



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GISELLE ALVES DA SILVA TEIXEIRA

**EXPANSÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DA BAHIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO
DE ENFERMEIRAS**

SALVADOR

2015

GISELLE ALVES DA SILVA TEIXEIRA

**EXPANSÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DA BAHIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO
DE ENFERMEIRAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Josicélia Dumêt Fernandes

SALVADOR

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

T266 Teixeira, Giselle Alves da Silva,
Expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos
serviços de saúde da Bahia e suas implicações para a formação de
enfermeiras / Giselle Alves da Silva Teixeira. - Salvador, 2015.
119 f. ; il.

Orientadora: Profa. Dra. Joscélia Dumêt Fernandes.

Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Enfermagem - Estudo e ensino (Superior). 2. Educação em
enfermagem. 3. Escolas de enfermagem - Salvador (BA) - Processo
de formação. 4. Hospitais de ensino - Salvador (BA). 5. Enfermagem
- Serviços de saúde (Salvador (BA)). I. Fernandes, Joscélia Dumêt.
II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 614.253.5

GISELLE ALVES DA SILVA TEIXEIRA

**EXPANSÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DA BAHIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO
DE ENFERMEIRA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Doutora, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 30 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Josicélia Dumê Fernandes 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia – UFBA

Mary Gomes Silva 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade do Estado da Bahia – UNEB

Neuranides Santana 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia – UFBA

Rosana Maria de Oliveira Silva 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia – UFBA

Gilberto Tadeu Reis da Silva
Pós-Doutor em Ensino em Ciências da Saúde e Professor da Universidade Federal da Bahia – UFBA

DEDICATÓRIA

A Profa. Josicélia Dumêr Fernandes por não me deixar desistir de sonhar com um futuro melhor para mim e para minha profissão.

Ao meu companheiro Diógenes, uma pessoa singular, com quem compartilho minhas alegrias e momentos de sucesso.

A minha sobrinha Maria que abriu um sorriso no meu rosto e encheu o meu coração de amor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu companheiro Diógenes pelo amor incondicional; pelo cuidado constante; pela dedicação e paciência; pelo incentivo diário e por sonhar junto comigo.

A minha família, em especial meus pais e meu irmão Guilherme por me ajudarem a saber quem eu sou. Enquanto vocês estiverem do outro lado eu conseguirei me orientar.

A minha orientadora, a Profa. Dra. Josicélia Dumê Fernandes, que me apresentou à pesquisa científica; pela confiança e incentivo de todos os dias; pela orientação, não apenas deste trabalho, mas da minha vida profissional; pela generosidade em compartilhar conhecimentos e experiências; pelo carinho e dedicação a mim dispensados.

A minha companheira de jornada Silvana Lima Vieira que transformou-se em uma pessoa necessária na minha vida, me ensinando diariamente através do exemplo como ser uma pessoa melhor e mais tolerante.

A minha amiga Mary Gomes Silva pela amizade, boas risadas e por termos dividido esses anos de estudo e angústias acadêmicas.

Ao meu amigo Rudval Souza pelo exemplo de dedicação, seriedade e sucesso. Quando crescer quero ser igual a você.

Ao Prof. Gilberto Tadeu pelo incentivo, apoio e disponibilidade de sempre.

A Rosana Silva pelo carinho, atenção e disponibilidade em todas as etapas desse trabalho; pelas boas energias compartilhadas e pelo incentivo constante.

Aos colegas de doutorado Glícia Gleide e Andrea, ao corpo docente e funcionários do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem.

Meu estado de espírito sintetiza estes dois sentimentos (pessimismo e otimismo) e os supera: sou pessimista com a inteligência, mas otimista com a vontade. Em cada circunstância, penso na hipótese pior, para pôr em movimento todas as reservas de vontade e ser capaz de abater o obstáculo.

Antônio Gramsci

RESUMO

TEIXEIRA, Giselle Alves da Silva. **Expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde da Bahia e suas implicações para a formação de enfermeiras.** 2015. 119f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Esta tese analisou a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras. Trata-se de um estudo de métodos mistos, combinando elementos de abordagens qualitativa e quantitativa, ancorados nos pressupostos do Materialismo Histórico Dialético. Foram utilizados como cenários de investigação 13 cursos de graduação em enfermagem localizados na cidade de Salvador, bem como 04 hospitais gerais que se constituem enquanto cenários de aprendizagem para as IES coparticipantes da pesquisa. Os sujeitos entrevistados foram docentes, discentes e enfermeiras. Os dados quantitativos foram coletados a partir de dados fornecidos pelo Ministério da Educação, como também pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. A análise dos dados buscou triangular os achados nas etapas qualitativa e quantitativa, a fim de conseguir maior amplitude na descrição e compreensão do objeto de estudo. A análise dos dados quantitativos e qualitativos revelou uma desarmonia entre o número de cursos de graduação em enfermagem e a capacidade instalada de serviços de saúde, que traz as seguintes implicações para a formação das enfermeiras: excesso de alunas nos cenários de aprendizagem, comprometendo as oportunidades de ensino/aprendizagem; dificuldade de inserção das estudantes nos cenários de aprendizagem devido à escassez de serviços de saúde qualificados para receber as estudantes; dificuldade nas relações interpessoais entre docentes, discentes e preceptoras nos espaços de práticas em saúde agravadas pelo contingente de alunas nos serviços e as condições de trabalho impostas às profissionais; mudanças no projeto pedagógico dos curso no que tange o desenvolvimento de atividades práticas. As implicações destacadas revelam as contradições que envolvem a expansão dos cursos, atendo às diretrizes do neoliberalismo, e o contexto dos serviços de saúde, sobretudo os serviços públicos, que caminham na contramão do modelo hegemônico de produção de cuidados. Estas implicações convergem, portanto, para a qualidade do processo formativo em enfermagem e esta é, portanto, a principal implicação para a formação das enfermeiras baianas, pensando numa formação crítica, reflexiva e comprometida com a práxis social. A transformação da realidade do processo de formação das enfermeiras baianas requer a superação dessas contradições. No entanto, a superação dessas contradições requer a formação de enfermeiras capazes de pensar nessa transformação. É importante destacar que as implicações reveladas são resultado de múltiplos determinantes que incluem a expansão dos cursos e o cenário de dificuldades dos serviços de saúde, mas também o contexto histórico, político, ideológico e social que fomenta esses determinantes. Se por um lado, existe uma força que impulsiona a expansão dos cursos, transformando a educação superior em um mercado cada vez mais atraente, inclusive para o capital externo; existe também uma força que reprime a expansão dos serviços públicos de saúde (principais cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem) e fortalece o discurso do setor privado de cuidados a saúde. Essa constatação implica na necessidade de recuperação da capacidade do poder público para regular, avaliar e supervisionar adequadamente, tanto as IES quanto os serviços prestadores de cuidados à saúde.

Palavras-chave: Enfermagem, Educação em Enfermagem, Serviços de Saúde

RESUMEN

TEIXEIRA, Giselle Alves da Silva. **La expansión de los cursos de pregrado en los servicios de enfermería y de salud de la Bahía y sus implicaciones para la formación de enfermeras.** 2015. 119f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

En esta tesis se analiza la expansión de los cursos de pregrado en los servicios de enfermería y de salud de la Bahía y sus implicaciones para la formación de enfermeras. Se trata de un estudio de métodos mixtos, combinando elementos de los enfoques cualitativos y cuantitativos, anclados en los supuestos del materialismo dialéctico Historia. Fueron utilizados como escenarios de investigación 13 cursos de graduación en enfermería ubicadas en la ciudad de Salvador, y 04 hospitales generales que se constituyen como escenarios de aprendizaje para los participantes IES de la investigación. Los sujetos fueron entrevistados los profesores, estudiantes y enfermeras. Los datos cuantitativos se recogieron a partir de datos proporcionados por el Ministerio de Educación, así como por la Secretaría del Departamento de Salud del Estado de Bahía. Análisis de los datos apunta hallazgos triangulares en unas etapas cualitativas y cuantitativas con el fin de lograr una mayor gama para la descripción y comprensión del objeto de estudio. El análisis de los datos cuantitativos y cualitativos reveló una falta de armonía entre el número de cursos de pregrado en enfermería y la capacidad instalada de los servicios de salud, que tiene las siguientes implicaciones para la formación de las enfermeras: el exceso de alumnos en los escenarios de aprendizaje, poniendo en peligro las oportunidades enseñanza / aprendizaje; dificultad de inserción de los estudiantes en los escenarios de aprendizaje debido a la escasez de servicios de atención médica elegibles para los estudiantes; dificultad en las relaciones interpersonales entre profesores, estudiantes y preceptores en las prácticas de salud espacios compuestos por el contingente de estudiantes en los servicios y las condiciones de trabajo impuestas a los profesionales; cambios en el proyecto pedagógico del curso en relación con el desarrollo de actividades prácticas. Implicaciones Destacado revelan las contradicciones que implican la ampliación de cursos, asistir a las directrices del neoliberalismo y el contexto de los servicios de salud, en particular los servicios públicos, que van en contra del modelo de producción hegemónico de la atención. Estas implicaciones convergen, por tanto, a la calidad del proceso de formación en enfermería y, por tanto, esta es la principal implicación para la formación de enfermeras de Bahía, pensando en una formación crítica, reflexiva y comprometida con la praxis social. La transformación de la realidad de la formación de enfermeras proceso Bahía requiere superar estas contradicciones. Sin embargo, la superación de estas contradicciones requiere la formación de enfermeras capaces de pensar en esta transformación. Es importante destacar que las implicaciones reveladas son el resultado de múltiples factores determinantes que incluyen la expansión de los cursos y el fondo de las dificultades de los servicios de salud, sino también el contexto histórico, político, ideológico y social que fomenta estos determinantes. Por un lado, hay una fuerza impulsora detrás de la expansión de los cursos, la transformación de la educación superior en un mercado cada vez más atractivo, incluyendo el capital extranjero; también hay una fuerza que frena la expansión de los servicios de salud pública (principales escenarios de aprendizaje en salud / enfermería) y fortalece el discurso de la atención de la salud del sector privado. Este hallazgo implica la necesidad de una recuperación de la capacidad del gobierno para regular, evaluar y supervisar adecuadamente tanto las IES como proveedores de servicios para el cuidado de la salud.

Palabras clave: Enfermería, Educación en Enfermería, Servicios de Salud.

ABSTRACT

TEIXEIRA, Giselle Alves da Silva. **Expansion of undergraduate courses in nursing and health services of Bahia and its implications for the training of nurses.** 2015. 119f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

This thesis analyzed the expansion of undergraduate courses in nursing and health services of Bahia and its implications for training nurses. It is a study of mixed methods, combining elements of qualitative and quantitative approaches, anchored on the assumptions of Dialectical Materialism History. They were used as research scenarios 13 undergraduate nursing courses located in the city of Salvador, and 04 general hospitals that are constituted as a learning scenarios for IES partakers of the research. The subjects were interviewed teachers, students and nurses. Quantitative data were collected from data provided by the Ministry of Education, as well as by the Secretariat of the Bahia State Health Department. Data analysis aimed triangular findings in a qualitative and quantitative stages in order to achieve greater range for the description and understanding of the object of study. The analysis of quantitative and qualitative data revealed a disharmony between the number of undergraduate courses in nursing and the installed capacity of health services, which has the following implications for the training of nurses: excess of students in the learning scenarios, compromising opportunities teaching / learning; difficulty of inserting students in the learning scenarios because of the shortage of health care services eligible for the students; difficulty in interpersonal relationships between teachers, students and preceptors in health practices spaces compounded by the contingent of students in the services and the working conditions imposed on professionals; changes in the pedagogical project of the course regarding the development of practical activities. Highlighted implications reveal the contradictions involving the expansion of courses, attend the guidelines of neoliberalism, and the context of health services, particularly public services, which go against the hegemonic production model of care. These implications converge therefore to the quality of the training process in nursing and this is therefore the main implication for the formation of Bahian nurses, thinking in a critical training, reflective and committed to social praxis. The transformation of the reality of the training of nurses Bahia process requires overcoming these contradictions. However, overcoming these contradictions requires the training of nurses able to think in this transformation. Importantly, the implications revealed are the result of multiple determinants that include the expansion of courses and the background of difficulties of health services, but also the historical, political, ideological and social context that fosters these determinants. On the one hand, there is a driving force behind the expansion of courses, transforming higher education in an increasingly attractive market, including foreign capital; there is also a force that restrains the expansion of public health services (main learning scenarios in health / nursing) and strengthens the discourse of private sector care health. This finding implies the need for recovery of the government's ability to regulate, assess and properly supervise both IES as providers of services to health care.

Keywords: Nursing, Nursing Education, Health Services

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil de 1991 a 2014	44
Figura 2	Expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil de 1991 a 2014 por categoria administrativa	44
Figura 3	Trajatória dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil de 1991 a 2014 por região geográfica	45
Figura 4	Trajatória dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil em 2014 por categoria administrativa e região geográfica	45
Figura 5	Trajatória dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil em 2014 por categoria administrativa e unidade federativa	46
Figura 6	Trajatória dos cursos de graduação em enfermagem na Bahia de 1991 a 2014	65
Figura 7	Trajatória das vagas autorizadas para os cursos de graduação em enfermagem na Bahia de 1991 a 2014	65
Figura 8	Trajatória dos cursos de graduação em enfermagem na Bahia, por categoria administrativa, de 1991 a 2014	68
Figura 9	Trajatória vagas autorizadas para os cursos de graduação em enfermagem na Bahia, por categoria administrativa, de 1991 a 2014	68
Figura 10	Quantidade de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimento no estado da Bahia de 2012 a 2014	80
Figura 11	Quantidade de Centro de Atenção Psicossocial no estado da Bahia de 2015 a 2014	81
Figura 12	Quantidade de leitos hospitalares e leitos SUS no estado da Bahia de 2005 a 2014	83
Figura 13	Quantidade de leitos complementares e leitos complementares SUS no estado da Bahia de 2012 a 2014	83
Figura 14	Quantidade de estabelecimentos de saúde e oferta de vagas de graduação em enfermagem nos municípios baianos no ano de 2014	87
Figura 15	Quantidade de estabelecimentos de saúde, cenários de aprendizagem em enfermagem e oferta de vagas de graduação em enfermagem nos municípios baianos no ano de 2014	88

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABEn-BA	Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Bahia
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDRH	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CIET	Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EAD	Educação a Distância
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
EXERCE	Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação, Ética e Exercício de Enfermagem
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
IAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão em Institutos de Aposentadorias e Pensão
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MHD	Materialismo Histórico Dialético
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNE	Plano Nacional da Educação
PPP	Parceria Público-Privada
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
SRT	Serviços de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidades de Cuidado Intermediário
UCSal	Universidade Católica de Salvador
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UESC	Universidade Estadual Santa Cruz
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	20
3	TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL	27
3.1	DA PRIMEIRA ESCOLA DE ENFERMAGEM À CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	27
3.2	DA CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL	35
3.3	A LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL E A EXPANSÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	38
3.4	AS DIRETRIZES CURRICULARES E AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS	47
4	MÉTODO	52
4.1	TIPO DE ESTUDO	52
4.2	CENÁRIOS DE INVESTIGAÇÃO	54
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	55
4.4	TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS	57
4.1.1	Primeira Etapa – coleta dos dados quantitativos	57
4.1.2	Segunda Etapa – coleta dos dados qualitativos	58
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	60
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	62
5	EXPANSÃO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA BAHIA: uma realidade que preocupa docentes, discentes e enfermeiras	6
6	OS SERVIÇOS DE SAÚDE: cenários de aprendizagem necessários para a formação de enfermeiras	75
7	EXPANSÃO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA BAHIA: implicações para a formação de enfermeiras	89
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de tese tem como objeto de estudo a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras.

O tema “expansão dos cursos de graduação em enfermagem” há muito tangencia minha trajetória acadêmica e profissional. As primeiras inquietações surgiram ainda na graduação a partir da minha vivência nas atividades práticas desenvolvidas nos serviços de saúde e também da minha participação no Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação, Ética e Exercício de Enfermagem (EXERCE).

Ainda como estudante, percebia um descompasso entre as atividades desenvolvidas por mim e minhas colegas nos serviços de saúde e o que havia sido apresentado como proposta para as aulas práticas e Estágio Curricular. Percebia que não era apenas a distância entre a teoria e a prática; era a falta de um projeto comum que me incomodava, principalmente durante o Estágio Curricular, que se constitui no momento de consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do curso com a inserção na concretude do mundo do trabalho.

Esse descompasso ficou bastante evidente durante o período do Estágio Curricular, sobretudo nas atividades na rede básica de saúde, quando meu estágio foi dividido em três etapas desenvolvidas em serviços distintos: Unidade de Saúde da Família (USF), sede do Distrito Sanitário e na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). A divisão do estágio em três etapas foi um arranjo proposto pela docente responsável pelo meu grupo com o intuito de buscar uma alternativa diante da superlotação e das dificuldades estruturais e operacionais do campo de estágio inicialmente proposto.

O meu Estágio Curricular, segundo contrato firmado pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) com a Prefeitura Municipal do Salvador, deveria ser realizado na USF do bairro Garcia. Entretanto, a prefeitura havia liberado estágio, na mesma unidade, para outros dois cursos de enfermagem. Éramos, portanto, 18 alunas para desenvolver atividades junto a duas equipes de saúde da família. O número de alunas, a princípio, não seria um problema, pois cada enfermeira da equipe acompanharia um grupo de 9 alunas, que se revezariam nos turnos da manhã e tarde nas diversas atividades da unidade.

No entanto, em 2008, época do meu Estágio Curricular, Salvador passava por uma crise na saúde gerada pela suspensão do contrato com uma entidade filantrópica, responsável em contratar os profissionais das equipes de saúde da família e também administrar alguns serviços de saúde. Durante vários meses os profissionais ficaram sem contrato formal, trabalhando sem

nenhuma garantia de direitos trabalhistas. As unidades de saúde passaram, então, a apresentar dificuldades estruturais e operacionais como falta de materiais e de profissionais para o atendimento à população.

Na USF do Garcia a crise alterou o funcionamento da unidade: as equipes passaram a trabalhar num turno de 7h às 15h e suspenderam os atendimentos do período da tarde; as atividades fora da unidade, como visita domiciliar, foram suspensas; e alguns procedimentos eram realizados de acordo com o suprimento de materiais. Diante desse cenário, a presença de 18 alunas dificultava ainda mais o processo de trabalho na unidade.

Mesmo com o remanejamento de 04 colegas para outros cenários de aprendizagem, meu Estágio Curricular na USF ficou comprometido pela quantidade de estudantes desenvolvendo atividades no mesmo horário. Isso dificultava a execução das práticas e de um melhor aproveitamento da experiência, além de evidenciar a falta de um planejamento elaborado entre o serviço e a academia, que se refletia em uma insatisfação por parte dos profissionais do serviço.

Nos outros cenários (Distrito Sanitário e SESAB) ficou explícito que não houve um diálogo entre a academia e o serviço, que configurasse o Estágio Curricular como um momento de troca entre esses dois universos. Fomos remanejadas em caráter emergencial para esses espaços e nos inserimos em atividades que estavam em andamento, mas não houve um momento para o planejamento do estágio, a fim de que este se refletisse em uma contribuição significativa, não só para o serviço, mas também para a comunidade e a universidade.

Percebia que não era apenas a falta de um projeto comum que me incomodava, mas a distância entre a teoria e a prática; o que se apresenta como uma contradição principalmente porque o estágio curricular se constitui no momento de consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do curso com a inserção na concretude do mundo do trabalho. É, portanto, um momento de integração entre o que se aprendeu na academia, com o que se vivencia no mundo do trabalho, afinal é na prática que a estudante deve mostrar a verdade e o poder do seu pensamento. No entanto, não se trata de desenvolver qualquer prática, mas uma prática orientada pela teoria, com finalidade definida, ou seja, uma práxis (PRATES, 2012).

As inquietações, anteriormente referidas, juntavam-se às discussões no grupo EXERCE, proporcionadas pelos projetos de pesquisa nos quais eu me inseria e que tinham como tema a educação em enfermagem. Estes projetos versavam sobre a história da educação em enfermagem, destacando os marcos teóricos e legais que impulsionaram as mudanças ocorridas na formação de enfermeiras no Brasil; e também o movimento de expansão de cursos e vagas

de graduação em enfermagem evidenciado nas últimas décadas. Nesses projetos pude discutir a realidade concreta em que se inseria a minha formação e a profissão que havia escolhido.

Em 2009, agora como enfermeira, participei da equipe executora da pesquisa “A expansão de cursos de graduação em enfermagem e sua interface com os cenários das práticas em saúde”, cujos resultados revelaram que a expansão dos cursos e vagas de graduação em enfermagem dificultava a inserção das estudantes nos cenários das práticas em saúde, entre outras razões, porque a expansão de cursos não foi acompanhada, na mesma proporção, por uma expansão dos serviços de saúde, campos de práticas para o ensino de enfermagem. (FERNANDES et al, 2009).

Ainda sobre a relação entre a academia e os serviços de saúde, os resultados da pesquisa “Expansão e Qualidade do Ensino de Enfermagem”, da qual participei como membro da equipe executora e tutora de duas alunas de iniciação científica, revelaram que os cursos disputavam acirradamente os campos de práticas, estabelecendo novas relações de parceria entre a academia e os serviços de saúde. Por outro lado, o aumento no número de estudantes no serviço gerava insatisfação nos profissionais que atuavam nesses serviços, o que dificultava o relacionamento entre os pares. (FERNANDES et al, 2010).

A desarmonia entre o número de estudantes de enfermagem e a oferta de cenários de práticas tem sua gênese na expansão acelerada dos cursos de graduação, impulsionada pelo modelo neoliberal que vem sustentando as políticas de educação no Brasil, a partir de 1994. Por outro lado, as políticas de saúde implementadas no país, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), caminham na contramão do modelo hegemônico. Desta forma, compreendo que as forças indutivas da expansão dos cursos de graduação são contrárias às forças que impulsionam a expansão dos serviços de saúde.

Em 2012, vivenciei minhas primeiras experiências como docente em cursos de graduação em enfermagem, atuando em uma instituição pública e em uma instituição privada, simultaneamente. Nos dois casos, percebi que a relação estabelecida entre a academia e os serviços estava baseada na formalidade de um contrato firmado entre as partes que definia direitos e deveres dos gestores, mas não levava em consideração as singularidades dos serviços ou da formação.

A instituição pública, como costumava utilizar o mesmo serviço durante vários semestres, possuía certa intimidade com os profissionais e gestores. No entanto, isso não se refletia numa aproximação a ponto de construir um projeto comum que pudesse atender às necessidades do serviço e das estudantes ao mesmo tempo.

Em nenhum dos casos, percebi uma preocupação com o estabelecimento de uma parceria que fosse além da oportunidade de utilizar o serviço como cenário de aprendizagem. O contato era feito, na maioria das vezes, com o gestor do hospital, nos casos das práticas na rede hospitalar, ou com o gerente do distrito sanitário, nos casos das práticas na rede básica. Não havia um planejamento das atividades que seriam desenvolvidas no semestre que englobasse os gestores, as docentes e os profissionais do serviço.

Aspectos importantes não eram discutidos, tais como: quantitativo de estudantes no serviço no mesmo semestre, considerando os diversos cursos de enfermagem e da área da saúde; estrutura física e administrativa da unidade para recepção das alunas; dimensionamento da equipe de enfermeiras, a fim de estas pudessem agregar a preceptoria ao processo de trabalho; disponibilidade de materiais e equipamentos nas unidades que proporcionassem oportunidades de práticas, principalmente nos hospitais; dentre outras. Tais aspectos quando desconsiderados no planejamento trazem implicações para o processo de ensino/aprendizagem desenvolvido nos cenários de aprendizagem.

Paralelamente às atividades de pesquisa e docência, tive a oportunidade de participar de reuniões do Conselho Consultivo das Escolas de Enfermagem da Bahia promovidas pela Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Bahia (ABEn-Ba). Este conselho conta com a participação de coordenadores de cursos, docentes, preceptoras, discentes e profissionais dos serviços de saúde, cenários de aprendizagem em enfermagem e tem como objetivo discutir a formação de profissionais de enfermagem.

Em várias reuniões do Conselho, a inserção das alunas nos cenários de aprendizagem foi o foco da discussão e apareceu como um tema emergente e desafiador diante do aumento no número de cursos de enfermagem no nosso Estado. Os membros do Conselho relataram suas dificuldades para inserção das estudantes nos cenários das práticas, com vistas a atender o que está preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF), com vistas a uma formação de qualidade.

As experiências e observações por mim vivenciadas e descritas até aqui, despertaram meu interesse em desenvolver um estudo que apontasse respostas a algumas das minhas inquietações: Como oportunizar às estudantes a vivência da totalidade do trabalho em enfermagem e em saúde, diante do elevado número de estudantes no mesmo cenário de aprendizagem? Quais os desafios enfrentados pelos serviços de saúde para manutenção da oferta de estágios, diante do elevando quantitativo de estudantes? Que implicações o

descompasso entre o número de cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde trazem para a formação de enfermeiras?

A partir destes questionamentos iniciais desenvolvi o presente estudo, conforme o proposto por Quivy e Campenhoudt (2008) no livro *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, no qual os autores apresentam o procedimento de pesquisa como um processo em três atos: a ruptura, a construção e a verificação.

O ato da ruptura é uma etapa valiosa para construção sólida de um projeto de pesquisa, pois é o momento de “romper com os preconceitos e as falsas evidências, que somente nos dão a ilusão de compreendermos as coisas”, uma vez que “nossa bagagem supostamente teórica comporta numerosas armadilhas, dado que uma grande parte das nossas ideias se inspira nas aparências imediatas” (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2008, p. 26). É, portanto, o momento de buscar a relação entre a aparência e a essência do fenômeno estudado, a partir da literatura publicada sobre o tema, bem como definir a abordagem teórica que será adotada para tratar o problema formulado.

Nessa direção, o problema de pesquisa que se procura responder neste estudo, foi assim formulado: Como a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde implicam na formação das enfermeiras na Bahia?

Na busca de respostas à pergunta central definimos o seguinte objetivo para este estudo: Analisar a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras.

Este estudo adotou o Materialismo Histórico Dialético como abordagem teórica condutora da análise sob o entendimento de que a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras tornam-se incompreensíveis fora do contexto histórico e socialmente situado e demandam uma análise a partir de suas contradições, conexões e interdependências com a realidade concreta onde estão inseridos.

Face ao exposto, defendo a tese de que a expansão dos cursos de graduação em enfermagem, os serviços de saúde e o processo de formação das enfermeiras baianas constituem-se em realidades atravessadas por contradições que requerem a sua superação para transformação dessa realidade. Por outro lado, essa realidade é também temporal, ou seja, se constitui num momento de transformação e necessita ser compreendida a partir do contexto histórico e social onde se situa. Defendo, portanto, que as implicações para a formação das enfermeiras oriundas da expansão de cursos de graduação em enfermagem na Bahia, resultam

de múltiplas determinações do momento histórico e social em que se inserem, ou seja, um momento de franca expansão do ensino superior no país e de agruras nos serviços de saúde da Bahia.

Nas páginas seguintes apresento o processo de definição do objetivo e da tese; a revisão da literatura; o método utilizado e os resultados encontrados neste estudo.

No capítulo **Delimitação do objeto de estudo** descrevo o processo de definição do problema de investigação e abordagem teórica adotada, a partir da revisão da literatura publicada sobre o tema.

No capítulo **Trajectoria histórica do ensino de enfermagem no Brasil** descrevo as mudanças ocorridas na formação das enfermeiras brasileiras desde a criação da primeira escola até os dias atuais, destacando o contexto político e social da educação e da saúde em cada momento histórico.

No capítulo **Método** descrevo o método utilizado para alcance dos resultados que são apresentados nos capítulos seguintes.

O capítulo **Expansão de cursos de graduação em enfermagem na Bahia: uma realidade que preocupa docentes, discentes e enfermeiras** discute a expansão dos cursos de graduação em enfermagem no estado a partir da percepção dos sujeitos, frente ao movimento de expansão da educação superior no Brasil no período de 1991 a 2014.

No capítulo **Os serviços de saúde: cenários de aprendizagem necessários para a formação de enfermeiras** apresento a percepção dos sujeitos sobre os serviços de saúde enquanto cenários de aprendizagem para a enfermagem e as contradições encontradas no desenvolvimento das atividades nesses espaços.

As implicações para a formação de enfermeiras são analisadas no decorrer do capítulo **Expansão de cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia: implicações para a formação de enfermeiras**.

Nas **Considerações Finais** apresento as principais características do estudo, do método, uma síntese dos resultados e proposições para o futuro.

2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O tema da expansão da educação superior no Brasil tem sido uma demanda social inquestionável considerando o vertiginoso crescimento de cursos/vagas em Instituições de Ensino Superior (IES), nas duas últimas décadas.

O Grupo de Pesquisas EXERCE, atento a esta demanda social, vem acompanhando o movimento de expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil. O tema tem sido objeto de estudo de projetos de pesquisa, todos sob a coordenação da Profa. Dra. Josicélia Dumê Fernandes. Iniciei, então, a etapa de exploração da literatura a partir do material produzido pelo Grupo EXERCE nos últimos 10 anos sobre o tema “expansão dos cursos de graduação em enfermagem”.

A pesquisa “A expansão de cursos de graduação em enfermagem e sua interface com os cenários das práticas em saúde”, financiada pelo CNPq e desenvolvida entre os anos de 2008 e 2009, revelou a realidade do processo de formação de enfermeiras nos cenários das práticas em saúde frente ao processo de expansão de cursos a partir da percepção de estudantes de cursos de graduação em enfermagem do Estado da Bahia. O estudo mostrou que expansão dos cursos é um fator de preocupação e medo para as estudantes, quando pensam na qualidade da formação e a inserção no mercado de trabalho. Os resultados mostraram também que a expansão dos cursos tem dificultado a inserção das estudantes nos cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem, ocasionando mudanças no processo de formação como a substituição das aulas práticas nos serviços por atividades em laboratórios (FERNANDES et al, 2009).

A partir desses resultados, desenvolvemos entre os anos de 2009 e 2010, a pesquisa intitulada “Expansão e Qualidade do Ensino de Enfermagem” que nos permitiu afirmar que a expansão de cursos de enfermagem em Salvador não foi acompanhada, na mesma proporção, por uma expansão dos serviços de saúde, campos de práticas do ensino de enfermagem. Percebemos, também, que as escolas/cursos vêm disputando acirradamente os cenários de aprendizagem ou têm recorrido aos laboratórios internos, para o desenvolvimento das atividades (FERNANDES et al, 2010).

Outro trabalho relevante oriundo do Grupo EXERCE é a tese de doutorado de Silva (2013) onde ela apresenta as repercussões da expansão dos cursos de graduação em enfermagem nas práticas de ensino/aprendizagem nos serviços de saúde. A autora defende que o setor privado foi o principal responsável pelo aumento da oferta do ensino superior em enfermagem e que essa expansão não veio acompanhada de um estudo das necessidades e

demandas específicas de cada região onde o curso foi implantado. O estudo enfatiza que a oferta de serviços de saúde na cidade de Salvador é insuficiente para atender à demanda de alunas de enfermagem que necessitam ser inseridas nos cenários de aprendizagem, repercutindo, portanto, no processo de formação dessas estudantes (SILVA, 2013).

O Grupo EXERCE se destaca também na publicação de artigos sobre o tema. Foram encontrados 04 artigos publicados entre os anos de 2011 e 2013 escritos por pesquisadoras desse grupo.

No artigo publicado por Erdman, Fernandes e Teixeira (2011), as autoras afirmam que a graduação em enfermagem “se expandiu desordenadamente, em resposta às pressões da demanda por ensino superior e de grupos interessados em adquirir e/ ou acumular um capital escola” (p. 93). Houve um crescimento “em número de cursos, de alunos e professores, mas não observamos esforços contínuos para um adequado planejamento de seu crescimento, tampouco uma política de fomento para a melhoria acadêmica no que diz respeito à articulação da tríade ensino/pesquisa/extensão” (p. 93).

Fernandes (2012) destaca que “em 2004, a área da Enfermagem contava com 415 escolas/cursos. Esse quantitativo passou para 838, em 2012, sendo 80,19% na rede privada e 46,30% na região sudeste” (p. 395). Essa expansão “vem se dando de forma desarticulada com os cenários das práticas em saúde, ou seja, com os espaços de aprendizagem que envolvem a produção do cuidado” (p. 395) e essa desarticulação com os cenários de práticas “pode ter implicações danosas na efetivação de um processo de aprendizagem eficaz e de qualidade” (p. 395).

O trabalho publicado por Teixeira e colaboradoras (2013) revela “um crescimento, dos anos 2001 a 2011, no número de cursos, número de vagas, número de ingressantes, inscritos e concluintes nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil” (p. 104). Essa expansão é “reflexo do aumento no número de cursos/vagas em instituições públicas e privadas e da ampliação do acesso populacional à educação superior no país” (p. 108). Por outro lado, o estudo chama a atenção para o “desperdício de vagas observado pela desproporção entre vagas ofertadas x ingressantes x concluintes nos cursos de graduação em enfermagem [...] com indicativos que, sobretudo, as vagas ociosas estão nas instituições de ensino de caráter privado” (p. 108).

Fernandes e colaboradoras (2013) chamam a atenção para a desproporção entre o número de cursos no setor privado e no setor público, contrariando o disposto no Plano Nacional de Educação (PNE) que “defende aumento do setor público numa proporção nunca inferior a

40% do total de cursos, mantendo equilíbrio entre esses dois setores” (p. 677). As autoras salientam, ainda, que o acompanhamento e avaliação do ensino superior vem se dando através de processos de autorização e credenciamento, sem um acompanhamento de desempenho desses cursos. “A expansão de cursos/vagas sem um controle da sua qualidade está, destarte, longe de ser a única ou a melhor forma de ensinar e produzir conhecimento. A oferta de cursos sem acompanhamento da sua qualidade pode significar um risco, principalmente para a área da saúde, onde se coloca em jogo a vida da população” (FERNANDES et al, 2013, p. 677).

Após análise desses trabalhos, realizei uma busca assistemática sobre a temática, no período de 2011 a 2013, nas páginas eletrônicas do portal de periódicos e banco de dissertações e teses da Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior (CAPES), base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e acervo eletrônico do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira (INEP).

Como resultado dessa busca, foram encontrados estudos sobre: a avaliação da educação superior no Brasil e a expansão da educação superior em enfermagem (GALLEGUILHOS; CATANI, 2011); a trajetória da expansão de cursos de graduação em enfermagem, no período de 1991 a 2005 (BENITEZ, 2007); avaliação da expansão do ensino de Graduação em Enfermagem, no Estado do Piauí, no período de 1973 a 2008 (ROCHA, 2010); análise da oferta de Cursos de Graduação em Enfermagem, no Estado de Minas Gerais (SILVA et al, 2011); análise da expansão do ensino de enfermagem na formação social brasileira nas décadas de 1960 a 1980 (FERNANDES, 1988).

Além destas destaco, também, produções disponibilizadas nas páginas eletrônicas de periódicos da área da Educação (ZARUR, 2012; SCHWARTZMAN, 2012; ZAINKO, 2008; ALMEIDA, 2008; GONÇALVES, 2008; AMÂNCIO FILHO; VIEIRA; GARCIA, 2006; HADDAD et al, 2006).

Em síntese, os resultados desses estudos discutiram, predominantemente, o movimento da educação superior e a expansão dos cursos de graduação em enfermagem, frente às transformações ocorridas no bojo da sociedade, decorrentes das demandas do mundo do trabalho, que são determinadas pelo modo de produção econômica vigente no país. Este, por sua vez, determina a forma como está organizada a sociedade em sua vida material, sua produção, passando pela dinâmica de suas relações sociais, consubstanciadas pelas políticas econômicas e sociais que produz a política de educação e de saúde brasileira.

Na busca à literatura não encontrei um estudo que discutisse a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde na Bahia. A observação da realidade permite

afirmar que, na Bahia, não houve uma expansão dos serviços de saúde na mesma proporção da expansão dos cursos e esse descompasso, conforme salientou Fernandes (2012), pode trazer implicações para a formação das enfermeiras.

Além disso, os trabalhos encontrados na revisão da literatura não respondem ao problema de pesquisa desta investigação: Como a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde implicam na formação das enfermeiras na Bahia? A revisão da literatura, portanto, permitiu a constatação da escassez de publicações sobre o objeto de estudo desta tese, o que sinaliza a importância e a originalidade do trabalho.

Face ao exposto, o objetivo geral desta tese foi assim formulado: Analisar a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras.

O Materialismo Histórico Dialético (MHD) foi escolhido como abordagem teórica para condução da análise, pois entendo que a construção do conhecimento sobre a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras, demanda uma busca pela historicidade do fenômeno, envolvendo uma complexa contextualização do objeto, assim como a identificação de possíveis contradições da realidade investigada, nas suas múltiplas relações – das mais simples e determinantes até a totalidade social nas quais o fenômeno acontece.

Essa opção fundamentou-se no entendimento de que o referencial teórico metodológico do MHD favorece o conhecimento do objeto de estudo da presente investigação, possibilitando a apreensão do real, no contexto das suas contradições, desdobramentos e relações entre singularidade, particularidade e universalidade, a partir de sua gênese e desenvolvimento histórico.

Os pressupostos teórico-filosóficos do materialismo histórico se constituem num conjunto articulado de juízos, a respeito de uma dada realidade. Enquanto o método dialético se constitui num conjunto de procedimentos racionais, que operacionalizam a investigação científica e que estão, indissolúvelmente, ligados a uma determinada teoria da realidade e do conhecimento (FRIGOTTO, 2010; TRIVIÑOS, 2011).

Através do materialismo dialético percebe-se o fenômeno estudado como em constante movimento e transformação, buscando a compreensão desse fenômeno a partir da realidade em que o ser humano se desenvolve à medida em que age e transforma a natureza e, nesse processo, também se modifica. Já o materialismo histórico diz respeito à vida social, a seu caráter histórico e sua natureza contraditória. Seu embasamento metodológico, a dialética, representa

as ideias da totalidade, determinação e processo de abstração. Enfim, MHD engloba o estudo da realidade social na sua historicidade e contradições (KOSIK, 1976).

O materialismo histórico é o caminho teórico, que revela a dinâmica do real na efervescência de uma sociedade; enquanto que a dialética se refere ao método de abordagem desse real, procurando compreender o processo histórico em toda sua dimensão, isto é em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação. O materialismo histórico, enquanto caminho teórico, e a dialética, enquanto estratégia metodológica, estão profundamente vinculados. A dialética é responsável por introduzir, na realidade, algo que contesta o permanente e o mutável, por meio dos princípios do conflito e da contradição (MINAYO, 2008).

A dialética, do ponto de vista filosófico, enseja a dissolução de dicotomias, tais como corpo/mente, quantitativo/qualitativo, indução/dedução, objetivo/subjetivo, teoria/prática, macro/micro, interioridade/exterioridade, fenômeno/essência, singular/universal, base material/consciência, pois um de seus princípios é o da união dos contrários, no interior das totalidades dinâmicas e vivas. No pensamento dialético, é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem conhecer as partes (MINAYO, 2008).

Vale destacar que, no pensamento dialético, a visão de conjunto é sempre provisória e nunca se pode pretender esgotar a realidade a que ela se refere e a totalidade é mais do que a soma das partes que a constituem.

O MHD é, portanto, um método científico e referencial teórico-filosófico, que permite investigar e analisar a realidade objetiva, historicamente, uma vez que, o ser humano não está à margem da história. Assim, entende-se que a história acontece devido à intervenção humana, através da sua prática (GRAMSCI, 1995). “A história é o produto das atividades dos próprios homens, contudo, a sucessão empírica de acontecimentos históricos não é suficiente para explicar e compreender a origem real de uma determinada forma de existência ou de um pensamento” (MASSON, 2007, p. 108).

Todo fenômeno tem, portanto, uma história do presente para o passado. Desta forma, esta investigação, partindo do presente, retornou ao passado “para descobrir o processo que permitiu ao presente ser o que é” (PRATES, 2012, p. 120), descrevendo a realidade presente dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde, buscando suas origens no passado.

O MHD defende que se a realidade se mostrasse de forma imediata, seria desnecessário percorrer o processo de investigação científica para a apreensão e atuação sobre esta realidade.

Por isso, é importante o desvelamento da estrutura ontológica da realidade para que o conhecimento possa ser instrumento de uma práxis transformadora (MASSON, 2007).

Nessa direção, buscamos desvelar a essência do fenômeno, ou seja, as conexões e interações não aparentes que o fenômeno estabelece com o contexto histórico e com os sujeitos sociais. “A compreensão do real se efetiva ao atingir, pelo pensamento, um conjunto amplo de relações, particularidades, detalhes que são captados numa totalidade” (MASSON, 2007, p. 109).

Sob essa perspectiva, o meu objeto de estudo é aqui apreendido como uma totalidade histórico-social que o produz e o transforma através de seus atores sociais, também indissociáveis. Entendo, portanto, que a formação das enfermeiras é um processo que está em permanente movimento e está, ainda, articulada com os elementos histórico-sociais que favorecem a expansão do ensino superior no Brasil, bem como com o modelo contra hegemônico proposto pelo SUS.

Sob esse entendimento, o presente estudo busca trazer, para o plano do conhecimento, a realidade tal como ela é apresentada em sua essência, tomando como base o modo humano de produção social da existência em que

[...] indivíduos determinados, que são ativos na produção de determinada maneira, contraem entre si estas relações sociais e políticas determinadas. A observação empírica (que se atém simplesmente aos fatos sociais) tem de provar, em cada caso particular, empiricamente e sem nenhum tipo de mistificação ou especulação, a conexão entre estrutura social e política e a produção (MARX; ENGELS, 2007, p.94).

O MHD permitiu um direcionamento da análise para as causas e consequências das implicações para formação das enfermeiras à luz da expansão dos cursos, apontando suas contradições e considerando todo o caráter histórico, processual e de transformação do fenômeno estudado, constituindo-se num paradigma explicativo da realidade, além de proporcionar a apreensão do caráter histórico e a natureza contraditória do processo de formação de enfermeiras, em uma realidade concreta.

É um referencial capaz de subsidiar a compreensão do objeto de pesquisa, através do estabelecimento de relação entre o singular, o particular e o universal dos sujeitos sociais envolvidos na investigação. O fenômeno é estudado a partir de suas múltiplas determinações e o singular deve representar o universal quando aplicado nas mesmas condições histórico-sociais.

Para tanto, as categorias do método dialético, quais sejam: a totalidade, práxis, contradição e mediação proporcionam a análise da questão de pesquisa como fenômeno social

que possui caráter histórico, processual e de transformação, influenciado, continuamente, pelos determinantes dos contextos: ideológico, político, econômico e social (MASSON, 2007; FRIGOTTO, 2010).

A contextualização do fenômeno analisado nesta tese fundamentou-se na lógica e nos métodos que explicitam a dinâmica e as contradições internas da expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde na Bahia e suas implicações para a formação das enfermeiras.

3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Ao analisarmos a trajetória das políticas de saúde e da educação em enfermagem no nosso país é possível identificar várias fases de desenvolvimento ao longo dos anos. As mudanças ocorridas em cada fase refletem o contexto político, histórico e social da sociedade e da enfermagem brasileira, o que indica que essas mudanças decorrem das transformações no quadro político-econômico-social da saúde e da educação no Brasil e no mundo.

3.1 DA PRIMEIRA ESCOLA DE ENFERMAGEM À CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A primeira tentativa de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil ocorreu em 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros, no Hospício Nacional de Alienados, na cidade do Rio de Janeiro. Essa tentativa teve como finalidade o preparo de enfermeiros para os hospícios e hospitais civis e militares e emergiu de um processo político que, ultrapassando as fronteiras desse hospício, pôs em confronto o poder da Igreja, o poder do Estado e a classe médica. O curso tinha duração mínima de dois anos e o currículo era centrado nos aspectos básicos da assistência hospitalar, predominantemente curativa, sem fazer referência à duração e às condições da prática; incluía noções de propedêutica clínica, anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, cuidados especiais, tratamentos através de banhos, administração e economia das enfermarias (GERMANO, 1983; FERNANDES, 1988, 2006a).

Por volta de 1901, foi criado, sob a orientação de enfermeiras inglesas, outro curso, no então Hospital Evangélico (hoje Hospital Samaritano), em São Paulo. Esse curso foi criado com o objetivo de preparar pessoal para o referido hospital que se destinava ao atendimento de estrangeiros residentes no Brasil (GERMANO, 1983; FERNANDES, 1988, 2006a).

Com as repercussões da Primeira Guerra Mundial, a Cruz Vermelha Brasileira deu início, por volta de 1916, na cidade do Rio de Janeiro, a um curso de enfermagem (Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha), com a finalidade de preparar voluntários para as emergências de guerra (GERMANO, 1983; FERNANDES, 1988, 2006a).

Esses cursos foram criados para atender às necessidades emergenciais de cada momento histórico, sem, contudo, atenderem aos padrões da enfermagem moderna, semelhantes aos que, em 1860, já havia sido estabelecido em Londres, por Florence Nightingale, uma vez que durante

o predomínio do modelo econômico agrário-exportador, não havia, por parte do Estado, uma política explícita que indicasse uma preocupação com a saúde da população e, conseqüentemente, com uma mão de obra de enfermagem qualificada (GERMANO, 1983; FERNANDES, 1988, 2006a).

Ao final do século XIX, apesar de o Brasil ainda ser um imenso território com uma população pequena e dispersa, um processo de urbanização lento e progressivo iniciava-se em algumas cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo, onde a atividade mercantil com países da Europa e da África era mais intensa. A sociedade brasileira tinha como sustentáculo, tanto no plano sócio-político quanto no econômico, o setor agrário cafeeiro com a produção voltada para a exportação (GERMANO, 1983).

No início da República existia certa omissão do poder público em relação à saúde da população. “Prevalecia, na chamada República Velha (1889-1930), uma concepção liberal de Estado de que só cabia a este intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder” (PAIM, 2009 p. 28). O poder público se ocupava do saneamento dos portos, da adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e vacinação obrigatória através do modelo de intervenção “sanitarista campanhista”. Existia uma clara separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar. A assistência médica individual era oferecida pelas Santas Casas e instituições filantrópicas àqueles que não podiam pagar ou por médicos liberais através de remuneração direta (BRASIL, 2007).

Neste período, as doenças infectocontagiosas trazidas pela imigração, começaram a se difundir rapidamente nos núcleos de comércio e a saúde passou a ser encarada como um problema econômico-social. Na tentativa de deter o avanço dessas doenças que ameaçavam a expansão comercial brasileira, o governo resolveu assumir a assistência à saúde com a criação de serviços públicos, a vigilância e o controle mais eficaz sobre os portos. A Diretoria-Geral de Saúde Pública é, então, revitalizada, através da reforma Oswaldo Cruz (1904), incorporando novos elementos à estrutura sanitária (BRASIL, 2007; POLÍTICAS, 2010).

Na segunda década do século XX, após uma greve de trabalhadores, algumas empresas passaram a oferecer serviços médicos para seus funcionários, descontando um percentual de seus salários. Em 1923, a Lei Elói Chaves regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) que garantiam aos trabalhadores vinculados a essas caixas a assistência médica através das suas empresas (BRASIL, 2007; POLÍTICAS, 2010).

Em 1920, por meio da Reforma Carlos Chagas, numa tentativa de reorganização dos serviços públicos de saúde, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP),

órgão que exercia ação normativa e executiva das atividades de saúde pública no Brasil. A atenção imediata e especial do governo no saneamento dos portos e núcleos urbanos era uma resposta às constantes advertências externas dos países que comercializavam com o Brasil, em parar com as negociações, caso persistissem as epidemias e endemias que representavam uma ameaça aos tripulantes dos navios, bem como à população dos seus países de origem (GERMANO, 1983).

Em 1923, foi criada a Escola de Enfermeiras desse mesmo departamento, que mais tarde passou a se chamar Escola de Enfermeiras D. Ana Nery. Esta escola baseava-se em uma adaptação americana do modelo nightingaleano, redimensionando o modelo da enfermagem profissional no Brasil, daí ser considerada a primeira escola de enfermagem moderna do país. “Essa escola, nascendo na época áurea da Saúde Pública, teve como objetivo explícito a melhoria das condições sanitárias da população” (FERNANDES, 2006a).

O processo de formação estava a cargo de enfermeiras norte-americanas da Fundação Rockefeller, treinadas no sistema Nightingale, que vieram para organizar o serviço de Enfermagem de Saúde Pública no Brasil, além de instalar e dirigir a primeira escola de Enfermagem do país (GERMANO, 1983; FERNANDES, 1988, 2006a). O principal objetivo da implantação no Brasil de um ensino sistematizado da enfermagem era a formação de profissionais capazes de garantir o saneamento urbano, condições necessárias à continuidade do comércio internacional.

Assim, entendo que a emergência do ensino da enfermagem moderna em nosso país coincidiu, pois, com o momento em que surgiram os primeiros traços de uma política de saúde por parte do Estado, ou seja, com o momento em que a questão da saúde ganhava uma nova dimensão, passando a ser uma das atribuições do Estado que tinha como propósito preparar o pessoal para atuar em saúde. Percebo, então, que esse quadro remete à compreensão de que a criação da escola e a orientação do ensino vão ao encontro das necessidades do mercado que estavam postas naquele período de início do processo de industrialização no país.

O processo de reorganização econômica-política, a partir de 1930, evidenciou, destarte, a necessidade de uma força de trabalho qualificada e com saúde. Neste período, “o processo saúde/doença apresentava novo paradigma decorrente do avanço da ciência e tecnologia, provocando assim um abandono progressivo das ações coletivas, privilegiando a assistência individual e curativa” (SANTOS, 2007 p. 39). A assistência voltada para o setor hospitalar se consolidava e o “hospital deixou de ser a instituição que abrigava mendigos e marginais e transformou-se em centros de tecnologias para tratamento, cura e pesquisa” (SANTOS, 2007

p. 39). Essa transformação foi impulsionada pelos avanços do saber médico e também pelas lutas de trabalhadores que passaram a exigir do Estado uma assistência hospitalar e individualizada (SANTOS, 2007). Surge, então, a Previdência Social, transformando as Caixas de Aposentadoria e Pensão em Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAP), organizados por categorias de trabalhadores e não mais por empresas (BRASIL, 2007b, 2007c; POLÍTICAS, 2010).

No bojo desse processo de urbanização, industrialização e modernização dos hospitais, percebo o início e a evolução dos cursos de enfermagem moderna no país. Observei, ainda, que essa evolução, contudo, só foi acionada a partir de 1940 com o fortalecimento do processo de industrialização que exigia a redução do período de doença e absenteísmo dos trabalhadores.

Atendendo a lógica de produção de serviços de saúde, o Estado, através da Lei nº 775 de 06 de agosto de 1949 regulamentou o ensino de enfermagem como matéria de Lei. Esta Lei propôs a ampliação do número de escolas, tornando obrigatória a existência do ensino de enfermagem em todo centro universitário ou sede de faculdades de medicina. O reconhecimento das escolas passou a ser feito pelo, então, Ministério da Educação e Saúde e, não mais pela equiparação com a Escola Anna Nery (FERNANDES, 1988, 2006a).

Essa Lei, sem levar em consideração as carências e limitações existentes no país, direcionou o currículo do curso de enfermagem nos moldes do modelo norte-americano, fundamentando-se nos aspectos clínicos com conteúdo de diversas especialidades médicas, sem inovação em relação ao programa inicial. Prevalencia a ênfase no fazer em detrimento do pensar; a mecanicidade era reforçada pela repetição de técnica, desestimulando a criatividade, voltando a atenção para o tecnicismo (FERNANDES, 1988, 2006a). Esse fato sinaliza que no Brasil, o crescimento e desenvolvimento da enfermagem ocorreu de forma oposta à organização da saúde pública.

Fernandes (2006a) assinala ainda que se por um lado o Estado reconheceu o ensino de enfermagem como matéria de Lei, colocando-o ao nível do ensino universitário, por outro lado, atendendo ao setor produtivo e empresarial da área de saúde, estabeleceu os fundamentos para a definição do currículo pleno, determinando as condições da formação do profissional de enfermagem. O currículo foi esquematizado, as disciplinas foram selecionadas e a ordenação dos estágios passou a ser determinada; foi definida a obrigatoriedade do ensino das ciências físicas e biológicas, sendo limitativo no que se referia às ciências sociais. Assim, o ensino de enfermagem foi perdendo gradativamente o seu enfoque assistencial preventivo, passando a ser processado predominantemente nos ambientes hospitalares.

É importante destacar que o reconhecimento do ensino de enfermagem como matéria de Lei, não foi dado gratuitamente para a enfermagem. Ele foi o resultado de pressões das profissionais de enfermagem que, através de sua associação de classe, enfrentavam desafios e lutavam pela garantia e reconhecimento de sua profissão (FERNANDES, 1988, 2006a).

Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde foi desdobrado em dois ministérios: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. Com esta separação, o Ministério da Saúde passou a encarregar-se especificamente das atividades de saúde, como combate a endemias, controle da formação de técnicos em saúde pública e campanhas sanitárias. (BRASIL, 2007b).

Nessa época, o movimento sanitarista que havia surgido na Europa na primeira metade do século XX, começou a se organizar e se fortalecer no âmbito da saúde pública no Brasil. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimulou e patrocinou “a organização de seminários sobre medicina preventiva que contaram com a participação de representantes das escolas médicas de diversos países e foram fundamentais para a difusão das ideias do movimento preventivista” (BRASIL, 2007c p. 28).

O discurso sanitarista ganhou dimensão no início dos anos 1960 ao estabelecer relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento em saúde passou a integrar o planejamento global do governo com vistas ao crescimento do país e às melhorias para a população, conforme disposto em Brasil (2007c p. 28).

As propostas para adequar os serviços de saúde à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde, em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social.

Na esfera da educação, neste mesmo ano, foi promulgada a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que fixou as diretrizes e bases da educação nacional. A partir daí, o então Conselho Federal de Educação (órgão criado por esta Lei), passou a decidir sobre a duração e o currículo dos cursos superiores. O sistema formal de ensino universitário passou a ser estruturado e reformulado, segundo as determinações do Estado; os currículos foram redefinidos e os agentes do processo de formação passaram a ser moldados conforme a jurisdição estatal (FERNANDES, 1988, 2006a).

O currículo mínimo definido através do Parecer nº 271 de 19 de outubro de 1962 para o curso de graduação em enfermagem estabeleceu um curso geral e duas alternativas de especialização precoce; reduziu a duração do curso de quatro para três anos e excluiu algumas

disciplinas do tronco profissional comum do curso de graduação, tais como a Enfermagem de Saúde Pública e Ciências Sociais (FERNANDES, 1988, 2006a).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), numa tentativa de reação às determinações do novo currículo, solicitou ao Conselho Federal de Educação, que sustasse a homologação daquele Parecer, ao tempo em que apresentou uma exposição de motivos, propondo alterações substanciais do mesmo. Essas propostas, contudo, não obtiveram eco, sendo mantidas, em essência, as distorções do novo currículo adotado (FERNANDES, 1988, 2006a).

A ênfase passou a ser dada ao ensino das ciências físicas e biológicas, mantendo-se o enfoque na visão do homem como um ser biológico e mascarando-se o aspecto social da saúde. A concepção do social foi diluída em função da concepção exclusiva do biológico e o ensino girava em torno do atendimento do doente hospitalizado, tendo como marco de referência o predomínio de medidas curativas em saúde. (FERNANDES, 2006a p.14).

O golpe militar de 1964 interrompeu um processo democrático no país, provocando transformações em todos os setores da sociedade brasileira. Na área da saúde, priorizou-se o modelo assistencial centrado no hospital e na mercantilização da saúde em detrimento à medicina preventiva e o movimento de descentralização das ações de saúde foi abandonado. Em 1967, os IAP são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criando “um mercado unificado para as ações que serão produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos e fortalece o movimento de privatização do setor”. (BRASIL, 2007b p. 22).

Na área da educação, a segunda metade da década de 1960 evidenciou um momento de crise na universidade brasileira, com intensa mobilização estudantil pressionando por maior oportunidade de acesso ao ensino superior, mais verbas para a educação e melhor qualidade de ensino. Nesse contexto, surge a Lei nº 5.540 de 28 de novembro de 1968 que fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior, sua articulação com a escola média e a implantação de uma política educacional que se autoneie Reforma Universitária (FERNANDES, 1988, 2006a).

A Reforma Universitária propunha a ampliação do número de vagas e a modernização do ensino superior, além da conseqüente necessidade de revisão dos currículos mínimos dos cursos, atendendo-se, também, às exigências de um mercado de trabalho que, baseado na sofisticação tecnológica do desenvolvimento industrial, requeria um número crescente de profissionais qualificados (FERNANDES, 1988, 2006a).

A Reforma Universitária exigiu maior formação do corpo docente, respondendo às necessidades de especialização para atender a área tecnológica e a uma demanda maior do processo produtivo. Assim, além de expandir o número de cursos e vagas, a Reforma Universitária institucionalizou a Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) objetivando qualificar pessoal para suprir a educação superior (TEIXEIRA et al, 2006).

Como integrante do aparelho universitário, o ensino de enfermagem seguiu as determinações da Reforma Universitária, que, em síntese, estavam dirigidas para a formação de maior número de profissionais e na reestruturação de um novo currículo mínimo. Assim, atendendo às determinações do Conselho Federal de Educação, as docentes de enfermagem passaram a movimentar-se através de uma série de encontros, congressos e seminários no sentido de formular uma proposta de currículo para os cursos de enfermagem e para o estabelecimento de diretrizes buscando o seu aperfeiçoamento face aos preceitos estabelecidos pela reforma (FERNANDES, 1988; FERNANDES, 2006a).

A proposta elaborada pelas docentes foi transformada em um anteprojeto do currículo mínimo e enviada, através da ABEn, ao Conselho Federal de Educação. O anteprojeto sofreu modificações e foi transformado no Parecer nº 163 de 27 de janeiro de 1972 da Comissão Central de Revisão de Currículos e aprovado pela Resolução n.º 4 de 25 de fevereiro do mesmo ano (FERNANDES, 1988, 2006a).

O currículo passou a ser constituído de três partes: pré-profissional, tronco profissional comum e habilitações. O pré-profissional incluía conhecimentos de biologia, ciências morfológicas, ciências fisiológicas, patologia, ciências do comportamento e introdução à saúde pública. O tronco profissional comum incluía: introdução à enfermagem, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem materno-infantil, enfermagem psiquiátrica, enfermagem em doenças transmissíveis, exercício da enfermagem, didática aplicada à enfermagem e administração aplicada à enfermagem. As habilitações, por opção das alunas, abrangiam a enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem obstétrica e enfermagem de saúde pública (FERNANDES, 1988; FERNANDES, 2006a).

Fernandes (2006b) ressalta que apesar de possibilitar o aumento da duração do curso e de incluir o ensino das ciências sociais, o novo currículo não trouxe grandes transformações.

O currículo permaneceu com uma densa carga horária concentrada nas disciplinas da assistência curativa, assim como manteve a exclusão da enfermagem de saúde pública do tronco profissional comum, permanecendo, em essência, com a ênfase nos aspectos curativos, e portanto, diluiu-se a concepção do social em função da concepção exclusiva do biológico (FERNANDES, 2006b p.14).

A crise do capitalismo, particularmente do Estado de Bem-Estar e do modelo fordista-taylorista de produção, fez emergir na década de 1970 o neoliberalismo, caracterizado pela intensificação do movimento de internacionalização, especialmente do capital financeiro, pela implementação de um modo mais flexível de acumulação capitalista e da adoção de políticas que preconizavam o mercado como princípio fundador, unificador e auto-regulador da sociedade global competitiva. Esse movimento caracterizou-se pela redução do aparelho estatal – Estado Mínimo – objetivando a redução da esfera pública e ampliação da esfera privada, além da precarização do trabalho (BIANCHETTI, 1996; CATANI; OLIVEIRA, 2002).

Com o chamado “milagre brasileiro”, no período de 1968 a 1972, foi iniciado, no país, um intenso crescimento industrial, sem, contudo, apresentar uma correspondência no plano social. Os problemas de saúde tornaram-se politicamente relevantes. Durante congressos, seminários e encontros, as questões relativas à saúde passaram a ser problematizadas, iniciando-se um amplo movimento de denúncias das distorções operadas na assistência à saúde da população.

Os custos da assistência médica e a eficiência do setor tornaram-se questões de Estado na medida em que a incorporação de cidadãos com novos direitos e o avanço da tecnologia oneravam a atenção médica, tornando insuportável a manutenção do modelo. “No fim dos anos 1960, os gastos em assistência médica da Previdência Social já ultrapassavam os do complexo Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde”. Esta situação levou “à busca de alternativas racionalizadoras de extensão de cobertura a um custo suportável pelo sistema” (BRASIL, 2007b p. 23).

Nos espaços de construção da medicina comunitária voltou a ser difundido o movimento sanitário. “Esse movimento, coordenado por grupos de intelectuais em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, constituiu-se na base político-ideológica da Reforma Sanitária Brasileira”. (BRASIL, 2007b p. 23). O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foram duas importantes instituições que agregavam militantes e intelectuais que viriam integrar o movimento da reforma sanitária.

Novamente a expansão de cursos de graduação em enfermagem foi incentivada com a divulgação em 1972, do Plano Decenal de Saúde para as Américas que definiu, como uma de suas metas, o aumento quantitativo de enfermeiras, tornando necessária a ampliação do número de vagas e abertura de novos cursos de enfermagem no Brasil (PAIM, 2001).

Diversos movimentos políticos e sociais eclodiram nesse período, em que se destacou a Conferência de Alma Ata, em 1978, cuja meta foi “Saúde para todos no ano 2000”; a saúde passou a ser visualizada como resultante do desenvolvimento sócio-econômico das nações, além de abrir possibilidades para a participação popular nas discussões sobre saúde. Merece destaque também, a VIII Conferência Nacional de Saúde que estabeleceu três referenciais para a Reforma Sanitária Brasileira: (1) um conceito amplo de saúde; (2) a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado; (3) a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular (BRASIL, 2007b).

No final dos anos 1980 e início dos anos 1990, o país já sofria as consequências da crise do modelo econômico adotado por países capitalistas a partir do segundo pós-guerra. A superação dessa crise encontrou suporte na adoção de políticas neoliberais.

Em resposta às diretrizes neoliberais, impostas pelos países de economias dominantes, o governo brasileiro instaurou a chamada Reforma do Estado que trouxe, no seu bojo, o discurso de que o serviço público necessitava de eficiência, qualidade, flexibilidade e produtividade. Essas premissas estavam inspiradas em elementos da gestão empresarial voltadas para o controle de resultados.

O setor saúde, no entanto, caminhou na contramão da política neoliberal e como resultado da luta pela redemocratização do país, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal que estabelece, entre outras coisas, que a saúde “é um direito de todos e dever do Estado, garantidos mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988). Assim, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, institui o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema que visa a ampliação das responsabilidades do Estado com o setor saúde, a inclusão social e a redução das desigualdades através do seu caráter gratuito e universal.

3.2 DA CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL

Ao refletirmos sobre a conformação da atual política pública de saúde do Estado brasileiro, deparamo-nos com uma série de mudanças ocorridas no arcabouço político e ideológico do setor saúde. Fruto da luta pela democratização da sociedade brasileira e de um

desenho histórico construído desde o início do século XX, o SUS se constitui em uma das maiores políticas de saúde do mundo.

O SUS é uma conquista depois de um longo processo de acúmulo e de lutas desde os anos 1970 envolvendo movimentos populares, trabalhadores da saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, merecendo destaque neste percurso a Conferência de Alma Ata em 1978, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a promulgação da Constituição Brasileira em 1988.

O Sistema Único de Saúde foi instituído com a promulgação da Constituição Federal em 1988, mas só foi regulamentado em 1990 através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a). Esta Lei, conhecida como Lei Orgânica da Saúde “regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990a).

Os vetos presidenciais que foram colocados na Lei n.º 8.080 atingiram pontos fundamentais como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde, provocando uma reação imediata da sociedade civil organizada, que levou à Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esta Lei “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências governamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990b).

Em linhas gerais, o SUS pode ser compreendido como “o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde do Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006 p. 531). O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, integralidade e equidade; suas diretrizes organizativas são a descentralização em comando único, a hierarquização e regionalização dos serviços, além do controle social (BRASIL, 1990a, 1990b).

Através desses princípios e diretrizes, o SUS “intenta viabilizar a substituição do modelo ainda hegemônico biologicista, individual, centrado no médico e na doença por um modelo de atenção à saúde de natureza incluyente, universal, equânime e integral” (COSTA; MIRANDA, 2008 p. 25). Um modelo assistencial centrado na vigilância à saúde e prevenção de agravos, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e com ativa participação e controle social.

A proposta do SUS está baseada na concepção de saúde como direito de cidadania, ou seja, está vinculada à ideia central de que todas as pessoas têm direito à saúde. O mais importante resultado imediato da instituição do SUS foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos (BRASIL, 2007b). Até a criação do SUS, o direito à saúde estava restrito àqueles que contribuía com a previdência social ou àqueles que podiam pagar por uma assistência à saúde privada. Para o restante da população restava a assistência oferecida pelas organizações filantrópicas.

Acesso universal aos serviços de saúde “significa a possibilidade de todas as pessoas, incluindo estrangeiros que estejam visitando o Brasil, poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem, sem qualquer barreira de acessibilidade, seja cultural, física ou econômica” (PAIM, 2009 p.45). Atualmente qualquer cidadão brasileiro pode ser atendido em estabelecimentos de saúde públicos, filantrópicos ou privados, conveniados ao SUS, e realizar procedimentos de baixa, média ou alta complexidade.

Acesso igualitário diz respeito ao acesso aos serviços de saúde de maneira igual para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito. Entretanto, Paim (2009 p. 45) destaca que “em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades”. Assim, a noção de equidade seria mais adequada porque possibilitaria “atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade”. (PAIM, 2009 p. 45).

A promoção da saúde está relacionada com a capacidade dos serviços em estimular a qualidade de vida das pessoas e das comunidades por meio de medidas gerais e específicas. Os determinantes socioambientais, como condições de moradia, saneamento básico, emprego e lazer, influenciam na promoção da saúde. A proteção à saúde significa reduzir ou eliminar riscos, por meio de ações específicas, após conhecimento prévio dos fatores de riscos e de proteção. Algumas medidas são bastante conhecidas e divulgadas: vacinação; uso do cinto de segurança no trânsito; controle de medicamentos e alimentos; distribuição de preservativos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. A recuperação da saúde, por sua vez, “requer um diagnóstico precoce, um tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando complicações ou sequelas” (PAIM, 2009 p. 46).

Paim (2009) ressalta que de acordo com a Constituição, o SUS deve ser organizado a partir de três orientações fundamentais: (1) descentralização das ações, com direção única em

cada esfera de governo; (2) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais; (3) participação da comunidade.

A descentralização das ações tem com objetivo adequar o SUS às diversidades regionais observadas em todo Brasil, no que diz respeito às condições econômicas, sociais e culturais. As ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990a). As decisões sobre a saúde devem ser tomadas pelos municípios e estados através das Secretarias de Saúde, cabendo ao Ministério da Saúde coordenar a atuação do sistema no âmbito federal.

A integralidade da assistência é entendida com um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a). Isto significa que todas as pessoas devem ter acesso a todo tipo de serviço e ações de saúde, de acordo com a necessidade de cada caso ou situação.

Para Almeida; Chioro; Zioni (2001 p. 37) para cumprir o princípio da integralidade “os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e morrer”. Esses autores afirmam que, sob a lógica da integralidade, o indivíduo deve ser entendido como um cidadão sujeito a riscos sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais e, portanto, o atendimento no serviço de saúde deve ter como foco também a saúde e não somente a doença. O atendimento integral, portanto, envolve a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A participação da comunidade expressa uma orientação para democratização dos serviços e das decisões em relação à saúde, além de assegurar o controle social sobre o SUS. De acordo com Paim (2009 p. 51) “a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde”.

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas com participação popular, sem prejuízo às funções do Poder Legislativo. Segundo a Lei n.º 8.142, a Conferência de Saúde deve acontecer “a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de política de saúde nos níveis correspondentes” (BRASIL, 1990b). O Conselho de Saúde, por sua vez, tem caráter permanente e deliberativo; é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários que atua na formulação

de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b).

A Lei Orgânica da Saúde definiu ainda como um dos objetivos e atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. O Art. 27 desta Lei define que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, com o objetivo de organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaborar programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (BRASIL, 1990a).

O processo de implementação do SUS provocou uma mudança nos modelos assistenciais de modo a atender seus princípios estruturantes – universalidade, integralidade e equidade – demandando uma mudança no perfil dos trabalhadores em saúde. O “objeto” das práticas em saúde mudou à medida que o próprio sistema de saúde mudou. Atender aos princípios do SUS requer muito mais do que conhecimentos técnicos; exige conhecer a lógica proposta para este novo sistema de saúde, seus princípios, suas diretrizes, seus desafios, bem como o perfil e as necessidades da população assistida. Para Pereira e colaboradores (2009 p. 774), “o SUS se constitui em um projeto tecno-político que carrega novos valores e enfoques teóricos na produção da saúde, exigindo novos perfis profissionais”. Para fazer frente aos desafios dessas novas práticas, passou-se a exigir dos profissionais, uma formação voltada para o redirecionamento intelectual, moral, ético e político, ou seja, uma formação com tendência “generalista” para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Como integrantes da equipe multidisciplinar em saúde, as enfermeiras precisaram redirecionar as suas práticas profissionais para o atendimento integral à saúde individual e coletiva da população. Houve, então, a necessidade de reformulação do currículo vigente (currículo de 1972), convocando à discussão entidades de classe, escolas e organizações de saúde.

A ABEn, como um dos atores engajados nesse processo de luta, desencadeou um amplo debate por meio de seminários nacionais e regionais, mobilizando docentes, discentes e profissionais dos serviços de saúde, objetivando a construção coletiva de um projeto educacional para a enfermagem brasileira. A troca de experiências e a riqueza das discussões geradas nesse movimento subsidiaram o Parecer n.º 314/94 do Conselho Federal de Educação, homologado pela Portaria n.º 1.721 do Ministério da Educação, em 15/12/1994, surgindo, assim, um novo currículo para os cursos de graduação em enfermagem (BRASIL, 1994).

Esse novo currículo passou a ser constituído por quatro eixos temáticos: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem. O eixo Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, com 25% da carga horária total do curso, estava constituído pelos conteúdos das Ciências Biológicas e Ciências Humanas. O eixo dos Fundamentos de Enfermagem, com 25% da carga horária do curso, incluía os conteúdos técnicos, metodológicos, os meios e instrumentos de trabalho individual e coletivo. O eixo da Assistência de Enfermagem, com 35% da carga horária do curso, incluía os conteúdos teórico-práticos da assistência de enfermagem individual e coletiva à criança, adolescente e adulto em situações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, gineco-obstétricas e saúde coletiva. O eixo da Administração em Enfermagem, com 15% da carga horária do curso, incluía os conteúdos teórico-práticos de administração do processo de trabalho da assistência de enfermagem em hospitais gerais e especializados, ambulatoriais e rede básica de serviços de saúde (BRASIL, 1994).

Além de definir os eixos temáticos e o percentual da carga horária dos mesmos, a Portaria n.º 1.721/94 definiu, também, a carga horária mínima do curso, em 3.500 horas, e a sua duração em, no mínimo, quatro anos (ou oito semestres letivos) e, no máximo, seis anos (doze semestres letivos) (BRASIL, 1994).

Apesar de contemplar algumas propostas apresentadas pela categoria das profissionais de enfermagem, esse novo currículo gerou algumas insatisfações, tais como aquelas relacionadas à ausência das disciplinas da área de educação, desconsiderando a função educativa da enfermagem. Outra insatisfação gerada pelo novo currículo foi decorrente da delimitação do percentual da carga horária dos eixos temáticos, que configurava um controle sobre o processo de formação do enfermeiro, limitando o perfil do profissional generalista e desconsiderando as características institucionais e regionais onde os cursos se inseriam (FERNANDES, 1988).

Essas insatisfações frente ao novo currículo eram manifestadas nos diversos eventos científicos da área, particularmente nos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn), criados, pela ABEn, a partir de 1994 e que trouxeram contribuições significativas para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF), além de se constituírem em espaços para aprofundamento da construção coletiva das políticas e propostas que dizem respeito à educação em enfermagem (FERNANDES, 1988).

Sob a égide do discursos neoliberal, a partir de 1995, deu-se início à Reforma do Ensino Superior no Brasil, quando houve um movimento para levar as instituições públicas de ensino a potencializar recursos e racionalizar custos no sistema educacional, ou seja, organizá-lo nos moldes dos princípios do modelo econômico, a fim de torná-lo mais eficiente, competitivo e produtivo, uma vez que estava sendo considerado rígido, lento, ineficiente e sem memória administrativa. Nesse sentido, a expansão do ensino superior, caracterizada pela ampliação das cursos/vagas e matrículas nas IES, foi uma das medidas adotadas (BEHRING, 2003).

Em dezembro de 1996, o Diário Oficial da União publicou a nova LDB, sob a Lei nº 9.394 de 20/12/96 (BRASIL, 1996), a qual reiterou a tendência profissionalizante da formação “generalista”. Essa Lei trouxe novas responsabilidades para as IES, assegurando autonomia didático-científica, bem como autonomia para criar cursos e para fixar os currículos dos seus cursos e programas, recomendando que cada curso adotasse as diretrizes curriculares que melhor atendesse ao perfil epidemiológico e social da comunidade, esperando com isso melhor adaptação ao mundo do trabalho e atendimento às necessidades sociais (BRASIL, 1996).

3.3 A LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL E A EXPANSÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A LDB/96 define o perfil do profissional a ser formado, como aquele indivíduo crítico, reflexivo, dinâmico, ativo, adaptável às demandas do mercado do trabalho, apto a aprender a aprender, a assumir os direitos de liberdade, atender as tendências do mundo globalizado (BRASIL, 1996).

Essa Lei abre espaços para a flexibilização dos currículos de graduação, para a expansão de cursos e vagas na educação superior, além de direcionar a construção de Diretrizes Curriculares para cada Curso de Graduação que, por sua vez, apresentam princípios voltados para...

[...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades [...] (BRASIL, 1996).

A flexibilidade curricular prevista na LDB dá condições às instituições formadoras de determinar o perfil do aluno que se deseja formar, já que estas instituições terão liberdade para definir parte considerável de seus currículos.

A LDB/1996 fixou as diretrizes e bases da educação nacional e reafirmou a educação como um dever do Estado, devendo ser inspirada nos “princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana”, tendo por finalidade “o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. Evidenciou a “coexistência de instituições públicas e privadas de ensino”, definindo que “o ensino é livre à iniciativa privada”, devendo, contudo, ser assegurada “a garantia de padrões mínimos de qualidade de ensino”, a “vinculação entre a educação, trabalho e práticas sociais” além do “incentivo ao trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive”. Assegurou, também, a autonomia às IES, possibilitando às mesmas “a criação, expansão, modificação e extinção de cursos; ampliação e diminuição de vagas e elaboração de programas de cursos”. Ficou instituída, apenas para as Universidades, a obrigação da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1996).

Vale destacar que a exigência da indissociabilidade do ensino/pesquisa/extensão, estabelecida na Constituição de 1988, favoreceu uma diminuição do número de universidades, pois além delas terem que desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, para se manter como universidade; era necessário, também, que 1/3 do seu corpo docente tivesse regime de trabalho em tempo integral e com titulação de Mestrado ou Doutorado (BRASIL, 1996). As universidades que não se adequaram a essas exigências passaram, então, a ser organizadas como Centros Universitários, a partir do Decreto 2.306 de 1997 que cria os Centros Universitários, separando as “universidades de pesquisa” das “universidades de ensino”.

Sob o argumento de que havia uma demanda reprimida, esse conjunto de medidas, estimulou a expansão da oferta de vagas, particularmente, pela iniciativa privada, sem, contudo, ampliar as despesas da União para com a educação superior. Foram agilizados e facilitados os processos de autorização, reconhecimento e credenciamento de cursos e instituições do setor privado, por parte do Conselho Nacional de Educação (CNE). Paralelamente a essa expansão do setor privado, houve aumento de eficiência das Instituições Federais de Ensino Superior, sem que tivesse sido ampliada sua capacidade instalada. Ao contrário, não houve reposição dos quadros docentes e de servidores técnico-administrativos, na mesma proporção que se deu a

corrida às aposentadorias, motivada pela mudança das regras de concessão de benefícios aos servidores públicos (FERNANDES et al, 2013).

Como um de seus principais elementos, a LBD/1996 determinou que a União encaminhasse ao Congresso Nacional, o Plano Nacional da Educação (PNE), com diretrizes e metas para os dez anos seguintes, em consonância com a Declaração Mundial sobre Educação para todos.

Assim, em 9 de janeiro de 2001, foi sancionada a Lei nº 10.172/2001 (BRASIL, 2001), que instituiu o PNE e apresentou uma política de Estado, para o decênio 2001-2010, estabelecendo, entre outras metas, que, ao final de 2010, seriam oferecidas vagas em cursos superiores compatíveis com 30% dos jovens entre 18 e 24 anos (BRASIL, 2001).

O PNE teve como objetivos: a elevação global do nível de escolaridade da população; a melhoria da qualidade do ensino em todos os níveis; a redução das desigualdades sociais e regionais no tocante ao acesso e à permanência, com sucesso, na educação pública e a democratização da gestão do ensino público, nos estabelecimentos oficiais, obedecendo aos princípios da participação dos profissionais da educação na elaboração do projeto pedagógico da escola e a participação das comunidades escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes (FERNANDES et al, 2013).

Percebo que, o sistema educativo no Brasil passou, então, a apresentar grande crescimento da sua oferta, com a abertura indiscriminada de novos cursos, sem controle, por exemplo, da necessidade e demandas específicas de cada região, ocasionando uma desigualdade geográfica (desequilíbrio regional e intra-regional), dessa oferta e, ainda, a privatização do sistema e a proliferação descontrolada de cursos e de instituições, cada vez mais distantes, da ideia de universidade e de padrões mínimos de qualidade.

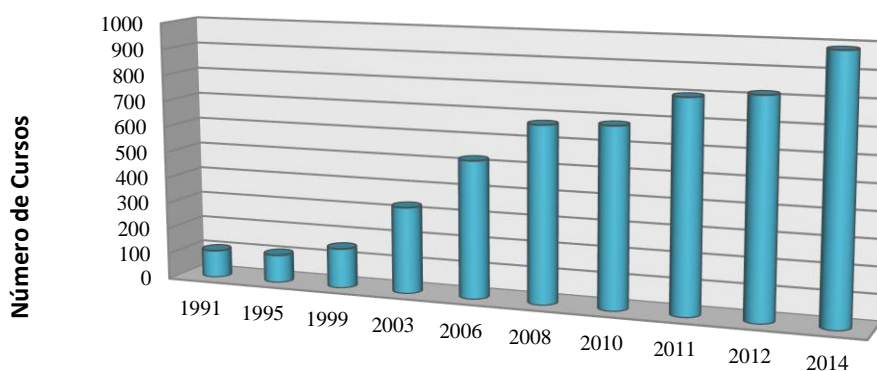
Os gráficos que seguem apresentam a expansão dos cursos de graduação em enfermagem como resultado do movimento de expansão da educação superior no Brasil, nas duas últimas décadas¹.

No que tange a área da enfermagem, houve um aumento de 754% no número de cursos que saltou de 106 em 1991 para 799 em 2011 (FERNANDES et al, 2013). Consideram que esses números revelam intensa e desordenada expansão do número de cursos, no período de

¹ A expansão dos cursos de graduação em enfermagem vem sendo acompanhado pelas pesquisadoras, incluindo a autora desta tese, do Grupo de Pesquisa EXERCE da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia desde o ano 2000 através da coleta de dados nos *sites* e documentos oficiais do Ministério da Educação e posterior alimentação de uma planilha eletrônica. Os dados aqui apresentados foram gentilmente cedidos pela Profa. Josicélia Dumêt Fernandes, líder do grupo de pesquisa e coordenadora do projeto.

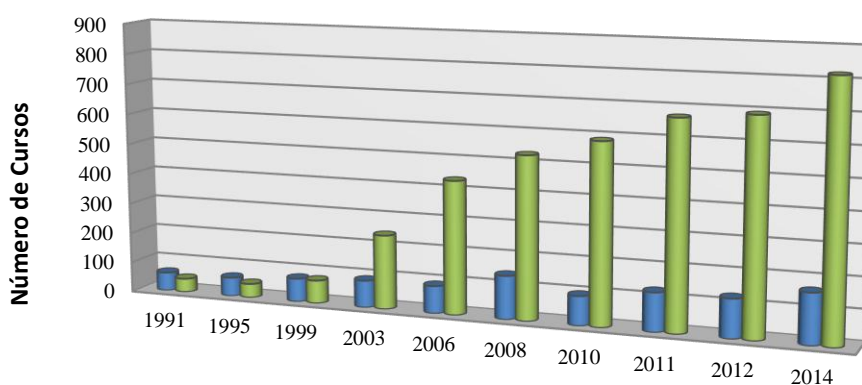
1991 a 2011, e, particularmente, a partir de 2001, como reflexo da LDB e do PNE. Em 2014, o número de cursos de graduação em enfermagem no Brasil já chega a 985 (Figura 1).

Os números revelam, também, que a oferta de cursos de enfermagem entre os setores público e privado tem sido muito desigual (Figura 2), refletindo a autonomia dada às instituições de ensino superior em decorrência da LDB/96. Esse achado contraria o disposto no PNE que defende um aumento do setor público numa proporção nunca inferior a 40% do total de cursos, mantendo um equilíbrio entre esses dois setores.



	1991	1995	1999	2003	2006	2008	2010	2011	2012	2014
Total	106	108	153	332	526	673	684	799	819	985

Figura 1 – Expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil de 1991 a 2014 – Fonte: INEP/ME/e-MEC



	1991	1995	1999	2003	2006	2008	2010	2011	2012	2014
Pública	61	62	77	89	90	142	96	127	127	165
Privada	45	46	76	243	436	531	588	672	692	820

Figura 2 – Expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil de 1991 a 2014 por categoria administrativa – Fonte: INEP/ME/e-MEC

A desigualdade se mantém quando é analisada a distribuição dos cursos nas regiões do país (Figuras 3, 4 e 5), fato este que já havia sido apontado pelo PNE que se propunha, entre outras coisas, a estabelecer uma política para diminuir essa distorção.

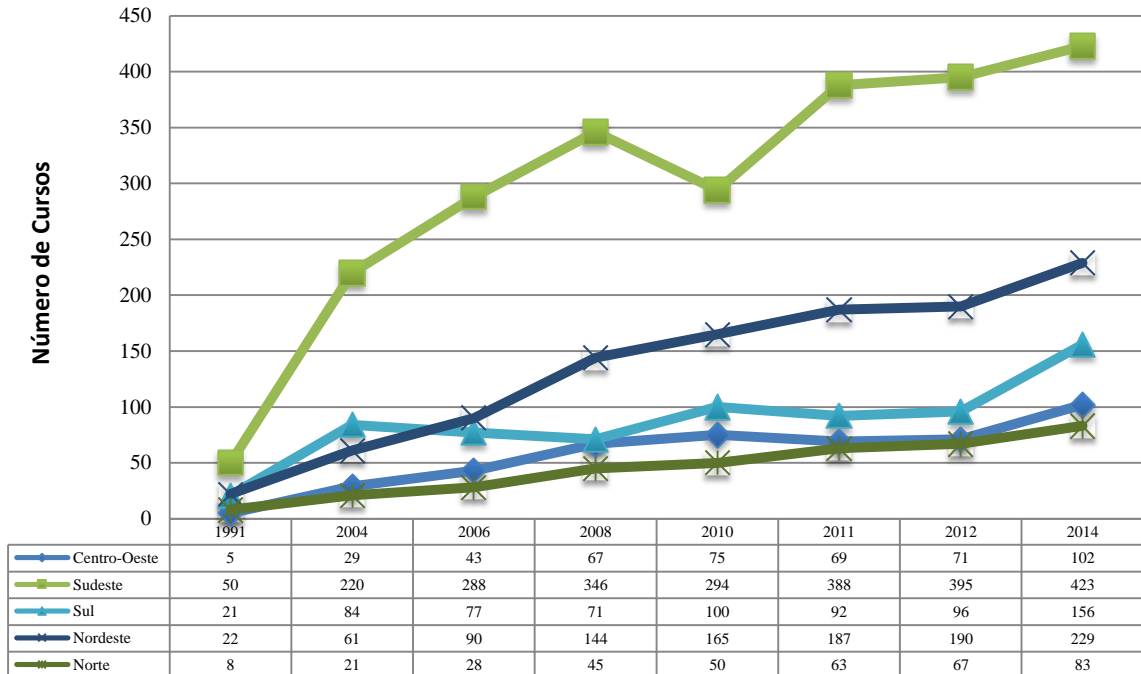


Figura 3 – Trajetória dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil de 1991 a 2014 por região geográfica

Fonte: INEP/ME/e-MEC

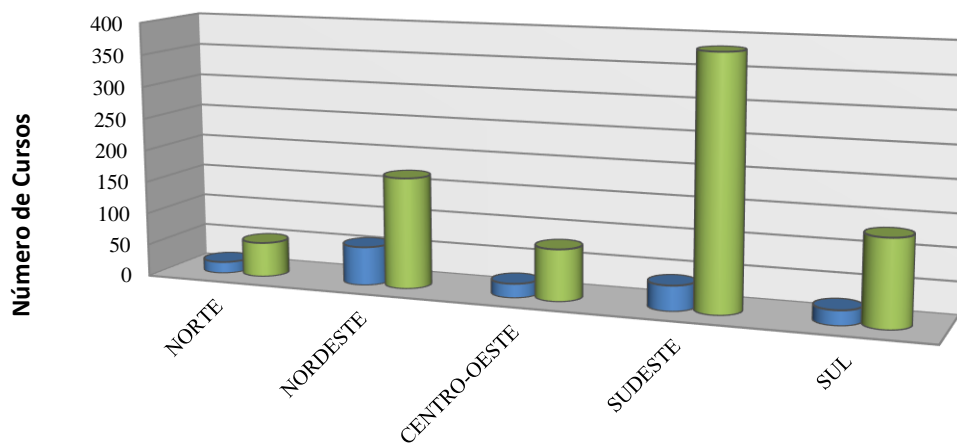


Figura 4 – Trajetória dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil em 2014 por categoria administrativa e região geográfica – Fonte: INEP/ME/e-MEC

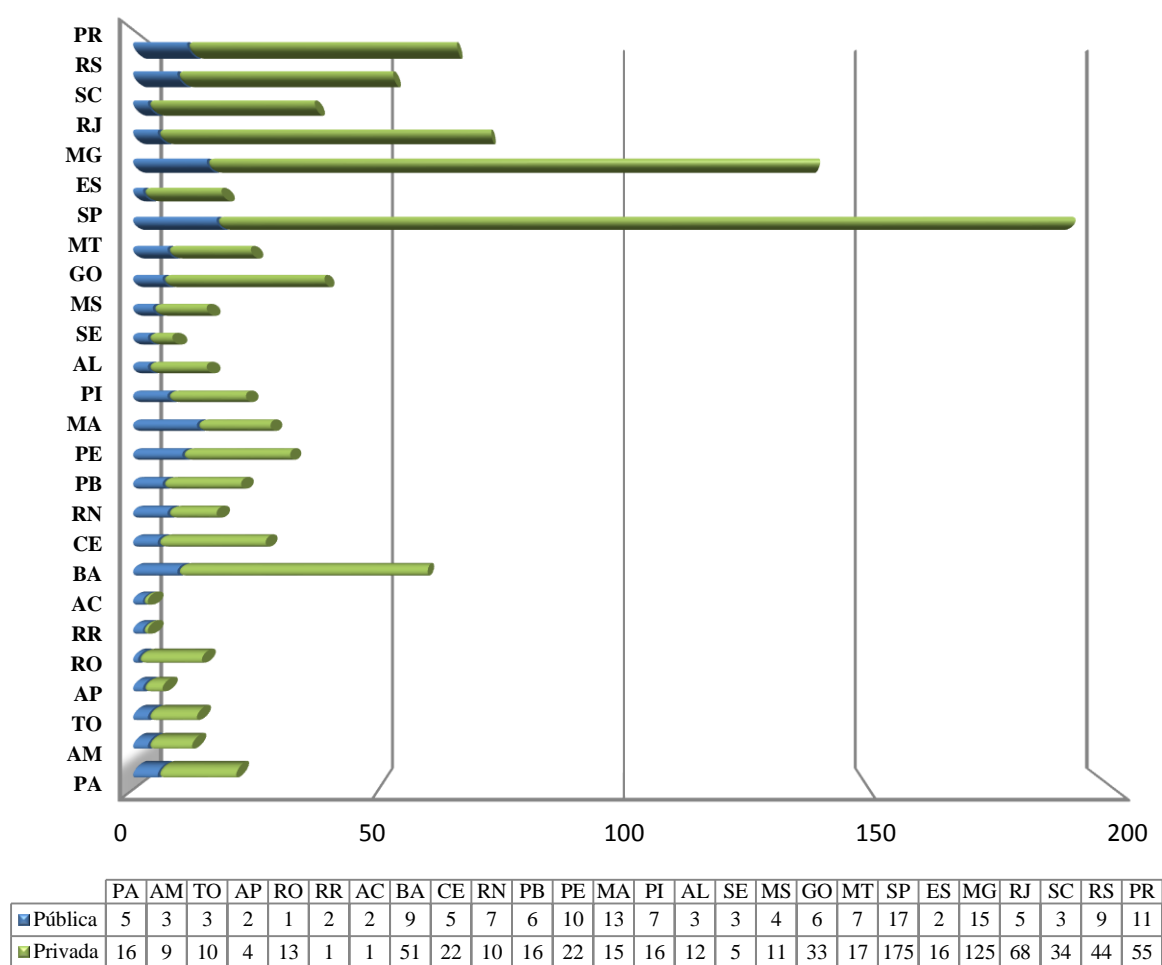


Figura 5 – Trajetória dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil em 2014 por categoria administrativa e unidade federativa – Fonte: INEP/ME/e-MEC

Essa realidade refletiu o desenvolvimento econômico das regiões. Há que se considerar que o crescimento do número de cursos está diretamente proporcional à concentração de investimentos públicos onde a capacidade instalada de recursos humanos qualificados e de infraestrutura pré-existentes já é consideravelmente elevada. Onde existe o maior Produto Interno Bruto ou maior número de cursos, o valor dos investimentos absolutos tem sido proporcionalmente maior (AMÂNCIO FILHO; VIEIRA; GARCIA, 2006).

É importante destacar, ainda, que a região sudeste é, também, aquela que possui maior quantidade de cursos de pós-graduação em enfermagem e os mais bem qualificados, segundo os critérios da CAPES (ERDMAN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011).

3.4 AS DIRETRIZES CURRICULARES E AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS

A partir da LDB e do PNE, o Parecer n.º 1133 do CNE/CES (BRASIL, 2001b), de 7/8/2001, reforça a necessidade da articulação entre Educação Superior e Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Esse Parecer apresenta os documentos referenciais, assim como a concepção de saúde, os princípios e diretrizes do SUS e o objeto e objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação na área da saúde.

Após esse Parecer e buscando contribuir para a formação de um profissional que possa desenvolver uma atenção à saúde de forma mais justa, mais igualitária e de melhor qualidade, o CNE, através da Câmara de Educação Superior, aprovou a Resolução CNE/CES n.º 3, de 7/11/2001 (BRASIL, 2001a), que definiu as DCN/ENF.

Nessas diretrizes, aparece explicitada a necessidade da formação estar claramente comprometida e direcionada à concretização dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS. Traz também a necessidade de se avançar, não apenas no preparo de um novo profissional, mas, também, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender, criar, propor e construir (BRASIL, 2001a).

Esta resolução não estabeleceu percentuais para os conteúdos, nem definiu duração e carga horária para o curso. Definiu, entretanto, que o Estágio Curricular Supervisionado deva ser oferecido nos dois últimos semestres do curso, com carga horária de, no mínimo, 20% da carga horária total do curso e que deva contemplar a rede básica e a rede hospitalar (BRASIL, 2001a).

Concordo com Fernandes (2006a; 2006b) quando afirma que as DCN/ENF tiveram sua materialidade concretizada, a partir de propostas que emergiram da mobilização das enfermeiras, através da sua associação de classe, de entidades educacionais e de setores da sociedade civil interessados em defender as mudanças da formação na área da saúde. Elas devem ser apreendidas, destarte, como produto de uma construção social e histórica, trazendo, no seu conteúdo, os posicionamentos da enfermagem brasileira como ponto de partida para as mudanças necessárias à formação da enfermeira; como referência para que as escolas/cursos, no uso de sua autonomia, construam, coletivamente, seus projetos pedagógicos, respeitando a especificidade regional, local e institucional (FERNANDES, 2006a; 2006b).

Entendo, também, que as DCN/ENF indicam a necessidade do redirecionamento da dinâmica e organização dos cursos, configurando-se como ponto de partida para a reconstrução de projetos pedagógicos voltados para o desenvolvimento de competências, considerando a concepção do aluno como sujeito da aprendizagem e do professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem. Elas apontam para a capacitação profissional voltada para o exercício das competências gerais e específicas.

Dentre as competências gerais estão a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Vale destacar que essas competências gerais são comuns para todos os cursos da área de saúde. Além dessas competências gerais, as DCN/ENF trazem as competências específicas e habilidades pautadas nas concepções do aluno como sujeito do seu processo de formação, da articulação entre teoria e prática, da diversificação dos cenários de aprendizagem, de metodologias ativas, da articulação da pesquisa com o ensino e extensão, da flexibilidade curricular, da interdisciplinaridade, da incorporação de atividades complementares, da avaliação da aprendizagem, do processo de acompanhamento, avaliação e gestão do curso, assim como da terminalidade do curso. (BRASIL, 2001a)

As DCN/ENF apontam, portanto, para um processo de formação de profissionais competentes, críticos e comprometidos com a saúde da população, indicando a necessidade de redirecionamento dos conteúdos de ensino e da pesquisa, tomando a extensão como eixo articulador, assim como da diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem.

A implementação das DCN/ENF nas escolas/cursos insere-se, portanto, num momento de fortalecimento da política de globalização do mercado, que está a exigir maior competitividade, frente a um mercado cada vez mais heterogêneo e fragmentado, o que implica na formação de um novo perfil para o trabalhador. Um perfil voltado para a formação do indivíduo crítico, reflexivo, capaz de atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano, buscando projetar o novo e criar, a partir dos problemas, valores para agir com criatividade e solidariedade para enfrentar as dificuldades do mercado.

Na área da saúde, busca-se, ainda, a formação generalista, humanista, 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 bio-psico-sociais dos seus determinantes (FERNANDES, 2006a).

Entendo, pois, que a implantação/implementação das DCN/ENF implica num grande desafio que é o de formar enfermeiras com competência técnica e política, como sujeitos sociais dotadas de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidade.

Apesar do esforço das entidades de classes, instituições formadoras, docentes e discentes, a formação de recursos humanos para o SUS ainda é um grande desafio e é apontada como um dos entraves para a consolidação do sistema. Por muitos anos, a formação em saúde reproduziu uma visão centrada nas técnicas biomédicas e a ênfase nos procedimentos superou o pensar saúde. O grande desafio das instituições formadoras de profissionais de saúde é formar profissionais humanistas, capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional (ROSSINI; LAMPERT, 2004). Segundo as autoras, a formação de recursos humanos para o setor é um dos graves problemas do SUS.

Por outro lado, a área de recursos humanos é a que vem sofrendo maior desregulamentação no SUS desde a sua criação. Trabalhadores dos diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde convivem no mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados, o que é um problema ainda a ser resolvido (BRASIL, 2003).

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) que se constitui em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada para a consolidação do SUS, recolocando a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde. Esta publicação sistematiza as produções e experiências dos órgãos gestores e das instâncias de controle social do SUS nas tentativas de se definirem mecanismos e instrumentos mais adequados para a gestão do trabalho no SUS, apresentando uma possibilidade mais efetiva e operacional. A NOB/RH-SUS tem como finalidade estabelecer parâmetros gerais para a gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2003).

Pereira e colaboradores (2009) destacam que ao enfatizar a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde, a NOB/RH-SUS representa “uma conquista e mais um recurso legal para instrumentalizar a operacionalização dos preceitos do SUS, no âmbito dos recursos humanos, que nunca havia sido objeto de Normas Operacionais Básicas” (PEREIRA et al, 2009 p. 775).

Na NOB/RH-SUS a Educação Permanente em Saúde aparece como uma estratégia imprescindível para implementação do SUS. As DCENF também apontam a educação permanente como uma das competências e habilidades gerais requeridas para a enfermeira. Elas destacam que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática (BRASIL, 2001a).

A educação permanente tem como “objeto a transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade, para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços. O processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem” (BRASIL, 2007a p. 54). Através da educação permanente é possível revelar a complexidade e a articulação das explicações dos diferentes problemas e tornar evidente a necessidade de estratégias múltiplas. Ela pode ser uma importante estratégia de gestão.

Como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, através da Portaria GM/MS n.º 198 de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004).

A Portaria determina que a condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde seja efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, do qual podem participar gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde; estudantes da área de saúde; trabalhadores de saúde; conselhos municipais e estaduais de saúde; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Em 2006, através da Portaria GM/MS n.º 399 de 22 de fevereiro, foi firmado o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS. O Pacto pela Saúde é um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Visando a superação dos desafios do sistema de saúde brasileiro, os gestores do SUS assumiram o compromisso público de construção do Pacto pela Saúde, que deve ser revisado anualmente, baseado nos princípios do SUS com ênfase nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007b).

O Pacto pela Vida está constituído por “um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde

do País e das prioridades definidas pelos governos” (BRASIL, 2007b p. 360). As prioridades do Pacto pela Vida são: saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; atenção básica a saúde (BRASIL, 2007b).

O Pacto em Defesa do SUS envolve “ações concretas e articuladas pelas três esferas federativas no sentido de reforçar o SUS como uma política de Estado e não de governos, além de defender os princípios norteadores dessa política pública” (BRASIL, 2007b p. 361). As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são: implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público, universal garantidor de direitos; elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2007b).

O Pacto de Gestão do SUS “estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo assim para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS” (BRASIL, 2007b p. 362). As prioridades do Pacto são: definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS; estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS (BRASIL, 2007b).

Pereira e colaboradores (2009) salientam que as prioridades elencadas no Pacto pela Saúde reforçam a necessidade de repensarmos o trabalho na saúde e em particular na enfermagem, considerando a indivisibilidade das dimensões constituintes do ser humano. A necessidade do trabalho em equipe está expressa no Pacto, como também de desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes articuladas e integradas para o cuidado individual, coletivo e de gestão participativa.

Com o objetivo de definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando esta política às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, foi divulgada em 20/08/2007 a Portaria GM/MS n.º 1.996. Esta Portaria define que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional das ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2009).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O ponto de onde se parte uma pesquisa e o referencial teórico-metodológico que lhe dá suporte, dentre outros aspectos, influenciam nos resultados encontrados. Existem múltiplas possibilidades de interpretação de um fenômeno, que “ao serem confrontadas com a realidade, reproduzem de maneira mais ou menos fiel o movimento do real” (RIZOTTO, 2012, p. 21).

Neste estudo assumi a perspectiva do Materialismo Histórico Dialético como eixo orientador da investigação. Entendo, pois, que uma pesquisa que assume uma abordagem marxista para condução do processo investigativo deve explicar o movimento de constituição do fenômeno estudado; dar visibilidade às contradições que o permeiam e às transformações ocorridas no percurso (PRATES, 2012).

Nesta direção, este estudo buscou analisar a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras, explicando os aspectos históricos e sociais que originaram o fenômeno, bem como as contradições e transformações que permeiam a formação das enfermeiras à luz da expansão do ensino superior e da realidade concreta dos serviços de saúde.

Para tanto, desenvolvi uma pesquisa de métodos mistos (ou pesquisa mista), ou seja, uma pesquisa que combina elementos de abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa, com o propósito de ampliar e aprofundar o conhecimento (TRÉZ, 2012). Minha escolha por este tipo de pesquisa está ancorada na crença de que “a expressão do real se manifesta e se constitui por elementos qualitativos e quantitativos, objetivos e subjetivos, particulares e universais, intrinsecamente relacionados” (PRATES, 2012, p. 117).

A caracterização de uma pesquisa como mista

Difere dos estudos classificados como quantitativos e qualitativos, e não só pode, como deve, valer-se de características de ambos, mesmo que enfatize um ou outro, conformando-se como outro tipo de estudo, com particularidades que emanam de ambos. Exatamente por enfatizar a articulação de dados dos dois tipos, são mais coerentes com método marxiano de investigação que ressalta essa relação como necessária (PRATES, 2012, p. 123).

Prates (2012) defende a coerência entre o MHD e a pesquisa de métodos mistos exemplificando a importância atribuída por Marx aos elementos quantitativos e qualitativos quando analisou o trabalho infantil nas fábricas inglesas em *O Capital*. Marx complementou sua análise das expressões dos sujeitos, com uma descrição do número de crianças envolvidas

em trabalhos insalubres nas fábricas inglesas, faixa etária das crianças, condições físicas e de trabalho.

Entendo, portanto que um conhecimento mais ampliado e profundo da realidade da expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras, que busque ultrapassar o mundo da aparência e da pseudoconcreticidade, para chegar à essência da coisa para atingir o concreto pensado, deve valer-se tanto de elementos qualitativos e quanto quantitativos.

Sendo assim, acredito que não há contradição entre as abordagens qualitativa e quantitativa, mas também, não há continuidade. Os elementos qualitativos e quantitativos foram utilizados de forma complementar, com o intuito de responder ao problema desta investigação. Entretanto, reconheço que a abordagem qualitativa tem maior ênfase nesta tese.

Considero que esta pesquisa é, do mesmo modo, exploratória e analítica, na medida em que se propôs a investigar a natureza complexa e contraditória do objeto de estudo, bem como os aspectos com os quais ele está relacionado, permitindo um aprofundamento do conhecimento sobre o tema.

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o objeto de estudo, com vistas a explicitá-lo. Este tipo de pesquisa tem por objetivo conhecer o objeto de estudo tal como se apresenta na natureza, seu significado e o contexto onde ele se insere, possibilitando a percepção da realidade tal como ela se apresenta (MARCONNI; LAKATOS, 2003). Na mesma direção, a pesquisa analítica vai além da simples descrição do fenômeno, procurando analisar e explicar porque o fenômeno ocorre, buscando as relações que o mesmo estabelece com a realidade concreta.

Assim, desenvolvi esta pesquisa numa perspectiva de análise dinâmica da expansão dos cursos de graduação em enfermagem e do sistema de serviços de saúde na Bahia e suas implicações para a formação das enfermeiras. O fenômeno foi investigado a partir de elementos quantitativos (número de cursos, vagas, distribuição dos cursos nas macrorregiões da Bahia) e qualitativos (determinações políticas, ideológicas e econômicas do fenômeno; percepção dos sujeitos), buscando as interconexões, as contradições e as transformações que permeiam o objeto de estudo.

4.2 CENÁRIOS DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa analisou a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e do sistema de serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras. Portanto, *a priori*, se constituiriam como cenários desta investigação todos os cursos de graduação em enfermagem do estado da Bahia, bem como os serviços de saúde utilizados por esses cursos como cenários de aprendizagem no processo de formação de suas alunas.

Entretanto, após definição dos critérios de inclusão, esta tese utilizou os seguintes cenários de investigação: 13 cursos de graduação em enfermagem (2 públicos e 11 privados) e 04 hospitais gerais, todos da rede pública.

Foram convidados para participar da pesquisa somente os cursos que à época da coleta de dados tivessem concluído a primeira turma (critério de inclusão). Esta decisão foi baseada no fato de que o reconhecimento de um curso de graduação deve ser solicitado pela instituição de ensino quando o curso tiver completado 50% de sua carga horária e antes de completar 75% da carga horária. Assim, entendo que os cursos de enfermagem com turmas concluídas, com reconhecimento do Ministério da Educação ou estão em fase de reconhecimento, possuem mais elementos para análise do que os cursos que estão iniciando suas atividades.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto/12 e janeiro/2013 e, neste período, estavam em funcionamento no Estado da Bahia, 54 cursos de graduação em enfermagem. Porém, apenas 25 cursos (4 públicos e 21 privados), já haviam formado a primeira turma, ou seja, atendiam ao primeiro critério de inclusão definido nesta pesquisa. Assim, foram convidados os 25 cursos, dos quais somente 13 (2 públicos e 11 privados) assinaram a Declaração de Concordância (Apêndice A), autorizando o meu acesso às dependências da instituição e tornando-se, assim, coparticipantes² da pesquisa.

Os 13 cursos coparticipantes da pesquisa estão localizados na cidade do Salvador e apesar da inclusão de IES de naturezas distintas, não foi realizada análise comparativa dos cursos, mas o conhecimento da realidade e das contradições que possam desvelar as implicações para a formação das enfermeiras à luz da expansão de cursos e dos serviços de saúde.

Após definição dos cursos coparticipantes da pesquisa, foi necessário também definir critérios para a escolha dos cenários de aprendizagem e, posteriormente, dos sujeitos participantes.

² A Universidade Federal da Bahia foi considerada a instituição proponente da pesquisa, uma vez que este é um projeto de tese vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA. As demais instituições e organizações foram consideradas coparticipantes, conforme Resolução n.º 466 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi definido, então, que seriam considerados cenários de investigação, os serviços de saúde que se constituíssem como cenário de aprendizagem comum para boa parte dos cursos coparticipantes da pesquisa, ou seja, o mesmo serviço de saúde deveria ser utilizado, em algum momento, por pelo menos 05 dos cursos coparticipantes (critério de inclusão).

Os serviços de saúde de atenção primária foram, portanto, excluídos da pesquisa, considerando que em 2012/2013 o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do município de Salvador, organizava a distribuição das IES nos serviços de saúde municipais por distrito sanitário. Assim sendo, cada IES utilizava apenas os cenários de aprendizagem disponíveis no distrito sanitário (às vezes mais de um, dependendo do quantitativo de alunas) indicado pelo município e por isso não encontrei mais de 02 cursos utilizando o mesmo serviço.

Excluindo os serviços de atenção primária, restaram-me os serviços da rede hospitalar. Em 2012, estavam cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 31 hospitais gerais em Salvador: 21 privados e 10 públicos, dos quais 08 administrados pelo governo estadual e 02 pelo governo federal.

Para participar do estudo, os hospitais precisavam atender aos seguintes critérios de inclusão: (1) A organização hospitalar deveria ser cenário de aprendizagem em enfermagem há pelo menos 05 anos; (2) A organização hospitalar deveria ser cenário de aprendizagem para pelo menos 05 dos cursos que aceitaram participar da pesquisa; (3) Organizações hospitalares cujos coordenadores ou diretores tenham assinado a Declaração de Concordância (Apêndice B), concordando em participar como campo de investigação e autorizando o acesso da equipe de pesquisadores às dependências da organização. Dos 31 hospitais existentes, 11 atendiam aos dois primeiros critérios de inclusão. Entretanto, apenas 04 (todos da rede pública) assinaram a Declaração de Concordância e passaram à condição de coparticipantes do estudo.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para a seleção das informantes foram privilegiados os sujeitos sociais que possibilitassem, à investigação, a compreensão abrangente do objeto de estudo. Portanto, foram convidadas a participar da pesquisa estudantes e professoras de cursos de graduação em enfermagem coparticipantes da pesquisa e enfermeiras das organizações hospitalares coparticipantes do estudo.

Para participar da pesquisa, as **estudantes** deveriam estar cursando o Estágio Curricular Obrigatório em uma das 04 organizações hospitalares coparticipantes da pesquisa. Para as **docentes**, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (1) Ser professora do componente curricular “Estágio Curricular Obrigatório” há pelo menos 01 ano; (2) Estar acompanhando o “Estágio Curricular Obrigatório” em uma das organizações hospitalares coparticipantes da pesquisa. Por fim, para as **enfermeiras**, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (1) Ser preceptora de “Estágio Curricular Obrigatório” há pelo menos 01 ano; (2) Estar em atividade de preceptoria com estudantes de uma das instituições coparticipantes da pesquisa em uma das organizações hospitalares coparticipantes.

A escolha pela vinculação das docentes, discentes e enfermeiras ao Estágio Curricular Obrigatório deu-se a partir da compreensão de que este componente curricular consiste numa atividade obrigatória, preconizada pelas DCN/ENF, onde se dá a inserção da estudante em práticas de ensino/aprendizagem nos serviços de atenção à saúde, assim como em práticas de formulação e avaliação de políticas, planejamento e gestão de serviços de saúde. É, portanto, um momento importante de construção de conhecimento, bem como de maior aproximação da estudante com o mundo do trabalho.

A decisão pela inclusão dos três grupos de sujeitos, para entrevista individual, além de proporcionar a apreensão da concepção de cada um em relação ao objeto de estudo, possibilitou, também, o confronto dos dados entre as perspectivas individuais, o que permitiu a realização de uma discussão dialógica pelos dados apreendidos.

Tendo como referência esses critérios de inclusão a amostra foi constituída por 29 sujeitos, sendo 13 docentes, 11 estudantes de enfermagem e 05 enfermeiras. Sendo uma pesquisa qualitativa, o critério de inclusão não foi numérico, ou seja, foram considerados os sujeitos que pudessem oferecer maior amplitude e variação do fenômeno para possibilitar apreensão das semelhanças e diferenças. Para o quantitativo de informantes, foi adotado o critério de ‘saturação’ que determinou o número-limite para a definição do quantitativo de sujeitos, no decorrer do estudo. Assim, quando os temas ou os argumentos apresentados nas entrevistas começaram a se repetir, ficou, então, definido o número de sujeitos entrevistados.

Assim, no presente estudo, não foi trabalhada a soma de depoimentos, mas as respostas, manifestações dos sujeitos, construídas pelos significados que refletem uma ou mais lógicas, específicas do grupo que estudado. A delimitação dos sujeitos foi definida ao longo da coleta de dados, e entendendo-se que o seu contingente deveria refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

A fim de facilitar a compreensão dos leitores desta tese, descrevo a coleta de dados em duas etapas: a etapa quantitativa e a etapa qualitativa. Ressalto que estas etapas ocorreram de forma simultânea, isto é, foram coletados os dados quantitativos e ao mesmo tempo, como estratégia para complementar a análise do fenômeno em sua totalidade, coletei os elementos qualitativos utilizando análise documental e entrevistas semiestruturadas.

Prates (2012) defende que em estudos orientados pelo MHD, a coleta de dados objetivos e subjetivos, como mediação necessária para explicar o objeto de estudo, parece ser uma condição, uma vez que a teoria dialética postula, através da lei dos saltos, a articulação entre os aspectos quantitativos e qualitativos.

Sendo esta tese um estudo misto, tomei vários pontos de referência para aprofundar a apreensão de um objeto de estudo, através da triangulação de dados, contemplando tipos diversos (quantitativos e qualitativos), fontes diversas (percepção dos sujeitos, documentos e instrumentos legais), tempos diversos (coleta sequencial) e diferentes bases de dados (documentos e páginas eletrônicas).

4.4.1 Primeira Etapa – coleta dos dados quantitativos

Para descrever a expansão dos cursos de graduação em enfermagem na Bahia realizei um levantamento e caracterização dos cursos de graduação em enfermagem no estado da Bahia, considerando o contexto das políticas públicas e o movimento de expansão da educação superior no país no período de 1991 a 2014.

Para coleta das informações foi utilizado um formulário (Apêndice C) que continha informações relativas às IES e aos cursos de graduação em enfermagem oferecidos por essas instituições, a saber: categoria administrativa da IES, ano de criação do curso, cidade, número de vagas ofertadas, turno de funcionamento e período para integralização do curso.

Os dados utilizados nesta tese foram coletados ao longo dos anos de 2005 a 2014³, inicialmente através do site do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/ME) que disponibilizava acesso a um banco de

³ A expansão dos cursos de graduação em enfermagem vem sendo acompanhado pelas pesquisadoras, incluindo a autora desta tese, do Grupo de Pesquisa EXERCE da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia desde o ano 2000 através da coleta de dados nos *sites* e documentos oficiais do Ministério da Educação e posterior alimentação de uma planilha eletrônica. Os dados aqui apresentados foram gentilmente cedidos pela Profa. Josicélia Dumêt Fernandes, líder do grupo de pesquisa e coordenadora do projeto.

dados com o registro de todas as IES do Brasil (BRASIL, 2014a). A partir de 2010 esse site deixou de disponibilizar o acesso virtual a esse banco de dados, que passou a ser publicado através do Sistema e-Mec (BRASIL, 2014b), onde os dados passaram, então, a ser coletados. As informações referentes ao quantitativo de cursos de enfermagem no período de 1991 a 2004 foram obtidas através do estudo realizado pelo INEP/ME (HADDAD, 2006) que analisou a trajetória dos cursos de graduação na saúde, neste período. Em 2014, a última atualização dos dados ocorreu no mês de outubro a fim de apresentarmos aqui a descrição mais próxima da realidade.

A descrição do sistema de serviços de saúde da Bahia foi possível a partir o levantamento e caracterização dos serviços de saúde, cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem, disponíveis na Bahia no período de 2005 a 2014. O período de 2005 a 2014 foi escolhido porque observei, a partir dos resultados da coleta de dados sobre a expansão de cursos de graduação em enfermagem na Bahia, que esta expansão se inicia a partir de 2005, estimulada pelas ações do Plano Nacional de Educação (2001-2010).

Para coleta dos dados sobre os serviços de saúde foi utilizado um formulário (Apêndice D) que continha informações relativas aos serviços de saúde, a saber: tipo do; nível de complexidade; formas de gestão do serviço; número de leitos SUS e não-SUS.

Os dados referentes ao período de 2005 a 2011 foram coletados através de documentos oficiais da SESAB, tais como o Plano Estadual de Saúde (2012-2015) e o Glossário das ações estratégicas do Plano Estadual de Saúde: 2008-2011, tendo em vista que estas informações não estão disponíveis no CNES (BAHIA, 2010; 2012). Já os dados referentes ao período de 2012 a 2014 foram coletados através do CNES. A coleta de dados foi realizada no período de agosto/13 a julho/14, sendo feita uma atualização dos dados em outubro/14 a fim de apresentarmos aqui uma caracterização mais próxima da realidade (BRASIL, 2014c).

4.4.2 Segunda Etapa – coleta dos dados qualitativos

Os resultados oriundos da etapa quantitativa revelam que a expansão dos cursos de graduação em enfermagem na Bahia não veio acompanhada de uma expansão dos serviços de saúde, fato que pode trazer implicações para a formação das enfermeiras, visto que o processo formativo dessas profissionais demanda uma inserção na realidade concreta do mundo do trabalho em saúde e em enfermagem. Por esta razão, percebi a necessidade de analisar os

elementos qualitativos do fenômeno a fim de desvelar as implicações para a formação das enfermeiras à luz da expansão dos cursos e dos serviços de saúde.

Para tanto, optei por utilizar a técnica de entrevista semiestruturada, conforme roteiro de entrevista (Apêndice E), buscando identificar a realidade do processo de formação das enfermeiras nos hospitais que servem de cenários de aprendizagem para os cursos coparticipantes da investigação.

A entrevista semiestruturada, apoiada em teorias e pressupostos que interessam à pesquisa, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas questões, que vão surgindo à medida que se recebe a resposta do informante. Nela, a entrevistada tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender a uma indagação previamente formulada (MINAYO, 2008).

Entendo a entrevista como uma técnica privilegiada, pois ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, também oferece ao informante a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. A aplicação desta técnica é justificada pela possibilidade de estimular a narrativa dos sujeitos e permitir aquisição de respostas com conteúdo que realmente reflita a essência do objeto investigado. É um procedimento que permite maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilita uma investigação mais ampla sobre os sujeitos e objeto do estudo (TRIVIÑOS, 2011; MARCONNI; LAKATOS, 2003).

As entrevistas foram realizadas com 13 docentes, 11 estudantes de enfermagem e 05 enfermeiras no período de agosto/12 a janeiro/13 e foram gravadas com aquiescência dos sujeitos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F). As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram transcritas à medida que iam sendo coletadas.

Ainda nesta etapa, realizei uma pesquisa documental sobre os instrumentos legais que impulsionam a expansão da educação superior no Brasil e, singularmente, dos cursos de graduação em enfermagem e verifiquei que esta expansão está profundamente relacionada aos seguintes documentos: a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 e o Plano Nacional da Educação para o decênio 2001-2010.

Optei pela pesquisa documental por acreditar que este tipo de pesquisa fornece informações que possibilitam ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural, como é o caso do objeto de estudo desta tese. O documento, por sua vez, se constitui numa fonte extremamente preciosa, sendo insubstituível

em qualquer reconstituição referente não só a um passado relativamente distante como a um passado recente.

O uso de documentos em pesquisa permite, também, acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social, além de favorecer a observação do processo de análise da evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas (CELLARD, 2008).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados segui, também, a proposta de triangulação de dados, visando abranger a máxima amplitude da descrição e compreensão do objeto de estudo e reconhecendo a interconexão entre os fatos e a impossibilidade de apreendê-los de forma isolados (TRIVIÑOS, 2011).

Seguindo as orientações de Triviños (2011), o primeiro aspecto considerado na análise foram os *processos e produtos centrados no sujeito*, ou seja, analisei a percepção dos sujeitos (docentes, discentes e enfermeiras) sobre as implicações para a formação das enfermeiras à luz da expansão dos cursos de graduação e do sistema de serviços de saúde da Bahia, a partir do conteúdo das entrevistas semiestruturadas.

O conteúdo das entrevistas semiestruturadas foi apreendido através da Análise de Conteúdo, por entender que esta é uma técnica que permite diferentes formas de interpretar o conteúdo de um texto que contém sentidos e significados, patentes ou ocultos. A técnica possui três etapas básicas para análise do conteúdo: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise é um período de organização do material, a fim de tornar operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo a um esquema de desenvolvimento das operações sucessivas. “Esta fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 2011, p. 125).

Realizei leituras flutuantes do material, visando constituir *o corpus*, isto é, o conjunto de entrevistas para serem submetidas à análise, conforme a regra de pertinência: entrevistas adequadas enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo analisado. As entrevistas foram, então, organizadas e as entrevistadas identificadas pela letra “E” (enfermeira), “EE” (estudante de enfermagem) e “D” (docente), seguido de numeração

sequencial. Determinei como índice para a análise a menção explícita na fala dos sujeitos dos temas: “expansão de cursos”, “excesso de alunos”, “serviços de saúde”, “campos de práticas”, “aulas/atividades práticas”, “formação”.

A exploração do material é uma fase que consiste em decompor as entrevistas, transformando os dados brutos, com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Por tanto, realizei leituras exaustivas do *corpus* constituído, recortando as falas dos sujeitos, conforme menção aos temas definidos na etapa anterior e identificando os núcleos de sentido para posterior categorização.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, pro reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são [...] classes, as quais reúnem um grupo de elementos [...] sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos (BARDIN, 2011, p. 145).

Nesta tese, a categorização foi realizada por classificação analógica e progressiva dos elementos, conforme iam aparecendo nos recortes selecionados, à luz do objetivo da pesquisa e do MHD. Assim, busquei o que havia em comum entre os recortes (similaridades de temas e conteúdo) que foram, posteriormente, agrupados nas seguintes categorias: (1) Expansão de cursos de graduação em enfermagem na Bahia: uma realidade que preocupa docentes, discentes e enfermeiras; (2) O sistema de serviços de saúde: cenários de aprendizagem necessários para a formação de enfermeiras; (3) Expansão de cursos de graduação em enfermagem e o sistema de serviços de saúde da Bahia: implicações para a formação de enfermeiras

A fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação foi realizada considerando os núcleos de sentido das entrevistas, bem como os *elementos produzidos pelo meio do sujeito* e os *processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social no qual o sujeito está inserido* (TRIVIÑOS, 2011).

Os *elementos produzidos pelo meio do sujeito*, segundo Triviños (2011), se constituem em documentos, instrumentos legais e dados estatísticos. Assim, foram considerados na interpretação dos conteúdos das entrevistas os instrumentos legais (LDB/96 e PNE 2001-2010) que impulsionaram a expansão de cursos de graduação em enfermagem, documentos da SESAB que descrevem a dos serviços de saúde da Bahia e informações sobre a educação superior e os serviços de saúde disponíveis nos sites e-Mec e CNES, respectivamente.

Por fim, na análise das categorias definidas foram considerados, ainda, os *processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social no qual o sujeito está inserido*, isto é, o contexto histórico, político, econômico e ideológico no

qual se inserem as docentes, discentes e enfermeiras – um momento de franca expansão do ensino superior no Brasil e de dificuldades na dos serviços de saúde da Bahia.

As categorias foram, portanto, analisadas de forma dialética e estabelecidas relações entre o conteúdo e a fundamentação teórica do MHD, o que permitiu a realização de conexões entre o tema abordado, identificando as regularidades, as contradições e os conflitos que estruturam a complexidade do fenômeno estudado, dando significado aos mesmos.

A análise buscou desvelar as implicações para formação das enfermeiras à luz da expansão de cursos de graduação e dos serviços de saúde da Bahia para dar visibilidade a estas implicações, para subsidiar intervenções ou políticas, enfim, para promover transformações, ainda que provisórias.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os elementos quantitativos coletadas na primeira etapa deste estudo foram obtidos a partir de documentos de domínio público e por isso não foi necessário solicitar autorização para coleta dos dados, nem tão pouco aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Entretanto, os elementos qualitativos obtidos na segunda etapa do estudo através de entrevistas semiestruturadas demandou aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, pois envolveu seres humanos e população vulnerável (estudantes).

Sendo esta tese um subprojeto da pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Josicélia Dumêt Fernandes, “Expansão de cursos/vagas de graduação em enfermagem e sua interface com os cenários de práticas em saúde e com a qualidade da formação da(o) enfermeira(o)” financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através do Parecer CEPE/EUFBA nº 012/2009 FR 276397, não foi necessário solicitar nova aprovação ao comitê.

Como membro da equipe de pesquisadoras do projeto-mãe, solicitei, então, uma autorização à coordenadora da pesquisa, para utilização de parte dos dados coletados. Assim, esta tese não possui um parecer específico emitido pelo Comitê de Ética, estando, portanto, vinculada ao Parecer 012/2009.

Cabe ressaltar que a operacionalização do estudo foi inteiramente pautada nos princípios éticos emanados pelo Conselho Nacional de Saúde, assegurando a confiabilidade, a

privacidade e a preservação da imagem das participantes, assim como a solicitação de autorização para utilização dos dados para ensino e pesquisa.

O TCLE foi lido e assinado pelos sujeitos, sem qualquer tipo de coação, protegendo sua liberdade de escolha. Foi proporcionada, aos sujeitos, a autonomia para participar ou não da investigação, sendo-lhes apresentada a finalidade do estudo, oportunizando a auto decisão de participar da pesquisa.

Da mesma forma, a linguagem adotada no TCLE prestou os esclarecimentos necessários quanto ao anonimato da identidade dos sujeitos, onde foi dada a possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento e garantindo-lhes acesso aos resultados do mesmo.

A beneficência foi alcançada através da garantia do envio dos resultados às instituições coparticipantes (cursos de graduação e hospitais), além da disponibilidade para divulgação pública. Sobre a não-maleficência foi garantida a inexistência de danos previsíveis, proporcionando aos sujeitos um ambiente seguro, onde pudessem expressar suas ideias e opiniões, sendo assegurado, também, o anonimato das declarações. Quanto à justiça, foram respeitados e assegurados os direitos dos sujeitos, assim como a divulgação dos resultados de forma que sua utilização seja possível e beneficie a todos os envolvidos no estudo, indiscriminadamente.

Dessa forma, para dar início a esse estudo, foi feita uma comunicação formal ao responsável pela instituição e organização coparticipantes, solicitando permissão para a entrada desta pesquisadora no cenário. Esta solicitação foi realizada através de contato pessoal e documental, ao tempo em que, foi apresentado o projeto de pesquisa e uma carta de apresentação, oficializando a pesquisa e garantindo a instituição/organização manter-se informada sobre o andamento da investigação.

5 EXPANSÃO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA BAHIA: uma realidade que preocupa docentes, discentes e enfermeiras

O ensino superior de enfermagem foi institucionalizado na Bahia em 1946 através do Decreto Lei 8.779 de 22 de janeiro de 1946 que criou a, então, Escola de Enfermagem da Universidade da Bahia, atualmente Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) localizada no município de Salvador.

A criação dessa Escola, seguindo uma tendência nacional, estava relacionada com a necessidade de formação de um maior número de enfermeiras para trabalhar em hospitais, organizações que, na década de 1940, se expandiam no país. A criação da escola ocorreu ao mesmo tempo em que o antigo Hospital das Clínicas (hoje Complexo Hospitalar Professor Edgar Santos), em fase de conclusão da obra, era preparado para entrar em funcionamento, o que exigia enfermeiras qualificadas para a composição do seu quadro de pessoal (UFBA, 2015).

Ao longo de 22 anos a EEUFBA foi a única responsável pela formação de enfermeiras no estado da Bahia. Em 1968 passou a dividir essa tarefa com a Universidade Católica de Salvador (UCSal) que acabara de criar o seu curso de graduação em enfermagem, também na cidade de Salvador.

A interiorização da formação das enfermeiras baianas se iniciou com a criação em 1976 do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Seis anos depois, em 1982, a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) implantou o segundo curso de enfermagem no interior da Bahia. Em 1986, a Universidade Estadual Santa Cruz (UESC) criou o seu curso, totalizando 05 cursos de graduação em enfermagem em todo o estado.

Esse número se manteve inalterado até 1999, quando se inicia a aceleração da expansão dos cursos de graduação em enfermagem em todo o estado, com destaque para o curso implantado na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em Salvador; o primeiro curso iniciado na Bahia após a promulgação da LDB de 1996.

Observo, portanto, que até 1999, a expansão de cursos de graduação em enfermagem no estado veio acontecendo lentamente, com destaque para a expansão das instituições públicas. A partir desta data, essa expansão se acelerou, com o setor privado liderando o quantitativo de cursos.

Os gráficos que seguem apresentam a expansão dos cursos de graduação em enfermagem na Bahia, como resultado do movimento de expansão da educação superior no Brasil, a partir da LDB/1996 e do PNE 2001-2010.

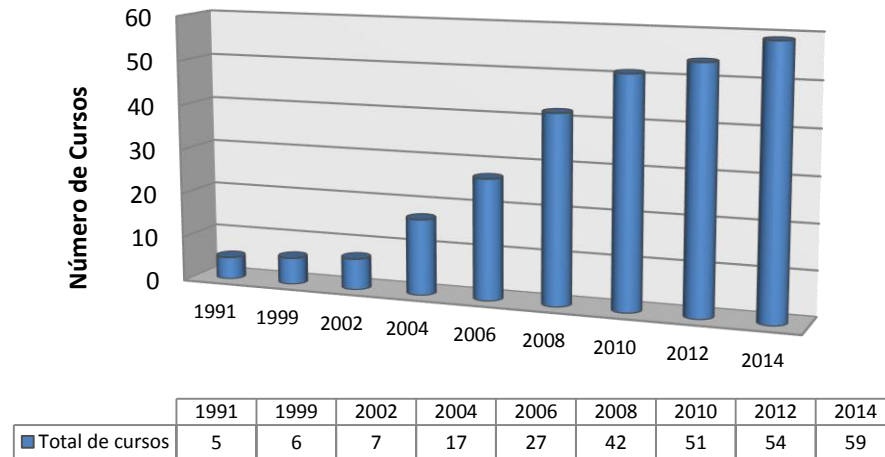


Figura 6 – Trajetória dos cursos de graduação em enfermagem na Bahia de 1991 a 2014 – Fonte: INEP/ME/e-MEC

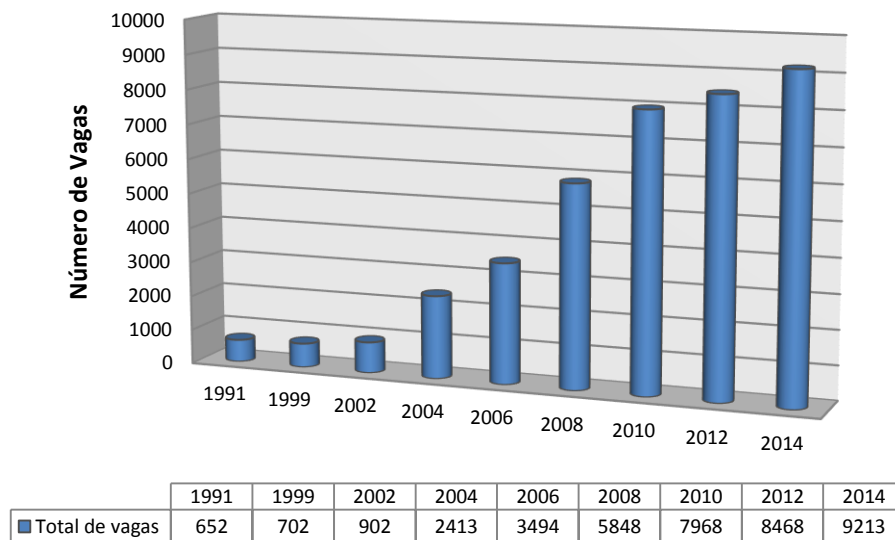


Figura 7 – Trajetória das vagas autorizadas para os cursos de graduação em enfermagem na Bahia de 1991 a 2014 – Fonte: INEP/ME/e-MEC

As Figura 6 e 7 revelam a acelerada expansão dos cursos e das vagas de graduação em enfermagem na Bahia, a partir de 2002. O número de cursos saltou de 05, em 1991, para 59 em 2014, representando um crescimento de 883%. Esse percentual é muito semelhante ao

percentual nacional que indica um crescimento de 829% no número de cursos de enfermagem no Brasil, no mesmo período analisado (FERNANDES et al, 2013). Em relação ao número de vagas houve um incremento de 1313% quando comparamos os anos de 1991 e 2014.

Defendo que essa expansão dos cursos e das vagas de graduação em enfermagem na Bahia é um reflexo das diretrizes neoliberais para a educação e, singularmente para a educação superior, implementadas no Brasil a partir de 1995, com a promulgação da LDB/1996 e implementação do PNE para o decênio 2001-2010.

A LDB/1996, criada em atendimento aos preceitos constitucionais, resultou de longo processo de tramitação, que se iniciou em 1988, ano em que foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, levando oito anos tramitando no Congresso Nacional, sob a égide da mudança do modelo econômico e a utilização dos preceitos neoliberais.

Esta Lei viabilizou a expressiva expansão de instituições de ensino e de aumento de cursos/vagas, além de ampliar e instituir mecanismos de acesso, da organização acadêmica e da oferta de cursos; da educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) e educação superior; estruturou outras modalidades educação, como por exemplo, a Educação a Distância e profissional, dentre outras medidas.

Ademais, outorgou às universidades e Centros Universitários a autonomia para abertura de novos cursos sem passar pelo crivo da prévia autorização do Ministério da Educação. Essas medidas incrementaram a expansão desordenada de cursos e vagas, sem considerar as necessidades sociais em saúde e a qualidade da formação (FERNANDES et al, 2013).

Ainda com a LDB/1996, foi extinto o, então, Conselho Federal de Educação e criado o CNE, o que conferiu ao Ministério da Educação maior autonomia na condução do processo de expansão do ensino de graduação.

Por conseguinte, o PNE para o decênio 2001-2010 encaminhado pela União ao Congresso Nacional a partir das prerrogativas da LDB/1996, em consonância com a Declaração Mundial sobre Educação para todos, apresentou uma política de Estado, centrada na expansão da educação superior, como estratégia para o desenvolvimento do país.

Matta e Lima (2008) destacam duas marcas principais da educação nacional fruto das ações governamentais, destacando os governos de Fernando Henrique, que redirecionaram a natureza da educação escolar no neoliberalismo do século XXI:

um caráter antipopular, resultante do emprego, no campo educacional, das diretrizes gerais da política social neoliberal – privatização, focalização, fragmentação e participação na execução; e uma direção mais imediatamente interessada na sua estrutura curricular, materializada fundamentalmente pela

políticas direcionadas à melhoria da qualidade do ensino (MATTA; LIMA, 2008, p. 375).

A privatização da educação, por sua vez, é defendida na LDB/96, ao admitir a coexistência de instituições públicas e privadas de ensino, definindo que o ensino é livre à iniciativa privada. Assegurou, ainda, autonomia às IES, possibilitando às mesmas a criação, expansão e extinção de cursos; ampliação e diminuição de vagas de acordo com a capacidade institucional e as exigências de seu meio (BRASIL, 1996).

Destaco que o crescimento dos cursos privados foi estimulada pelo PNE, ao defender que a expansão do ensino superior no setor privado deveria continuar, pois este setor já oferecia a maior parte das vagas na educação e por isso tem um relevante papel a cumprir, desde que respeitados os parâmetros de qualidade estabelecidos pelos sistemas de ensino.

O PNE justifica a expansão dos cursos sob o discurso de que haveria uma demanda crescente pela educação superior gerada por fatores demográficos, aumento das exigências do mercado de trabalho e pelas políticas de melhoria do ensino médio. Nesse discurso, o PNE é apontado como uma política de renovação e desenvolvimento que procura enfrentar os graves problemas da educação superior no Brasil (BRASIL, 2001).

Apoiado nas prerrogativas da LDB e do PNE, o setor privado ampliou significativamente sua participação no ensino superior de enfermagem, não apenas em relação ao número de cursos, mas sobretudo em relação ao número de vagas ofertadas. As Figuras 8 e 9 demonstram a disparidade entre o número de cursos e vagas públicos e privados na Bahia.

A desigualdade entre a expansão da rede pública e da rede privada revela uma contradição do PNE, que assegura a expansão do setor público numa proporção nunca inferior a 40% do total de cursos e vagas. Na Bahia, a proporção entre os cursos é de 5,55 privados para cada 01 público, ou seja, os cursos públicos somam 15,25% do total. Quando são analisadas as vagas autorizadas, a relação é de 16,63 vagas privadas para cada 1 vaga pública, isto é, as vagas públicas abarcam somente 5,6% do total.

Acredito que a elevada taxa de privatização pode ser apreendida pela contribuição, ao longo dos anos, dos governos através de incentivos financeiros diretos e indiretos, das legislações e por manterem espaço livre para a atuação do setor privado. Nesse sentido, chamo a atenção para o Decreto nº 2.306, de 19 de agosto de 1997 (BRASIL, 1997), que reconhece a educação superior como um bem de serviço comercializável, isto é, como objeto de lucro ou acumulação. Sob esse ato, as instituições privadas de ensino, com finalidade lucrativa, quando mantidas e administradas por pessoa física, ficaram regidas por legislação mercantil, no que se

refere aos encargos fiscais, para-fiscais e trabalhistas, como se fossem empresas comerciais (SGUISSARDI, 2008).

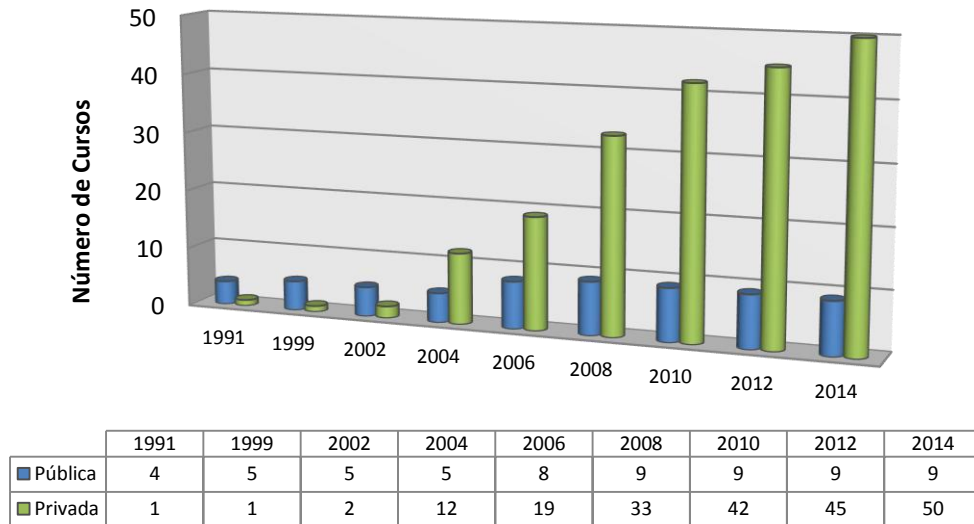


Figura 8 – Trajetória dos cursos de graduação em enfermagem na Bahia, por categoria administrativa, de 1991 a 2014 – Fonte: INEP/ME/e-MEC

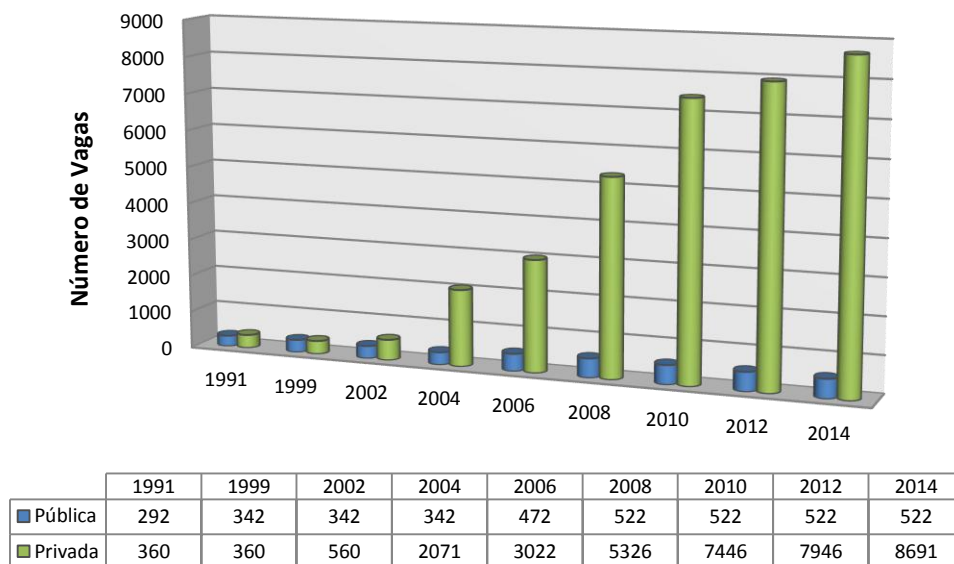


Figura 9 – Trajetória vagas autorizadas para os cursos de graduação em enfermagem na Bahia, por categoria administrativa, de 1991 a 2014 – Fonte: INEP/ME/e-MEC

Além disso, concordo com Helene (2012) que outra forma de favorecimento ao setor privado se deu por intermédio da restrição de vagas pelo setor público, abrindo espaço para a

expansão das instituições privadas. Ademais, essa falta de vagas públicas não tem relação com as dificuldades financeiras do setor público, pois a privatização costuma ser maior nos estados de melhores possibilidades econômicas e orçamentárias e que fornecem maiores contribuições ao governo federal.

A expansão dos cursos privados indica a relação de estímulo do governo, não apenas pelas subvenções e benefícios financeiros para a instituição privada, mas também, pela expansão do Programa Universidade para Todos (PROUNI) e do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), aplicados ao ensino superior privado.

A massificação da educação escolar ou a sua democratização, conforme escolha do governo brasileiro, tem como fundamentos os princípios da equidade e da meritocracia. A equidade seria conseguida por meio da flexibilização das oportunidades escolares e o mérito seria resguardado pela concessão de bolsas de estudo, de créditos educativos, de assistência estudantil, ação afirmativa e de inclusão social que possam garantir aos novos segmentos populacionais que chegam ao nível superior de educação escolar, em geral pobres, a ajuda necessária para garantir o acesso e a permanência nos cursos oferecidos (MATTA; LEITE, 2008, p. 378).

Penso que a fragilização da capacidade regulatória do Estado, assim como a tímida ampliação de ofertas de vagas públicas, favoreceu o crescimento do setor privado que ampliou, significativamente, sua participação no sistema nacional de ensino. Assim é que o Brasil é hoje um dos países com maior participação privada na educação superior.

É importante perceber que o setor privado é extremamente complexo e diversificado. Denominam-se privadas, genericamente, desde instituições comunitárias e confessionais, onde não há a figura do dono e o lucro não é considerado uma meta, até empresas educacionais com finalidade lucrativa.

A discussão em torno da expansão do setor público torna-se ainda mais relevante ao se considerar que este é responsável por 90% da pesquisa e da pós-graduação no Brasil (BRASIL, 2001).

Contraditoriamente, a LDB, pautando-se nas prerrogativas da autonomia universitária, estabeleceu, para as universidades, o direito de criar novos cursos e ampliar livremente o número de vagas nos cursos já existentes, incentivando a expansão da educação superior, mesmo sem atender ao modelo de universidade, centrado na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Tal ação legal favoreceu o crescente movimento expansionista, restringindo a educação superior à função de ensino (FERNANDES et al, 2013).

Essa realidade evidencia que, ao tempo em que se favoreceu a ampliação quantitativa de instituições de ensino, de cursos e de vagas, se possibilitou a formação de profissionais sem o suporte da pesquisa e da extensão, contribuindo para uma formação deslocada do eixo da indissociabilidade do ensino com a pesquisa e com a extensão e, conseqüentemente, sem o estímulo à criação do pensamento novo, sem a curiosidade que leva à descoberta do novo, anulando “a pretensão de transformação histórica como ação consciente dos seres humanos” (CHAUI, 1999).

A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão se constitui numa estratégia para fazer frente às exigências da sociedade que se apresentam e se modificam rapidamente, aproximando a educação em enfermagem das demandas da contemporaneidade, da complexidade e da imprevisibilidade, características do processo de trabalho em saúde (SILVA; SENA, 2006).

Essa expansão acelerada, desorganizada, mercantilizada e privatizada do ensino superior de enfermagem na Bahia aparece nas falas dos sujeitos entrevistados como uma realidade que preocupa, não só pelo quantitativo de cursos, mas também pela forma como a expansão vem acontecendo.

O aumento de cursos é algo contraditório para as discentes. A expansão dos cursos é apontada como algo prejudicial para a profissão, na medida em que o ensino de enfermagem passou a atender às demandas do capital, mas é também algo positivo ao proporcionar mais oportunidade de acesso ao ensino superior.

Esse negócio de muita faculdade, expansão de mercado está sendo muito prejudicial a enfermagem. (EE3)

Eu acho que essa expansão das escolas está virando mercado, escola de enfermagem agora está virando mercado. (EE11)

Eu me preocupo com esta questão da multiplicação dos cursos. Hoje todo mundo quer se formar em Enfermagem. Então qualquer pessoa tem acesso ao curso. (EE7)

[...] de certo modo é interessante, porque muita gente hoje está tendo acesso ao ensino superior de Enfermagem; (EE5).

Uma docente reconhece que o foco do curso é na quantidade de alunos matriculados e, conseqüentemente, no lucro obtido a partir dessas matrículas. Por outro lado, a expansão é encarada por outra docente como algo positivo na medida em que vem corrigir uma necessidade do setor saúde – a formação de mais enfermeiras.

Eu acho assim que está desgovernado [...] as instituições hoje estão preocupadas é com números, só que números lucrativos. Então pra elas o que importa é quantidade de gente fazendo. (D6)

[...] vejo essa expansão como uma possibilidade de ampliar a Enfermagem. Expandiu porque de fato há uma necessidade de enfermeiros no mercado e porque não faltará trabalho no campo da saúde. O que nós temos é um emprego precário, nós temos salários aviltantes, mas não falta trabalho, eu não vejo enfermeiros ficarem três anos desempregados. (D9).

Enquanto algumas enfermeiras dos serviços demonstram desconhecimento sobre o processo de criação de novos cursos, outras sinalizam a necessidade de regulação dessa expansão pelo poder público e outras consideram positiva a expansão dos cursos.

Eu acho isso um exagero. Eu acho que o governo deveria ter pensado num controle maior em relação a isso. (E2)

Eu percebo de forma bastante negativa porque eu não vejo critérios bem selecionados para que essas escolas estejam sendo abertas. O que a gente vê é que cada dia mais, cada esquina, tem uma escola de enfermagem e eu não sei como é feito isso pelo MEC. (E5)

Eu percebo que a abertura desses campos é bom porque há uma necessidade de demanda na área de saúde, porém eles vêm tendo um crescimento muito acelerado e sem muito controle. (E1)

[...] expandir é positivo, no sentido de oportunizar o acesso a várias classes sociais. Acho que todo mundo deve ter oportunidade de crescimento, de conhecimento profissional; isso é extremamente importante. (E4).

Essas falas apresentam preocupações legítimas, na medida em que observamos a expansão acelerada e massificada dos cursos de enfermagem no Brasil e na Bahia, sem uma devida regulação pelo poder público.

O PNE apontava na direção da institucionalização de um amplo e diversificado sistema de avaliação interna e externa que englobasse os setores público e privado, e promovesse a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa, da extensão e da gestão acadêmica. O Plano recomendou, ademais, cautela e planejamento da expansão com vistas a uma educação de qualidade, evitando “o fácil caminho da massificação”, mesmo reconhecendo a necessidade da expansão de cursos e vagas (FERNANDES et al, 2013).

O que observo é uma realidade bastante contraditória ao disposto no Plano. Entre os anos de 2001 e 2010 tivemos na Bahia uma expansão intensa e massificada do ensino superior de enfermagem com a elevada criação de cursos e um número de vagas absurdo, conforme os dados apresentados nas figuras.

A expansão dos cursos se refletiu até na modalidade de Educação a Distância (EAD). Os dados apresentados nas Figuras 6-9 se referem aos cursos **presenciais** em funcionamento no estado da Bahia. No entanto, encontrei na Plataforma e-Mec uma universidade que oferece cursos de graduação em enfermagem em EAD. A universidade informa que o curso possui carga horária de 3380h e que a instituição possui pólos de educação em 06 cidades da Bahia: Feira de Santana, Juazeiro, Lauro de Freitas, Porto Seguro, Salvador e Senhor do Bonfim.

Estes cursos e vagas não foram considerados na análise, pois não há informações sobre o número de vagas ofertadas e estrutura curricular do curso. Assim, não é possível inferir quantas vagas são oferecidas e qual a extensão da área de atuação da instituição uma vez que, sendo em EAD, uma pessoa em qualquer cidade da Bahia poderia participar.

Reconheço, portanto, que no bojo de cursos criados a partir da expansão, foram criadas instituições de excelência e cursos comprometidos com a mudança da situação de saúde do país e fortalecimento da proposta do SUS como modelo contra hegemônico. Entretanto, afirmo que também foram criados cursos sem o menor compromisso com a qualidade da formação das suas estudantes, muito distantes do atendimento dos padrões mínimos de qualidade necessários para a formação de enfermeiras críticas e capazes de promover transformações no mundo do trabalho.

Entendo, portanto, que o discurso neoliberal hegemônico que vem sustentando as políticas de educação no Brasil tem resultado na desestruturação do ensino superior público e reestruturação direcionada para a produtividade e competitividade, favorecendo a proliferação de instituições privadas distantes dos padrões mínimos de qualidade.

A qualidade dos cursos de graduação em enfermagem implementados nesse período de expansão do ensino superior no estado tem preocupado as docentes que apontam queda na qualidade do ensino, desestruturação das instituições para o número de vagas ofertadas e a visão mercadológica do ensino.

No processo de expansão de cursos me parece que a qualidade do ensino está caindo, porque pelo o que eu vejo...cada turma que eu vejo formar com 200, 300 alunos formando, isso não me parece que tem a qualidade pra formar bons enfermeiros. Acho que não se qualificam o suficiente. (D12)

Eu percebo que muitas universidades ainda não estão estruturadas da maneira que eu acho correta pra formar uma pessoa para a enfermagem, para ser enfermeiro. (D4)

O meu medo da expansão desses cursos são essas faculdades que querem apenas o dinheiro e não se importam muito com a formação acadêmica mesmo. (D8)

A minha preocupação é saber se essa expansão está compatível com os campos de prática, que são, na verdade, os espaços para se articular a formação com as atividades de atenção à saúde. (D3).

Por outro lado, as alunas revelam preocupação com qualidade dos profissionais formados devido ao modo como vem acontecendo a expansão dos cursos:

Eu acho que, dependendo do tipo da expansão, acaba piorando a qualidade. (EE11)

Acho que eles estão se multiplicando muito rápido. Está virando uma máquina de fazer enfermeiro e sem qualidade. (EE4)

O meu medo dessa expansão de cursos de enfermagem é a qualidade desses enfermeiros que estas faculdade vão colocar no mercado. (EE6)

As enfermeiras se preocupam com a qualidade dos cursos, do ensino e dos profissionais formados a partir da expansão vertiginosa de cursos.

o curso de enfermagem era um curso que tinha pouquíssimo aqui no estado da Bahia, agora tem mais de 20 [...] cada canto tem uma faculdade [...] então eu vejo assim... pouca qualidade...qualidade das faculdades, dos professores e dos alunos. As vezes eles priorizam mais o lucro, mais o campo cheio de alunos do que o aprendizado em si. (E4)

Bom, a gente tem visto aí a profissão crescendo em termos de quantidade, mas em qualidade eu tenho os meus receios. Tenho visto aí várias faculdades abrindo cursos de enfermagem, mas eu me preocupo com a questão da formação desse profissional porque eu acho que essa quantidade de pessoas de uma forma tão rápida... a vê a questão que os cursos estão visando muito a questão quantitativo e pela qualidade do profissional formado. (E2)

Essas considerações revelam que os sujeitos, em alguma medida, estabelecem uma relação entre a celeridade e desorganização da expansão dos cursos com a qualidade dos

mesmos e da formação por eles ofertada. É como se a velocidade com que os cursos foram criados e implementados nos últimos 10 anos, se refletisse necessariamente em sua estrutura de ensino e, por sua vez, formação das estudantes.

Penso que a expansão de cursos, da forma como vem ocorrendo, pode sim trazer implicações para a formação de enfermeiras, principalmente no que tange a qualidade dos profissionais formados. Entretanto, reconheço que existem cursos novos de excelência que não foram implementados apenas na lógica do capital. É preciso, portanto, compreender o que é qualidade e quais indicadores e intencionalidades estamos utilizando para julgar a qualidade de um curso ou de um profissional.

O dicionário define qualidade como a propriedade de qualificar alguma coisa; de dar um determinado valor a serviços, pessoas, objetos e processos. A qualidade é a “propriedade que determina a essência ou natureza de um ser ou coisa”; “grau positivo ou negativo de excelência”; “capacidade de atingir os efeitos pretendidos [...]”. Na perspectiva de condição social, a qualidade é considerada como “habilitação para exercer uma profissão; titulação” (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 2344).

A qualidade se constitui numa “categoria fundamental do pensamento que determina as propriedades ou características de alguma realidade” (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 2345). Qualidade, portanto, não deve ser apreendida como uma adjetivação que remete a um construto universal, mas propriedades que se encontram nos seres, nas ações ou nos objetos.

Assim, quando se atribui qualidade a algo ou a um fenômeno, está sendo explicitada uma condição valorativa que estabelece uma relação com o plano da moral e da condição política do ser. Com esse entendimento, significa dizer que a qualidade “pressupõe um sujeito ou uma comunidade que aceita determinados padrões como desejáveis. Para que se possa definir qualidade, é preciso primeiro explicitar o sentido da ação e a dimensão sobre a qual se estabelece sua intencionalidade” (CUNHA; PINTO, 2009, p. 573).

Portanto, defendo que é preciso avançar na discussão sobre os padrões mínimos de qualidade necessários para a formação das enfermeiras antes de atribuir à expansão dos cursos a inteira responsabilidade pela qualidade dos profissionais formados.

Penso que a qualidade da formação não depende exclusivamente do curso. A formação de uma enfermeira crítica, reflexiva e comprometida com sua práxis é um processo que resulta de múltiplas determinações e por isso precisa ser analisado a partir de suas interconexões, do contexto histórico, político e ideológico que permeiam a educação e a saúde no Brasil.

6 OS SERVIÇOS DE SAÚDE: cenários de aprendizagem necessários para a formação de enfermeiras

A expansão significativa de cursos e vagas de graduação em enfermagem na Bahia se deu em decorrência da política neoliberal que vem influenciando as políticas de educação no Brasil na últimas duas décadas. A LDB/1996 e o PNE (2001-2010) são os dois instrumentos legais que favoreceram a abertura de novas instituições de ensino superior, criação de cursos e ampliação de vagas, sobretudo no setor privado.

Além de promover a expansão da educação superior, a LDB/1996 define o perfil do profissional a ser formado: um indivíduo crítico, reflexivo, dinâmico, ativo, adaptável às demandas do mercado do trabalho, apto a aprender a aprender, a assumir os direitos de liberdade e a atender as tendências do mundo globalizado (BRASIL, 1996).

Ito e colaboradores (2006) afirmam que a LDB visa a formação de profissionais críticos, reflexivos, dinâmicos e ativos diante das demandas do mundo do trabalho. Estes profissionais estariam “aptos a aprender a aprender, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, enfim, compreender as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país” (p. 572).

A flexibilidade curricular prevista na LDB dá condições às instituições formadoras de determinar o perfil da enfermeira que se deseja formar, já que estas instituições terão liberdade para definir parte considerável de seus currículos. Concordo com Galleguillos; Oliveira (2001) que profissionais e educadores devem estar atentos e comprometidos com um ensino de qualidade que proporcione mudanças realmente capazes de atender a sociedade e as necessidades do setor saúde.

Nesta direção, em 2001, é assinado o Parecer n.º 1133 do CNE/CES (BRASIL, 2001b), que defende a necessidade da articulação entre Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais. O Conselho Nacional de Educação, então, aprovou a Resolução CNE/CES n.º 3, de 7/11/2001 (BRASIL, 2001a), que definiu as DCN/ENF.

Ao explicitar a necessidade de uma formação comprometida e direcionada aos princípios da Reforma Sanitária e do SUS, as DCN/ENF propõem mudanças na dinâmica e na organização dos cursos, estimulando a integração entre as atividades teóricas e práticas desde o início do curso como forma de alcançar o perfil profissional desejado.

As DCN/ENF explicitam a necessidade da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que considerem o trabalho como eixo estruturante das atividades; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde; a qualificação da gestão e a integração entre o ensino e os serviços de saúde (BRASIL, 2001a, 2001b; 2006).

Esta integração, no entanto, não deve se resumir a uma mescla entre as atividades teóricas e práticas. Pressupõe a inserção precoce das estudantes nos cenários de aprendizagem, a fim de que possam vivenciar a totalidade do trabalho em enfermagem e em saúde.

Compreendo **cenários de aprendizagem** como o local onde se realizam as práticas, os sujeitos nelas envolvidos, a natureza e conteúdo das atividades desenvolvidas (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000).

Cenários de Aprendizagem diz respeito, portanto, à incorporação e à inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras. Inclui, também, a valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas. Eles se relacionam também aos processos de trabalho, ao deslocamento do sujeito e do objeto do ensino e à revisão da interpretação das questões referentes à saúde e à doença, em que se considera sua dinâmica social (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000 p. 40).

Os cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem se caracterizam por espaços de adequação à diversidade e complexidade da formação profissional no mundo contemporâneo, favorecendo, pois, o cumprimento dos princípios éticos na criação e recriação do conhecimento, no estímulo à motivação, no exercício do diálogo, nas atividades de aprendizagem centradas na aluna como sujeito social.

Concordo com Fernandes e colaboradoras (2008) quando elas afirmam que estes são espaços de construção de identidades profissionais que envolvem a dimensão cuidadora e produção do cuidado; espaços que envolvem um conjunto complexo de saberes e fazeres. São espaços que agregam e alavancam a construção de conhecimentos articulados com as reais necessidades de saúde da população. Nesse sentido, acredito que os serviços de saúde são importantes cenários de aprendizagem no processo de formação das enfermeiras.

A fala dos sujeitos entrevistados também aponta para a importância dos serviços de saúde na formação das enfermeiras. As estudantes reconhecem a importância das atividades práticas desenvolvidas nos serviços de saúde:

[...] se não tivéssemos esse campo de estágio, a gente estava completamente solto, perdido, sem noção de nada. Por mais que a gente tenha a teoria, na prática é diferente, até porque na teoria é tudo lindo, maravilhoso e quando a gente vai pra prática as dificuldades são muito grandes. (EE1)

[...] lidamos muito com a patologia, com a doença, mas lidar com o ser humano só se aprende na prática e por isso gosto do estágio no serviço. Dá pra aprender a lidar com as dificuldades. (EE9).

É muito bom o estágio curricular porque é quando você associa a teoria, as coisas que você vê na sala de aula, com a prática no hospital. Você aprende muita coisa, relembra também muita coisa, não só de assistência, mas de administração, gerência da unidade. Então, eu acho com certeza que é necessário. (EE2)

Eu acho que a formação, que a universidade tem dado aos alunos, ela é a base. Ele prepara o aluno, só que eu acho que o aluno se torna mais preparado a partir do momento que ele tem experiência no campo de prática, no serviço de saúde. (EE11)

Os serviços são referenciados como cenários de aprendizagem necessários para a formação de futuros profissionais de saúde e são reconhecidos como espaços privilegiados para o processo de formação por permitirem a interseção entre o mundo do trabalho e o mundo da formação

Entendo, pois, os serviços de saúde como locais onde são realizadas as atividades práticas (assistenciais, gerenciais e educacionais) para o desenvolvimento de habilidades direcionadas ao exercício profissional da enfermeira. São espaços de ensino/aprendizagem adequados ao processo de formação em saúde/enfermagem por permitirem a articulação teoria/prática, vinculando o mundo do trabalho ao processo de formação a partir do contexto social onde se inserem.

Os espaços de aprendizagem em saúde/enfermagem devem favorecer o aprender a conhecer como liberdade para a descoberta, para a curiosidade, para a busca da compreensão, construção e reconstrução do conhecimento, para o aprender a pensar a realidade, a pensar o novo, a reinventar o pensar, a pensar e reinventar o futuro, com autonomia e responsabilidade.

O fazer cotidiano do processo de formação da enfermeira nos cenários aprendizagem em saúde/enfermagem abrange, pois, a dialética do aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser.

Nesses espaços o **aprender a fazer** está relacionado à autonomia para o desenvolvimento da competência pessoal que possibilita ao profissional trabalhar coletivamente, adquirir qualidades para as relações interpessoais no trabalho, em detrimento da pura qualificação profissional, oferecendo oportunidades de desenvolvimento de competências amplas para enfrentar o mundo do trabalho. O **aprender a viver junto** oferece possibilidades para o respeito e compreensão do outro, para a busca do esforço comum e para a participação em projetos de cooperação com o outro. O **aprender a ser** oferece condições para o desenvolvimento integral da pessoa com inteligência, sensibilidade, sentido ético e estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade, pensamento autônomo e crítico, criatividade, iniciativa e rigor científico (DELORS, 1998).

Com base nessa visão dos quatro pilares da educação, percebo que a interação com o mundo do trabalho nos espaços onde as práticas de saúde são realizadas é fundamental para proporcionar oportunidades aos sujeitos que estão em processo de formação, possibilitando a constituição de sujeitos autônomos de suas ações, do seu saber e do seu pensar, assim como do saber comunicar-se e pesquisar, ter raciocínio lógico, fazer sínteses e elaborações teóricas, ser independente e autônomo; enfim, ser socialmente competente.

Essa formação implica na essencialidade dos serviços de saúde enquanto cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem para a superação da formação centrada no conhecimento fisiopatológico e no distanciamento da realidade sócio sanitária, favorecendo uma formação centrada na prestação do cuidado na rede do SUS, de acordo com os parâmetros emanados das DCN/ENF.

Defendo, portanto, a necessidade do processo de formação ser permeado por oportunidades de inserção no mundo do trabalho, que possibilitem às graduandas relacionar os conhecimentos teóricos com a realidade dos campos de práticas em saúde, os quais traduzem o cotidiano do mundo do trabalho da saúde/enfermagem, constituindo-se espaços de aprendizagem, fundamentais para a formação de profissionais enfermeiras.

Essas considerações indicam a necessidade de uma formação fundamentada na produção de conhecimentos, mediante a inserção em realidades concretas, ou seja, a formação centrada na práxis, reafirmando a importância da inserção das graduandas, nos cenários de aprendizagem em serviços de saúde, como um dos indicadores de qualidade da formação profissional.

A inserção de estudantes nas práticas em serviços de saúde está respaldada na Resolução nº 350 do Conselho Nacional de Saúde, de 9 de junho de 2005, no item 4, que aprova os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde (BRASIL, 2005).

Dentre esses critérios destaca-se o subitem a, que trata das necessidades sociais e prevê que todo novo curso de graduação em saúde deve demonstrar a possibilidade de utilização da rede de serviços instalada (distribuição e concentração de serviços por capacidade resolutiva). Devem apresentar, também, demonstração de que **a oferta de vagas é coerente com a capacidade instalada para a prática**, bem como com o número de docentes existentes e com a capacidade didático-pedagógica instalada (BRASIL, 2005).

Vale destacar, também, que o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES) exige o cumprimento dos critérios previstos na Resolução CNS nº350/2005, no que se refere à regulação de novos cursos na área da saúde.

Apesar da obrigatoriedade de uma análise sobre a capacidade instalada de serviços de saúde nos municípios onde serão implantados novos cursos de graduação em enfermagem, a realidade tem se mostrado de forma contraditória. A análise dos serviços de saúde da Bahia me permite afirmar que, nos últimos 10 anos, não houve uma expansão dos serviços de saúde na mesma proporção da expansão dos cursos e vagas de graduação em enfermagem no estado.

Os gráficos seguintes apresentam uma caracterização dos serviços de saúde que se constituem como cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem disponíveis nos 417 municípios da Bahia.

A Figura 10 apresenta a descrição dos estabelecimentos de saúde disponíveis no estado da Bahia entre os anos de 2012 e 2014, conforme classificação do CNES. Na análise do gráfico, percebo que os serviços de saúde ligados às atividades de baixa complexidade apresentaram crescimento significativo quando comparado ao crescimento dos hospitais e unidades de urgência/emergência.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) passaram de 2984 em 2012 para 3265 em 2014, um aumento de 9,42%, enquanto que os hospitais aumentaram apenas 3,26% no mesmo período. Esta ampliação da rede básica está em consonância com o proposto no Plano Estadual de Saúde que estabelece a construção de 400 UBS e uma ampliação de 10% da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no período de 2012 a 2015 (BAHIA, 2012).

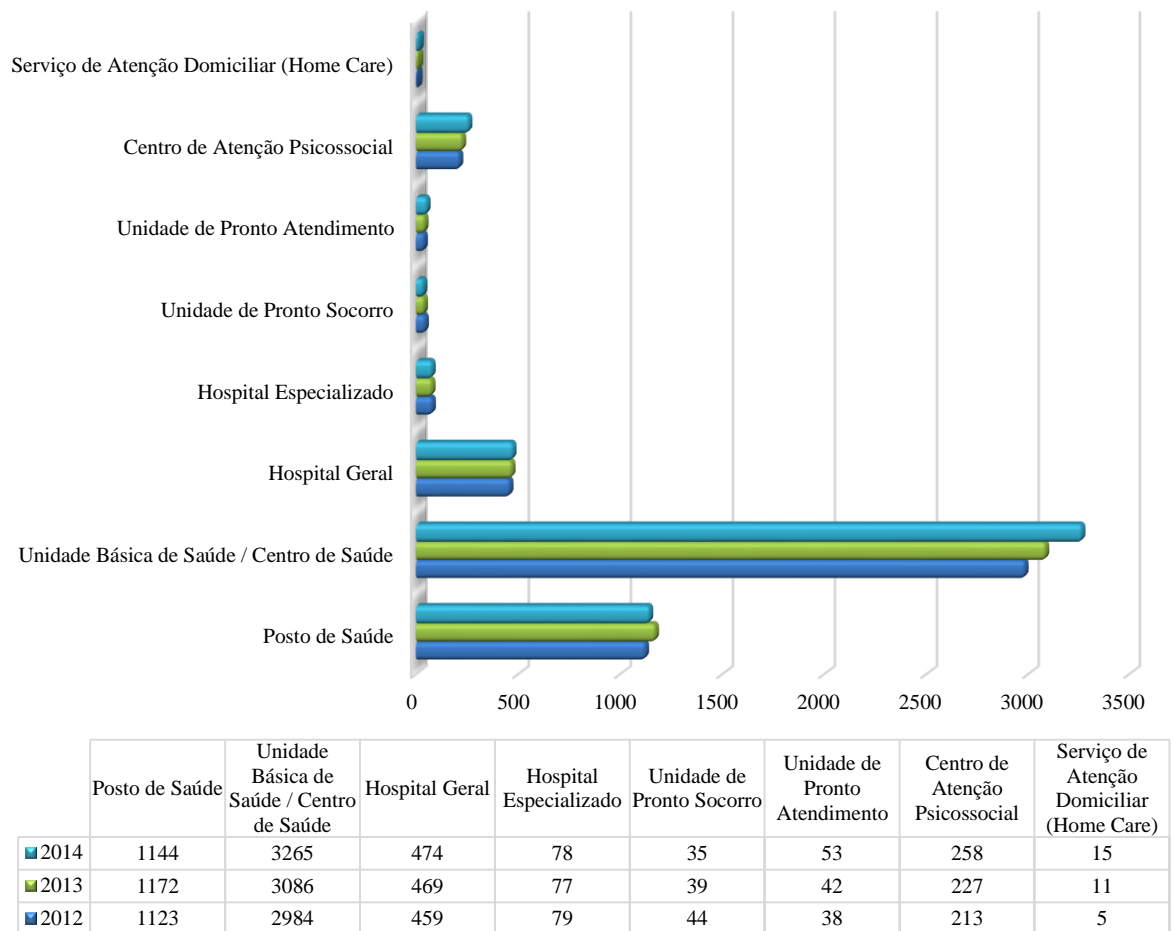


Figura 10 – Quantidade de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimento no estado da Bahia de 2012 a 2014. – Fonte: CNES

Merece destaque no gráfico o crescimento do Serviço de Atenção Domiciliar (Home Care) que apresentou um crescimento de 200% no período avaliado; o maior crescimento entre todos os tipos de estabelecimentos pesquisados no mesmo período. Apesar de ainda pouco expressivo (são somente 15 prestadores em toda a Bahia), este tipo de serviço indica uma tendência de mercado que é a desospitalização.

Não cabe neste estudo discutirmos as vantagens e desvantagens da atenção domiciliar. Entretanto, é importante destacar que uma tendência de mercado não é algo passageiro; é algo que tende a se estabelecer. A entrada da atenção domiciliar no bojo dos serviços de atenção à saúde traz consigo mudanças na forma de cuidar e, principalmente, de gerenciar o cuidado em saúde e em enfermagem. Esses serviços são, portanto, espaços importantes que devem ser pensados como cenários de aprendizagem tendo em vista o perfil profissional que este segmento necessita.

Outro importante cenário de aprendizagem que vem expandindo são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No período de 2005 a 2014 esses serviços expandiram 529% (Figura 11), como resultado da Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001 que tem como propósito desinstitucionalizar a atenção e reforçar os direitos das pessoas com transtornos mentais, levando à implementação de serviços ambulatoriais, como os CAPS e de Serviços de Residência Terapêutica (SRT) para egressos de longa internação.

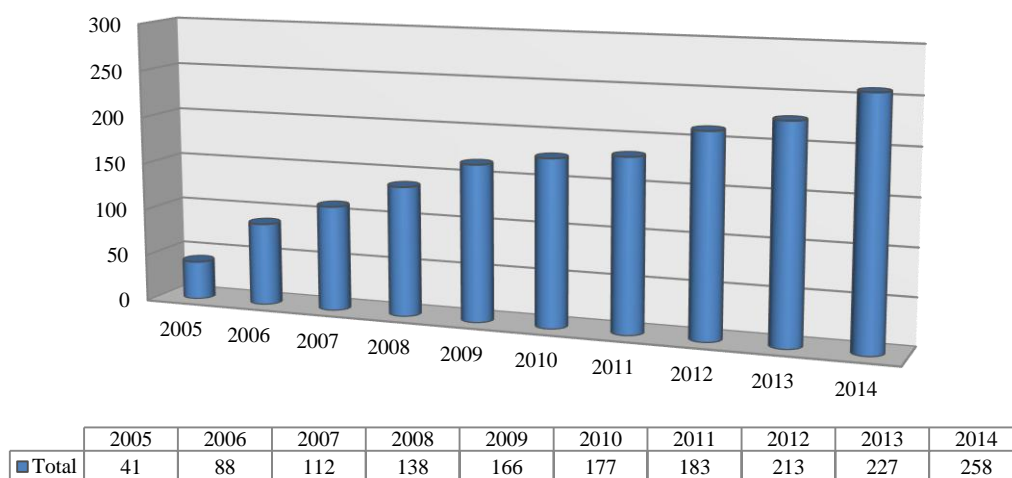


Figura 11 – Quantidade de Centro de Atenção Psicossocial no estado da Bahia de 2005 a 2014. – Fonte: SESAB/CNES

A política de Atenção à Saúde Mental, implementada pelo Governo Federal a partir de 2001, vem concentrando esforços e investimento nas ações de promoção e recuperação da saúde de pessoas acometidas por transtornos mentais. Um exemplo desse investimento é o Programa Crack é Possível Vencer, criado em 2011 com a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral aos usuários de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Tem com um dos seus objetivos aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares. No âmbito estadual, o governo instituiu, em 2012, Portaria n.º 275 que estabelece um incentivo financeiro estadual mensal para o custeio dos CAPS nas modalidades CAPS III e CAPS-AD III, além de implementar em 2003 o Programa de Volta para Casa que oferece um benefício financeiro mensal às famílias que reintegram os pacientes ao convívio familiar (BAHIA, 2012).

No que tange a rede hospitalar, as figuras 12 e 13 indicam que não houve um incremento no número de leitos de internação hospitalar na Bahia nos últimos 10 anos. Pelo contrário: em

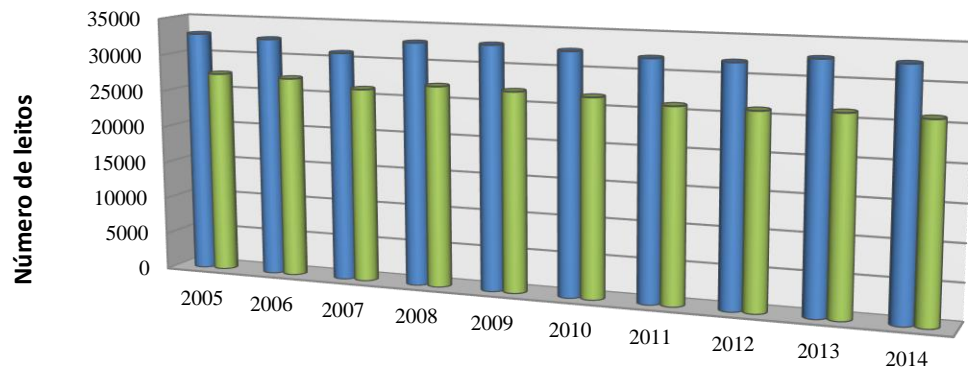
2005 existiam 32857 leitos e em 2014 esse número cai para 32641, indicando um fechamento de 216 leitos. É preciso considerar nessa retração, os leitos de internação psiquiátrica que foram fechados após a reforma psiquiátrica, acompanhando uma tendência nacional. Paim e colaboradores (2011) destacam que a reforma psiquiátrica resultou no fechamento de 20.000 leitos hospitalares no Brasil no período de 2001 a 2010.

Por outro lado, a retração no número de leitos indica que não houve um investimento na expansão da rede hospitalar que se refletisse em um aumento real no número de leitos. A Figura 10 aponta que houve um aumento no número de hospitais gerais que eram 459 em 2012 e passaram a 474 em 2014. Entre os anos de 2012 e 2013 (Figuras 12 e 13) é observado um aumento de 880 leitos, sendo 560 de leitos complementares que compreendem os leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), adulto, pediátrica, neonatal e os leitos em Unidades de Cuidado Intermediário (UCI) neonatal. Entretanto, o aumento no número de hospitais e o aumento no número de leitos complementares parece compensar as perdas anteriores, não se refletindo num aumento global quando comparados os anos de 2005 e 2014.

A redução no número de leitos tanto é uma realidade que a própria SESAB em 2011 admitiu que o Estado possuía um déficit de 5.679 leitos SUS, para atender ao preconizado na Portaria GM/MS 1.101/2002 que leva em consideração a população assistida. Por isso, a Política de Atenção Hospitalar do Estado da Bahia implementada em 2010, tinha como objetivo a reestruturação e reorganização da rede de serviços hospitalares (BAHIA, 2012).

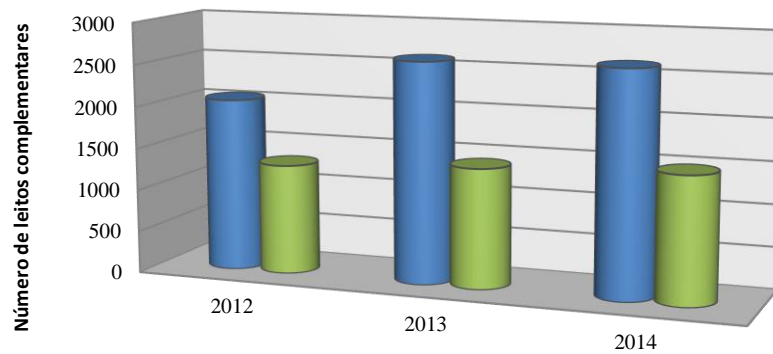
Quando comparo a discreta expansão dos serviços de saúde com o expressivo crescimento dos cursos de graduação em enfermagem, percebo que há um distanciamento expressivo nos números: entre os anos de 2005 e 2014, os cursos de graduação expandiram 247% enquanto que os leitos hospitalares, por exemplo, decresceram em 0,05%. Em 2014 a Bahia já contava com 59 cursos de graduação em enfermagem distribuídos em 23 cidades, conforme Tabela 01.

Os dados apresentados na Tabela 01 demonstram uma distribuição irregular dos cursos de graduação em enfermagem nas regiões da Bahia, com apenas 25 municípios concentrando a oferta de vagas. A macrorregião Leste se destaca com 26 cursos (44%) e 5.020 vagas (54,46%), seguida pela macrorregião Sul com 9 cursos (15%) e 1.162 (12,6%) vagas e macrorregião Centro-Leste com 06 cursos (10%) e 598 vagas (6,49%).



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
■ Total de Leitos	32857	32498	31012	32804	32928	32511	32021	31938	32818	32641
■ Leitos SUS	27434	27239	26251	27138	26936	26704	26084	26018	26294	26069

Figura 12 – Quantidade de leitos hospitalares e leitos SUS no estado da Bahia de 2005 a 2014. – Fonte: SESAB/CNES



	2012	2013	2014
■ Total de Leitos	2059	2619	2646
■ Leitos SUS	1308	1420	1498

Figura 13 – Quantidade de leitos complementares e leitos complementares SUS no estado da Bahia de 2012 a 2014. – Fonte: CNES

TABELA 01 – Distribuição dos cursos e vagas de graduação em enfermagem nas cidades da Bahia – 2014

MUNICÍPIO	MACRORREGIÃO	TOTAL DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	TOTAL DE VAGAS OFERECIDAS
ALAGOINHAS	Nordeste	2	360
BARREIRAS	Oeste	1	64
CACHOEIRA	Leste	1	100
CAMAÇARI	Leste	1	45
CANDEIAS	Leste	1	150
CRUZ DAS ALMAS	Leste	1	100
EUNÁPOLIS	Extremo-Sul	1	100
FEIRA DE SANTANA	Centro-Leste	6	598
GUANAMBI	Sudoeste	2	260
ILHÉUS	Sul	3	362
IRECÊ	Centro-Norte	1	100
ITABUNA	Sul	2	350
ITAMARAJU	Extremo-Sul	1	84
JEQUIÉ	Sul	3	250
LAURO DE FREITAS	Leste	1	300
PARIPIRANGA	Nordeste	1	300
PAULO AFONSO	Norte	1	100
RIBEIRA DO POMBAL	Nordeste	1	200
SALVADOR	Leste	20	4295
SANTA CRUZ DE CABRÁLIA	Extremo-Sul	1	120
SANTO ANTÔNIO DE JESUS	Leste	1	30
SENHOR DO BONFIM	Norte	1	50
TEIXEIRA DE FREITAS	Extremo-Sul	2	390
VALENÇA	Sul	1	200
VITÓRIA DA CONQUISTA	Sudoeste	3	310
TOTAL		59	9218

O elevado número de cursos em algumas macrorregiões e singularmente nos municípios pólo reflete o desenvolvimento socioeconômico dessas regiões e municípios. O número de cursos implantados em uma região está relacionado à capacidade instalada de recursos humanos qualificados e de infraestrutura na área da saúde existentes que favorecem a instalação de novos cursos e a manutenção dos já existentes. Esta capacidade instalada, por sua vez, é diretamente proporcional aos investimentos públicos e também da iniciativa privada no setor saúde.

Por outro lado, o desenvolvimento socioeconômico de uma região favorece a busca por novas oportunidades de formação e emprego. Nesse sentido, a graduação em enfermagem mostra-se como uma alternativa atraente para jovens e adultos que buscam ingressar no

mercado de trabalho da saúde de forma menos onerosa, tendo em vista que, dos cursos da área da saúde, o curso de enfermagem é um dos mais acessíveis do ponto de vista financeiro.

Entretanto, ao analisar os serviços de saúde instalados nos municípios que oferecem o curso de graduação em enfermagem é possível afirmar que não houve uma preocupação em dimensionar a oferta de vagas de acordo com a capacidade dos serviços. Em alguns municípios, como Paripiranga e Santa Cruz de Cabralia, o número de vagas é sensivelmente maior do que a rede de serviços instalada.

A Figura 14 apresenta a quantidade de estabelecimentos de saúde nos municípios e a oferta de vagas para graduação em enfermagem. Em 15 municípios (60%), a oferta de vagas é maior do que a quantidade de estabelecimentos de saúde, com destaque para Paripiranga que apresenta uma proporção de 33 vagas de graduação em enfermagem para cada serviço de saúde instalado no município. Logo em seguida aparece Santa Cruz de Cabralia com 5 vagas/serviço e depois Ribeira do Pombal com 4 vagas/serviço.

Esta desproporção a princípio não se configuraria como um problema, uma vez que um serviço de saúde pode receber várias alunas ao mesmo tempo e em turnos diferentes. Entretanto, uma análise mais apurada revela algumas questões que podem trazer implicações para inserção das estudantes nos campos de práticas.

A primeira delas é que nem todos os estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES se constituem como cenário de aprendizagem em enfermagem. Os dados apresentados na Figura 14 se referem a todos os estabelecimentos de saúde disponíveis no município e nesse bojo estão incluídos, por exemplo, clínicas odontológicas e consultórios médicos, espaços que não se constituem como cenários de aprendizagem em enfermagem.

A Figura 15, apresenta o quantitativo de estabelecimentos de saúde que em geral são utilizados como cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem e a oferta de vagas. Foram considerados os seguintes estabelecimentos, conforme classificação do CNES: Posto de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Hospital Geral, Hospital Especializado, Unidade de Pronto Atendimento, Unidade de Pronto Socorro, CAPS, Home Care.

Neste caso, a relação entre a oferta de vagas para graduação em enfermagem e a quantidade de estabelecimentos de saúde nos municípios é ainda mais desproporcional. Em 23 municípios (92%), a oferta de vagas é maior do que a quantidade de estabelecimentos de saúde. A proporção em Paripiranga sobe para 50 vagas de graduação em enfermagem para cada serviço de saúde instalado. Salvador aparece logo depois com uma proporção de 18 vagas/serviço, seguido de Ribeira do Pombal com uma proporção de 11 vagas/serviço.

Outro aspecto a ser considerado nessa análise é que o número de vagas apresentado não corresponde ao total de alunos que serão inseridos nos serviços de saúde. Isto porque os números apresentados dizem respeito à quantidade de vagas autorizadas e oferecidas pelo curso por ano, ou seja, referem-se ao quantitativo de estudantes que o curso está disposto a receber a cada ano. Mesmo sabendo que a quantidade de vagas ofertadas nem sempre é totalmente utilizada e que ao longo do curso muitas alunas desistem, é preciso considerar que o curso de graduação em enfermagem tem duração média de 09 semestres e que o quantitativo de estudantes que precisam ser inseridos em cenários de aprendizagem vai se acumulando semestre a semestre. Portanto, é possível afirmar que o número de estudantes nos cenários de aprendizagem é muito maior do que o número de vagas apresentado nas Figuras 14 e 15.

E por fim, é preciso considerar, ainda, que as estudantes de enfermagem não estão sozinhas nos cenários de aprendizagem. Os mesmos estabelecimentos de saúde são utilizados também por estudantes de outros cursos da área da saúde, como nutrição, fisioterapia e medicina, aumentando ainda mais a concentração de estudantes por cenário de aprendizagem.

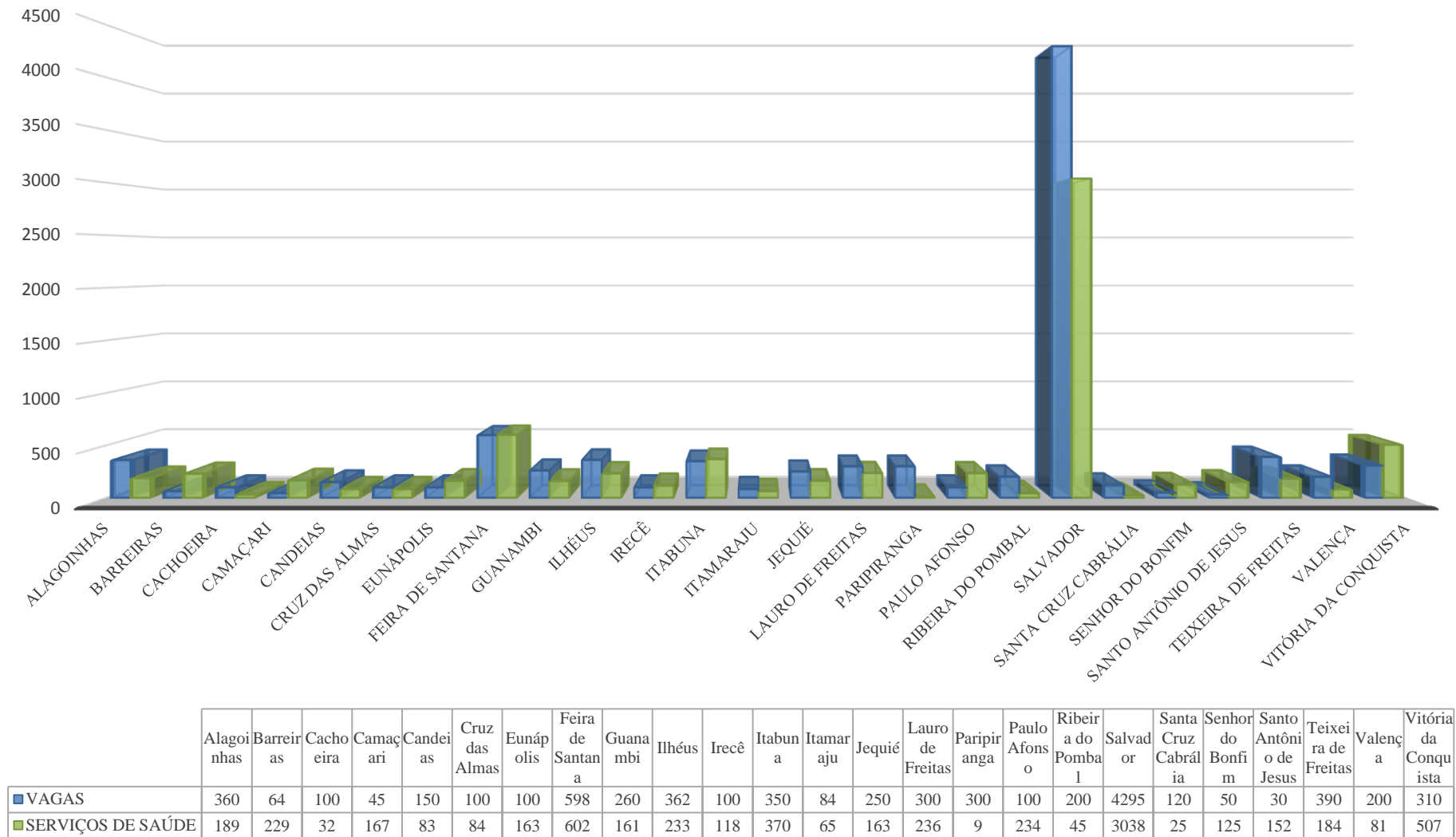


Figura 14 – Quantidade de estabelecimentos de saúde e oferta de vagas de graduação em enfermagem nos municípios baianos no ano de 2014. – Fonte: CNES/ME/e-MEC

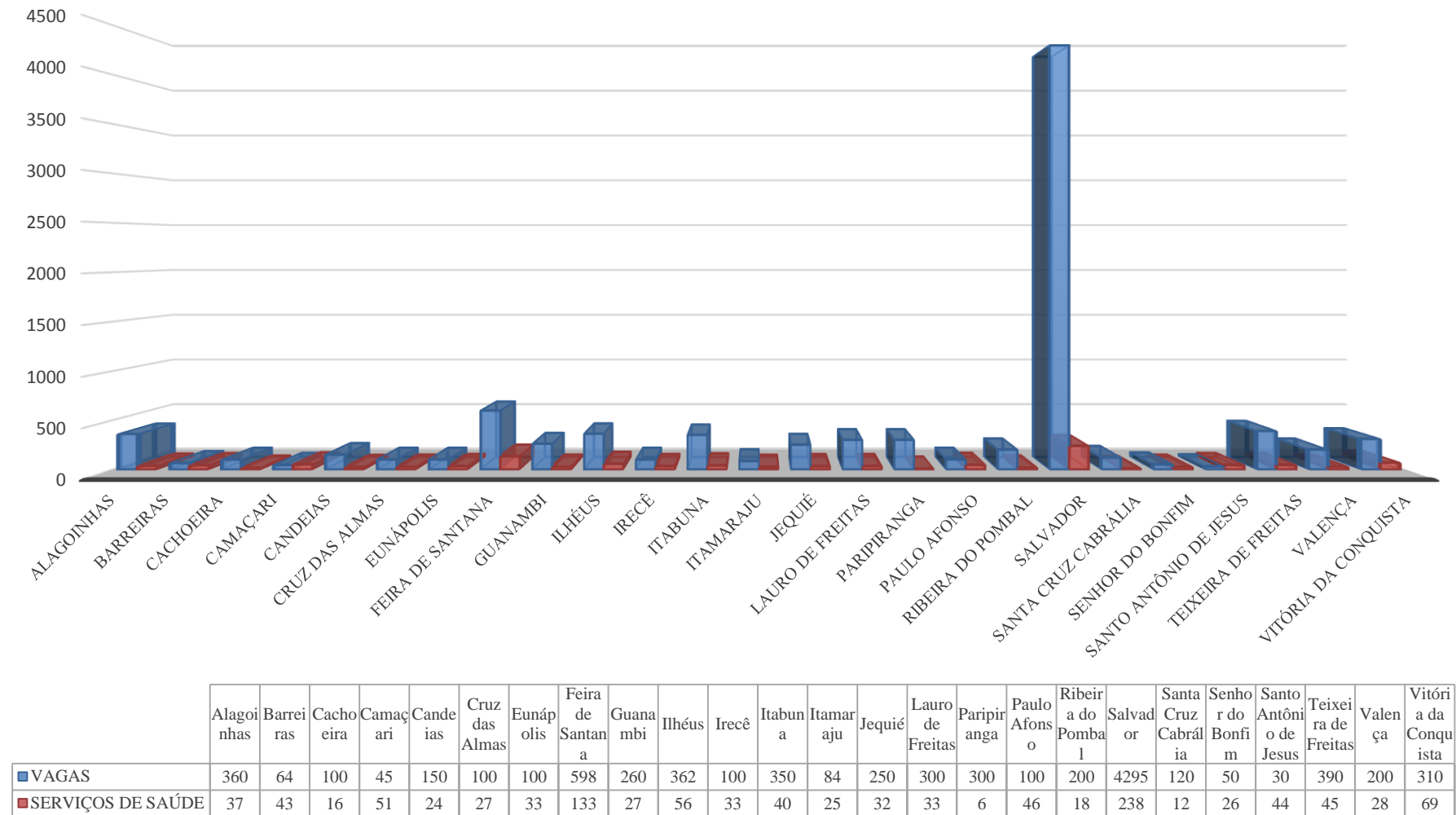


Figura 15 – Quantidade de estabelecimentos de saúde, cenários de aprendizagem em enfermagem e oferta de vagas de graduação em enfermagem nos municípios baianos no ano de 2014. – Fonte: CNES/ME/e-MEC

7 EXPANSÃO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E A OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA BAHIA: implicações para a formação de enfermeiras

A análise dos dados até aqui permite afirmar que há uma grande demanda de estudantes que precisam ser inseridas em um restrito número de serviços de saúde em decorrência da expressiva expansão do ensino superior sem a correspondente ampliação dos serviços de saúde, cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem. Esse descompasso vem trazendo implicações para a formação das enfermeiras ao promover um distanciamento da interlocução entre a teoria e a prática e, conseqüentemente, entre o ensino de graduação em enfermagem e mundo do trabalho.

A primeira implicação que aponto a partir da análise dos dados e discurso dos sujeitos é o **excesso de alunas nos cenários de aprendizagem, comprometendo as oportunidades de ensino/aprendizagem**. Os dados descritos no capítulo anterior e as falas dos sujeitos entrevistados revelam que não houve uma preocupação em dimensionar a oferta de vagas de graduação em enfermagem de acordo com a capacidade dos serviços, ocasionando um número grande de estudantes desenvolvendo suas práticas no mesmo serviço de saúde simultaneamente.

[...] tem muitos alunos para escassas oportunidades de procedimentos, de contatos concretos com o paciente, de realização do cuidado... [...] são três, quatro instituições no mesmo campo... então a aluna só tem a oportunidade de praticar uma vez, e olhe lá [...]. (E3).

[...] aqui o serviço só aceita grupos de 5 alunos. Isso significa que fica aluno sobrando, sem realizar procedimentos, enfim, sem prática. (E5)

As falas dessas enfermeiras demonstram uma preocupação com a escassez de oportunidades de procedimentos e de contato com o paciente em decorrência do número de alunas no serviço. Essa preocupação é relatada pelas estudantes que admitem a necessidade de dividir procedimentos com outras colegas.

[...] tinha muito aluno de várias faculdades, então a gente acabava não tendo muitas oportunidades... oportunidades de praticar, inclusive para o cuidado (EE4).

[...] ... além da duração ser pequena para as práticas, você tem que dividir as oportunidades de aprendizagem com outro colega de outra escola. (EE9)

A escassez de oportunidades é também percebida pelas docentes que revelam, ainda, que o excesso de alunas causa constrangimento no paciente que acaba sendo o cerne da atenção

de muitos estudantes ao mesmo tempo tendo, por exemplo, de responder as mesmas perguntas diversas vezes.

[...] Os alunos estão lá nos serviços, querem ter o máximo de oportunidades, e o que eu sinto muitas vezes é que falta espaço porque são muitas faculdades e às vezes eu sinto até que o paciente se sente coagido, porque são dez alunos em volta de um só paciente no meio. (D11)

Vale destacar, ainda, que o excedente de estudantes nas unidades caracteriza-se pela presença de alunos de vários cursos da área da saúde, tais como: medicina, fisioterapia, nutrição e farmácia e não apenas pelas alunas dos cursos de graduação em enfermagem.

[...] às vezes tem muito estagiário, residentes e estudantes de medicina, fisioterapia, enfermagem de várias faculdades e aí acaba desorganizando o ensino e reduzindo as já escassas oportunidades. (D3)

[...] com o campo superlotado de alunos, não só de enfermagem... tem aluno de medicina, de fisioterapia, de nutrição...você tem que disputar paciente para tentar oportunizar atividades para os seus alunos. (D11)

Os serviços de saúde, enquanto cenários de aprendizagem, proporcionam uma gama de oportunidades de interlocução entre a teoria e a prática, não apenas para a construção de habilidades técnicas relacionadas à assistência direta ao paciente, mas também desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas à tomada de decisão, liderança, comunicação, gerenciamento e educação permanente.

As entrevistas destacam a escassez de procedimentos técnicos. Entretanto, é possível ampliar esta implicação para os aspectos relacionados à gestão e à educação. O processo de formação da enfermeira abarca não só a dimensão técnica do cuidado. Contempla igualmente a capacidade de estabelecimento de interação com a pessoa assistida e com a equipe multidisciplinar em saúde.

Assim, concordo com Silva (2013) quando ela defende que o processo de formação da enfermeira deve abarcar o processo de socialização, considerando a complexidade que envolve os espaços de trabalho em saúde e a diversidade de atores sociais que compartilham o mesmo cenário.

No entanto, é preciso reconhecer que o saber-fazer no processo de formação da enfermeira, nos cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem, se insere na complexidade do mundo globalizado, com suas múltiplas implicações, em espaços em que o avanço técnico-

científico vem se dando de modo vertiginoso, atingindo de perto o ser humano no seu pensar, no seu comunicar, no seu agir, no seu ser ético (FERNANDES et al, 2008).

Esse contexto aponta para a necessidade de profissionais críticos, criativos, reflexivos, com compromisso político e capazes de enfrentar os problemas complexos que se apresentam na sociedade e, mais especificamente, na área da saúde/enfermagem. Essa necessidade, por sua vez, pressupõe o desenvolvimento de estratégias de ensino/aprendizagem nos serviços de saúde, que utilizem metodologias ativas de ensino-aprendizagem que buscam desenvolver valores e atitudes no processo ensino/aprendizagem, considerando que a prestação do cuidado é realizada por sujeitos portadores de valores, culturas e ideologias que permeiam a prática sanitária desses agentes (FERNANDES et al, 2008).

Essas estratégias devem levar em conta a realidade concreta e a necessidade de se trabalhar, além das questões técnicas, as emoções e as relações interpessoais nos espaços de atenção à saúde, cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem, discutindo as contradições da política neoliberal que influencia na forma como se processa o ensino, o cuidado e até mesmo o processo de adoecimento.

Esse entendimento indica a necessidade da formação de profissionais adequados à contemporaneidade, à complexidade e à imprevisibilidade que acompanha o processo de trabalho em saúde, estabelecendo uma articulação teoria-prática concreta, vinculando o mundo do trabalho ao processo de formação, a partir da contextualização social. Essa necessidade traz à tona a constatação de que as situações de aprendizado só se efetivam na prática, nas situações de trabalho e no jogo das interações.

A segunda implicação revelada pela análise dos dados e discurso dos sujeitos é **dificuldade de inserção das estudantes nos cenários de aprendizagem devido à escassez de serviços de saúde**. Sem um dimensionamento da oferta de vagas coerente com a capacidade instalada de serviços de saúde nos municípios, as instituições de ensino tem encontrado dificuldades para inserção das estudantes nos serviços de saúde, como destacam as seguintes falas:

[...] Existe dificuldade para conseguir campos, para estar em campos de estágios praticando, devido à demanda de muitos alunos que existe hoje em dia e, cada dia crescendo mais [...]. (D6)

[...] O número de estudantes aumentou sensivelmente, nos últimos anos. Mas os serviços ainda não estão preparados para receber tantos alunos... as oportunidades não são satisfatórias devido ao excesso de alunos, pelo menos em determinados campos ... não diria em todos, mas em determinados campos. (D3)

[...] se a gente não chegar antes do posto abrir pra garantir o espaço, outras faculdades já estão lá e perdemos as oportunidades. (D9)

As dificuldades incluem além do número restrito de serviços de saúde e a concorrência com outras instituições para utilização dos serviços, a estrutura físico-funcional dos serviços de saúde que passam por sérias restrições na atualidade. As enfermeiras do serviço enfatizam:

[...] sabemos da importância de disponibilizar o campo para estudantes, mas pelas dificuldades próprias dos serviços e pelo excesso de alunos, aqui nós damos prioridade aos cursos mais antigos (E5)

[...] Pelo que entendo, os serviços de saúde devem proporcionar o desenvolvimento de habilidades inerentes à área da enfermagem, assim como o desenvolvimento de competências relacionadas à capacidade de interagir e de se relacionar com o outro e de trabalhar em equipe. No entanto, em alguns locais isso não é disponibilizado não só pelo sucateamento do serviço como pelo excesso de alunos. (E9)

Esses fragmentos evidenciam a dificuldade do acesso aos serviços de saúde pelas IES, singularmente aquelas com curso novo e também ratifica o reconhecimento da importância dos serviços de saúde serem utilizados como cenários de aprendizagem, que proporcionam a interação do saber, agir e educar, no trabalho, possibilitando o vir a ser, a constituição de sujeitos autônomos, sujeitos de seus projetos, de suas ações e do seu pensar, decorrente desse processo.

Esses registros revelam, ainda, a preocupação com a formação de um profissional com um novo perfil definido pelas DCN/ENF. Ou seja, um perfil generalista que valorize não apenas a dimensão técnica, mas, também, o social, reconhecendo a importância do trabalho em equipe e do atendimento de demandas da comunidade na formação de enfermeiras críticas, reflexivas, melhor preparadas técnica e cientificamente, comprometidas com a qualidade de vida da população, com o desenvolvimento da cidadania, com a autonomia, visibilidade e valorização profissional.

Sob o entendimento de que o conhecimento é construído no decorrer das experiências vividas e no processo de formação, as IES devem ter a “construção do conhecimento como eixo de todas as experiências, que deverão ser fundamentadas pela teoria e relacionadas constantemente com a prática, em busca de uma visão crítico-reflexiva tanto do saber como do fazer” (TEIXEIRA, 2009 p. 17). Nesse sentido, os cenários de aprendizagem se constituem como espaços onde professores e estudantes têm a oportunidade de articular a formação com as atividades assistenciais, gerenciais e de docência desenvolvidas nos serviços.

Dada a forte ligação da formação em enfermagem com o mundo do trabalho, Espiney (1997) salienta que a orientação das atividades práticas é um problema de fundo em profissões que requerem, para que possam começar a ser exercidas, o domínio de um conjunto global de saberes que não dispensam os saberes oriundos da prática e, por isso, a inserção das estudantes no mundo do trabalho deve ser estimulada desde o início do curso.

Por outro lado, Silva (2013 defende que

É a partir da inserção das estudantes nos serviços de saúde, para a realização de práticas de ensino/aprendizagem, que se consegue dar início ao desenvolvimento das competências e das habilidades necessárias ao processo de socialização que permitirá a iniciação efetiva de uma prática social crítica e reflexiva, que deve corresponder àquela própria de uma profissional enfermeira (p. 115).

Frente a essa realidade, defendo a importância do estabelecimento de uma integração objetiva e sistematizada entre IES e serviços de saúde, cenários de aprendizagem, pautada em um planejamento que envolva ambas as partes, a fim de se direcionar ações para o atendimento às demandas desses dois segmentos.

Há, portanto, a necessidade de fortalecimento das relações de parceria entre a instituição formadora, os profissionais, gestores e usuários, que instituem estratégias dialógicas no planejamento, na proposição, implementação e na avaliação de ações inovadoras, com reflexos favoráveis à ampliação da capacidade crítica e criativa de todos os envolvidos, a fim de que o período de inserção da estudante no cenário de prática seja um momento de discussão das contradições do cenário que levem a uma transformação, ainda que transitória, da realidade concreta da prática em enfermagem.

No planejamento das ações Colliselli e colaboradores (2009) apresentam o Método Altadir de Planejamento Planificação Popular (MAPP), como uma importante ferramenta para desenvolvimento da integração ensino-serviço, pois o método oportuniza a aplicação dos conceitos de planejamento na contextualização de situações-problema, tanto na assistência quanto na gerência, e eleição de operações de resolução pelas estudantes durante suas práticas de ensino/aprendizagem.

Algumas propostas vêm sendo desenvolvidas no sentido de mobilizar profissionais, instituições formadoras e comunidade em prol da integração ensino-serviço. Um exemplo é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que, em seus eixos centrais prevê a consolidação de um modelo de aprendizagem, em que o ensino volta-se à realidade da assistência à saúde pelo SUS, fortalecendo a relação entre ensino e prestação de serviço (BRASIL, 2007).

Outro exemplo é o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) que oportuniza aos estudantes o desenvolvimento de projetos na rede pública de saúde. É um programa tutorial a ser desenvolvido pelos cursos da área de saúde nas instituições formadoras, que conta com a preceptoría de um profissional do serviço e bolsas de incentivo para os estudantes (COSTA, MIRANDA, 2008).

Nesta direção e entendendo a importância da inserção das alunas nos cenários de aprendizagem, a SESAB estabeleceu entre as suas ações estratégicas descritas no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, a formulação e avaliação de diretrizes para a formação de trabalhadores de saúde para o SUS, visando o ordenamento da formação desses trabalhadores. Assim, a Escola Estadual de Saúde Pública vem regulando as vagas para estágio obrigatório na rede SESAB, através da Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (CIET).

A SESAB defende que esta regulação visa dar transparência ao processo de distribuição de vagas para o estágio, disponibilizando seus estabelecimentos de saúde, para que as diversas IES públicas, filantrópicas, comunitárias ou privadas, os utilizem como campo de prática para as atividades de estágio obrigatório, seja na modalidade de práticas de ensino, estágio supervisionado ou visitas técnicas (BAHIA, 2014). Destaco que a SESAB regula apenas os serviços com administração direta do estado ou administrados através de Parceria Público-Privada (PPP).

Desta forma, a SESAB não tem gerência sobre os serviços de saúde dos municípios que, por sua vez, criam suas próprias formas de regulação. Em Salvador, por exemplo, as concessões para estágios nos serviços de saúde municipais são gerenciadas pelo Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CDRH) da Prefeitura Municipal.

Nos dois casos, os discentes e docentes só tem acesso aos serviços de saúde após assinatura de um convênio que, em geral, tem vigência de dois anos se cumpridas todas as determinações impostas às IES.

Por outro lado, a assinatura do termo de convênio e posterior inserção das estudantes nos serviços de saúde não necessariamente se reflete na efetivação das práticas de ensino/aprendizagem de acordo com o preconizado pelas DCN/ENF. Garantido o cenário de aprendizagem, docentes, discentes e enfermeiras precisam lidar, do mesmo modo, com as questões estruturais e funcionais dos serviços.

Assim, destaco uma terceira implicação da expansão de cursos e dos serviços: **inadequações da infraestrutura e estrutura organizacional dos serviços de saúde, comprometendo as atividades de ensino/aprendizagem.** As falas abaixo retratam uma

realidade enfrentada por docentes, discentes e trabalhadoras nos serviços de saúde, principalmente os de natureza pública.

[...] o que senti também foi falta de material nas unidades. [...] No PSF a gente não fazia curativo porque não tinha material, a gente não fazia preventivo porque não tinha material e eu achei que algumas unidades são muito desorganizadas. Criam-se escolas/cursos, mas não se cria condições para o desenvolvimento das práticas. (EE10)

[...] eu sempre acompanhei estudantes em hospital público... então pra mim a deficiência é a de material e de pessoal que às vezes dificulta. Você sempre tem que improvisar ou criar meio de resolver problemas que poderiam ser sanados se tivesse uma boa infra-estrutura de material e de recursos humanos. (D7)

Conforme se pode constatar os recortes revelam o sucateamento de área física e escassez de recursos assistenciais nos cenários das práticas em saúde comprometendo a qualidade da formação. Essa realidade tem interferido de maneira significativa no cotidiano do mundo do trabalho que traduz o contexto das práticas experienciadas pelos sujeitos.

Na composição desse cenário ressalto algumas questões que considero influenciar no desenvolvimento das atividades de ensino/aprendizagem nos serviços: o subdimensionamento do pessoal de enfermagem, o que transforma as atividades de preceptoria em mais uma carga de trabalho; o processo de trabalho em saúde que demanda da enfermeira o gerenciamento do cuidado em enfermagem e em saúde, acentuando a sua carga de trabalho; a falta de investimentos na estrutura física e funcional das unidades, dificultando a prestação de cuidados e gerando situações estressantes para a equipe multidisciplinar; a falta de recursos materiais que muitas vezes impede uma assistência de qualidade; a precarização do trabalho em saúde representado pelas múltiplas formas de contratação no mesmo serviço e/ou a necessidade de manutenção de mais de um vínculo; dentre outras.

Percebo, pois, que os sujeitos, ao tempo em que percebem os serviços de saúde como cenários privilegiados para a transformação e consolidação do modelo de atenção à saúde defendido pela Reforma Sanitária Brasileira, percebem, também, como cenários onde se explicitam conflitos, dificuldades e limitações delimitadas pelo aumento do número de alunos nesses cenários e pela gestão dos serviços e do sistema de saúde.

A questão do trabalho em equipe evidenciada em algumas falas indica **dificuldade nas relações interpessoais entre docentes, discentes e preceptoras nos espaços de práticas em saúde**, em decorrência das condições de trabalho, mas também do grande quantitativo de

estudantes nos serviços. A dificuldade de se relacionar com o outro foi percebida como um fator negativo para a aprendizagem.

Em algumas falas dos sujeitos entrevistados ficou evidenciado que o aumento de estudantes nos campos de práticas tem gerado, em alguns casos, uma insatisfação nos profissionais que atuam nesses serviços, o que é percebido pela forma como os estudantes são recebidos nos serviços de saúde. Enquanto alguns são bem acolhidos e inseridos nesses espaços, outros referem dificuldades no relacionamento com a equipe de saúde, conforme ilustrado nas falas a seguir:

[...] o que mais me encanta é que em alguns lugares que a gente realiza as práticas, eles nos recebem muito bem. Então a questão é Você encontra pessoas que já passaram por isso e que lhe ajuda, mesmo com o excesso de alunos e de trabalho. Aí é experiência de vida que elas têm, as dicas que são dadas, isso facilita bastante. (EE11)

[...] encontramos muitas colegas que têm uma resistência muito grande com o estudante, o que dificulta o nosso aprendizado. (...) Muitas vezes não são receptivas para aquele nosso momento de formação. Elas não compreendem a importância daquilo. (EE6)

[...] os profissionais da área estão muito insatisfeitos. Cada vez mais eu sinto esta insatisfação deles, inclusive já questionei o porquê desta insatisfação, se é só comigo ou se é com a classe de estudantes que estão se formando. [...] E aí, muitas dizem 'Eu realmente preferiria que fosse como antes, só dois cursos, porque do jeito que está acontecendo aí, a gente só vai poder orientar as técnicas' (EE7).

Esses fragmentos de falas apontam para o quantitativo de alunos nos cenários de aprendizagem em saúde comprometendo o desenvolvimento de capacidades para o trabalho na equipe de saúde, como para as especificidades do trabalho na enfermagem. Essa questão nos remete ao modo como os sujeitos desta investigação encontram dificuldades nas estratégias de articulação de atividades e saberes da área com os demais profissionais da equipe. O aprendizado nos espaços das práticas em saúde gera, muitas vezes, situações extremamente conflituosas que podem comprometer não só o processo de formação, mas também, a prestação do cuidado qualificado.

Todo processo educacional deve ser capaz de desenvolver condições para o trabalho em equipe, valorizando a necessária interdisciplinaridade. A orientação do trabalho em equipe consta tanto das DCN/ENF, quanto das diretrizes para o exercício profissional no SUS.

Diante do excesso de estudantes, da restrição no número de serviços de saúde com adequada infraestrutura para recepção das alunas e das dificuldades encontradas nos serviços

devido ao quantitativo de estudantes, as IES tem promovido mudanças no processo de formação das enfermeiras como alternativa para o desenvolvimento das atividades práticas. Nesse sentido, outra implicação da expansão dos cursos e dos serviços de saúde são as **mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos no que tange o desenvolvimento das atividades práticas.**

Dentre as mudanças implementadas pelos cursos, a fala dos sujeitos entrevistados revelou as seguintes: reorganização da turmas de prática, aumentando o número de alunas por grupo ou promovendo atividades em horários distintos; utilização de laboratórios e simuladores de situações reais; adoção de visitas técnicas; redução da carga horária das práticas; estágios no turno noturno entre outras. Entretanto, os sujeitos envolvidos no processo formativo (docentes, discentes e preceptoras) reconhecem que muitas vezes as estratégias adotadas pelos cursos, não atendem a real necessidade do processo de formação, comprometendo a qualidade do ensino.

[...]para superar a dificuldade de oportunidades para o ensino/aprendizagem, dividimos o grupo de alunas em duas turmas, uma matutina e outra vespertina... [...]. (D2)

[...] à tarde, os procedimentos são reduzidos e com isso você acaba não tendo muita coisa pra oferecer a não ser leitura de prontuários, fazer visitas, mas a parte prática, prática mesmo, nada. Os estágios à tarde deixam muito a desejar. Mesmo na rede básica, os centros de saúde, à tarde, não oferecem oportunidades para o cuidado. (D5)

As falas das docentes acima revelam a incorporação das práticas no turno vespertino, mesmo reconhecendo que o turno da tarde oferece poucas oportunidades de desenvolvimento de atividades práticas. Alguns cursos já utilizam até o turno da noite para o estágio curricular das estudantes.

[...] estágio à noite, você faz o que? ... só leitura de prontuários, atendimento a intercorrências... a maioria dos os pacientes dorme durante a noite... você vai fazer o que durante a noite? (EE5).

Sabemos que o processo de trabalho em enfermagem atualmente desenvolvido, principalmente nos hospitais, segue o modelo taylorista de organização, concentrado a maior parte das atividades no turno da manhã. Assim, é no período matutino que são prestados os principais cuidados diretos ao paciente, como banho e curativos. É ainda no período da manhã que se concentram a maior parte das atividades gerenciais: previsão e provisão de medicamentos e materiais; distribuição da equipe de técnicos de enfermagem; encaminhamento de pacientes para realização de exames e procedimentos; encaminhamento dos pacientes de alta hospitalar; admissão de pacientes eletivos; dentre outras.

Outra mudança na formação revelada pelos sujeitos é a incorporação dos laboratórios de práticas como cenários de aprendizagem. As estudantes relatam suas percepções sobre o desenvolvimento de práticas em laboratórios:

[...] eu acho que a maior dificuldade da gente é fazer aqui, num boneco e depois de formada ter que fazer numa pessoa. (EE2)

[...] a faculdade oferece poucas práticas nos serviços. O estágio que a gente tem é esse no nono semestre, que é pouco tempo pra você praticar. A prática que a gente tem é dentro de um laboratório manipulando boneco. Quando a gente estiver formado, não vamos manipular boneco. A gente vai cuidar do ser humano. E o que a gente faz com o boneco, vai fazer com o ser humano? (EE4)

[...] ...o que eu vejo hoje em dia é que as atividades práticas são insuficientes... cada vez mais eles estão transportando a gente pra laboratório, tirando dos hospitais, da rede básica, até porque estão campos estão cada vez mais lotados de estudantes. (EE11).

[...] normalmente ficamos uma a duas semanas em uma unidade referente ao componente curricular que estamos cursando...é um tempo muito pontual...quando eu começo a pegar a dinâmica da unidade, aí acaba. Então não dá para você, de fato, concretizar o aprendizado. (EE6)

As docentes revelam preocupação com o aumento da carga horária prática em laboratórios em detrimento das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

[...] Vejo uma grande problemática... quando o aluno é formado sem ter, às vezes, atendido à carga horária mínima de estar em prática, ou seja, vão para os campos de práticas somente no oitavo e nono semestre... as outras atividades são feitas em nível de laboratórios...que, por mais bem equipado que esteja, eles não contemplam a integralidade do cuidado... (D1).

[...] como formar profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de considerar a realidade social para a prestação de serviços de saúde humanizados e de qualidade, desenvolvendo atividades práticas em laboratório? (D3)

A estratégia de desenvolver práticas em laboratórios e/ou em horários alternativos dificulta a articulação do saber (os conteúdos), o saber fazer (atitudes/habilidades) e o saber conviver (competências), além de distanciar a formação do mundo do trabalho, o que revela uma contradição, pois ao tempo em que se ampliam o número de cursos num contexto onde o

mercado de trabalho é instável, flexível e em transformação, não se ampliam os cenários das práticas de saúde/enfermagem, favorecendo uma formação distanciada do mundo do trabalho.

Essa realidade revela dificuldades dos cursos em atender aos parâmetros de qualidade emanados das DCN/ENF. O avanço da tecnologia dos laboratórios de ensino pode e deve ser considerado no processo de formação das estudantes, mas sem substituir o contato direto com o paciente, com os trabalhadores da saúde e com os serviços de saúde. Uma boa formação em enfermagem não se reduz à competência técnica, meramente instrumental, mas deve ocupar-se em desenvolver e problematizar questões de amplo significado social. O momento de imersão do estudante no cotidiano dos serviços favorece a aquisição de habilidades para o aprendizado do cuidado e da organização dos processos de trabalho e gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese tem como objeto de estudo a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde e suas implicações para a formação das enfermeiras. O trabalho foi desenvolvido na direção de encontrar respostas para o seguinte problema de pesquisa: Como a expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde implicam na formação das enfermeiras?

Defendo a tese de que a expansão dos cursos de graduação em enfermagem, a rede de serviços de saúde e o processo de formação das enfermeiras baianas constituem-se em realidades atravessadas por contradições que requerem a sua superação para transformação dessa realidade. Por outro lado, essa realidade é também temporal, ou seja, se constitui num momento de transformação e necessita ser compreendida a partir do contexto histórico e social onde se situa. Defendo, portanto, que as implicações para a formação das enfermeiras oriundas da expansão de cursos de graduação em enfermagem na Bahia, resultam de múltiplas determinações do momento histórico e social em que se inserem, ou seja, um momento de franca expansão do ensino superior no país e de agruras nos serviços de saúde da Bahia.

Para tanto, desenvolvi um estudo de métodos mistos, combinando elementos de abordagens qualitativa e quantitativa, ancorados nos pressupostos do Materialismo Histórico Dialético, buscando dar visibilidade ao movimento do fenômeno e às contradições que o permeiam.

Utilizei como cenários de investigação 13 cursos de graduação em enfermagem localizados na cidade de Salvador, bem como 04 hospitais gerais que se constituem enquanto cenários de aprendizagem para as Instituições de Ensino Superior (IES) coparticipantes da pesquisa. Os sujeitos entrevistados, por sua vez, foram docentes, discentes e enfermeiras das instituições e organizações coparticipantes.

Os dados quantitativos foram coletados a partir de dados fornecidos pelo Ministério da Educação através da Plataforma e-Mec, como também de dados oficiais da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Nesse processo contei, ainda, com os dados disponíveis no Grupo Exerce que gentilmente me deu acesso às informações descritas neste relatório.

A análise dos dados buscou triangular os achados nas etapas qualitativa e quantitativa, a fim de conseguir maior amplitude na descrição e compreensão do objeto de estudo. Foram considerados os processos e produtos centrados nos sujeitos; os elementos produzidos pelo meio do sujeito; e os processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social no qual o sujeito está inserido.

Assim, considerei na análise a percepção dos sujeitos entrevistados sobre as implicações para a formação das enfermeiras à luz da expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde na Bahia; os instrumentos legais que impulsionaram o movimento de expansão da educação superior no Brasil e, conseqüentemente, dos cursos de graduação em enfermagem; e o contexto histórico, político, econômico e ideológico no qual se inserem docentes, discentes e enfermeiras, isto é, um momento de franca expansão do ensino superior e de dificuldades nos serviços de saúde da Bahia.

A observação da realidade sugeria um descompasso entre o número de cursos de graduação em enfermagem e o quantitativo de serviços de saúde, cenários de aprendizagem em enfermagem que poderia trazer implicações para a formação das enfermeiras.

Os resultados revelaram conteúdos que proporcionaram uma discussão dialógica da questão da expansão dos cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras, explicitando as contradições das dimensões política, econômica e ideológica da área da educação e da saúde no Brasil, em meio a uma totalidade histórico-social que configura o movimento neoliberal da sociedade onde as IES estão inseridas.

A partir dos resultados desta tese, afirmo que houve uma expansão de 883% no número de cursos de graduação em enfermagem no estado da Bahia entre os anos de 1991 e 2014, fruto das ações governamentais orientadas por uma política neoliberal, representada pela LDB/1996 e pelo PNE 2001-2010, que apresenta o acesso à educação superior como uma possibilidade de ascensão social e de transformação dos sujeitos na direção de buscarem soluções os problemas sociais que o Brasil enfrenta.

No entanto, a política implementada tem favorecido uma educação superior massificada, marcada pelo predomínio da iniciativa privada, ao promover a expansão de cursos sem uma discussão da real necessidade de formação de mais profissionais em determinadas áreas.

A expansão de cursos de graduação, não apenas de enfermagem, tem sido orientada pelas demandas do mercado da educação e não pelas demandas sociais e regionais. Isto pode ser constatado a partir da concentração de cursos em determinadas regiões do país e em determinadas cidades, ocasionando uma distribuição irregular das oportunidades de formação. Contradição esta que não foi superada pelo Plano Nacional da Educação 2001-2010, mesmo estando como uma das prioridades.

Afirmo, portanto, que a política expansionista de educação superior, implementada no Brasil nas últimas duas décadas, vem evidenciando o atendimento às exigências de mercado e

pressões de grupos da sociedade civil para abertura de novos cursos e oportunidades de acesso à educação superior e não para atender à necessidade de formação de profissionais qualificados para solução das desigualdades regionais.

Essa política, ao segmentar a educação superior por meio do estímulo à expansão de cursos, naturalizou esse setor como serviço e, na maioria dos casos, restringiu a educação superior à função de ensino, sem o foco da qualidade. As ações propostas por essa política expansionista buscou recriar o sistema apontando direções a serem seguidas, sem, contudo, evidenciar ações de indução à melhoria da qualidade do ensino e/ou a sua transformação.

A LDB/1996 e o PNE 2001-2010, viabilizaram a ampliação quantitativa de IES, pela estratégia da expansão de cursos e vagas no ensino superior em enfermagem, em atendimento às necessidades do desenvolvimento econômico, tecnológico, político, social e cultural do país, sem, contudo, priorizar as necessidades de saúde da população, particularmente no que se refere ao fortalecimento da infraestrutura do setor saúde para a operacionalização do cuidado.

O movimento de expansão dos cursos de graduação em enfermagem não veio acompanhado de um estudo das necessidades e demandas específicas de cada região. Pelo contrário, esse movimento vem refletindo a lógica de mercantilização da educação, que considera as necessidades e demandas do mercado (da saúde e da educação).

As falas dos sujeitos reconhecem a ampliação da oferta de vagas como necessária para o setor saúde e como algo relevante do ponto de vista social, ao abrir possibilidades de ingresso no ensino superior para grupos sociais antes a margem desse processo. Entretanto, a forma como os cursos expandiram é um fator de preocupação para docentes, discentes e enfermeiras. Elas percebem a expansão dos cursos como algo negativo para a formação em enfermagem, porque esta expansão vem se dando sem um planejamento, sem uma discussão das necessidades de saúde e sem uma análise da capacidade instalada de serviços de saúde nos municípios onde os cursos são implantados.

A análise dos serviços de saúde da Bahia demonstra que a preocupação dos sujeitos é relevante, na medida em que a ampliação dos serviços de saúde não acompanhou, nem de perto, a expansão dos cursos de graduação em enfermagem. Houve um discreto aumento da rede de atenção primária, estimulada pela criação do Programa de Saúde da Família e pelas ações implementadas a partir da Reforma Psiquiátrica. A rede hospitalar, por outro lado, apresentou uma regressão no número de leitos hospitalares.

O aumento percebido em algumas áreas de atenção à saúde esteve atrelado aos incentivos governamentais em áreas prioritárias, conforme o projeto do governo em ação na duas últimas décadas. Por outro lado, os serviços de saúde existentes apresentam sérios

problemas com infraestrutura e gestão o que dificulta a inserção das estudantes nesses cenários de práticas, como também a realização das práticas de ensino/aprendizagem.

Na análise da relação entre o número de vagas e o número de serviços de saúde, cenários de aprendizagem em enfermagem, ficou aparente que não houve uma preocupação em dimensionar a oferta de vagas de acordo com a capacidade da rede de serviços. O município de Paripiranga, por exemplo, apresenta uma proporção de 33 vagas de graduação em enfermagem para cada serviço de saúde disponível no município.

Este fato revela uma contradição, uma vez que, mecanismos legais que favorecem a expansão dos cursos, exigem uma demonstração de que a oferta de vagas é coerente com a capacidade instalada para a prática nos serviços de saúde. Na direção oposta, o Ministério da Educação autoriza a criação de cursos com um grande número de vagas em municípios onde os serviços de saúde claramente não comportam a demanda de estudantes.

Defendo, portanto, que existe uma carência de serviços de saúde adequados para inserção de estudantes, com vistas a uma formação crítica e reflexiva, direcionada para o fortalecimento da política de saúde proposta pela Reforma Sanitária Brasileira e expressa pelo SUS.

Afirmo que há uma lacuna importante entre o quantitativo de serviços de saúde e o número de vagas de graduação em enfermagem, realidade esta agravada, na medida em que o número de estudantes matriculadas e que necessitam desenvolver atividades práticas nos serviços de saúde é muitas vezes maior que o número de vagas autorizadas para a instituição. Assim, os cursos têm como desafio inserir um grande quantitativo de estudantes de enfermagem em escassos serviços de saúde que, por sua vez, já estão sendo utilizados por outros cursos de enfermagem e outros cursos da área da saúde.

Essa realidade, portanto, ainda se constitui num elemento dificultador para a o alcance dos parâmetros de qualidade explicitados nas DCN/ENF e se expressa num todo dialeticamente estruturado que reflete o processo dialético, em espiral, que envolve não só a expansão de cursos, mas também o desenvolvimento das práticas de ensino/aprendizagem, nos cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem e que entram em movimento recíproco, para atingir a concreticidade.

As implicações para a formação das enfermeiras à luz da expansão de cursos de graduação em enfermagem e dos serviços de saúde na Bahia foram reveladas na análise dos dados quantitativos e melhor compreendidas a partir do discurso de docentes, discentes e enfermeiras.

Asseguro que a desarmonia entre o número de cursos de graduação em enfermagem e a capacidade instalada de serviços de saúde traz as seguintes implicações para a formação das enfermeiras: excesso de alunas nos cenários de aprendizagem, comprometendo as oportunidades de ensino/aprendizagem; dificuldade de inserção das estudantes nos cenários de aprendizagem devido à escassez de serviços de saúde qualificados para receber as estudantes; dificuldade nas relações interpessoais entre docentes, discentes e preceptoras nos espaços de práticas em saúde agravadas pelo contingente de alunas nos serviços e as condições de trabalho impostas às profissionais; mudanças no projeto pedagógico dos cursos no que tange o desenvolvimento de atividades práticas.

Entendo que as implicações citadas acima convergem para a **qualidade do processo formativo em enfermagem** e defendo, pois, que esta é a principal implicação para a formação de enfermeiras críticas, reflexivas e comprometidas com sua práxis social.

A formação de uma enfermeira com capacidade crítica e capaz de pensar sua práxis na direção da transformação do seu fazer e do seu pensar, exige a inserção da estudante no mundo do trabalho em saúde e em enfermagem. O desenvolvimento de habilidades relacionadas à capacidade de liderança e tomada de decisão, por exemplo, demanda experiências vivenciadas no mundo real, onde conflitos e contradições permeiam o trabalho das enfermeiras na contemporaneidade. O desenvolvimento de uma criticidade em relação ao papel da enfermeira no atual modelo de prestação de cuidados em saúde, exige uma aproximação com esta realidade que só será permitida a partir da inserção da estudante no mundo do trabalho.

Entendo, portanto, que ao buscar modelos alternativos de ensino/aprendizagem em substituição às práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, cenários de aprendizagem em enfermagem, os cursos estão comprometendo a qualidade da formação dessas enfermeiras. Ser enfermeira não requer apenas habilidades técnicas. Vai além da capacidade de executar um procedimento. Requer competências e habilidades relacionadas com o pensar a sociedade, o contexto histórico e social onde estamos inseridas na direção de uma transformação dessa realidade.

É através do trabalho que nos reconhecemos como ser social e, portanto, é no mundo do trabalho que as estudantes construirão sua identidade com a profissão enfermeira. Nesse sentido, os serviços de saúde são espaços vitais para a formação de uma enfermeira capaz de assistir aos pacientes, gerenciar o cuidado em saúde e em enfermagem, desenvolver atividades docentes e exercer seu papel social na sociedade contemporânea.

Concluo, portanto, que a tese defendida no início deste estudo foi confirmada. De fato, a formação das enfermeiras baianas está implicada pela expansão de cursos de graduação em

enfermagem e pela atual oferta de serviços de saúde. As implicações destacadas revelam as contradições que envolvem a expansão dos cursos, atendo às diretrizes do neoliberalismo, e o contexto dos serviços de saúde, sobretudo os serviços públicos, que caminham na contramão do modelo hegemônico de produção de cuidados.

A transformação da realidade do processo de formação das enfermeiras requer a superação dessas contradições. No entanto, a superação dessas contradições requer a formação de enfermeiras capazes de pensar nessa transformação. Acrescento ainda que as implicações reveladas são resultado de múltiplos determinantes que incluem a expansão dos cursos e o cenário de dificuldades dos serviços de saúde, mas também o contexto histórico, político, ideológico e social que fomenta esses determinantes.

Se por um lado, existe uma força que impulsiona a expansão dos cursos, transformando a educação superior em um mercado cada vez mais atraente, inclusive para o capital externo; existe também uma força que reprime a expansão dos serviços públicos de saúde (principais cenários de aprendizagem em saúde/enfermagem) e fortalece o discurso do setor privado de cuidados a saúde.

Essa constatação implica na necessidade de recuperação da capacidade do poder público para regular, avaliar e supervisionar adequadamente, tanto as IES quanto os serviços prestadores de cuidados à saúde. Sem isso, é impossível pensar em melhoria da qualidade e no estabelecimento de marcos regulatórios compatíveis com as metas de fazer da educação superior, e mais especificamente da enfermagem, um elemento essencial na qualidade da atenção à saúde da população e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: Antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio. (Orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ALMEIDA, Wilson Mesquista. Ensino superior privado atual: tentáculos e novas configurações de um velho ator. **Anais da 31ª Reunião Anual da ANPED**, Caxambu, 2008.

AMÂNCIO FILHO, Antônio; VIEIRA, Ana Luzia Stiebler; GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro. Oferta das Graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 3, p. 161-170, 2006.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Glossário das ações estratégicas do Plano Estadual de Saúde: 2008-2011. Salvador: SESAB, 2010.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde: 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, supl. 1, 2012.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Escola Estadual de Saúde Pública, 2014. Página eletrônica: <http://www.saude.ba.gov.br/eesp/>

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70. 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda dos direitos**. São Paulo: Cortez, 2003

BENITEZ, Elizabeth Aparecida de Souza Marquez. A expansão dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil no período de 1991-2005. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Petrópolis – Educação. Rio de Janeiro, 2007.

BIANCHETTI, Roberto. **Modelo Neoliberal e Políticas Educacionais**. São Paulo: Editora Cortez, 1996

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de setembro de 1990.

_____. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dezembro de 1990.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Portaria nº 1.721 de 16 de dezembro de 1994. Brasília (DF); 1994.

_____. Lei 9.394 em 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de dezembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 16 de outubro de 1996.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3 de 07 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 7 de novembro de 2001.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1133 de 07 de agosto de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Diário Oficial da União. Brasília, 3 de outubro de 2001.

_____. Ministério da Educação. Plano Nacional de Educação. Brasília: INEP, 2001.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [*internet*]. Brasília: BRASIL/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/INPE; 2012 [acesso no período de 2005 a 2011]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/>

_____. Sistema e-Mec [*internet*]. Brasília: BRASIL/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; 2014 [acesso no período de 2010 a 2014]. Disponível em: <http://www.emec.mec.gov.br>

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [*internet*]. Brasília: BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2014 [acesso no período de agosto/13 a outubro/14]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 198 de 13 de fevereiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 350 de 09 de junho de 2005. Aprova os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho em Saúde**. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS 25 anos**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CATANI, Afrânio Mendes; OLIVEIRA, João Ferreira de. **Educação superior no Brasil: reestruturação e metamorfose das universidades públicas**. Petrópolis: Vozes, 2002.

CELLARD, André. **A análise documental**. In: Poupart J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHAUÍ, Marilena. A universidade em ruínas. In: Trindade H. (Org) **Universidade em ruínas na república dos professores**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: CIPEDES, 1999

COLLISELLI, Liane et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 932-937, 2009.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. **O reflexo de uma formação: a formação do enfermeiro para o SUS na percepção de docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem/UERN**. Mossoró: Edições UERN, 2008.

CUNHA, Maria Isabel; PINTO, Marinalva Moog. Qualidade e Educação Superior no Brasil e o desafio da inclusão social na perspectiva epistemológica e ética. **Revista Bras. Est. Pedag.** Brasília, v. 50, nº 226, p. 571-591, 2009.

DELORS, Jaques. (Coord.). Os quatro pilares da educação. In: **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez. 1998 p. 89-102.

ESPINEY, Luíza de. **Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho**. In: CANÁRIO, Rui et al. Formação e situações de trabalho. Porto, Portugal: Porto Editora, 1997.

ERDMAN, Alacoque Lorenzinni; FERNANDES, Josicélia Dumêt, TEIXEIRA, Giselle Alves da Silva. Panorama da Educação em Enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, v. 2, p. 89-93, 2011

FERNANDES, Josicélia Dumêt. **Expansão do Ensino de Enfermagem no Brasil**. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1988.

_____. **A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil**. In: TEIXEIRA, Elizabeth; VALE, Eucléia Gomes; FERNANDES, Josicélia Dumêt; DE SORDI, Maria Regina Lemes (org). O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: INEP, 2006.

_____. **Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos de Cursos de Graduação em Enfermagem**. In: TEIXEIRA, Elizabeth; VALE, Eucléia Gomes; FERNANDES, Josicélia Dumêt; DE SORDI, Maria Regina Lemes (org). O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: INEP, 2006.

_____. Expansion of courses/places for Nursing Graduation and the quality of nurse's education process. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 395-396, jun. 2012.

FERNANDES, Joscélia Dumê et al. Diretrizes Curriculares e estratégias de implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 443-49, 2005.

_____. Dimensão Ética do Fazer Cotidiano no Processo de Formação da(o) Enfermeira(o). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 396-403, 2008.

_____. **A expansão de cursos de graduação em enfermagem e sua interface com os cenários das práticas em saúde**. Relatório de Pesquisa PIBIC. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

_____. **Expansão e qualidade do ensino de enfermagem**. Relatório de Pesquisa PIBIC. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

_____. Expansion of higher education in Brazil: increase in the number of Undergraduate Nursing Courses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, no.3, p.670-678, 2013.

_____. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 82-89, 2013.

FERNANDES, Joscélia Dumê; REBOUÇAS, Lyra Calhau. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**. n. 66 (esp), p. 95-101, 2013.

FEUERWERKER, Laura; COSTA, Heloniza; RANGEL, Maria Lígia. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 22, p. 36-48, 2000.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **O Enfoque da Dialética Materialista na Pesquisa Educacional**. In: FAZENDA I. (Org.). Metodologia da Pesquisa Educacional. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea; CATANI, Afrânio Mendes. Avaliação da educação superior no Brasil e a expansão da educação superior em enfermagem. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 843-860, 2011.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.35, n.1, p. 80-87, 2001.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GONÇALVES, Sandro Aparecido. Estado e expansão do ensino superior privado no Brasil: uma análise institucional dos anos de 1990. **Educar**. Curitiba, n. 31, p. 91-111, 2008.

GRAMSCI, Antônio. **A Concepção Dialética da História**. 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

HADDAD, Ana Estela et al. (org). **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Área da Saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HELENE, Otaviano. **Como foi e é construída a privatização do ensino superior no Brasil**. 2012. [acesso em março de 2013] Disponível em http://www.correiocidadania.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6960:submanchete280312&catid=71:social&Itemid=180

HOUAISS, A; VILLAR, MS. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001

ITO, Elaine Emi. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.4, p. 570-575, 2006.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 9ª reimpressão, 1976.
MARCONNI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas 2003.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MASSON, Gisele. Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v.2, n.2, p. 105-114, jul-dez. 2007.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

PAIM, Jairnilson. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet** [Periódico on-line], 2011. Disponível em <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil> [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

PAIM, Lygia. A formação de enfermeiros no Brasil na década de 70. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 185-96, 2001.

PEREIRA et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 771-777, set/out, 2009.

POLÍTICAS de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Produção: André Alvarez. Fotografia: Valdir Tesinho. Realização: Tapiri Cinematográfica Ltda.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 116-128, 2012.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Tradução de João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. 5. ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

ROCHA, Maria Eliane Martins Oliveira. A Expansão dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Estado do Piauí. Dissertação (Mestrado). Fundação Universidade Federal do Piauí, 2010.

ROSSINI, Eloá; LAMPERT, Jadete. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-98, jan/jun, 2004.

SANTOS, Sônia Aparecida. **A competência e os aspectos ético-políticos no curso de enfermagem: olhar dos docentes enfermeiros**. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.

SCHWARTZMAN, Simon. Estagnação e expansão do ensino superior: o controle da qualidade. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/estagna.htm>. Acesso em 10/03/2012.

SGUISSARDI, Valdemar. Modelo de expansão da educação superior no Brasil: predomínio privado/mercantil e desafios para a regulação e a formação universitária. **Educação e Sociedade**, vol. 29, n. 105, p. 991-1022, 2008

SILVA, Kênia Lara et al. Oferta dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis; v. 20 (Esp), p. 124-30, 2011.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. Nursing education: seeking critical-reflexive education and professional competencies. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.5, pp. 755-761, 2006.

SILVA, Mary Gomes. **Repercussões da expansão dos cursos de graduação em enfermagem nas práticas de ensino/aprendizagem nos serviços de saúde**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 479-87, Jul/Ago. 2006.

_____. Panorama dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na Década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 102-110, 2013.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias**: acadêmica, da ciência e da pesquisa. Petrópolis: Vozes, 2009.

TRÉZ, Thales de A. Caracterizando o método misto de pesquisa na educação: um continuum entre a abordagem qualitativa e quantitativa. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 7, n. 4, p. 1132-1157, 2012.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2011.

Universidade Federal da Bahia [*internet*]. Salvador: BRASIL/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; 2015 [acesso no período de Janeiro/15]. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufba.br/>

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Fredterico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al.(orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

ZAINKO, Maria Amélia Sabbag. Avaliação da Educação Superior no Brasil: processo de construção histórica. **Avaliação**, São Paulo, v.13, n. 3, p. 827-831, 2008.

ZARUR, George de Cerqueira Leite. O discurso liberal e a política de expansão da educação superior no Brasil. Disponível em: <<http://www.georgezarur.com.br/artigos/63/o-discurso-liberal-e-a-expansao-do-ensino-superior-no-brasil>>. Acesso em 20 jul. de 2012.

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM****DECLARAÇÃO**

Eu, _____ Diretor(a)/Coordenador(a) da _____ estou de acordo que a enfermeira e doutoranda **Giselle Alves da Silva Teixeira** utilize nossa instituição como campo de investigação para sua pesquisa intitulada **“Expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações na formação de enfermeiras”**, cujo objetivo é analisar o movimento de expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras. Trata-se de uma pesquisa do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, de Salvador, e que para ser realizada dependerá da concessão da mesma. Será realizada entrevista semiestruturada com os docentes e discentes do último ano do curso de graduação em Enfermagem. A participação de todos é voluntária e a identidade e o que for discutido durante os encontros serão mantidos em sigilo, de forma a garantir o anonimato da instituição e dos participantes. A utilização dos dados coletados terá fins, exclusivamente científicos e ao final dessa investigação, o estudo será disponibilizado para essa instituição, assim como nas bibliotecas universitárias e periódicos da área para consulta. A participação desta instituição não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas e não afetará as atividades cotidianas.

Diante destes dados, sinto-me suficientemente esclarecida a respeito da pesquisa, e assino essa declaração indicando minha concordância e autorização.

Salvador, _____ de _____ de 2012.

Assinatura / Cargo / Carimbo

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM****DECLARAÇÃO**

Eu, _____ Diretor(a)/Coordenador(a) da _____ estou de acordo que a enfermeira e doutoranda **Giselle Alves da Silva Teixeira** utilize nosso serviço como campo de investigação para sua pesquisa intitulada **“Expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações na formação de enfermeiras”**, cujo objetivo é analisar o movimento de expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras. Trata-se de uma pesquisa do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, de Salvador, e que para ser realizada dependerá da concessão da mesma. Será realizada entrevista semiestruturada com o as enfermeiras preceptoras do Estágio Curricular Obrigatório. A participação de todos é voluntária e a identidade e o que for discutido durante os encontros serão mantidos em sigilo, de forma a garantir o anonimato do serviço e dos participantes. A utilização dos dados coletados terá fins, exclusivamente científicos e ao final dessa investigação, o estudo será disponibilizado para o serviço, assim como nas bibliotecas universitárias e periódicos da área para consulta. A participação deste serviço não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas e não afetará as atividades cotidianas. Diante destes dados, sinto-me suficientemente esclarecida a respeito da pesquisa, e assino essa declaração indicando minha concordância e autorização.

Salvador, _____ de _____ de 2012.

Assinatura / Cargo / Carimbo

APÊNDICE C– INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO

OR D	Nome da Instituiçã o de Ensino	Ano de criação do curso de enfermage m	Macrorregiã o da Bahia	Cidad e	Nºde vagas autorizada s	Natureza administrativ a
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

APÊNDICE D– INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ORD	Município	Macrorregião	Ano	Nº de leitos hospitalares	Nº de serviços de saúde	Nº de serviços (enfermagem)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Como você percebe o aumento de cursos de graduação na cidade de Salvador nos últimos anos?
2. Quais são os cenários de aprendizagem utilizados pelo seu curso?
3. Como são desenvolvidas as ações de ensino/aprendizagem nesses cenários de aprendizagem?
4. Como você percebe a inserção dos estudantes nos cenários de aprendizagem diante da expansão de cursos em Salvador?

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Prezada(o) participante,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“Expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações na formação de enfermeiras”**, cujo objetivo é analisar o movimento de expansão dos cursos de graduação em enfermagem e os serviços de saúde da Bahia e suas implicações para formação das enfermeiras. Trata-se de uma pesquisa do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, de Salvador, e que para ser realizada dependerá da sua participação.

Para o alcance do objetivo será realizada uma entrevista semiestruturada, que conterà em seu roteiro questões norteadoras direcionadas para o objetivo dessa pesquisa. Durante essa atividade, abordarei o tema da referida pesquisa de forma que possamos estabelecer um processo de reflexão. A entrevista será gravada em gravador digital em dia e horário que melhor se ajustar a sua disponibilidade. Posteriormente o conteúdo será transcrito. O áudio e as anotações estarão à sua disposição para consulta e complementações ou retiradas que julgar necessário em qualquer fase da pesquisa. Os dados serão coletados pela pesquisadora, a qual terá acesso exclusivo juntamente com sua orientadora e por você, se assim desejar, ficando arquivados por um período mínimo de cinco anos. As entrevistas serão realizadas em local de sua escolha, desde que assegure a sua privacidade.

Tal pesquisa não implicará em despesas pessoais, não afetará suas jornadas de estudo e/ou trabalho e não oferece riscos diretos, contudo, poderá gerar desconforto e/ou constrangimento durante a entrevista. Nestes casos, darei por encerrada a coleta, desde que seja do seu interesse e me disponibilizarei a continuar em outro momento. A pesquisa poderá trazer

benefícios para a categoria das enfermeiras, uma vez que poderá contribuir no processo de formação das estudantes.

O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição será informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. Sua participação é voluntária, sua identidade e o que for discutido durante os encontros serão mantidos em sigilo, de forma a garantir o anonimato de todas. A utilização dos dados coletados terá fins, exclusivamente científicos e, sua participação não lhe conferirá nenhuma retribuição monetária e ou privilégio institucional. Ao final dessa investigação, a pesquisa será disponibilizadas nas instituições de ensino e serviços de saúde coparticipantes da pesquisa, assim como nas bibliotecas universitárias e periódicos da área para consulta como contribuição para os profissionais.

Será garantida a liberdade de desistência da sua participação a qualquer momento, sendo possível retirar esse consentimento. Colocamo-nos à disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Diante destes dados, em se sentindo suficientemente esclarecida a respeito da pesquisa, assine esse documento indicando sua participação.

Salvador, _____ de _____ de 2012.

Nome / Assinatura da participante

Giselle Alves da Silva Teixeira – Pesquisadora
Tel. p/ contato: (71) 8893 5204
E-mail: contato@giselleteixeira.com.br

CEP responsável pela análise do projeto: 3283-7615