas ao processo de trabalho e a organização das práticas. Do outro, a formação acadêmica, ainda biologistica, fragmentada e organizada por disciplinas que não dialogam entre si (BREHMER, RAMOS, 2016).

Independente dos desafios que ainda se acumulam na articulação ensino/trabalho/comunidade, é necessário transpor as barreiras existenciais e avançar em uma formação paradigmática que possa fortalecer os preceitos do SUS, principalmente no que se refere a uma dimensão do cuidado em saúde mais ética, solidária e cidadã. (BREHMER, RAMOS, 2016).

Na tentativa de romper paradigmas, comprovadamente, a inserção precoce de estudantes no ambiente dos serviços de saúde ajuda a desmistificar a dicotomia teoria/prática, bem como pode estimular uma visão mais crítica e reflexiva sobre o processo de trabalho em saúde. Depoimentos coletados corroboram com essa afirmativa:

*Eu acho que essa questão de começarem a ofertar **estágio** extracurricular desde o início da graduação e a questão das **práticas** o quanto antes também. Questão de no segundo período já começar a colocar o pessoal, **traz** aquele básico, já começa a colocar o pessoal na **realidade** porque não sente tanto quando **chegar** lá na frente. Porque na graduação é bem **diferente** da*

realidade. Então, o quanto antes **trazer** os alunos para essa questão da **prática** antecipada, de **trazer a realidade**, de vivenciar principalmente, é o mais importante. (Enfermeiro 10; IES privada)

Porque uma coisa é você ver tudo na **teoria**, mas quando você vai para a **realidade do serviço** é totalmente **diferente**. Então, quanto mais cedo se puder, as universidades inserir esses graduandos no **serviço**, seja ele privado, ou seja ele público, no âmbito do SUS, melhor. (Enfermeiro 14; IES pública)

A gente não pode iludir o aluno, nem pode maquiar uma **realidade**, que de fato **existe** e que, de fato, esse aluno vai ser inserido nessa **realidade** e, principalmente, talvez seja a peça-chave desse processo de articulação. Fortalecer o olhar que ele vai ter sobre **diferentes realidades**, sobre **diferentes perspectivas de trabalho**. (Enfermeiro 13; IES pública)

Os egressos relatam a necessidade de os cursos de graduação em Enfermagem se aproximarem cada vez mais cedo da realidade do SUS, inserindo os estudantes nos serviços por meio de atividades práticas, como estágio curricular não obrigatório. Essa inserção precoce nos serviços de saúde pública, bem como nos da iniciativa privada, amplia os cenários de prática. Isso está previsto nas DCN para Enfermagem, as quais atribuem à instituição formadora a responsabilidade de ofertar “atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar” (BRASIL, 2001, p. 5). A inserção do estudante de saúde/enfermagem em diferentes cenários de práticas auxilia na construção do pensamento crítico-reflexivo, na medida em que exige do estudante, precisa articular teoria/prática e, em discussões coletivas, buscar solucionar os problemas enfrentados na realidade dos serviços (WINTERS et al, 2017).

Ferreira, Dantas e Valente (2018) alertam sobre a necessidade de uma maior aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, pois só essa articulação fortalecerá os vínculos entre os envolvidos no processo ensino-aprendizagem, otimizando os cenários de prática, para que estes possam oferecer uma formação de qualidade e de comum acordo com as necessidades reais da população.

Nessa perspectiva, emerge a necessidade de melhorar o vínculo com os profissionais dos serviços de saúde, a comunidade e a gestão municipal, para não correr o risco de utilizar os cenários de prática como um mero anexo da formação em saúde, e fragmentar ainda mais o processo de construção de conhecimento (KLOH et al, 2017).

Na contramão dessa realidade, alguns depoimentos expõem experiências exitosas durante a graduação a respeito da articulação teoria/prática, principalmente no *lócus* da Atenção Primária em Saúde (APS).

*[...] porque na **Atenção Básica** eu não tenho nem o que **falar**, porque a gente **faz** as captações na **realidade** no início do curso, aí depois, com o passar do tempo, vai aprofundando mais, até chegar nos **estágios** supervisionados. (Enfermeiro 13; IES pública)*

*Eu acredito que, por se tratar de uma faculdade no interior, a nossa experiência em **Atenção Básica** ela é muito positiva, porque a gente consegue ver bem como funciona a **realidade**, a gente consegue aprender a **teoria**, aplicar a **prática** e consegue também se adequar às necessidades e às **realidades** de cada instituição que a gente passa na **Atenção Básica**. (Enfermeiro 11; IES pública)*

*É, era um pouco **diferente** da **teoria** a **realidade**. Então, o **estágio** me enriqueceu muito nessa parte de ter outra solução que não esteja na **teoria**, que é lá na **prática** que a gente **acaba** enriquecendo mais, até como futuro profissional que a gente vai ser. (Enfermeiro 09; IES privada)*

*Eu consegui sair da graduação com experiências maravilhosas que eu tive e executar na **prática** tranquilamente. Claro que as **dificuldades** vão **existir**, é **diferente** você estar assumindo e você estar só **chegando**. Mas foram experiências e um alicerce muito bom [...]. Essa articulação **teoria e prática** **existiu** pelo fato da gente ter a aula **teórica** e, em seguida, já ir para o **serviço**. (Enfermeiro 3; IES privada)*

Dois dos discursos acima enfatizam a atenção básica como o cenário mais apropriado para romper com a dicotomia teoria/prática e avançar em uma formação em Enfermagem mais próxima da realidade do SUS. A formação em saúde direcionada ao modelo de atenção proposto para a atenção básica pode otimizar a construção de saberes de todos os envolvidos no processo, na mesma direção que fortalece as redes de atenção incorporadas a uma nova forma de pensar, fazer e agir em saúde (BREMER; RAMOS, 2016).

Na atualidade, são várias estratégias existentes para colocar em prática a articulação entre os campos da saúde, educação e trabalho, dentre eles, o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde). Seu principal objetivo é a integração ensino-serviço-comunidade e foi instituído pelo MEC em parceria com o Ministério da Saúde na tentativa de fortalecer a formação em saúde e sua articulação com o SUS (BRASIL, 2008b).

De fato, experiências como a vivência do PET-Saúde na graduação se espalham pelo Brasil. Estudo aplicado em Natal-RN com profissionais da Estratégia Saúde da Família revela que a articulação entre a universidade e os serviços de saúde melhorou com estratégias como PET-Saúde, tanto por proporcionar ao estudante de graduação um contato direto com as necessidades da população, fazendo-o despertar para a importância desse conhecimento na construção da sua futura prática profissional, como melhorando o ambiente de trabalho na própria ESF (SANTOS; MIRANDA, 2016).

Além do PET-Saúde, têm-se também outras iniciativas como, por exemplo, o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Pesquisa sobre contribuições do VER-SUS experienciadas por estudantes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte no campus de Santa Cruz/RN revela avanços importantes da articulação ensino/serviço/comunidade. Dentre os pontos positivos citados pelos discentes participantes das vivências estão: maior aproximação da teoria com a prática nas ações desenvolvidas, melhoria da articulação entre a tríade ensino-serviço-comunidade e estímulo de reflexão crítica sobre a realidade do SUS. (VALENÇA et al, 2014)

Experiências como estas durante a graduação reafirmam que a aproximação precoce de estudantes com o cotidiano dos serviços de saúde melhora significativamente a aprendizagem e a sua visão crítica sobre o contexto do SUS, bem como acerca das especificidades regionais e entraves existentes na condução de suas práticas. Contudo, estratégias como estas não fazem parte da realidade do Ensino Superior em todo o território brasileiro, sendo necessário recorrer a outras iniciativas possíveis no intuito de diminuir as tensões existentes entre o mundo do trabalho, a gestão dos serviços e a universidade.

É preciso estabelecer outras formas de aproximação junto aos serviços e à comunidade para que se possa minimizar a dicotomia entre a teoria e prática na formação em saúde/enfermagem, tais como: pensar e executar projetos de extensão coletivamente, criar comissões intersetoriais de articulação ensino-trabalho-comunidade nos municípios, fortalecer a participação do controle social na formação dos recursos humanos em saúde, inserir profissionais de saúde/enfermagem no planejamento das atividades acadêmicas como aulas práticas, estágios curriculares não obrigatórios e estágios curriculares supervisionados, além de auxiliar na construção de instrumentos e formas de avaliação.

Sabe-se que os desafios são incontáveis, mas só a ação dialógica e proativa dos pares pode de fato transformar a realidade da formação de profissionais de saúde e, por conseguinte, otimizar o cuidado em saúde ofertado à população.

5.3.2 O papel das instituições formadoras no fortalecimento e reorientação do Ensino Superior em Enfermagem

As duas classes geradas na segunda categoria analítica apresentam bastante homogeneidade entre os fragmentos de textos gerados. Enquanto a classe 2 traz segmentos de texto que abordam a importância da formação crítica, reflexiva e política para o profissional

enfermeiro, a classe 3 enfatiza a otimização do diálogo entre a universidade e o mundo do trabalho.

Classe 2 – A importância da dimensão científica e política na formação do enfermeiro

Na classe 2, foram gerados 18,9% de segmentos do *corpus textual*. Houve associação estatisticamente significativa com três variáveis: “instituição de ensino superior pública” com valor de p igual a 0,02 e as variáveis relacionadas às instituições formadoras “IES C” e “IES F”, que resultaram em um p-valor menor que 0,0001.

Entre os elementos apresentados pela classe 17(dezessete), foram selecionados: enfermeiro, parte, formação, questão, articulação, relação, IES, instituição, fragilidade, potencialidade, melhorar, sentir, preparar, maior, oportunidade, formar e pesquisa. Alguns segmentos de textos desta classe discorrem sobre a necessidade de ultrapassar a formação em Enfermagem meramente tecnicista e enfatizam a necessidade de uma formação mais crítica e reflexiva, que estimulem as dimensões humana, ética, científica e política nos futuros enfermeiros.

Carvalho e Ceccim (2009) afirmam a necessidade de se possibilitar um ensino em saúde que estimule a criatividade, a criticidade e a responsabilidade social dos futuros profissionais. Para tanto, a universidade, como espaço legítimo de construção de conhecimento, não pode se eximir desse compromisso com a sociedade. Essa responsabilidade, quando se refere à prática de ensino voltada à área da saúde, implica no cuidar e no cuidado do outro, portanto, as relações estabelecidas nesse processo de maneira implícita envolvem a dimensão política, ou seja, do agir humano no encontro com o outro. (PEREIRA, 2011).

Algumas narrativas a seguir destacam estratégias adotadas pelas IES com objetivo de uma formação com maior criticidade durante a graduação de enfermeiros na realidade do Rio Grande do Norte:

*[...] entre as **potencialidades** está nessa questão de desenvolver mesmo esse senso crítico que lá a gente é muito estimulada. A ter esse senso crítico em **relação** a nossa **formação**, em **relação** aos serviços de saúde, em **relação** à sociedade. Isso era muito evidente. Reconhecer os processos de saúde, a **questão** de **formação**, de entender nosso SUS, as políticas. Lá essa **parte** teórica a gente tem[...]. (Enfermeira 1; IES privada)*

*Em **relação** à **formação** política, na verdade, na **IES** pública, nós conseguimos ter um aparato acerca disso. [...]. Nós somos estimulados, sim, a participar, a ter um desenvolvimento maior do senso crítico em relação a essa **parte** política, da enfermagem, os nossos direitos, nossos deveres, e isso*

*também é um ponto positivo que eu vejo lá, sabe? E a gente é incentivado, é norteado em **relação** a isso, nós temos divulgação lá, tínhamos na época reuniões, nós participávamos, discutíamos tanto a **questão** do nosso curso, **questão** de grade curricular, **questão** também de código de ética, de conduta de enfermagem, **questões** de conselho de enfermagem. Nós conseguimos ter uma **preparação** e um pontapé inicial para desenvolvermos um senso crítico em **relação** a essa **formação** política atribuída à Enfermagem. (Enfermeira 11; IES pública)*

*[...] como **potencialidades**, tem toda essa **questão** que eu falei: a nossa **formação** ensina muito a gente a pensar. Isso eu acho que é uma **potencialidade** muito grande que a **formação** da IES traz. (Enfermeira 14; IES pública)*

*Então, eu acho que é uma **potencialidade** da nossa IES, esse estímulo. [...] . As discussões políticas aqui são muito fortes, políticas voltadas para o **trabalho** de **enfermagem** e também para **a questão** política do país e do mundo e de tudo. (Enfermeira 15; IES pública)*

As quatro narrativas descortinam uma formação com base em um ensino crítico, reflexivo, fundamentado na edificação de uma consciência política e social para os enfermeiros. Não obstante, três das depoentes citadas se formaram em instituições de Ensino Superior pública, o que denota uma preocupação maior no que diz respeito a uma formação consciente e cidadã, extrapolando o caráter tecnicista e curativista da profissão.

Diante das afirmativas, a formação que estimula o senso crítico de estudantes de Enfermagem, pautada na inserção de alunos em discussões, inerentes à profissão ou até mesmo em problemas sociais nacionais e internacionais que norteiam os trabalhadores de saúde no Brasil, são essenciais para despertar um olhar mais consciente ao profissional enfermeiro.

Tais declarações corroboram, inclusive, com o perfil do egresso designado pelas DCN de Enfermagem em seu Artigo 3º:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001, p. 01)

Persegona, et al (2009) destacam que o enfermeiro faz parte de várias fases do processo de trabalho em saúde. Podendo fazer parte desde o gerenciamento de serviços ou equipes,

organização e coordenação de programas, acompanhamento de ações, bem como na tomada de decisões e avaliação de atividades desenvolvidas.

Nesse sentido, é essencial que esse profissional tenha conhecimento e capacidade técnica para atuar nos diferentes postos de trabalho, bem como é preciso desenvolver sua dimensão política para mobilização de grupos sociais e necessidades da equipe de saúde e da enfermagem (PERGONA et al, 2009). Burgatti et al (2013, p. 283) detalham a importância da dimensão política ao afirmar que: “O posicionamento ético-político do profissional, aliado ao comprometimento social, é uma atitude fundamental para o desenvolvimento da competência profissional nos diferentes contextos do trabalho em saúde”.

No entanto, não existe consenso sobre a formação política presente durante a graduação em Enfermagem no cenário estudado. Em algumas declarações, principalmente pelos egressos das instituições privadas, ela ainda aparece de forma incipiente e fragilizada.

*[...] sobre as **fragilidades** da **formação** acadêmica, eu penso que [...] a **formação** política que também é uma **fragilidade** formar um **enfermeiro** mais crítico, puxar mais a **parte** política. A **parte** política do **enfermeiro** e não centrar o **enfermeiro** só na saúde, no cuidar e, sim, na **parte** política que a gente ainda precisa **muito**. (Enfermeiro 08; IES privada)*

*E outra coisa que o **enfermeiro** na **graduação** ele não faz é buscar a **parte** política. É se envolver com a **enfermagem**, se envolver em si, de verdade com a **enfermagem**. (Enfermeiro 11; IES privada)*

Achados semelhantes foram encontrados em pesquisa com egressos de Enfermagem de uma instituição de ensino privado, embora a formação em Enfermagem, na maioria das vezes, privilegie a dimensão técnico-administrativa, é preciso ter uma compreensão ética, social e política (MEIRA; KURCGANT, 2013). Essa realidade também vai influenciar na inércia da categoria frente às lutas e mobilizações, bem como na desarticulação e no desconhecimento de seus direitos.

Historicamente, a Enfermagem é marcada por uma postura submissa e obediente ao saber médico, considerado como um trabalho predominante feminino, portanto, vocacionado, abnegado e com pouca valorização social. Tais raízes históricas influenciam até os dias atuais, refletem em sua apatia política e participação incipiente em movimentos de luta e organização de classe (GERMANO, 2010; LESSA; ARAUJO, 2013; ALMEIDA et al, 2017;).

Almeida et al (2017), ao analisarem os recursos de disciplinarização da Enfermagem mediante a história oral de enfermeiras militantes da década de 1980 no Estado da Bahia, identificaram que, entre os aspectos disciplinares da Enfermagem, destacam-se a religiosidade,

as relações de gênero, a vigilância e coação utilizadas durante as práticas formativas. Esses aspectos tatuam a organização social da profissão e invadem as relações de trabalho, bem como a atuação de suas entidades representativas marcadas pelo caráter autoritário e repressivo.

Só no final dos anos 1970, início da década de 1980, coincidentemente no período de redemocratização do país, a enfermagem, ainda de maneira acanhada, começa a se inserir em movimentos sociais principalmente aos relacionados ao Movimento da Reforma Sanitária (GERMANO, 2010). Para a autora, esse mesmo período também é marcado pelo aumento de debates internos da profissão, influenciados tanto pelo momento político vivenciado no país, como pelas produções acadêmicas que começam a abordar, de forma mais crítica, a história da Enfermagem brasileira e a sua importância para o sistema de saúde vigente. (GERMANO, 2010).

Mesmo diante de alguns avanços na Enfermagem, no que se refere à participação política, os trabalhadores dessa categoria ainda se encontram, em sua maior parte, desarticulados, pouco organizados na luta por melhores condições de trabalho e valorização profissional. Uma declaração dos participantes desta pesquisa revela inclusive com certa preocupação essa desarticulação entre os profissionais da enfermagem.

*[...] a profissão, por si só, os profissionais não se **articulam** muito nessa **questão**, por mais **formação** política que você tenha, eles ainda não vão para essa luta. (Enfermeira 15; IES pública)*

Lessa e Araújo (2013) alertam para a necessidade de mobilizar os trabalhadores da enfermagem, principalmente no aspecto da politização da categoria, pois só com um profissional atuante, consciente, articulado e com amparo científico de sua prática, é possível adquirir o reconhecimento social tão almejado.

Além disso, bem se sabe que uma profissão reconhecida, valorizada e politizada tem mais subsídios para transformar a realidade e as condições de trabalho, às quais está submetida. Para tanto, a instituição formadora tem papel crucial no desenvolvimento de uma formação mais cidadã e comprometida não apenas com o sistema de saúde, mas, principalmente, com a condição social e inserção profissional de futuros enfermeiros.

Nesse sentido, é necessário, por parte do corpo docente e da instituição formadora, proporcionar o envolvimento discente em atividades curriculares relacionadas diretamente ao curso, tais quais: eventos, discussões e debates da profissão e outras questões importantes que envolvem o tema da saúde e da enfermagem brasileira. Para Spatti, Serafim e Dias (2016), embora exista uma reconfiguração das universidades no que se refere à sua intencionalidade

social, uma das formas de resistir aos ditames utilitaristas e mercadológicos da lógica neoliberal é justamente proporcionar uma formação crítica e reflexiva a docentes e, consequentemente, a estudantes.

Para os depoentes, alguns conhecimentos durante a graduação em Enfermagem auxiliam na construção de um perfil crítico, reflexivo e político para o futuro enfermeiro, dentre os citados, destaca-se a saúde coletiva:

*[...] em **relação** aos demais conteúdos, principalmente **saúde pública**, a IES **prepara** muito, **prepara** muito mesmo, até para gente também, aliás, para gente também não, é até no sentido de a gente reconhecer o papel do **enfermeiro**.[...] por essa **formação** que a gente teve sempre de ter um olhar mais **crítico** de reconhecer as situações, então ajuda bastante a você reconhecer quando um adolescente pode ter um risco **maior** de desenvolver algum agravo devido à sua situação de vida a sua situação cotidiana. (Enfermeiro13; IES pública)*

*A **parte** de **saúde coletiva**, embora às vezes se torne muito, até demais, mas também foi muito importante para a visão que a gente tem hoje, para até mesmo nos instigar no movimento **político**, enquanto cidadãos. Para a gente ter consciência **política**, não só da nossa própria personalidade, mas da realidade (Enfermeiro 15; IES pública)*

Coordenadores e professores de graduação em Enfermagem de universidades públicas na região Norte acreditam que os conhecimentos da saúde coletiva são essenciais para a formação profissional do enfermeiro, contribuindo para um maior empoderamento na sua atuação, como também auxiliam, sobremaneira, na ressignificação de sua prática e ampliam sua visão crítica e reflexiva sobre o pensar/fazer saúde (REGIS; BATISTA, 2015).

A saúde coletiva dispõe de novos conceitos que norteiam as práticas de saúde. Para tanto, as ações que tomam por base os saberes da saúde coletiva são construídas a partir das necessidades sociais do coletivo, individual ou de grupos, estimulando concomitantemente a participação social efetiva da população nas questões do processo saúde/doença, da terapêutica, da vida e morte (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Não obstante, tais conhecimentos auxiliam os discentes a compreenderem as questões sociais micro e macroestruturais que influenciam a produção do cuidado em saúde e a atuação profissional de enfermeiros no cenário brasileiro. O depoente “Enfermeiro 15” enfatiza a importância dos conhecimentos em saúde coletiva para maior criticidade e “consciência política”, tanto da profissão, como da conjuntura social.

No entanto, a formação de enfermeiros com tais competências depende, necessariamente, da intencionalidade da instituição formadora e do comprometimento de educadores responsáveis pelo ensino (PEREIRA, 2011). A depender desse objetivo, algumas realidades parecem não conseguir dar ênfase aos conteúdos de saúde coletiva durante a graduação em Enfermagem ou a abordam de forma distante da realidade dos serviços.

*A **saúde pública**, eu acho muito falha na graduação, muito falha, a gente vê muito pouco, vê só por cima. E hoje tudo, a base de tudo é a **saúde pública**, atenção básica. Eu **senti** mais falta das redes de atenção, que é a ligação de encaminhamento, de referência e contrarreferência. Porque essas coisas eu vi, mas na minha pós-graduação, que eu fiz pós em **saúde pública**. (Enfermeiro 02; IES privada).*

*Então, assim, seria outra ideia bacana a **saúde coletiva** ser trabalhada de **forma** real e não só teórica dentro das **IES**. Isso seria muito bacana, porque isso a gente só vê quando está na prática, e só vê se você tiver ainda uma base boa de **saúde coletiva** e SUS. (Enfermeiro 09; IES privada).*

As declarações acima expõem ora a insatisfação com os conteúdos de saúde coletiva ou adjacentes³, ora com a forma como estes são abordados durante a formação acadêmica. Ceccim e Bilibio (2004) chamam a atenção sobre os conhecimentos de Saúde Coletiva em algumas propostas pedagógicas dos cursos de saúde. Para os autores, esta área ainda não é abordada de forma interdisciplinar e articulada, dificultando, assim, o aprendizado de estudantes para instituir uma mudança significativa em sua prática profissional para trabalhar no SUS.

Outra questão importante se refere às metodologias de ensino adotadas durante a graduação, principalmente na abordagem dos conteúdos de Saúde Coletiva. Nesse sentido, o planejamento e a ação pedagógica docente são decisivos na formação em saúde com objetivo de proporcionar aprendizagem significativa e, consequentemente, transformar as práticas profissionais ajustadas ao sistema de saúde. Ainda nos deparamos com atividades de ensino/aprendizagem direcionadas ao fazer, centradas em procedimentos nos campos de prática e pouca reflexão/ação do pensar saúde como uma prática articulada, de saberes necessariamente coletivos e promotores de qualidade de vida (DAMIANCE et al, 2016).

Essa realidade aparece, neste trabalho, nos discursos dos egressos das instituições privadas que só conseguem perceber tais fragilidades ao adentrar no mercado de trabalho e buscam, por meio de especialização, novos conhecimentos necessários à sua atuação

³ Compreendemos que a Saúde Pública é parte integrante das subáreas que pertence à Saúde Coletiva, embora, nos depoimentos dos participantes, elas possam parecer sinônimos.

profissional e implicação com o trabalho em Saúde Coletiva. Entretanto, essa fragmentação e apresentação dos temas relacionados à Saúde Coletiva de forma linear e desarticulada das demais atividades da proposta pedagógica não é exclusividade da condução pedagógica de Instituições de Ensino Superior privado.

Cavalcante e Germano (2009), ao realizarem pesquisa com discentes do curso de graduação em Enfermagem em uma universidade pública do Rio Grande do Norte, identificaram fragilidades na condução dos conhecimentos em Saúde Coletiva. Para as autoras, estes conteúdos ainda estavam distribuídos em disciplinas pontuais e desarticuladas da realidade dos serviços de saúde, dificultando, assim, a compreensão discente sobre a importância da formação aliada aos princípios do sistema de saúde e na transformação das práticas de saúde/enfermagem.

Para tanto, ainda temos muito que avançar na formação em saúde na perspectiva do fortalecimento do SUS. Almeida filho (2013, p. 1682) afirma que “Para superar tais impasses e enfrentar os desafios [da formação em saúde], precisamos gerar e promover uma cultura político-pedagógica orientada ao SUS”.

Diante do exposto, é necessário também estimular uma formação ética e humanística, que, conseqüentemente, estimule o compromisso social dos futuros enfermeiros tanto com o sistema de saúde, como com a população e com sua própria profissão.

*Uma grande **potencialidade** a **formação** do **enfermeiro** enquanto ser humano dentro de uma sociedade. Não que as outras **instituições** não façam isso, mas nós éramos desenvolvidos para sermos humanos dentro de uma sociedade ética e ter sempre aquela visualização do ser humano holístico. (Enfermeira 05; IES privada)*

*[...] o estímulo à autonomia na atuação como enfermeiranda, a humanização da assistência durante a **formação**, identificar a importância do **trabalho** em equipe e o compromisso com a profissão. (Enfermeira 12; IES pública)*

A humanização da assistência em saúde é um tema recorrente na formação dos profissionais da área. As DCN de 2001 para Enfermagem enfatizam que a formação do enfermeiro “deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001, p. 03).

Nesse aspecto, os dois depoentes acima asseguram que a formação em Enfermagem consegue dar conta, desenvolvendo, assim, competências éticas, humanas e do trabalho em equipe durante a graduação. Contestando essa afirmação, estudo realizado em um curso de bacharelado em Enfermagem do Piauí sobre o ensino da humanização revela que, embora a

humanização em saúde seja uma inquietação presente no processo formativo de enfermeiros, ainda existem lacunas e deficiências que fragilizam o reordenamento de práticas efetivamente humanizadas (CARVALHO et al, 2016).

Diante do exposto, é mister afirmar que compreendemos a humanização como estratégia edificante na intervenção das práticas de saúde. Nesse sentido, a humanização ocorre no cotidiano da produção do cuidado e se dá mediante a relação e interação dos sujeitos implicados nos modos de pensar, fazer e produzir saúde, permeados pela corresponsabilidade, cooperação e alteridade (BENEVIDES; PASSOS, 2005; BRASIL, 2004).

Para Campos (2005, p. 400), é necessário, ainda, que a humanização dê “ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de trabalhar o trabalho em processo criativo e prazeroso”.

Contudo, o conceito de humanização mencionado nos discursos dos egressos não aborda a totalidade e a complexidade do termo, o que, para Souza e Mendes (2009), é compreensível, tendo em vista que as noções humanistas disseminadas, sobretudo pelo cristianismo, caracterizam o sentido do termo “humano” ao assistencialismo e ações em saúde em “fazer pelo outro”, e não com o outro.

Para tanto, a compreensão de assistência humanizada deve ultrapassar a ideia de caridade ou filantropia. Na verdade, desenvolver práticas de atenção em saúde com base nos princípios da humanização envolve uma relação dialógica com o outro, com escuta qualificada e empatia diante das necessidades que se apresentam, ou seja, estabelece-se no cuidado com outro e envolve as subjetividades dos envolvidos no cuidado (ALMEIDA; CHAVES, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para Enfermagem também exaltam a importância sobre a articulação do ensino, pesquisa e extensão na formação do enfermeiro. Para tanto, é de responsabilidade dos cursos de graduação em Enfermagem ter, em seu projeto pedagógico, a descrição de estratégias de articulação da tríade do Ensino Superior (ensino, pesquisa e extensão) aliada à formação integral e humanística (BRASIL, 2001).

Todavia, no que diz respeito ao aspecto científico, verificou-se que alguns egressos de Enfermagem assinalam que o desenvolvimento de pesquisas aconteceu de maneira incipiente ou quase inexistente durante a graduação.

*[...] falta também, eu vejo também, que falta um incentivo mais para a parte de **pesquisa**, sim, eu **sinto** essa deficiência talvez por ser uma empresa privada, não incentive tanto. (Enfermeira 06; IES privada)*

*Já a **parte de pesquisa** é a **parte** que eu acho mais **frágil**, estaria entre as **fragilidades**, porque a extensão é também um pouco **frágil**, mas até que tem. Monitoria e extensão ainda oferecem, mas a **parte de pesquisa** eu acho muito **frágil**. Por ser uma **IES** privada, eles não investem tanto, porque a gente sabe que **pesquisa** também é investimento e **IES** privada a gente sabe que se preocupa com a **formação**, mas visa mais o lucro do que gastar com **pesquisa**. Talvez, eu não sei se, se eu estou pensando nessa lógica, mas deva ser isso. Em **relação** às universidades públicas que recebem mais investimentos para desenvolver **pesquisas**. Então, assim, a parte mais **frágil** que eu achei foi essa **parte de pesquisa**, porém, eu tive **oportunidades**. [...] eu tive **oportunidades**, professores que fizeram parcerias também com outras **instituições** públicas e conseguiam trazer para gente essa **parte de pesquisa**, porém, era restrito a algumas pessoas (Enfermeira 1; IES privada)*

*Porque a universidade em si não oferece muita **pesquisa**. O estímulo também a gente a participar de eventos de **pesquisa**, tudo, divulgação de congressos de tudo, a gente também **sentiu** um pouco de **fragilidade** nesse incentivo, apesar de ter, mas era um pouco mais **frágil**. (Enfermeira 1; IES privada)*

As falas acima retratam a falta de incentivo na realização de atividades de pesquisa, como também o estímulo a participar de atividades científicas como eventos, congressos e outros. A ausência de estímulo à iniciação científica também foi apontada por estudantes de Enfermagem em pesquisa realizada em instituição de ensino no Ceará (ARAÚJO et al, 2015).

Importante destacar que todas as declarações apresentadas são de egressos de instituições de ensino privado. Diante do exposto, a falta de pesquisa dificulta o desenvolvimento de habilidades voltadas à investigação e à produção de novos conhecimentos aos futuros enfermeiros. Contudo, o papel de integrar as ações de pesquisa, extensão e ensino de forma indissociável é função peculiar das universidades (CAVALCANTE, 2000).

Nesse sentido, torna-se preocupante pensar uma formação superior que não tenha como pilar de sustentação o desenvolvimento científico, político e social, aliados aos aspectos ético e técnico das profissões. Para Silva et al (2013), um dos desafios que se apresenta às Instituições de Ensino Superior da Enfermagem, com o cenário atual de ampliação de vagas e ofertas de cursos no país, principalmente da iniciativa privada, diz respeito justamente à adequação e à oferta de um ensino de qualidade, que ofereça experiências de pesquisa e extensão sem distinção aos estudantes.

Outro fator não menos preocupante é que a pesquisa realizada nas instituições formadoras precisa estar aliada às necessidades sociais, ou seja, as investigações realizadas necessitam ter relevância social, atenuando, assim, os problemas de interesse coletivo (SPATTI; SERAFIM; DIAS, 2016). A oportunidade de participar das atividades de iniciação científica, bem como de grupos de pesquisas durante a graduação em Enfermagem, também

proporciona aos egressos um melhor preparo para atuar como docentes, inclusive estimulando a procura pela pós-graduação *stricto sensu* (JESUS et al, 2013). As atividades de pesquisa e de extensão, nesta investigação, aparecem como potencialidades na formação em Enfermagem.

*Outra **potencialidade** da IES é a **pesquisa**. A gente é **muito** estimulada para a **pesquisa**, na minha época, começaram a surgir diversos projetos de extensão, foi quando se começou a abrir as portas. [...] Mas tinha projeto de extensão, tinha PET-saúde, tinha o PETen que era o PET de **enfermagem** e tinha o PIBID, o PIBIC. Então, assim, isso deveria ser mais instigado, quanto mais, **melhor**. Quanto mais puder abrir portas para os alunos, para eles, **melhor**. Até porque esses projetos de extensão permitiam **muitas** vivências que a gente não tinha. Eles, às vezes, até supriam algumas lacunas que a **formação** deixava, [...] que a gente não teria a **oportunidade** durante a **formação**. (Enfermeira 15; IES pública)*

Em síntese, esse discurso enfatiza a importância da participação discente em programas de iniciação científica e/ou docência, tais como: Programa de Ensino e Tutorial da Enfermagem (PETen), Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência (PIBID) e Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Ressalta também a contribuição significativa da extensão para a formação acadêmica, em que, muitas vezes, as vivências propiciadas por estes projetos suprem arestas da graduação. Parece-nos que, quanto maior o cardápio de oportunidades ofertadas aos estudantes de Enfermagem, no que se refere à pesquisa e à extensão, maior a probabilidade de interesse destes sobre as atividades relacionadas, como a docência e a pós-graduação *stricto sensu*.

Para Santos, Anjos e Almeida (2013), a instituição formadora necessita adotar metodologias de ensino atrativas, que estimulem nos estudantes a curiosidade e a busca pelo pesquisar, tanto na perspectiva de ampliar conhecimentos, como pela importância destas no desenvolvimento científico da sociedade.

Ainda em relação às atividades complementares na formação em Enfermagem, os discursos enfatizam:

*Ela [a formação] **preparou** bem, tanto no **sentido** no âmbito de grade curricular, como também um ponto muito importante que eu atribuo a minha **formação** são as atividades de extensão, porque elas nos moldam também de acordo com áreas que a gente tenha mais evidências. [...] uma das **potencialidades** que eu atribuo a IES que terminei a graduação e que me ajudou **muito** na minha **formação** enquanto **enfermeira** foram as atividades de extensão porque eu pude participar de atividades de extensão desde a **parte** assistencial. [...] A gente vai se inteirando mais com a área e esses projetos de extensão nos permitem adentrar um pouco mais nessa área que a gente entende com mais afinidade e aí **prepara** mais para o mercado de **trabalho***

*em **relação** a essa especificidade e onde a gente tenha um olhar mais afetivo em **relação** à determinada área* (Enfermeira 11; IES pública)

*Já a **potencialidade** na minha **formação**, eles nos dão muitas **oportunidades** de atividades extracurriculares, assim a gente participou de muita coisa fora mesmo do ambiente da faculdade e isso foi muito positivo.* (Enfermeiro 06; IES privada)

A primeira colocação aborda o quanto é válida a participação em atividades extensionistas durante a graduação, pois tais vivências em diferentes áreas de atuação possibilitam a ampliação dos conhecimentos, além de preparar melhor para inserção no mercado de trabalho. Os benefícios da extensão universitária são incontáveis e extrapolam a formação do acadêmico, à medida que também estabelece uma maior interação da instituição de ensino com a comunidade. As atividades extramuros são atrativas e convergem com a ideia de uma formação interdisciplinar que dialoga com diferentes saberes na sociedade ((BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

As atividades de extensão na área de saúde podem auxiliar na ampliação da visão de discentes, fazendo-os refletir de maneira crítica sobre a condição humana, como também o seu compromisso social e profissional no fortalecimento da integralidade e da interdisciplinaridade nas práticas de cuidado (SILVA; FONSECA; MEDEIROS, CAVALCANTE, 2011).

No que se refere às atividades complementares ou curriculares não obrigatórias, entre elas estão: monitoria, iniciação científica, projetos de extensão, grupos de estudos e pesquisa, representação estudantil, participação em eventos científicos, estágios remunerados ou não remunerados e outras (BARDAGI, & HUTZ, 2012).

Estudo realizado com universitários identifica que são vários os motivos que levam o estudante a procurar por estas atividades, destaca-se, entre eles, a necessidade de obter mais conhecimentos inerentes à sua profissão, mas que a formação curricular não foi capaz de oferecer. No entanto, nem todos os acadêmicos conseguem ter uma vasta experiência com atividades complementares à formação, alguns por dificuldades pessoais e outros por falta de oportunidades disponibilizadas pelas instituições formadoras (OLIVEIRA; SANTOS; DIAS, 2016).

Diante das discussões realizadas, percebemos que a formação que possibilita maiores chances aos estudantes de graduação em Enfermagem na participação em atividades não obrigatórias e que extrapolam os muros da academia, sem dúvida, é considerada pelos egressos como apoiadora, a qual pode auxiliar na empregabilidade de futuros enfermeiros. Muitas vezes, é necessário que o estudante corra atrás dessa oportunidade para melhorar a sua formação.

*[...] se você for atrás de estágio extracurricular ou algo do tipo para você ter um pouco mais de experiência, na **parte** de alta complexidade e média complexidade, e aí você consegue ganhar mais experiência nesse âmbito, mas, se não, a **questão** da grade curricular ela fica só, muito restrita a alguns hospitais, algumas práticas. (Enfermeiro 11; IES pública)*

Essa declaração expõe a necessidade de o discente procurar estratégias para otimizar o processo formativo na área da enfermagem, principalmente em relação aos ambientes hospitalares nos níveis de média ou alta complexidade. Paiva e Martins (2009), ao analisarem as contribuições do estágio curricular não obrigatório para as competências profissionais, identificaram que este estágio estimula no aluno a reflexão sobre a qualidade e a integralidade da assistência em saúde, aumentando também sua capacidade comunicativa e autonomia para solucionar problemas.

Classe 3 – Universidade e Trabalho: aproximações necessárias

A classe 3 representou 18,4% de segmentos do *corpus textual* total, apresentando correlação estatisticamente significativa apenas com a variável “IES C” com p-valor igual a 0,0003. Entre os elementos apresentados pela classe, 14 foram selecionados para as análises: aluno, profissional, trabalhar, sair, universidade, trabalho, dever, melhorar, começar, experiência, próprio, inserir, formar, melhor. Os segmentos de texto gerados por esta classe trazem, em sua maior parte, críticas e sugestões para minimizar o hiato existente entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino.

Dentre as finalidades da educação superior, de acordo com a Lei nº 9.394/1996, estão: incentivo à cultura e o desenvolvimento científico mediante o pensamento crítico reflexivo; formação de profissionais em diferentes áreas de conhecimento; estímulo à pesquisa de modo a promover o desenvolvimento científico e tecnológico e de difusão da cultura na sociedade; divulgação dos conhecimentos produzidos através do ensino, publicações e de outras formas de comunicação; apoio ao conhecimento de problemas da sociedade atual, especialmente os de caráter nacional e regional, prestando serviços especializados à população, estabelecendo, assim, uma relação recíproca; promoção da extensão junto à comunidade, objetivando a propagação das conquistas e benefícios resultantes das ações Instituições do Ensino Superior (BRASIL, 1996).

Embora as Instituições de Ensino Superior, principalmente as universidades públicas, resguardecem alguns elementos relacionados às finalidades acima descritas, na conjuntura atual,

tais instituições têm forte influência da política neoliberal, o que transformou consideravelmente a sua função social. Nesse sentido, Spatti, Serafim e Dias (2016, p. 348) afirmam:

Na lógica do capitalismo acadêmico, o ensino, a construção de aprendizagens, a expertise acadêmica, a transferência de conhecimentos e os resultados dos processos de inovação realizados se oferecem à apropriação privada e ao desenvolvimento econômico das empresas. Essa tendência mercantilizante do conhecimento se manifesta no discurso engajado no ensino, na pesquisa e na extensão de faculdades e universidades.

A transformação da educação em bens de serviços, dirigida pelo paradigma neoliberal mercadológico, distorce a ideia de “educação como direito”, afetando significativamente a busca pela diminuição das desigualdades sociais, democratização do conhecimento e ampliação do seu acesso para todos (CHAUÍ, 2003).

No contexto atual, em grande parte, as instituições formadoras passam a ter um caráter muito mais organizacional do que mesmo formativo, marcado pela precarização das relações de trabalho estabelecidas com os docentes, pela fragmentação do conhecimento e pela redução do tempo de formação. Chauí (2003) chama a atenção para ampliação desordenada da educação superior nos moldes da lógica neoliberal, o que, segundo a autora, retrata muito mais uma “massificação e adestramento” do que uma formação para a vida e fortalecimento da democracia cidadã.

Dentre as consequências avassaladoras do ideário neoliberal, a redução da responsabilidade do Estado com as políticas sociais é uma das metas. Nesse contexto, as políticas públicas de educação, saúde, dentre outras, já estão vivenciando seu desmonte, justamente com a finalidade de diminuir o compromisso estatal e alavancar a privatização. Entre as estratégias para justificar a utilização da privatização nos serviços essenciais, estão: o sucateamento, a ingerência de recursos e a ineficiência de serviços, dentre outras (DRUCK, 2016).

Essa realidade avança sem medida diante dos nossos olhos e reflete, consideravelmente, no desenvolvimento das políticas sociais brasileiras. Diante desse impasse, dois participantes discorrem sobre essa preocupação e apontam como as diretrizes do neoliberalismo podem afetar o processo ensino-aprendizagem, tanto na área de saúde/enfermagem, como também no mercado de trabalho para o enfermeiro.

*Tem a deficiência pela questão dos próprios campos da saúde que está um pouco fragilizada por questões financeiras, mas eu acho isso, que tem que preparar mais cada vez mais os **alunos**. (Enfermeiro 01; IES privada)*

*Porque a gente tem enfrentado o subfinanciamento, a precarização do **trabalho**, enfim [...] Aí você pega uma PEC que impede investimentos na educação e na saúde por 20 anos. Como é que você vai **melhorar** alguma coisa? Como é que você vai **melhorar** os serviços? Como é que você vai.... O governo que está tirando do bolso de aluno na **universidade**. Como é que você vai **melhorar**? Como é que você vai estimular esse **aluno**? (Enfermeiro 15; IES pública)*

As narrativas apresentadas abordam o subfinanciamento da saúde e da educação como um problema para a formação em Enfermagem, seja na condução do processo de trabalho nos campos de prática, seja na oferta de bolsas para os estudantes na universidade. Todas essas questões interferem, direta ou indiretamente, no processo ensino-aprendizagem e, por consequência, a atuação do profissional de saúde/enfermagem.

A redução de gastos com a PEC 95/2016, que passa a vigorar em 2018, de fato, é mais uma estratégia arquitetada para reduzir a eficiência do Estado sobre as políticas sociais públicas e justificar, assim, a sua privatização, principalmente mediante a utilização da terceirização nos setores. Para Duck (2016), a terceirização é o fenômeno que mais agrava a precarização do trabalho no Brasil, pois ela aumenta a inserção precária; piora as condições salariais e de trabalho concomitantemente; amplia os casos de acidentes de trabalho; enfraquece a classe trabalhadora, principalmente devido à pulverização sindical.

Os discursos dos egressos que abordam a redução de gastos demonstram que os recursos financeiros afetam substancialmente a qualidade de ensino e as relações de trabalho dos profissionais de saúde. Discorrer sobre essas questões e aprofundá-las é também compromisso da enfermagem brasileira. Para Araújo et al (2018), a enfermagem precisa ter consciência sobre o desmonte das políticas de saúde, bem como lutar para que o ideário do SUS não seja engolido pelas ofensas cada vez mais intensas das políticas neoliberais. Para tanto, “a luta contra a privatização da saúde e a redução de direitos é uma luta da enfermagem” (ARAÚJO et al, 2018, p. 2191).

Com o avanço da privatização no setor saúde, já nos deparamos com a dificuldade de alocação dos estudantes nos serviços públicos e, conseqüentemente, surge a necessidade de inserção na iniciativa privada, já que, muitas vezes, este é o campo disponível como oportunidade de emprego para o enfermeiro. Não obstante, alguns participantes explanaram como estratégias para melhorar o diálogo entre as instituições formativas e o mercado de

trabalho o estabelecimento de parcerias com empresas privadas, além de cenários públicos como campos de prática.

*[...] para **melhorar a articulação** entre a **formação** de futuros **enfermeiros** e o mundo do **trabalho**, **melhorar** a gestão voltada para a iniciativa privada. **Trabalhar** bastante isso, a **parte** de estágio extracurricular a empresa (IES) esteja mais atenta às **oportunidades**, buscar mais **parcerias** para que seja dada essa **oportunidade** aos **alunos**, porque há a exigência muito grande de **experiência profissional**, então é muito difícil a gente se **inserir** no mercado se não houver essa oportunidade. (Enfermeiro 6; IES privada)*

*[...]as **universidades** têm que criar parcerias para estimular também a questão de estágio, tem também a parte de saúde do trabalhador, poderia fazer parcerias com empresas [...]esse **aluno** que se mostrou desenvolveu um bom **trabalho** naquela instituição, muitas vezes, foi efetivado para o quadro profissional daquele hospital. Então, às vezes, é também essas oportunidades. Criar oportunidades para esses enfermeiros que estão na **universidade** cheguem aos serviços de saúde. (Enfermeiro 01; IES privada)*

*A **universidade** dentro da sociedade, eu acho que ela **deveria** fazer isso, além de articular com o SUS, que provavelmente será, é a instituição que vai absorver a maioria dos profissionais, mas articular com o mercado privado. Porque esse mercado privado vai absorver uma parte desses profissionais [...] a **universidade** tem que conversar com o mercado de **trabalho** em todos os quesitos, implantando empresas júnior, tentando parcerias. Para mostrar para as empresas, para o mercado de **trabalho**, as empresas privadas, que aquela vitrine de profissionais que ele está **formando** são capacitados para chegar lá. (Enfermeiro 07; IES privada)*

Os discursos acima enfatizam a necessidade de ampliar as parcerias durante os estágios curriculares, para que o estudante possa ter também experiências em estabelecimentos de iniciativa privada, além dos serviços públicos. Para os egressos, essa abertura ampliaria o conhecimento acerca da gestão em saúde nesse setor, abrindo novas possibilidades de trabalho. Contudo, a relação entre público e privado na saúde é complexa e precisa ser considerada sobre vários aspectos.

Primeiramente, deve-se levar em conta que existem particularidades dos dispositivos de saúde de caráter privado, que tem organização, administração, objetivo e interesses específicos para o seu funcionamento. A esse respeito, Bahia (2006) alerta sobre os conflitos de interesses entre a espera pública e privada no campo da saúde, dificultando, inclusive, a articulação da gama de serviços como parte integrante da rede de atenção do SUS.

Na verdade, as relações atuais entre os serviços particulares ofertados no SUS transformam a rede privada não em assistência suplementar, mas em um ringue competitivo e acirrado, que resulta na apropriação privada e indevida do espaço público, tanto na utilização e

alocação de recursos financeiros, como na oferta de serviços especializados e excludentes (BAHIA, 2005; 2006). Essa condição fere o caráter universal do sistema de saúde, já que os serviços da rede privada, na maioria das vezes, estão disponíveis apenas às pessoas que possuem plano de saúde ou que possam pagar por estes serviços.

Nesse cenário de disputa, é preciso ter clareza sobre os objetivos da formação em saúde, ou seja, para quem e para quais interesses queremos formar nossos trabalhadores em saúde/enfermagem?

De fato, existe certa disparidade entre as práticas profissionais exercidas por enfermeiros, nos postos de trabalho de iniciativa privada em relação aos serviços públicos de saúde. Essa realidade se justifica pela própria organização administrativa e hierárquica do setor, onde o controle de custos e oferta de serviços demanda uma experiência diferenciada para os enfermeiros no setor privado. Carrijo et al (2007), ao realizarem pesquisa com egressos de uma universidade pública de Goiás, relatam que alguns dos entrevistados se sentiram despreparados para atuarem em instituições privadas, justamente pela especificidade que estes estabelecimentos exigem e que, muitas vezes, não são abordadas na graduação, principalmente durante os estágios curriculares do curso.

Entretanto, é necessário refletir e considerar os espaços de aprendizagens durante a graduação em Enfermagem, como cenários que venham a fortalecer as premissas da formação para o SUS, e não promover mais distorções a essa formação que ainda se revela frágil e incipiente, pela própria realidade contraditória aos quais está exposta.

Para amenizar essa disparidade e oportunizar novos cenários de prática aos futuros enfermeiros, as estratégias de estágio curricular não obrigatório em estabelecimentos privados pode ser uma alternativa, desde que as parcerias sejam firmadas mediante a assinatura do termo de compromisso de estágio, tanto pela Instituição de Ensino Superior, como também pela parte concedente (BRASIL, 2008a).

A oportunidade de estágio curricular não obrigatório pode ser, inclusive, porta de entrada para o mercado de trabalho para enfermeiros, como destaca essa participante:

*A minha oportunidade de **trabalho**, hoje onde eu **me inseri**, foi justamente por causa do estágio extracurricular. Talvez, se eu não tivesse tido essa **oportunidade**, estaria ainda na busca de um emprego hoje na área.*
(Enfermeiro 6; IES privada)

O estágio curricular visa ampliar o aprendizado considerando os conhecimentos próprios à atividade profissional do estudante, além de aproximar a teoria da realidade do

trabalho (BRASIL, 2008a). Paiva e Martins (2011), ao analisarem as contribuições do estágio curricular não obrigatório, afirmam que esse estágio possibilita aos acadêmicos de Enfermagem maior aprendizagem, principalmente em relação às competências atitudinais, ou seja, auxilia na tomada de decisão, promovendo iniciativa diante das situações adversas e na mediação de conflitos entre os membros da equipe. Para tanto, o momento de encontro com a atuação do enfermeiro na realidade dos cenários de práticas e estágios proporciona maior autonomia e resolução de problemas por parte do estudante, fortalecendo, assim, o seu processo de formação (MARCHIORO et al, 2017).

Em relação às dificuldades que interferem na inserção de enfermeiros no mercado de trabalho do RN, a falta de experiência é tema recorrente abordado pelos depoentes.

*É algo também que fica a reflexão porque eu vejo muitos colegas que hoje não conseguiram se inserir no mercado de **trabalho** porque não tiveram nenhuma oportunidade de estágio extracurricular e somente os estágios supervisionados não são suficientes para que as empresas contratem eles, sempre exigem **experiência**. (Enfermeiro 06; IES privada)*

*Acho que precisa **melhorar**, a gente ter **experiência** nessas áreas mais complicadas porque o mercado de **trabalho** cobra muita **experiência**, cobra muito. É muito difícil você terminar, se **formar** e ir atrás de entrevistas de um mercado de **trabalho** que cobra tanto. (Enfermeiro 04; IES privada)*

Achados semelhantes apontam a inexperiência profissional do enfermeiro como um dos empecilhos para adentrar no espaço laboral, principalmente nas áreas de atuação mais especializadas (SOUZA e SOUZA et al, 2014; CAMBIRIBA; FERRONATO; FONTES, 2014; PAFUME; DA SILVA; ANDRADE, 2018). Essa dificuldade impacta negativamente para a profissão, avançando principalmente para excedente força de trabalho de enfermeiros no estado do RN (OLIVEIRA et al, 2018).

Como possível alternativa, os egressos desta investigação sugerem a abordagem do empreendedorismo durante a formação do enfermeiro.

*No momento em que a gente está nessa economia, a **universidade** tem que oferecer mais opções de **experiências** para esses **alunos** para poder, quando **sair**, você ter mais opções. [...] tenho participado de eventos que mostraram serviços de empreendedorismo de enfermeiros que têm se saído muito bem, que, muitas vezes, a gente não é estimulado na **universidade** a abrir esse leque de opções que têm. (Enfermeiro 01; IES privada)*

Com a adoção da lógica neoliberal, o mercado de trabalho adota novas formas de inserção dos trabalhadores, dentre eles, o empreendedorismo. Entre os trabalhadores da enfermagem, investir em empreendimentos próprios tem sido uma das alternativas utilizadas, principalmente nos grandes centros urbanos. Esse fenômeno pode ser justificado por três vertentes: insatisfação dos profissionais da enfermagem com as relações, condições de trabalho às quais são submetidos e baixos salários; envelhecimento da população e oferta de outros serviços, gerando a ampliação da atenção domiciliar e/ou consultorias da enfermagem em áreas especializadas; redução de impostos, adotada como política de governo para incentivo à abertura de microempresas (ANDRADE; BEN; SANNA, 2015).

Aliada a essas questões, recentemente, foi publicada a Resolução nº 568/18 pelo COFEN, que dispõe juridicamente sobre o regulamento e o funcionamento dos consultórios e clínicas de enfermagem (COLICHI; LIMA, 2018). O enfermeiro é considerado um profissional liberal, para tanto, o incentivo à prática do empreendedorismo ganha relevância tanto dentro da categoria por possibilitar novos postos de trabalho e atuação profissional, como para a economia do país, tendo em vista a oferta de novos empregos (MORAIS et al, 2013).

No entanto, faz-se necessário maior abordagem dos requisitos para empreender na enfermagem, principalmente no ensino. Colichi e Lima (2018), ao compararem as empresas criadas pela enfermagem com outras profissões de saúde em São Paulo, identificaram relativa inferioridade de microempresas de enfermagem em relação à fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e fonoaudiologia. Dentre as dificuldades apontadas para abrir o próprio negócio, estão: a burocracia para credenciamentos e licenças; inexperiência e falta de conhecimento no ramo do empreendedorismo, entre outros (MORAIS et al, 2013).

Diante do exposto, mudanças no processo ensino-aprendizagem são necessárias, principalmente no sentido de incorporar as discussões sobre a educação para o empreendedorismo, ampliando, desse modo, a inserção de futuros enfermeiros na condução de suas próprias empresas e prestadoras de serviços em saúde/cuidado (ANDRADE; BEN; SANNA, 2015). Um dos desafios é justamente convergir esses conhecimentos do empreendedorismo com as diretrizes curriculares nacionais para enfermagem e a política nacional de saúde. Enquanto não encontramos saídas para esse impasse, podemos utilizar estratégias de aproximação com as novas formas de inserção profissional, tais como a mencionada por um dos entrevistados:

*Eu acho que o Conselho de Enfermagem poderia atuar mais, porque não cabe ao Conselho, mas de ter algum **trabalho** junto à **universidade**, chamando o*

*conselho para estar desde o início. Chamar para conversar com alguém do Sindicato, alguém que seja até do Conselho de Enfermagem[...]. Buscar seminários voltados para isso, para esses novos enfermeiros que venham **saindo da universidade** venham **sair** com outra mentalidade, que é isso que a gente precisa. [...]. Tem que ter algum mecanismo que a **universidade** busque isso para os **formandos**, para os graduandos, para que eles **saíam** com outra mentalidade [...]. (Enfermeiro 08; IES privada)*

O depoimento acima coloca novamente a necessidade de ampliar as parcerias da instituição de ensino, principalmente com os segmentos da classe. Segundo o participante, o Sindicato e o Conselho de Enfermagem podem auxiliar na ampliação da visão de estudantes de Enfermagem sobre a sua atuação profissional, as perspectivas do mercado de trabalho atual e os desafios que estes enfrentarão no futuro.

A articulação das instituições formadoras com outros equipamentos sociais é fator preponderante para lidar com os desafios da formação em saúde na contemporaneidade. Além disso, as entidades representativas da enfermagem são fortes aliadas contra o desmonte do SUS, para tanto, defendem a saúde como direito e não como mercadoria e lutam contra as ameaças ofensivas do projeto neoliberal (ARAÚJO et al, 2018). A aliança entre as instituições de ensino e entidades representantes da enfermagem só irá fortalecer a luta pelo Estado de direito democrático e equitativo, consequentemente, pela saúde como bem para todos.

Outro aspecto citado nos discursos dos participantes como sugestão para aproximação do ensino como a realidade do trabalho diz respeito à oferta da educação permanente.

*Nos dias de hoje, o dia a dia de **trabalho** é como um universo de novidades, o qual exige conhecimento atualizado para que se possa solucionar cada caso da **melhor** forma possível. (Enfermeiro 12; IES pública)*

*Mas, a nível de mercado de **trabalho**, o que é que se pode sugerir? Eu acho que muito assim já está se fazendo, quando você leva a academia para lá, que leva a educação permanente e a educação em saúde. Você **trabalhando** com os **profissionais** para mudar essa visão muito arcaica, que muitos ainda têm. Tentar trazer essa parte mais crítica e reflexiva que se abrem, isso é muito positivo. É ver questões que motivem esses **profissionais** a se abrirem a essas transformações. (Enfermeiro 15; IES pública)*

O primeiro depoimento expõe a necessidade de contínua atualização para acompanhar as mudanças do trabalho, bem como melhorar a capacidade resolutiva de enfermeiros diante dos problemas que, porventura, surjam.

No cenário atual, os conhecimentos se tornam obsoletos com uma rapidez assustadora. Nesse contexto, a qualificação dos profissionais em áreas diversas é crucial para se manter

economicamente ativo e qualificado para desempenho de suas funções. Estudo realizado com egressos de enfermagem de uma universidade de Santa Catarina manifesta a relevância da busca pela educação permanente para o auxílio do desenvolvimento de práticas laborais mais conscientes e comprometidas com as necessidades sociais de atenção à saúde (JESUS et al, 2013).

A respeito da segunda declaração dos entrevistados, esta revela que já está sendo feito algo no que se refere à aproximação da academia com os serviços de saúde. No entanto, um dos desafios de aproximação da instituição formadora com os serviços seria motivar os profissionais dos serviços na abertura ao novo, e consequentemente, assumir uma postura mais crítica e reflexiva no ambiente de trabalho. A educação permanente é compreendida como a aprendizagem em *lócus*, ou seja, que acontece a partir das necessidades do cotidiano da produção em saúde. Ceccim (2005, p. 163-164) alerta que a educação permanente em saúde deveria ser

estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

Na verdade, a educação permanente ainda é um desafio, mas não é impossível adotá-la como estratégia de gestão dos serviços e, assim, realizar transformações viscerais nas práticas e cuidado em saúde, e, concomitantemente, nas relações entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar. Ainda se tem muito a avançar, mas se soubermos o destino ao qual queremos chegar, as trilhas serão desenhadas no caminhar.

E, por fim, entre os segmentos de texto apresentados na classe 3, um deles aborda a importância da participação discente no processo formativo do enfermeiro.

*Então, para **melhorar** essa articulação entre a formação e o mundo do **trabalho**, eu acho que **deveria**, com certeza, **começar** da **universidade** ouvindo mais os **alunos**. [...] ouvir dos **alunos** o que é que eles sugerem também para determinadas disciplinas que têm carga horária imensa, tentar **articular** dentro das possibilidades da disciplina que a **universidade** oferece como é que a gente pode **trabalhar** de uma **forma** que não se torne um peso para os **alunos** na **formação**. (Enfermeiro 15; IES pública)*

A narrativa expõe a necessidade de um maior diálogo e participação discente no processo ensino-aprendizagem durante a formação do enfermeiro. A escuta qualificada e ativa das necessidades discentes, além de integrá-los ao processo formativo, possibilitaria também outros desdobramentos, como maior articulação entre a universidade e a realidade dos serviços de saúde. A participação ativa de estudantes é uma premissa para o processo ensino-aprendizagem na sociedade atual, sendo necessário romper com a lógica tradicional do ensino, onde estudantes são meros expectadores na formação em enfermagem (MAIA; NUNES, 2010).

Diante do exposto, os discursos abordados nesta classe enfatizaram a importância de, junto a outros segmentos sociais, as instituições formadoras fortalecerem a formação em enfermagem, buscando um ensino de qualidade ao mesmo tempo em que proporcionem ao estudante competências para lidar com os desafios atuais da conjuntura social, preparando tanto para atuação profissional futura consciente e crítica, como para atuar como protagonista do seu processo formativo na graduação e/ou na educação permanente.

5.4 ANÁLISE DESCRITIVA E COMPARATIVA DOS RESULTADOS QUALITATIVOS COM RESULTADOS QUANTITATIVOS

Essa última etapa da análise tem como principal objetivo promover um diálogo entre os dados qualitativos e quantitativos, identificando aproximações e contrapontos. Para tanto, inicialmente, serão expostos os cinco (05) itens, melhores e piores avaliados pelos egressos, no que se refere às questões relacionadas ao Artigo 14 das Diretrizes Curriculares Nacionais para Enfermagem.

Também apresentaremos os resultados obtidos pelos testes não paramétricos, aplicados para identificar diferença de medianas entre amostras independentes. Para esses testes, as variáveis pertencentes às dimensões que compunham a primeira parte do questionário (APENDICE B) foram cruzadas com a variável natureza jurídica da instituição formadora (pública e privada), tendo em vista que esta foi a variável que apresentou resultados significativos em algumas classes analisadas da análise qualitativa.

Os participantes avaliaram 36 itens, destes, os resultados das médias ficaram em torno de 6,7(menor média) a 9,5(maior média). É importante ressaltar, inclusive, que a maioria dos itens, cerca de 96,4%, apresentaram médias acima de 7,0 (sete), com exceção do item 10(dez) pertencente à dimensão didático-pedagógica.

Entretanto, mesmo obtendo uma avaliação positiva em boa parte dos itens que tratavam sobre a articulação da formação acadêmica com as DCN para Enfermagem, faz-se necessário

conhecer quais foram os pontos considerados pelos egressos de maior potencialidade na formação do enfermeiro, bem como os mais frágeis.

Na tabela 4, serão apresentados os cinco itens pior avaliados pelos enfermeiros participantes da pesquisa, por ordem de classificação.

Tabela 4 – Média dos cinco itens PIOR avaliados pelos egressos

Nº	DIMENSÃO	ITENS AVALIADOS	MÉDIA
1º	Dimensão I: Didático-Pedagógica	P10-O curso lhe proporcionou participar de avaliações e discussões inerentes à proposta pedagógica	6,7
2º	Dimensão II: Competências e Habilidades	P9- O curso o(a) preparou para administrar conflitos do trabalho em equipe	7,2
3º	Dimensão II: Competências e Habilidades	P14- O curso o(a) preparou para conduzir a formação de outros profissionais de saúde	7,5
4º	Dimensão II: Competências e Habilidades	P19- O curso o(a) preparou para utilizar dados e ferramentas para desenvolver pesquisa na prática profissional	7,6
5º	Dimensão I: Didático-Pedagógica	P2- O curso promoveu atividades de ensino, pesquisa e extensão/assistência articuladas	7,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O item pior avaliado com média (6,7) diz respeito à participação discente na condução da proposta pedagógica do curso de graduação em Enfermagem. Concomitante a esses resultados, na análise qualitativa desta pesquisa, uma das falas apresentadas na classe 3 remete à necessidade de ouvir mais os alunos no processo formativo, seja na organização das disciplinas ou até mesmo em outros momentos da formação.

O Artigo 9º, presente no documento das DCN para Enfermagem, institui que os cursos de graduação em Enfermagem devem ter “um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (BRASIL, 2001, p. 5).

Uma das dificuldades para transformar o processo formativo em uma relação dialógica e emancipatória, deve-se, muitas vezes, à organização disciplinar e ausência de uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem. Além disso, as formas engessadas e tradicionais das matrizes curriculares ainda são um desafio para a formação no que se refere ao protagonismo discente.

Mesmo assim, já se têm identificado avanços sobre a participação discente no acompanhamento dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) da Enfermagem. Maia, Nunes e Moura (2013), ao realizarem pesquisa com o objetivo de analisar a participação de estudantes no desenvolvimento do PPP em um curso de Enfermagem do Piauí, concluíram que existem sinais de progressos. No entanto, é preciso melhorar a compreensão do aluno no que se refere ao PPP como instrumento norteador do processo de formação e não apenas das discussões sobre conteúdos e disciplinas ministrados.

Nesse sentido, o estudante precisa se sentir parte da (re)construção e avaliação da proposta pedagógica em curso. Essa experiência amplia sua visão crítica, reflexiva e consciente, possibilitando um maior envolvimento com as questões inerentes à sua formação, ao mesmo tempo em que estimula sua atuação como agente de transformação social, implicados com a profissão e a saúde como bem comum e necessário.

O segundo item pior avaliado pelos enfermeiros se refere ao preparo na formação para mediar conflitos no processo de trabalho em equipe, apresentando média 7,2. Bem se sabe que o papel do enfermeiro gerente, coordenador da equipe de saúde e enfermagem tem, entre suas atividades, a de tentar administrar problemas referentes ao processo de trabalho da equipe multiprofissional, seja mediando conflitos e/ou delegando funções. No mundo globalizado, a liderança do enfermeiro ganha importância na atenção em saúde, principalmente por contribuir na tomada de decisões e mediação de conflitos no ambiente laboral, de modo a proporcionar melhor eficiência e qualidade dos serviços prestados (LEAL et al, 2016).

Nas narrativas exibidas na análise qualitativa deste estudo, dentre as fragilidades da formação citadas, estão o processo gerenciar e o planejamento em saúde. Estas foram apontadas principalmente pelos discursos dos enfermeiros formados em instituições privadas. Independentemente, mais uma vez, aspectos da liderança aparecem como um fator que merece mais atenção na graduação, principalmente na perspectiva de correlacionar as discussões trazidas em sala de aula com o aprendizado dos cenários de prática.

Em algumas realidades, já é possível identificar um cenário diferente a esse respeito. Como exemplo, tem-se a pesquisa realizada com egressos da Escola de Enfermagem de São Paulo, onde, ao serem indagados sobre habilidades e competências adquiridas na formação para inserção no mundo do trabalho, 72% afirmaram se sentirem preparados para assumir as funções de líderes da equipe de saúde/enfermagem (PUSCHELL et al, 2017).

Como melhoria para o ensino de conteúdos administrativos e da liderança na formação do enfermeiro estão: o fortalecimento da prática interdisciplinar, a distribuição dos conteúdos ao longo da formação e maior aproximação da realidade profissional (MEIRA; KURCGANT,

2009). Dessa forma, aliada a outras competências e habilidades, a formação em Enfermagem poderá oferecer um ensino mais integrado com a prática gerencial do enfermeiro, e, por conseguinte, preparar melhor os futuros profissionais para atuar nessa área.

Gestores empregadores enfatizam que, dentre as competências e habilidades da enfermagem, a liderança aparece como a mais valorizada por gestores, já que esta aglutina outras competências para a atuação profissional do enfermeiro (MEIRA; KURCGANT, 2015).

Quanto ao terceiro item, este apresentou média 7,5 e está associado ao papel do enfermeiro como educador, responsável por conduzir tanto a formação dos próprios profissionais da enfermagem, como de outros trabalhadores em saúde. Esse dado pode ser justificado, pois a maioria da amostra desta investigação concluiu apenas a graduação na modalidade bacharelado.

Em contrapartida, as Diretrizes Curriculares para Enfermagem orientam que os conteúdos ministrados durante a graduação para enfermeiros devem abordar também o ensino da Enfermagem, que seriam os “conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem” (BRASIL, 2001, p. 4).

Mesmo assim, esse item da formação pelas avaliações dos egressos nos parece necessitar de maior atenção, principalmente entre os egressos que não tiveram uma formação também para a licenciatura. Pesquisa com discentes de Enfermagem sobre as competências profissionais necessárias para o enfermeiro identifica a relevância do desenvolvimento de competências pedagógicas durante a graduação, ou seja, estimular a atuação do enfermeiro educador para que ele possa conduzir atividades de educação em saúde tanto para a comunidade, como na educação profissional junto à equipe de trabalho (LEAL et al, 2016).

Por fim, o quarto e quinto item pior avaliados apresentaram média de 7,6 e 7,9, respectivamente. O primeiro se refere à utilização de dados e ferramentas de saúde para auxiliar no desenvolvimento de pesquisas durante a vida profissional. Enquanto o segundo tem relação com a tríade da formação superior, ou seja, indissociabilidade entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Importante ressaltar que o quinto item aparece com diferença estatisticamente significativa, quando comparadas as médias entre os egressos oriundos das IES privadas com os das instituições públicas. Logo mais, esta informação será melhor detalhada.

Em síntese, esses dois últimos itens fazem parte do processo investigar do enfermeiro. Nas análises qualitativas, a ausência de incentivo ao ato “pesquisar” na formação aparece de forma recorrente nas narrativas dos egressos das escolas de ensino privado. Essa realidade converge com resultados encontrados em investigação realizada em uma Instituição de Ensino Superior privada da Bahia, onde se concluiu que a IES adotava de forma incipiente a pesquisa

na graduação, apontada pelos estudantes como um déficit da formação em Enfermagem (SANTOS; ANJOS; ALMEIDA, 2013).

Em relação aos itens melhores avaliados pelos egressos participantes, destacam-se: a formação ética e humanística; a oportunidades de ações de prevenção, promoção e reabilitação em saúde; os cenários de práticas e estágios e as competências assistências do enfermeiro (Tabela 5).

Tabela 5 – Média dos cinco itens MELHOR avaliados pelos egressos

Nº	DIMENSÃO	ITENS AVALIADOS	MÉDIA
1º	Dimensão II: Competências e Habilidades	P16- O curso o(a) preparou para respeitar a privacidade do usuário assegurando sigilo e segurança na coleta de informações	9,5
2º	Dimensão II: Competências e Habilidades	P15- O curso o(a) preparou para respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da Enfermagem e do trabalho coletivo em saúde	9,3
3º	Dimensão II: Competências e Habilidades	.P18- O curso o(a) preparou para desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação no nível individual e coletivo compatíveis com as necessidades de usuários/família e população.	9,0
4º	Dimensão I: Didático-Pedagógica	P5- O curso lhe assegurou atividades práticas e estágios em diferentes cenários	8,7
5º	Dimensão II: Competências e Habilidades	P7- O curso o(a) preparou para atuar na assistência e cuidado em enfermagem nos diferentes ciclos de vida	8,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As dimensões ética e humanística aparecem nos dois primeiros itens melhor avaliados, com médias de 9,5 e 9,3, respectivamente. Dentre os dispositivos que devem ser assegurados pelos cursos de graduação em Enfermagem, as dimensões citadas aparecem como essenciais no desenvolvimento de atitudes e valores com bases no fortalecimento da cidadania e da solidariedade coletiva de futuros enfermeiros (BRASIL, 2001).

Para Ramos et al (2013), a ética precisa ter caráter interdisciplinar e atravessar o processo formativo da enfermagem em sua totalidade, não podendo se restringir a uma disciplina ou momento do curso de graduação. Além disso, as autoras estabelecem a necessidade do ensino da ética de forma problematizadora, contextualizada e que extrapole os aspectos normativos e legais do código de ética da profissão, permitindo, nesse sentido, uma efetiva reflexão/ação dos estudantes sobre dilemas reais, tanto no aspecto pessoal como no profissional.

Quanto à formação humanística, esta aparece em alguns discursos da análise qualitativa como um fator determinante para uma formação em Enfermagem mais comprometida e solidária. Para Morin (2007), dentre os sete saberes necessários para educação do futuro, o ensinar a condição humana ganha destaque. Nesse sentido, a condição humana precisa fazer parte da formação na perspectiva da dialogicidade e da compreensão dos diferentes aspectos humanos, considerando suas individualidades, culturas, crenças, hábitos e subjetividades.

Assim, como fator determinante, a formação em Enfermagem precisa romper com a lógica reducionista do cuidado individual e do corpo doente, bem como com práticas profissionais autoritárias. Na verdade, o ato de cuidar na perspectiva da ética e de forma humanizada implicar “estar com o outro”, “fazer com o outro”, norteados, assim, pelos princípios da integralidade. Para tanto, a noção de formação humana precisa resgatar o valor da vida coletiva, a importância do conviver/bem viver, de estabelecer relações de alteridade e empatia, respeitando, dessa forma, a diversidade de ideias, atitudes e hábitos dos pares (CAMPOS, 2005).

O terceiro item avaliado positivamente pelos egressos se refere ao desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e reabilitação nos níveis de atenção em saúde e convergem com as orientações trazidas pelas diretrizes curriculares nacionais para a Enfermagem (BRASIL, 2001). Desde as mudanças ocorridas com a Reforma Sanitária que resultaram na concepção do SUS, aliadas à criação das DCN da Enfermagem em 2001 através da Resolução CNE/CES Nº 3, a formação dos recursos humanos na área da Enfermagem ganha uma nova configuração.

Esse período marca justamente a reorganização da formação em saúde/enfermagem no intuito de aliar os objetivos do Ensino Superior da Enfermagem com os preceitos e diretrizes do SUS. Nesse sentido, busca-se um profissional que atenda às necessidades de saúde de maneira responsável, crítica, reflexiva e consciente, e, ao mesmo tempo, tenha capacidade para lidar com a complexidade do campo da saúde e as inovações frequentes do mundo do trabalho (CHAVES, 2014). Os conhecimentos dos determinantes sociais e sua influência sobre o processo saúde/doença dos indivíduos/família e coletividade passam a ser cruciais na formação em saúde, depois de iniciada a Reforma Sanitária no país.

Mesmo diante dessa constatação, desafios e contradições permeiam a formação em Enfermagem e sua articulação com as DCN, segundo egressos. Alguns depoimentos apresentados na análise qualitativa alertam nesse sentido, bem como expõem a necessidade constante da busca pela diminuição das disparidades e fortalecimento do ensino em Enfermagem de qualidade, implicado com as questões sociais e de saúde. Portanto, a formação em Enfermagem ainda se encontra distante da desejada, necessitando melhorar em alguns

aspectos, dentre eles, destacam-se a articulação entre ensino/serviço/comunidade; a abordagem dos conhecimentos de saúde coletiva, estímulo à pesquisa e extensão, dentre outros.

O quarto item melhor avaliado pelos enfermeiros se relaciona à oportunidade de ter disponível, durante a graduação em Enfermagem, diferentes cenários de práticas e estágios, atingindo uma média de 8,7. Uma formação em Enfermagem, articulada com a prática dos enfermeiros e realidade dos serviços de saúde, deve ofertar uma aproximação e articulação entre teoria e prática em diferentes cenários de ensino-aprendizagem (MATTIA; KLEBA; PRADO, 2018).

Esse resultado não converge com algumas declarações dadas pelos egressos na análise qualitativa, já que uma das arestas da formação apontada pelos participantes foi justamente a ausência da diversidade dos cenários de práticas, principalmente as relacionadas à atenção secundária e/ou terciária durante a graduação em Enfermagem. Para tanto, é imprescindível compreender as particularidades dos serviços de saúde, bem como sua dinamicidade e as influências locoregionais, sendo essencial propiciar uma melhor articulação ensino/trabalho/comunidade na tentativa de diminuir as fragilidades do processo formativo.

A diversidade dos cenários de aprendizagem auxilia na ampliação e na compreensão da complexidade do produzir saúde, contudo, é preciso ressaltar a participação ativa do estudante na sua formação, buscando, inclusive, estratégias para superar as limitações que surgem. Além disso, é preciso compreender que, mesmo que o processo de trabalho do enfermeiro tenha especificidades, a depender do ambiente laboral que este ocupe, a formação generalista não consegue abarcar o leque de especificidades da atuação profissional do enfermeiro, sendo imprescindível a busca pela educação permanente, entre outras iniciativas.

Quanto ao quinto e último item melhor avaliado, este se refere à dimensão assistencial da formação superior da enfermagem prestada nos diferentes ciclos de vida, atingindo também a média de 8,7 entre os enfermeiros participantes. A dimensão assistencial ainda é enfatizada pelos enfermeiros, tanto pelas raízes históricas que a enfermagem carrega, como pela própria condição e oportunidades de trabalho às quais estão expostos. Estudo realizado com egressos de uma universidade do México identifica que os conteúdos assistenciais são os mais apontados como necessários para fortalecer o exercício profissional e precisam ser melhor abordados durante a graduação em Enfermagem (JUÁREZ-FLORES et al, 2015).

Nas narrativas analisadas qualitativamente, a dimensão assistencial aparece bem avaliada quando está relacionada ao cuidado ofertado pelo enfermeiro na atenção básica, descrita pelos egressos como potencialidade da formação em Enfermagem. Já quanto aos procedimentos clínicos específicos da atenção hospitalar ou clínicas, alguns participantes

apontaram que necessitam de mais oportunidades para desenvolverem habilidade quanto a determinados procedimentos.

Importante ressaltar que a dimensão assistencial na Enfermagem tem outra conotação na atualidade, na qual a visão do cuidado é ampliada e se alia ao princípio da integralidade. Além disso, a prática em saúde é um trabalho interdisciplinar que envolve diferentes sujeitos nesse processo, sendo crucial dispor de autonomia e participação ativa dos sujeitos cuidados, independente do espaço que esse cuidado seja prestado.

Assim, a prática do cuidado em saúde precisa respeitar os saberes populares e o conhecimento de outros profissionais da equipe multiprofissional, na tentativa de construir um projeto terapêutico coletivo que leve em consideração as necessidades de saúde reais dos envolvidos (CHAVES, 2014). Ponderando esses aspectos, o cuidar deixa de ser uma ação de mão única e passa a ser construído no coletivo, na implicação do outro e para outro. Um exercício que precisa ser diariamente feito por profissionais de saúde/enfermagem.

Por fim, iremos apresentar a Tabela 6. Dos 36 itens avaliados que foram cruzados com a variável de interesse IES (pública e privada), destes, apenas quatro apresentaram diferença estatisticamente significativa, após realização do teste (U) Mann-Whitney.

Tabela 6 – Resultados das análises estatísticas (U de Mann-Whitney) significativas, comparando os itens avaliativos da graduação em Enfermagem com a natureza jurídica das IES

ITENS AVALIADOS	IES	MÉDIA	U	VALOR P
Item D1.P2 – O curso promove atividades de ensino, pesquisa e extensão/assistência articuladas	Pública	9,0	3427	<0,0001
	Privada	7,7		
Item D1.P9 – O curso lhe proporcionou oportunidades de monitoria, iniciação científica e/ou extensão	Pública	9,2	3302.5	0,0001
	Privada	7,6		
Item D2.P13 – O curso lhe proporcionou conhecer a estrutura, a forma de organização social e sua influência sobre a Enfermagem	Pública	9,3	2841.5	0.0416
	Privada	8,4		
Item D2.P.21 – O projeto pedagógico do seu curso de graduação segue de fato as DCN (2001) para a Enfermagem	Pública	8,9	2867.5	0.0334
	Privada	8,3		

Fonte: Resultados da pesquisa, 2019.

O segundo e o nono item da I dimensão, a didático-pedagógica, estão inter-relacionados, pois ambos indagavam os participantes quanto à oferta de atividades de ensino (monitoria), pesquisa

e extensão de forma articulada durante a graduação em Enfermagem. A média dos egressos formados em instituições de ensino pública foi elevada, quando comparada à média dos concluintes das escolas privadas. Esses resultados convergem com os encontrados nas análises qualitativas, principalmente pelos segmentos de texto gerados na classe 2 (estatisticamente associado à IES pública). Consequentemente, os egressos das instituições públicas enfatizam como potencial da formação a oferta da tríade ensino, pesquisa e extensão. Já os enfermeiros das instituições privadas alertam para a necessidade de melhorar esse aspecto na formação em Enfermagem, que, de acordo com a maioria, ainda enfatiza só o ensino e pouco oferece oportunidades de atividades de iniciação científica, principalmente.

A pesquisa parece ser incipiente em algumas instituições formativas, principalmente as de caráter privado, que estimulam pouco a participação dos estudantes na iniciação científica, tornando distante a articulação da tríade ensino/pesquisa e extensão na formação superior em Enfermagem (SANTOS; DOS ANJOS; ALMEIDA, 2013). Soma-se a isso a produção científica na Enfermagem, bem como o surgimento e a consolidação da pós-graduação *stricto sensu* na área, que pode ser considerada uma prática recente no Brasil. Para tanto, é necessário ampliar e fortalecer a atuação de grupos de pesquisa, despertar nos centros de pesquisa a necessidade de maiores investimentos e promover a divulgação do conhecimento em periódicos qualificados e reconhecidos internacionalmente, dentre outras iniciativas com a finalidade de expandir a prática da investigação na área da Enfermagem (SILVA, 2015).

O item 13 da dimensão II – competências e habilidades – questionava os enfermeiros se o curso lhe propiciou conhecer a estrutura, a organização social e a sua influência sobre a Enfermagem. As notas emitidas pelos enfermeiros oriundos de instituições privadas também foram inferiores, quando comparadas às notas dos egressos das instituições públicas. Esse item, embora complexo e abrangente, tem relação com a formação na perspectiva crítica, reflexiva e política, onde são abordados os aspectos macropolíticos da formação em saúde/enfermagem, proporcionando um conhecimento da estrutura social vigente e sua influência sobre a prática profissional do enfermeiro. Nesse sentido, os resultados também corroboram as análises qualitativas, expostas mais uma vez pela classe 2, gerada e associada significativamente às IES públicas. Nesse ínterim, os resultados revelam que a formação crítica e política foi evidenciada mais entre os egressos das IES públicas do que pelos enfermeiros formados em instituições privadas.

O modelo de atenção à saúde vigente demanda uma formação crítica, reflexiva e criativa, portanto, o ensino problematizador, contextualizado e com práticas pedagógicas ativas tem auxiliado no despertar de uma consciência crítica ao estudante de Enfermagem durante a formação acadêmica. (WINTERS et al, 2017).

Por conseguinte, a Enfermagem é parte integrante da estrutura social e deve ter consciência crítica quanto ao seu papel na diminuição das iniquidades sociais, no fortalecimento da cidadania e de práticas integrativas e resolutivas em saúde (ARAUJO et al, 2018). A formação acadêmica tem responsabilidade sobre esse despertar e deve favorecer o crescimento de uma enfermagem qualificada tecnicamente e cientificamente, mas também comprometida politicamente com as questões sociais, de forma a contribuir com as transformações e as melhorias na saúde e no seu próprio processo de trabalho.

Para finalizar, o item 21, que também pertencente à dimensão II, indagava os participantes sobre a articulação do projeto pedagógico do curso com as orientações das Diretrizes Curriculares para a Enfermagem. Mais uma vez, as médias foram maiores entre os egressos das instituições públicas, comparadas às médias dos enfermeiros provenientes de escolas privadas. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada com estudantes de Enfermagem em uma universidade pública da região Sul do país, identificando consonância entre a formação em Enfermagem e as DCN/ENF e princípios do SUS (WINTERS; DO PRADO; HEIDEMANN; 2016).

Já ao comparar as análises qualitativas com esse resultado, estas não conseguiram dar conta da magnitude desse item avaliado pelos participantes da amostra, sendo inviável constatar a existência de convergência ou divergência entre elas. Contudo, é necessário reafirmar que, para os egressos das instituições públicas, a proposta pedagógica se aproxima mais das DCN/ENF do que os projetos pedagógicos ofertados por cursos de Enfermagem do ensino privado.

Assim, debruçar-se sobre os pontos abordados nas análises qualitativas, bem como sobre as médias dispensadas aos itens dos questionários, possibilitaram-nos ter uma melhor compreensão sobre os aspectos que necessitam ser melhorados na formação e, conseqüentemente, ampliar a articulação entre a proposta curricular e as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a formação em Enfermagem e sua articulação com a prática profissional a partir das orientações das DCN/ENF é desafiador. Nesse percurso, é preciso considerar uma teia de aspectos que se entrelaçam e influenciam esse processo, buscando não assumir uma visão reducionista e simplista na análise das questões abordadas. O trabalho possibilitou identificar diferentes nuances, perspectivas e desafios que norteiam o diálogo entre os mundos do trabalho e a formação superior em Enfermagem.

Ao traçar o perfil laboral dos egressos de cursos de graduação em Enfermagem no estado do Rio Grande do Norte, foi possível identificar o predomínio da informalidade na contratação profissional, bem como acesso ao emprego atual através de contato direto com a instituição e/ou indicação de amigos ou parentes. Além disso, embora a maioria dos participantes relatem ter iniciado sua vida laboral nos primeiros seis meses após a graduação, as condições de trabalho são marcadas pela informalidade, precarização das relações trabalhistas e baixos salários. Esse cenário nebuloso é semelhante à realidade nacional e pode também ser considerado uma problemática comum a outros profissionais da área de saúde. Tais sequelas são resultantes da redução de políticas públicas, do esgarçamento do tecido social e diminuição dos direitos trabalhistas.

Dentre os resultados, a pesquisa identificou a correlação entre a natureza jurídica da instituição de ensino, a busca pela capacitação profissional e a atuação/inserção no mercado de trabalho. Nesse sentido, é possível afirmar que, entre os egressos das IES públicas, é mais frequente a procura por pós-graduação *stricto sensu*, bem como a admissão profissional mediante concurso público e o regime de trabalho estatutário. Em contrapartida, os egressos formados nos estabelecimentos de ensino privado ocupam com maior frequência outras áreas de atuação, tais quais: enfermagem do trabalho, gerência dos serviços de saúde/enfermagem, enfermagem domiciliar, dentre outros. Em relação à entrada no emprego atual dos enfermeiros das IES privadas, esta ocorre, principalmente, por meio de indicação ou contato direto com a instituição empregadora, o que, consequentemente, resulta, em sua maioria, em contratos temporários e informais.

Constataram-se ainda fragilidades, potencialidades e especificidades na formação em Enfermagem quanto à sua articulação ao mundo do trabalho. Dentre as fragilidades, os egressos apontam a necessidade de melhorar a inserção nos cenários de aprendizagem, principalmente no ambiente hospitalar, a abordagem do processo gerenciar e/ou a liderança, o planejamento em saúde, a articulação ensino/trabalho/comunidade e a participação ativa do discente na

construção e na avaliação do PPP. Tais aspectos influenciam no acesso ao mercado de trabalho pelo enfermeiro, tendo em vista que muitos dos empregos assumidos por estes trabalhadores exigem habilidade técnica na realização de procedimentos, conhecimentos acerca do gerenciamento e planejamento em saúde, experiência e autonomia profissional.

Somam-se a essas questões os hiatos da formação em Enfermagem em relação à realidade dos serviços, causam desconforto, medo e insegurança aos recém-formados, o que pode ser minimizado com a melhoria da articulação entre a gestão, serviços, comunidade e universidade. E, embora esse diálogo esteja permeado por relações de poder conflituosas e um espaço de disputa constante, é essencial para promover a intersectorialidade na formação em saúde/enfermagem e avançar na tentativa de romper com a dicotomia histórica teoria/prática.

A respeito das potencialidades, destacam-se a formação ética, política e humanística, o papel do docente como mediador no processo ensino-aprendizagem, o estímulo à participação em atividades extensionistas, iniciação científica e monitoria, os conhecimentos da saúde coletiva, bem como a estrutura física de laboratórios e bibliotecas das IES. Todos esses aspectos desempenham papel significativo na qualidade da formação do enfermeiro, proporcionando uma ampliação da sua visão sobre a práxis, além de possibilitar maior envolvimento com as questões inerentes à profissão, principalmente na luta por melhores condições de trabalho e fortalecimento do SUS.

Vale destacar algumas especificidades encontradas, enquanto para os egressos das IES públicas as lacunas da formação acadêmica estão mais relacionadas à prática hospitalar e à deficiência da estrutura física das instituições formadoras, para os enfermeiros formados nas IES privadas as deficiências na formação se referem, especialmente, à dimensão política e científica, à abordagem dos conhecimentos do gerenciamento e competência didático-pedagógica. Destarte, tais particularidades da formação do enfermeiro têm implicações na prática profissional e acesso ao mercado de trabalho, resultando em diferenças nas áreas de atuação, nas formas de ingresso no emprego atual e no regime de trabalho.

Não obstante, a pesquisa ainda possibilitou relacionar os achados qualitativos e quantitativos, identificando convergências e divergências na formação acadêmica em Enfermagem orientada pelas DCN. Entre os itens avaliados, quatro deles apresentaram diferenças estatisticamente significativas quando comparadas a formação em instituições públicas e em privadas. A articulação entre ensino, pesquisa e extensão, as oportunidades de atividades de monitoria, extensão e iniciação científica, o conhecimento sobre a estrutura social e sua influência para a organização da Enfermagem, e articulação entre o PPP e as DCN foram melhor avaliados pelos egressos das instituições públicas. Tal achado converge com as

informações qualitativas apresentadas nos depoimentos dos participantes, principalmente aos presentes na classe 2.

Por sua vez, é crucial expor que a participação discente na avaliação e na discussão da proposta pedagógica foi considerada o pior item avaliado da formação segundo as DCN, independente da instituição formadora dos egressos. Já a respeito do item melhor avaliado, a dimensão ética foi unânime, tanto entre os enfermeiros das IES públicas, quanto das privadas. Os dois resultados também convergiram com os discursos apresentados pelos participantes, mesmo que não tenha sido identificada associação estatística significativa na análise qualitativa do IRAMUTEQ.

Em síntese, embora as DCN de 2001 para Enfermagem tenham sido estabelecidas há dezoito anos, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados. Principalmente, quando estes nascem no berço da envergadura neoliberal, marcados pelo enfraquecimento dos movimentos sociais e do subfinanciamento das políticas públicas, dentre elas, a educação e a saúde. Por conseguinte, esse fato afeta sobremaneira as relações e as condições de trabalho atuais, diminuindo direitos conquistados e estabilidade profissional, ampliando na contramão as exigências do perfil para o trabalhador, que precisa desenvolver além da competência técnica e científica, atitudes como capacidade criativa, autônoma e polivalente.

Nessa perspectiva, os egressos sugerem algumas iniciativas necessárias para aproximar as instituições formadoras ao mundo do trabalho. Dentre elas, investir no estímulo da dimensão política na formação, como disparador de mudanças significativas na profissão da enfermagem e, conseqüentemente, na sua prática profissional. Aumentar a oferta de atividades curriculares não obrigatórias tais quais: monitoria, atividades extensionistas, estágios não obrigatórios e projetos de iniciação científica, bem como auxiliar na educação permanente. Em contrapartida, durante a inserção dos discentes nos cursos de graduação em enfermagem, é comum nos depararmos com a busca, em sua grande maioria, pela realização de procedimentos técnicos e dos conhecimentos clínicos, dando pouca importância ou nenhuma, as discussões políticas e sociais que permeiam o saber/fazer da enfermagem. Essa realidade ainda marca a enfermagem contemporânea, fruto inclusive do seu legado histórico, assinalado principalmente pelo tecnicismo, curativismo, pelo fazer em detrimento do saber/fazer. Infelizmente, esse legado, ainda permeia a formação em enfermagem, onde não é dada importância aos saberes, político e social, que influenciam o seu processo de trabalho.

Ainda sobre sugestões dos participantes desta pesquisa, veem-se a necessidade de ampliação das parcerias, principalmente junto à iniciativa privada, além do incentivo ao empreendedorismo e a busca pela cooperação e participação das entidades representativas da

classe, na perspectiva de viabilizar maiores oportunidades de emprego aos egressos. Essas sugestões são consideradas necessárias pelos egressos, em virtude da competitividade e da saturação no mercado de trabalho para o enfermeiro. Tendência agravada espantosamente com a ampliação descontrolada da oferta de vagas de cursos de graduação em Enfermagem nos estabelecimentos privados, onde o interesse financeiro e empresarial prevalece, enfraquecendo sobremaneira a formação cidadã, ética e política desses profissionais de saúde, como foi possível identificar nos achados desta pesquisa.

Nesse sentido, avaliar permanentemente os elementos da formação em saúde/enfermagem se faz necessário, tendo em vista que refletirá, conseqüentemente, na sua inserção e atuação profissional frente às exigências e problemáticas atuais do mercado de trabalho em saúde. Destarte, a formação não deve estar a serviço da necessidade mercadológica, porém, é imprescindível a existência de um diálogo, de modo que a educação superior possa contribuir para a formação de profissionais com perfil ético/político, capazes de exercerem seus direitos de cidadania na busca por direitos assegurados e condições de trabalho para o desenvolvimento de suas funções produtivas.

A pesquisa apresentou como limitação não ter realizado a análise multivariada dos resultados, em virtude do tempo exíguo. Dessa forma, sugerimos, como propostas para novos estudos, analisar a formação de enfermeiros e sua articulação com o mundo laboral, mediante a utilização de outras técnicas de análise. Ademais, aprofundar as diferenças existentes entre os processos formativos oferecidos nas instituições de ensino públicas e privadas, como também sua influência sobre a inserção profissional do enfermeiro na realidade brasileira.

REFERENCIAS

- AGUIAR, V. Um balanço das políticas do governo Lula para a educação superior: continuidade e ruptura. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba , v. 24, n. 57, p. 113-126, Mar. 2016.
- ALMEIDA, D. B. et al. Recursos de disciplinarização na enfermagem: um estudo histórico e foucaultiano. **Acta paulista enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 598-606, 2017.
- ALMEIDA, D.V, CHAVES, E.C. O ensino da humanização nos currículos de graduação em enfermagem. **Einstein**. v. 7, n.3, p. 271-278, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N. M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013 .
- ALMEIDA, M.C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVES, F.C. et al. Importância de oportunidades de desenvolvimento e apoio institucional na satisfação acadêmica de enfermeiros. **Rev baiana enferm**. v.32, p.e25470, 2018.
- ANDRADE, A. C.; BEN, L. W. D.; SANNA, M. C. Empreendedorismo na Enfermagem: panorama das empresas no Estado de São Paulo.**Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 40-44, 2015.
- ARAÚJO A.M.L. et al. A pesquisa científica na graduação em enfermagem e sua importância na formação profissional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n.9, p.9180-7, 2015.
- ARAÚJO, J. L. et al. Brazilian Unified Health System and democracy: nursing in the context of crisis. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v.71, n.4, p.2187-2191, 2018.
- BAGNATO, M. H. S.; RODRIGUES, R. M. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília ,v. 60, n. 5, p. 507-512, 2007.
- BAHIA, L Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.
- BAHIA, L. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 159-170, 2006.
- BARBOSA, M. A. et al. Refletindo sobre o desafio da formação do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 5, p. 574-76, 2003.
- BARDAGI, M. P., & HUTZ, C. S. Rotina acadêmica e relação com colegas e professores: impacto na evasão universitária. **Psico**, v.43, n.2, p.174-184, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BISCARDE, D.G.S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Artigo 196**. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 jan. 1988. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10650167/artigo-207-da-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em: 20/04/2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação (CNE) (BR). **Resolução que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Artigo 207**. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 jan. 1988. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10650167/artigo-207-da-constituicao-federal-de-1988>>. Acesso em: 03/04/2016.

BRASIL. Ministério da Educação (BR). **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados (e-MEC)**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

BRASIL. **Lei n. 7.498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília; 1986. Acesso em dezembro de 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L7498.htm>

BRASIL. **DECRETO Nº 8.948**. De 29 de dezembro de 2016. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo, 2016.

BRASIL, M. DA S. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde Brasília, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2008a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2008b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução Nº 4**, de 6 de abril de 2009. Institui a 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. Ministério da Educação; 2009.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 de dezembro de 1996. Brasil. Seção 1, p. 27. 833-41, 1996.

BREHMER, L. C.F.; RAMOS, F. R. S. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 135-145, 2016.

BRITO, F. M. M.; ROZENDO, C. A.; SOBRAL, J. P. C. P. O laboratório de enfermagem e a formação crítica do enfermeiro: uma reflexão. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 9, n. 1, 2018.

BURGATTI, J. C. et al. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 282-286, 2013.

CABREIRA, L. M.; MISSIO, L.; LOPES, M. M. R. Egressos do curso de enfermagem da UEMS: um estudo dos formados entre 1998 a 2006. In: **Anais do 12º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEN**. São Paulo: ABEn, 2010.

CACETE, N. H. Breve história do ensino superior brasileiro e da formação de professores para a escola secundária. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n.4, p. 1061-1076, out/dez, 2014.

CAETANO, S. A.; PRADO, J. T. C. Mercado de trabalho: condições gerais do trabalho da enfermagem. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 56, p. 98-105, 2016.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Estudos qualitativos e o uso de *softwares* para análises lexicais. Em: NOVIKOFF, C.; SANTOS, S. R. M. & MITHIDIERI, O. B.(Orgs.) **Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro (2014: Duque de Caxias, RJ)** (p. 37-54). Duque de Caxias: Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” - UNIGRANRIO, Caderno digital disponível em: <<https://lageres.wordpress.com/>>

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. **Tutorial para uso do aplicativo IRAMUTEQ**. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>.

CAMBIRIBA, T. F. C.; FERRONATO, A. F.; FONTES, K. B. Percepções de egressos de enfermagem frente a inserção no mercado de trabalho. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 1, p. 27-32, 2014.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.17, p.398-400, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.; MINAYO, M.C.S.; AKERMANN, M., DRUMOND, M., CARVALHO, Y.M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2009. p.41-80.

CANEVER, B. P. et al. Processo de formação e inserção no mercado de trabalho: uma visão dos egressos de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 87-93, 2014.

CARRIJO, C. I. S. et al. A empregabilidade de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.356-363, 2007.

CARVALHO, et al. O ensino da humanização no curso de bacharel em enfermagem numa universidade pública. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n.12, p.4554-62, 2016.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.; MINAYO, M.C.S.; AKERMANN, M., DRUMOND, M., CARVALHO, Y.M.(orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 137-170.

CASTRO, M. H. G. Sistemas nacionais de avaliação e de informações educacionais. **São Paulo em perspectiva**, v.14, n. 1, 2000.

CAVALCANTE, J. F. **Educação superior: conceitos, definições e classificações**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me000095.pdf>

CAVALCANTE, R. D. GERMANO, R. M. O projeto político-pedagógico de enfermagem e o Sistema Único de Saúde: a visão de discentes. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. 122f.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: um desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**. v. 9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R. B., & BILIBIO, L. F. S. Articulação com o segmento estudantil da área de saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In Ministério da Saúde (Org.), **VER-SUS/BRASIL: Cadernos de Textos**. Brasília, DF: Gráfica Universitária, 2004, p.4-19.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino de saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESQ: ABRASCO, p. 69-92, 2005.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, nº 24. p.5-15, 2003.

CHAVES, S. E. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos: no ensino de graduação em Enfermagem. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 325-336, 2014.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 158-166, 2012.

COLICHI, R. M., & LIMA, S. A. Empreendedorismo na enfermagem: comparação com outras profissões da saúde. **Revista Eletrônica De Enfermagem**.v. 20. P. 1-11, 2018.

CONGGON, D. A importância da estatística na pesquisa em saúde. **Cogitare Enferm.** v. 20 n. 1. p. 9-11, 2015.

COSTA, T.V.; GUARIENTE, M.H.D.M. Enfermeiros egressos do currículo integrado: inserção e atuação profissional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, n.1, p.77-85, 2017.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. Tradução: Magda França Lopes; revisão técnica: Dirceu da Silva. 2.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, T.G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: HUCITEC, 2005. 212p.

DAMIANCE, P. R. M. et al. Formação para o sus: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 699-721, 2016.

DEDECCA, C. S.; TROVAO, C. J. B.M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, 2013.

DESLANDES, S.F; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.; MINAYO, C.S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes, 21ªed., 2002.

DIAS, R.T. P.; LARA, A. M. B. O Ensino superior no Brasil Império: a relação entre o público e privado. In: IX ANPEDSUL- **Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul**. 2012.

DOURADO, L. H. Reforma do estado e as políticas para a educação superior no Brasil nos anos 90. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, setembro/2002, p. 234-252.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

DURHAM, E. O Ensino Superior no Brasil: Público e Privado. Núcleo de Pesquisa sobre o Ensino Superior da Universidade de São Paulo. In: **Seminário sobre Educação no Brasil**. Universidade de Oxford. Março de 2003.

ERDMANN, A.L.; FERNANDES, J.D.; TEIXEIRA, G.A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enferm Foco**.v.2(suplementar) p.89-93, 2011.

FARIA, M.P; WERNECK, M.A.; SANTOS, M.A. **Processo de trabalho em saúde**. Universidade Federal de Minas Gerais.2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FERREIRA, F. C.; DANTAS, F. C.; VALENTE, G. S.C. Saberes e competências do enfermeiro para preceptoria em unidade básica de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 4, p. 1564-1571, 2018.

FERREIRA, R.E. et al. Motivação do enfermeiro para ingressar em uma pós-graduação stricto sensu. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 180-185, 2015.

FERNANDES, J.S.H.; COSTA, B.H.R; ANDRADE, M.S. Representações sociais de idosos sobre família. **Ciências Psicológicas**. v.11, n.1, p. 41 – 48, 2017.

FERNANDES, J. D. et al. Mapeamento dos cursos de especialização em enfermagem em sua totalidade e contradições. **Rev. enferm. UFPE**. v.1, n. 6: p. 2459-2465, 2017.

FERNANDES, J. D.; REBOUCAS, L. C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 95-101, 2013.

FEUERWERKER L.C.M. ALMEIDA M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. **Revista da ABENO**. v. 4, n.1, p.14-6, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FREITAS, D. A. et al. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 437-448, 2016.

GALVANIN, B. Reforma do sistema educacional dos anos 90: breves considerações sobre os aspectos históricos, econômicos, e políticos. **Hórus – Revista de Humanidades e Ciências Sociais Aplicadas**, Ourinhos/SP, Nº 03, 2005.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003 jul/ago;56(4):365-368.

GERMANO, R. M. Organização da enfermagem brasileira. **Enfermagem em Foco**, v. 1, p. 14-17, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRARDI S. N. et al. **Levantamento sobre a Desprecarização do trabalho em saúde no Brasil — 1992 a 2008**. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2010.

GUIZARDI, F. L. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESQ:ABRASCO, 2005. p. 153-178..

HACKBARTH NETO, A. A.; STEIN, C. E. **Uma abordagem dos testes não-paramétricos com utilização do Excel**. Acesso em: http://www.mat.ufrgs.br/~viali/estatistica/mat2282/material/textos/artigo_11_09_2003.pdf

IGNÁCIO, S. A. Importância da Estatística para o Processo de Conhecimento e Tomada de Decisão. **Nota Técnica IpardeS**, Curitiba, n.6, out. 2010.

JESUS, B. H. et al. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.17, n. 2, p. 336-345, 2013.

JUAREZ-FLORES, C. et al. Opinión de egresados en enfermería sobre la congruencia de los contenidos curriculares con los requerimientos laborales. **Enferm. univ**, México , v. 12, n. 4, p. 197-203, 2015.

KLOH, D. et al. Integração ensino-serviço no contexto do projeto político-pedagógico de cursos de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 11):4554-62, nov., 2017.

LEAL, L.A. et al. Competências profissionais para enfermeiros: a visão de discentes de graduação em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-12, 2016.

LESSA, A.B.S.L. ARAÚJO, C.N.V. A Enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.17, n. 2, p. 474-480, 2013.

LOPES NETO, D. et al. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 61, no. 1, p. 46-53, 2008.

MAAS, L. W. D. Análise comparativa da base social da Medicina e Enfermagem no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00199116, 2018.

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. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 56, p. 52-69, 2016a.

MACHADO, M. H. et al. Condições de trabalho da enfermagem no Brasil: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 56, p. 70-78, 2016b.

MACHADO, M. H.; et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem Foco**. v.7, n. especial: p. 35-62, 2016c.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A.L.S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem, **Enfermagem em Foco**, n. 3, v: 3. p. 119-122, 2012.

MACHADO, M.H.; OLIVEIRA, E.S.; MOISES, 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**. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, v. 001, p. 103-116, 2011.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018.

MAIA, N. M.F.S; NUNES, B. M.V.; MOURA, M. E.B. A participação discente no desenvolvimento do projeto pedagógico do curso de Enfermagem. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 31, n. 2, p. 183-190, 2013.

MAIA, N. M. F. S.; NUNES, B. M. V. T. Desafio da participação discente no desenvolvimento do projeto pedagógico do curso de enfermagem: perspectiva freireana. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.3, n.1, p.40-42, 2010.

MAKUCH, D.M.V.; ZAGONEL, I. P.S. A perspectiva do mundo do trabalho nas proposições curriculares para formação do enfermeiro. **Revista Internacional de Educação e Saúde**. v. 1, n. 1, p. 13-22, 2017.

MANCIBO, D. Crise político-econômica no brasil: breve análise da educação superior. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 38, n. 141, p. 875-892, Dec. 2017 .

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquee aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'election présidentielle française. In: **Actes des 11eme. Journées Internationales d'Analyse Statistique des Données Textuelles**; JADT 2012. Liège, Belgique. Liège; p. 687-99, 2012. Acesso em: outubro/2018. Disponível em: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>

MARCHIORO, D. et al. Estágio curricular supervisionado: relato dos desafios encontrados pelos (as) estudantes. **Arq Ciênc Saúde UNIPAR** [Internet], v. 21, n. 2, p.119-22, 2017.

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas "novas" formas de desigualdade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1545-1554, jun. 2013.

MARTINS, A. C.P. Ensino Superior no Brasil: Da descoberta aos dias atuais. **Acta cirúrgica brasileira**-vol. 17(suplemento 3) 2002.

MARTINS, G.A. **Estatística Geral e Aplicada**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARSIGLIA, R. M. G. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou? **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 5, n. 7, edição especial, 2004.

MATTIA, B.J, KLEBA, M.E, PRADO, M.L. Formação em enfermagem e a prática profissional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm** [Internet].v.71, n.4, p.2039-49, 2018.

MATTOS, R. A. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.(org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.p.313-354.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ M.A; ALONSO A.; BES-RASTROLLO M. **Bioestadística Amigable**. 2 ed. Espanha: Diaz de Santos; 2009.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. Avaliação de Curso de Graduação segundo egressos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 481-485, 2009.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. O desenvolvimento de competências ético-políticas segundo egressos de um Curso de Graduação em Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1203-1210, 2013.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. O ensino de administração na graduação: percepção de enfermeiros egressos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 4, p. 670-679, 2009.

MEIRA M.D.D.; KURCGANT P. Competências de Egressos Graduados em Enfermagem: Avaliação de Gestores Empregadores. **Rev. Cienc. Gerenc.**, v.19, n.30, p.60-64, 2015.

MENDONÇA, M. H. M. Grandes programas e políticas do SUS: desafios e perspectivas para os profissionais de saúde. **Divulgação: em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 106-117, 2016.

MERIGHI, M. A. B. et al. Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 4, p. 505-511, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAIS J. A. et al. Práticas de enfermagem empreendedoras e autônomas. **Cogitare Enferm.**;v.18, n.04, p.695-701, 2013.

MOREIRA, C.O. F.; DIAS, M. S. A. D. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci.** v. 40, n. 3, p.300-305, 2015.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 12.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2007.

NASCIMENTO, P. A. M. M.; MACIENTE, A. N.; DE ASSIS, L. R. S. As ocupações de nível superior que mais geraram empregos entre 2009 e 2012. **Radar**, nº 27, Julho de 2013.

NOGUEIRA, R. P. Dimensão do Trabalho em Saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B (Org.) **Saúde, trabalho e formação profissional** - Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138p.

OLIVEIRA, J. S. A.; PIRES, D. **Tendências do mercado de trabalho de enfermeiros/as**: um estudo no nordeste brasileiro. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 303p.

OLIVEIRA J.S.A. et al. Tendências do mercado de trabalho de enfermeiros/as na visão de gestores. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v, 71, n. 1, p. 148-155, 2018.

OLIVEIRA, C. T.; SANTOS, A. S.; DIAS, A. C. G. Percepções de Estudantes Universitários sobre a Realização de Atividades Extracurriculares na Graduação. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 36, n. 4, p. 864-876, 2016.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.(org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.p. 91-122.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018 .

PAFUME, S.M.; DA SILVA, E. C., ANDRADE, A. C. Contribuição da formação em uma universidade privada para inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho. **J Nurs Health**. v.8, n. 1, p. e188109, 2018.

PAIVA K.C.M.; MARTINS, V.L.V. Contribuições do estágio extracurricular para as competências profissionais: percepções de acadêmicos de enfermagem. **Rev Eletr Enf**.[internet]. v.14, n.2, p.384-94, 2011.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm., Brasília**, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PEREIRA, F.J.R. Modelo de tomada de decisão em disciplinas técnicas de enfermagem: revisando as bases conceituais para formação de novos perfis profissionais. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal da Paraíba-UFPB. João Pessoa, 2012. 115f.

PEREIRA, W. R. Entre a dominação simbólica e a emancipação política no Ensino Superior em Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 981-988, 2011.

PEREIRA, T. I.; SILVA, L. F. S. C. As políticas do ensino superior no Governo Lula: Expansão ou democratização? **REVISTA DEBATES**, Porto Alegre, v.4, n.2, p. 10-31, jul.-dez. 2010.

PERES, M. A. A.; ALMEIDA FILHO, A. J.; PAIM, L. Historicidade da Enfermagem nos espaços de poder no Brasil. p. 83-94. História da Enfermagem **Revista Eletrônica (HERE)**, v.5, n. 1, 2014.

PERSEGONA, K.R. et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 13 (3): 645-650, 2009.

PERSEGONA, M.F.M.; OLIVEIRA, E.S.; PANTOJA, V.J.C. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 56, p. 19-35, 2016.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Orgs.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2009. p.15-28.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho. Educação e saúde**, v. 62, n.5, p. 311-326, 2004.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS; 2008.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

POZ, M.R.D.; 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** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Vol. 3. p. 187-233, 2013.

PUSCHEL, V.A. de A.; INACIO, M.P.; PUCCI, P.P.A. Inserção dos egressos da Escola de Enfermagem da USP no mercado de trabalho: facilidades e dificuldades. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 535-542, 2009.

PÜSCHEL, V.A.A et al. Nurses in the labor market: professional insertion, competencies and skills. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.70, n.6, p.1220-1226, 2017.

RAMOS, A. M. et al. Satisfação com a experiência acadêmica entre estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 187-195, 2015.

RAMOS, F. et al. A ética que se constrói no processo de formação de enfermeiros: concepções, espaços e estratégias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 113-121, 2013.

REGIS, C. G.; BATISTA, N. A. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 830-836, 2015.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 161-165, 2014.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

ROCHA, M. E. M. O.; NUNES, B. M. V. Teixeira. Expansão dos cursos de graduação em Enfermagem: estudo no Piauí. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, Brasília, 2013.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016.

SADER, E. Notas sobre a Globalização Neoliberal. In: MATTA, G. C.(org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. p.35-48.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 2, p.221-224, 2007.

SANTOS,V.C.; ANJOS, K.F.; ALMEIDA, O.S. A percepção de formandos sobre a pesquisa em enfermagem no curso de graduação. **Rev Enferm UFSM**. v. 3, n.1, p.144-154, 2013.

SANTOS, A. P.; CERQUEIRA, E.A. Ensino Superior: trajetória histórica e políticas recentes. In: **IX Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul**. Brasil, Novembro de 2009. Disponível em: <repositorio.ufsc.br.> Acesso em 26 de outubro de 2015.

SANTOS, J. L. G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1590016, 2017.

SANTOS, L.M.C.R. et al. A Licenciatura em Enfermagem no Brasil (1968-2001): Uma Revisão de Literatura. **Hist. enferm., Revista eletrônica**; 5(2): p. 224-238, 2014.

SANTOS, R.C.A.; MIRANDA, A.F.N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, p. 350-359, 2016.

SALVIATI, M.E. **Manual do aplicativo do IRAMUTEQ**. Planaltina: Brasília/DF. Março de 2017. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>

SAVIANI, D. Política Educacional Brasileira: Limites e Perspectivas. **Revista de Educação**. PUC-Campinas, Campinas, n. 24, p.7-16, junho de 2008.

SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, v.29, n.1, 1995.

SCOCHI, C. G. S. et al. Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 80-89, 2013.

SILVA, J.C. Estado, Sociedade e Educação: O público e o privado na constituição de 1891. In: **4º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais**. UNIOESTE-Campus de Cascavel, 16 e 19 de setembro de 2009.

SILVA, F. L. G. Plano nacional de educação e seus desdobramentos sobre as novas diretrizes para a formação de professores da educação profissional: identidades profissionais em construção. **HOLOS**, [S.l.], v. 6, p. 156-177, out. 2016. ISSN 1807-1600. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/4986/1575>>. Acesso em: 24 jan. 2017. doi:<https://doi.org/10.15628/holos.2016.4986>.

SILVA, A. F.; RODRIGUES, M. M. **Novo Plano nacional de educação**: Debates e Tensões. 1.ed. Campina Grande: EDUEFCG, 2013.

SILVA, E.A.; ANJOS, U. U.; SILVA, C.C. Dialogicidade entre os mundos da educação e do trabalho no processo de formação em fisioterapia. **Tese de Doutorado**. Universidade Federal da Paraíba-UFPB. João Pessoa, 2015. 135f.

SILVA, K.L. et al. Enfermeiros migrantes no Brasil: características demográficas, fluxos migratórios e relação com o processo de formação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.24: e2686, 2016.

SILVA, K.L. et al. Expansão dos cursos de graduação em enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1211-1218, 2013.

SILVA, R.S. Pós-graduação e a pesquisa em enfermagem na América Latina: avanços e desafios. **Rev. Cuidarte**; v.6, n.2: p.1019-1021, 2015.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 681-688, 2009.

SOUZA, F. A.; PAIANO, M. Desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem em início de carreira. **Reme, Rev. Min. Enferm.** v.15, n.12, p. 267-273, 2011.

SOUZA, M.M.T; PASSOS, J.P.;TAVARES. C.M.M. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. v.7, n.1, p. 2072-2082, 2015.

SOUZA, P. N. P. **LDB e Educação Superior**: Estrutura e funcionamento. Pioneira. 2ªedição, 2001.

SOUZA & SOUZA, L.P., et al. Os desafios do recém-graduado em Enfermagem no mundo do trabalho. **Rev Cubana Enfermeria**, Ciudad de la Habana, v. 30, n. 1, p. 4-18, 2014.

SPATTI, A. C.; SERAFIM, M. P.; DIAS, R. B. Universidade e pertinência social: alguns apontamentos para reflexão. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 21, n. 2, p. 341-360, 2016.
VALE, E. G.; FERNANDES, J. D. Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59,n. especial, p. 417-422, 2006.

SPESSOTO, M. M. R.L.; MISSIO, L. O incrementalismo na licenciatura em enfermagem a partir das diretrizes curriculares nacionais. **Educação e Fronteiras**, Dourados, v. 6, n. 16, p. 120-133, 2016.

TEIXEIRA, E. et al. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 59, n.4, p. 479-487, 2006.

TONDOLO, V. A. G., SCHNEIDER, L. C. A utilização de testes de hipóteses em pesquisa Científicas. **Global Manager** – ano 7, n. 11, dezembro 2006.

TREVISAN, D.D. et al. Formação de Enfermeiros: Distanciamento entre a Graduação e a Prática Profissional. **Cienc Cuid Saude**. v.12, n.2, p.331-337, 2013.

TRIOLA, M.F. **Introdução à Estatística**: Atualização da Tecnologia. 11ªed.Rio de Janeiro: LTC, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. **Estudo de levantamento de aspectos demográficos, de formação e de mercado de trabalho das profissões de saúde de nível superior no Brasil entre 1991 e 2010**. Relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, 2014.

VALE, E. G.; FERNANDES, J. D. Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59,n. especial, p. 417-422, 2006.

VALENÇA, C. N. et al. Articulação Teoria/Prática na Formação em Saúde e a Realidade do Sistema Único de Saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, p. 880-885, 2014.

VELLOSO, A. A pós-graduação no Brasil: dilemas e desafios. **Almanaque Multidisciplinar de pesquisa**, 1(1), p.4-15, 2014.

VIALI, L. Material Didático: **Testes de Hipóteses**. 2009. Disponível em: <www.pucrs.br/famat/viali/>. Acesso em: 20 jan. 2017.

VIEIRA, S.L. A Educação nas constituições brasileiras: texto e contexto. **R.bras.Est. pedag.**, Brasília, v. 88, n.219, p.291-309, maio/agosto de 2007.

VIEIRA, M. A.; OHARA, C.V.S.; DE DOMENICO, E.B.L. A construção e validação de instrumento para a avaliação de egressos da graduação em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24: e2710, 2016.

VILELA, P.F; SOUZA, A.C. Liderança e o enfermeiro recém-formado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p.591-597, 2010.

WINTERS, J.R.F.; DO PRADO, M.L.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do sistema único de saúde: percepção dos formandos. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; v. 20, n. 2, p. 248-253, 2016.

WINTERS, J. R. F. et al. Formação dialógica e participativa na enfermagem: contribuição ao desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e criativo de acadêmicos. **REME-Rev Min Enferm**. v.21, e-1067, 2017.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa intitulada: **Diálogos entre os processos formativos e a prática em enfermagem** está sendo desenvolvida pela pesquisadora: **Rosangela Diniz Cavalcante**, doutoranda da Pós Graduação Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação dos professores: **César Cavalcanti da Silva e Eufrásio de Andrade Lima Neto**. objetivo geral: avaliar junto aos egressos a articulação entre processos formativos e a prática profissional mediante as orientações das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em enfermagem e Específicos: traçar perfil socioeconômico e profissional de egressos do curso de graduação em enfermagem no Estado do Rio Grande do Norte; identificar potencialidades e fragilidades do processo formativo de graduação em enfermagem em relação a prática profissional; conhecer posicionamento de egressos a respeito do processo formativo ofertados por cursos de graduação em enfermagem no Estado do Rio Grande do Norte e sua articulação com o mundo do trabalho; propor articuladores confiáveis entre os processos formativos e a prática profissional.

A finalidade deste trabalho é: contribuir para: auxiliar na elaboração de um perfil dos egressos de enfermagem no Estado do Rio Grande do Norte; promover melhoria na formação dos futuros enfermeiros auxiliando na adequação do processo de trabalho desse profissional; estabelecer potencialidades na articulação da formação superior com o mundo do trabalho; estimular a participação dos enfermeiros na recondução do seu processo formativo auxiliando na revisão das diretrizes curriculares nacionais para a enfermagem.

Solicitamos a sua colaboração para preencher o **questionário semiestruturado** como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica na área interdisciplinar. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Endereço Acadêmico: Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Departamento de Estatística- Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba – CCEN/UFPB. Telefone (83) 3216-7592; ou (84) 99665-7709; e-mail: ros.cavalcante@hotmail.com

ou

Contato do CEP/UFPB:

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice B - Instrumento quantitativo para avaliação de egressos sobre cursos de graduação em enfermagem

PARTE I- CARACTERIZAÇÃO DO EGRESSO:

1. Município de residência atual: _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Idade: _____ (anos)

4. Estado Civil:

() Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado/Separado

5. Possui ou encontrar-se inserido/a em pós-graduação:

() Sim () Não

Se sim, responda (pode ser mais de uma alternativa):

() Especialização *Lato Sensu*

() Mestrado profissional

() Mestrado acadêmico

() Doutorado

() Pós-Doutorado

06. Área da pós-graduação: _____

(Se tiver mais de uma pós-graduação, favor inserir todas).

07. Atuando como enfermeiro/a possui quantos vínculos empregatícios? _____

08. Município que exerce a profissão: _____

09. Com quanto tempo de formado conseguiu seu primeiro emprego como enfermeiro/a?

() Até 6 meses de formado.

() Mais de 6 meses a 1 ano de formado.

() Mais de 01 ano a 2 anos de formado.

() Acima de 2 anos de formado.

10. Natureza da instituição que exerce seu trabalho como enfermeiro/a (mais de um emprego, pode assinalar mais de uma alternativa):

() Pública

() Privada

() Filantrópica

() Mista

() Própria

() Outra. Especifique: _____

11. Área profissional que atua como enfermeiro/a **(pode assinalar mais de uma alternativa):**

() Atenção Básica

() Atenção Hospitalar

() Atendimento de Urgência/Emergência(SAMU e outros)

() Docência-Ensino Técnico

() Docência- Ensino Superior

() Gerência dos serviços de saúde/enfermagem

() Enfermagem do Trabalho

() Enfermagem Domiciliar

() Pesquisas

() Outros, especifique: _____

12. Como conseguiu ingressar no emprego atual como enfermeiro/a: **(Se tiver mais de um vínculo, pode assinalar diferentes formas de ingresso)**

() Concurso público

() Processo seletivo

- () Contato direto com instituição
 () Indicação de profissionais da área
 () Indicação de amigos/parentes
 () Outros. Especifique: _____

13. Regime de trabalho atual (Se tiver mais de um regime de trabalho, pode assinalar mais de uma alternativa):

- () Contrato temporário
 () CLT
 () Estatutário
 () Autônomo
 () Outro. Especifique: _____

14. Carga horária semanal de trabalho: _____

(Se tiver mais de um vínculo profissional como enfermeiro/a, favor somar as cargas horárias).

15. Renda mensal líquida atuando como enfermeiro/a de todos os vínculos: (considerar o salário mínimo de 937,00 Reais).

- () Até 02 salários mínimos
 () De 03 a 04 salários mínimos
 () De 05 a 06 salários mínimos
 () De 07 a 08 salários mínimos
 () Acima de 10 salários mínimos

PARTE II- CARACTERIZAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM:

16. Natureza jurídica da instituição de nível superior onde concluiu o curso de graduação em enfermagem:

- () Instituição Pública () Instituição Privada () Outro.

17. Nome da Instituição Formadora: _____

18. Local da Instituição Formadora: _____

19. Ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem: _____

20. Turno do curso de graduação em enfermagem que concluiu:

- () Integral () Diurno () Noturno

21. Modalidade do curso de graduação de enfermagem que concluiu:

- () Bacharelado () Bacharelado/Licenciatura

22. Quanto tempo gastou para finalizar a graduação em enfermagem:

- () Menos de 4 anos () De 4 anos a 5 anos () Mais de 5 anos

PARTE III - QUESTÕES RELACIONADAS AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM:

Acerca da sua formação em enfermagem e o mercado de trabalho do/a enfermeiro/a, atribua um valor de **0 (zero) a 10 (dez)** para as afirmativas abaixo, onde **0** significa **discordo totalmente** e **10** significa **concordo totalmente**.

DIMENSÃO I: DIDÁTICO-PEDAGÓGICA:

1.O curso de enfermagem lhe proporcionou um ensino crítico, reflexivo e criativo:	
2. O curso promoveu atividades de ensino, pesquisa e extensão/assistência articuladas	
3. O curso lhe proporcionou atividades práticas desde o início da graduação	
4.As atividades práticas ofertadas pelo curso tinham articulação com a teoria e forma interdisciplinar	
5.O curso lhe assegurou atividades práticas e estágios em diferentes cenários	

6.O curso lhe estimulou a participar de eventos científicos, cursos extracurriculares e outras.	
7. O curso lhe proporcionou metodologias ativas no processo ensinar/aprender	
8.O curso lhe proporcionou diferentes formas avaliativas durante a formação como dinâmicas em grupo, discussão coletiva e outros	
9. O curso lhe ofereceu oportunidades de monitoria, iniciação científica e/ou extensão	
10. O curso lhe possibilitou participar de avaliações e discussões inerentes a proposta pedagógica	
DIMENSÃO II: COMPETENCIAS E HABILIDADES	
11. O curso lhe ofereceu subsídios para reconhecer o papel social e político do/a enfermeiro/a	
12. O curso lhe conferiu formação técnico- científica de qualidade para seu exercício profissional	
13. O curso lhe proporcionou conhecer a estrutura e forma de organização social e sua influência sobre a enfermagem	
14. O curso lhe preparou para reconhecer problemas e necessidades de saúde	
15. O curso lhe preparou para reconhecer os perfis epidemiológicos como determinantes do processo saúde/doença para desenvolver suas práticas	
16 O curso lhe preparou para atuar em defesa dos princípios e diretrizes do SUS.	
17. O curso lhe preparou para atuar na assistência e cuidado de enfermagem nos diferentes ciclos de vida	
18. O curso lhe preparou para coordenar as atividades da equipe de enfermagem	
19. O curso lhe preparou para administrar conflitos do trabalho em equipe	
20. O curso lhe preparou para integrar ações de enfermagem com as práticas dos demais profissionais de saúde	
21. O curso lhe preparou para atuar no planejamento em saúde	
22.O curso lhe preparou para promover articulação com a comunidade, os profissionais, a gestão dos serviços no planejamento em saúde	
23.O curso lhe preparou para planejar e executar atividade de educação em saúde	
24. O curso lhe preparou para conduzir a formação de outros profissionais de saúde	
25. O curso lhe preparou para respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da enfermagem e do trabalho coletivo em saúde	
26. O curso lhe preparou a respeitar a privacidade do usuário assegurando sigilo e segurança na coleta de informações	
27. O curso lhe preparou para acompanhar e cumprir a legislação dos Conselhos de Classe da Enfermagem	
28.. O curso lhe preparou para desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação no nível individual e coletivo compatíveis com as necessidades de usuários/família e população	
29.. O curso lhe preparou para utilizar dados e ferramentas para desenvolver pesquisa na prática profissional	
30. O curso lhe estimulou a atuar como agente de transformação social	

31. O projeto pedagógico do seu curso de graduação segue de fato as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001) para a enfermagem	
DIMENSÃO III: MERCADO TRABALHO	
32. O curso lhe preparou o suficiente para assumir seu trabalho como enfermeiro/a	
33. Os conteúdos ministrados, os estágios e as aulas práticas lhe prepararam para a realidade atual do mundo do trabalho	
34. o seu curso possui parceria com as instituições públicas e privadas da região a qual faz parte(hospitais e outras instituições diversificadas para atuação do enfermeiro)	
35 A formação para enfermeiro/a que você teve na graduação responde as necessidades da população a qual você presta atenção à saúde	
36. As orientações das Diretrizes curriculares Nacionais (2001) para enfermagem estão articuladas com o mercado de trabalho para o/a enfermeiro/a	

Apêndice C - Instrumento qualitativo para avaliação de egressos sobre cursos de graduação em enfermagem

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

QUESTÕES SEMIESTRUTURADAS:

1. Relate como se sente em relação à formação acadêmica recebida durante a graduação em enfermagem e as exigências atuais vivenciadas no mercado de trabalho.

2. Avalie como as atividades teóricas, práticas e os estágios supervisionados ofertados pelo curso de graduação em enfermagem lhe auxiliaram na vida profissional atual.

3. Faça uma análise sobre a articulação da sua formação com seu trabalho como enfermeiro/a.

4. Cite fragilidades e potencialidades da graduação em enfermagem que cursou:

POTENCIALIDADES	FRAGILIDADES

5. Descreva algumas sugestões que podem melhorar a articulação entre a formação na graduação de futuros enfermeiros/as com o mundo do trabalho.

Apêndice D – Termo de anuência do COREN/RN



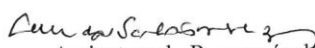
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada “**DIÁLOGOS ENTRE OS PROCESSOS FORMATIVOS E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM**”, a ser desenvolvida pela aluna **ROSANGELA DINIZ CAVALCANTE**, do curso de doutorado da Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação dos Professores. **CÉSAR CAVALCANTI DA SILVA** e **EUFRÁSIO DE ANDRADE LIMA NETO**.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, como também, no resguardo da segurança das informações dos participantes da pesquisa nela recrutados.

Igualmente informamos que para ter acesso às informações dos participantes da pesquisa nesta instituição, fica condicionada à apresentação à direção da mesma, da Certidão de Aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Tudo como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Natal, 20 de março de 2017.


Assinatura do Responsável

Suerda Santos Menezes
Nome Completo do responsável

CNPJ da Instituição: 08.506.339/0001-76

Carimbo do responsável -

Suerda Santos Menezes
Presidente
Coren-RN nº 63.738

Av. Romualdo Galvão, 558-Barro Vermelho - Cep. 59022-100 Natal-RN
Telefax: (84) 3222-8254

Home page: <http://www.coren.rn.gov.br> E-mail: sec.executiva@coren.rn.gov.br

Apêndice E - Termo de anuência da SESAP/RN

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada **“DIÁLOGOS ENTRE OS PROCESSOS FORMATIVOS E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM”**, a ser desenvolvida pela aluna **ROSANGELA DINIZ CAVALCANTE**, do curso de doutorado da Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação dos Professores. **CÉSAR CAVALCANTI DA SILVA e EUFRÁSIO DE ANDRADE LIMA NETO**.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, como também, no resguardo da segurança das informações dos participantes da pesquisa nela recrutados, caso estes sejam sorteados e aceitem participar da coleta de dados.

Igualmente informamos que para ter acesso às informações disponibilizadas pelos participantes da pesquisa nesta instituição, fica condicionada à apresentação à direção da mesma, da Certidão de Aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Tudo como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Natal, 22 de março de 2017.

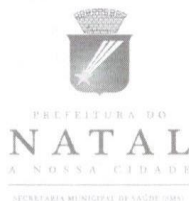
George Antunes de Oliveira

Secretário de Estado da Saúde do RN **George Antunes de Oliveira**
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

CPF do responsável: _____

CNPJ da Instituição: 08.941754/0001-45

Apêndice F - Termo de Anuência da SMS/Natal-RN



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada “**DIÁLOGOS ENTRE OS PROCESSOS FORMATIVOS E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM**”, a ser desenvolvida pela aluna **ROSANGELA DINIZ CAVALCANTE**, do curso de doutorado da Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação dos Professores, **CÉSAR CAVALCANTI DA SILVA e EUFRÁSIO DE ANDRADE LIMA NETO**.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, como também, no resguardo da segurança das informações dos participantes da pesquisa nela recrutados, caso estes sejam sorteados e aceitem participar da coleta de dados.

Igualmente informamos que para ter acesso às informações disponibilizadas pelos participantes da pesquisa nesta instituição, fica condicionada à apresentação à direção da mesma, da Certidão de Aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Tudo como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Natal-RN, 28 de março de 2017

Marcelo Bessa de Freitas
Secretário Adjunto de Gestão Estratégica, do
Trabalho e da Educação em Saúde

Assinatura do Responsável/carimbo

Nome completo do responsável

CPF do responsável: _____

CNPJ da Instituição: 24.518.573/0001-70

Anexo A - Certificado de envio ao CEP/UEPB

UEPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DIÁLOGOS ENTRE OS PROCESSOS FORMATIVOS E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM

Pesquisador: Rosangela Diniz Cavalcante

Versão: 1

CAAE: 67387217.9.0000.5188

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 038982/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto DIÁLOGOS ENTRE OS PROCESSOS FORMATIVOS E A PRÁTICA EM ENFERMAGEM que tem como pesquisador responsável Rosangela Diniz Cavalcante, foi recebido para análise ética no CEP UEPB - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba em 24/04/2017 às 09:08.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Anexo B - Certificado de aprovação do CEP/UFPB

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DIÁLOGOS ENTRE OS PROCESSOS FORMATIVOS E A PRÁTICA EM

Pesquisador: Rosangela Diniz Cavalcante

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67387217.9.0000.5188

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.043.249

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - NÍVEL DOUTORADO - CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA - UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, da aluna Rosangela Diniz Cavalcante, sob orientação dos professores Cesar Cavalcanti da Silva e Eufrásio de Andrade Lima Neto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar junto aos egressos a articulação entre processos formativos e a prática profissional mediante as orientações das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em enfermagem.

Objetivos Secundários:

Traçar perfil socioeconômico e profissional de egressos de cursos de graduação em enfermagem no Estado do Rio Grande do Norte;

Conhecer o posicionamento de egressos a respeito do processo formativo ofertado por cursos

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.043.249

de graduação em enfermagem no Estado do Rio Grande do Norte e sua articulação com o mundo do trabalho;

Identificar potencialidades e fragilidades do processo formativo de graduação em enfermagem em relação a prática profissional; Identificar divergências ou semelhanças entre o perfil dos egressos;

Estabelecer possíveis perfis de egressos em relação à formação profissional mediante análise de cluster.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A referida pesquisa envolverá riscos mínimos aos participantes pela possibilidade de causar qualquer tipo de constrangimento com a aplicação dos questionários. Caso o participante apresente dúvidas, o pesquisador estará disponível a prestar esclarecimentos. Além disso, na possibilidade de apresentar algum desconforto em responder as questões, a coleta será interrompida, podendo haver continuidade posteriormente com data e permissão de comum acordo entre as partes envolvidas na pesquisa.

Benefícios:

O estudo irá contribuir para enfermagem em vários aspectos, tanto na elaboração de um perfil de egressos enfermeiros no Estado do Rio Grande do Norte nos últimos anos; além de auxiliar na avaliação da formação desses profissionais de saúde e sua articulação com as necessidades do mundo do trabalho contemporâneo. Além disso, permitirá identificar possibilidades para revisão das Diretrizes Curriculares da enfermagem, na perspectiva de ampliar a articulação da formação superior com a prática profissional. Esses benefícios poderão intervir positivamente na sua prática desenvolvida nos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca, principalmente, avaliar junto aos egressos a articulação entre processos formativos e a prática profissional mediante as orientações das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em enfermagem.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.043.249

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

RECOMENDAMOS QUE A PESQUISADORA RESPONSÁVEL INCLUA O NOME DOS ORIENTADORES NA EQUIPE DE PESQUISA, ATRAVÉS DE UMA EMENDA.

RECOMENDAMOS TAMBÉM QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA, A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ENCAMINHE AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL, DOCUMENTO DEVOLUTIVO COMPROVANDO QUE OS DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À INSTITUIÇÃO ONDE OS DADOS FORAM COLETADOS E PESQUISA NA ÍNTEGRA, TODOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DEFINITIVA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o cumprimento das formalidade éticas e legais, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO DA FORMA COMO SE APRESENTA.

TODOS OS RESULTADOS DE UMA PESQUISA DEVERÃO SER DIVULGADOS JUNTO AOS PARTICIPANTES DA MESMA, ASSIM COMO NA(S) INSTITUIÇÃO(ÕES) ONDE OS DADOS FORAM OBTIDOS, PARA TANTO, DEVERÁ SER ANEXADO DOCUMENTO DEVOLUTIVO, APÓS A CONCLUSÃO DO ESTUDO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_901420.pdf	24/04/2017 02:33:30		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	21/04/2017 21:34:36	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Outros	instrumentoqualitativo.pdf	12/04/2017 12:27:05	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Outros	instrumentoquantitativo.pdf	12/04/2017 12:26:20	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	12/04/2017	Rosangela Diniz	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.043.249

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12:22:57	Cavalcante	Aceito
Outros	certidaohomologacao.pdf	12/04/2017 12:22:23	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Outros	submissaoorientadores.pdf	12/04/2017 12:20:50	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	12/04/2017 12:18:23	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOPROJETO.pdf	12/04/2017 12:17:40	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSOPESQUISADOR.pdf	12/04/2017 12:15:14	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoanuenciasecretariasaudern.pdf	12/04/2017 12:14:05	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoanuenciaprefeituranatal.pdf	12/04/2017 12:13:43	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoanuenciacoren.pdf	12/04/2017 12:13:22	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/04/2017 12:11:39	Rosangela Diniz Cavalcante	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 03 de Maio de 2017

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)