



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

---

**MÁRCIA MARIA RIBERA LOPES**

**A ARTICULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE NA VOZ DE  
EGRESSOS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS, EM DOURADOS-MS**

**DOURADOS  
2011**

**MÁRCIA MARIA RIBERA LOPES**

**A ARTICULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE NA VOZ DE  
EGRESSOS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS, EM DOURADOS-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Grande Dourados, para a obtenção do título de Mestre em Educação, na área História, Políticas e Gestão da Educação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Giselle Cristina Martins Real.

**DOURADOS  
2011**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFGD**

378.01 Lopes, Márcia Maria Ribera.  
L864a A articulação das políticas de educação e de saúde na voz de egressos : análise da formação de enfermeiros, em Dourados- MS / Márcia Maria Ribera Lopes. – Dourados, MS : UFGD, 2011.  
190p.

Orientadora: Profa. Dra. Giselle Cristina Martins Real.  
Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal da Grande Dourados.

1. Políticas de Educação – Avaliação. Formação de Enfermeiros – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. I. Real, Giselle Cristina Martins. II. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Márcia Maria Ribera Lopes

A ARTICULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE NA VOZ DE  
EGRESSOS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS, EM DOURADOS-MS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Grande Dourados, para a obtenção do título de Mestre em Educação, na área Políticas e Gestão da Educação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Giselle Cristina Martins Real.

Aprovado em:

### BANCA EXAMINADORA

Dr.<sup>a</sup> Giselle Cristina Martins Real – Orientadora  
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dr. Paulo Gomes Lima  
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Salgado Bagnato  
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Aos meus pais que, em sua simplicidade, me ensinaram o valor e a importância do estudo. Também ao meu avô Zeca (*in memoriam*), que sempre acreditou em mim.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, meu Senhor e Criador, fonte de toda inspiração e fortaleza em tempos de angústia.

À minha querida orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Giselle Cristina Martins Real, pela paciência, dedicação, incentivo, carinho e compreensão.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Salgado Bagnato e ao Prof. Dr. Paulo Gomes Lima, pelo aceite na participação da banca examinadora e pelas valiosas contribuições para esta pesquisa.

A todos os professores do mestrado, que descortinaram perante meus olhos um universo novo, inquietante, desafiador e propiciaram o início da minha viagem nesse mundo.

Aos participantes do Grupo de Estudos “Estado, Política e Gestão da Educação” (GEPGE).

Aos meus colegas de curso, especialmente Ana Maria, Ana Marran, Cindy, Cristina, Juliana, Márcia Prenda, Mileni, Nataly, Simone, Vanessa e Válter, pelo incentivo e pelos momentos alegres e difíceis que passamos juntos.

À UEMS, pela confiança e possibilidade dada para meu crescimento profissional.

Aos colegas professores da UEMS, em especial Lourdes e Rogério. Vocês sempre foram, e são cada vez mais, exemplos para mim.

Aos meus pais, Ofelia e Almiro, por sempre me incentivarem nesse caminho de estudos, e me ensinarem a nunca desistir.

À tia Dulce e à Inez, pelo apoio e colaboração em todos os meus estudos.

Aos meus amigos, pela compreensão da ausência da turma e expressões de apoio.

À Laís, minha amiga, pelas palavras poderosas e sábias.

À Escola Vital Brasil, em especial à coordenadora Enfermeira Silvia Borgato, sempre gentil e solícita aos colegas enfermeiros, pela parceria para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, especialmente à Enfermeira Terezinha Picolli, que muito me ensinou e a quem muito admiro.

Aos egressos do curso de Enfermagem da UEMS, turmas de 2004 a 2009, pela colaboração na pesquisa.

## RESUMO

O objetivo geral deste projeto é analisar a relação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, em Dourados-MS, a partir da avaliação dos alunos egressos. Para a compreensão dessa questão buscaram-se as respostas junto aos egressos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, formados em dois modelos distintos de matriz curricular, o de 1998 e o de 2004, cada qual elaborado a partir da legislação curricular específica da época. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que procedeu à revisão bibliográfica, análise documental, pesquisa de campo, por meio da utilização de questionários e de grupo focal. Sob uma perspectiva neoinstitucionalista, os egressos são atores importantes no cenário político como articuladores de políticas públicas educacionais em nível micro, referente às políticas internas das instituições de ensino superior públicas, e em nível macro, pois constituem uma categoria profissional inserida no mundo do trabalho. Os resultados demonstram que o curso de Enfermagem em questão, buscou adequar-se às orientações curriculares para a graduação em Enfermagem. Para os egressos, a matriz curricular atual destaca-se pela proposta de integralidade e pelos estágios supervisionados. No entanto, os egressos apontaram dificuldades em relação às questões pedagógicas inovadoras propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, demonstrando a necessidade de contínuo debate a respeito, tanto para discentes, como para docentes e instituições parceiras da Universidade. Os depoimentos dos egressos, em sua maioria, demonstraram o desconhecimento que eles possuem acerca da confluência das políticas de educação e de saúde no seu processo de formação, mesmo com sua posterior inserção no mundo do trabalho. Acredita-se que as ações de saúde coletiva, tendo em vista os ideais da Constituição Federal de 1988, no sentido de estender as políticas públicas sociais, a um maior número de brasileiros, com qualidade, e que encontraram repercussão no SUS, são as bases para a formação do enfermeiro.

**Palavras-chave:** Política de Educação; Política de Saúde; Formação do Enfermeiro; Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Enfermagem; Egressos.

## ABSTRACT

The general aim of this project is to analyze the relationship between policies and health education in nursing training, in Dourados-MS, from the evaluation of former students. To understand this issue, we sought answers from the nursing students who graduated in the “Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul”, trained by two different models of curriculum, the one of 1998 and the other of 2004, which, respectively, were drawn from the current law curriculum at the time. This is a qualitative research, conducted by the literature review, document analysis, field research through the use of questionnaires and focus groups. From a neo institutionalist perspective, the former students are key players in the political arena as articulators of public educational policies at the micro level, concerning the internal policies of public higher education institutions, and macro-level, since they constitute a professional working group. The results demonstrate that the analyzed nursing program sought to adapt the course to the Curriculum Guidelines for Undergraduate Degree in Nursing. For the former students, today’s curriculum is noteworthy by the completeness and by the supervised training. However, the former students expressed difficulties regarding to the innovative pedagogical issues suggested by the National Curriculum Guidelines, demonstrating the need for the continuous debate about it among students, teachers and institutions which are partners of the University. Mostly of the former students’ testimonies demonstrated the ignorance they have about the confluence of policies on education and health in their training process, even with their subsequent integration into the world of work. It is believed that the actions of collective health, according to the ideals of the Constitution of 1988, of extending public social services to a greater number of Brazilians, with quality and impact on public health system are the foundations for the nursing education.

Keywords: Education Policy, Health Policy; Nurse Training; National Curriculum Guide for the Nursing Course; Former Students.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil, segundo a categoria administrativa, 1995-2002 .....	29
Tabela 2 – Número de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil, segundo a categoria administrativa, 2002-2008 .....	31
Tabela 3 – Evolução do número de cursos de graduação presenciais em enfermagem, segundo as regiões geográficas, Brasil, 1995-2002 .....	33
Tabela 4 – Evolução do número de cursos de graduação presenciais em enfermagem, segundo as regiões geográficas, Brasil, 2002-2008 .....	33
Tabela 5 – Evolução do número de cursos de graduação presenciais em enfermagem, segundo os estados da região Centro-Oeste, 1995-2002 .....	35
Tabela 6 – Evolução do número de cursos de graduação presenciais em enfermagem, segundo os estados da região Centro-Oeste, 2002-2009 .....	36
Tabela 7 – Distribuição dos cursos de graduação em enfermagem presenciais nos municípios de Mato Grosso do Sul de acordo com a categoria administrativa, 2010 .....	37
Tabela 8 – Evolução da concorrência do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 1993-2009 .....	44
Tabela 9 – Evolução do número de equipes de Saúde da Família cadastradas em Dourados/MS, 1998-2009 .....	46
Tabela 10 – Matriz curricular do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS – 1998 .....	82
Tabela 11 – Matriz curricular do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS – 2004 .....	84
Tabela 12 – Relação entre as turmas de enfermagem formadas na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e o ingresso no primeiro trabalho .....	91
Tabela 13 – Opinião dos egressos das turmas de 2004 a 2006 formadas no curso de enfermagem da UEMS sobre os determinantes positivos e negativos para sua inserção no mundo de trabalho .....	92
Tabela 14 – Opinião dos egressos das turmas de 2007 a 2009 formadas no curso de enfermagem da UEMS sobre determinantes positivos e negativos para sua inserção no mercado de trabalho .....	92
Tabela 15 – Opinião dos egressos de 2004 a 2009 formados no curso de graduação em enfermagem da UEMS sobre as facilidades encontradas no exercício da profissão e que são relacionadas à sua graduação em enfermagem.....	94
Tabela 16 – Opinião dos egressos de 2004 a 2009 formados no curso de enfermagem da UEMS sobre as dificuldades encontradas no exercício da profissão e que são relacionadas à sua graduação em enfermagem .....	98
Tabela 17 – Sugestões/contribuições dos egressos de 2004 a 2009 graduados no curso de enfermagem da UEMS a respeito da matriz curricular de sua formação .....	100

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica  
ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem  
ABENFO – Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras  
ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico  
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento  
BIRD – Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CEPE – Câmara de Ensino do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão  
CES – Conselho Estadual de Educação  
CNE – Conselho Nacional de Educação  
CFE – Conselho Federal de Educação  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COGEPLAN – Coordenaria Geral de Planejamento  
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
COREN – Conselho Regional de Enfermagem  
CPC – Conceito Preliminar de Curso  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DCENF – Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem  
DGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
ENADE – Exame Nacional de Desempenho Estudantil  
ENC – Exame Nacional de Cursos  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
FIES – Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FMI – Fundo Monetário Internacional  
IES – Instituição de Ensino Superior  
IGC – Índice Geral de Cursos  
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
MARE – Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado

MEC – Ministério da Educação  
MERCOSUL – Mercado Comum do Sul  
MS – Mato Grosso do Sul  
NAFTA – Tratado Norte-Americano de Livre Comércio  
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
OMC – Organização Mundial do Comércio  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PI – Piauí  
PPP – Projeto Político Pedagógico  
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família  
PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem  
Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
PROUNI - Programa Universidade para Todos  
PSF – Programa de Saúde da Família  
REUNI - Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SEM- Sistema Educacional do Mercosul  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso  
UE – União Européia  
UEMS – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
UFG – Universidade Federal de Goiás  
UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados  
UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso  
UNB – Universidade de Brasília  
UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization  
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas  
UNIDERP – Universidade Anhanguera  
UNIGRAN – Centro Universitário da Grande Dourados  
USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO I - A TRAJETÓRIA DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>08</b>
1. Revisão histórica sobre o processo de criação dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil .....	09
1.1. As primeiras iniciativas .....	09
1.2. Os cursos de nível superior em enfermagem no Brasil .....	11
1.2.1. Os currículos de 1994 e 2001 .....	22
2. O movimento de expansão dos cursos de enfermagem no período entre 1995 e 2008 .....	28
2.1. A evolução dos cursos de enfermagem na região Centro-Oeste .....	31
2.2. A evolução dos cursos de enfermagem no estado de Mato Grosso do Sul .....	34
2.3. A evolução dos cursos de enfermagem no município de Dourados/MS .....	37
2.3.1 O curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul .....	38
3. A expansão dos cursos de enfermagem e o mercado de trabalho em Dourados: algumas considerações .....	45
<b>CAPÍTULO II – POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO .....</b>	<b>49</b>
1. Políticas públicas sociais .....	50
2. O novo cenário político internacional e sua relação com a educação superior, a saúde e o mundo do trabalho para o enfermeiro .....	52
3. O federalismo brasileiro e sua relação com as políticas públicas .....	59
4. As transformações na educação superior brasileira e sua relação com a formação do enfermeiro .....	64
5. As políticas de saúde e a formação de profissionais de saúde para o SUS: um enfoque no profissional enfermeiro .....	70
<b>CAPÍTULO III – A VOZ DOS EGRESSOS SOBRE O CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL .....</b>	<b>78</b>
1. As mudanças do currículo do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul .....	79
2. Os egressos do curso de enfermagem da UEMS de 2004 a 2009.....	87

2.1. A graduação em enfermagem na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul .....	87
2.2. A atuação profissional dos egressos .....	89
2.3. A opinião dos egressos sobre seu processo de formação .....	91
2.4. A voz dos egressos sobre sua graduação em enfermagem na UEMS.....	102
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>162</b>
ANEXO A – Tabela de Equivalência das Disciplinas dos Currículos de 1994, 1998 e Áreas do Conhecimento de 2004 do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul –UEMS .....	163
ANEXO B – Resumo Geral do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS – 2004 .....	171
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>172</b>
APÊNDICE A – Questionário .....	173
APÊNDICE B – Roteiro para condução do Grupo Focal .....	177

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa a articulação das políticas de educação e de saúde na conformação curricular do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, a partir da voz de seus egressos. Essa opção de análise se justifica pela ressignificação dos espaços de trabalho do enfermeiro, considerando a adoção da Estratégia de Saúde da Família pelas políticas nacionais que trouxe repercussões para a formação desse profissional.

Justifica-se, ainda, o interesse por esse objeto de estudo, pela trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora, tendo em vista a sua formação como bacharel em Enfermagem, bem como a sua atuação como enfermeira no Programa de Saúde da Família. Também, ressalta-se a sua experiência como docente em cursos profissionalizantes de técnico de Enfermagem e no curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

Essa experiência contribuiu para a identificação de nexos entre as políticas de educação e de saúde no processo de formação de profissionais da área da saúde, o que viabilizou a elaboração do seguinte problema de pesquisa: Como e em que medida as políticas de educação e de saúde articulam-se na formação do enfermeiro, considerando a visão dos egressos do curso de Enfermagem da Instituição Pública de Dourados?

Para responder a esse problema, construiu-se um arcabouço teórico de análise das políticas de educação e de saúde, a partir do conceito de Palumbo (1994), além de incursionar por autores que tratam das políticas públicas sociais como Azevedo (2001), Draibe (2001) e Arretche (2004).

Buscou-se uma aproximação ao referencial neoinstitucionalista. A discussão acerca das políticas públicas possui diversas correntes teóricas que procuram analisá-las, a partir de determinados aspectos considerados relevantes para seu entendimento. Em especial, a partir

dos anos de 1980, uma nova abordagem teórica, o neoinstitucionalismo, vem demonstrar que a condução das políticas não se encontra somente nas mãos do Estado, mas concebe uma relação de forças, numa articulação entre Estado e sociedade, num processo de embates, discussões, e influências mútuas. Dessa forma, concebe a existência do Estado e de atores nesse processo, sob uma perspectiva institucional (MARQUES, 1997).

Rocha (2005) afirma que o neoinstitucionalismo busca se consolidar como uma referência teórica, contrapondo-se às abordagens pluralistas e marxistas, mostrando-se como de maior adequação ao estudo empírico das políticas públicas, na medida em que revela o papel do Estado e dos atores estatais em sua concepção.

A partir dos estudos teóricos, observou-se a influência nas políticas sociais do fenômeno identificado como globalização ou mundialização financeira, citado pela literatura da área (CHESNAIS, 1998; OLIVEIRA, 2009). Vários autores apontam as influências exercidas por esse fenômeno sobre os setores político, econômico, cultural e, em especial, o da educação superior (CHARLOT, 2007; CASTELLS, 1996; CASASSUS, 2001; BALL, 2001).

No Brasil, além da globalização a literatura aponta para influências neoliberais na educação superior. Esse processo ocorre no contexto de reformulação do Estado, que vem ganhando ênfase a partir dos anos de 1990, em especial, nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), e que trouxe como uma de suas consequências para o ensino superior a diversificação institucional (CUNHA, 2004; DOURADO, 2002; CATANI; OLIVEIRA, 2000), a forte expansão desse nível de ensino marcado pela privatização (DOURADO, 2002; CUNHA, 2004; MICHELOTTO, COELHO, ZAINKO, 2006), em que as instituições privadas receberam incentivos públicos, em detrimento de investimentos diretos nas instituições públicas (DOURADO, 2002; CUNHA, 2003). Ainda há a discussão sobre processos identificados como massificação e mercadorização da educação superior (CATANI e OLIVEIRA, 2002; SILVA JUNIOR; SGUISSARDI, 2001; OLIVEIRA, 2009; GOERGEN, 2010).

Ainda nos anos 2000, a literatura da área da educação superior aponta para a permanência de medidas neoliberais. Entretanto, observa-se nas políticas públicas o retorno de investimentos nas instituições de ensino superior federais ((MANCEBO, 2008; REAL, 2010).

As tendências neoliberais atingem, também, o setor da saúde, no qual os organismos

internacionais buscam ditar uma nova ordem (RIZZOTTO, 2000). E, nesse processo, a formação dos profissionais de saúde passa por ressignificações, tendo que se adaptar às demandas do novo mercado (RODRIGUES, 2005; MICHELOTTO, COELHO E ZAINKO, 2006).

Nesse contexto, dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais “Anísio Teixeira” – INEP revelam que a expansão do ensino superior também foi observada nos cursos de Enfermagem, ocorrendo de forma proporcional mais intensa na região Centro-Oeste (HADDAD *et al*, 2006), o que aumenta a necessidade de estudos qualitativos que contribuam para a compreensão dessa expansão no contexto regional.

Nesse cenário, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem exerceram importante papel, trazendo como desafio para essa formação “[...] rigor científico e intelectual e pautado nos princípios éticos” (BRASIL, 2001a). Para tal, as diretrizes afirmam que esse profissional deve estar atento ao contexto que o cerca, por meio do conhecimento do perfil epidemiológico nacional/local, atento às questões de saúde no local onde está inserido, tendo a capacidade de lidar com essas diversidades e apresentando um perfil de liderança.

Para além da política educacional, a política de saúde adotada desde a Constituição de 1988, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca o investimento na atenção primária como fator de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Portanto, tais ações necessitam de profissionais dotados de conhecimento técnico-científico e de postura crítico-reflexiva para a reorganização da assistência à saúde proposta. Para implementar essa intenção de investimento na atenção primária, o SUS utilizou-se de uma ferramenta: as equipes de Saúde da Família, nas quais o enfermeiro vem assumindo o papel de coordenação. Assim, observa-se um maior alinhamento e confluência nas propostas dos Ministérios da Educação e da Saúde para a formação do enfermeiro que atenda às necessidades desse novo perfil profissional, que tenha formação generalista.

A partir da revisão da bibliografia e da experiência profissional definiu-se como objetivo deste trabalho analisar a relação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, em Dourados-MS, a partir da avaliação dos alunos egressos.

Como desdobramentos desse objetivo mais amplo, apontam-se os seguintes objetivos:

- Delinear, historicamente, o processo de construção dos cursos de Enfermagem no Brasil, e especificamente em Dourados-MS.



- Identificar os aspectos de confluência entre as políticas públicas de educação e de saúde na formação do enfermeiro.
- Analisar a interação entre as políticas de educação e de saúde, na formação do enfermeiro, a partir da visão dos egressos.

As hipóteses, para o problema levantado, foram construídas, considerando especialmente o referencial teórico analisado, que aponta nexos entre a expansão dos cursos de Enfermagem com a adoção de políticas de investimentos na formação dos profissionais dessa área e na melhoria do atendimento de saúde no país. Essas ações proporcionaram a ampliação dos espaços profissionais na área da saúde, como ocorreu com a implantação da Estratégia Saúde da Família, em que os enfermeiros se constituem coordenadores. A partir dessas considerações, as hipóteses levantadas são:

- O currículo do curso de Enfermagem, em Dourados, ao atender às diretrizes curriculares nacionais da área, estabelece uma relação direta para o atendimento dos quadros de servidores para o Sistema Público de Saúde.
- Os egressos apontam para uma avaliação positiva do currículo do curso de Enfermagem da universidade pública de Dourados para a formação de um profissional generalista, de acordo com a política de saúde que vem sendo desenvolvida pelo Estado.

Adotou-se como procedimento metodológico a pesquisa qualitativa, na busca de um entendimento mais amplo dos fenômenos, atentando-se a aspectos, como as relações, os processos e os fenômenos sociais que não podem ser quantificados. Os dados captados são referentes aos significados das ações e relações humanas (MINAYO, 1994).

Lima (2003) destaca que o uso da pesquisa qualitativa remonta ao final do século XIX e início do século XX, adquirindo gradativamente maiores adeptos e maior respeitabilidade, impulsionada, em especial, por pesquisas relacionadas a problemas sociais e educacionais. No entanto, buscou-se considerar as informações estatísticas, apoiando a análise qualitativa, com dados quantitativos, especialmente os fornecidos pelo INEP sobre a expansão dos cursos de enfermagem, além do auxílio na organização didática das respostas elencadas pelos egressos.

Em virtude da amplitude da pesquisa, estabeleceu-se recorte geográfico, optando pelo município de Dourados-MS, considerando o cenário socioeconômico e educacional sul-mato-grossense, bem como pelo fato de a pesquisadora atuar como docente de curso de graduação

de Enfermagem, nessa localidade, tendo facilidade para acesso aos documentos e aos sujeitos necessários à investigação.

A presente investigação iniciou-se com o levantamento bibliográfico e documental, seguido pela pesquisa de campo, por meio da utilização de questionários e de grupo focal e a sistematização e escrita do relatório a partir dos dados coletados e tabulados. A análise dos dados coletados por meio dos questionários e dos grupos focais teve como parâmetro a análise de conteúdo. A análise de conteúdo baseia-se na mensagem, em suas diversas manifestações, sejam elas verbais, não-verbais ou documentais, que devem ser compreendidas dentro de um contexto (FRANCO, 2008). A autora ainda aponta que a mensagem, que é foco da análise de conteúdo, pode estar explícita ou implícita, demonstrando a riqueza de informações que podem ser obtidas a partir dessa técnica.

O estudo bibliográfico foi realizado considerando dissertações, teses, relatórios de pesquisa, livros e artigos, utilizando *sites* de caráter científico como *Scielo*, banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e das universidades, como a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pretendeu-se com este estudo apoiar e fundamentar as análises referentes ao material de pesquisa coletado, o que subsidiou todo o processo da investigação. O estudo documental partiu da análise das matrizes curriculares que implementaram o curso de Enfermagem até se chegar às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, além de documentos dos Ministérios da Educação e da Saúde inseridos nesse processo, bem como os projetos pedagógicos do curso de Enfermagem que se constitui foco empírico da pesquisa.

Em Dourados, atualmente, há a oferta de cursos de graduação em Enfermagem em três instituições de educação superior, sendo um na modalidade à distância e os outros dois presenciais. Destes últimos, entretanto, apenas a Instituição de Ensino Superior (IES) pública constitui-se universidade, e somente esse curso passou por três modelos de matriz curricular, até o momento desta pesquisa, propostos para a graduação em Enfermagem pelas políticas nacionais.

Para Draibe (2001), as pesquisas de avaliação de políticas respondem a diferentes objetivos. Entende-se que este trabalho caracteriza-se como do tipo *ex post*, sendo desenvolvido após ou concomitantemente a realização de um programa, e de natureza avaliativa do processo. A autora afirma que as avaliações de processo são de caráter qualitativo, tendo como foco a identificação dos fatores facilitadores e dificultadores que

ocorreram durante a implementação do programa, que trarão consequências positivas ou negativas para o alcance das metas e objetivos propostos.

Este trabalho destina-se a analisar as relações estabelecidas entre as políticas de educação e saúde na formação do enfermeiro, a partir da visão dos egressos formados em uma IES pública de Dourados, pois se entende que essa instituição, que é uma universidade pública, vem sendo palco dessas relações desde a década de 1990. A universidade pública, pelas suas características definidas em lei<sup>1</sup>, apresenta maior envolvimento com esse processo de incorporação das políticas de educação e de saúde, constituindo-se como um ator. Sob esse entendimento, não se levantaram dados acerca das IES privadas, mas o direcionamento foi para compreender o processo de evolução do curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, desde sua criação, especialmente no que se refere às modificações curriculares.

A avaliação realizada pelos egressos embasou-se na identificação dos elementos positivos e negativos pertinentes à graduação em Enfermagem, que refletiram na formação de um profissional enfermeiro que fosse capaz, ou não, de atender às Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem de 2001. Esta pesquisa privilegia a abordagem qualitativa dos dados, por entender que, especialmente nas relações articuladas na arena política de formulação e implementação, encontram-se pontos relevantes para a análise das políticas, sob uma perspectiva macro e micro, compreendendo assim a relação entre o institucional e o global.

Dessa forma, na pesquisa de campo, foram enviados questionários semiestruturados para os egressos dos cursos de Enfermagem, das últimas seis turmas (2004 a 2009) formadas pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Assim, a pesquisa abrangeu três turmas formadas pelo currículo de 1994 e três turmas formadas pelo currículo construído a partir das DCENF de 2001.

Após o recebimento dos questionários, a fase de coleta de dados teve prosseguimento com a utilização do grupo focal. Segundo Gatti (2005), o uso dessa ferramenta metodológica vem crescendo na pesquisa qualitativa, derivado das diferentes formas de trabalhos em grupo. Westphal; Bógus e Faria (1996) afirmam que o grupo focal é uma técnica de pesquisa em que a coleta dos dados se faz por meio de reuniões, que não devem ultrapassar o número de 15 pessoas, que possuem características similares e que discorrerão sobre aspectos de um dado

---

<sup>1</sup> Segundo o art. 52 da LDB, as universidades são caracterizadas pela produção intelectual institucionalizada, pela presença de 1/3 de docentes com titulação de no mínimo mestre e 1/3 em regime de tempo integral.

assunto.

Utilizado em parceria com questionário, o grupo focal permite o aprofundamento de determinados temas, bem como a verificação acerca da lógica que conduz as respostas (GATTI, 2005). A autora também coloca que o grupo focal é indicado para as pesquisas sociais e de processos de avaliação, em especial avaliação de impacto, sendo possível a utilização de vários grupos focais para a mesma investigação, sendo essa a proposta deste estudo.

Foram realizados seis encontros com os grupos focais. Os critérios de seleção para o grupo focal utilizados foram os seguintes: os participantes deveriam residir e/ou trabalhar em Dourados/Mato Grosso do Sul, e a cada encontro reuniram-se os egressos formados no mesmo ano, os grupos não ultrapassaram sete pessoas participantes.

Por fim, na busca da identificação dos aspectos de confluência entre as políticas públicas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, as informações coletadas foram analisadas e discutidas, buscando elucidação das considerações na literatura correspondente.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa que subsidiou este trabalho foi submetido à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de Nº196/96, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados sob o Protocolo 47/2010 CEP/UFGD. Solicitou-se a assinatura de todos os participantes da pesquisa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procurou-se estruturar este trabalho em três capítulos. O primeiro capítulo destinou-se a compor a evolução histórica dos cursos de Enfermagem no Brasil, demonstrando o processo de construção de suas diretrizes curriculares. Buscou-se também contextualizar esse processo na região Centro-Oeste, em especial no estado de Mato Grosso do Sul, e no município de Dourados, que serviu de ponto empírico para a investigação, além de se delinear o campo de trabalho para o enfermeiro neste município.

No segundo capítulo abordou-se a relação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, apontando os mecanismos de influências de fatores externos e os desdobramentos nas políticas internas brasileiras, em especial a da educação e da saúde.

O terceiro capítulo buscou junto aos egressos do curso de Enfermagem da referida IES pública a sua visão a respeito da relação estabelecida entre as políticas de educação e de saúde no seu processo de formação como enfermeiro. Para tanto, foram organizadas as respostas advindas dos questionários e dos grupos focais, sob a ótica da análise de conteúdo.

## **CAPÍTULO I**

### **A TRAJETÓRIA DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Para construção do percurso trilhado neste trabalho, em busca da análise da relação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, em Dourados-MS, fez-se importante o conhecimento sobre como surgiu o ensino de Enfermagem no país e como se deu seu processo de expansão. O objetivo deste capítulo é delinear, historicamente, o processo de criação dos cursos de Enfermagem no Brasil, e especificamente em Dourados-MS, por acreditar que sua expansão e construção curricular estão relacionadas com a articulação entre as políticas de educação e de saúde.

Aborda-se a princípio a evolução dos cursos de Enfermagem no Brasil, destacando a criação da primeira escola de Enfermagem brasileira, tendo por base a experiência norte-americana. Nessa trajetória que se iniciou nos anos de 1920 e permanece até os dias atuais, muitas transformações ocorreram. Observa-se a formulação de currículos e suas reformulações, a evolução numérica dos cursos, marcada por períodos de estagnação e avanços, influenciados pelo momento histórico-político vivenciado pela sociedade brasileira. Até que nos anos de 1980 ocorreu maior crescimento por parte desses cursos, que iriam realmente experimentar grande impulso na década de 1990, movimento observado, inclusive, em toda a educação superior brasileira.

Nesse processo evolutivo e de crescimento dos cursos, observa-se que a região Centro-Oeste brasileira mereceu destaque em termos proporcionais de crescimento. O trabalho segue mostrando como se deu esse expansionismo do ensino superior na região e, em especial, no estado de Mato Grosso do Sul, que vem agregando valores como o crescimento e o desenvolvimento em diversos setores da economia e da sociedade como um todo. Opta-se

pela a cidade de Dourados como local epistemológico da pesquisa por ela vir se constituindo referência para o ensino superior do interior do estado e, pela necessidade de se fazer um recorte no objeto de pesquisa. Desvela-se o processo de crescimento dos cursos de graduação em Enfermagem, com especial atenção para a Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), implantada desde 1994, com sede em Dourados.

## **1. O processo de criação dos cursos de graduação em Enfermagem no Brasil**

Para o delineamento histórico dos cursos de Enfermagem no Brasil, toma-se o período do Brasil colônia (1500 – 1822), quando ocorreram as primeiras iniciativas para a constituição de medidas de saúde pública. Embora esse período tenha se iniciado com políticas portuguesas para a colônia Brasil (OLIVEIRA, 2001), elas influenciaram as políticas posteriores.

### **1.1. As primeiras iniciativas**

No período da colonização do Brasil, a história do ensino da Enfermagem teve início por meio da vinda dos jesuítas para cá, a fim de catequizar os índios, adotando inclusive medidas educacionais. As tribos foram influenciadas em sua cultura, adquirindo o hábito do uso de roupas, a concentração em grandes aldeias, entre outras alterações em seu cotidiano que repercutiram em sua saúde, favorecendo a proliferação de doenças, o aumento da mortalidade infantil, entre outros. Então, na colônia em que antes havia apenas os curandeiros, os pajés que cuidavam dos doentes, apareceram também as figuras dos jesuítas, seguidos por religiosos, voluntários leigos e também escravos treinados para esse propósito, sempre voltados para a questão curativa e não preventiva. E, ao contrário do quadro atual, naquela época a Enfermagem era praticada majoritariamente por homens. É nesse período, em torno de 1543, que as primeiras Santas Casas de Misericórdia são criadas para atendimento aos pobres e órfãos (GERMANO, 1993).

A primeira Santa Casa criada no Brasil foi a de Santos, em 1543, seguida pelas do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, ainda no século XVI (GEOVANINI, 2002). O exercício

da enfermagem nesses lugares não exigia estudos e era praticado de forma empírica. A manutenção dessas Santas Casas era particular, sem a participação do governo, sobrevivendo de doações e sendo administradas por instituições religiosas (GERMANO, 1993).

Diante desse quadro, pode-se inferir que não havia nas políticas portuguesas uma preocupação com a formação científica de enfermeiros para o contexto brasileiro, bem como para as demais profissões da época. O Brasil não seguiu o mesmo ritmo dos países vizinhos latino-americanos na criação das Instituições de Ensino Superior (IESs). Já no século XVI foram fundadas IESs nas terras de domínio espanhol, enquanto no Brasil esse processo somente foi desencadeado no início do século XIX (OLIVEN, 2002).

Antes desse período, os filhos da elite portuguesa nascidos na colônia brasileira, mas considerados portugueses, iam até Portugal para frequentar a universidade. Apenas algumas cidades mais importantes na faixa litorânea brasileira contavam com colégios jesuítas, que realizavam o ensino primário, o secundário e o superior, onde ocorria a formação de padres e pessoas que representariam o “aparelho repressivo”, como oficiais de justiça, da fazenda e da administração (CUNHA, 1986).

Em 1808, com a vinda da Família Real Portuguesa para o Brasil, comerciantes locais solicitaram, a Dom João VI, a criação de uma universidade, dispendo-se, inclusive, a colaborar financeiramente (OLIVEN, 2002). Diante dessa situação e frente à mudança da corte para o Brasil, a educação superior é introduzida com a criação de cursos e academias para a formação de profissionais burocratas e liberais. Os primeiros cursos foram os de Medicina, Cirurgia e Matemática, posteriormente, no período da Regência (1831-1840) iniciaram-se os cursos de Direito. Essas primeiras faculdades brasileiras se encontravam em cidades importantes, funcionavam independentes umas das outras, embora tenham ocorrido tentativas de reuni-las em universidades, seguiam o regime de cátedras vitalícias<sup>2</sup> e tinham um caráter bastante elitista (CUNHA, 1986; OLIVEN, 2002).

Durante a República Velha (1889-1930) foi criada a primeira universidade brasileira, no Rio de Janeiro, pelo Decreto Nº 14.343 de 1920. Nesse período, também surgem as escolas superiores livres, ou seja, as particulares, que já apresentaram grande crescimento na época (CUNHA, 1986).

---

<sup>2</sup> Sistema em que o professor, denominado catedrático, era aquele que dominava um campo de saber, seus assistentes eram escolhidos por ele, que se mantinha no início da hierarquia acadêmica por tempo indeterminado, geralmente, durante toda a sua vida (OLIVEN, 2002).

## 1.2. Os cursos de nível superior em Enfermagem no Brasil

A Enfermagem, no Brasil, a princípio, caracterizou-se por um caráter doméstico ou religioso, sem bases técnicas ou científicas e não havia o interesse em preparar adequadamente profissionais para essa função. Esse interesse surgiu com os psiquiatras da Escola Alfredo Pinto, por ocasião da sua fundação em 1890. Entretanto, o ensino de Enfermagem proposto era tão rudimentar que não obteve grande expressão no período (PAIXÃO, 1979). Essa escola de Enfermagem foi criada pelo Decreto N° 791 de 1890, no Rio de Janeiro, buscando a capacitação de enfermeiros para o atendimento em hospitais civis e militares e, posteriormente, para atividades na saúde pública, sendo denominada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior (GEOVANINI, 2002).

Em 1907 houve tentativas de organizar a Cruz Vermelha Brasileira. No entanto, somente em 1908 ela foi organizada, e reconhecida oficialmente pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha, em 1912. A Sociedade da Cruz Vermelha Brasileira foi criada no Rio de Janeiro em 5 de dezembro de 1908, sendo regulamentada em 1910, através do Decreto N° 2.380, pelo Congresso Nacional, e sancionada pelo presidente Epitácio Pessoa. Em 1914, devido à I Guerra Mundial, foram organizados cursos para voluntárias. Em 1916 foi criado outro curso, inicialmente com duração de dois anos, depois de três para formação de profissionais capacitadas para o atendimento em emergência (PAIXÃO, 1979; GERMANO, 1993), sendo também de caráter curativo, e não estabelecendo grande avanço aos padrões praticados para a época.

Pode-se verificar, nesse período, que a formação do enfermeiro estava atrelada às necessidades imediatas da sociedade, na medida em que avançou a demanda por profissionais da área, particularmente com o início das guerras, quando surgem iniciativas das políticas públicas para a formação do enfermeiro, sem clareza do nível da formação, tempo ou conteúdo curricular mínimo.

Em meio à crise econômica, e sob influência do sanitarismo<sup>3</sup>, que travava lutas para combater as epidemias e endemias da época, o Estado assume como responsabilidade a questão da saúde pública, e, através do Decreto N° 3.987, de 2 de janeiro de 1920, cria o

---

<sup>3</sup> Ações de saneamento voltadas para os espaços de circulação das mercadorias de exportação, desenvolvidas dentro dos moldes militares, utilizando a força e que ficaram conhecidas como sanitarismo campanhista (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).



Departamento Nacional de Saúde Pública (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). Carlos Chagas<sup>4</sup> era responsável por esse departamento, e em parceria com a Fundação Rockefeller, trouxe para o Rio de Janeiro, em 1921, um grupo de enfermeiras norte-americanas, que iniciaram um curso intensivo para a formação de enfermeiras que, a princípio, teve duração de seis meses e depois, de um ano. A enfermeira Ethel Parsons era a encarregada do grupo e tinha como função delegada pelo governo brasileiro, a análise da situação de Enfermagem no país e a proposição de sugestões para sua melhoria (PAIXÃO, 1979; BAPTISTA, 1995).

O início desse trabalho foi a criação do Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo posteriormente criada a Escola de Enfermeiras desse departamento, mais tarde denominada de Escola de Enfermeiras Ana Néri<sup>5</sup>, em 1922 (PAIXÃO, 1979), hoje Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. As alunas formadas nessa escola passaram a desenvolver atividades direcionadas para a profilaxia de tuberculose e higienização infantil, posteriormente higiene pré-natal e doenças transmissíveis (com exceção das sexualmente transmissíveis), atuando inclusive como enfermeiras visitadoras, modelo proposto no Sistema Nightingale<sup>6</sup>, para atendimento dos pobres em suas residências.

Devido à fragilidade da proposta da Escola de Enfermagem do Hospital Nacional de Alienados e seu claro direcionamento para a área psiquiátrica necessária ao hospital, grande parte dos historiadores considera que a primeira escola de Enfermagem brasileira foi originada do Departamento Nacional de Saúde Pública (PAIXÃO, 1979; GERMANO, 1993). Esse foi um período crítico para a saúde pública brasileira, considerando que esse setor vivia as consequências das epidemias e endemias, colocando em risco a economia do país, de característica agrário-exportador cafeeiro, uma vez que os trabalhadores, em especial os dos portos, necessitavam estar saudáveis para suas funções (GERMANO, 2003).

A Escola de Enfermeiras Ana Néri tinha por objetivo formar enfermeiras voltadas para

---

<sup>4</sup> Carlos Justiniano Ribeiro Chagas foi médico, sanitarista e cientista. Descobriu o protozoário *Trypanosoma cruzi* e a tripanossomíase americana (doença de Chagas), além de desenvolver inúmeras atividades na saúde pública combatendo as endemias e epidemias da época. FIOCRUZ. **Carlos Justiniano Ribeiro Chagas**. Disponível em > <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/Biograf/ilustres/carlosjustiniano.htm>< Acesso em: 05 de maio de 2010.

<sup>5</sup> Ana Justina Ferreira nasceu em Cachoeira-Bahia, em 1814. Casou-se com Isidoro Antônio Néri e teve seus três filhos envolvidos no serviço militar. Em 1865 Ana Néri apresentou-se ao Presidente da Província para atender aos feridos na Guerra do Paraguai, onde dois irmãos seus também se encontravam. Desenvolveu importante e dedicado trabalho de enfermagem, improvisando hospitais onde não havia, recebendo o título de Mãe dos Brasileiros (PAIXÃO, 1979).

<sup>6</sup> O Sistema Nightingale, criado por Florence Nightingale (1820-1910), modificou a imagem da profissão através da rigorosa organização do ensino na Enfermagem e da abertura das escolas às moças educadas e cultas, projetando a Enfermagem como uma profissão honrosa (PAIXÃO, 1979).

a saúde pública, optando, pois, por um currículo voltado para a área preventiva, apesar de suas alunas realizarem oito horas diárias de trabalho em ambiente hospitalar (GERMANO, 2003).

Saupe (1998) cita a explicação de Dourado (1948) sobre esse fato, quando a autora afirma que as alunas eram consideradas mais funcionárias da instituição hospitalar do que propriamente estudantes e que, apesar disso, o método de ensino era considerado avançado na época, pois propiciava às alunas oportunidades reais e não apenas simulações. Germano (2003) aponta a possibilidade de tal situação ter ocorrido devido provavelmente à falta de recursos humanos disponíveis, e afirma que, quando essas enfermeiras se formavam, eram prontamente absorvidas pelo mercado de trabalho da saúde pública. De forma geral, observa-se a importância de espaço de vivência prática nessa formação, o que se mantém, ainda hoje com o estágio supervisionado. No entanto, não parece contraditório um curso intitular-se direcionado para a saúde pública, mas exigir que suas alunas cumprissem oito horas diárias de estágio em ambiente hospitalar?

Concorda-se com Rizzotto (2006), quando ela afirma que isso corresponde a um mito, pois o currículo voltava-se para a área hospitalar, privilegiando disciplinas nesse setor. A autora fundamenta-se na constituição do programa teórico, no qual apenas quatro disciplinas, o que corresponde a 11% do total, eram voltadas para a saúde pública, sendo as demais direcionadas para a compreensão das doenças e seu tratamento, vinculadas ao atendimento desenvolvido no nível terciário que se implementa em área hospitalar. Consequentemente, a maior parte do estágio era realizada em ambiente hospitalar e ambulatorial, em 28 meses, restando somente 2 meses para a saúde pública. Isso desmistifica a ideia de que o currículo da Escola Ana Néri fosse voltado para a área preventiva, conforme apresentado pela literatura, e explica porque as alunas realizavam oito horas diárias de estágio hospitalar.

A escola citada acima foi integrada à Universidade do Brasil como Instituto de Ensino Complementar em 5 de julho de 1937, e em 1946 passou a ter o mesmo espaço das outras unidades, tendo sido a primeira escola brasileira a ser integrada a uma universidade (PAIXÃO, 1979).

O primeiro curso teve duração de 28 meses, de forma intensiva, em seguida passou a 32 meses e a terceira turma já teve a duração de 36 meses, conforme seria preconizado mais tarde pela Lei Nº 775/1949. O candidato deveria ter concluído o curso normal ou equivalente, ao contrário das outras escolas de Enfermagem da época, que solicitavam apenas que o candidato soubesse ler e escrever (PAIXÃO, 1979; GERMANO, 1993).

Observa-se que a intenção era proporcionar um ensino de qualidade, mas que também exigia das candidatas um alto nível de escolaridade, o que era privilégio de poucos na época. Pode-se inferir que o ensino de Enfermagem passa a ser definido a partir do padrão da Escola Ana Néri, estabelecendo currículo e tempo específico para essa formação.

As enfermeiras norte-americanas permaneceram uma década no comando da escola Ana Néri e, durante esse período, não foi criada nenhuma outra escola de Enfermagem no país. Posteriormente, as novas escolas que surgiriam, deveriam seguir o padrão Ana Néri, para fins de manutenção do alto nível da formação de enfermeiras no Brasil (BAPTISTA, 1995), seguindo o Decreto Nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que estabelecia o currículo seguido pela Escola Ana Néri (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1974 apud SAUPE, 1998).

Cumprido destacar que o currículo proposto, bem como a literatura que foi utilizada para o ensino, seguiram os moldes norte-americanos, baseando-se em literaturas médicas, tendo como consequência a mesma visão biomédica presente naquele país (RIZZOTTO, 2006).

Em 1930 ocorre a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, por Getúlio Vargas, através do Decreto Nº 19.402 de 14 de novembro, regulamentado em 5 de janeiro de 1931, tendo ficado subordinado a ele o Departamento Nacional de Ensino. Segundo Cunha (1986, p. 283), seu objetivo centrava-se no controle da reprodução da força de trabalho e das elites dirigentes como demonstrava o regulamento (art. 1º), referindo-se aos encargos: “A centralização do estudo e despacho de todos os assuntos da administração federal relacionados com o desenvolvimento intelectual, moral e com a defesa médico-sanitária da coletividade social brasileira [...]”.

Em 1937, ano de início da ditadura imposta por Vargas, que teve duração até 1945 e denominou-se de Estado Novo, o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública sofre pequena transformação no nome, passando a ser denominado Ministério da Educação e Saúde. Pode-se inferir, a partir dessa arquitetura do ministério, que o governo reconhecia nele as políticas sociais de educação e de saúde e acreditava na estreita relação que as duas possuem, a ponto de criar um único ministério a fim de coordená-las. Em especial, no que se refere aos cursos de Enfermagem, essa parceria ficará mais explícita adiante, quando serão abordadas as mudanças de currículos na formação desse profissional, atendendo às transformações no setor da saúde.

Ainda em 1931 é aprovado o Estatuto das Universidades Brasileiras, o qual vigorou até 1961, no qual se reconhecia que as universidades poderiam ser públicas (municipal,

estadual ou federal) ou privadas. Também deveria contemplar três dos seguintes cursos: Direito, Medicina, Engenharia, Educação, Ciências e Letras. Com o crescimento da indústria brasileira, observada nos anos de 1930, houve conseqüente expansão nos espaços de trabalho, havendo a necessidade de mão de obra capacitada, o que levou à expansão das matrículas no ensino superior (OLIVEN, 2002).

Na área da Enfermagem através do Decreto Nº 21.141, de 10/03/1932, organizou-se o quadro de enfermeiros do Exército e criou-se um curso de enfermeiros da Escola de Saúde do Exército, sendo obrigatório para os enfermeiros que já atuavam no setor, assim como para os que aspiravam ingressar no serviço e desenvolver essa profissão. Os diplomas dos enfermeiros do Exército e da Cruz Vermelha eram registrados na Diretoria de Saúde da Guerra e não no Departamento Nacional de Saúde Pública. Vale ressaltar que, nesse curso, apenas homens eram admitidos (BAPTISTA, 1995).

Em 1933 foi criada a primeira escola que formaria enfermeiras religiosas no país, em Belo Horizonte, Minas Gerais; depois foram criadas outras três escolas de orientação católica: Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo, em São Paulo, no ano de 1938, a Escola Luiza de Marillac, no Distrito Federal, em 1939, e a Escola de Enfermagem São Francisco de Assis, em São Paulo (sem data). Por iniciativa das igrejas evangélicas foram criadas a Escola Florence Nightingale, em Anápolis, em 1933, e a Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul, em Rio Verde, em 1937, ambas no estado de Goiás, sendo estas duas últimas as primeiras escolas da região Centro-Oeste (BAPTISTA, 1995).

Germano (2003) aponta que com a expansão político-econômica do país como um desdobramento da influência de base capitalista, necessitou-se de trabalhadores saudáveis, aptos à demanda de crescimento nacional, situação propícia para o aumento dos cursos de Enfermagem. No final da década de 1930 ocorreu em São Paulo a expansão do setor hospitalar, materializado pela construção do Hospital São Paulo, Hospital das Clínicas e a nova Santa Casa de Misericórdia de Santos, sendo os dois primeiros destinados ao ensino. Atendendo às necessidades do mercado hospitalar, outras instituições também foram adequadas às solicitações, como a Santa Casa de São Paulo, por exemplo (ALCÂNTARA, 1963). Houve dessa forma, a carência por profissionais formados aptos para ingressar no mundo do trabalho.

A década de 1940 foi marcada pelo crescimento industrial, em um processo de substituição das importações, com conseqüente crescimento do proletariado e de suas

necessidades de saúde. Como estratégia para o momento vivenciado, o governo, através da Lei Nº 775, de 06/08/1949, em seu artigo 20, incentiva o crescimento das escolas, tornando obrigatório o ensino de Enfermagem em cada Centro Universitário ou sede de Faculdade de Medicina. Nesse período, o ensino de Enfermagem volta-se para uma assistência curativa para atender às necessidades do mundo do trabalho, embasada no modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 1949; SAUPE, 1998).

Essa lei também determina que as instituições hospitalares, públicas ou privadas, decorridos sete anos após a publicação da lei, não poderão contratar, para a direção dos seus serviços de Enfermagem, senão enfermeiros diplomados. Além disso, ela ainda dispõe que o ensino de Enfermagem será dividido em curso de Enfermagem e curso de auxiliar de Enfermagem. O curso de Enfermagem deveria ter duração de 36 meses, incluindo os estágios e para a inscrição o candidato deveria apresentar: certidão de registro civil (comprovando a idade mínima de 16 anos), atestados de sanidade física, mental, de vacinação e de idoneidade moral. O candidato também deveria ter concluído o curso ginásial ou comercial, mas a Lei Nº 2.995/56 prorrogaria por mais cinco anos a possibilidade de o aluno ingressar no curso sem o secundário completo (SAUPE, 1998).

A Lei Nº 775, de 06/08/1949, também põe fim à exigência de que os cursos de Enfermagem devessem se equiparar aos moldes da escola Ana Néri (BAPTISTA, 1995). Essas diretrizes indicam que o curso de Enfermagem é ligado ao ensino superior para a formação do profissional enfermeiro. Assim, pode-se inferir que um importante passo foi dado em direção ao ensino da Enfermagem, bem como a garantia de um espaço dessa profissão entre as demais de nível superior.

Nesse mesmo ano, conforme anunciado na lei citada anteriormente, é instituído o Decreto Nº 27.426, de 14 de novembro de 1949, que reformula o primeiro currículo do curso (que havia sido estabelecido em 1923 para a Escola Ana Néri e que foi utilizado como padrão para as outras que foram criadas) e que, segundo Germano (1993, 2003), não traz significativas mudanças. Para essa autora, esses dois currículos são voltados para a questão preventiva. Entretanto, a análise do conteúdo do currículo de 1949, demonstra a continuidade da concentração de conteúdos teóricos e práticos na área hospitalar em detrimento da saúde pública, a exemplo de seu predecessor, reforçando o caráter curativo que direcionava o ensino de Enfermagem da época, já apontado por Rizzotto (2006).

Germano (2003) assinala que o setor empregatício, no final da década de 1940, já se

direcionava para o setor hospitalar. Assim, em 1943, das 334 enfermeiras em serviço (formadas pela Escola Ana Néri), 221, o que equivale a 66%, desenvolviam suas atividades na saúde pública e 32, o que representa 9,5%, atuavam na área hospitalar. Já nos anos de 1950, foi realizado um levantamento por parte da seção de Enfermagem do Ministério da Educação e Saúde junto às 2.633 enfermeiras “diplomadas” do país. Entretanto, o trabalho baseou-se nas respostas de 1.079, ou seja, apenas 40,4% do total. O resultado apontou a inversão do quadro empregatício anterior, demonstrando que 49,4% das enfermeiras estavam vinculadas ao trabalho hospitalar e 17,2% à saúde pública (LIMA, 1950 apud ALCÂNTARA, 1963).

O período compreendido entre 1946 e 1964, denominado de República Populista, caracterizou-se por transformações políticas, como o fim da ditadura anteriormente instaurada. A educação superior também passou por mudanças, com o processo de federalização das faculdades estaduais e privadas, que foram reunidas e se constituíram universidades, além do incentivo à expansão do ensino privado, através da criação de novas instituições (CUNHA, 2004).

Diante das transformações sociais, econômicas e políticas da época, em 19 de outubro de 1962, através do Parecer 271, adota-se um currículo restrito, denominado de curso geral e duas propostas para especialização, que são opcionais. As anteriores 29 disciplinas obrigatórias do curso geral, são reduzidas para 8, dentro do período de três anos letivos. Observa-se a ausência de disciplinas básicas, ou de cultura geral, bem como as de saúde pública. As especializações a serem desenvolvidas um ano após o curso eram de: Saúde Pública e Obstetrícia. No entanto, apesar de “justificar” a não inclusão dos conteúdos de saúde pública no chamado curso geral, o referido parecer não proíbe a sua inclusão pelas escolas como matéria complementar (BRASIL, 1962; SAUPE, 1998).

Cumprir destacar que esse currículo, ao mesmo tempo em que reafirmava o *status quo* atingido pela Enfermagem como curso superior, realizava uma restrição de matérias importantes relacionadas às Ciências Biológicas e à Saúde Pública; além de focar a formação em disciplinas práticas, também reduzia a carga horária destinada às habilidades técnicas (SAUPE, 1998; MENDES, 1996). A partir desse momento, não há como defender ou “maquiar” um currículo voltado para a saúde pública: as políticas públicas de educação em Enfermagem convergem assumidamente para o interesse do setor hospitalar em franca expansão.

Com relação aos números de expansão dos cursos de Enfermagem houve dificuldade

em estabelecer dados precisos, haja vista que não se encontram censos de educação superior nos *sites* ligados ao MEC antes do ano de 1995. Nas teses pesquisadas e em documento publicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (HADDAD *et al*, 2006) sobre a trajetória dos cursos de graduação na Saúde, também se observam diferentes períodos focados, o que impossibilita precisar detalhadamente a quantidade de cursos de Enfermagem e a categoria administrativa da IES em que eram ofertados.

Baptista (1995) afirma que de 1937 a 1945 foram criadas 12 escolas de Enfermagem. A autora ainda afirma que das 14 escolas de Enfermagem criadas no país na década de 1940, 7 eram de caráter religioso, 5 estaduais e 2 federais. Já na década de 1950 mais 16 escolas foram criadas, 11 de procedência católica, 1 evangélica, 2 federais e 2 estaduais. Assim, dos anos de 1933 a 1959, havia 35 escolas criadas, sendo 23 de cunho religioso.

Alcântara (1963) aponta que no período de 1937 a 1956 foram criadas 29 escolas de Enfermagem, e que esse aumento se deu, em especial, após o crescimento do setor hospitalar, que tinha necessidades urgentes de enfermeiras qualificadas.

Segundo Teixeira *et al* (2006) até o ano de 1947 havia 16 cursos de Enfermagem no Brasil. Entre os anos de 1947 e 1964 mais 23 cursos foram desenvolvidos, resultando num total de 39 cursos de Enfermagem no país em 1964, ou seja, um crescimento proporcional de 143,75% em um período de 17 anos.

Em 1961 foi criada a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira, Lei Nº 4.024, a qual manteve a concepção de uma universidade mais voltada para o ensino, em detrimento da pesquisa, sem mudanças nas faculdades isoladas e no formato de “justaposição” de cursos. Cunha (2007) aponta que as dificuldades encontradas no ensino superior desencadearam discussões envolvendo vários atores nesse processo: governo, professores, estudantes, estes últimos representados por órgãos como a União Nacional dos Estudantes. O I Seminário Nacional de Reforma Universitária foi realizado em Salvador, de 20 a 27 de maio de 1961 e cada estado em que havia IES, exceto Mato Grosso, enviou um delegado para sua representação. Nos relatórios produzidos, ficou explícito que a educação era desvinculada da realidade social brasileira, sendo seletiva e restrita e que o ensino superior não preparava profissionais voltados para as necessidades do momento. Ainda em 1962 e 1963 foram realizados seminários subsequentes para as discussões acerca da educação superior, que foram base para o Estado na produção de diversos documentos, entre eles, pareceres, resoluções e

indicações.

De acordo com a abordagem neoinstitucionalista, que privilegia a análise a partir da relação entre Estado e demais atores institucionais, os “fazedores de política” amparam-se em concepções impressas pela sociedade, defendidas por determinados grupos, na tentativa de conquista ou manutenção de hegemonia naquela situação. Esses grupos são constituídos pelos atores sociais que se empenham em dar a direção para uma política setorial, a partir de suas representações sociais sobre determinado problema e suas possíveis soluções (AZEVEDO, 2001).

Azevedo (2001) aponta que em muitos casos o grupo que se sobressai é o dos tecnoburocratas estatais, formado pelos próprios funcionários que, encontrando-se no trabalho e tendo a responsabilidade daquele setor, acabam influenciando as decisões públicas a esse respeito. Dessa forma, determinadas políticas elaboradas não contemplam as expectativas da sociedade, uma vez que atendem aos interesses do Estado, articuladas pelos atores estatais. A dinâmica inserida nas lutas e discussões na arena política acerca do direcionamento das políticas dependerá em parte das estratégias adotadas pelos atores (MARQUES, 1997).

Acredita-se que esses momentos de embates são extremamente enriquecedores, pois resultam em documentos que registram, em partes, as discussões emanadas dos diversos mediadores da questão, representantes de diferentes interesses, em uma movimentação compreendida pelo neoinstitucionalismo, como ímpar para a compreensão da elaboração de políticas públicas. É nesse sentido que se explicam o avanço do ensino superior privado, e o foco nas instituições isoladas.

A Lei Nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, que instituiu a Reforma Universitária, procurou consolidar todos os instrumentos jurídico-legais produzidos nos seminários nacionais referentes a esse tema na década de 1960, trazendo mudanças como a extinção do regime de cátedras, a obrigatoriedade do sistema departamental, a indissociabilidade da pesquisa, ensino e extensão, entre outros. Entretanto, logo após esse período houve o crescimento do ensino superior privado, em especial no que se referia às faculdades isoladas (OLIVEN, 2002; CUNHA, 2007).

Zanardini (2008) denuncia que a Reforma de 1968 teve um caráter de racionalização empresarial, expressa em posturas repressivas, contrárias ao processo mobilizador da classe estudantil e em um movimento de despolitização. Isso expressa a força exercida pelo empresariado já naquele momento sócio-histórico-cultural e político. Conforme apontado pelo



neoinstitucionalismo o resultado das negociações políticas dependerá da articulação exercida pelos atores envolvidos no processo, que muitas vezes utilizam-se do poder referente a cada setor, para o alcance de seus objetivos (MARQUES, 1997), como se pode inferir dessa tendência da Reforma de 1968. Nesse mesmo ano, por meio do Parecer N° 837/68 da Câmara de Ensino Superior é criado o curso de Licenciatura em Enfermagem, posteriormente instituído pela Portaria Ministerial N° 13/69, do Ministério da Educação e Cultura (MEC).

A Reforma Universitária também trouxe a necessidade de modernização dos cursos do país e o aumento do número de vagas, provocando a revisão dos currículos mínimos do ensino superior. Diante dessa prerrogativa, o ensino de Enfermagem adaptou-se à proposta da reforma através do Parecer N° 163, de 28 de janeiro de 1972 e da Resolução N° 4, de 25 de fevereiro de 1972, emitidos pelo Conselho Federal de Educação, reforçando o caráter hospitalocêntrico já presente na formação do enfermeiro (TEIXEIRA *et al*, 2006), ou seja, enfermeiros formados para a questão curativa, deixando a perspectiva preventiva relegada a um segundo plano.

Esse modelo possibilitava a licenciatura para o enfermeiro e a mudança da carga horária dos estágios de 1/10 para 1/3 do total destinado à parte profissionalizante do curso, o que foi produtivo, pois aumentou o tempo destinado às atividades práticas (SAUPE, 1998).

Essas mudanças não foram suficientemente profundas e adequadas, o que gerou antigas e novas insatisfações por parte dos profissionais da área da Enfermagem, que elegeram como discussões centrais a questão de ampliação do tempo mínimo do curso de três para quatro anos e a mudança das habilitações em especializações (SAUPE, 1998).

Marques (1997) afirma que o neoinstitucionalismo busca ressaltar que o Estado não é subordinado pelos interesses advindos da sociedade. Assim, a autonomia estatal deve ser analisada em cada caso, pois ela sofre influência das ações do Estado, das estratégias dos atores e das transformações engendradas pelo Estado na organização administrativa e na coerção.

Nessa situação, a demanda emergente de outros atores sociais foi suprimida pelo Estado, pois o período compreendido entre 1964 e 1985 foi marcado por nova ditadura militar, com consequências sociais, econômicas e políticas para o país.

O regime militar manteve a ambiguidade de investimentos por parte do governo nas instituições públicas e privadas, e o empresariado do ensino brasileiro, aliado ao governo militar, encontrou espaço para aumentar consideravelmente sua representação nesse setor, por

exemplo, nos conselhos de educação, buscando favorecimento próprio (CUNHA, 2004), o que traz reflexos até o momento atual. Apesar desse cenário, segmentos da sociedade, como entidades de classe, docentes, estudantes, buscavam, de alguma forma, mobilizar-se para transformações políticas e sociais, que contribuíssem para a melhoria de vida brasileira, incluindo as questões referentes à educação e à saúde.

Mas não apenas o Brasil enfrentava dificuldades em seu sistema de saúde. Em setembro de 1978, diversos países reuniram-se em Alma-Ata, no Kazaquistão, para a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para a discussão dos rumos para as políticas de saúde no mundo. A conferência propôs como meta a “saúde para todos em 2000”, destacando os cuidados primários em saúde como uma possibilidade para a organização dos serviços de saúde, atrelando a isso, a capacitação de recursos humanos voltados a esses cuidados na comunidade (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

No Brasil, a década de 1980 foi palco de grandes mudanças sociais e políticas. Terminado o período ditatorial e, por meio de eleições indiretas, em 1984, teve início o processo de redemocratização brasileira. Em meio a essas transformações, havia a necessidade de se discutir uma política de saúde que atendesse às demandas reais do setor.

Azevedo (2001) destaca que uma ação proposta para uma política setorial, no caso, a política de saúde brasileira pós-ditadura militar, é constituída sobre um referencial normativo, que está interligado ao referencial normativo global, que simboliza a representação social da sociedade.

Dessa forma, sob inspiração das orientações provenientes de Alma-Ata, o Brasil realizou sua VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, com amplas discussões que resultaram em propostas para reformulação do sistema de saúde nacional, movimento conhecido como Reforma Sanitária. No mesmo ano, ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (BRASIL, 1986) que destacou uma mudança por parte das Instituições de Ensino Superior para a formação desses profissionais, com vistas a atender às proposições da Reforma Sanitária. Todo esse processo materializou-se por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Brasileira de 1988, tendo em vista que a situação da saúde estava em precárias condições e a mobilização das forças sociais visava à mudança desse quadro.

A Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 se constitui como um marco para as políticas de saúde e de educação, apontando para um modelo de Estado Social de Direito, quando as políticas sociais passam a ser ressaltadas (DUARTE, 2004).

O SUS prevê em seus princípios e diretrizes a universalidade, integralidade e hierarquia de atendimento, investindo na atenção básica como fator de promoção à saúde e prevenção de doenças, no sentido de reorganização da assistência, não atendendo somente à parte curativa, mas também à preventiva (CONASS, 2007b).

Diante desse cenário sanitário brasileiro que estava se delineando, tornava-se necessária a reestruturação das políticas de educação superior na área da saúde com vistas a atender às novas tendências e orientações das políticas desse setor. Nesse momento, por meio da mobilização de diversos atores, configura-se o currículo de 1994.

### **1.2.1. Os currículos de 1994 e 2001**

Dessa forma, com amplos processos de discussão, em meio às necessidades e reivindicações de diversas áreas da sociedade, num processo que mobilizou docentes, discentes e profissionais dos serviços de saúde, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) proporcionou espaços de discussão sobre o perfil e a competência de enfermeiros. As informações geradas nesse processo forneceram as bases para o Parecer Nº 314/94, do Conselho Federal de Educação, homologado pela Portaria Nº 1.721, do Ministério da Educação, em 15/12/1994 (TEIXEIRA *et al*, 2006), que reformula o currículo mínimo do curso, trazendo-lhe flexibilização, com mudança da carga horária, mas que ainda portava uma marca consideravelmente centrada no modelo individual e curativo (GALLEGUILLAS; OLIVEIRA, 2001).

O currículo mínimo, proposto em 1994, contemplava áreas temáticas que incluíam as matérias e disciplinas referentes às Ciências Biológicas e Humanas, conforme descrito abaixo:

- Bases biológicas e sociais da Enfermagem: que incluía 25% da carga horária do curso, contendo obrigatoriamente as Ciências Biológicas (Morfologia, Fisiologia, Patologia, Biologia) e as Ciências Humanas (Antropologia Filosófica, Sociologia e Psicologia aplicada à Saúde);
- Fundamentos de Enfermagem: totalizando 25% da carga horária do curso,

distribuídos em História da Enfermagem; Exercício da Enfermagem (Deontologia, Ética Profissional e Legislação); Epidemiologia; Bioestatística; Saúde Ambiental; Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem e Metodologia da Pesquisa;

- Assistência de Enfermagem: com 35% da carga horária do curso, contemplava conteúdos teóricos e práticos em Clínicas Cirúrgica, Psiquiátrica e Gineco-obstétrica, e a Saúde Coletiva;

- Administração em enfermagem: abrangendo 15% da carga horária do curso (BRASIL, 1994).

Essa proposta também enfatiza o estágio supervisionado, que deveria ser desenvolvido sob a supervisão de um docente, em um período não inferior a dois semestres letivos. E estabelece que os cursos devam ter duração mínima de quatro anos (oito semestres letivos) e máxima de seis anos (doze semestres letivos), totalizando 3.500 horas/aula (BRASIL, 1994).

Pode-se observar que no processo de construção do currículo dos cursos de enfermagem concretizado por meio da Portaria Nº 1.721/1994, há a participação da ABEn que representa os enfermeiros, enquanto membros da sociedade organizada. Para Azevedo (2001, p. 67) o processo de desenvolvimento e implementação de uma política está relacionado ao “[...] universo simbólico e cultural [...]” presente na sociedade, associado “[...] às características do seu sistema de dominação e, portanto, ao modo como se processa a articulação dos interesses sociais neste contexto”.

O plano intermediário, no qual ocorre a mediação de grandes estruturas por meio de partidos, sindicatos, ou seja, instituições com representação social, é a melhor esfera para análise dos fenômenos sociais, haja vista os embates produzidos pelos diferentes atores. As relações travadas entre instituições e sociedade acontecem nos dois sentidos e buscam a contextualização desses atores, a partir de seus interesses e atos estratégicos (MARQUES, 1997).

Dessa forma, embora existisse a representatividade da comunidade profissional da Enfermagem, houve embates, com estratégias desenvolvidas por cada um dos atores para a formulação da proposta curricular de 1994. E embora grande parte das solicitações da ABEn tenham sido contempladas na proposta final, nesse caso, o Estado articulou-se, por meio do ator principal MEC, e se superpôs a solicitações específicas da categoria.

Saupe (1998) realiza um cotejamento entre a proposta para o “Currículo Mínimo para o Curso Superior de Enfermagem”, encaminhada ao MEC em 1992 pela ABEn, e o currículo

oficialmente aprovado pelo MEC em 1994. A principal diferença está na questão da formação do enfermeiro-educador. A ABEn tinha como proposta para inclusão em matérias e disciplinas o conteúdo de ensino de Enfermagem, contemplando: Introdução à Educação; Psicologia da Educação; Estrutura e Funcionamento do Ensino de 1º e 2º graus; Prática de Ensino em Enfermagem; em nível de 1º e 2º graus e Métodos de Ensino; conteúdos que não foram contemplados pela proposta final do MEC, devido à alegação de que havia uma legislação específica para tal proposta: a Portaria Nº 13/69<sup>7</sup> e a Resolução 472-CFE que tratam da capacitação de enfermeiro para o ensino em 1º e 2º graus.

Saupe (1998) ainda destaca que os cursos de Enfermagem vêm se configurando a partir da construção de um currículo mínimo, inicialmente direcionado para a saúde pública, e, posteriormente, orientado pelas tendências neoliberais que se materializaram através da privatização dos serviços de saúde, da especialização do ensino e do uso de tecnologias na área.

Galleguillos e Oliveira (2001) apontam que esse currículo traz inovações, como os conteúdos referentes à saúde pública, entretanto, mantém o enfoque de divisão em especialidades médicas no que se refere à assistência de Enfermagem. Essa perspectiva se contrapõe aos princípios e diretrizes do SUS, colocando em conflito o perfil dos profissionais formados e o perfil necessário para a implementação do SUS.

Os Ministérios de Educação e de Saúde buscaram estratégias, através da confluência das políticas públicas de seus setores, para mudança dessa situação.

A Lei Nº 9.394 de 20/12/1996, que estabeleceu as novas Diretrizes e Bases da Educação Nacional propiciou, entre outros fatores, a expansão do ensino superior além de sinalizar a formulação das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação, entre eles o da Enfermagem, bem como o caráter associativo dos currículos ao mundo do trabalho.

Em 4 de dezembro de 1997, através do Edital Nº 4, o Ministério da Educação iniciou a reforma curricular dos cursos de graduação, solicitando que as Instituições de Ensino Superior enviassem suas propostas para formulação das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação, e indicando que era necessário que os cursos adaptassem seus currículos às novas necessidades do setor empregatício.

Em 7/08/2001, o Parecer Nº 1.133 do CNE/CES, partindo da Lei de Diretrizes e Bases

---

<sup>7</sup> A Portaria Ministerial Nº 13/69 - MEC instituiu a Licenciatura em Enfermagem para a formação pedagógica do enfermeiro e o direito ao registro definitivo como professor das disciplinas e atividades relacionadas à enfermagem (cursos técnico e auxiliar de enfermagem), higiene e aos programas de saúde em nível médio.

da Educação Nacional (LDB), enfatizou a “[...] 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” (BRASIL, 2001b). No mesmo ano, foi aprovada a Resolução CNE/CES N° 3 de 7/11/2001, que trouxe as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF).

Bagnato e Rodrigues (2007) destacam que o Ministério da Educação havia possibilitado às escolas de Enfermagem um prazo de adequação ao novo currículo de 1994, de dois anos, a partir de 1996. Entretanto, em 1997, ocorre nova chamada para que todas as áreas reformulassem seus currículos, mobilizando novamente a categoria para tal, antes mesmo de sua adequação à legislação de 1994. As autoras ressaltam que a Enfermagem não sentia necessidade de reformulação curricular naquele momento, tanto que o documento resultante do 3° Senaden (Seminário Nacional de Educação em Enfermagem) em 1998, que subsidiou a elaboração das diretrizes, era constituído quase que em sua totalidade pelo Parecer N° 314/94-CFE e pela Portaria N° 1721/94-MEC, que ainda se encontravam em fase de implantação.

No entanto, o Ministério de Educação emitiu um modelo de enquadramento para a elaboração das diretrizes. A adequação a esse modelo levava a um distanciamento do documento elaborado no 3° Senaden. Esse fato levou a resistências e discussões dos atores envolvidos quanto às alterações, o que levou o Ministério da Educação à recomposição da comissão de especialistas e ao surgimento de uma segunda proposta para as diretrizes curriculares. A ABEn constituiu-se um ator importante nesse processo, responsabilizando-se pela formulação das diretrizes (BAGNATO; RODRIGUES, 2007).

Nesse processo, foram incorporadas terminologias como a questão das competências e habilidades, o aprender a aprender, a necessidade de alterações baseando-se nas mudanças do trabalho, da tecnologia, da velocidade e uso da informação, enfim, a imposição de um novo formato para a educação superior que vinha se desenhando em nível nacional, baseado na privatização, diferenciação e aligeiramento (BAGNATO; RODRIGUES, 2007).

As autoras ressaltam que há alguns princípios pedagógicos que são investidos de destaque nas DCENF. Esses princípios são: a pedagogia das competências, o aprender a aprender, a formação de um profissional generalista, crítico, reflexivo, humanista e o foco no aluno tendo o professor como facilitador. No entanto, observam que outros aspectos são relegados a um segundo plano, como a transmissão dos saberes, que no caso da Enfermagem, constitui-se, historicamente, formador dos conhecimentos na área. Não descartando a

importância da discussão acerca de como os conhecimentos vem sendo trabalhados, Bagnato e Rodrigues (2007) demonstram sua preocupação com o saber sistematizado, científico e tecnológico, pois são fundamentais para a formação do enfermeiro.

Infere-se que a elaboração das diretrizes curriculares foi uma demanda do Ministério da Educação e não da comunidade profissional, uma vez que não houve tempo hábil de adequação à legislação de 1994. Além disso, destaca-se a preocupação do Edital N° 4 com a formulação de um currículo que atendesse às necessidades do mundo do trabalho. Também fica explícita a adoção dos princípios pedagógicos orientados pelos organismos internacionais, em uma tendência mundial de direcionamento da educação superior para o mundo do trabalho, a qual o Estado brasileiro vem adotando por meio do direcionamento da política pública em educação.

A proposta das DCENF é a formação de um profissional enfermeiro com base generalista, humanista, crítica e reflexiva. 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 (BRASIL, 2001a).

Rodrigues (2005) aponta que as novas diretrizes curriculares da área da saúde levam à formação de profissionais direcionados para o SUS, conforme descrito no parágrafo único do artigo 5° do documento<sup>8</sup>.

Nessa proposta, devem ser contemplados os seguintes conteúdos:

- Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e da função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

- Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

- Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se: os Fundamentos de

---

<sup>8</sup> O texto da Resolução N° 3/2001 traz a seguinte inscrição: “Art. 5° [...] Parágrafo Único. A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento”.

Enfermagem (conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo); Assistência de Enfermagem (conteúdos – teóricos e práticos – que compõem a assistência de enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de enfermagem); Administração de Enfermagem (conteúdos -teóricos e práticos- da administração do processo de trabalho de Enfermagem e da assistência de Enfermagem); Ensino de Enfermagem (conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em enfermagem) (BRASIL, 2001a).

Permanece a obrigatoriedade de inclusão nos cursos do Estágio Supervisionado, com carga horária mínima de 20% do total do curso, nos dois últimos semestres letivos, podendo ser realizados em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades. O parágrafo único do artigo 7º ainda destaca que deve se levar em conta, durante o planejamento e o desenvolvimento do estágio, a participação efetiva do enfermeiro responsável pelo serviço de saúde (BRASIL, 2001a). Essa é uma importante estratégia para a efetiva inserção desse acadêmico na realidade em que se desenvolve o serviço público de saúde, mediante o direcionamento mercadológico apontado, tanto pelo Ministério da Educação quanto pelo Ministério da Saúde, na formação do profissional enfermeiro.

Pode-se observar o avanço na articulação entre as políticas de educação e de saúde dentro de um contexto comum, para a formação do enfermeiro, de acordo com as necessidades da sociedade e do mundo do trabalho da época.

Embora, desde a década de 1930 se verificasse a presença do Departamento Nacional de Saúde Pública, indicando a formação do enfermeiro para as ações de saúde pública, como parte integrante do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988 é que as ações passam a se articular a partir de discussões e necessidades comuns.

Essa articulação se sistematiza de forma a possibilitar a implementação do currículo definido pelas DCENF aprovadas em 2001, que contemplam o perfil esperado pelo enfermeiro atuante no SUS. Essa relação dos Ministérios da Educação e da Saúde no direcionamento da formação de enfermeiros corrobora a perspectiva neoinstitucionalista de



que as arenas políticas caracterizam-se como espaços onde os atores articulam suas preferências, que se modelam, pois não são predeterminadas, mas que são condicionadas pelo percurso histórico traçado pelas instituições (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

O currículo aprovado pela Portaria Nº 1.721, do ano de 1994, pretendia uma reformulação curricular em direção ao novo modelo de saúde proposto pelo SUS, que foi criado em 1988. Entretanto, a consolidação do SUS, como se verá adiante, enfrentou dificuldades e desafios, entre eles o perfil dos profissionais de saúde que implementariam o sistema. Entende-se que as alterações realizadas no currículo de 1994 não foram suficientes para contemplar as novas necessidades do sistema de saúde vigente.

Nesse sentido, reforça-se a premissa de que a articulação entre as políticas de saúde e de educação tornou-se mais coesa a partir de 2001, como resultado de um longo processo de debates envolvendo atores do setor da Enfermagem, dos movimentos sociais e dos representantes governamentais.

Essa relação estabelecida entre as políticas de saúde e de educação ocorre sob a perspectiva de um projeto de saúde que busca a universalização do atendimento, demonstrando-se mais democrático, mais inclusivo, atento ao perfil epidemiológico<sup>9</sup> populacional, e que vem se desenvolvendo através do SUS.

Até a presente data, os cursos de Enfermagem estão se pautando pela Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001, buscando uma flexibilização em seus currículos, na tentativa de contemplar as solicitações inerentes à convergência das políticas públicas de educação e de saúde na formação do enfermeiro.

## **2. O movimento de expansão dos cursos de Enfermagem no período entre 1995 e 2008**

Através do Censo da Educação Superior, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) anualmente, e que tem disponibilizado seus resultados no *site* desse órgão a partir de 1995, pode-se acompanhar a evolução do número de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil. Os dados estão organizados nos períodos de 1995-

---

<sup>9</sup> O perfil epidemiológico refere-se à caracterização dos fenômenos de saúde/doença ocorridos em determinada população, como por exemplo, dados de natalidade, morbidades (doenças e agravos) e mortalidade.

2002, compreendendo os governos de Fernando Henrique Cardoso, e 2002-2008, que inclui os governos de Luís Inácio Lula da Silva, considerando as peculiaridades de cada governo no que se refere ao ensino superior.

A Tabela 1 demonstra a evolução dos cursos, no Brasil, segundo as categorias administrativas, no período de 1995 a 2002. Pode-se observar o crescimento expressivo do curso em foco, demonstrando um percentual de 163,88% em oito anos. Cumpre destacar, que houve um baixo percentual de cursos novos nas IESs federais, que apresentaram um crescimento proporcional de 11,7%. Já nas IESs estaduais, observa-se um crescimento de 73,91%, enquanto que as IESs privadas obtiveram um crescimento proporcional de 336,95%, no mesmo período. Esse quadro reflete as políticas de tendência neoliberal da época, que favoreceram o expressivo crescimento das IESs privadas, processo desencadeado não somente nos cursos de Enfermagem, mas também em toda a educação superior brasileira (DOURADO; OLIVEIRA; CATANI, 2003).

**Tabela 1 – Número de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil, segundo a categoria administrativa, 1995-2002.**

Ano/ Categoria	Instituições Federais	Instituições Estaduais	Instituições Municipais	Instituições Privadas	Total
1995	34	23	05	46	108
1996	35	24	07	45	111
1997	35	29	07	52	123
1998	35	30	07	65	137
1999	37	37	03	76	153
2000	38	35	02	108	183
2001	38	35	02	140	215
2002	38	40	06	201	285
<b>%C</b>	<b>11,76</b>	<b>73,91</b>	<b>20,0</b>	<b>336,95</b>	<b>163,88</b>

**Fonte:** BRASIL/MEC/INEP, Sinopse Estatística da Educação Superior - Graduação, 2010f.

A partir da década de 1980, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), as agências da Organização das Nações Unidas (ONU) e, em especial, o Banco Mundial, exerceram forte influência no Brasil, particularmente no campo educacional cujas ideias ancoradas na proposta neoliberal tiveram ampla disseminação (DOURADO, 2002).

O ensino superior brasileiro passou por várias transformações na última década, em especial, sendo alvo de um intenso crescimento. A literatura da área (DOURADO, 2002; CUNHA, 2004; MICHELOTTO, COELHO, ZAINKO, 2006) indica que esse processo de expansão da educação superior foi notoriamente marcado pela privatização, com predomínio de instituições sob essa categoria administrativa, resultando na massificação do ensino, com sua consequente precarização, além do processo de mercantilização, apontado por vários autores (SGUISSARDI, 2008; SEVERINO, 2008; RODRIGUES; CALDEIRA, 2008).

Dourado (2002, p. 236) afirma que a proposta do governo FHC vai ao encontro da nuance neoliberal, consoante a tendência de globalização, promovendo uma mudança do Estado brasileiro. Atrelado a um discurso de modernização deste Estado, instituiu-se o movimento de privatização de bens e serviços, assim como o enxugamento da máquina pública estatal. O autor aponta que essas ações direcionam-se para a “[...] mercantilização das condições sociais [...]”, na qual a educação, a saúde, a cultura e a pesquisa científica são entendidas como não sendo de oferta exclusiva pelo Estado, possibilitando que esses setores entrem no rol das privatizações.

A Tabela 2 traz dados referentes ao período de 2002 até 2008, segundo as categorias administrativas, concernentes ao acréscimo dos cursos de Enfermagem. Destaca-se o crescimento dos cursos de Enfermagem nas IESs federais (60,5%), com a diminuição dos índices nas IESs estaduais (47,5%) e, embora se mantenha o aumento das IESs privadas, esse aumento diminuiu seu ritmo de evolução (174,6%). Esse processo é reflexo da política do governo em curso, que mantém as possibilidades para a expansão das IESs privadas, mas que também investe na educação superior pública, especialmente nas IESs federais (REAL, 2010).

Como exemplo das ações governamentais de incentivo às IESs públicas, em especial, as federais, ressalta-se a criação do Programa Expandir e do Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), a Universidade Aberta do Brasil (UAB). As IESs privadas continuaram com o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), além da criação do Programa Universidade para Todos (PROUNI). Esses programas beneficiaram também os cursos de graduação em Enfermagem, propiciando sua expansão. Entretanto, destaca-se que o maior crescimento observado continua concentrando-se nas IESs privadas. Nesse contexto, Rodrigues e Caldeira (2008) afirmam que embora tenha ocorrido a mudança de governo, mantiveram-se características encontradas nas transformações ocorridas na educação superior nos anos de 1990, no que se refere a planejamento, financiamento e organizações pedagógicas.

**Tabela 2 – Número de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil, segundo a categoria administrativa, 2002-2008.**

Ano/ Categoria	Instituições Federais	Instituições Estaduais	Instituições Municipais	Instituições Privadas	Total
2002	38	40	06	201	285
2003	38	42	09	243	332
2004	41	41	11	322	415
2005	42	44	13	375	474
2006	55	51	13	445	564
2007	58	55	14	508	635
2008	61	59	15	552	687
<b>%C</b>	<b>60,5</b>	<b>47,5</b>	<b>150,0</b>	<b>174,6</b>	<b>141,0</b>

**Fonte:** BRASIL/MEC/INEP, Sinopse Estatística da Educação Superior - Graduação, 2010f.

Em estudo publicado pelo INEP (HADDAD *et al*, 2006), bem como de acordo com o censo realizado pelo INEP (2010d) sobre a evolução dos cursos de Enfermagem, no período compreendido entre 1995 e 2008 nas regiões brasileiras, em termos numéricos, o eixo Sul-Sudeste manteve-se com um maior número de cursos, entretanto, sob o aspecto proporcional, foi a região Centro-Oeste que se destacou em crescimento referente a esse curso, conforme demonstrado no próximo item.

### **2.1. A evolução dos cursos de Enfermagem na região Centro-Oeste**

Segundo Barbosa e Baptista (2008), o primeiro curso de Enfermagem na região Centro-Oeste foi criado na cidade de Anápolis, no estado de Goiás, em 12 de agosto de 1933. O casal Dr. James e Ethel Fanstone, ao chegarem ao Brasil, em 1925, sensibilizaram-se com as endemias da época e, em conjunto com a comunidade presbiteriana, avançaram em projetos missionários criando, em 1927, o Hospital Evangélico Goiano. A escola de Enfermagem Florence Nightingale foi criada para suprir as necessidades de enfermeiras desse hospital. Na época, o Centro-Oeste era constituído apenas pelos estados de Goiás e Mato Grosso. Em 1937 é criada a escola de Enfermagem vinculada ao Hospital Evangélico, na cidade de Rio Verde, Goiás. A terceira escola de Enfermagem criada no Centro-Oeste foi na cidade de Goiânia, também em Goiás, no início da década de 1940, de orientação católica, denominada Escola de

Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo.

Mais tarde, com a orientação da LDB de 1961, em que se tornou obrigatório ter o ensino secundário completo para ingresso nos cursos de Enfermagem, as escolas de Rio Verde e Anápolis fecharam seus cursos superiores nessa área, permanecendo, então, apenas um curso de graduação em Enfermagem em vigor no Centro-Oeste brasileiro (BARBOSA, BAPTISTA, 2008).

Nas décadas de 1950 e 1960, apesar da política de crescimento econômico de Juscelino Kubitschek, impulsionando avanços para a região do Centro-Oeste, por exemplo, através da criação de Brasília e mudança da capital federal para essa cidade, não houve aumento dos cursos de Enfermagem nessa região, ao contrário das demais regiões do país que apresentaram crescimento nesse setor educacional (BARBOSA, BAPTISTA, 2008).

Em 1975 são criados mais três cursos de Enfermagem na região, todos em instituições federais, um na Universidade de Brasília (UNB), um na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), em Cuiabá, e outro na Universidade Federal de Goiás (UFG), em Goiânia. Entretanto, o crescimento dos cursos nas demais regiões brasileiras foi superior ao da região Centro-Oeste, por condições de seu desenvolvimento e infraestrutura (BARBOSA, BAPTISTA, 2008).

As autoras destacam que a década de 1980 teve como característica a retração dos gastos públicos, incluindo a educação superior, o que propiciou o crescimento das instituições privadas pelo país.

No entanto, não houve a criação de nenhum curso de Enfermagem na região Centro-Oeste, o que ocorreu somente nos anos de 1990, com um curso em Goiás, um no Distrito Federal, um no Mato Grosso, todos esses em IESs privadas, e dois em IESs públicas no Mato Grosso do Sul (E-MEC, 2010).

A evolução dos cursos de Enfermagem no período compreendido entre 1995 e 2002 apresenta dados interessantes que contribuem com a explicitação do processo de ampliação dos cursos de enfermagem. Nesse sentido, observa-se que as demais regiões brasileiras apresentaram crescimento considerável de cursos, em termos absolutos. Entretanto, foi a região Centro-Oeste que obteve o maior crescimento proporcional do período, atingindo 200%, destacando-se em relação às demais (HADDAD *et al*, 2006), conforme demonstrado na Tabela 3.

**Tabela 3. Evolução do número de cursos de graduação presenciais em Enfermagem, segundo as regiões geográficas, Brasil, 1995-2002.**

Ano/Regiões	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Nordeste	Norte	Total
1995	5	51	23	22	7	108
1996	5	52	24	23	7	111
1997	7	56	27	22	11	123
1998	7	61	33	25	11	137
1999	7	70	37	28	11	153
2000	11	86	45	28	13	183
2001	14	105	54	29	13	215
2002	15	147	67	40	16	285
<b>%C</b>	<b>200</b>	<b>188,2</b>	<b>191,3</b>	<b>81,8</b>	<b>128,5</b>	<b>163,8</b>

Fonte: HADDAD *et al*, 2006.

A partir de 2002 observa-se uma maior expansão, em termos proporcionais, na região Centro-Oeste do que a ocorrida entre os anos de 1995 a 2002, embora a porcentagem nacional tenha diminuído. No período compreendido entre 2002 e 2008, de acordo com os dados do INEP (2010d), a região Centro-Oeste manteve-se em primeiro lugar no crescimento proporcional dos cursos de enfermagem, comparada às demais regiões brasileiras, como demonstra a Tabela 4.

**Tabela 4. Evolução do número de cursos de graduação presenciais em enfermagem, segundo as regiões geográficas, Brasil, 2002-2008.**

Ano/Regiões	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Nordeste	Norte	Total
<b>2002</b>	15	147	67	40	16	285
<b>2003</b>	19	177	71	47	18	332
<b>2004</b>	29	220	84	61	21	415
<b>2005</b>	33	253	89	77	22	474
<b>2006</b>	44	290	100	99	31	564
<b>2007</b>	52	318	103	123	39	635
<b>2008</b>	61	331	108	145	42	687
<b>%C</b>	<b>306,6</b>	<b>125,1</b>	<b>61,1</b>	<b>262,5</b>	<b>162,5</b>	<b>141</b>

Fonte: HADDAD *et al*, 2006, MEC/INEP/DEED, 2010d.

Esse processo de expansão na região justifica-se pelo movimento de crescimento na região Centro-Oeste, que se caracteriza pelo aumento populacional, pelo avanço das atividades econômicas, pela mudança do perfil epidemiológico da população, pela criação das equipes de Saúde da Família, o que traz como consequência a necessidade de profissionais formados em diversas áreas, entre elas, a área da Enfermagem, ocasionando o incremento da rede de ensino. E assim como ocorreu em todo o Brasil, a expansão dos cursos de Enfermagem na região Centro-Oeste também foi marcada pelo viés da privatização do ensino superior.

## **2.2. A evolução dos cursos de Enfermagem no estado de Mato Grosso do Sul**

O estado de Mato Grosso do Sul foi criado em 11 de outubro de 1977, através da Lei Complementar Nº 31, com capital em Campo Grande. Situado na região Centro-Oeste, é uma das 27 unidades federativas brasileiras. Com superfície de 358.159 km<sup>2</sup>, limita-se a Oeste com a Bolívia e o Paraguai, ao Norte com o Mato Grosso, ao Sul com o Paraguai e o Paraná e a Leste com São Paulo, Minas Gerais e Goiás (MATO GROSSO DO SUL, 2010). Compreendendo 78 municípios, e 2.404.256 habitantes (IBGE, 2010).

A agricultura e a pecuária são as principais fontes de economia do estado. O planalto da bacia do Paraná é o setor econômico que mais se destaca, desfrutando da proximidade com a região Sudeste (MATO GROSSO DO SUL, 2010).

De acordo com o Ministério da Educação (E-MEC, 2010), em 1991 foi criado o primeiro curso de Enfermagem no estado, enquanto que em Goiás já havia dois cursos, em Mato Grosso um, e no Distrito Federal um. Esse primeiro curso criado no estado instalou-se na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS, sendo desenvolvido no município de Campo Grande. Em 1994 é criado o segundo curso de enfermagem no Mato Grosso do Sul, na UEMS.

Na Tabela 5 pode-se acompanhar a evolução dos cursos de enfermagem no Mato Grosso do Sul, cotejando com os demais estados da região Centro-Oeste. No período compreendido entre 1995 e 2002 observa-se que nos demais estados da região a expansão dos cursos foi marcada pelo viés da privatização, entretanto, no Mato Grosso do Sul houve a criação de dois cursos de enfermagem: um em nível público, em Três Lagoas, em 2000, pela UFMS; e outro privado, em Campo Grande, em 2001, pela Universidade Anhanguera -

UNIDERP. Ao contrário dos estados de Mato Grosso e Goiás e do Distrito Federal, que registraram, respectivamente, 100%, 300% e 300% de crescimento proporcional dos cursos de Enfermagem em instituições privadas, além de Goiás e o Distrito Federal não registrarem nenhum em IESs públicas. O crescimento proporcional médio do período na região Centro-Oeste foi de 166,6%, tendo as IESs públicas o valor de 40%, e as IESs privadas, de 800%.

**Tabela 5 - Evolução do número de cursos de graduação presenciais em enfermagem, segundo os estados da região Centro-Oeste, 1995-2002.**

Ano/Estado		Mato Grosso	Mato Grosso do Sul	Goiás	Distrito Federal	Total
1995	Públicas	1	2	1	1	5
	Privadas	-	-	1	-	1
1996	Públicas	1	2	1	1	5
	Privadas	-	-	1	-	1
1997	Públicas	1	2	1	1	5
	Privadas	-	-	1	-	1
1998	Públicas	1	2	1	1	5
	Privadas	1	-	1	-	2
1999	Públicas	1	2	1	1	5
	Privadas	1	-	2	1	4
2000	Públicas	1	3	1	1	6
	Privadas	1	-	2	2	5
2001	Públicas	2	3	1	1	7
	Privadas	1	1	3	2	7
2002	Públicas	2	3	1	1	7
	Privadas	1	1	4	3	9
%C	<b>Públicas</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>40</b>
	<b>Privadas</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>300</b>	<b>300</b>	<b>800</b>
<b>%C Total</b>	-	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>150</b>	<b>300</b>	<b>166,6</b>

Fonte: E-MEC, 2010.

Entre os anos de 2002 e 2009, de acordo com a Tabela 6, observou-se um expressivo crescimento dos cursos de Enfermagem na região Centro-Oeste, com a criação de 22 cursos novos em Goiás, 11 no Distrito Federal, 16 no Mato Grosso e 7 no Mato Grosso do Sul,



resultando em um considerável crescimento proporcional para a região nesse período de 343,7% (E-MEC, 2010), bem acima do registrado no período anteriormente citado na Tabela 5. Ao contrário do que ocorreu na década anterior, nesse período o estado de Mato Grosso do Sul não teve a criação de nenhum curso de Enfermagem em IESs públicas, entretanto, registrou um aumento proporcional de 600% em cursos em IESs privadas.

**Tabela 6 - Evolução do número de cursos de graduação presenciais em enfermagem, segundo os estados da região Centro-Oeste, 2002-2009.**

Ano/Estado		Mato Grosso	Mato Grosso do Sul	Goiás	Distrito Federal	Total
2002	Públicas	2	3	1	1	7
	Privadas	1	1	4	3	9
2003	Públicas	3	3	1	1	8
	Privadas	1	2	5	5	13
2004	Públicas	3	3	2	1	9
	Privadas	2	3	9	6	20
2005	Públicas	3	3	2	1	9
	Privadas	2	4	9	9	24
2006	Públicas	6	3	3	1	13
	Privadas	5	5	12	9	31
2007	Públicas	6	3	3	1	13
	Privadas	7	5	15	10	37
2008	Públicas	6	3	4	2	15
	Privadas	9	6	20	12	48
2009	Públicas	6	3	5	2	16
	Privadas	13	7	22	13	55
%C	Públicas	200	-	400	100	128,5
	Privadas	1.200	600	450	333,3	511,1
%C Total	—————	533,3	150	440	275	343,7

Fonte: E-MEC, 2010.

Esses dados demonstram um aumento no ritmo de crescimento dos cursos de Enfermagem no Mato Grosso do Sul, em relação ao período anteriormente citado, bem como um avanço ainda significativo da rede privada de ensino no estado, embora os demais estados

apresentarem expansão também no ensino público de graduação em Enfermagem. A Tabela 7 mostra a distribuição dos cursos de Enfermagem presenciais no estado do Mato Grosso do Sul no ano de 2009.

**Tabela 7 – Distribuição dos cursos de graduação em Enfermagem presenciais nos municípios de Mato Grosso do Sul de acordo com a categoria administrativa, 2009.**

<b>Cidade</b>	<b>Pública</b>	<b>Privada</b>
Campo Grande	1	3
Dourados	1	1
Três Lagoas	1	1
Fátima do Sul	-	1
Cassilândia	-	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

Fonte: E-MEC, 2010.

Levando em consideração que o estado encontra-se dividido em três grandes macrorregiões, que têm um município por referência aos outros localizados em sua proximidade, os quais são: Campo Grande, Dourados e Três Lagoas, observa-se a concentração desse curso nessas regiões.

A Tabela 7 demonstra que a cidade de Dourados, assim como a de Três Lagoas, está em segundo lugar na oferta do curso de Enfermagem no estado.

### **2.3. A evolução dos cursos de enfermagem no município de Dourados/MS**

Dourados é a segunda maior cidade do estado de Mato Grosso do Sul, tendo uma área territorial de 4.086 km<sup>2</sup> com 196.068 habitantes de acordo com os dados do censo realizado em 2010 (IBGE, 2010b). Encontra-se no centro-sul do estado, a 100 km da fronteira com o Paraguai e a 210 km de Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul (GRESSLER; SWENSSON, 1988). Próximo ao perímetro urbano do município localiza-se a reserva indígena, onde se encontram os descendentes das etnias guarani, kaiwá e terena. É a região que concentra a maior produção agropecuária do estado, tendo estreita relação com o mercado do Sudeste.

O município conta com cinco IESs, sendo uma federal, uma estadual, e três privadas. Destas, apenas três ofertam o curso de graduação em Enfermagem, uma pública e duas privadas. Entre as particulares, o Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN, iniciou o curso presencial em 2004, e a Universidade Anhanguera – UNIDERP, em 2008, na modalidade à distância, e ainda não tem turmas formadas. A IES pública que oferece a graduação em enfermagem é a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS, desde 1994 (E-MEC, 2010).

O próximo item busca compreender o processo de evolução do curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, desde sua criação, incluindo as mudanças de currículos na tentativa de contemplar as solicitações das DCENF na formação do profissional enfermeiro.

### **2.3.1. O curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul**

A Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul foi criada em 1979 através da Constituição Estadual e ratificada pela Constituição de 1988. Entretanto, somente em 1993 foi instituída pela Lei Nº 1461<sup>10</sup> e o Decreto Estadual Nº 7.585<sup>11</sup> sob a forma de fundação, tendo sede e foro em Dourados, Mato Grosso do Sul. Embasada na política de educação do estado de Mato Grosso do Sul, que visava ao crescimento e ao avanço regional e educacional, e de acordo com as necessidades regionais levantadas junto às comunidades, entendeu-se que a Universidade teria como vocação a interiorização do ensino superior no estado, pautada pelo ensino, pesquisa e extensão. Em 1994 foi autorizada pelo Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso do Sul a implantação da UEMS, bem como a aprovação de seu Estatuto e Regimento Geral (UEMS, 2010c).

Para atender às necessidades educacionais levantadas junto às regiões do estado, a UEMS surge com a proposta inicial de interiorização do ensino por meio de um modelo descentralizado, utilizando-se da rotatividade de cursos que seriam ofertados em várias unidades da IES localizadas em diferentes municípios, propiciando o desenvolvimento desses cursos (MISSIO, 2007). Além da cidade de Dourados, que é sede dessa instituição, a UEMS

---

<sup>10</sup> Lei Estadual Nº 1.461, de 20 de dezembro de 1993 - Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul.

<sup>11</sup> Decreto Estadual Nº 7.585, de 22 de dezembro de 1993 - Institui a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, com sede e foro na cidade de Dourados e dá outras providências.

foi criada com campi em outros 14 municípios: Aquidauana, Amambaí, Cassilândia, Coxim, Glória de Dourados, Ivinhema, Jardim, Maracaju, Mundo Novo, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas<sup>12</sup>, e em 2001 também cria a unidade de Campo Grande (MISSIO, 2001).

Após tramitar por dois anos no Ministério de Educação e Desporto, finalmente, em 20/08/97 foi credenciada pela Deliberação CEE/MS N° 4.787 e reconhecida pela Deliberação CEE/MS N° 7447 de 29/01/04 por um período de quatro anos, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei N° 9394/96 (UEMS, 2010c). De acordo com dados do *e-Mec* (E-MEC, 2010), a UEMS foi reconhecida pelo Parecer CEE/MS N° 8954 de 16/12/2008.

A missão da UEMS é a seguinte

Gerar e disseminar o conhecimento, com vistas ao desenvolvimento das potencialidades humanas, dos aspectos político, econômico e social do Estado, e com compromisso democrático de acesso à educação superior e o fortalecimento de outros níveis de ensino, contribuindo, dessa forma, para a consolidação da democracia (UEMS, 2010d).

O curso de Enfermagem da UEMS foi criado em 1994, sendo assim, implementado no município-sede da Instituição desde sua criação e reconhecido pela Deliberação CEE/MS N° 5.463, de 23/07/1999, com validade a partir de 01/01/1999 até 31/12/2003. Em seguida, após a Deliberação CEE/MS N° 7.669, de 20/10/2004, obteve novo reconhecimento, datando de 01/01/2005 até 31/12/2009, tendo recebido nova avaliação pelo CEE no ano de 2010.

Por ser Dourados a segunda maior cidade do estado, esperava-se que nela fosse instituído um curso voltado para a área da saúde. Em reunião com a comunidade de Dourados, realizada em 25 de agosto de 1993, com a comissão de implantação da UEMS, definiu-se que esse curso seria o de Enfermagem e Obstetrícia, sendo o primeiro curso de saúde em nível superior no município. Seu objetivo era contribuir para o setor empregatício no estado e região que apresentavam grande carência desses profissionais; em especial em Dourados, para as áreas de saúde pública, hospitalar e de ensino, sendo que as atividades de Enfermagem no município eram desenvolvidas, principalmente, por atendentes e auxiliares de Enfermagem (MISSIO, 2001).

---

<sup>12</sup> A unidade de Três Lagoas foi desativada em 1996.

A autora ainda cita que em 1981, um estudo da Coordenaria Geral de Planejamento – COGEPLAN - da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul demonstrou que havia somente 41 enfermeiros atuando nos serviços de saúde do estado. Em 2001, os dados coletados por essa universidade, junto ao Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul apontavam a presença de 657 enfermeiros inscritos no estado. Desse total apenas 74 estavam em Dourados.

O início dos anos 2000 ainda apresentava carência de enfermeiros no estado, o que pode ser traduzido pela rápida absorção pelo mundo do trabalho das primeiras turmas de enfermeiros formadas na UEMS, por exemplo, antes mesmo da colação de grau, todos os formandos da terceira turma (no ano de 2001) já estavam empregados (MISSIO, 2001). Em 2010, o mesmo Conselho informa que há 2.696 enfermeiros inscritos no estado e 372 em Dourados (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE DOURADOS/MS, 2010).

O curso de Enfermagem da UEMS foi o segundo curso nessa área no estado, haja vista que em 1991 foi criado o primeiro, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), e, em 1994, o primeiro curso de Enfermagem do município de Dourados/MS.

O currículo adotado pelo curso de Enfermagem da UEMS seguiu a Legislação do Conselho Federal de Educação, Parecer CFE N° 163/72 e Resolução CFE N° 04/72, que orientavam o currículo mínimo dos cursos de Enfermagem (MISSIO, 2007). No início de seu desenvolvimento, o curso se orientou pelos seguintes princípios norteadores:

[...] formar profissionais capazes de prestar assistência de Enfermagem fundamentada e sistematizada, com visão integral do ser humano, atendendo às peculiaridades regionais; bem como formar profissionais com visão crítica, ética e política mediante atitudes adquiridas na graduação, através do Ensino, Pesquisa e Extensão. Nesse enfoque, procurou-se a formação de um Enfermeiro generalista, capaz de prestar e gerenciar assistência integral e sistematizada, exercer e supervisionar funções de prevenção, manutenção e recuperação da saúde, sensibilizado com as necessidades biopsicossociais do ser humano e com a legislação que regulamenta o exercício profissional (MISSIO, 2001, p. 58-59).

Em 1997 é construído o primeiro Projeto Político-Pedagógico do curso de Enfermagem da UEMS, respaldando-se na Resolução CEPE/UEMS N° 63 de 12/03/97, na Portaria N° 1.721, de 15/12/94 do Ministério da Educação e do Desporto, e no Parecer N° 314/94, do extinto Conselho Federal de Educação (MISSIO, 2001). Os princípios norteadores desse projeto pedagógico foram

[...] formar profissionais capazes de prestar assistência de enfermagem fundamentada e sistematizada, com visão integral do ser humano, atendendo às peculiaridades regionais e formar profissionais com visão crítica, ética e política mediante atitudes adquiridas na graduação, através do ensino, pesquisa e extensão (UEMS, 1998, p. 8).

A partir da LDB de 1996, novas orientações educacionais foram sendo construídas também no que se referia às questões curriculares. A partir de 1999 o setor da Enfermagem mobiliza-se para a discussão do currículo dos cursos de graduação em Enfermagem.

Nesse sentido, Missio (2007) aponta que os professores desse curso da UEMS, atentos a esse processo, também iniciam seus debates e, que, em 2001, como resultado desse processo, cria-se uma comissão para elaboração do novo Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso. Essa comissão foi composta por: docentes, discentes, técnico-administrativos e representantes externos à IES como Secretaria Municipal de Saúde, instituições de ensino técnico de Enfermagem e hospitais. Esse processo estendeu-se por um período de três anos, procurando atender, também, às novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de enfermagem, de acordo com a Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001.

Desde a primeira turma, formada em 1998, até o ano de 2003, o curso de Enfermagem se caracterizou pelo modelo hospitalocêntrico que se encontrava presente no Parecer Nº 163/1972, no Parecer Nº 314/94 e na Portaria Nº 1.721/1994, legislação específica que regulamentava o currículo mínimo do curso. As orientações das DCENF são contrárias a esse modelo, pois elas destacam um ensino voltado para o Sistema Único de Saúde, que contempla a área hospitalar e da saúde coletiva, mas com ênfase na promoção da saúde (UEMS, 2003).

Como umas das primeiras ações no sentido de efetivar a construção de um PPP coletivo, aplicaram-se questionários direcionados aos docentes e discentes do curso, buscando identificar seus pontos positivos e negativos, bem como as sugestões propostas no sentido de um trabalho interdisciplinar. Associado a esse processo, as professoras do curso Márcia Regina Martins Alvarenga e Lourdes Missio buscaram participar de discussões acerca das mudanças trazidas pelas DCENF, bem como a respeito da elaboração de currículo por competências que, posteriormente, foram socializadas com os professores do curso e trabalhadas junto à comissão (UEMS, 2003).

Em 2004, implementou-se a nova proposta, organizada sob a forma de um currículo integrado que, através da interdisciplinaridade, propunha a dinamização do processo ensino-aprendizagem, utilizando-se dos Marcos Filosófico e Conceitual que “[...] incluem a

concepção de ser humano, saúde, ética, enfermagem, contexto / cenário, comunicação, processo do cuidar, educação em saúde, educador, educando e o perfil do egresso (enfermeiro)” (UEMS, 2003, p. 35).

Desde então, os professores do curso vêm discutindo a implementação desse novo currículo, e em especial, a partir de 2008. Como desdobramento dessas discussões, a Portaria UEMS Nº 9, de 30 de março de 2010 constituiu a comissão para reformulação do Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul ofertado na Unidade Universitária de Dourados publicado no Diário Oficial Nº 7.677, de 5 de abril de 2010. A comissão é composta por representantes docentes, discente e técnico-administrativo do curso com a finalização desse trabalho prevista para 2011.

Entende-se que a política, inclusive a política institucional, sofre mudanças e movimentos na sua formulação, implementação, avaliação e reformulação, segundo a concepção de Palumbo (1994). Seguindo esses passos, a comissão de reformulação do PPP vem realizando atividades que envolvem os docentes e os discentes, além de convidados externos para discussões a respeito das propostas elencadas no novo PPP, buscando caminhos para a melhoria do projeto.

O curso foi avaliado pelo Exame Nacional de Cursos<sup>13</sup> nos anos de 2002 e 2003, alcançando como resultados respectivamente, os conceitos “B” e “A” (MISSIO, 2007). Em 2007 o curso obteve conceito ENADE (Exame Nacional de Desempenho Estudantil) 3, e Conceito Preliminar de Curso (CPC) 3 (INEP, 2010a). A UEMS, em 2007 e 2008 alcançou nota 3 no Índice Geral de Cursos<sup>14</sup> (IGC) (E-MEC, 2010). Esses dados indicam que o curso e a Instituição vêm alcançando resultados positivos nas avaliações externas realizadas pelo MEC, o que permite inferir que sejam fatores de influência para a formação do enfermeiro proposta pelas DCENF.

---

<sup>13</sup> O Exame Nacional de Cursos (ENC-Provão) foi um exame aplicado aos formandos, no período de 1996 a 2003, com o objetivo de avaliar os cursos de graduação da educação superior, no que tange aos resultados do processo de ensino-aprendizagem. Na última edição, realizada em 2003, participaram do exame mais de 470 mil formandos de 6,5 mil cursos de 26 áreas: Administração, Agronomia, Arquitetura e Urbanismo, Biologia, Ciências Contábeis, Direito, Economia, Enfermagem, Engenharia Civil, Engenharia Elétrica, Engenharia Mecânica, Engenharia Química, Farmácia, Física, Fonoaudiologia, Geografia, História, Jornalismo, Letras, Matemática, Medicina, Medicina Veterinária, Odontologia, Pedagogia, Psicologia e Química (INEP, 2010b).

<sup>14</sup> O Índice Geral de Cursos da Instituição (IGC) é um indicador de qualidade de instituições de educação superior que considera, em sua composição, a qualidade dos cursos de graduação e de pós-graduação (mestrado e doutorado). No que se refere à graduação, é utilizado o CPC (conceito preliminar de curso) e, no que se refere à pós-graduação, é utilizada a Nota Capes. O resultado final está em valores contínuos (que vão de 0 a 500) e em faixas (de 1 a 5). O IGC 2007, divulgado no ano passado, compreende todos os cursos das instituições avaliados pelo Enade dentro do triênio 2005-2006-2007. O IGC 2008 atualiza as informações de cada instituição, dentro do triênio 2006-2007-2008 (INEP, 2009).

A Tabela 8 demonstra a evolução da concorrência no vestibular do curso de Enfermagem na UEMS de 1993 até 2010. Pode-se observar que houve um crescimento na procura do curso, embora desde 2001 tenha havido redução no número de vagas ofertadas, devido às dificuldades encontradas pelo curso em relação ao campo de aulas práticas e estágio supervisionado no município, além de mudanças no quadro docente. Em 2007 houve o aumento no número de vagas, mas o curso ainda mantém a oferta de 40 vagas, devido aos fatores citados. Outra alteração significativa foi a adesão da Instituição desde 2003 ao sistema de cotas de acordo com a legislação estadual de 2002<sup>15</sup>. A Resolução COUNI-UEMS Nº 241, de 17 de julho de 2003, que trata da oferta de vagas referentes ao sistema de cotas na instituição, traz que 20% das vagas são destinadas aos candidatos negros e 10% aos candidatos indígenas (UEMS, 2003). Esse fato incidiu sobre o número total de vagas e trouxe uma nova realidade para o curso: a inserção de acadêmicos indígenas na graduação de Enfermagem.

---

<sup>15</sup> Lei Nº 2.589, de 26 de dezembro de 2002, que dispõe sobre a reserva de vagas aos vestibulandos índios na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS, 2006. Disponível em [http://www.uems.br/proe/nulen/atos\\_legais.php](http://www.uems.br/proe/nulen/atos_legais.php). Acesso em 05 de maio de 2010).



**Tabela 8 – Relação do número de candidatos/vaga do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 1994-2009.**

Ano	Concorrência Geral	Concorrência em vagas destinadas aos indígenas	Concorrência em vagas destinadas aos negros	Número de vagas
1994	3,4	-	-	50
1995*	-	-	-	-
1996	2,2	-	-	50
1997	3,8	-	-	50
1998	5,1	-	-	50
1999	9,3	-	-	50
2000	7,7	-	-	50
2001	19,93	-	-	30
2002	24,77	-	-	30
2003	26,9	10	2,8	30
2004	19,7	11,5	3,6	30
2005	20,2	12,7	3,00	30
2006	17,46	19,0	3,38	30
2007	16,9	8,25	2,88	40
2008	16,89	9,75	0,88	40
2009	15	12,5	2,7	40

Fonte: UEMS, 2008/ UEMS, 2010b.

**Nota:** \*No ano de 1995 não houve vestibular devido às instabilidades políticas pelas quais a UEMS passou em busca da Autorização e do Credenciamento.

Em 2010, o curso de Enfermagem conta com um total de 137 alunos matriculados, encontrando-se 41 na primeira série, 28 na segunda série, 28 na terceira série e 40 na quarta série<sup>16</sup>.

A comissão para reformulação do Projeto Pedagógico do curso formulou uma proposta de licenciatura (UEMS, 2010a) para atender à demanda levantada junto aos egressos do período de 1998-2003, em que eles destacaram a necessidade do curso contemplar a licenciatura, considerando que muitos desses egressos encontravam-se no campo da docência, sem apresentar uma formação acadêmica para tal (CABREIRA *et al*, 2010).

<sup>16</sup> Os dados demonstram uma significativa diminuição no número de alunos após a primeira série. Diversos fatores, como o trancamento de matrícula, a reprovação ou a desistência podem ser causas dessa situação, entretanto, acredita-se que para uma correta explicação, faz-se necessário um estudo específico a esse respeito.

### **3. A expansão dos cursos de Enfermagem e o mundo do trabalho em Dourados: algumas considerações**

O processo de expansão dos cursos de Enfermagem encontra-se intimamente ligado à mudança do perfil do mundo de trabalho para esse profissional. Dourados, sendo a segunda maior cidade do estado e a responsável por uma de suas macrorregiões, atende todos os municípios do centro-sul do estado, num total de 34. Em 1993 o município possuía 7 hospitais, 23 unidades básicas de saúde e 2 unidades de atendimento especializado (MISSIO, 2001). Hoje, sendo habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, Dourados conta com: 32 centros e/ou unidades básicas de saúde (incluindo as destinadas às equipes de Saúde da Família), 2 policlínicas, 7 hospitais gerais e 1 especializado, 31 clínicas e/ou ambulatórios de especialidades, 2 serviços móveis de nível pré-hospitalar (urgência e emergência), 2 unidades de vigilância em saúde, 2 centros de atenção psicossocial e 4 unidades de atenção à saúde indígena (DATASUS, 2010a). Cenário bastante diversificado para o mundo do trabalho do enfermeiro, mas consoante as tendências nacionais, observa-se que o município vem aderindo à política de saúde orientada pelo Governo Federal que, desde a década de 1990, busca a reorientação do modelo assistencial em saúde, através da implementação do SUS, utilizando como principal estratégia as equipes de Saúde da Família.

Desde 1995 ocorreram investimentos na expansão da atenção básica e, em seu papel estratégico, dentro do sistema de saúde, confirmando a tendência de vários países nesse mesmo sentido (STARFIELD, 2004), o que resultou na expansão das equipes de Saúde da Família por todo o território nacional. De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, o número de equipes de Saúde da Família cadastradas no sistema em março de 2001 era de 9.563, tendo esse número quase triplicado em dezembro de 2006 o que atingiu o número de 27.000 equipes em todo o Brasil, e alcançando o indicativo de 31.451 em junho de 2010 (DAB, 2010a). Esse quadro propiciou a ampliação do número de enfermeiros, particularmente para atender a necessidade da composição das equipes de Saúde da Família, proposta pela política da área.

Dourados também vem aumentando o número de equipes de Saúde da Família atuantes no município. A Tabela 9 demonstra que de 1998 até 2009 o crescimento proporcional do número de equipes foi de 1.900% em 11 anos.

**Tabela 9 - Evolução do número de equipes de Saúde da Família cadastradas em Dourados/MS, 1998-2009.**

Ano	Número de Equipes
1998	02
1999	06
2000	15
2001	15
2002	15
2003	22
2004	22
2005	22
2006	27
2007	35
2008	37
2009	40

**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde de Dourados/MS, 2010.

Após a criação das primeiras equipes, que foi incentivada pelos recursos financeiros federais destinados à implantação do PSF no município, abrangendo 5,44% de sua população em 1999, somente em 2003 houve novo crescimento expressivo, sob o impulso do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).

Em 2003, 34,9% da população douradense era coberta pelo PSF (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOURADOS/MS, 2010). O PROESF possibilitou a transformação das equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde<sup>17</sup> em PSF por meio de um investimento de R\$ 1,5 milhão no período de cinco anos de vigência do projeto (PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS, 2004).

O PROESF é fruto de um acordo estabelecido com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), objetivando o apoio à expansão, consolidação e qualificação das equipes de Saúde da Família, por meio de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, destinado a municípios com mais de 100 mil habitantes. Esse projeto vem se desenvolvendo em duas fases: o PROESF 1, de 2003 a 2007, e o PROESF 2,

<sup>17</sup> O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1991, sendo uma equipe de PACS constituída por até 30 agentes comunitários de saúde e um enfermeiro para coordenação em sua configuração inicial. Focado na atenção básica, realiza o cadastramento das famílias, constituindo-se uma fase de transição para a implantação das equipes de Saúde da Família.

de 2008 a 2011. Os 187 municípios que participaram da fase 1 obtiveram um aumento de 43% no número de equipes implantadas no período de dezembro de 2003 a junho de 2007 (DAB, 2010b).

O município de Dourados apresenta atual cobertura de 67,11% pela ESF e encontra-se inserido na proposta do PROESF 2, objetivando a consolidação da ESF por meio da capacitação dos recursos humanos e supervisão do desenvolvimento das equipes. Até a conclusão desta pesquisa, havia sido criada uma comissão para a avaliação das ESFs a partir dos indicadores da atenção básica em saúde até o mês de agosto de 2010. As capacitações aos profissionais da saúde sobre os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde terão início no ano de 2011 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOURADOS/MS, 2010).

Na rede de estabelecimentos de saúde do município, há 142 profissionais enfermeiros atuantes, destes, 43 estão trabalhando nas Equipes de Saúde da Família e 7 nas Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (DATASUS, 2010b), o que compreende 35,2% dessa categoria profissional absorvida pelo mundo do trabalho relacionado ao SUS em nível de atenção básica.

A análise dos dados expostos permite estabelecer a confluência das políticas de educação e de saúde para a formação do profissional enfermeiro. Particularmente, quando se considera a criação dos cursos de Enfermagem no Brasil, focalizando nesse processo, em especial, o estado de Mato Grosso do Sul e o município de Dourados, e sua relação com as transformações desencadeadas pela política pública de saúde no mundo do trabalho do enfermeiro.

Destaca-se que esse processo não foi imediato, embora os Ministérios da Educação e da Saúde já tenham sido entendidos como uma única pasta, bem como os currículos de Enfermagem, em seus processos de reformulação tenham buscado o atendimento às necessidades do setor empregatício da época para esse setor produtivo. Ao contrário, a parceria hoje estabelecida entre os dois ministérios em questão, foi fruto de anos marcados por conflitos e embates quando o direcionamento dado sempre foi relacionado aos interesses do mundo capitalista.

Efetivamente é a partir da Constituição Federal de 1988 e, particularmente, das DCENF de 2001 que se delineiam as convergências das políticas de educação e saúde, numa interação e busca de objetivos compartilhados. O próprio Ministério da Saúde chama a

atenção para o fato de que os profissionais da área não recebiam em suas formações acadêmicas o conjunto de habilidades profissionais referentes ao desenvolvimento das ações de saúde no âmbito das instituições públicas (CONASS, 2006). No mesmo documento o Ministério da Saúde aponta para o papel do Estado como regulador do mundo do trabalho, e destaca a importância das alterações estabelecidas pelas diretrizes dos currículos dos cursos de graduação em saúde, entre eles o de Enfermagem, na mudança do perfil dos profissionais formados.

É possível observar em todo esse processo, as influências internas e externas sofridas pelo país, seguindo as tendências apontadas pela política externa, com “adaptações” para o caso brasileiro, privilegiando a ótica do mercado sob a égide do neoliberalismo (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008; MICHELOTTO; COELHO; ZAINKO, 2006).

Em síntese, este capítulo traça, historicamente, o processo de evolução dos cursos de Enfermagem no Brasil e, especialmente, em Dourados-MS, contribui para que seja visualizado o longo caminho percorrido do início do ensino de graduação em Enfermagem no Brasil até os dias atuais. Caminho marcado por mudanças, avanços, retrocessos, embates políticos e ideológicos, fortemente influenciado pelo momento histórico-político e social de cada período e que vem sendo trilhado de acordo com os interesses do mundo do trabalho para esse futuro profissional, que são refletidos na política de saúde vigente.

No intuito de elucidar como essas transformações foram engendradas no campo das políticas públicas de educação e de saúde, o próximo capítulo tratará da articulação entre os Ministérios de Educação e de Saúde no processo de formação do enfermeiro.

## **CAPÍTULO II**

### **POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Este capítulo dedica-se a identificar os aspectos de confluência entre as políticas públicas de educação e de saúde na formação do enfermeiro. Nesse sentido, acredita-se ser relevante o esclarecimento de conceitos que permeiam esta pesquisa, a fim de apresentar com maior clareza o arcabouço teórico utilizado.

A seguir, trata-se de como o processo denominado por muitos de globalização, traz em seu bojo grandes mudanças na configuração do Estado-nação e na relação entre os países, em especial, na relação estabelecida entre os países em desenvolvimento e os organismos internacionais. Sem a pretensão de uma análise profunda sobre a globalização e seus efeitos, busca-se canalizar essa discussão para o setor da educação, em especial, da educação superior na formação do profissional enfermeiro.

O grande crescimento das IESs no país a partir da década de 1990, notoriamente marcado pela privatização, caracteriza-se como o pano de fundo para o desenrolar das considerações acerca desse processo (DOURADO, 2002). Ao longo dos anos 2000, observa-se que, apesar de não se desviar vigorosamente das influências neoliberais, como muitos esperavam, o governo atual também procura promover ações de investimento nas IESs federais (REAL, 2010).

O cenário brasileiro na educação superior, com as propostas de reforma da educação superior brasileira dos últimos quatro governos presidenciais, sofreu um redirecionamento da política concernente à educação superior, ao mesmo tempo em que profundas mudanças

ocorriam na configuração da política de saúde em nosso país. Esse processo alcança os cursos de graduação na área da saúde, em especial o curso de Enfermagem, em que a preocupação centra-se na formação de trabalhadores da área da saúde capacitados para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse fator será a peça-chave para a compreensão da confluência das políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro.

## **1. Políticas públicas sociais**

Para a contextualização e o respaldo na construção do arcabouço teórico deste trabalho, utiliza-se o conceito de política proposto por Palumbo (1994, p. 35), que afirma que “Política é um processo, ou uma série histórica de intenções, ações e comportamentos de muitos participantes”. Nesse sentido, política não se restringe a uma lei ou a uma decisão, pois então seria um programa de governo, mas vai além, é construída à medida que os acontecimentos vão se desenvolvendo, num fluxo de construção, reconstrução, adaptação, sendo “[...] complexa, invisível e elusiva”. Com relação à política pública, o autor ainda afirma que “[...] sua manifestação visível é a estratégia adotada pelo governo para solucionar problemas públicos (p. 38)”, como os relacionados à educação e à saúde.

Azevedo (2001) identifica a educação como “[...] uma política social de natureza pública” (p. 3). Paim e Teixeira (2006, p. 74) entendem a política de saúde como uma “[...] resposta social de uma organização diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes”, além de fatores ligados aos bens e serviços que interferem na saúde e no ambiente.

Draibe (2001) afirma que, sob esse aspecto, as políticas não são apenas estatais ou de governo, mas desde que conservado o propósito público, podem também ser de organizações privadas ou não governamentais.

As políticas de educação e de saúde configuram-se como políticas públicas que, em especial, na formação do enfermeiro, vêm se constituindo ao longo dos anos, através de processos e embates travados no cenário político do país. Dessa forma, o presente trabalho traz um breve panorama histórico de evolução a partir dos anos de 1990, nas áreas das políticas de educação e da saúde, até os dias atuais, no intuito de contextualizar o período de

análise empírica que abarca o intervalo de tempo de 2004 a 2009.

Justifica-se a escolha desse recorte temporal uma vez que nele os egressos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul foram formados sob a orientação da Portaria Nº 1.721/94 e das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Enfermagem, datadas de 2001, sendo que esta última, representa, até o momento, o mais consistente elo implementado entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro.

Frey (2000), abordando alguns conceitos da *policy analysis*, destaca a *polity*, onde são tratadas as questões da estrutura política, a *politics*, que busca compreender os processos de negociação política e a *policy*, que foca o resultado material concreto de uma política. O autor ainda destaca o *policy cycle*, como um modelo para a análise das políticas públicas, compreendendo como fases comuns as da formulação, da implementação e do controle dos impactos das políticas. Ainda na fase da formulação, pode-se elencar como um passo a *agenda setting*, para definir se determinado tema será inserido ou não na pauta política. O autor ainda destaca que serão realizados estudos acerca desse fenômeno, para verificação de custos e benefícios e, ainda, se esse tema alcançará espaço na arena política.

Para o neoinstitucionalismo, o Estado sendo ator e autor das ações políticas, assim como outras instituições políticas, influencia a cultura política, os atos dos atores e a própria agenda política, conduzindo essa questão através de suas instituições (MARQUES, 1997).

Entende-se o Estado como uma instituição política, no centro de uma organização social, que estabelece com esta relação de influência mútua, mas que detém o poder baseando-se em um direito legitimado<sup>18</sup>. Assim, o neoinstitucionalismo não restringe a análise às ações do Estado, mas entende que o ponto principal são as relações travadas entre os diversos atores envolvidos no cenário político.

Verifica-se que esses passos vêm sendo validados na formulação das políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro no caso brasileiro, pois se entende que vem se constituindo um ciclo, em que reformulações vêm sendo implementadas, em especial com relação à *policy*, no qual se concentra o presente trabalho.

Pereira (2008) afirma que as políticas sociais ganharam destaque após o *Welfare State*, estando diretamente ligadas e responsáveis pelo auxílio às necessidades sociais que vinham se

---

<sup>18</sup> Nesse sentido, Poulantzas informa que “[...] o Estado não é pura e simplesmente uma relação, ou a condensação de uma relação; é a condensação material e específica de uma relação de forças entre classes e frações de classe” (POULANTZAS, 2000, p. 131).



exacerbando, fruto do modelo capitalista. Validando, dessa forma, as políticas sociais como direitos requeridos pela sociedade e atendidos pelos governos. Assim, as políticas de educação e de saúde ganharam centralidade nas políticas governamentais, conseqüentemente, a mudança na configuração dos Estados-nação vem acarretando alterações nas áreas da educação e da saúde, que podem ser observadas nos níveis mundial e local.

No Brasil, embora não se tenha implantado o *Welfare State* em toda sua dimensionalidade, a Constituição Federal, de 1988, adota o modelo de Estado Social Democrático, quando se avança na implantação das políticas sociais.

Para entender essas mudanças, é necessário que se reporte ao cenário político-econômico mundial e suas repercussões no caso brasileiro. Assim, o próximo item buscará essa contextualização.

## **2. O novo cenário político internacional e sua relação com a educação superior, a saúde e o mundo do trabalho para o enfermeiro**

O cenário político internacional, assim como as relações estabelecidas nesse palco, tem passado por inúmeras mudanças em sua configuração. Castells (1999) afirma que os Estados vêm perdendo sua soberania econômica nacional, sem perder o poder de intervenção, e que os países têm de aprender a se adaptar ao sistema financeiro global, ajustando suas políticas às necessidades desse sistema. Isso se deve à crise do capitalismo, relacionado ao enfraquecimento do modelo fordista de acúmulo de capital que, desde o final dos anos de 1960, trouxe a necessidade da reorganização de suas bases, o que vem se consolidando por meio do neoliberalismo.

Para Chauí (2001), é nesse período de crise que se configura o chamado neoliberalismo, no qual o Estado deveria afastar-se da regulação da economia, proporcionando que o próprio mercado realizasse essa regulação. Além disso, o Estado também deveria se afastar das políticas sociais, abrindo caminhos para a privatização dos serviços. No que a autora denomina de transnacionalização da economia, o Estado passa a ser um negociador nas relações capitais, perdendo sua soberania anterior. Para que essas transformações fossem entendidas como racionais e legítimas, com o objetivo de torná-las

aceitáveis, houve a necessidade de organização de um imaginário social, que corresponde à ideologia do neoliberalismo.

Apesar de essas transformações nos Estados-nação ocorrerem em períodos diferentes nos países, em especial entre os desenvolvidos e os em desenvolvimento, Charlot (2007) destaca que, com relação à educação, antes da Segunda Guerra Mundial o Estado mantinha-se como um Estado educador, entendendo a escola como instrumento para aprendizagem de valores, socialização, na constituição da nação, da paz.

Mas após a Segunda Guerra Mundial, ele assume um papel de Estado desenvolvimentista, de forma muito clara em países como a França, Japão, Brasil, entre outros. Nos Estados Unidos, de forma disfarçada, ele direciona o crescimento econômico, sendo a educação a mola propulsora do desenvolvimento. Esse Estado desenvolvimentista, organizado em torno de uma nova lógica socioescolar, foi substituído pelo Estado regulador nos anos de 1980, também regido por interesses econômicos, dentro de uma perspectiva de qualidade e globalização (CHARLOT, 2007).

O fenômeno denominado globalização vem sendo amplamente utilizado nas mais diversas áreas, em especial na educação. Muitas divergências são apontadas pelos autores no que se refere ao seu conceito, inclusive à sua real existência, como bem colocam Held e McGrew (2001) em seu livro *Prós e Contras da Globalização*. Nessa obra, os autores discorrem sobre o posicionamento acerca do tema dos globalistas, que “defendem” a globalização e dos céticos, que afirmam que essa globalização é uma engendrada artimanha de cunho neoliberal para uma nova configuração do capitalismo anglo-americano espalhando-se pelo mundo.

Lenhart (1998, p. 26) afirma que a globalização, segundo a teoria dos sistemas, é “[...] como um processo, no qual uma parte da sociedade está ancorada em um nível de sociedade mundial”. O autor assinala que a economia está “presa” a uma parte da economia mundial, mas que outros macrossistemas, como a cultura, por exemplo, conservam-se, embora sofram influências externas também. Há um nível de internacionalização, sem atingir uma estabilidade para uma “sociedade mundial”.

Jessop (1998, p. 22), em seu trabalho sobre Poulantzas, traz a seguinte crítica deste ao termo globalização: “o desenvolvimento desigual (...) é a forma constitutiva da reprodução do modo de produção capitalista”, mascarando sua verdadeira expressão de cadeia imperialista. Para Boaventura de Souza Santos (2002), a globalização é “[...] um fenômeno multifacetado

com dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas interligadas de modo complexo“. Autores como Chesnais (1998) privilegiam o termo mundialização financeira ao invés de globalização.

Cumprido destacar que a globalização atinge os mais variados pontos do planeta, mas não ocorre ao mesmo tempo e da mesma forma para todos. Não é o intuito deste trabalho desenvolver uma análise sobre a globalização, mas sim, destacar como suas repercussões atingiram o setor da educação.

O fato é que as decisões em nível internacional vêm assumindo um novo caráter e uma nova conformação na articulação das políticas externas, modificando relações existentes entre países e trazendo-lhes repercussões internas, acarretando a emergência de novos atores nesse processo e um novo posicionamento dos Estados-nação frente a essas mudanças.

Por conta dessas transformações, os países vêm passando por diversas mudanças em suas configurações e, em especial, na sua relação com a educação (MANCIBO, 2008).

Ball (2001) afirma que, como consequência desse processo, estamos passando por um processo de criação de um novo paradigma para as relações do governo com a educação. O autor destaca a preocupação com os rumos que a educação vem tomando, em um processo de diminuição do papel do Estado-nação e subordinação dos campos econômico, social e educativo pela competitividade e consequente perda dos ideais sociais da educação.

Sob esse aspecto, a educação está sendo direcionada pela lucratividade, seguindo a lógica do mercado, e tendo como exemplo as orientações da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para o “novo paradigma da gestão pública” traduzidas na forma do mercado. Nesse processo, a ênfase centra-se na motivação pessoal, através da competitividade e da busca pela vantagem e na gestão, colocando em destaque o papel do gestor na busca dos objetivos a serem atingidos, mediante avaliação de suas ações e na performatividade. Dessa forma, busca-se medir a produtividade, representando a qualidade e o valor da pessoa ou de um grupo na área da avaliação (BALL, 2001, p.103).

Para os espaços geopolíticos a educação superior é entendida como “motor crítico” para o desenvolvimento e a competitividade nacional e regional dentro da economia global (ROBERTSON, 2009). A autora aponta como a União Européia vem desenhando seu ensino superior através do Processo de Bolonha, que representa um profundo investimento nesse setor, remodelando-o a ponto de torná-lo suficientemente forte e competitivo, dando-lhe destaque internacional a ponto de influenciar outros lugares no mundo.

Nesse processo de globalização, Boaventura de Souza Santos (2002) aponta que enquanto o Estado-nação vem perdendo sua posição central de ordem econômica, social e política, novos arranjos entre as grandes potências vêm se desenhando, como por exemplo, a União Européia (UE), o Tratado Norte-Americano de Livre Comércio (NAFTA) e o Mercado Comum do Sul (Mercosul). Essas novas configurações criam espaços articulados entre os países que possibilitam a cooperação e a integração regionais e propiciam a formulação de acordos políticos interestatais.

Na América Latina, segundo Casassus (2001), ocorreram importantes processos de reformas da educação no âmbito da globalização, iniciando com a Conferência Mundial de Educação para Todos, em Jomtien, Tailândia, em 1990. Além desse, outros encontros internacionais ocorreram e, em um balanço geral, trazem como compromissos: utilizar a educação e o conhecimento como alavancas para o desenvolvimento econômico e social, implementar mudanças na gestão educacional e melhorar a questão da qualidade através de intervenções nos níveis macro e micro. O autor aponta que, em nível macro, as reformas trazem propostas similares nos países, mas ao serem desenvolvidas em nível local, há heterogeneidade nas ações de acordo com cada governo.

Esse fato dificulta os acordos do Mercosul no âmbito da educação, que vem sendo tema constante nos protocolos de intenções, possibilitando, inclusive, a criação do Mercosul Educacional ou Setor Educacional do Mercosul (SEM) (REAL, 2010), embora suas ações ainda não tenham trazido contribuições efetivas, estando ainda atreladas ao âmbito econômico (GOIN, 2008; CABRAL, 2007).

Nesse contexto de mudanças, Gonçalves (2005) destaca o papel da governança em todos os níveis nas discussões acerca das novas relações estabelecidas entre os indivíduos, organizações, empresas e o próprio Estado.

Rosenau (2000) afirma que a governança difere de governo, sendo aquela mais ampla do que este, pois, embora envolva instituições governamentais, abrange também mecanismos informais, não governamentais, que levam as pessoas e grupos organizados na sociedade a uma determinada conduta, que satisfaça e atenda às suas necessidades, possibilitando uma forma de interlocução do Estado com esses atores. Azevedo e Anastasia (2002) concluem que

[...] a maior ou menor capacidade de governança depende, por um lado da possibilidade de criação de canais institucionalizados, legítimos e eficientes; de mobilização e envolvimento da comunidade na elaboração e implementação de

políticas e, por outro, da capacidade operacional da burocracia governamental, seja nas atividades de atuação direta, seja naquelas relacionadas à regulação das políticas públicas (AZEVEDO; ANASTASIA, 2002, p. 81).

As profundas mudanças ocorridas no setor educacional colocaram a governança como um relevante elemento na política e na pesquisa educacional. Essas transformações referem-se aos “[...] instrumentos e os meios de direcionamento, as novas formas de proporcionar e organizar os serviços educacionais e o surgimento de novos atores na política educacional” (AMOS, 2010, p. 25). Da mesma forma, a governança também desenvolve papel ativo na saúde e nas pesquisas nessa área, haja vista as importantes mudanças ocorridas no setor da saúde desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, buscando novas configurações dos sistemas para garantir saúde para todos, nos quais estão inseridos diversos atores, como o Estado e setores da sociedade.

A adesão de países ao modelo de saúde voltado para a atenção primária<sup>19</sup> modificou o mundo do trabalho para os profissionais da área em questão, em especial, o enfermeiro.

Destaca-se que as mudanças ocorridas no campo do trabalho atingiram o perfil dos profissionais como um todo. Deitos (2008) aponta que a partir de meados dos anos de 1970, com a crise do modelo de produção taylorista/fordista, surge uma nova orientação com o objetivo de flexibilização no uso do trabalho, adequando a força de trabalho por meio de uma nova forma de organização dessa produção. Esse novo processo necessitava de um novo profissional, dotado de características específicas, como flexibilidade, polivalência, comunicação, habilidade para o trabalho em equipe, criatividade, responsabilidade, entre outros, capaz de garantir um espaço em um mundo globalizado, mais competitivo.

Organismos internacionais, como a UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) também apontam para a formação de um profissional que seja capaz de unir habilidades a uma “combinação de aptidões” (CATANI; OLIVEIRA, 2000).

O Relatório Dellors (1996) aponta que na atual configuração mundial, a educação deve direcionar-se para a transmissão de conhecimentos que capacitem o indivíduo sobre os saberes e o saber-fazer evolutivos, sendo estes os alicerces para as novas competências. O

---

<sup>19</sup> A atenção básica ou atenção primária em saúde é entendida pelas políticas de saúde brasileiras como tendo o mesmo significado. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica “[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual ou coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2007a, p.22).

documento ressalta a importância de aproveitar, em todos os momentos da vida, oportunidades para aumentar os conhecimentos, que se embasam em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser, em uma relação intrínseca entre eles.

Observa-se em todas essas orientações a idéia de produtividade, em um ritmo acelerado, voltado aos interesses do mercado, no qual a educação é posicionada apenas como uma ferramenta para a formação do profissional ideal ao atender aos interesses do mundo do trabalho, descaracterizando o processo educativo de seus valores éticos, de seu compromisso na formação de cidadãos mais conscientes e comprometidos com as questões políticas e sociais.

A Conferência Mundial sobre o Ensino Superior de 1998, realizada em Paris, destacou a necessidade de os Estados comprometerem-se com a educação superior através da garantia de políticas públicas. Ressaltou, também, a importância do estreitamento das relações das IESs com o mundo do trabalho na formação de novos profissionais, capacitando-os a tornarem-se agentes de transformação social, além de uma revisão curricular que objetive uma maior aproximação com as práticas laborais. Além de priorizar a formação centrada na prática, a Conferência destacou a ênfase nas competências gerais e na flexibilidade, buscando a formação de um profissional inovador, criativo, apto ao trabalho em equipe, empreendedor, responsável, comunicativo, tendo o desejo de aprender ao longo da vida (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE O ENSINO SUPERIOR, 1999).

Corroborando esses princípios houve a realização da II Conferência Mundial sobre Ensino Superior, ocorrida, também, em Paris, dez anos depois da primeira Conferência, ou seja realizada em abril de 2009, com o propósito de avaliar o cenário da educação superior após a definição das metas mundiais. Pode-se observar que o Relatório da Conferência de 2009 reforçou a questão da expansão do acesso, indicando que deva ocorrer acompanhada da qualidade no ensino. Incentivou a formação em uma perspectiva interdisciplinar, estimulando o pensamento crítico e a cidadania ativa, além de fomentar a educação à distância e as tecnologias de informação e comunicação. E, utilizando-se da justificativa referente às dificuldades de financiamento, incitou a solução para esse problema através das parcerias público-privadas (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE ENSINO SUPERIOR, 2009).

Os documentos produzidos pelas Conferências apontam o que é discutido por Camargo e Maués (2008), as consequências que a globalização e o neoliberalismo trouxeram

para a área educacional, concentrando-se nos currículos, sob uma nova concepção de educação. No texto, as autoras dirigiam-se aos cursos de formação de professores, mas constatou-se, por meio das transformações curriculares sofridas pelos cursos de Enfermagem, em especial a partir dos anos de 1990, que esse processo vem se constituindo norteador para essa área também.

Uma vez que as políticas internacionais ganham força por meio da influência da globalização e do movimento de governança, o setor empregatício para os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, também passou por uma grande transformação no Brasil.

O governo brasileiro agiu para adaptar-se a uma política de saúde que investisse em promoção e prevenção, fruto de embates internos de diversos setores da sociedade, culminando com a criação do SUS, e que por meio das ESFs propiciaram destaque para o papel da atenção básica, e a uma política de educação superior que formasse um profissional enfermeiro capacitado para atuar nessa área.

É esse movimento, do externo e do interno, que Ball (2001) afirma que as políticas nacionais são resultado de influências externas que são reajustadas, retrabalhadas e aperfeiçoadas para o âmbito interno de cada país, em um movimento de recontextualização complexo e interdependente, relacionando o global e o local, entre o macro e o micro.

Dessa forma, o Estado brasileiro procura regular a educação superior do enfermeiro e o mercado de trabalho deste por meio de ações políticas articuladas entre os Ministérios da Educação e da Saúde na formação de um enfermeiro que atenda às novas necessidades desse setor, apontadas pela nova ordem mundial.

Como descrito neste capítulo, essa regulação, na educação superior, em especial a partir da segunda metade da década de 1990, foi marcada pela ótica privatista, cuja inserção de atores das diversas áreas da sociedade foi observada, tendo o ensino superior em Enfermagem também sofrido essas influências (DOURADO, OLIVEIRA, CATANI, 2003).

Entende-se que a elaboração das políticas de educação e saúde brasileiras sofre influência do processo de globalização, assim como o da governança, envolvendo diversos atores que influenciam desde sua formulação até seu desenvolvimento. Em especial, na formação de políticas voltadas para o ensino superior em Enfermagem, o presente trabalho demonstrará como vem se dando esse processo, através das mudanças curriculares, acompanhando as alterações do mercado de trabalho para esse profissional e da consequente expansão dos cursos no país.

As relações estabelecidas entre os diversos atores no cenário político educacional se dão por meio da conformação política adotada pelo país, representada pelo federalismo. Dessa forma, entende-se que para melhor compreensão das movimentações ocorridas nesse contexto, deve-se realizar uma breve abordagem do federalismo brasileiro.

### **3. O federalismo brasileiro e sua relação com as políticas públicas**

Entende-se que sendo a UEMS uma instituição vinculada ao sistema educacional estadual, articulando-se com o sistema federal, o pano de fundo para o desenvolvimento dessa relação encontra-se pautado no sistema federativo brasileiro.

Para compreensão da organização federativa brasileira, o presente trabalho respalda-se, em especial, em Abrucio e Costa (1998), que entendem o federalismo como uma eficiente resolução democrática, para as disputas políticas entre os níveis de governo. O federalismo originou-se nos Estados Unidos da América, a partir das ideias de Madison, Hamilton e Jay que, segundo os autores, propunham-se a elaborar uma “nova nação” que mantivesse o equilíbrio entre seus estados e um governo federal, reconhecido como o responsável pela criação de regras comuns a todo o país, mas mantendo a liberdade característica das ex-colônias. No Brasil, houve o contrário, partiu-se de um modelo centralizado e unitário para a descentralização.

Segundo Costa (2007, p. 211), o federalismo pode ser designado dentro de uma concepção mais conservadora como “[...] uma forma de organização política que centraliza, em parte, o poder num Estado resultante da união de unidades políticas preexistentes que não aceitam ser dissolvidas num Estado unitário” ou, conforme é mais entendido atualmente, como uma “[...] forma de descentralizar o poder em estados centralizados”.

Abrucio (2005) destaca que a organização federalista no Brasil, atualmente, é uma das mais ricas e complexas no mundo, embora seu desenvolvimento seja diferenciado em cada país, devido às condições históricas, organizações sociais e institucionais. Esse mesmo autor explica que para a formação de uma federação é necessária a existência de características heterogêneas dentro da nação, sejam elas de caráter territorial, linguístico, étnico, socioeconômico, cultural ou político. Em países que apresentam essas diferenças torna-se



difícil o equilíbrio dentro de uma unidade nacional única. Além disso, é imprescindível a defesa de uma unidade dentro dessas heterogeneidades, mantendo a autonomia local, mas respeitando a unidade nacional. Assim, o federalismo tem como características marcantes a presença da autonomia dos governos locais, mas com a manutenção da soberania do governo central, o governo federal (ABRUCIO, 2001).

Diante dessa disposição, pode-se questionar como se desenvolve a elaboração, a implementação e a avaliação das políticas de educação e de saúde, tendo em vista a autonomia garantida aos governos estaduais.

Abrucio (2005) afirma que no novo federalismo brasileiro, que vem se configurando a partir dos anos de 1980, com consequências nos anos de 1990, tem como característica a existência de dois fenômenos: o primeiro é o desenvolvimento de um amplo processo de descentralização política e financeira, o segundo é a formação de um federalismo estadualista e predatório. Estadualista porque o “pêndulo federativo” voltou-se para os estados em termos financeiros e políticos, até 1994, com o início do Plano Real, e predatório, porque entre os estados e entre estes e o Governo Federal, estabeleceu-se uma competição, não havendo um vínculo de cooperação entre eles.

Nesse sentido, referindo-se à trajetória das políticas sociais brasileiras, Arretche (2004) indica que, após o fim do regime militar, somente o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) alcançou algum sucesso na indução de decisões dos governos locais. Especificamente nesse governo, pode-se citar como exemplo um novo modelo de avaliação do ensino superior após 1995, bem como a consolidação do Sistema Único de Saúde que se fez em toda a década de 1990.

Cumprir lembrar que numa organização democrática com características consociativas, o equilíbrio do governo central está ligado ao apoio dos políticos subnacionais<sup>20</sup>, que podem apoiar ou vetar políticas públicas, incluindo aquelas que são nacionais (SOUZA, 2001). Entretanto, o que se observou foi uma aderência quase completa dos sistemas estaduais de ensino às orientações do sistema federal, com pequenas exceções como foi o caso do sistema paulista<sup>21</sup> (RANIERI, 2000).

Observa-se que algumas IESs estaduais, entre elas a UEMS, acatam as determinações

---

<sup>20</sup> O termo subnacional refere-se aos entes federativos que constituem a República Federativa do Brasil, sendo utilizado por autores como Souza (2001), Arretche (2004) e Abrucio (2005).

<sup>21</sup> Temos exemplos de IESs estaduais que não se sujeitaram ao processo avaliativo do governo federal, fechando as portas de sua instituição para essa avaliação, como a USP e a UNICAMP.

do sistema federal, subordinando-se a ele. Sendo uma IESs estadual e considerando a autonomia e flexibilidade possibilitadas pelo sistema federativo, a UEMS não necessariamente precisaria aderir ao processo avaliativo federal. Entende-se que o processo avaliativo do governo federal abrange as IESs diretamente subordinadas a ele, ou seja, as IESs federais e as privadas.

Dada a influência do federalismo dentro da reforma do Estado, suas características específicas são de suma importância para um estudo dos programas sociais implementados pelos governos. Assim, ao estudar os impactos de um dado programa social em um governo local e/ou regional, Abrucio e Costa (1998) destacam duas razões para que se atente a essas características específicas:

Em primeiro lugar, pela grande desigualdade na distribuição espacial das atividades econômicas e da renda entre as Regiões que compõem a Federação, e, portanto, uma acentuada diferença de capacidade tributária entre municípios do Centro-Sul e os do Norte-Nordeste, que se reflete no baixo grau de autonomia financeira e capacidade administrativa dos governos municipais dessas últimas Regiões. Em segundo lugar, dentro de cada Região, há uma grande concentração de recursos financeiros e humanos nas regiões metropolitanas em contraste com a escassez relativa (ou absoluta) desses recursos nos municípios do interior. Não é difícil perceber como esses fatores têm influência direta na configuração e viabilidade dos programas sociais descentralizados. Enfim, a maior ou menor dependência – financeira, política e administrativa – dos governos locais frente aos governos estadual e federal será um importante fator de ponderação da viabilidade da descentralização de políticas assistenciais como as que são analisadas neste item (ABRUCIO; COSTA, 1998, p. 110).

Ciente desses condicionantes econômicos estaduais na arena de disputas, o governo federal vem se utilizando de uma estratégia fundamental para a indução das políticas pelo componente estadual: condicionar o repasse de recursos financeiros à adesão das políticas propostas, como no caso do Sistema Único de Saúde.

Abrucio e Costa (1998) utilizam-se, inclusive, do modelo de repasse financeiro dentro do SUS para exemplificar a coordenação federativa, pois os autores a apontam como um ponto frágil nesse processo. O Piso de Atenção Básica (PAB) configura-se como um meio de repasse financeiro fundo a fundo do governo federal aos governos municipais, mediante a adesão a política direcionada pelo nível nacional. Os autores destacam que é um modelo indutivo, mas que mantém a autonomia dos governos subnacionais no que se refere à gestão pública.

Esse modelo demonstra que a União assume o papel de formulação e financiamento da

política nacional de saúde. Assim, o Ministério da Saúde possui autoridade para a tomada das principais decisões nessa área, influenciando as políticas desenvolvidas pelos governos locais que, por sua vez, tornam-se dependentes das transferências federais e das normas definidas por esse setor (ARRETCHE, 2004).

A mesma autora coloca que:

A descentralização de encargos na política de saúde foi derivada do uso da autoridade financiadora e normatizadora do governo federal para obter adesão dos municípios a um dado objetivo de política. Condicionar – e garantir a efetividade das – transferências à adesão dos governos locais à agenda do governo federal revelou-se uma estratégia de forte poder de indução sobre as escolhas dos primeiros. Reduzida a incerteza sobre a regularidade na obtenção de recursos, aumentou a disposição para assumir a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde (ARRETCHE, 2004, p. 24).

Rizzotto (2000) lembra que o processo de descentralização vem acompanhando a crise do Estado-nação, sendo utilizado como uma ferramenta para diminuição da pressão e da demanda do Estado. A autora ressalta que embora a descentralização tenha propiciado experiências contra-hegemônicas em alguns municípios (dado o poder local adquirido), ela possibilita um desenvolvimento diferenciado dentro de um sistema que é proposto como único em nível nacional. A autora ainda destaca que as reformas implementadas na área da saúde no governo FHC foram consoantes as reformas do Estado, seguindo uma lógica de mercado que envolvesse prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, bem como o enxugamento nesse setor, assim como o ocorrido na educação superior.

Outro obstáculo enfrentado pelas políticas sociais no Brasil é a baixa capacidade de planejamento e avaliação das ações pelo governo local e a falta de articulação entre os níveis de governos, necessária para o pleno desenvolvimento das propostas (ABRUCIO; COSTA, 1998).

Dessa forma, observa-se que a política de avaliação do ensino superior conduzida pelo governo federal, ressignificada em 1995, adquire nova configuração no governo Lula (2003-2010) e, conforme já demonstrado anteriormente, vem sendo norteadora para a avaliação desse nível de ensino tanto nas IESs federais como nas estaduais.

O peso de um processo avaliativo não é tão explícito nas Instituições de Saúde, entretanto, as equipes de Saúde da Família trabalham de acordo com metas de serviços prestados preestabelecidas e pactuadas entre os níveis de gestão. O município responsabiliza-

se pelo cumprimento dessas metas, prestando contas ao nível estadual e este ao federal, sob um processo de monitoramento (DATASUS, 2010c). E o repasse financeiro em questão está condicionado à alimentação desse sistema de informações, denominado Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB.

Para Marques (1997), na análise neoinstitucionalista, as instituições influenciam de diversas formas a arena política, mas em especial, destaca-se seu poder regulatório entre as estratégias dos atores e determinadas políticas a serem implementadas.

A presença e a configuração das instituições possibilitam que demandas semelhantes advindas de atores com poder similar resultem em situações diversas. Isso demonstra que, de acordo com a postura e a condução políticas adotadas pelas instituições, haverá resultados diferentes para uma mesma situação (MARQUES, 1997).

Em especial, a estreita relação entre a estrutura da organização dos demandantes por políticas públicas e a forma como estão organizadas as instituições (temática e espacialmente), define, em grande parte, as chances de vitória e mesmo as possibilidades de crescimento na mobilização (MARQUES, 1997, p. 83)

Dessa forma, observa-se que a estratégia utilizada pelo Estado para as negociações com os demais atores, sejam eles os entes federativos, no caso da política de saúde, sejam eles as IESs, no caso da educação superior, nesses casos, está respaldada no condicionante econômico. Sendo representado por meio do financiamento das ações pela adesão e implementação das ações propostas, ou por meio de processos avaliativos, o poder baseia-se na coerção elaborada pelos atores estatais, que nesse caso, foi fundamentada no componente financeiro.

Enfim, além de dificuldades de caráter político-institucional e administrativo, a descentralização das políticas sociais brasileiras, em especial as de educação e de saúde, ainda enfrenta obstáculos de natureza econômica e social (ABRUCIO, COSTA, 1998).

É nesse cenário cheio de embates políticos que se dá a expansão dos cursos de Enfermagem no Brasil, assim como a confluência das políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro.

#### **4. As transformações na educação superior brasileira e sua relação com a formação do enfermeiro**

Boaventura de Souza Santos (2002) chama a atenção para o fato de que as nações periféricas e semiperiféricas são os maiores alvos das propostas de cunho neoliberal desenvolvidas pelos organismos internacionais, uma vez que esses países necessitam das renegociações da dívida externa ofertadas pelas agências internacionais, que negociam seu apoio condicionado a uma série de programas de adequação estrutural para os países.

Na construção dessa nova ordem social regida pelos organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a OCDE, os países da América Latina tiveram que se adaptar a esse novo modelo a partir da década de 1990, quando a economia tornou-se o centro gravitacional do sistema. Nesse sentido, a educação superior também sofreu imposições e passou por transformações para atender às novas necessidades do mercado (DIAS SOBRINHO, 2003).

Desconstruindo a imagem criada em torno de si, e demonstrando quais são seus verdadeiros conceitos, o Banco Mundial traz as seguintes orientações para o ensino superior: privatização; incentivo às novas formas de regulação e gestão das instituições públicas, possibilitando através de meios jurídico-institucionais a busca de investimentos de recursos privados; destinação de recursos públicos para instituições privadas; novas organizações das instituições, através da diversificação, possibilitando o crescimento de instituições que não sejam universidades; erradicação dos custeios com políticas compensatórias, como auxílio moradia (DOURADO, 2002); afirmação de que as universidades de pesquisa, do tipo neo-humboldtiana (ensino-pesquisa e extensão), não seriam adequadas para os países em desenvolvimento, aconselhando-os a incentivarem a universidade de ensino, ou seja, sem pesquisa (SGUISSARDI, 2008).

Essas “orientações” direcionadas aos países em desenvolvimento são lançadas em um momento em que esses países passam por mudanças estruturais, influenciados pelos efeitos da globalização-mundialização da economia sob a égide do neoliberalismo, buscando o difícil equilíbrio entre as pressões externas e as necessidades internas.

Cumprir destacar, que as orientações dos organismos internacionais em que o Estado garanta somente a educação básica, privatizando o ensino superior, tem como alvo a população consumidora dos bens e serviços que necessitem de um mínimo de conhecimento

para seu manuseio, estimulando-lhe a aquisição, assim como se faz necessário certo grau de instrução para adesão às ações de saúde que visam à diminuição da morbi-mortalidade, inclusive ações de educação e saúde em parceria contra a pobreza (RODRIGUES, 2005).

Boaventura de Souza Santos (2008) aponta a perda da prioridade das políticas públicas pelo Estado, entre elas a da educação superior pública, como consequência do neoliberalismo ou globalização neoliberal. No meio universitário, a justificativa de que a crise era insuperável, legitimou a exploração comercial, ocasionando a mercadorização da universidade.

No Brasil, a mudança do perfil do Estado intervencionista, ancorado pelo estímulo dos neoliberais, deve-se ao argumento de que esse mesmo Estado deve recuar em suas ações referentes às políticas sociais, em nome do desenvolvimento econômico a partir da sua reforma. Esse perfil vem sendo pautado pelo discurso ideológico da modernização e da racionalização do Estado (DOURADO, 2002), o que traz consequências para o setor educacional, como um todo, em especial à educação superior.

Catani e Oliveira (2000) afirmam que nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), a reforma na educação superior foi promovida pelo Estado, sendo o Ministério da Educação e do Desporto (MEC) e o extinto Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) os principais responsáveis pela articulação desse processo. A proposta para a educação era marcada pelo seu caráter econômico atrelado ao embasamento do novo desenvolvimento almejado, assim, as IESs públicas foram submetidas a uma série de medidas econômicas, com restrição de recursos para sua manutenção e desenvolvimento, enquanto as instituições privadas foram contempladas com uma série de incentivos, propiciando a sua multiplicação (DOURADO, 2002; CUNHA, 2004; MICHELOTTO, COELHO, ZAINKO, 2006).

Essa postura governamental, para o neoinstitucionalismo, no estabelecimento de políticas públicas de longo prazo, diferentes daquelas solicitadas ao Estado por atores e grupos de interesse, é realizada por grupos de funcionários estatais, que de certa forma estão afastados dos interesses sociais. Esses funcionários desenvolvem um papel intelectual, na perspectiva gramsciana, com base não somente na força e coerção, mas também em um projeto global, por meio da realização de diagnóstico a respeito dos problemas sociais e a elaboração de estratégias para sua resolução (MARQUES, 1997).

Em 1995 havia 894 instituições de ensino superior no país, sendo 210 públicas e 684

privadas. Ao final do governo FHC, observa-se uma redução das IESs públicas para um total de 195, enquanto as instituições privadas aumentaram para 1.442, tendo um crescimento acima de 100% (INEP, 2010c). Esse crescimento, segundo a literatura da área, não foi acompanhado pela evolução da qualidade do ensino, o que gerou, por outro lado, a massificação e mercadorização da educação superior com sua consequente precarização (CUNHA, 2003; CATANI; OLIVEIRA, 2002; SILVA JUNIOR; SGUISSARDI, 2001; GOERGEN, 2010).

A expansão do ensino superior privatizado possibilitou o ingresso nesse nível de ensino a pessoas de muitas regiões do país. Entretanto, esse processo ocorreu sem a qualidade necessária, utilizando-se de corpo docente sem a qualificação prevista e sem a infraestrutura mínima para o suporte dos cursos. Além do que, a maioria das IESs privadas dedica-se apenas ao ensino, não realizando pesquisa e extensão (MICHELOTTO, COELHO, ZAINKO, 2006).

Nesse sentido, a expansão dos cursos de Enfermagem também foi pautada pelo viés da privatização, conforme dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2010c), na confluência das políticas de educação e de saúde.

Dourado (2002), citando o discurso do ex-presidente FHC, aponta o direcionamento do governo brasileiro ao encontro das novas tendências neoliberais de configuração do Estado, nas quais a educação, a saúde, a cultura e a pesquisa científica são entendidas como não sendo de oferta exclusiva pelo Estado, possibilitando que esses setores entrem no rol das privatizações. O ensino superior, em especial, foi atingido pelo enxugamento da máquina estatal e pela mercantilização do conhecimento.

Em meio a esse intenso processo de transformações mundiais, no qual a economia e a política adquirem novas leituras sob a influência da globalização, o governo brasileiro sanciona a Lei Nº 9.394, em 20/12/1996, a chamada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que, entre outros aspectos, propiciou o desenvolvimento das IESs, inclusive por meio da avaliação<sup>22</sup> (BRASIL, 1996).

Também fornecendo subsídios para em um contexto pós-LDB, por meio do Decreto

---

<sup>22</sup> Nesse sentido ver art. 46 da Lei que informa: “Art. 46. A autorização e o reconhecimento de cursos, bem como o credenciamento de instituições de educação superior, terão prazos limitados, sendo renovados, periodicamente, após processo regular de avaliação. § 1º Após um prazo para saneamento de deficiências eventualmente identificadas pela avaliação a que se refere este artigo, haverá reavaliação, que poderá resultar, conforme o caso, em desativação de cursos e habilitações, em intervenção na instituição, em suspensão temporária de prerrogativas da autonomia, ou em descredenciamento”.

Nº 2.306/97<sup>23</sup>, revogado pelo Decreto Nº 3.860/2001<sup>24</sup>, materializar-se a possibilidade de organização diferenciada para as instituições de educação superior, não tendo por base a indissociabilidade da pesquisa, ensino e extensão, mas podendo se constituir da seguinte forma: universidades; centros universitários; faculdades integradas; faculdades, institutos superiores ou escolas superiores. Essas medidas propiciaram a equiparação dos centros universitários às universidades em sua autonomia para a criação de novos cursos. A diversificação institucional tem sido apontada pela literatura da área (CUNHA, 2004; DOURADO, 2002; CATANI; OLIVEIRA, 2000) como uma das principais estratégias adotadas para a indução da expansão da educação superior.

Para Zanardini (2008) e Saviani (1997) a LDB de 1996 foi resultante de um processo que envolveu diversas concepções, desde a socialista, depois a social-democrata, e concluiu com um caráter conservador, em um texto “minimalista”. Os autores destacam que esse formato enxuto e genérico da lei favoreceu as aspirações de tendência neoliberais do governo, viabilizadas pelo MEC.

De acordo com Rodrigues (2005), ao mesmo tempo em que as políticas públicas voltadas para a educação superior lhe conferem certa flexibilidade, na qual o Estado assume um papel fiscalizador, gerenciador, esse mesmo Estado concentra em suas mãos o poder avaliador sobre as IESs, colocando-as em posição de ranqueamento. De fato, Real (2008) aponta que, a partir da gestão de FHC, a proposta de uma política para a interação entre os processos de planejamento e avaliação foi suspensa, e o foco foi direcionado para a questão da avaliação. A autora ainda destaca que essa ruptura se deu não apenas no âmbito governamental, mas também nas IESs que visualizaram o processo avaliativo como a peça-chave na gestão da qualidade.

Sguissardi (2008) afirma que o Decreto Nº 2.306/97 serviu como suporte para a mercantilização da educação superior brasileira. Fato é a organização de grandes redes de investimento, em especial os grupos estrangeiros, no mercado educacional brasileiro, episódio que, dentre os países em desenvolvimento, não é privilégio do Brasil. O autor aponta também que os organismos internacionais incentivam a privatização da educação superior e

---

<sup>23</sup> Regulamenta, para o Sistema Federal de Ensino, as disposições contidas no art. 10 da Medida Provisória Nº 1.477-39, de 8 de agosto de 1997, e nos arts. 16, 19, 20, 45, 46 e § 1º, 52, parágrafo único, 54 e 88 da LDB - Lei Nº 9.394/96.

<sup>24</sup> Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Revogado pelo Decreto Nº 5.773 de 2006 que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino.



influenciam as ações voltadas para esse setor.

No caso brasileiro, Rodrigues (2005) destaca que as políticas sociais foram as mais atingidas pelo ideário neoliberal na década de 1990, em particular a educação e a saúde, sob a regência dos organismos internacionais financiadores e com a anuência do governo.

Os governos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010) vêm buscando uma nova configuração da educação superior brasileira, ao retomar o incentivo às IESs federais. Podemos citar como exemplo o Programa Expandir e o REUNI.

Isso não significa que as IESs privadas perderam seus incentivos, mas, como apontado no capítulo anterior, por meio do número dos cursos de Enfermagem – que é reflexo do quadro geral da educação superior –, seu ritmo de crescimento sofreu uma desaceleração, embora o atual governo mantenha o FIES e tenha criado programas como o PROUNI, que privilegiam o setor privado (CATANI; HEY; GILIOLI, 2006).

Sguissardi (2008) aponta que a multiplicação dos campi de IESs federais, assim como o REUNI trarão importantes reflexos para a educação superior pública, mas não serão suficientes para mudar o quadro já instalado de predomínio das IESs privadas.

Pode-se afirmar que o governo Lula desencadeou ações especialmente voltadas para os cursos de graduação na área da saúde com o objetivo de direcioná-los para a atenção básica proposta pelo SUS, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) seu principal mecanismo de concretização.

Em 2003, ocorre a criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), responsável pela coordenação da Política de Educação Permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde que é proposta para os três níveis de governo, buscando o fortalecimento do SUS. Dessa forma, o DGES busca articular ações entre os Ministérios da Educação e de Saúde, além das entidades de classe e movimentos sociais em busca do cumprimento de seu objetivo de formar e desenvolver recursos humanos para o setor da saúde (BRASIL, 2010a).

Como exemplo, das responsabilidades do DGES, destacam-se a Política Nacional de Educação Permanente instituída pela Portaria Nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE).

Rodrigues e Caldeira (2008) ao citar, em especial, o Pró-Saúde, afirmam que o

objetivo do Ministério da Saúde é direcionar o ensino dos cursos de graduação em saúde (Enfermagem, Medicina e Odontologia - profissionais que compõem a equipe mínima das ESFs) para a atenção básica, tendo como foco as equipes de Saúde da Família, estabelecendo relações de proximidade entre o ensino e o serviço do SUS.

O PET-SAÚDE foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.802/08, é voltado para os estudantes da área da saúde, direcionando-os para a Estratégia Saúde da Família, sob a forma de tutoria e com concessão de bolsas de estudo (ANDRADE; BAGNATO, 2010).

As entidades representativas das classes profissionais também vêm se organizando para discutir as relações de mudança na formação dos recursos humanos na área da saúde. Andrade e Bagnato (2010) destacam o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde, no qual tiveram representatividade a ABEn, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), entre outros.

A educação superior, dentro da sociedade contemporânea que atravessa mudanças em sua estrutura, apontadas no início deste capítulo, do cenário de reorganização capitalista, vem se tornando o *locus* para a formação de profissionais, gerando tecnologias e inovações. Esses profissionais terão como finalidade servir ao mercado capitalista em expansão, tendo valor somente a universidade que se destina a esses interesses, perdendo o espaço de universidade como produtora de conhecimento (DOURADO, OLIVEIRA, CATANI, 2003).

Azevedo (2001, p. 60) aponta que a política educacional “[...] articula-se ao projeto de sociedade que se pretende implantar [...]”, referente à determinada época histórica ou à determinada conjuntura. A autora ressalta que esse projeto de sociedade é elaborado pelas forças sociais representativas, detentoras do poder de voz e decisão, que conseguem com que suas ideias ganhem respaldo pelo Estado e pela “máquina governamental”, materializando-se por meio de políticas ou programas.

Concorda-se com o pensamento de Severino (2008) quando ele destaca que a universidade pública brasileira vive um dilema: ou assume as características voltadas para o mercado ou as voltadas para a melhora da condição humana. O autor ainda afirma que a universidade deve sim preparar o cidadão para a profissão escolhida, capacitando-o com conhecimentos técnico-científicos, mas que nem por isso, deve deixar de lado sua função de despertar nesse indivíduo sua “consciência social”, colaborando com seu crescimento cultural.

Resgatando as ideias expostas no início deste texto, que apontam para as tendências

neoliberais da política externa, ficam claras as repercussões desta na política interna brasileira quando são analisadas as ações do governo direcionadas para a educação superior. Entretanto, como Azevedo (2001) destaca, uma política virá em resposta a um problema levantado no meio da sociedade, e para a escolha de uma solução voltada a uma determinada questão, colocará em cena os diversos setores e os grupos que compõem cada setor. A direção que será escolhida dependerá da influência e do poder de cada um desses grupos que, por sua vez, dependem da organização e da articulação desempenhadas pelos grupos.

Até aqui, pode-se observar como as políticas de educação superior, entre elas, as referentes ao curso de graduação em Enfermagem, vêm sendo traçadas ao longo do tempo no país. Mas para a compreensão, com maior profundidade, de como ocorre a relação da expansão dos cursos de Enfermagem desde os anos de 1990, as conseqüentes alterações na educação superior e a expansão do mercado de trabalho do enfermeiro, o próximo item versará a respeito da política de saúde brasileira.

## **5. A política de saúde e a formação de profissionais de saúde para o SUS: um enfoque no profissional enfermeiro**

Rizzotto (2000) denuncia que as orientações emanadas do Banco Mundial para o setor da saúde trazem em seu bojo, propostas radicais, que, se seguidas em sua totalidade, podem reduzir e até anular direitos conquistados. Entre eles, podem-se citar como exemplo os garantidos aos cidadãos brasileiros através da Constituição de 1988, considerando as fortes críticas dirigidas à política de saúde brasileira, em especial aos itens que garantem a gratuidade, universalidade de acesso e a participação popular.

Como será apresentado, as orientações do Banco Mundial não foram acatadas em sua totalidade e radicalidade pelas política pública de saúde no Brasil, mas suas influências são sentidas em ações do governo.

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) é um exemplo, destinado à profissionalização dos auxiliares de Enfermagem, foi implementado por meio de muitas escolas técnicas privadas, direcionando o capital público para a privatização desse ensino (RODRIGUES, 2005).

No entanto, também podemos citar a união dos Ministérios de Educação e de Saúde para a construção de uma formação técnica voltada para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com respaldo no Parecer No 19/2004, do Conselho Nacional de Educação que capacitou mais de 72 mil ACS em sua primeira etapa (REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS, 2006). O município de Dourados em parceria com o governo do estado de Mato Grosso do Sul aderiu a essa proposta, e o curso foi ministrado pelos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família, em locais cedidos pela comunidade, sob o custeio do governo federal. Entretanto, a capacitação dos ACS não recebeu continuidade em Mato Grosso do Sul, em suas duas etapas restantes, demonstrando o descomprometimento com a formação dos ACS.

O SUS foi criado com o objetivo de reorganização do modelo assistencial em saúde, procurando direcioná-lo para uma proposta que destacasse a prevenção e a promoção da saúde, e não somente a questão curativa, como era até então. O Programa de Saúde da Família (PSF), seguindo o processo de investimento na atenção básica através da descentralização dos serviços, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994 (BRASIL, 2000).

O PSF caracterizou-se pelo redirecionamento das práticas assistenciais na saúde, anteriormente centradas no modelo hospitalocêntrico, focado na doença, para uma concepção mais ampla do processo saúde/doença, direcionado para a família, com base nos princípios e diretrizes do SUS. A proposta exigia um atendimento multidisciplinar, ampliando o quadro e o número de profissionais integrantes à gestão básica; a equipe mínima agregava um enfermeiro, um médico, um auxiliar de Enfermagem e seis a sete agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2000), tornando-se o enfermeiro o seu coordenador.

Em 2006 é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica através da Portaria Nº 648/GM, de 28 de março, e o programa transforma-se em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006), reafirmando o encaminhamento da política de saúde nessa direção.

Segundo Rizzotto (2000), o Programa de Saúde da Família trouxe perspectivas positivas para a parcela populacional carente. Entretanto a autora denuncia, assim como Rodrigues (2008), o fato de que a forma como o SUS vem sendo implementado está comprometendo seu ideário inicial.

Bagnato e Rodrigues (2007) apontam que o sistema de saúde que vem se consolidando no país utiliza-se da racionalização sobre o custo/benefício das ações de saúde voltadas para um grande contingente populacional, focadas na atenção primária, desvirtuando os princípios

de integralidade e gratuidade propostos pelo SUS.

Grupos específicos da população, considerados como de risco, são atendidos por programas assistenciais, que, segundo as autoras, são destinados à camada pobre da população, pois se concentram na atenção primária à saúde, não estão garantindo a essa população, no mesmo ritmo, os serviços de níveis mais complexos (RIZZOTTO, 2000; RODRIGUES, 2008).

Ao mesmo tempo em que o governo investe na atenção básica, seguindo parcialmente os pressupostos da Reforma Sanitária e atendendo a interesses de governos subnacionais na garantia de recursos financeiros para os serviços primários de saúde de seus colégios eleitorais, propicia a expansão dos serviços de saúde privados, contemplando os interesses empresariais nacionais e internacionais (GERSCHMAN, SANTOS, 2006).

Além disso, a descentralização e a municipalização das ações de saúde propostas pelo SUS não foram acompanhadas do repasse financeiro adequado para o provimento dos serviços de saúde necessários aos municípios o que, segundo Rodrigues (2005), foi um fator de agravamento da situação da saúde.

Marques (1997) destaca a tênue linha que separa o Estado e a sociedade, na qual os Estados são realmente partes constituintes da sociedade, assim como as comunidades profissionais. “[...] Os setores da sociedade que circunscrevem políticas estatais não são naturais, mas produzidos socialmente” (p. 94). Dessa forma, os referenciais produzidos são decorrentes de embates, discussões entre vários atores, estatais e não-estatais, posicionados em diferentes pontos no cenário político, atendendo aos interesses não particulares, mas institucionais, historicamente construídos, de cada ator.

Os mediadores são ponto-chave nesse processo, uma vez que são eles que recebem a hegemonia dos setores, em uma dimensão intelectual gramsciana. Para Marques (1997), a Reforma Sanitária brasileira, ocorrida na década de 1980, é um exemplo de mediadores. No caso, o ator hegemônico foi um grupo de sanitaristas de origem estatal e acadêmica que, em um contexto social e político que abrangeu a redemocratização do país, por meio da Assembleia Constituinte, conseguiu a transformação e sua proposta política em referencial setorial. Entretanto, o autor destaca que nos anos que se seguiram à criação do SUS, houve a perda da força e essência da política de saúde proposta, por meio das transformações no referencial global influenciadas pelo neoliberalismo, e do crescimento de empresas contratadas e conveniadas para a prestação de serviços de responsabilidade do Estado.

Dessa forma, o governo concentra ações em âmbito primário de atendimento, com carência nos níveis secundários e terciários, que necessitam de maior investimento financeiro, ou seja, a chamada “ponta” dos serviços de saúde detecta os problemas, mas muitas vezes, estes ficam sem resolutividade, pois exigem maior complexidade de recursos para sua solução. Fato que gera insatisfação e indignação para os profissionais de saúde e a população atendida.

Rodrigues (2005) também chama a atenção para a forma com que a privatização vem se desenhando na área da saúde, através do incentivo aos planos de saúde e a privatização no interior dos serviços, o que a autora destaca que vem sendo chamado de “modernização gerencial”.

Em meio às mudanças ocorridas na educação, na saúde e no mundo do trabalho, em resposta às pressões externas e repercussões internas, o governo brasileiro voltou-se para a confluência das políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro.

Cumprir destacar que a Constituição de 1988, em seu artigo 200, inciso III, traz como uma das atribuições do SUS a ordenação da formação de recursos humanos para o sistema. Nesse sentido, a Lei Nº 8.080/90 afirma a necessidade da articulação entre os níveis de governo para o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1986), realizada em parceria com o Ministério da Educação, da Previdência e Assistência Social e com a Organização Pan-Americana da Saúde, já trazia em seus relatórios a orientação da formação de um profissional da saúde voltado para o atendimento real das necessidades de saúde da população, competente para desenvolver ações nos níveis primário, secundário e terciário de atendimento<sup>25</sup>. O próprio relatório aponta a relação estabelecida entre o perfil dos profissionais com o mercado de trabalho, e acena que, num futuro breve, as modificações trazidas pelo SUS influenciariam a formação dos profissionais.

Pierantoni e Machado (1993) afirmam que os currículos da área da saúde nesse período não contemplavam o trabalho em equipes multidisciplinares, o que transformava a equipe de saúde em uma retórica.

---

<sup>25</sup> O nível primário de atendimento, também denominado atenção primária ou atenção básica, é a porta de entrada do usuário no SUS, e é desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde. As ações das ESFs desenvolvem-se nesse nível de atenção nas Unidades Básicas de Saúde da Família. O nível secundário é responsável por atender às demandas mais complexas, que não puderam ser resolvidas nas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde da Família, abrangendo o atendimento de especialidades, e o nível terciário é caracterizado por serviços especializados, com uso de maior tecnologia, voltado para situações de maior gravidade.

Assim, em 1994 o currículo dos cursos de Enfermagem foi reformulado, com o retorno dos conteúdos referentes à saúde pública. Entretanto, as mudanças descritas no capítulo anterior, não foram suficientes para a adequação da formação do enfermeiro às novas necessidades do setor da saúde, direcionadas pelo SUS. Dessa forma, as políticas de educação e de saúde estabeleceram maior parceria no desenvolvimento de estratégias para a mudança desse quadro.

A reforma curricular, iniciada em 1997 pelo Edital Nº 4, de 4 de dezembro de 1997, é embasada pelo Parecer Nº 776/1997, aprovado em 03/12/1997 pelo CNE, que traz as orientações para a eliminação dos currículos mínimos, estimulando a flexibilização curricular, que inclui, entre outros itens, a utilização de habilidades e competências adquiridas. Resultado da influência das transformações internacionais no mundo do trabalho, o “ideário da flexibilização curricular” traz como consequência a mudança nos perfis profissionais, elegendo como ideal o profissional multicompetente (CATANI; OLIVEIRA, 2000).

Bagnato e Rodrigues (2007) alertam para o fato da inclusão dessas propostas nas DCENF de 2001, como a pedagogia do aprender a aprender, a formação de um profissional flexível e adaptável. As autoras ressaltam que as orientações dos organismos internacionais, como a UNESCO e a Organização Mundial de Saúde (OMS), parecem secundarizar a proposta de uma graduação voltada para os princípios e diretrizes do SUS, destacando esse “modelo” de ensino, o que demonstra o embate entre as influências externas e internas na formulação da política de formação de recursos humanos em saúde.

O Parecer CNE/CES Nº 1.133/2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, pautando-se nas orientações do Relatório Dellors (1996), afirma que o objetivo das diretrizes é “[...] 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” (BRASIL, 2001b, p. 134). Dessa forma, a política de educação brasileira assume os compromissos emanados dos organismos internacionais, em um movimento de recontextualização, apontado por Ball (2001), direcionando a educação superior na formação do enfermeiro.

De acordo com as DCENF, o novo profissional enfermeiro deverá ser multicompetente: uma combinação de competências e habilidades voltadas à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

O Parágrafo Único do artigo 5º do documento, afirma que “a formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001a, p. 39).

Formar profissionais voltados para o SUS, em especial por meio das Equipes de Saúde da Família, é entendido por Rodrigues (2005) como positivo, uma vez que se faz consoante as orientações iniciais do sistema, que indicavam a integralidade da assistência, sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado, de acordo com a legislação vigente. Além do que se direciona na contramão da formação de profissionais voltados para o setor hospitalar e de ações curativas, ainda fortemente presentes.

É na ESF que, a partir dos anos de 1990, observa-se um grande crescimento na incorporação de profissionais enfermeiros, ou seja, voltados para a atenção primária em saúde (RODRIGUES, 2008).

As políticas de educação e de saúde, nesse contexto, constroem objetivos articulados para a formação do enfermeiro, que passam a ser compartilhados pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Destaca-se que o próprio Ministério da Saúde (CONASS, 2006) chama a atenção para o fato de que os profissionais da área não recebiam em suas formações acadêmicas o conjunto de habilidades profissionais referentes ao desenvolvimento das ações de saúde no âmbito das instituições públicas. Com a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais, implantadas a partir de 2001, os cursos de graduação, entre eles o de Enfermagem, necessitam atender às especificidades requeridas pela política de saúde, sob pena de não terem seus cursos autorizados ou reconhecidos.

É possível observar em todo esse processo, as influências internas e externas sofridas pelo país, seguindo as tendências apontadas pela política externa, com “adaptações” para o caso brasileiro, privilegiando a ótica do mercado sob a orientação do neoliberalismo (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008; MICHELOTTO; COELHO; ZAINKO, 2006).

Destaca-se a busca na qualidade da educação superior, que vem sendo implementada e revista pelos governos vigentes, bem como o investimento na atenção básica no plano da saúde, objetivando a diminuição de custos hospitalares com pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou infecto-contagiosas. Como ferramenta para o alcance desses objetivos, observou-se o aumento do número de ESFs, com conseqüente aumento no número de enfermeiros no mundo do trabalho, em um crescimento proporcional de 228,88% de



equipes cadastradas no período de março de 2001 a junho de 2010 (DAB, 2010a), cenário participante da parceria estabelecida entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

Não se refuta o fato de que o pano de fundo para os movimentos observados nas políticas de educação e de saúde no Brasil é a ótica neoliberal de mercado. No entanto, não somente as questões de ordem econômica estabelecem o rumo das políticas, mas também as relações estabelecidas entre os diversos atores do cenário são importantes para a compreensão delas.

A análise das políticas não se atém apenas ao Estado e suas instituições, é importante a análise da história, da posição política e de poder das instituições e dos atores estatais com relação às condições sociais, políticas e econômicas. Dessa forma, o foco da análise deve centrar-se nas interações entre as posições e os recursos dos atores estatais e não estatais, representando as articulações entre Estado e sociedade (MARQUES, 1997).

Esses atores trazem consigo as suas representações sociais, gerando o referencial normativo daquele setor. E dessa forma, a política educacional voltada para a graduação em Enfermagem vem se constituindo, pode-se citar como exemplo, a participação de vários atores no processo de formulação das DCENF.

Observa-se que as medidas voltadas para o mercado tiveram maior rapidez e liberdade de evolução na área da educação superior, delineando muitas ações propostas para esse setor. Entretanto, o Brasil ainda procura garantir ensino público das séries iniciais até o nível de pós-graduação e vem, no governo atual, elencando ações no sentido de colaborar com as IESs federais. No setor da saúde, o processo de privatização vem se dando de forma não tão direta, mas temos como exemplo, os planos privados de saúde e a criação de programas como a Farmácia Popular do Brasil<sup>26</sup>.

Apesar das duras críticas sofridas por organismos internacionais financiadores, os governos brasileiros vêm mantendo a gratuidade de atenção à saúde em todos os níveis de governo, bem como a participação popular garantida nos Conselhos de Saúde e o investimento na atenção primária, na qual o antigo ditado popular: “melhor prevenir do que remediar” ganha *status* de sabedoria.

Diante das ações aqui relatadas, pode-se inferir que a formação do enfermeiro voltada

---

<sup>26</sup> O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em junho de 2004, pelo Governo Federal, objetivando levar medicamentos essenciais a um baixo custo para a população, ao invés do fornecimento totalmente gratuito. O programa atua por meio de unidades próprias e em um sistema de copagamento, em farmácias e drogarias privadas (MS, 2010b).

para o SUS constitui-se uma política de Estado e não apenas uma política de governo. A partir da promulgação da Constituição Federal, os governos, mesmo aqueles de concepções distintas na aplicação de medidas sociais, vêm buscando a configuração desse novo perfil para o enfermeiro, tendo a integração entre as políticas de saúde e de educação como principal estratégia.

Todavia, observa-se a adesão das políticas públicas a determinadas orientações dos organismos internacionais, como por exemplo na área da educação superior do enfermeiro, que absorveu e imprimiu na configuração curricular as orientações de “aprender a aprender”, utilizando-se das propostas de competências e habilidades, formando um enfermeiro multicompetente, apto às demandas do mundo do trabalho atual.

E o mundo do trabalho em expansão para o enfermeiro constitui-se, em grande parte, por meio da implementação da política pública de saúde, que também segue as tendências internacionais, de incentivo à atenção primária.

É nesse cenário que ocorre a expansão dos cursos de graduação em enfermagem, em especial a partir de 1990, sob a confluência das políticas de educação e de saúde na formação desse profissional de acordo com a orientação do mercado. Diante desse fato, surge a inquietação na busca de entender como vem se dando esse contato entre as políticas de educação e de saúde no direcionamento da formação do profissional enfermeiro, na realidade empírica, a partir do olhar dos egressos no município de Dourados/MS.

### **CAPÍTULO III**

#### **A VOZ DOS EGRESSOS SOBRE O CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL**

Os egressos do curso de graduação em Enfermagem são atores importantes na discussão acerca de sua formação, uma vez que influenciam e contribuem com o processo de implementação de construção curricular.

Sacristán (2000) aponta que o currículo é resultante de uma série de fatores, influências, que envolve coerências e contradições, explicitando sua complexidade. Nesse processo, de construção e reconstrução, é de extrema importância a participação dos agentes, relacionados direta e indiretamente ao currículo em construção (SACRISTÁN, 2000), assim como na própria formulação e reformulação das políticas públicas (PALUMBO, 1994).

Sob esse entendimento, este capítulo tem por objetivo analisar a interação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, a partir da visão dos egressos. Pretendeu-se dar voz a esses participantes do processo de construção curricular, por entender que os egressos vivem a experiência de interseção entre as políticas educacionais e de saúde na medida em que se voltam para o mundo do trabalho.

Meira e Kurcgant (2008) destacam que sendo uma das orientações das DCENF o ensino de enfermagem encontrar-se vinculado às necessidades da comunidade, os cursos de graduação necessitam promover a contínua discussão a respeito de sua proposta curricular. Dessa forma, os egressos são agentes importantes nesse processo, haja vista que confrontam, a partir de suas experiências como enfermeiros, as competências adquiridas durante sua graduação, e as necessárias ao seu desenvolvimento profissional.

Para alcance do objetivo proposto, toma-se por base a matriz curricular do curso de graduação em Enfermagem da UEMS dos anos de 1998 e 2004 para nortear os questionários e grupos focais<sup>27</sup> realizados com as seis turmas formadas entre 2004 e 2009.

De acordo com Sacristán (2000), o currículo configura-se para além dos conteúdos descritos e sistematizados, apresenta-se como uma práxis sendo, portanto, dinâmico, em uma relação estabelecida entre os diversos agentes envolvidos, voltado para um contexto que envolve uma função socializadora e cultural pertinente à instituição de ensino.

Este estudo não tem a intenção de voltar-se para o currículo em sua dimensão ampla, em seu processo de construção em ação, conforme explicitado por Sacristán (2000), mas o considera como a proposta que foi pensada, planejada institucionalmente para o curso de Enfermagem, estando, portanto escrita. Considera-se, neste trabalho, a matriz curricular descrita no projeto pedagógico do curso de Enfermagem da UEMS. Entende-se que a análise a partir da estrutura curricular possibilita explicitar informações privilegiadas para a compreensão da articulação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro. A estrutura curricular condensa as discussões, os embates e as intenções hegemônicas na proposta de formação desse profissional.

Para tanto, o capítulo traz a apresentação das matrizes curriculares que foram implementadas no curso de enfermagem da UEMS desde a sua criação, e a seguir, procede à análise dos dados coletados. No intuito de uma melhor organização didática, a princípio serão apresentados os dados procedentes dos questionários e, posteriormente, os dos grupos focais, a fim de conhecer qual a análise que os egressos do curso de Enfermagem da UEMS formularam acerca das relações estabelecidas entre as políticas de educação e de saúde na sua formação.

## **1. As mudanças do currículo do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul**

Para a organização do primeiro currículo do curso de Enfermagem e Obstetrícia da UEMS, foram utilizadas como modelo matrizes curriculares de várias escolas, mas a base fundamental se constituiu na observação das determinações do Conselho Federal de

---

<sup>27</sup> Os grupos focais foram realizados com a colaboração da acadêmica de pedagogia da UFGD, Rhaine Ferreira Batista, bolsista de iniciação científica.

Educação, Parecer CFE N° 163/72 e Resolução CFE N° 04/72, que regulamentavam o currículo mínimo para o curso. Desenvolvido em período integral, o curso da UEMS tinha regime anual e carga horária de 3.585 horas (MISSIO, 2001).

Cumprir destacar, que essa legislação focaliza uma formação profissional do enfermeiro voltada para o perfil hospitalocêntrico, no modelo médico-assistencial-privatista, de caráter curativo, que se opunha à nova política de saúde proposta pelo SUS, a qual contemplava o modelo de atenção à saúde baseado na perspectiva preventiva.

A primeira reorganização curricular foi proposta em novembro de 1994, pelos docentes e chefia do departamento, com alterações na nomenclatura, carga horária e ementário de algumas disciplinas (MISSIO, 2001). Foi introduzida a disciplina de História e Introdução à Enfermagem na primeira série com carga horária de 30 horas e a disciplina de Introdução a Saúde Coletiva teve sua carga horária modificada de 60 para 90 horas. Com mudanças na nomenclatura, a disciplina de Neonatal passou a ser denominada Enfermagem Neonatal, a de Nutrição e Dietética mudou para Nutrição e Dietoterapia, a de Matemática para Matemática Aplicada à Enfermagem e a de Deontologia Médica e Ética Profissional para Deontologia e Legislação Profissional (UEMS, 1994). Essas alterações foram concretizadas no final do ano letivo 1994/1995, entretanto, não contemplaram totalmente as determinações da Portaria Ministerial N° 1.721, de 15 de dezembro de 1994 (MISSIO, 2001).

Pode-se observar que, apesar das alterações realizadas, o curso da UEMS continuou com um foco maior no perfil hospitalocêntrico, em detrimento da dimensão pretendida pela política de saúde, que priorizava a perspectiva preventiva. Ressalta-se que autores como Saube (1998), Galleguillos e Oliveira (2001) apontam que, no cenário nacional, embora tenha havido importantes alterações no currículo para o curso de Enfermagem de 1994, este ainda não correspondia às necessidades requeridas pelo SUS. Esse fato explicita que a formação pretendida pelo curso da UEMS estava em conformidade com os demais cursos, que vinham atendendo à legislação educacional.

Em 1996, a UEMS realizou nova mudança curricular, com o objetivo de consolidar os vínculos entre teoria e prática. Dessa forma, alteraram-se a carga horária e a nomenclatura das disciplinas, ocorrendo a união da disciplina teórica com a respectiva disciplina prática: Fundamentos de Enfermagem e Prática em Fundamentos em Enfermagem foram unidas e passaram a denominar-se Fundamentos de Enfermagem; a disciplina de Enfermagem na Assistência à Saúde da Mulher e da Criança teve fusão com Prática de Enfermagem na

Assistência à Saúde da Mulher e da Criança transformando-se em Assistência de Enfermagem à Mulher e à Criança. As disciplinas da terceira série, também foram unidas nesse sentido de teoria e prática (MISSIO, 2001).

Em 1997, ocorre a construção do primeiro Projeto Político Pedagógico do curso de Enfermagem da UEMS, buscando atender à Legislação da Universidade, por meio da Resolução CEPE/UEMS N° 63 de 12/03/97<sup>28</sup>, e da Legislação do Ministério de Educação e do Desporto. Em relação à legislação do MEC observou-se, especialmente, a Portaria N° 1.721 de 15/12/94 e o Parecer N° 314/94, do extinto Conselho Federal de Educação, que tratavam do currículo mínimo para os cursos de graduação em Enfermagem. Essa mudança traz alterações para as matérias do currículo mínimo e as disciplinas do currículo pleno. As áreas temáticas que passam a estruturar o curso são as seguintes: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem, cada uma agregando 25% da carga horária, Assistência de Enfermagem, com 35% e Administração de Enfermagem com 15%. A carga horária total do curso passou a ser de 4.241 horas e ele passou a ser denominado apenas “Curso Enfermagem na modalidade de bacharelado, com ênfase na formação em Enfermagem geral” (MISSIO, 2001), mantendo o regime anual e o período integral.

A Tabela 10 apresenta a matriz curricular do curso de enfermagem do ano de 1998.

Pode-se notar que houve uma ampliação de 3.585 horas para 4.241 horas, perfazendo um aumento proporcional de 18,2 % na carga horária total do curso. Esse aumento foi ocasionado por meio do acréscimo de novas disciplinas e aumento de carga horária em outras. Com isso, observa-se que o processo de construção curricular voltado para a melhoria do curso foi acompanhado pelo aumento da carga horária dos conteúdos.

Destaca-se que, embora tenha sido incluída no currículo a disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva, com 204 horas/aula, na terceira série, a carga horária das disciplinas de cunho hospitalar, ainda era predominante, tanto na teoria, como na prática, conforme demonstrado na Tabela 9.

Dessa forma, corrobora-se com Missio (2001) quando afirma que embora essas alterações tenham contribuído para a diminuição da fragmentação do ensino, ainda não foram suficientes para atender plenamente à Portaria N° 1.721 de 15/12/94.

---

<sup>28</sup> RESOLUÇÃO CEPE-UEMS N.º 63 DE 12 DE MARÇO DE 1997: Aprova normas para elaboração de Projeto Pedagógico e elaboração de currículo pleno dos Cursos de graduação (UEMS. **Assessoria Institucional de Legislação e Normas**. Disponível em [http://www.uems.br/proe/nulen/res\\_cepe.php](http://www.uems.br/proe/nulen/res_cepe.php). Acesso 27 jun. 2010).

**Tabela 10 - Matriz curricular do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS - 1998.**

DISCIPLINA 1998	SÉRIE	C.H. TOTAL
Anatomia Humana	1 <sup>a</sup>	136
Histologia	1 <sup>a</sup>	68
Fundamentos de Fisiologia e Biofísica	1 <sup>a</sup>	136
Bioquímica	1 <sup>a</sup>	68
Biologia Geral	1 <sup>a</sup>	102
Sociologia e Antropologia Filosófica	1 <sup>a</sup>	68
Deontologia e Legislação Profissional	1 <sup>a</sup>	68
Bioestatística	1 <sup>a</sup>	68
Técnicas de Redação	1 <sup>a</sup>	68
História e Introdução à Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68
Introdução a Metodologia Científica	3 <sup>a</sup>	68
Microbiologia	2 <sup>a</sup>	68
Introdução a Saúde Coletiva	2 <sup>a</sup>	68
Didática Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	68
Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem	2 <sup>a</sup>	340
Farmacologia	2 <sup>a</sup>	102
Parasitologia	2 <sup>a</sup>	68
Patologia Geral	2 <sup>a</sup>	68
Imunologia	2 <sup>a</sup>	68
Nutrição e Dietoterapia	2 <sup>a</sup>	68
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	3 <sup>a</sup>	238
Enfermagem em Saúde Coletiva		204
Enfermagem Clínica	3 <sup>a</sup>	306
Enfermagem Cirúrgica		306
Enfermagem Psiquiátrica	4 <sup>a</sup>	136
Enfermagem Pediátrica	4 <sup>a</sup>	204
Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal	4 <sup>a</sup>	238
Administração de Enfermagem em Saúde Pública	4 <sup>a</sup>	170
Administração de Enfermagem Hospitalar	4 <sup>a</sup>	272

**Fonte:** UEMS, 1998.

Com a elaboração das DCENF em 2001, houve a necessidade de reestruturação curricular do curso para atender às novas orientações. Assim, resultante do trabalho da comissão instituída em 2001 para reformulação do currículo do curso, conforme visto no primeiro capítulo, em 2004 é implantado o novo Projeto Político Pedagógico, que é norteado por três eixos: Ser Humano, Saúde e Ética. Baseando-se nesses princípios gerais, cinco blocos temáticos foram elaborados: Educação e Saúde; Enfermagem; Processo de Cuidar; Comunicação; Contexto e Cenário, que convergiram para a estruturação dos conteúdos em unidades temáticas agrupadas em módulos distribuídos pelas quatro séries do curso. Assim, houve a substituição das disciplinas tradicionais pelas unidades temáticas agrupadas em módulos, desenvolvendo os conteúdos de forma integrada, sequenciada e contextualizada (UEMS, 2003).

Com isso, é possível destacar que, a partir das DCENF, torna-se nítida a aproximação da política educacional à política de saúde, em um direcionamento homogêneo para a formação do enfermeiro, processo que passa a ser incorporado ao currículo proposto no PPP da UEMS.

O primeiro currículo e o primeiro PPP do curso de Enfermagem da UEMS foram organizados sob o enfoque de disciplinas. Entretanto, o Projeto Político Pedagógico atual é constituído com base em um currículo integrado, o que dificulta a exposição de dados de equivalência exata. Essa dimensão curricular pautada na integração é uma proposição implícita às DCENF, embora tenha sido implantada em poucas instituições de ensino.

De acordo com o PPP atual (2004) a organização dos conteúdos segue o formato de módulos como apresentado a seguir: a primeira série compreende o módulo I - Enfermagem Saúde e Sociedade, que é composto por três unidades temáticas, a unidade temática 1.1, denominada Saúde e Sociedade, a unidade temática 1.2, intitulada A Ética no Agir Profissional do Enfermeiro e a unidade temática 1.3, designada como A Dimensão Humana e o Cuidado de Enfermagem. A segunda série corresponde ao módulo II – A Enfermagem como Prática Social, tendo como unidades temáticas a 2.1, Cuidando de Seres Humanos; e a unidade temática 2.2, Cuidando de Famílias e Coletividades. Na terceira série o módulo III – Enfermagem Cuidando de Seres Humanos com Déficit de Saúde compreende apenas a unidade temática 3.1, denominada O Cuidado em Situações de Desequilíbrio, Desvios, Distúrbios e Transtornos nos Cenários Institucionais de Intervenção. A quarta série compreende o módulo IV - Enfermagem Cuidando de Seres Humanos em Situações Especiais e Graves e o módulo V - Estágio Curricular Supervisionado.



A Tabela 11 traz a matriz curricular implementada a partir de 2004 no curso de Enfermagem da UEMS, conforme segue.

**Tabela 11 - Matriz curricular do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS – 2004.**

ÁREA DE CONHECIMENTO – 2004	SÉRIE	TEORIA	PRÁTICA	C.H. TOTAL
Anatomia Humana Aplicada a Enfermagem I	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Anatomia Humana Aplicada a Enfermagem II	2 <sup>a</sup>	51	17	68
Histologia Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Fundamentos de Fisiologia Humana e Biofísica Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	102	34	136
Bioquímica Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Biologia Geral Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	34	102
Sociologia – Antropologia e Filosofia Aplicadas a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	-	68
Deontologia e Legislação em Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	-	68
Bioestatística Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Comunicação e Expressão	1 <sup>a</sup>	68	-	68
História e Fundamentos de Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	-	68
Metodologia Científica Aplicada a Saúde e a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Microbiologia Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Epidemiologia e Saúde Ambiental	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Didática Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem I	1 <sup>a</sup>	34	34	68
Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem II	3 <sup>a</sup>	34	34	68
Farmacologia Aplicada a Enfermagem I	2 <sup>a</sup>	51	17	68
Farmacologia Aplicada a Enfermagem II	3 <sup>a</sup>	51	17	68
Parasitologia Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	51	17	68
Patologia Aplicada a Enfermagem	3 <sup>a</sup>	51	17	68
Imunologia Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	51	17	68
Nutrição Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	51	17	68
Enfermagem em Saúde Coletiva	2 <sup>a</sup>	102	136	238
Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I	3 <sup>a</sup>	170	136	306
Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II	4 <sup>a</sup>	34	34	68
Enfermagem na Saúde Mental	2 <sup>a</sup>	51	51	102
Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente I	2 <sup>a</sup>	34	34	68
Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II	3 <sup>a</sup>	34	34	68
Enfermagem na Saúde da Mulher I	2 <sup>a</sup>	34	3	68
Enfermagem na Saúde da Mulher II	3 <sup>a</sup>	51	51	102
Administração de Enfermagem em Saúde Coletiva	2 <sup>a</sup>	68	68	136
Administração de Enfermagem Hospitalar I	3 <sup>a</sup>	34	34	68
Administração de Enfermagem Hospitalar II	4 <sup>a</sup>	34	34	68

**Fonte:** UEMS, 2003.

Com esse formato, o curso pretende trabalhar a integralidade, tema que tem ganhado destaque entre as discussões das políticas de educação e de saúde. Nesse sentido, entende-se que a proposta busca articular a relação que vem sendo estabelecida entre essas duas políticas ao longo dos anos, objetivando sua efetivação de fato.

Além da alteração estrutural, uma das grandes mudanças trazidas pelo PPP de 2004 foi a introdução do Estágio Curricular Supervisionado realizado na quarta série, com 612 horas.

Na primeira proposta curricular, encontra-se o termo “prática” para a designação do ensino das atividades profissionais a que o enfermeiro se dedica. Na segunda proposta, ou seja, no primeiro PPP do curso, consta que as disciplinas profissionalizantes que compõem o conteúdo teórico-prático terão a parte prática desenvolvida sob a forma de “estágio supervisionado” nos estabelecimentos de atenção à saúde, aprovado pela Resolução CEPE/UEMS N° 33 de 3 de abril de 1996, e consoante a posterior Deliberação CE/CEPE/UEMS N° 015<sup>29</sup>, de 10 de setembro de 1999.

Entretanto, entende-se que não houve distinção de conceitos no que se refere ao termo “prática” utilizado no primeiro currículo e o termo “estágio supervisionado”, utilizado no segundo, haja vista que ambos designam o mesmo tipo de atividades: a aplicação ou a utilização na prática dos conhecimentos teóricos e científicos adquiridos, com o acompanhamento presencial do professor durante a realização dessas atividades.

Já no PPP de 2004 observa-se um entendimento diferenciado desses termos em sua utilização no processo ensino-aprendizagem, embora a elucidação a respeito dos temas não seja feita pelo citado projeto, mas sim pelo Núcleo de Legislação e Normas da UEMS, por meio da Deliberação CE/CEPE-UEMS N° 56, de 20 de abril de 2004 e da Deliberação CE/CEPE-UEMS N° 130, de 7 de novembro de 2006<sup>30</sup>, de acordo com a legislação específica

---

<sup>29</sup> A Deliberação CE/CEPE-UEMS N° 15, de 10 de setembro de 1999 (homologada pela Resolução/CEPE-UEMS N° 128, de 6 de outubro de 1999), trata do regulamento dos Estágios Supervisionados do Curso de Graduação em Enfermagem. Define no Art. 1° que “os Estágios Supervisionados do Curso de Graduação em Enfermagem compreenderão atividades de organização, supervisão, orientação e avaliação visando oferecer ao aluno a oportunidade de aplicação prática dos conhecimentos teóricos; aperfeiçoar atitudes profissionais e humanísticas, melhorar o relacionamento sócio-cultural; adquirir mecanismos para aplicar, comparar e avaliar os conhecimentos apreendidos no curso”. Além de determinar que se pudesse ter até dez alunos acompanhados pelo professor supervisor, estendendo-se a disciplinas compreendidas na segunda, terceira e quarta série (UEMS. **Assessoria Institucional de Legislação e Normas**. Disponível em [http://www.uems.br/proe/nulen/del\\_ce.php](http://www.uems.br/proe/nulen/del_ce.php). Acesso em 26 jun. 2010).

<sup>30</sup> Deliberação CE/CEPE-UEMS N° 56, de 20 de abril de 2004. Aprova o Regulamento das Aulas Práticas das Ciências da Enfermagem do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, homologada pela Resolução CEPE-UEMS N° 454, de 6 de outubro de 2004, com alterações. Compreende as aulas práticas como “[...] atividades de ensino, organização, supervisão, orientação e avaliação, visando oferecer ao aluno a oportunidade de aplicação prática dos conhecimentos teóricos, o aperfeiçoamento de atitudes profissionais e humanísticas, a melhoria de mecanismos para aplicação, comparação e avaliação dos

para estágios, a Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008<sup>31</sup>.

Entretanto, de acordo com esse currículo, as aulas práticas serão desenvolvidas nas seguintes séries: segunda, terceira e quarta, estando os alunos sempre acompanhados pelos professores. Essas atividades podem ser desenvolvidas nos laboratórios de aulas práticas da UEMS, bem como nos serviços de saúde com os quais a Universidade mantém convênio, de acordo com o contexto/cenário proposto em cada unidade temática.

Essa mudança vem atender às disposições da Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Enfermagem.

Nesse sentido, o estágio é um eixo importante no processo de desvelar a efetivação da aproximação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, uma vez que cabe às instituições indicar os campos em que serão realizados os estágios e suas respectivas cargas horárias. Portanto, questiona-se: em que medida o estágio e o próprio PPP contribuirão para o perfil do profissional formado?

Ao traçar a evolução do curso de Enfermagem da UEMS no que se refere a sua estrutura curricular, entende-se que ele vem se delineando de forma a atender às determinações do Ministério da Educação e, ao mesmo tempo, mostra-se atento às ações do Ministério da Saúde, na tentativa de confluência dessas políticas para a formação do profissional enfermeiro. Mas, qual é a avaliação dos egressos a respeito dessa questão, considerando especialmente aqueles que já estão atuando no mundo de trabalho?

Essa é a questão que este capítulo pretende responder.

---

conhecimentos apreendidos no curso” sendo desenvolvidas em campos adequados à formação exigida nas unidades temáticas, com turmas de até seis alunos por docente (UEMS. **Assessoria Institucional de Legislação e Normas**. Disponível em [http://www.uems.br/proe/nulen/del\\_ce.php](http://www.uems.br/proe/nulen/del_ce.php). Acesso em 26 jun. 2010).

Deliberação CE/CEPE-UEMS Nº 130, de 7 de novembro de 2006. Aprova o Regulamento do Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Enfermagem da Unidade Universitária de Dourados, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Afirma que o estágio curricular supervisionado deve promover a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo do aluno. Sendo entendido como uma “[...] uma estratégia para proporcionar ao aluno uma visão crítica da profissão, de forma a integrar a teoria com a prática, sendo o elo de articulação com a realidade num processo de ação-reflexão-ação e compreendendo os conteúdos do conhecimento das áreas de Ciências da Saúde e Biológicas, Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem”. Devendo ser desenvolvido individualmente, quando cada professor supervisor terá no mínimo quatro e no máximo seis alunos (UEMS. **Assessoria Institucional de Legislação e Normas**. Disponível em [http://www.uems.br/proe/nulen/del\\_ce.php](http://www.uems.br/proe/nulen/del_ce.php). Acesso em 26 jun. 2010).

<sup>31</sup> Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências.

## **2. Os egressos do curso de Enfermagem da UEMS de 2004 a 2009**

De acordo com a Divisão de Registro Acadêmico da UEMS, no período de 2004 a 2009 houve a formação de 188 enfermeiros, destes, 34 na turma de 2004. A maior turma, com 43 egressos, formou-se no ano de 2005. Trinta formaram-se em 2006. A menor turma, contando com 19 egressos, foi a do ano de 2007. Trinta e três formaram-se em 2008 e 29 na última turma pesquisada, a de 2009 (UEMS, 2010e).

A princípio, seguindo a lista de egressos fornecida pela UEMS, buscou-se o contato por meio de telefonemas, e-mails, redes sociais, como o *Orkut*, e contato direto com alguns, por meio da visita em seu local de trabalho. Do total de egressos, 188, foi possível contato com 145 e responderam ao questionário em tempo hábil, 60, o que representa 41,37% do total de egressos contatados. Atendendo aos critérios estabelecidos, já descritos na introdução, dos 60 egressos que retornaram os questionários, 16 formaram os grupos focais realizados, ou seja, 26,6% do total de egressos participantes da pesquisa.

A população de estudo caracteriza-se como sendo de predominância feminina, 83,3 %. A faixa etária prevalente é dos 26 aos 30 anos, 51,6 %, seguida dos 21 aos 25 anos, 40 %, com pequena parcela entre 31 a 43 anos, 8,3%. Com relação ao estado civil, a maioria é solteira 66,6 %, sendo 31,6 % casados e 1,6 % separada judicialmente.

De forma geral, pode-se inferir com esses dados que o egresso do curso de Enfermagem da UEMS é constituído por mulheres jovens, que estão ingressando no mundo do trabalho, a partir de sua formação inicial, obtida junto ao curso de Enfermagem.

### **2.1. A graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul**

Com relação à graduação em Enfermagem na UEMS, apenas 15% dos egressos pesquisados ingressaram por meio do sistema de cotas no vestibular. Destes, a maioria, 88,8%, utilizou a cota destinada aos candidatos negros, e somente 11,1% utilizou a cota destinada aos candidatos indígenas.

O tempo para conclusão da graduação em Enfermagem da maioria, especificamente de 76,6%, foi de quatro anos, seguido por cinco anos, em um total de 16,6%, e por seis anos ou mais, apenas 6,6%. Nesse sentido, pode-se observar que a maioria dos egressos atendeu ao

tempo de integralização mínimo previsto para o curso.

Dos componentes desenvolvidos durante a graduação envolvendo pesquisa, ensino e extensão, incluindo atividades complementares, apenas 3,3% não participaram de nenhuma das citadas. Foram referidas 269 participações, nas quais 91,6% assinalaram mais de uma atividade. Destacaram-se os projetos de extensão, com 47,9% de adesão, seguidos pelos projetos de ensino, com 21,5% e os projetos de pesquisa, com 15,2%. Houve também referências à realização de estágios voluntários, com 5,5% e demais atividades, 9,6%, com destaque para as monitorias.

Infere-se que foi incentivada a participação em projetos de pesquisa, ensino e extensão, a tríade que embasa a universidade pública, entretanto, a pesquisa ainda não ocupa lugar de destaque entre as atividades desenvolvidas. Diversos fatores contribuem para tal, como o número ainda restrito de docentes com titulação de mestrado, o que representa 25% do quadro docente, e de doutorado, caracterizado por 18,7% (UEMS, 2010f), bem como as dificuldades de financiamento presentes nas IESs públicas.

Os egressos demonstraram interesse em continuar sua formação profissional, uma vez que a maioria, especificamente 78,3%, concluíram ou estão em fase de conclusão de cursos de pós-graduação. Os programas *lato sensu* são predominantes e as maiores frequências são observadas nas áreas de Saúde Pública e Saúde da Família, sendo 37,5%; na área de Urgência e Emergência, 18,7% e na área da Saúde do Trabalhador, 17,1%. Apenas 1,6% está cursando *stricto sensu*, no curso de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto. Os que não realizaram pós-graduações apontaram mais de um motivo para tal, com maior frequência para falta de recursos financeiros, 43,7%, seguido por motivos pessoais e falta de tempo, 18,7%.

Destaca-se a grande procura pelas áreas referentes à saúde coletiva, especialmente focada na Estratégia de Saúde da Família, demonstrando a repercussão alcançada pela articulação entre as políticas de educação e de saúde. Outro ponto importante a ressaltar é a realização, citada por vários egressos, de mais de uma especialização. No entanto, apenas 1,6% dos pesquisados encontra-se inserido em programa de mestrado. Isso demonstra a preocupação dos egressos em atender às solicitações imediatas de seu ambiente de trabalho, relegando a um segundo plano, uma formação mais científica, mais acadêmica, encontrada nos programas *stricto sensu*. Além de refletir o baixo incentivo, em termos financeiros e de liberação, das instituições empregatícias para a capacitação dos enfermeiros nesse nível de

ensino.

Após a graduação, 88,3% participaram de cursos de atualização e 55% de eventos científicos. Os que não participaram apontam como principal causa a falta de tempo, tanto para os cursos de atualização, com 33,3% das referências, assim como para os eventos científicos, que representaram 34,6% das respostas.

## 2.2. A atuação profissional dos egressos

Nas turmas formadas entre 2004 e 2006, que correspondem a 29 egressos pesquisados, foram referidas 102 atividades profissionais. Somente 1,9% alegou ter passado por apenas um emprego, os demais desenvolveram de duas até sete atividades profissionais. Sobre as experiências profissionais citadas, 44,1% correspondem a trabalhos ligados à saúde coletiva, destes, 61,3% citaram os serviços de atenção primária em saúde, com destaque para as equipes de Saúde da Família.

Ainda sobre os egressos de 2004 a 2006, 29,4% mencionaram trabalhos em área hospitalar e 22,5% fizeram referência a atividades de ensino. Os demais, 3,9%, referiram outras atividades como coordenação de *home care*, fiscal do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), e atividades em clínicas de atendimento especializado em oncologia.

Os egressos formados nas turmas de 2007 a 2009, 31 no total, mencionaram 49 atividades profissionais desenvolvidas. Formados há pouco tempo, 3,2% afirmaram ainda não ter ingressado no mundo do trabalho e 6,4% estão desenvolvendo atividades de pós-graduação remuneradas, na residência multiprofissional da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Com relação à empregabilidade, 45,1% asseguraram terem desenvolvido apenas uma atividade profissional até o momento da pesquisa; os demais, referiram já terem tido de duas até cinco experiências profissionais. Na experiência profissional das três turmas, 42,8% das atividades citadas são relacionadas à área hospitalar, 26,5% referentes à saúde coletiva e 26,5% para o setor do ensino. Outras atividades, como a de pesquisador da FIOCRUZ e o atendimento domiciliar, também foram citadas, cada uma com 2% de referência.

Entretanto, as turmas de 2007 e 2009 apresentam certas particularidades. Dos egressos de 2007, 42,1% citaram atividades ligadas à saúde coletiva, 36,8% relacionadas à área do ensino e apenas 8,3% referentes ao setor hospitalar. Na turma formada em 2009, 54,5%

citaram trabalhos referentes à área hospitalar, 36,3% ligados ao setor educacional, e nenhuma referência foi feita às atividades de saúde coletiva.

Observa-se que a maior parcela de enfermeiros formados entre 2004 e 2007 desenvolveu ou desenvolve atividades profissionais na área da saúde coletiva, em especial nas equipes de Saúde da Família. Esse fato demonstra a absorção do profissional enfermeiro formado na UEMS pelos serviços de saúde ligados à atenção básica do SUS.

Dessa forma, verifica-se a relação entre as dimensões macro e micro das políticas públicas, conforme explicitado por Ball (2001), haja vista o presente trabalho já ter apontado a tendência das políticas internacionais do investimento na atenção primária em saúde, bem como demonstrado os números de evolução das equipes de Saúde da Família no Brasil e, especificamente, no município de Dourados/MS.

Destaca-se o fato de as duas últimas turmas de egressos, dos anos de 2008 e 2009, terem citado com maior frequência as atividades empregatícias no setor hospitalar. Essa característica explica-se pelo fato de o município de Dourados e cidades vizinhas, conforme explicitado no capítulo I, terem aderido ao PROESF I, o que proporcionou recursos financeiros para a expansão do número de equipes de Saúde da Família até o ano de 2007, ocorrendo uma desaceleração na criação de novas equipes de Saúde da Família após esse período. Em 2005 foi criado o Hospital Universitário, além dos Hospitais da Vida e da Mulher, em 2007, todos em Dourados, para atender a macrorregião correspondente, o que propiciou o crescimento da oferta de empregos no setor hospitalar para o enfermeiro nesse município.

Todavia, entende-se que os princípios e diretrizes do SUS devem ser implementados também em área hospitalar, buscando um atendimento integralizado, respeitando a dimensão biopsicossocial do usuário dos serviços de saúde. Dessa forma, ressalta-se a importância da formação do profissional enfermeiro em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, em um processo de confluência das políticas de educação e de saúde.

O crescimento da inserção de egressos no setor do ensino em enfermagem demonstra a importância dessa área para a formação do enfermeiro, sendo esse fator, inclusive, abordado pelos egressos nos questionários e grupos focais realizados.

O tempo decorrido entre a formação e o ingresso no primeiro emprego vem sofrendo modificações. De acordo com os dados coletados, entre os formados no período de 2004 a 2006, 21,6% começaram a trabalhar em menos de um mês. Já para os formados entre 2007 e

2009, o período predominante para admissão no mundo do trabalho foi de quatro a seis meses após formado, para 15% dos enfermeiros que responderam ao questionário, conforme demonstrado na Tabela 12. Ressalta-se que esse aumento para o ingresso no mundo do trabalho demonstra que a carência de profissionais enfermeiros vem diminuindo na região.

**Tabela 12 – Relação entre as turmas de enfermagem formadas na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e o ingresso no primeiro trabalho.**

Turmas formadas/tempo para ingresso no trabalho	Menos de um mês %	1 -3 meses %	4 - 6 meses %	7-12 meses %	Acima de 1 ano %
2004-2006	21,6	11,6	11,6	3,33	-
2007-2009	11,6	13,3	15	6,6	5

Fonte: elaborada pela autora.

Com base no salário mínimo no momento da pesquisa (R\$ 510,00), a faixa salarial preponderante encontra-se em até cinco salários, o que representa 40 % dos egressos, seguido por até sete salários, assinalado por 25% dos egressos questionados, até nove salários para 13,3%, e até dois e três salários para 6,6% para cada uma dessas faixas entre os egressos questionados. Com salário acima de nove salários-mínimos há apenas 1,6% dos egressos, desempregados há 5%, e sem resposta houve 1,6% dos questionários.

Embora a classe dos enfermeiros ainda não possua um piso salarial estabelecido<sup>32</sup>, observa-se que a maioria dos egressos possui uma renda mensal de até cinco salários mínimos. Entretanto, destaca-se que muitos desses egressos, realizam mais de uma atividade remunerada ao mesmo tempo.

### 2.3 A opinião dos egressos sobre seu processo de formação

Quando se solicitou a indicação dos componentes curriculares que foram

<sup>32</sup> Com o objetivo de estabelecer um piso salarial para o enfermeiro de R\$ 4.650,00, tramita um projeto em caráter conclusivo, que foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados no dia 16 de setembro de 2009 e que ainda aguarda as decisões das comissões de Seguridade Social e Família; de Trabalho, de Administração e Serviço Público; e de Constituição e Justiça e de Cidadania. ABENFO. **Piso Salarial é Aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família**. Piauí, set. 2009. Disponível em: <[http://www.abenfopi.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=65:piso&catid=7:noticias&Itemid=20](http://www.abenfopi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=65:piso&catid=7:noticias&Itemid=20)>. Acesso em 15 de novembro de 2010.



determinantes positivos e negativos na formação para o ingresso no mundo do trabalho as respostas obtidas estão condensadas nas Tabelas 13 e 14, a seguir expostas:

**Tabela 13 – Opinião dos egressos das turmas de 2004 a 2006 formadas no curso de enfermagem da UEMS sobre os determinantes positivos e negativos para sua inserção no mundo do trabalho.**

Determinantes	2004		2005		2006	
	Positivo %	Negativo %	Positivo %	Negativo %	Positivo %	Negativo %
Projeto Político Pedagógico do curso	90	10	66,6	33,3	60	40
Participação em projetos de pesquisa	40	30	66,6	22,2	70	20
Participação em projetos de extensão, ensino e atividades afins	80	10	88,8	11,1	100	-
Estrutura física do curso	60	30	66,6	33,3	80	20

Fonte: elaborada pela autora.

**Tabela 14 – Opinião dos egressos das turmas de 2007 a 2009 formadas no curso de enfermagem da UEMS sobre determinantes positivos e negativos para sua inserção no mundo do trabalho.**

Determinantes	2007		2008		2009	
	Positivo %	Negativo %	Positivo %	Negativo %	Positivo %	Negativo %
Projeto Político Pedagógico do curso	100	-	75	8,3	63,6	27,2
Participação em projetos de pesquisa	87,5	-	58,3	16,6	90,9	-
Participação em projetos de extensão, ensino e atividades afins	100	-	75	16,6	81,8	-
Estrutura física do curso	62,5	25	41,6	33,3	27,2	63,6

Fonte: elaborada pela autora.

Observa-se que em todas as turmas pesquisadas, o PPP do curso foi predominantemente destacado como positivo para sua inserção no meio empregatício. Na turma de 2004, o PPP de 1998 foi apontado por 90% dos egressos daquele ano como positivo.

A turma de 2007, do PPP de 2004, destacou o referido projeto como um determinante 100% positivo.

Vale ressaltar que quanto maior o tempo de implementação dos PPPs, menor foi a porcentagem de egressos que os apontaram como fatores positivos. Entende-se que esse fato se deve a uma maior reflexão por parte dos egressos, com relação ao andamento do curso, inclusive o próprio projeto, enquanto ainda acadêmicos. Isso evidencia que no período da academia, foram suscitados debates acerca do processo de formação, conforme será demonstrado nas falas dos egressos explicitadas ao longo dos grupos focais desenvolvidos.

A participação em projetos de pesquisa, ensino, extensão e atividades afins foi destacada como fator positivo pela maioria dos egressos nas seis turmas pesquisadas. Observa-se que os que responderam que as atividades foram fatores negativos, são predominantemente aqueles que não participaram da referida atividade. Dessa forma, entende-se essa falta de participação como negativa para a formação do profissional enfermeiro, de acordo com a opinião dos egressos.

Apenas a turma de 2009 aponta a estrutura física do curso como determinante predominantemente negativo para o ingresso no trabalho, com 63,6% de citações; as demais turmas entendem que esse foi um fator predominantemente positivo.

Quando se questionou sobre as facilidades que os egressos encontraram no exercício da profissão e que atribuem à sua graduação, houve as seguintes respostas nas turmas formadas pelo PPP de 1998, ou seja, os egressos de 2004 a 2009, sintetizadas na Tabela 15<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> As Tabelas 15, 16 e 17 foram desenvolvidas a partir de questões abertas inseridas no questionário. As respostas foram agrupadas por cada ano de formação dos egressos, de acordo com sua frequência.

**Tabela 15 – Opinião dos egressos de 2004 a 2009 formados no curso de graduação em enfermagem da UEMS sobre as facilidades encontradas no exercício da profissão e que são relacionadas à sua graduação em enfermagem.**

Descritores/ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009
- o conhecimento técnico-científico	60%	66,6%	60%	25%	66,6%	18,1%
- a sistematização da assistência de enfermagem.	-	-	-	-	25%	9%
- compreender o processo de políticas públicas relacionadas ao SUS.	-	-	-	37,5%	-	-
- a formação hospitalocêntrica	-	11,1%	10%	-	-	-
- os estágios (2004 a 2006) ou aulas práticas (2007 a 2009)	10%	33,3%	20%	-	8,3%	9%
- os estágios curriculares supervisionados	-	-	-	12,5%	25%	9%
- a participação em centros acadêmicos e projetos de ensino e pesquisa.	10%	11,1%	10%	-	-	-
- a participação em instâncias colegiadas	-	11,1%	-	-	-	-
- o trabalho em equipe	-	22,2%	10%	12,5%	25%	27,2%
- a ética profissional	40%	-	20%	12,5%	-	-
- a humanização	-	11,1%	-	12,5%	8,3%	-
- a visão do paciente como um todo	-	-	-	12,5%	-	9%
-a interação multidisciplinar/ interdisciplinar	-	-	-	-	8,3%	18,1%

**Continuação: Tabela 15 – Opinião dos egressos de 2004 a 2009 formados no curso de graduação em enfermagem da UEMS sobre as facilidades encontradas no exercício da profissão e que são relacionadas à sua graduação em enfermagem.**

<b>Descritores/ano</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
- a confiança e a liderança com a equipe	-	-	-	12,5%	16,6%	9%
- a iniciativa, desenvoltura e segurança	-	-	10%	-	-	9%
- a gerência/coordenação/administração	-	11,1%	-	12,5%	16,6%	-
- o planejamento	-	-	10%	-	-	-
- as discussões realizadas com os colegas acadêmicos e docentes	-	11,1%	-	-	-	-
- a atuação com o público (comunicação individual e grupal)	-	-	10%	-	25%	-
- a didática aplicada à enfermagem	-	-	-	12,5%	-	9%
- os alunos aprenderam a serem autodidatas	-	-	10%	-	-	-
- a pontualidade	-	-	-	-	8,3%	-
- a grade curricular	10%	-	-	-	-	-
- a integralidade	-	-	12,5%	-	-	-
- a carga horária rigorosa	20%	-	-	-	9%	-
- o quadro de docentes	20%	11%	10%	-	-	9%

**Fonte:** elaborado pela autora.

Observa-se que todas as turmas formadas no período em estudo, destacaram o conhecimento técnico-científico como fator positivo no desenvolvimento de suas atividades profissionais. Entretanto, esse fator recebeu maior destaque pelas turmas formadas no PPP de 1998, apresentando mais de 60% de referência dos egressos desse período, ao contrário das turmas formadas pelo PPP de 2004, onde esse item é mencionado como facilitador para mais de 60% apenas na turma de 2008.

De forma geral, os egressos destacaram as práticas realizadas durante a graduação como elementos facilitadores para seu exercício profissional. Os egressos de 2007 a 2009 enfatizam os estágios supervisionados à distância, desenvolvidos a partir da proposta curricular de 2004, como um fator enriquecedor desse PPP, o que foi novamente valorizado nas falas efetuadas nos grupos focais.

Para as turmas do projeto antigo, de 1998, a formação hospitalar foi de grande importância, conforme foi apontado nas respostas dos questionários. Isso demonstra uma matriz curricular embasada no modelo hospitalocêntrico, que buscava contemplar a legislação curricular de 1994. Entretanto, fica explícito que nessa proposta as políticas de educação e de saúde não se encontravam totalmente integradas. Observou-se grande distanciamento da formação de um enfermeiro que atendesse às necessidades do SUS, o que foi destacado pelos egressos do PPP de 1998 como uma fragilidade em sua formação, conforme será demonstrado na Tabela 16.

Em torno de 10% dos egressos das três turmas formadas entre 2004 e 2006, destacaram a participação em atividades de ensino, pesquisa, ou em instâncias colegiadas, bem como as atividades extramuro, como facilidades para seu posterior desenvolvimento como enfermeiro.

Os egressos do período de 2004 a 2006 elencaram o quadro de professores, considerados por muitos como excelentes, como um dos facilitadores. As turmas de 2004 e 2006 também apontaram, como facilitador, a questão da ética profissional como um importante fator.

Para os egressos de 2005 e 2006, outra facilidade foi a relação estabelecida entre os demais profissionais de saúde, o trabalho em equipe. Esse item também foi elencado por todas as turmas do projeto novo, que, além disso, destacaram o fato de, no estágio, terem a oportunidade de estabelecer um maior contato com outros profissionais, conforme apontado na fala dos egressos.

Para os egressos de 2005 e 2006, do projeto de 1998, e os egressos de 2007 e 2008, do projeto de 2004, outra facilidade são as questões de gerência, planejamento e coordenação. Apenas 10% dos egressos de 2006 apontaram como uma das facilidades o fato de o acadêmico aprender a ser autodidata.

Já entre os egressos do novo PPP, as turmas de 2007 e 2009 destacaram a didática e, os egressos de 2008, a habilidade de comunicação individual e grupal. Entende-se que isso vai ao encontro do perfil profissional de um enfermeiro voltado para o atendimento ao SUS, tendo em vista que a educação em saúde encontra papel de destaque para alcançar os princípios e diretrizes da política de saúde criada pela Constituição Brasileira de 1988.

Os egressos de 2008 e 2009 afirmaram que o desenvolvimento de atividades práticas desde a segunda série da graduação, buscando a relação entre a teoria e a prática, foi um dos fatores facilitadores.

A turma de 2007 destacou o entendimento do processo de políticas públicas relacionadas ao SUS. Essa análise por parte dos egressos deve-se ao fato de 42,1% dos egressos desse ano citarem atividades ligadas à saúde coletiva, sendo reconhecido, então, de grande relevância o conhecimento acerca da política de saúde.

Os egressos de 2007 a 2009 também elencaram as questões de liderança e confiança como facilitadores.

Para os egressos de 2008 e 2009, a sistematização da assistência de Enfermagem trabalhada durante a graduação, tornou-se um facilitador para suas atividades profissionais. As turmas de 2007 e 2008 destacaram, ainda, a humanização como um facilitador, e as turmas de 2007 e 2009 citaram a visão do paciente como um todo. Esses pontos demonstraram o direcionamento da grade curricular, refletida nas respostas dos egressos, para a formação de enfermeiros que atendam às necessidades do SUS, que enfatiza a visão biopsicossocial da pessoa que utiliza os serviços de saúde, além da humanização no atendimento.

Os egressos também foram questionados com relação às dificuldades encontradas durante as atividades profissionais, que eles consideravam estarem relacionadas à graduação, conforme apontado na Tabela 16.

Os egressos de 2004, 2005, 2007, 2008 e 2009, em percentuais diferentes para cada turma, responderam que não houve dificuldades no desenvolvimento profissional relacionadas à graduação.

Para os egressos de 2004 a 2006 a maior dificuldade encontrada foi relacionada à deficiência de conteúdos referentes à saúde pública.

**Tabela 16 – Opinião dos egressos de 2004 a 2009 formados no curso de enfermagem da UEMS sobre as dificuldades encontradas no exercício da profissão e que são relacionadas à sua graduação em enfermagem.**

Descritores/ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009
- nenhuma	30%	33,3%	-	12,5%	8,3%	9%
- a deficiência no enfoque em saúde pública	30%	44,4%	20%	-	-	-
- falta de mais aulas práticas no setor de UTI, urgência e emergência	-	-	-	12,5%	33,3%	27,2%
- questões como a liderança, administração e gerenciamento de recursos humanos	10%	11,1%	30%	-	25%	9%
- poucas aulas práticas	-	11,1%	10%	-	-	-
- a postura severa de alguns professores	-	-	20%	-	-	-
- precisamos aprender melhor a sermos professores dos técnicos de enfermagem	-	-	10%	-	-	-
- faltou utilizar mais os laboratórios	-	-	10%	-	-	-

**Fonte:** elaborado pela autora.

As turmas de 2004 a 2006 ainda destacaram como dificuldade questões referentes ao gerenciamento de recursos humanos. Os egressos de 2005 e 2006 também elencaram dificuldades relacionadas a poucas aulas práticas realizadas nos laboratórios do curso, item que também foi citado durante a realização dos grupos focais.

Os formados no período entre 2007 e 2009 ressaltaram que a maior dificuldade encontrada foi relacionada às técnicas de Enfermagem, especialmente as que se referem ao atendimento em UTI e na urgência e emergência.

Os egressos apontaram um desequilíbrio no curso: o PPP de 2004, ao destacar os conteúdos referentes à saúde coletiva, restringiu o tempo destinado às questões hospitalares, presentes na terceira série e, principalmente, aos conteúdos de urgência e emergência. Estes encontravam-se na terceira série, pelo PPP de 1998, e foram realocados para a quarta série no PPP de 2004, com conseqüente redução de carga horária. No entanto, os egressos apontaram que a diminuição de carga horária destinada aos conteúdos de urgência e emergência vem

gerando dificuldades em suas atividades laborais, uma vez que grande parte dos egressos formados entre 2007 e 2009 encontra-se na área hospitalar.

Como contribuições e/ou sugestões para o curso de graduação em Enfermagem da UEMS, os egressos formados entre 2004 e 2009 fizeram as propostas sintetizadas na Tabela 17.

Observa-se que, coerentemente com as dificuldades levantadas pelos egressos do PPP de 1998, essas turmas sugeriram um maior enfoque para a saúde pública, em termos teóricos e práticos. O que foi desenvolvido pelo curso de Enfermagem no PPP de 2004, haja vista que os egressos desse projeto pedagógico destacaram como uma das facilidades o conteúdo de saúde pública.

Todas as turmas pesquisadas sugeriram que deva haver mais tempo destinado, dentro da matriz curricular, às atividades práticas. Uma das estratégias citadas pelos egressos seria a realização de aulas práticas nos laboratórios do curso com maior frequência, além da realização de monitoria. Os egressos de 2007 a 2009 apontaram a necessidade de reestruturação dos laboratórios do curso, para melhor aproveitamento e desenvolvimento dos acadêmicos.

Os egressos de 2007 a 2009, que passaram pelo estágio supervisionado, destacaram, em especial, o aumento na carga horária disponibilizada para a realização dos estágios.

Em especial, as turmas de 2007 a 2009 sugeriram maior enfoque nos conteúdos de UTI e urgência e emergência, em termos teóricos e práticos, assim como nas questões administrativas e de relacionamentos interpessoais.



**Tabela 17 – Sugestões/contribuições dos egressos de 2004 a 2009 graduados no curso de enfermagem da UEMS a respeito da matriz curricular de sua formação.**

Descritores/ano	2004	2005	2006	2007	2008	2009
- melhorar a grade curricular com relação à saúde pública.	60%	22,2%	10%	-	-	-
-incremento das aulas teóricas/práticas na área de cuidados intensivos e de emergência.	-	-	-	12,5%	33,3%	27,2%
- formação generalista e não um foco único, como a atenção básica apenas.	-	-	-	-	-	8,3%
- realizar mais aulas práticas, inclusive nos laboratórios.	10%	11,1%	30%	12,5%	-	9%
- enfatizar as aulas práticas no laboratório de enfermagem (técnicas básicas de semiologia).	-	-	-	25%	-	9%
- realizar os estágios curriculares em um período maior de tempo.	-	-	-	12,5%	16,6%	18,1%
- formação teórica vinculada à prática desde o 1º ano.	-	-	-	12,5%	-	18,1%
- desenvolver aulas integradas, estágios integrados, práticas integradas, e não apenas provas integradas.	-	-	-	12,5%	-	-
- oferecer estágios extracurriculares para os alunos.	-	-	-	-	8,3%	-
-rever o formato da avaliação integrada.	-	-	-	25%	8,3%.	45,4%
- redistribuição dos conteúdos por série, pois há uma condensação de disciplinas na 3ª série	10%	-	-	-	-	9%
- maior ênfase na questão de administração/gerenciamento e relacionamento interpessoal	-	-	-	12,5%	8,3%	9%
- trabalhar humanização com os professores	10%	11,1%	10%	12,5%	-	9%
- participação dos alunos na seleção e avaliação contínua dos professores	-	-	-	-	16,6%	9%
- os profissionais professores enfermeiros, continuarem atualizando-se e especializando-se	-	-	-	12,5%	-	-
- mais incentivo para participação em congressos e cursos de ensino	-	-	-	-	-	8,3%
- participação dos acadêmicos em movimentos sociais	-	-	-	12,5%	-	-

**Continuação: Tabela 17 – Sugestões/contribuições dos egressos de 2004 a 2009 graduados no curso de enfermagem da UEMS a respeito da matriz curricular de sua formação.**

<b>Descritores/ano</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
- instituir mais participação por parte dos discentes em projetos de pesquisa, ensino e extensão.	-	-	-	-	-	9%
- a oferta de mais cursos de atualização para comunidade em enfermagem	-	-	10%	-	-	-
-a licenciatura em enfermagem	10%	-	10%	-	8,3%	18,1%
-deveria aumentar mais um ano o tempo de graduação	10%	-	10%	-	-	9%
-reestruturação dos laboratórios do curso	-	-	-	12,5%	16,6%	-

Fonte: elaborado pela autora.

Os egressos de 2007 a 2009 ressaltaram a necessidade de repensar o formato das avaliações integradas, sugerindo novas formas de avaliação, além de destacar as dificuldades com a forma de avaliação. Esse foi outro ponto muito discutido nos grupos focais.

Observa-se que o conceito de integração dos conteúdos, assim como a forma avaliativa, não é claro para os egressos, causando ansiedade e mau entendimento da operacionalização dessas ferramentas pedagógicas.

Os egressos do período de 2004 a 2007 e 2009 afirmaram a necessidade de uma melhor relação entre os professores e acadêmicos do curso, destacando a humanização nesse contato.

Os egressos de 2008, assim como os egressos de 2009, sugeriram participação dos acadêmicos no processo de seleção dos professores e a avaliação contínua dos professores por parte dos acadêmicos.

Egressos de 2004, 2006 e 2009 indicaram que o curso deveria ter a duração de cinco anos. Além disso, os formados nos anos de 2004, 2006, 2008 e 2009 apontaram a necessidade de o curso oferecer a licenciatura em Enfermagem. Ressalta-se a preocupação dos egressos com uma formação pedagógica específica para a docência em Enfermagem. Cumpre destacar que parcela considerável dos egressos que responderam à pesquisa atua ou atuou no ensino profissionalizante ou em nível superior, sendo essa uma das possibilidades de trabalho para o enfermeiro. Além de nenhum curso de graduação em enfermagem em todo o Mato Grosso do Sul ofertar a modalidade licenciatura, até o momento de desenvolvimento desta pesquisa (E-MEC, 2010).

O incentivo ao desenvolvimento de atividades como movimentos estudantis, eventos científicos e, inclusive, ensino, pesquisa e extensão, foi apontado pelos egressos de 2007 e 2009. Outro fato que foi sugerido pelas turmas de 2004 e 2009 foi uma “melhor redistribuição” dos conteúdos que, segundo os egressos dessas turmas, encontram-se muito concentrados no terceiro ano do curso.

#### **2.4 A voz dos egressos sobre sua graduação em Enfermagem na UEMS**

A realização dos grupos focais foi realizada mediante o convite e aceite dos egressos na participação da pesquisa, seguindo os critérios adotados. O aceite dos egressos foi formalizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de

acordo com as normas do Comitê de Ética e Pesquisa da UFGD. As turmas de cada ano reuniram-se em dias diferentes, em uma sala cedida por uma Instituição de Ensino Profissionalizante de Dourados. As carteiras para os egressos foram dispostas de forma circular, conforme orientado por Gatti (2005), para melhor desenvolvimento das falas e debates. Para condução de cada grupo, foram inicialmente apresentadas as matrizes curriculares do curso de Enfermagem da UEMS de 1998 e de 2004, de forma impressa, para que os egressos recordassem sobre sua formação e conhecessem a outra matriz curricular envolvida na pesquisa. A seguir, a pesquisadora, explicava sucintamente sobre a pesquisa, em especial sobre o objetivo geral. Contando com a colaboração de uma acadêmica de graduação em pedagogia para a digitação das falas, a pesquisadora realizava as perguntas contidas no roteiro para a realização dos grupos focais, explorando os depoimentos dos egressos sobre o tema. Preservando a privacidade dos egressos, os depoimentos a seguir serão identificados como: egresso 1 participante do grupo focal = E 1.

Durante a realização dos grupos focais, os egressos foram questionados sobre o conhecimento que tiveram acerca do Projeto Político Pedagógico do curso. Os egressos formados no PPP de 1998 afirmaram que não tiveram conhecimento do PPP, mas a apresentação da grade curricular, de acordo com cada disciplina, de forma fragmentada, através de cada professor, conforme explicitado nas falas:

A gente não teve uma apresentação concreta (E 1).

Eles entregaram uma cartilhinha para gente [...] acho que na primeira semana, eu acho, a grade curricular dos quatro anos, e só também (E 3).

Não. A gente conheceu porque começou a ter reuniões para elaborar esse novo (E 6).

Conforme implícito na última fala, os egressos de 2004 a 2006 apontaram que, além de não ter ocorrido a apresentação, também não houve discussão a respeito do PPP de 1998, no qual estavam sendo formados, mas que as discussões concentravam-se na nova proposta de PPP, que foi implementada a partir de 2004:

Não. Nem de mostrar, quanto mais de melhorar (E 1).

Não. O que teve foi já no final do terceiro ano, com a instituição desse novo projeto

(E 3)...

Ah, mas é porque estavam formando o novo, daí eles queriam saber o que tinha de problema [...] e daí que eles perguntaram para nós, a nossa opinião, mas para tentar para o novo projeto, não para o nosso (E 1).

Dessa forma, havia dificuldade por parte dos egressos de uma discussão coletiva a respeito de questionamentos e reivindicações junto à coordenação acerca de mudanças no currículo e, de acordo com E 5:

Se cada um fosse lá individualmente e pedisse, porque, assim, uma reunião com os professores periódica, não havia (E 5).

Observa-se que assim como a matriz curricular concentrava-se em disciplinas, de forma fragmentada, o PPP de 1998 não priorizou a participação discente em sua formulação e em sua implementação, sendo desenvolvido nos moldes do ensino tradicional.

Entretanto, quando se comparam essas informações sobre a falta de discussão a respeito do PPP de 1998, com as obtidas nos questionários, em especial, as relacionadas à decrescente aprovação do referido projeto, conforme iam passando os anos de sua implementação, infere-se que a possibilidade de discussão para o novo PPP, o de 2004, suscitou entre os egressos, ainda acadêmicos na época, dúvidas, angústias e incertezas com relação à sua formação. Propiciando, dessa forma, uma análise mais aprofundada acerca da proposta curricular no qual estavam inseridos.

As DCENF de 2001 trazem uma nova proposta nesse sentido quando afirmam, no artigo 9º, que os cursos de graduação em Enfermagem devem construir seus projetos pedagógicos coletivamente (BRASIL, 2001), privilegiando, assim, a participação do acadêmico, entre outros atores envolvidos, nesse processo.

Silva e Sena (2006), em pesquisa realizada junto a estudantes de um determinado curso de graduação em Enfermagem observaram que a participação dos alunos na construção do PPP do curso possibilitou-lhes a participação ativa na construção de seu próprio conhecimento, despertando uma postura crítico-reflexiva e de maior maturidade com relação à sua formação.

Dessa forma, ao contrário do que ocorreu com as turmas anteriores, os egressos de 2007 a 2009 afirmaram terem tido conhecimento sobre o PPP, além de momentos de discussão a respeito da nova proposta, a fim de esclarecê-la:

Bom, a gente teve uma aula não é? Uma aula de 2 horas. Daí a gente recebeu um certificado de 2 horas das quais a gente participou (E 7).

Seria uma aula magna. Mas assim, foi logo no início, quando a gente entrou na universidade, então... ninguém entendia nada, a gente nem sabia o que era faculdade (E 8)...

Tivemos sim. Na apresentação eles passaram todo currículo para nós, no caso as unidades temáticas que seriam em blocos. Então nós tivemos conhecimento assim que entramos na universidade (E 10).

Sim, acho que quatro aulas só para debate (E 15).

Ah, que eu lembre a gente leu todo o projeto, foi mandado por e-mail, inclusive foi a [...] que mandou e daí o que a gente não concordava a gente fez um item, um tópico, não foi (E 12)?

Soares (2008) destaca que embora as diretrizes curriculares nacionais tenham incentivado a construção coletiva dos PPPs dos cursos, diversos cursos realizaram suas reestruturações a portas fechadas, em reuniões restritas, focadas nos conteúdos e carga horária, desconsiderando a complexidade curricular apontada por Sacristán (2000).

Pode-se inferir, então, que a nova proposta curricular do curso de Enfermagem da UEMS buscava a contemplação da solicitação das DCENF na formação de um profissional crítico-reflexivo. Desde a sua construção, para o currículo de 2004, foi garantido espaço para as colocações dos acadêmicos da época, ainda inseridos no PPP de 1998, bem como na sua implementação, haja vista os momentos de reflexão e discussão com os graduandos.

Entretanto, observa-se nas falas a dificuldade no entendimento acerca da nova proposta curricular. Dessa forma, a possibilidade de questionamentos e debates acerca do PPP de 2004 foi importante para seu conhecimento por parte dos acadêmicos. De acordo com a fala acima, de E 12, isso foi garantido durante a graduação, objetivando a melhora na proposta curricular, conforme indicaram outros egressos formados entre 2007 e 2009:

A gente se manifestava mais quando eles vinham, a coordenação vinha, ou perguntava o que estava acontecendo, o que a gente queria de retorno, assim, o que poderia estar melhorando. Durante o curso tiveram alguns, assim, debates, algumas discussões (E 7).

É, não para mudar o projeto, mas assim para tentar entender. E sempre foi colocado

o seguinte: como a gente era a primeira turma, a gente tinha que falar daí eles mudavam depois [...] e cada vez as turmas que foram vindo, assim, para melhorar o que vem depois. Eles pensam no curso de enfermagem, na melhora do curso (E 8).

O debate [...] foi a respeito assim, da integração entre aluno, professor e os conteúdos que eram administrados (E 10).

Inclui-se a possibilidade de algumas mudanças, como destacou E 15, lembrando o aumento de carga horária do conteúdo de semiologia no segundo ano, antes muito reduzido, de acordo com os egressos:

Aí foi onde a gente solicitou essa maior carga horária de semiologia no segundo ano, porque havia muito pouco... [...] a partir daí nós descobrimos que era articulável [...] daí foi quando nós solicitamos, no segundo ano e conseguimos essa semiologia [...] (E 15).

Soares (2008) ressalta que a participação da comunidade universitária, incluindo os acadêmicos, somente se efetiva quando os atores compartilham de todas as fases de formulação, implementação e avaliação do processo pedagógico. Observa-se pelos relatos que a possibilidade que os acadêmicos de Enfermagem tiveram em reivindicar melhorias no projeto estimulou-os durante seu processo de formação, quando foram ouvidos e reconhecidos como atores importantes do processo.

Dessa forma, a flexibilidade tem papel importante no currículo a fim de permitir a revisão de falhas no aprendizado relacionadas à estrutura, implementação, cenários contemplados, teoria ou prática envolvida, enfim, garantir que realmente as atividades teóricas e práticas possibilitem o efetivo aprendizado, de forma integrada e interdisciplinar, conforme apontado nas DCENF (KEISER, SERBIM, 2009).

Isso traz repercussões para a formação política e cidadã dos acadêmicos dentro do ambiente universitário, além de outras contribuições apontadas por Soares (2008), nas experiências vitoriosas de construções coletivas de PPPs dos cursos de graduação. A autora destaca alterações significativas nos cursos, em seus currículos e metodologias empregadas, beneficiando os diversos atores envolvidos no processo de ensino, entre eles, especialmente, os acadêmicos.

O curso de Enfermagem da UEMS, tendo adotado essa postura participativa dos alunos na formulação e implementação do PPP de 2004, elegeu-a como um fator de evolução, uma vez que o acadêmico é a peça fundamental para o processo de aprendizagem. Sob esse

aspecto, pode-se enfatizar o papel desenvolvido pelos atores envolvidos nos processos de formulações de políticas, por meio de discussões e embates, em uma relação estabelecida entre o global e cada setor específico (AZEVEDO, 2001), tendo o aluno, assim como o egresso, destaque nesse cenário, haja vista que é o alvo das políticas educacionais e de saúde, em sua confluência.

Durante a pesquisa, os egressos também foram interpelados se estavam de acordo com a estrutura promovida, ou seja, Projeto Político Pedagógico do curso, no seu período de formação. Houve divergência nas respostas das turmas de 2004 a 2006, que demonstraram, novamente, o desconhecimento do PPP no seu período de formação, além das dificuldades relacionadas ao conteúdo de saúde pública:

A gente nem foi questionada se estava de acordo ou não. Era isso ou era isso, aceitar ou você vai procurar outra faculdade para fazer. Então nós não fomos questionados [...] (E 3).

(risos)... Assim, a gente não tem conhecimento, não é? Chega novinho, tudo é novidade, a gente não tem muito que concordar ou não (E 4).

Em parte. Eu pelo menos concordava em parte. Por exemplo, eu concordava com o estágio no 2º ano, que eu achava que era base. Eu não concordava era com aquele estágio de administração em saúde pública, que eu achei que ficou muito escasso (E 5).

Entre os egressos de 2007 a 2009, também houve desacordo nas respostas, em que os egressos apontaram dificuldades pessoais na relação com o projeto. Observa-se nas falas, que poucas são as referências à unidade temática. Ao contrário, os egressos faziam mais uso dos termos disciplina, matéria, demonstrando a dificuldade em distanciar-se de uma matriz curricular fragmentada em disciplinas e aproximar-se da proposta curricular integrada.

De acordo com Santomé (1998), o currículo no modelo linear disciplinar é a organização mais clássica dos conteúdos, no qual várias disciplinas são agrupadas, geralmente sem planejamento mais profundo. O autor aponta que essa forma de apresentação dos conteúdos, conduz o aluno à sua memorização, sendo assim a formação do conhecimento acadêmico, fragmentado, descontextualizada da realidade cotidiana, sem encontrar-se com o conhecimento social. Sob essa configuração, o ensino pauta-se na transmissão de conhecimentos, e o processo crítico-reflexivo não é desenvolvido pelo aluno.



Frente às necessidades direcionadas pelas DCENF na formação de um profissional enfermeiro crítico-reflexivo, problematizador da realidade, essa configuração curricular tornou-se inapropriada para o MEC, que solicitou por meio das diretrizes, o emprego de novas organizações e conceitos pedagógicos. Dessa forma, a proposta de um currículo integrado apresentou-se como uma opção estratégica no cumprimento das diretrizes, além da adoção de práticas pedagógicas inovadoras.

Santomé (1998, p. 112) afirma que o currículo integrado possibilita nexos de “[...] argumentos que justificam a globalização e os que procedem da análise e defesa de maiores parcelas de interdisciplinaridade no conhecimento e da mundialização das inter-relações sociais, econômicas e políticas”. Expressando na política curricular, as tendências das políticas globais, em um movimento de recontextualização contínua.

Stedile e Friendlander (2003) apontam a dificuldade nessa proposta de mudança de configuração curricular, na qual a certeza é substituída pela incerteza, valorizando as questões relativas ao erro e à dúvida; a compreensão linear dos acontecimentos causa-efeito para uma visão multideterminada; o enfoque fragmentado dos conteúdos pela perspectiva da interdisciplinaridade.

Sob esse aspecto, ao analisar a matriz curricular e as falas dos egressos, observa-se, em determinadas situações que o conflito não se encontra exatamente na proposta curricular, mas sim na forma como esta vem sendo implementada.

Olha, sinceramente, não. Eu não gostei do meu projeto. Eu achei, assim, que a gente perdeu um pouco assim do foco, em algumas disciplinas. Não tinha como a gente estudar, por exemplo, uma disciplina só...se dedicar só aquele, só aquela disciplina, sabe, eu...eu..como fala...eu tive problemas no meu plano de estudos, assim, eu mesma, assim, de conciliar o plano de estudo (E 7)...

É...esse projeto, eu acho assim que ele, a gente teve um pouco de conhecimento sim, não poderíamos avaliar como isso tinha a ver, mas foi legal, eu achei que foi bom, mas faltaram, por exemplo, algumas matérias, digamos. É, não sei se porque daí reduziu muito a parte hospitalar, mas acho que assim, trabalhar também um pouco mais de técnicas mesmo, a semiologia (E 8).

Ali o projeto traz o conteúdo da saúde indígena e mostra tudo muito bonito lá [...] tem que conhecer e na realidade não acontece nada disso, entendeu (E 13)?

Dessa forma, as dificuldades relatadas pelos egressos a respeito do currículo integrado demonstraram que a mudança, no geral, brusca, de um modelo de ensino vivenciado na

educação básica, no formato tradicional de organização curricular e de práticas pedagógicas, para a proposta de ensino do curso de Enfermagem da UEMS, necessita de maiores discussões e estudos a respeito de matrizes curriculares integradas. Essa discussão deve envolver discentes e também docentes, para que a proposta torne-se clara e coesa, para todos os atores envolvidos.

Rodrigues e Caldeira (2008) apontam que entre os cursos de graduação em enfermagem no Brasil, há uma diversidade de propostas curriculares, desde as inovadoras, que adotaram currículos integrados, por exemplo, até as mais conservadoras, que mantiveram-se na estrutura disciplinar. Todavia, observa-se uma tendência dos cursos de graduação em Enfermagem na adoção das propostas pedagógicas inovadoras, com metodologias ativas, tendo destaque nesse processo a pedagogia da problematização<sup>34</sup>.

De Sordi e Bagnato (1998) alertam que se torna um equívoco afirmar que os avanços ocorrem pautados apenas nas inovações de práticas de ensino. Para as autoras, esse fator é insuficiente, pois, na verdade, mantém por trás dessas propostas concepções anteriores que permanecem ativas na condução da formação. O diferencial estará na utilização dessas capacidades, que vêm sendo despertadas, para aspirações sociais maiores. As autoras propõem uma verdadeira e profunda renovação, para além de apenas disfarçar mudanças, mas sim, instaurar um processo de renovação, comprometido com as questões sociais, como o direito e a cidadania.

Sob esse entendimento, ressalta-se que a proposta curricular do curso de Enfermagem da UEMS, ao utilizar-se do formato integralizado, associado a propostas pedagógicas inovadoras, deve efetivar-se abrangendo docentes, discentes, e demais atores envolvidos no processo, em um movimento de ressignificação do ensino. Entretanto, os depoimentos dos egressos apontaram para dificuldades pessoais com relação ao PPP, além de dificuldades dos próprios docentes com relação à sua implementação, o que reforça a necessidade de se manterem as atividades de discussão e debate acerca do PPP para discentes e docentes, como o curso vem buscando realizar desde 2004.

---

<sup>34</sup> A pedagogia da problematização desloca o foco nos conhecimentos ou ideias, assim como os comportamentos corretos e fáceis, para o investimento do aumento da capacidade do aluno em identificar os problemas reais e encontrar soluções criativas para eles. Dessa forma, a capacidade de formular questões relevantes deve ser desenvolvida em todas as situações, a fim de compreendê-las e resolvê-las da melhor maneira possível (BORDENAVE, 1999). Assim, essa pedagogia aproxima-se mais das novas exigências do mundo do trabalho, na formação de um profissional flexível, criativo e, principalmente, produtivo.

A gente reivindicou umas coisas e a professora X questionou que a gente não entendia como funcionava o PPP. A partir daí a gente entendeu como funcionaria e durante o curso nós percebemos que os professores não entendiam e a gente entendia quase mais do que eles sobre o projeto pedagógico. Alguns professores entendiam, outros não (E 15).

Com relação às modificações curriculares que ocorreram no ensino superior em Enfermagem e que repercutiram nas alterações do curso, os egressos de 2004 a 2006 argumentaram que não tinham conhecimento das razões da mudança na política de orientação curricular, conforme demonstra a fala de E 6:

Não. A gente só viu os calouros falando como eram as provas, os módulos (E 6).

De Sordi e Bagnato (1998) afirmam que o Estado tem desenvolvido uma política de educação, destacando-a, a fim de preparar recursos humanos que correspondam ao novo ritmo de desenvolvimento imposto internacionalmente, com vistas à produtividade e competição internacional.

Dessa forma, Laluna e Ferraz (2003) destacam que a Enfermagem brasileira, especialmente a partir da última década do século XX, vem procurando mudanças em sua formação. Essas transformações visam corresponder às mudanças ocorridas no mundo do trabalho, às competências necessárias à categoria, seja em nível profissionalizante, seja em nível de graduação, e ao envolvimento com as entidades de classe, e a participação na implementação do SUS.

Para atender a essas demandas, é necessária a transformação no processo ensino-aprendizagem tradicional. Assim, para a construção do novo perfil profissional, acredita-se que deva haver a participação de vários atores: acadêmicos, egressos, profissionais dos serviços, incluindo os gestores, representantes da classe profissional e da sociedade civil (SILVA, SENA, 2006).

Os egressos de 2007 a 2009, em sua maioria, demonstraram também desconhecimento com relação a todo o processo das modificações curriculares, com exceção de egressos que desenvolveram pesquisas no campo da saúde coletiva e tiveram contato com a literatura que trata dessas transformações, conforme explicitam as transcrições a seguir expostas:

Na verdade eu comecei a perceber um pouco porque daí eu comecei a ter projetos na área de saúde pública e aí eu comecei a ler. Aí que eu comecei a entender porque que a UEMS teve que realmente mudar, então, mas... e acredito que muita gente percebeu isso só depois que se formou (E 8).

Eu acho que teve uma inversão muito rápida do currículo passado para o novo. Porque antes era a prática curativa e mudou assim, muito rápido pra preventiva e ainda está sofrendo adaptações (E 11).

Pode-se observar que um dos egressos que conseguiu observar as mudanças curriculares, aponta que elas ocorreram de forma rápida. De fato, pode-se mencionar que as mudanças nas orientações curriculares para o curso de graduação em Enfermagem se deram em um curto espaço de tempo, considerando que as alterações normativas ocorreram de 1994 para 2001. Para alguns egressos, como E 15, o desconhecimento a respeito das questões políticas que motivaram as alterações curriculares desperta dúvidas e equívocos, ao contrário do entendimento sobre essa questão alcançado por quem teve contato com a literatura da área, como E 8:

Eu entendi como uma chamada do Ministério da Saúde, através da ABEn para que formasse novos enfermeiros para a Saúde Pública e deixaram a hospitalar a desejar. Já que aqui era uma área que viria PSF, talvez em outras faculdades ainda não tenha o mesmo currículo porque a necessidade era de enfermeiro de hospital. Eu achei que a UEMS obedeceu a essa regra de formar enfermeiros para a Saúde Pública (E 15).

[...] ele é importante porque ele veio atender ao que todo o Ministério da Saúde pública que era formar enfermeiros para o PSF, então introduzir mais conteúdos de saúde pública é tudo o que a gente precisava, porque senão o SUS busca enfermeiro para PSF, não PSF, para a ESF, Estratégia Saúde da Família e aí a UEMS forma para o hospital (E 8)?

Em estudo realizado por Keiser e Serbim (2009) junto a acadêmicos formandos de um curso de graduação em Enfermagem, as autoras apontaram que embora os alunos reconhecessem as DCENF como uma proposta positiva para sua formação, eles conheciam pouco a esse respeito.

Acredita-se que nos momentos de discussão propiciados pelo curso de graduação em Enfermagem na UEMS, as disposições políticas que impulsionaram as mudanças curriculares devam ser destacadas como norteadoras desse processo, em um movimento que leve os discentes e docentes a uma verdadeira reflexão a respeito das questões políticas inerentes a essas transformações. Despertando uma postura crítico-reflexiva desse futuro enfermeiro,

ainda em seu processo de formação.

Quando questionados se haviam compreendido a proposta do curso para a formação do enfermeiro em relação às solicitações da empregabilidade, como acadêmico, os egressos do PPP de 1998 apontaram, de forma geral, que era voltada para a formação hospitalocêntrica:

Formava para área hospitalar (E 2).

Eu acho que a faculdade em si, ela puxa um pouco para área hospitalar (E 3).

Esses argumentos refletem a formação de caráter curativo, focado na doença, em que foi organizado o currículo de 1998. No entanto, os egressos do PPP de 2004 indicaram que sua formação foi voltada para outra área, denominada pelos egressos de saúde pública, o que reflete a mudança do curso implementada para atender às orientações das DCENF:

Eu acho que esse projeto ele voltou mais, realmente, para enfermeiro em unidade básica, eu acredito que era mais isso (E 7)...

Era muito forte que você tinha que ter a comunicação, você tinha que ter a prevenção. Até como a E 7 falou, até nos hospitais, a gente tinha que ir conversar com o paciente, orientá-lo. Era orientá-lo, principalmente que a gente fazia. No estágio a gente ia lá conversar, assim, explicar como que ia fazer com aquela receita, como que ele ia proceder na sua casa por conta daquilo...então assim, eu achei muito forte a questão da orientação (E 8).

Eu acho que era mais para saúde pública. Bem pouquinho, mas puxou mais para saúde pública, [...] pelo menos para mim conseguiram passar aquela visão holística, sempre ver o todo (E 9).

Mas acho assim que 1% eu acho que preparava mais para saúde pública (E 10).

E com relação à empregabilidade, visava mesmo a saúde pública. [...] Eu acho assim, todo mundo achava que ia conseguir um trabalho na saúde pública e o que a gente está percebendo é que a maioria que saiu está no hospital (E 16).

Os egressos apontaram o incentivo dos docentes com relação à prevenção, inclusive em ambiente hospitalar, como um movimento que reforça o princípio de integralidade proposto pelo SUS, demonstrando o comprometimento do curso com a política de educação e a política de saúde, em sua confluência na formação do profissional enfermeiro. Ressalta-se a importância desse direcionamento, como demonstra o depoimento de E 16, pois, embora a

expectativa de emprego<sup>35</sup> seja em uma área, o enfermeiro deve ter uma formação generalista, de acordo com as DCENF, estando apto para atuar nos diferentes cenários institucionais.

Mas embora o foco da matriz curricular de 2004 tenha sido visto pelos egressos como voltado para a saúde coletiva, ainda se observa a força da idealização do enfermeiro em área hospitalar, difundida por tantos anos, como demonstra a fala de E 7, que mesmo tendo sido formada dentro de uma perspectiva preventiva, afirmou:

Não sei, é o que eu sempre penso, enfermeiro é no hospital (E 7).

Quando questionados a respeito dos conteúdos abordados na graduação, os egressos do período de 2004 a 2006 destacaram a deficiência com relação à saúde coletiva, ao contrário dos conteúdos voltados para a área hospitalar, demonstrando que a matriz curricular de 1998 tinha forte tendência para as questões hospitalares, conforme a legislação de 1994 em que foi baseada para sua formulação:

Eu sai da faculdade sem entender o que era uma rede, o que era uma atenção básica, o que era uma atenção especializada, eu não entendia isso de forma nenhuma. Eu saí da faculdade sem saber saúde pública, e a gente não tinha tanta facilidade a recorrer hoje como se tem internet, os livros lá eram superconcorridos (E 2).

O que dificulta o [...] trabalho, eu coloquei saúde pública, conhecimento sobre saúde pública, porque foi muito precário. A gente aprende trabalhando, no dia a dia que a gente vai aprendendo, você sai de lá muito “basicão”. Diferente da hospitalar, acho que a gente tem uma boa base hospitalar (E 3).

Na disciplina, principalmente, em saúde pública, faltou ver muita coisa que reflete ainda, tem gente ainda que está há mais tempo na saúde da família e não tem dificuldade...eu tenho, muita, que eu saí da faculdade, fiquei no hospital, e vim para saúde pública, piorou. É como se estivesse saindo agora, realmente é... É complicadíssimo, não tive os estágios. Acho que a área hospitalar, assim, foi... é bom (E 4).

Eu acho que o que mais faltou foi a saúde pública, essa que as meninas ficam três meses lá no posto, para nós seria interessante. Aprende bastante (E 6).

Os egressos de 1998 ainda citaram a experiência dos estágios supervisionados inseridos na matriz curricular de 2004, sinalizando interesse e uma visão positiva a respeito dele.

---

<sup>35</sup> Sobre a mudança no mundo do trabalho para o enfermeiro em Dourados/MS, ver a página 90 deste trabalho.

A reformulação do PPP em 2004 buscou atender às orientações das DCENF de 2001, além das necessidades levantadas pelos egressos do projeto anterior. Para tal, houve aumento de carga horária teórica e prática destinada aos conteúdos de saúde coletiva. Além do desenvolvimento do estágio supervisionado na quarta série nos cenários hospitalar e de saúde coletiva, equitativamente. Os egressos de 2007 a 2009, durante a realização dos grupos focais, fizeram as seguintes observações acerca dos conteúdos curriculares:

A teoria foi bem...eu achei que foi bem boa. E o que eu acho que foi muito bom no curso também foi o estágio supervisionado. Tem saúde pública que bastante gente não foi formado para isso, eu vi até na minha pós-graduação um monte de gente, que eu fiz em saúde pública, várias pessoas de outros cursos falando que não tinha na faculdade essa visão e a gente até levanta a mão e não, na nossa foi, e o pessoal falando que não, e daí começou saúde pública e hospital, hospital também, daí integralizou tudo, porque o SUS aborda tudo, não é só, igual tem assim, posto de saúde, é tudo... hospital. Então o conteúdo acho que foi bem bom, aula prática, estágio (E 9).

O depoimento de E 9 reflete a mudança ocorrida no curso de Enfermagem da UEMS, referente aos conteúdos de saúde coletiva, em uma visão de integralidade da assistência. Infere-se que o curso procurou ofertar um ensino pautado realmente pelos princípios e diretrizes do SUS, que abrange todos os níveis de atendimento, seja em ambiente hospitalar, seja em nível de atenção primária. Acredita-se que essa postura tenha sido incentivada desde a construção do PPP de 2004, que ocorreu de forma coletiva, envolvendo todos os atores do processo, que foram imbuídos dessa nova concepção.

A referência de E 9 sobre outros profissionais da área da saúde de desconhecerem o SUS remete a não adesão dos cursos à política educacional atual. Como Soares (2008) afirma, desde a construção dos PPPs em reuniões fechadas, o que tem como consequência profissionais não capacitados para atuar no SUS no sentido de realmente efetuar a mudança no panorama da saúde brasileira, tão necessária. A respeito dos conteúdos curriculares, os egressos de 2007 a 2009 ainda afirmaram:

Eu acho que concentrou muito a saúde pública. E a saúde hospitalar, só no terceiro ano, então ficou só no terceiro e o restante para a saúde pública (E 12).

Os egressos apontaram que os conteúdos presentes na matriz curricular, privilegiam a saúde coletiva em detrimento das questões específicas à área hospitalar, o que para eles gerou

insatisfação e insegurança, especialmente para os que atuam em instituições hospitalares. Além disso, afirmaram a concentração de conteúdos em uma série específica do curso, a qual é destinada à área hospitalar, levando a sobrecarga na respectiva série:

Eu acho que o que eu senti mais dificuldade é a questão da distribuição dos conteúdos que sobrecarregavam em alguns anos (E 12).

Terceiro ano (E 16).

No primeiro e segundo ano a gente estava naquela pilha toda de querer saber tudo e tosavam a gente. No terceiro ano... bombardeavam (E 12).

A desculpa que era no segundo ano é que você ainda não precisaria saber tal técnica, daí você chega no terceiro ano automaticamente, formou, passou o segundo, terceiro, pronto, agora você já precisa, independente se você teve a aula prática, se você foi para o laboratório, se você ..tanto faz...tinha que saber (E 15).

Observa-se nas colocações dos egressos que a configuração da matriz curricular de 2004, ao propor o enfoque na política de saúde do país, deslocou o foco das atividades hospitalares para as de saúde coletiva, garantido, inclusive, pela carga horária destinada a cada conteúdo: 1.054 para a área hospitalar, 1.360 horas para a saúde coletiva, incluindo os estágios supervisionados. A consequência apontada pelos egressos culminou com a concentração do conteúdo hospitalar, detentor de práticas específicas de maior complexidade, na terceira série com menor carga horária, havendo implicação para a parte tecnicista da formação do enfermeiro.

Os egressos do período entre 2007 e 2009 apontaram a necessidade de priorizar carga horária para as atividades práticas de semiologia, destacando o déficit em alguns conteúdos específicos, como em UTI e urgência e emergência, além de atividades administrativas, ressaltando o que havia sido apontado nos questionários com relação a essas áreas de saber.

Destaca-se a preocupação dos egressos com as questões práticas da profissão, bem como as próprias da administração dos serviços de Enfermagem, baseando-se em suas experiências profissionais, afirmando que uma das atividades do enfermeiro consiste no gerenciamento e administração do serviço de Enfermagem.



Insuficiente técnica, prática, no laboratório lá (E 8).

Eu acho que o currículo tem muita carga horária, que podia ser substituído por ações da realidade de gerenciamento e questões administrativas que ocupa, que estão fazendo falta hoje, não só para quem saiu, como para quem está vivenciando tanto no terceiro módulo, como no quarto módulo que ano que vem vai estar aí, fora, formado, tendo as mesmas dificuldades que a gente está passando hoje em dia (E 11).

Os conteúdos, a carga horária, é uma carga horária boa, para um curso universitário, terceiro grau, uma graduação, é uma carga horária suficiente, mas às vezes, o que acontecia, sobrecarregava alguns professores e alguns professores que não tinham especificidades, às vezes tinham uma carga horária maior, que poderia estar passando essa carga para outros conteúdos específicos do curso. [...] No caso UTI, que são as unidades críticas, a prestação de assistência ao paciente gravemente ferido, ao paciente clínico, ou o paciente politraumatizado. Então essas aulas aqui eu achei poucas, tanto a teoria, quanto as aulas práticas (E 10).

Cientes da importância da prática durante a graduação, esse tema foi bastante destacado pelos egressos das seis turmas pesquisadas, assim como a questão da pouca utilização dos laboratórios de técnicas de Enfermagem, conforme demonstrado pelas transcrições a seguir:

Eu acho que a gente deveria ter tido mais aulas práticas no laboratório, achei que a gente teve muito pouco (E 2).

Outra coisa que eu achei que faltou para gente, uma monitoria, aula de laboratório. A gente teve pouquíssimas aulas de laboratório, pouquíssima (E 5).

Eu acho que precisa mais aulas de laboratório, aula prática com o professor ensinando realmente, cada um ter que fazer, não faz um, dois aquilo e pronto, já muda a técnica, então assim, precisa de tempo para fazer isso (E 8).

Eu já acho que faltou um pouco de prática. Podia levar mais ao laboratório, mostrar mais, porque é diferente a pessoa falando... [...] quando você está no laboratório, você vai ver e você grava aquilo, não vai esquecer depois (E 9).

O fato também de não ter tido aulas de práticas necessárias de semiologia, acarretava também. Porque como é um currículo integrado, se não é feito corretamente no primeiro ano, vai comprometer o próximo ano, entendeu, e assim consequentemente (E 12).

O laboratório de semiologia, se for contar quantas vezes nós fomos durante toda a faculdade não dá nem quatro vezes. Seria legal se a gente tivesse aquelas aulas, ó, vai dar aula de tal coisa, aula teórica e depois laboratório, já direcionado no currículo lá, aula obrigatória de laboratório (E 15).

E o conteúdo de semiologia, que é o que a gente reclamou, é o que mais me faz falta hoje, que é a prática (E 16).

Pode-se observar que existia grande expectativa por parte dos egressos, enquanto ainda acadêmicos, na realização das técnicas, dos procedimentos de Enfermagem, valorizando, dessa forma, a parte tecnicista da formação do profissional enfermeiro. Fica explícito, inclusive, nas manifestações, que a segurança dos egressos encontra-se, em grande parte, ancorada na realização de procedimentos técnicos durante a graduação, haja vista a prática constituir uma parcela importante do conhecimento do enfermeiro, embora não seja a única.

Os egressos do referido currículo, destacaram que a matriz curricular de 2004, por ser integrada, propicia o acúmulo de deficiências que, adquiridas no início da graduação, conseqüentemente repercutirão nas próximas séries do curso.

O currículo de 2004, buscando seguir as orientações das DCENF propõe que parte do aprendizado do aluno seja desenvolvida por ele mesmo. No entanto, as colocações dos egressos remetem à preocupação demonstrada por Bagnato e Rodrigues (2007) com relação à adoção de determinadas pedagogias que não privilegiam a transmissão de conhecimento, considerando a questão prática ser relevante para a formação do enfermeiro. As autoras afirmam que não se trata de defender o ensino tradicional, possuidor de várias limitações, mas atentar-se para que a formação não se transforme em rasa e inconsistente.

O que nós percebemos agora, como a gente ainda vive em Dourados, como a gente tem contato com bastante enfermeiros que formaram lá (UEMS), nós sentimos que eles são muito mais preparados para lidar com assistência de emergência e aquelas coisas do dia...Exige do enfermeiro mais um conhecimento fisiopatológico, vamos dizer assim, uma assistência curativa, talvez porque o modelo antigo seja da assistência curativa, e nós temos uma imensa capacidade de dar uma aula, explicar, tudo, junto a uma pessoa, coisa que...é..o currículo está voltado para você fazer isso, ser um enfermeiro de saúde pública, vamos colocar dessa forma, a saúde hospitalar foi comprimida dentro desse currículo, só que na hora da cobrança dentro da saúde hospitalar, dentro do currículo é muito grande e acaba assim...e não tem, você não tem oportunidade, não tem professor, não tem carga horária para esse professor conseguir ministrar o que ele exige da gente. Em contrapartida, talvez, a saúde pública, onde você tem políticas, didática e toda aquela parte de prevenção....aprendi muito com a didática, na sala de aula, aquelas aulas com dinâmica, dava para você ver uma folga assim...coisa diferente da saúde hospitalar, então acho que puxou sim para a saúde pública, mas deixou muito a desejar na saúde hospitalar, comprimiu...deveria ter aumentado a saúde pública, mas não tirado a saúde hospitalar, eu acho que o enfermeiro, nós enfermeiros, eu estou na saúde hospitalar, E 60, hospitalar, E 51, hospitalar. Não sei, nós estamos sentindo muita dificuldade na saúde hospitalar, porque foi falta realmente de conhecimento teórico, científico e prático (E 15).

É importante destacar que o curso de Enfermagem ainda possui parte considerável de docentes sem qualificações *stricto sensu*. Dessa forma, os egressos apontaram que muitas dificuldades com relação aos conteúdos ocorreram devido aos afastamentos de professores para capacitação, o que ocasionou muitas vezes atraso do conteúdo, além de outras dificuldades. Os depoimentos apontaram que muitas dificuldades com relação a semiologia ocorreram devido às mudanças de professores que saíram para capacitação, o que os egressos apontaram como comprometedor ao desenvolvimento integral proposto para os conteúdos.

A colocação dos egressos do curso de Enfermagem da UEMS vai ao encontro do estudo realizado por Silva e Sena (2006), no qual os participantes destacaram que a formação do enfermeiro no curso pesquisado vem concentrando-se nas áreas sociais e políticas, em detrimento das questões práticas do ensino. Dessa forma, as autoras apontam uma nova forma de fragmentação do ensino, no qual não há equivalência das questões técnico-científica e político-social.

Acredita-se que no processo de ensino-aprendizagem vivenciado pelo acadêmico de Enfermagem em sua formação, frente às peculiaridades e especificidades que o curso de Enfermagem requer para a formação de um profissional atual há a necessidade da convivência e do possível diálogo entre a educação tradicional e a inovadora proposta nas DCENF. O atual perfil do profissional envolve as seguintes características: crítico, reflexivo, capaz de conhecer e intervir na realidade, com compromisso social e de cidadania, mas que também respalde suas ações no conhecimento técnico-científico.

Corroborar-se com a postura reflexiva de Rodrigues e Bagnato (2007) acerca de uma adesão às propostas pedagógicas inovadoras sem estudo aprofundado a esse respeito. Afinal, são conhecidas as deficiências e qualidades do ensino tradicional, mas e com relação às novas pedagogias? É nesse sentido que se acredita na importância dos momentos de discussão e debates acerca desse processo de mudanças no ensino da Enfermagem, destacando o papel dos atores envolvidos, numa correlação de forças, envolvendo as estratégias de cada ator.

Observa-se nos relatos dos egressos a pequena utilização dos laboratórios do curso nas aulas práticas, o que é um fator importante para a integração teoria-prática. Cumpre destacar que esses são momentos focados nas técnicas, ou seja, na prática inerente ao enfermeiro, propiciando ao acadêmico a materialização do conhecimento adquirido na teoria.

Dessa forma, infere-se sobre a necessidade por parte dos docentes de maior exploração

dessa possibilidade de ensino, tendo em vista a relevância destacada pelos egressos desses momentos de formação. Acredita-se que, se estimulados durante as aulas práticas em laboratório, os acadêmicos corresponderão melhor às expectativas com relação à realização de monitoria. Dependendo da carga horária e da complexidade da técnica ensinada, muitas vezes torna-se impossível que todos os acadêmicos a desenvolvam completamente, havendo a possibilidade do desenvolvimento de monitorias para sanar essa questão.

Entretanto, quando questionados sobre a realização de monitoria, observa-se que o alcance de seu objetivo vem tendo dificuldades em sua concretização, pois não há uma procura efetiva por parte dos egressos. Como solução, os egressos indicam mecanismos que a tornassem obrigatória, o que remete novamente ao ensino tradicional, em que o aluno realiza atividades mediante uma obrigatoriedade. Essa visão dos egressos difere da proposta de formação presente nas DCENF em que o acadêmico deve “aprender a aprender”, e que é propiciada pelas monitorias desenvolvidas no curso de graduação de Enfermagem da UEMS.

Eu acho que... não sei se para os próximos iria contribuir, mas a monitoria poderia entrar como uma disciplina, eu acho que iria ajudar bastante (E 7).

Se você pegar uma sala inteira, dois alunos podem ter feito isso, então, assim, acho que no segundo ano a gente não tem muito essa cabeça, assim, de uma responsabilidade profissional de que você tem que aprender. Eu acho que tinha de ter um pouco mais obrigatório [...] que tivesse uma carga horária (E 8).

A gente procurava a monitoria acho que... em época de prova (E 9).

Tivemos no primeiro ano, mas era muito novo, era muito novo. Havia monitores quando nós estávamos no primeiro, quando o pessoal do segundo dava monitoria, mas não...era muito novo...Já com a nossa turma foi mais tranquilo a parte de monitoria, porque já éramos a segunda turma. [...]. Eu fui monitor de semiologia, então havia procura, às vezes os alunos me procuravam, mas não era com muita frequência, também não eram muitos que procuravam (E 10).

Esse é outro ponto que demonstra a fragilidade na adaptação dos acadêmicos à proposta do curso. Entende-se que mecanismos de estímulo devam ser criados no sentido de despertar o interesse do acadêmico com relação às monitorias, como parte integrante do processo de aprendizado.

Os egressos formados no PPP de 1998 demonstraram interesse a respeito do estágio curricular supervisionado contido no PPP 2004. Dessa forma, quando questionados se gostariam de ter tido essa experiência em seu período de graduação, a maioria afirmou que

tinha interesse. Entretanto, alguns apontaram que não gostariam, pelo fato de ficarem dependentes do enfermeiro do serviço, apenas E 5 levantou a hipótese de que talvez esse formato de estágio possa produzir insegurança no acadêmico, considerando que a segurança adquirida na graduação deveu-se, em parte, à presença constante do professor durante a realização das atividades práticas. Para alguns egressos o estágio poderia ter outro formato, com o professor mais próximo do acadêmico, permanecendo no local de estágio durante sua realização.

[...] eu não gostaria. Acho que eu não seria tão segura hoje se tivesse tão à distância assim (E 1).

Eu acho que sim. Porque quer queira, quer não, isso te deixa mais à vontade, longe do professor, se você está fazendo certo, se você está fazendo errado, no futuro você vai saber...fiz tudo errado na época em que eu era acadêmica. [...] Mas eu acho que eu gostaria de ter tido sim, mas não tão de longe, entendeu? Não tão longe, e no setor, acho que poderia ser supervisionado um pouco mais próximo. Assim, como posso dizer, ficar lá no hospital, qualquer coisa que precisar ele (o professor) está lá, na dúvida, você tem aquele suporte, entendeu (E 3)?

Eu também não gostaria não. Eu acho que você também acaba ficando dependente dele, igual E5 falou, algumas pessoas dos setores, alguns te recebem bem, outros não. Colegas enfermeiros mesmo, que eu passei por eles eu não tive boa experiência. Hoje não, hoje a gente consegue entender as dificuldades, mas até então você acha que as pessoas não fazem porque não têm vontade (E 2).

Ah, com certeza. Eu acho que dá mais liberdade para o aluno [...] tira um pouco daquela pressão do professor em cima (E 6).

Eu também [gostaria de ter tido o estágio] (E 5).

No entanto, observa-se que esses egressos, que já receberam, ou estavam recebendo no momento da pesquisa, acadêmicos em estágio supervisionado em seus setores de atuação, apresentam pouco conhecimento a respeito do assunto:

Porque eu penso assim ó, pensa como era a gente...pelo menos, você pega aqueles funcionários lá (do setor de estágio) [...] vai fazer uma pergunta para um daqueles [...]. Então você vai ficar dependendo de um profissional que não está ganhando para te ensinar. Os meus funcionários falavam isso, “o E 5, não estou entendendo você ensinar esse cara aí”... E é verdade, é verdade, quem tem esse dever é o professor. É ele que tem a responsabilidade pelo aluno, é ele que está ganhando para aquilo, então, não sei, eu acho que.... eu não gostaria (E 1).

(sobre a avaliação) Nada melhor para falar do que quem está supervisionando ele realmente, que é o enfermeiro do setor. Então, não sei como que o professor consegue ter essa visão (E 3).

E acho que o fato de estar com um enfermeiro que não está te avaliando, que está ali mais para te ensinar mesmo (E 5).

O estágio supervisionado somente ocorre mediante um convênio formalizado entre as partes proponentes, ou seja, a UEMS e o serviço de saúde que receberá o acadêmico. Além disso, a avaliação do acadêmico deve ser realizada pelo professor enfermeiro e o enfermeiro responsável pelo setor onde o aluno se encontra. Isso demonstra que não está ocorrendo uma efetiva comunicação entre as instituições envolvidas, mais especificamente entre professores enfermeiros e enfermeiros responsáveis pelo serviço, o que pode influenciar o desenvolvimento dos estágios.

De acordo com Buriolla (2009), a implementação do estágio supervisionado desvirtua-se de sua proposta inicial, ao assumir outras formas, em que não serão contemplados os objetivos do estágio. A autora aponta diversas situações-problema que surgem ao longo do desenvolvimento do estágio, ora por conta da unidade de ensino, ora por conta da unidade de campo de estágio.

Buriolla (2009) destaca a importância do preparo dos profissionais para a operacionalização dos estágios, tanto os professores da instituição de ensino como os profissionais do serviço que receberão os estagiários, ressaltando, em especial, a preocupação demonstrada na fala de E 5 a respeito da colaboração da unidade de campo de estágio.

Garcia e Fagundes (2010) apontam que, entre os desafios encontrados para a implementação dos estágios nos cursos de graduação em Enfermagem, encontra-se a necessidade de formação de vínculos efetivos entre as instituições envolvidas, ou seja, a instituição formadora e a instituição receptora dos acadêmicos, em um compromisso de ambas as partes na formação do enfermeiro.

Em sua análise, E 5 ainda destacou que o estágio supervisionado possibilita ao acadêmico a vivência do papel administrativo do enfermeiro, que é de fundamental importância para as atividades profissionais cotidianas.

Eu acho até que essa parte aí, eu acho que até é o ponto alto desse projeto novo, sabe, é esse estágio em administração. Porque hoje em dia o enfermeiro ele é

administrador em qualquer lugar que ele trabalha. E eu acho que esses três meses de estágio, que eles ficam tanto no hospital quanto na unidade básica não é? Eu acho que supriu bastante essa carência que a gente teve que acho que é a maior reclamação de todo mundo na época (E 5).

Meira e Kurcgant (2008) apontam que as DCENF privilegiam competências relacionadas à ciência administrativa, quando afirmam que o enfermeiro deve ser capaz de tomar decisões, liderar, administrar e gerenciar. Dessa forma, observa-se que o curso tem buscado atender a essa orientação do Ministério da Educação, quando implementa as questões administrativas nas atividades teórico-práticas dos acadêmicos.

Todos os egressos formados entre 2007 e 2009 participantes dos grupos focais, que tiveram a oportunidade de desenvolver o estágio supervisionado, demonstraram em suas colocações, que ele foi de extrema relevância para sua graduação em Enfermagem:

Eu achei que eu aprendi mais no estágio do quarto ano (E 13).

Foi o melhor (E 15).

Porque não tinha pressão... Se você tinha interesse de aprender você corria atrás, se não, não ficava sendo pressionado. Porque daí você estudava o que você queria aprender mesmo, o que estava te dando dificuldade (E 16).

As falas demonstram que o estágio supervisionado tornou-se o “ponto alto” da matriz curricular, quando permitiu esse “amadurecimento” do acadêmico, sob diversos aspectos. Para Buriolla (2009, p. 13), o estágio é entendido como o “[...] *locus* onde a identidade profissional do aluno é gerada, construída e referida [...]”, pois privilegia a vivência do aluno na realidade do serviço, interagindo com o mesmo, o que leva a momentos de reflexão e crítica, na construção do futuro profissional, como exemplificam as falas de E 12 e E 13.

Você criava responsabilidade. Não é que a gente criava responsa... não sei se a palavra seria responsabilidade (E 13)...

Amadurecimento (E 12).

É, é isso, amadurecimento... seria a palavra certa. Porque daí a gente pega, faz algum curativo. Fez o curativo e está lá: **será que eu fiz certo** (E 13)?

Para E 7, o estágio teve certas dificuldades com relação ao enfermeiro do serviço, conforme demonstrado em sua fala:

[...] a gente não teve o acompanhamento do enfermeiro, que está lá dentro, na verdade, algumas coisas faltaram bastante, a postura e a conduta (E 7).

Entretanto, E 7 destaca que quando o enfermeiro do serviço colabora para que o acadêmico desenvolva seu estágio, este torna-se extremamente rico:

[...] a enfermeira que eu acompanhava ela tinha projetos, ela estava iniciando alguns projetos na comunidade. Então ela fazia grupos de mulheres, que era artesanato, o grupo dos adolescentes, que ela trabalhava capoeira, aí o grupo daqueles idosos, aquelas pessoas que vão todo dia no posto de saúde, mas não vão consultar nada, e acabavam arrumando a horta para ela, fizeram uma horta, só para eles ficarem...fazerem alguma coisa, cuidarem, então foi muito bom. Eu vi possibilidades de o enfermeiro poder trabalhar na parte de saúde pública, foi muito bom. E o que ela pode passar para mim e, eu...até, por exemplo, tinha carga horária lá, aí por exemplo, ia só de manhã, ou só a tarde, a gente podia fazer o horário. Aí a gente ia de manhã e a tarde e ficava, às vezes tinha alguma coisa interessante a tarde que não podia perder e acabava aproveitando. Acabava aproveitando bastante, o estágio, eu aproveitei bastante o estágio, muito bom. Gostei bastante. Esse estágio supervisionado à distância ele é muito bom (E 7).

Para E 8, o estágio...

[...] foi muito bom para gente, eu senti. Porque quando a gente entrou para trabalhar, parece que esse impacto de você...ah, eu sei que vou ter que chegar, conhecer todo mundo, ser simpática, ir conhecendo aos poucos o que eu vou ter que fazer. Então você conseguiu diminuir essa carga do primeiro emprego (E 8).

Para E 9 e E 10, o tempo de estágio também foi importante, como um fator positivo para sua graduação, possibilitando o conhecimento da rotina do serviço além da flexibilidade encontrada pelos egressos com relação aos horários na organização de seu cronograma de estágio:

O estágio foi, assim, ele deu uma... acho que foi a nossa última recapitulação, porque nós passamos a recapitular tudo o que tínhamos vivenciado antes. Então, naquele momento, estávamos no hospital, sozinhos, não tinha professor, o professor ele passava duas, três vezes na semana... E porque era um tempo, assim, prolongado, a gente acabava fazendo o nosso cronograma mesmo (E 10).



Isso eu acho muito bom, deixar o aluno sozinho, porque ele começa a atuar como enfermeiro mesmo, porque ele tem que se virar ali. Ali sozinho, tem um enfermeiro ali para ajudar ele, mas não é igual o professor. [...] três meses, muitas vezes a gente reclamava [...] mas é bom, você está aprendendo toda a rotina, a questão do fechamento de mês, você conhece a rotina inteira (E 9).

Além de destacarem o apoio ofertado pela equipe para eles:

E até os técnicos e o enfermeiro, eles cobram, se você está ali, eles querem alguma (E 9)...

Alguma coisa diferente (E 10).

Uma coisa nova. Eles falavam, ai que bom que você está com a cabeça nova, você vai trazer inovação. Todo mundo gosta (E 9).

Para os egressos de 2009, o estágio traz possibilidades como a troca de informações entre os profissionais do serviço acerca da evolução do cliente, possibilitando momentos de interação e reflexão junto à equipe na qual estão inseridos:

No terceiro ano as discussões feitas durante as aulas práticas [...] em relação à enfermagem, sem ter o médico presente, falta a opinião do médico, a mudança na conduta do médico de acordo com o que você estudou, coisa que hoje no campo [...] na terapia intensiva tem muito isso. Onde a E 60 está, então, realmente perguntam para você: enfermagem, fisioterapia...então você acaba... nossa... você é importante (E 15).

Acho também que é a visão dos outros profissionais, porque quando a gente está lá como estagiário.... depende muito do profissional também, tem médico com quem a gente conseguia discutir, mas assim eu acho que depende do profissional, da posição dele (E 16).

Chirelli (2002) aponta que diante das mudanças nas ações educativas em saúde e a complexidade das situações, destaca-se cada vez mais a importância do trabalho de equipes multiprofissionais que utilizem a interdisciplinaridade para a resolução dos problemas. Assim, o estágio supervisionado propicia momentos de reflexão dos acadêmicos com a equipe de saúde, desde que haja essa prática na equipe, obviamente, o que enriquece sua postura crítico-reflexiva e privilegia a interação teoria-prática a partir de vivências do cotidiano, instigando esse acadêmico em sua construção como profissional.

Os egressos de 2004 a 2006, em sua maioria, afirmaram uma relação positiva entre a teoria e a prática. No entanto, houve uma citação referente à fragmentação do aprendizado:

Mas eu acho que existia sim. Porque eu basicamente não ia muito bem nas provas teóricas, mas chegava na prática eu ia super bem. Daí que eu conseguia relacionar, porque quando está muito na teoria, você nunca viu aquilo, fica tão vago não é? Daí a hora que você vai fazer o procedimento, quando você vê a doença, vê os resultados do exame, vê como o paciente está, que sintoma...daí você começa a relacionar (E 1).

Difícil, rs... era muito quebrada, muito, muito, muito. Você estava vendo uma coisa na teoria, você ia para o hospital tinha coisa completamente diferente que você não tinha visto ainda. E a gente ia, principalmente cirúrgica e clínica médica, e aí tinha que ir lá (...) para ver o que era aquilo e tirar dúvida com o professor. Era bem diferente, tudo quebrado (E 4).

Tinha uma relação sim. Eles passavam tudo que a gente tinha que aprender [...] acho que era bem ligado, até assim, a prática com a teoria. Mas talvez na hora de chegar na prática, talvez na hora a gente não sabia colocar (E 6).

Para Chirelli e Mishima (2003) à medida que o sujeito une a teoria e a prática de forma crítica e consciente, ele realiza a práxis. As autoras afirmam que na construção de um currículo integrado, valendo-se de metodologias ativas de ensino, a integralidade do processo é importante uma vez que propicia aos atores envolvidos, como estudantes e docentes, a participação em todo o processo, reconhecendo-se como sujeitos ativos em seus papéis.

Para os egressos de 2007 a 2009, a relação entre teoria e prática na graduação também foi positiva. Ferraz, Krauser e Silva (2009) destacam, em estudo realizado com acadêmicos de Enfermagem do sétimo semestre, que as atividades teórico-práticas foram elencadas pelos alunos como a melhor forma de aprendizagem, uma vez que permite a aplicação dos conteúdos teóricos adquiridos nas atividades práticas do cotidiano da profissão.

Para E 41, uma das ferramentas que possibilitou essa boa interação foi o desenvolvimento dos estudos de caso durante as aulas práticas, possibilitando o aprofundamento acerca dos conhecimentos adquiridos durante as aulas teóricas.

Faltou um pouco no laboratório, mas a prática no estágio foi boa, porque a gente teve a aula prática e ia passando por professor e cada semana a gente ficava em um setor, passamos por todos os setores [...] e depois a gente ficou fazendo estágio supervisionado. Então foi boa a aula prática (E 9).

Foi boa, porque até mesmo na prática a gente tinha estudo de caso [...] Então já acabava dando suporte para a gente... a gente já tinha um conhecimento maior e

também de escutar os outros alunos. Um grupo de seis pessoas, seis pessoas apresentando seis estudos de caso. Então você acabava que, aprendendo o seu e o que o outro colega tinha para passar também (E 10).

Para Keiser e Serbim (2009), a perspectiva de aprendizagem através da problematização e de discussões de casos, como o estudo de caso citado por E 10, possibilitou maior destaque ao trabalho em grupo como estratégia impulsionadora dessa aprendizagem.

Por isso, o docente deve estar preparado para explorar possibilidades problematizadoras no cotidiano dos campos de aula prática e de estágio com o intuito de estimular o acadêmico em sua visão crítica, aprofundando análises, em busca de propostas e soluções possíveis de serem implementadas, o que envolve a apropriação da práxis, além do estabelecimento do vínculo entre instituição formadora e instituição cedente do campo.

Para os egressos de 2009 houve “muita cobrança” por parte dos docentes, em termos teóricos e práticos, o que suscitou insegurança, pois alegaram não ter recebido toda aquela teoria em sala de aula.

É o que a gente falou, era pouca teoria e na prática cobrava muito. Cobravam muito, como se toda aquela teoria tivesse sido passada (E 16).

Infere-se desse posicionamento, novamente, a incompreensão a respeito da proposta curricular de 2004, no tocante ao aprendizado desenvolvido pelo próprio aluno, quando o professor tem o papel de facilitador desse processo. Além de o aprendizado constituir-se não somente em sala de aula, mas nos serviços de saúde onde eram realizadas as aulas práticas e os estágios.

Entende-se que há a necessidade de mudança nessa visão reducionista e de certa forma acomodada, pois como Gadotti (2000) afirma, a educação pautar-se-á por uma postura contestadora, com maior enfoque nas transformações sociais do que na transmissão cultural.

Nesse sentido, a pedagogia da práxis, entendida como uma pedagogia transformadora apresenta-se como o caminho eleito pelas políticas públicas para subsidiar as transformações educacionais que vêm ocorrendo direcionadas ao atendimento das expectativas do mundo do trabalho contemporâneo.

Todos os egressos do PPP de 2004 apontaram que a avaliação vem se caracterizando de forma complexa para o acadêmico, demonstrando que esse ponto ainda merece maiores esclarecimentos.

Para Gómez (1998), a avaliação autentica a obtenção do conhecimento que terá validade social e que poderá ser utilizado como valor de troca nas questões profissionais, comerciais e pessoais. Esse enfoque no valor de troca condiciona e artificializa o processo de aprendizagem.

Zabala (1998) afirma que as provas tradicionais trazem vícios, uma vez que estabelecem determinadas relações entre professores e alunos revestidas de hipocrisia. O autor afirma que o objetivo dessas avaliações não é conhecer as deficiências do aluno, para então intervir no sentido de saná-las, mas levar o aluno a evidenciar que conhece muito mais.

A respeito da avaliação, o PPP de 2004 afirma que “[...] deve focar-se no processo e não no produto; deve-se identificar o mérito ou relevância do que se vai avaliar e observar os vários processos em curso [...] portanto não deve ocorrer no final do processo” (UEMS, 2003, p. 51).

Sob esse entendimento, tendo o curso adotado o currículo integrado, o PPP também propõe avaliações planejadas em conjunto entre os docentes, sendo o processo avaliativo construído de forma contínua e coletiva, na escolha dos instrumentos avaliativos, buscando os mais adequados para cada unidade temática, para cada grupo de alunos, além da análise em conjunto dos resultados de cada avaliação (UEMS, 2003).

Pinheiro *et al* (2003) ressaltam que no processo avaliativo são realizadas apreciações, nas quais a base do processo encontra-se no que se almeja do aluno ou o perfil de aluno que se deseja formar. Em uma perspectiva pedagógica transformadora, a avaliação constitui-se um processo que se inicia pelo conhecimento do aluno e, após, averigua os progressos na aprendizagem. Sob esse entendimento, é necessário o desenvolvimento de uma avaliação formativa, garantida por diversas técnicas e instrumentos, possibilitando que o aluno aprenda com as suas próprias falhas e acertos, privilegiando a atitude de reflexão sobre as questões teóricas e práticas, além de sua capacidade de averiguação.

O curso de Enfermagem da UEMS entende que a avaliação deva ser diagnóstica, formativa e somativa<sup>36</sup>. Para avaliação das unidades temáticas, sob a perspectiva do currículo

---

<sup>36</sup> A avaliação diagnóstica: tem o propósito de investigar os fenômenos da aprendizagem para poder corrigir ou remover os empecilhos ao progresso do estudante. A avaliação formativa: visa determinar o grau de domínio pelo acadêmico, de uma habilidade ou conhecimento e identificar a parte do conhecimento que ainda não foi dominada. A avaliação somativa: representa o sumário, a globalização da avaliação formativa. É realizada ao final da unidade temática, do semestre ou da série. Tem a função de classificar ou certificar os concluintes de uma etapa ou do curso. Essa avaliação busca medir e avaliar as competências, capacidades e habilidades mínimas preestabelecidas alcançadas pelos estudantes e conhecer o produto ou resultado final do processo (UEMS, 2003).

integrado, o curso adotou a prova integrada de unidade temática (avaliação somativa). A dificuldade apontada pelos egressos relaciona-se a essa avaliação específica, quando eles afirmam haver comprometimento no processo de integração dos conteúdos e dos professores, além de destacarem a extensão da prova, a insegurança e tensão geradas pela quantidade de conteúdos a serem estudados:

As avaliações eram assim, um monte de páginas, a gente escrevia, a gente ficava a manhã inteira escrevendo tudo, tudo, tudo. Tudo que a gente entendia sobre aquele assunto. Aí na verdade, assim, a dificuldade que eu tinha pelo menos, era de focalizar. Eu pensava, o que será que ela quer que eu coloque aqui da parte de histologia, o que será que entra aqui? Ou da parte de anatomia, ou de fisiologia....sabe, ficou muito assim, vagas algumas coisas, sabe. E acho que é mesmo por causa dessa estrutura que começou assim, eles colocaram para gente, se tivesse pelo menos uma parte assim, um processo de transição dessa disciplina, para gente tentar se adaptar. Mas foi choque, digamos assim, para nós (E 7).

O que eu observei, é que não tinha integração dos professores na hora da avaliação. Porque mesmo com essa integração toda de conteúdo, chegava num certo período que tinham divergências, não tinha como não divergir. Então com as divergências tinha que fragmentar, mas porque que eles não avaliavam a gente separado, então (E 41)?

Aí, cada um (professor) fazia sua pergunta e pronto (E 8).

É, eles fazem a simulação de um estudo clínico hipotético, tentando englobar toda a sintomatologia de determinada doença [...] e aí depois na parte de avaliação mesmo eles fragmentam o estudo de caso direcionando para cada área. Então acho que isso aí é (E 11)...

É a mesma coisa que fazer uma prova diferente (E 15).

É, uma prova por matéria, por disciplina (E 11).

Observa-se que a perspectiva de integração de conteúdos ainda encontra dificuldades de aplicação nas avaliações integradas, por parte dos discentes e docentes, o que suscita a necessidade de maiores discussões sobre o tema.

Sena *et al* (2003) apontam que em estudo realizado a respeito da implementação da integralidade em dois cursos de Enfermagem, os docentes afirmaram encontrar grande dificuldade na superação dos moldes avaliativos baseados na verificação do alcance de conhecimento, e em implementarem um processo avaliativo com perspectiva interdisciplinar, articulando vários aspectos do conhecimento.

A avaliação constitui-se historicamente uma etapa importante, decisiva e questionável. A ideia de apenas medir conhecimento para um ranqueamento ainda se encontra incutida na sociedade e faz parte da educação tradicional. No entanto, as novas práticas pedagógicas exigem uma nova postura do processo avaliativo. Nesse sentido, entende-se que o curso de Enfermagem da UEMS tem buscado essa nova perspectiva, em consonância com o currículo integrado, visando atender às solicitações das DCENF e não ficando à margem das transformações vivenciadas no setor educacional, reflexo das mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais do mundo moderno.

No entanto, esse processo não é fácil e nem simples, tanto para os docentes como para os discentes, que vivenciam mudanças educacionais.

Ainda com relação às avaliações e a integração dos conteúdos, os egressos apontaram que o formato da matriz curricular, na qual algumas unidades temáticas são extensas, abrangendo vários conteúdos, permite que o acadêmico tenha notas baixas em um conteúdo, pois na somatória, ele compensará com uma nota alta em outro conteúdo. De acordo com os egressos, algumas vezes decidiram estudar muito determinado conteúdo, em detrimento de outro, pois com relação à nota, uma compensaria a outra. Os egressos tinham consciência que essa manobra desequilibrava a integração proposta para a aprendizagem dos conteúdos. No entanto, a quantidade de itens a serem estudados, e a forma como era cobrada, intimidavam. Encontrando essa possibilidade na proposta curricular, muitos optaram por ela.

O conteúdo integrado, por exemplo, vamos supor, às vezes eu ia mal em uma matéria, a outra iria compensar... Então a gente ficava confuso e a prova integrada também foi uma assim, que dava medo para todo mundo [...] era uma dificuldade para todo mundo, porque era muita matéria junta, [...] a gente é acostumado na escola, prova...e lá era tudo de uma vez (E 9).

E por ter tido essa dificuldade, tinha no currículo a possibilidade de você zerar em algumas disciplinas e ir pra frente, e passar de ano. Você zera nas disciplinas e passa de ano sem problema nenhum. Então, assim, proporcionou mais ainda uma defasagem na área hospitalar. Coisa que você não tinha essa característica nos conteúdos de saúde pública, que eles já são mais separadinhos. Não que não podia, tinha conteúdo sim, que você podia...somava lá e...e dava...só que por serem áreas grandes, se você zerava lá em uma matéria você tinha peso muito maior na sua nota final. Já na área de hospital que condensou tudo em uma unidade temática só, então, conseguia deixar, uma, duas, três ir mal, três matérias ia..não interferia tanto na sua nota (E 15).

Essa alternativa encontrada pelos egressos ocorreu devido à quantidade de conteúdos inseridos nas unidades temáticas, possibilitando a priorização de alguns conteúdos, em

detrimento de outros, objetivando o alcance da nota final para aprovação. Isso desvirtua todo o processo de aprendizagem proposto pela perspectiva do currículo integrado, sendo um dos pontos a serem mais bem discutidos, analisados e reelaborados pelos atores inseridos no processo contínuo de avaliação proposto pelo currículo integrado.

Corroborar-se com Sena *et al* (2003), quando afirmam que a interdisciplinaridade contribui no processo de ensino e aprendizagem, especialmente na constituição de um novo paradigma para o ensino, em especial em sua relação com o processo saúde-doença. Entretanto, a incorporação da interdisciplinaridade na educação apresenta-se como um processo gradual, sendo necessário tempo para tal, além de liberdade para sua aplicação.

Com relação à carga horária do curso, os egressos de 2004 a 2006 afirmaram que foi satisfatória, conforme demonstrado na fala de E 5:

[...] eu achei que a carga horária do curso era...é suficiente para atender as necessidades do aluno [...] (E 5).

Entretanto, destacaram um ritmo intenso de estudos, como afirmou E 4, destacando novamente, a terceira série, na qual se concentram os conteúdos da área hospitalar:

[...] foi corrido, tanto que eu tive essa dificuldade no terceiro ano [...] e assim, achei até bom, ter ficado, ter feito mais devagar, com mais calma, que aproveitei melhor. O resto foi aquele “batidão”, aquela correria, eu acho que poderia ser um pouco mais prolongado, ou de uma forma diferente, como está fazendo agora (E 4).

Observa-se que nas mudanças curriculares promovidas pelo curso, a construção do PPP de 1998 do curso da UEMS trouxe um aumento de 18, 2% no total da carga horária, passando de 3.585 horas para 4.241 horas. O PPP de 2004 não acrescentou mudanças significativas, alterando a carga horária total para 4.250 horas.

A política educacional, que visa cada vez mais ao enxugamento da carga horária dos cursos de graduação, por meio de seus articuladores, propôs o Parecer CNE/CES Nº 329/2004, de 11/11/2004, que estabeleceu carga horária mínima de 3.200 horas para o curso de graduação em Enfermagem, bacharelado. No entanto, o citado parecer não foi homologado. Nova tentativa foi articulada para alteração do estabelecimento de uma carga horária mínima para o curso de Enfermagem, bacharelado, além de outros cursos, por meio do

Parecer CNE/CES Nº 184/2006, de 7/7/2006, que retificou o Parecer CNE/CES nº 329/2004. Entretanto, este também não foi homologado. Atualmente, os cursos de graduação em enfermagem devem atender a Resolução Nº 4, de 6 de abril de 2009<sup>37</sup>, que estabelece carga horária mínima de 4.000 horas, estando o curso de enfermagem da UEMS adequado a essa disposição legal.

Inferese, portanto, que as alterações curriculares implementadas no curso de Enfermagem da UEMS, para melhora na sua qualidade, vem sendo acompanhadas pelo incremento (PPP de 1998) e manutenção (PPP de 2004) de carga horária. Acompanhando os embates e contradições em torno das definições acerca da carga horária mínima dos cursos de graduação no contexto do Ministério da Educação. Os egressos, assim como o curso, acreditam que essa quantidade de carga horária seja adequada para a efetiva aprendizagem. Entretanto, os egressos destacaram a importância de modificações na carga horária destinada aos conteúdos práticos, especialmente os inseridos na terceira série, voltados para o ambiente hospitalar, complexos, tendo uma carga horária insuficiente para o seu desenvolvimento.

Os egressos também foram questionados sobre qual contribuição para o trabalho como enfermeiro, que o processo de formação no curso de graduação lhe proporcionou, em termos de pesquisa, ensino e extensão. Os egressos das seis turmas pesquisadas afirmaram que os projetos os auxiliaram em sua formação profissional, destacando a vivência, o aprendizado.

[...] eu acho que foi bastante válido, pelo menos os quatro meses que eu passei lá em Ladário, eu consegui implantar, no postinho de saúde onde eu trabalhava, no PSF onde eu trabalhava, consegui implantar o projeto que a gente tinha aqui, não implantar, mas o material que a gente utilizava aqui, eu consegui fazer as palestras lá. Então toda sexta-feira a gente tinha as palestras, que eram com base na apostila que a gente utilizava aqui. Então eu achei assim, que em termos de gestantes, esse projeto foi bom, profissionalmente (E 3).

Às vezes a gente aprendia muito mais coisa nos projetos do que na faculdade (E 5).

Bom, eu acho que eles deram bastante oportunidade para pesquisa e para extensão e aí cada um faz onde vai se encaixando. Aquilo que gostava mais, tudo, porque como era uma atividade complementar, não era obrigatório, você tinha que ter no mínimo uma carga horária de atividades complementares. Então de estar lá, de vivenciar aquilo, de conhecer, foi extremamente importante [...] ajudou a ensinar a escrever (E 8).

---

<sup>37</sup> Resolução Nº 4, de 6 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. (CNE. **Atos normativos** – súmulas, pareceres e resoluções. Brasília, 2010. Disponível em: < [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12801&Itemid=866](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12801&Itemid=866)>. Acesso em 20 de novembro de 2010.



Os egressos apontaram a posterior aplicação dos conhecimentos adquiridos nos projetos de pesquisa, ensino e extensão, em sua vivência profissional, destacando que algumas vezes tinham melhor oportunidade de aprendizado nos projetos do que durante as aulas práticas.

E assim, a participação na pesquisa, principalmente para enfermeiro que quer ser docente, contribui bastante porque daí ele já tem um início, ele já pode orientar os alunos na monografia (E 7).

Eu assim, eu na verdade eu não estou trabalhando, eu continuo estudando, então, assim, para mim está contribuindo bastante, eu preciso, eu tenho que fazer novos projetos, novas pesquisas. [...] Contribui muito para o nosso currículo também, porque eu consegui, um pouco, entrar, continuar no curso pelas pesquisas que a gente desenvolveu, pelo currículo que a gente desenvolveu. Então contribui com isso também (E 16).

A articulação entre ensino, pesquisa e extensão, a tríade na qual se sustenta a universidade pública, possibilita o estabelecimento de um vínculo entre alunos, professores e a sociedade, na produção de novos conhecimentos, sob um prisma emancipatório.

Ressalta-se a riqueza das atividades extra-curriculares para a formação dos enfermeiros sob a voz dos próprios egressos, em um processo educativo que contribui não somente para a formação profissional, mas também para a construção de um cidadão consciente, sob uma nova perspectiva de visão social, cultural e histórica.

O destaque conferido por Acioli (2008) à relevância dos projetos de extensão, estende-se aos projetos de pesquisa e ensino também, na constituição do profissional enfermeiro, a oportunidade de aprofundamento sobre o conhecimento de determinado tema, bem como a inserção na elaboração e desenvolvimento de trabalhos científicos. O despertar para o mundo do trabalho acadêmico pode ocorrer exatamente na intersecção entre ensino, pesquisa e extensão.

Os egressos de 2007 a 2009, além da possibilidade da realização de projetos de pesquisa, ensino e extensão, tiveram, como um dos requisitos obrigatórios para a conclusão da graduação, instituído a partir do currículo de 2004, seguindo as orientações das DCENF, que desenvolver um trabalho de conclusão de curso (TCC). Os egressos das três últimas turmas formadas ressaltaram que o TCC foi importante para sua formação profissional, possibilitando aprofundamento de conhecimentos.

Porque quando a gente chegou no quarto ano, aquelas pessoas que já tinham realizado projeto de pesquisa, um projeto de extensão, elas não tiveram tanta dificuldade igual àquele acadêmico que não realizou um projeto de extensão, um projeto de pesquisa, ou pelo menos participou (E 10).

Me ajudou a ter um conhecimento amplo de como desenvolver um projeto, como analisar as metodologias e como transmitir isso também entre os alunos para sanar algumas dificuldades que eles possam vir a ter, passando um pouco a experiência que a gente teve durante a graduação (E 11).

A gente consegue orientar muito mais o paciente dentro do hospital para ele procurar, dar sequência a seu tratamento e ir atrás dos exames complementares depois para retornar. Você consegue ter noção do SUS bem mais ampliado (E 15).

Rausch (2010) afirma que, em estudo realizado com acadêmicas do curso de Pedagogia sobre a realização do TCC, foi possível observar as inúmeras dificuldades vivenciadas no processo investigativo. As acadêmicas destacaram que a organização crítico-reflexiva do pensamento foi pouco explorada durante a graduação, o que lhes trouxe dificuldade no desenvolvimento da lógica reflexiva mais aprofundada, que foi sendo alcançada durante a realização da pesquisa, superando dificuldades existentes.

A autora sugere que o envolvimento com a pesquisa seja mais precoce durante a graduação, não se restringindo à realização do TCC, que é apontado como insuficiente para a formação do pesquisador, pois isso possibilitaria ao acadêmico maior familiaridade com o processo investigativo, fato destacado na fala de E 10, quando afirma que os acadêmicos que haviam realizado projetos de pesquisa ou extensão, tiveram maior facilidade no desenvolvimento do TCC.

Reconhecendo e destacando a relevância do TCC, E 5, formada pelo PPP de 1998, não tendo realizado o TCC em sua graduação, afirmou:

Na época eu achava assim, nossa, graças a Deus, que alívio! Mas hoje em dia, pelo menos na parte de não ter TCC, eu acho que faltou muito. Porque por exemplo, agora eu estou fazendo essa pós, por mais que seja à distância, é bem puxado e precisa TCC, e é individual, e eu estou perdida. Como que faz o TCC? Eu não sei fazer (E 5).

Quando questionados sobre a formação dos professores, os egressos direcionaram suas respostas para a metodologia do professor, afirmando que professores com titulação mais alta,

nem sempre eram “bons” ao ensinar.

A gente tinha muitos professores que tinham só doutorado, pós-graduação, outros tinham só especialização. Então eu acho que questão de aula em si, não depende da pessoa ser doutor, se tem doutorado, se tem mestrado, ter isso, ter aquilo. Eu acho que o que depende é ela ter uma didática boa para poder dar aula, que infelizmente não são todas as pessoas que tem aptidão pra dar aula (E 3).

Os egressos apontaram, tanto nos questionários como nos grupos focais, dificuldades de relacionamento com os docentes, no sentido de haver maior humanização dessa relação. Acredita-se que isso seja reflexo da educação tradicional, que em suas raízes, privilegiava um relacionamento mais formal e distante entre professores e alunos.

Todavia, observou-se a evolução desse vínculo apontado pelos egressos no decorrer do curso, o que demonstra a aplicação dos docentes no intuito de corroborar para a sua melhora. Para o efetivo aprendizado do aluno, sob uma perspectiva crítica e reflexiva, há a necessidade de o professor portar-se como um facilitador nesse processo e, dessa forma, acredita-se que seja de fundamental importância uma relação entre docente e discente, baseada no respeito mútuo e pautada pela ética.

Ainda com relação à formação dos professores, apenas a turma de 2009, ateu-se à influência que a formação do profissional tem em direcionar as pesquisas e trabalhos de conclusão de curso, quando E 15 afirmou que a maioria dos docentes possui áreas de atuação ligadas à saúde coletiva, e a minoria, relacionada às questões hospitalares em uma perspectiva curativa.

[...] quantos professores saíram para mestrado e doutorado direcionados à área de saúde hospitalar durante a graduação? Todos eles em mestrado em saúde pública ou direcionados à educação. Já a área de saúde hospitalar, pouquíssimas... sabe, conhecimento mais aprofundado, para dar mais ciência pra enfermagem. Não ficar aquela coisa de ... enfermeiro preventivo dentro do hospital (E 15).

A expressão “enfermeiro preventivo dentro do hospital” demonstra a visão culturalmente imposta sobre o profissional enfermeiro, ainda focada somente na questão curativa, numa perspectiva apenas assistencialista, ilustrando a dificuldade no rompimento com esses padrões, o que é inerente a todo processo de mudança. Uma vez que se configura em uma mudança cultural, que emitirá sinais de resistência e que, para tanto, deve ser

trabalhada de forma mais precoce possível e durante toda a graduação.

No entanto, considera-se relevante a colocação de E 15 quando aponta que a Enfermagem, como ciência, não pode voltar-se apenas para as questões preventivas, mas deve buscar o equilíbrio de ações, desenvolvendo-se nos aspectos científicos, técnicos, sociais, culturais e políticos.

Santomé (1998) afirma que as mudanças ocorridas no mundo, tornando-o cada vez mais complexo, direcionam as análises sob múltiplas perspectivas, das diversas áreas de conhecimento, rompendo a fronteira das disciplinas rumo ao modelo interdisciplinar. O autor ressalta que a interdisciplinariedade vem sendo utilizada em vários cenários mas que, em especial, é empregada na formação de aspectos da personalidade, como a flexibilidade, a habilidade de adaptação, o pensamento divergente, a sensibilidade perante outras pessoas, entre outros.

Acredita-se que os princípios da Enfermagem devem embasar todo o processo de aprendizagem, mas que o diálogo com outras áreas trará contribuições significativas para a formação do profissional enfermeiro.

Quando questionados se a licenciatura em Enfermagem seria importante na formação do enfermeiro, egressos das duas propostas curriculares afirmaram que sim, pois apontaram dificuldades de alguns docentes com relação ao ensino durante sua graduação.

Eu acredito que sim, só que eu não sei se as pessoas buscariam isso. Teria uma aceitação? Eu acredito que aqueles que gostam, precisava ter alguma coisa assim para ensinar a licenciatura. Então não sei se seria uma especialização (E 8)...

Eu acho. Muito importante porque talvez até sanaria essas coisas que eu falei, essas falhas de você até ver que a pessoa tem potencial para mais, para oferecer mais (E 5).

Tem que ser uma coisa, então, inserida na grade não é? Eu acho importantíssimo (E 5).

Bagnato (1994) discorre sobre os caminhos percorridos pela licenciatura em Enfermagem no Brasil, desde a sua criação, em 1968, constituindo-se uma oportunidade promissora de trabalho para o enfermeiro.

A autora destaca que as mudanças curriculares na área da Enfermagem, incluindo as referentes à licenciatura, contemplaram em partes, expectativas da classe da Enfermagem, e

em partes, interesses da política de saúde implementada pelo Estado e por grupos com interesses próprios. Esse processo caracterizou-se por momentos de embates e lutas, onde se destacam os papéis desenvolvidos pelos atores estatais e não estatais.

No entanto, observa-se que o investimento na licenciatura em Enfermagem não foi prioritário para a política de educação, haja vista a maioria dos cursos de graduação ofertar apenas a modalidade bacharelado. Como exemplo, pode-se citar que o estado de Mato Grosso do Sul, até o momento, não possui nenhum curso de graduação em enfermagem na modalidade de licenciatura.

Os dados obtidos através dos questionários respondidos pelas seis turmas de egressos pesquisados demonstraram percentuais significativos e crescentes de egressos atuando na área do ensino em Enfermagem, em cursos profissionalizantes, ou em cursos de graduação.

Entende-se, dessa forma, que os egressos de Enfermagem da UEMS encontraram, na docência, uma possibilidade de emprego, considerando assim, importante a formação na licenciatura em Enfermagem.

Essa crescente inserção do enfermeiro em atividades de ensino demonstra uma nova demanda deste setor que merece atenção especial por parte das instituições de ensino formadoras. Acredita-se que seja relevante repensar a graduação em enfermagem com vistas não somente ao bacharelado, mas atendendo também à licenciatura em enfermagem.

Em um exercício apoiado nas matrizes curriculares de 1998 e de 2004, além das experiências pessoais vividas em relação a cada uma dessas propostas, os egressos da proposta de 1998 tiveram as seguintes conclusões:

Eu acho que a de 2004 é muito voltada para a saúde pública e a de 1998 é muito voltada para o hospital, então, de alguma forma, alguma ficou a desejar (E 1).

Eu entrei na enfermagem para ver o que é enfermagem, então a minha visão de enfermeiro foi moldada na faculdade. Então eu não sei dizer para você se eu iria gostar mais desse projeto novo. Porque eu acho que o projeto que a gente passou, ele, pelo menos para área em que a gente atua (hospitalar), preparou a gente bastante. Eu não sei se esse projeto está preparando os alunos o suficiente pra isso (E 3).

Com certeza o de 2004. Integralidade. Porque antes você via só o sistema circulatório. Você não via o sistema circulatório na criança, depois lá na outra série que ia ver na criança, e aqui está bem definidinho. A integralidade de tudo, tem como você relacionar tal medicamento, o que acontece na fisiologia, tudo direitinho. Porque antes era bem separado, acho que a visão é maior, a gente tem como relacionar, correlacionar (E 4).

Observa-se certa precaução nas colocações dos egressos, especialmente a preocupação com a formação hospitalar. No entanto, a perspectiva de integralidade é reconhecida por eles como relevante. Os egressos da matriz curricular de 2004 tiveram as seguintes conclusões, ressaltando, novamente o enfoque interdisciplinar como positivo:

Eu acredito que a de 2004. Porque prepara para a questão hospitalar, a saúde pública, a questão do estágio prepara bem. O estágio supervisionado, eu acho muito importante. Eu acho legal esse negócio... é... o... currículo integrado, é legal, quando funcionar certinho, vai ser muito bom, porque na verdade é tudo integrado, você não pode olhar para um paciente, olhar para parte da anatomia, tem que ver o todo (E 9).

E a própria temática também. Por exemplo, você observa aqui (PPP de 1998) que a disciplina fragmenta bastante e aqui (PPP de 2004) você já vê uma coisa mais contextualizadora [...] Mas eu vejo assim, que a grade de 2004 é uma grade melhor que a de 1998, é mais contextualizadora (E 10).

Eu acho que melhorou o currículo em relação ao de 1998, o de 2004, foi o ano que a gente pegou, acho que está bem melhor, mas com essas ressalvas que a gente falou (E 12).

É exatamente esse movimento de contextualizar o indivíduo frente ao todo que o cerca e que influencia de maneiras diferentes o processo saúde-doença, que o SUS propõe, e que as DCENF trazem como orientação.

Para alcançar essa transformação de um enfoque formador pautado na atenção hospitalocêntrica para uma visão de promoção e prevenção, sem descurar das questões curativas, as novas propostas pedagógicas que vêm sendo implementadas devem ser continuamente avaliadas, para detectar suas falhas ou desacordos e atuar sanando as possíveis dificuldades.

As três turmas formadas pelo PPP de 2004, sob o modelo inovador, colocaram muitos pontos positivos a respeito dele, e eles, devem ser cada vez mais explorados. Entretanto, também colocaram pontos negativos, em que o maior peso ficou por conta das questões práticas, voltadas à área hospitalar quando justamente, foi apontado pelos egressos do currículo de 1998, sob o enfoque da educação tradicional, o seu ponto forte.

Observa-se no currículo de 2004 que a carga horária dos conteúdos de saúde coletiva, em teoria e prática, é superior à destinada aos conteúdos de enfoque hospitalar, o que é refletido nas dificuldades elencadas pelos egressos de 2007 a 2009 com relação aos conteúdos

práticos, especialmente os de realização em ambiente hospitalar. Essa configuração curricular foi desenvolvida pelo curso no intuito de atender ao preconizado pelas DCENF, que destacam o enfoque na saúde coletiva.

Entretanto, o SUS é constituído não somente pelo nível primário de atendimento, mas entre seus princípios, prima pela integralidade, devendo contemplar também o ambiente hospitalar. Além disso, do discurso dos egressos sobre uma melhor utilização das aulas práticas pelos docentes, com melhor aproveitamento das oportunidades de ensino surgidas durante o transcorrer de seu desenvolvimento, infere-se que os docentes também apresentam dificuldades com relação às práticas pedagógicas propostas pelo PPP de 2004, afinal, a maioria teve sua formação pautada no ensino tradicional.

Observa-se nas falas dos egressos das seis turmas, um sentimento de orgulho em ser formado na UEMS, que foi expresso até mesmo durante o aceite para a participação da pesquisa:

Só que é assim, sem querer fazer comparação, tem muita diferença entre os profissionais que saem da UEMS e os profissionais que saem da [...]. Isso daí é nítido. Até o doutor Y me perguntou se eu era formada na UEMS e a enfermeira Z formada na instituição W (E 3).

A postura dos da UEMS é melhor (E 2).

[...] mas assim, eu acho que a qualidade da nossa formação foi muito boa. Os professores eram muito bons (E 5).

A comunicação, a ética, a comunicação com a equipe e hoje em dia observo que os profissionais que se formam na Universidade Estadual são funcionários assim que não têm tanta dificuldade com comunicação, com relacionamento interpessoal e até mesmo em teoria e prática, porque eles visam bastante isso daí (E 10).

Os egressos afirmaram que embora haja pontos a serem mais bem trabalhados na proposta curricular, a formação ofertada pelo curso de Enfermagem da UEMS tem pontos positivos fortes, sendo muito boa, o que os diferencia de outros enfermeiros formados em outras IESs o que, segundo os egressos, é reconhecido inclusive por outros profissionais da área da saúde. Conclui-se que essa visão é devida à seriedade com que o curso procura desenvolver suas atividades, comprometido em atender à legislação pertinente que o regulamenta, mas atento às repercussões do direcionamento instituído no ensino de Enfermagem.

A preocupação com o desenvolvimento profissional, em especial no que se refere ao conflito entre os conhecimentos adquiridos na graduação e a prática de sua aplicação nos serviços de saúde, é destacada por E 12 como um processo, difícil, mas que deve ser implementado. Observa-se na fala, a subordinação da comunidade profissional frente às disposições da instituição empregatícia, em um discurso abatido diante do mundo do trabalho.

Ocorre também uma certa decepção quando começa a trabalhar: teoria versus prática versus realidade. Porque na faculdade você idealiza e quando você depara com a realidade te da um...sabe assim, espera aí, não é, entendeu? Porque não depende só de você, depende do lugar onde você está trabalhando, depende da estrutura, se é particular, se é público, depende da política do hospital e vai contra muitas coisas que você aprendeu na faculdade, que você idealizou e que gostaria de praticar, entendeu? Então ocorre assim, uma decepção grande, comigo foi assim, e aí você começa a repensar como que você vai colocar o que você gostaria, naquela instituição ali. Como que você vai conseguir...é muito difícil, porque na verdade ali você não é o dono, você dirige pessoas, então você tem que se enquadrar dentro da instituição as regras, e te podam bastante, você gostaria de fazer bastante coisa que você aprende na faculdade [...] decepçiona muito e eu acho que a gente vai crescendo aos poucos e as instituições também vão se adaptando (E 12).

Para Buriolla (2009), as instituições refletem as relações sociais estabelecidas, abrigando as tensões, conflitos e contradições emergentes entre os grupos ali envolvidos, com predominância de determinados interesses. Dessa forma, a autora afirma que a formação profissional sofrerá influências, de caráter histórico e estrutural, relacionadas às instituições envolvidas nesse processo, como a de ensino e a do campo de estágio, pois elas referenciam as vivências do acadêmico durante sua graduação.

A fala de E 12 expressa as dificuldades que o enfermeiro enfrenta em sua rotina de trabalho, pois faz parte de uma comunidade profissional que, historicamente, não se alienou dos embates travados relacionados, em especial, à sua formação.

O objetivo deste capítulo é analisar a interação entre as políticas de educação e de saúde, na formação do enfermeiro, a partir da visão dos egressos. Estes discorreram acerca de suas impressões pessoais sobre sua formação como enfermeiros, a partir da matriz curricular do curso.

Os egressos constituíram-se, como atores, dentro do processo de formulação e reformulação do PPP do curso de Enfermagem da UEMS, papel que vem sendo garantido pela UEMS e também pelo corpo docente do referido curso até a realização desta pesquisa.

A percepção que os egressos elaboraram a respeito da matriz curricular de seu período de graduação demonstra que eles apresentam-se atentos à sua formação, implicando



comprometimento com o processo. Pode-se inferir, a partir da análise dos egressos, pontos de discordância sobre a proposta curricular integrada, como as questões da prática e da avaliação, mas também elementos considerados relevantes para sua formação, como o estágio supervisionado e a contemplação dos conteúdos de saúde coletiva.

Acredita-se que as ocasiões de discussão, reflexão e análise do PPP do curso devam continuar, no sentido de elucidar seus componentes, em especial suas propostas inovadoras, para discentes, docentes, comunidade acadêmica e também para as demais instituições envolvidas no processo do ensino.

Entretanto, os depoimentos apontam o desconhecimento dos egressos, em sua maioria, acerca da relação estabelecida entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro. Observa-se que mesmo inseridos no mundo do trabalho os egressos não conseguem observar as intenções delineadas pelas políticas públicas para o perfil profissional do enfermeiro, necessário para o desenvolvimento da política de saúde construída a partir dos anos de 1990.

A política de saúde, nesse período, passa a pautar-se no movimento internacional, explicitado pela Conferência Mundial de Alma-Ata, que apontava saúde para todos em 2000. Nesse sentido, é que se compreende a relação da expansão dos cursos com a busca de formação de qualidade, com a mudança no perfil dos profissionais da saúde e, especialmente, dos enfermeiros, tendo, como prioridade, o investimento na atenção básica.

Infere-se que a participação dos diversos atores no processo traz enriquecimento para as transformações curriculares desencadeadas, que buscam consolidar-se na confluência das políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro. Todavia, ressalta-se a relevância de uma consciência política, histórica e social dos atores envolvidos para a condução das articulações estabelecidas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo primordial analisar a relação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, em Dourados-MS, a partir da avaliação dos alunos egressos. Acredita-se que os egressos sejam importantes atores no contexto político-educacional, contribuindo para a análise do processo de elaboração e implementação das propostas pedagógicas que subsidiam a formação do profissional enfermeiro, trazendo informações relevantes para o movimento de elaboração e reelaboração da política pública de educação superior articulada com a política de saúde.

Ao final da pesquisa, procurou-se responder à indagação inicialmente proposta: Como e em que medida as políticas de educação e de saúde articulam-se na formação do enfermeiro, considerando a visão dos egressos do curso de Enfermagem da Instituição Pública de Dourados?

Para se desvelar esse problema foram elaboradas as seguintes hipóteses de pesquisa:

- O currículo do curso de Enfermagem, em Dourados, ao atender às diretrizes curriculares nacionais da área, estabelece uma relação direta para o atendimento dos quadros de servidores para o Sistema Público de Saúde.
- Os egressos apontam por uma avaliação positiva do currículo do curso de Enfermagem da universidade pública de Dourados para a formação de um profissional generalista, de acordo com a política de saúde que vem sendo desenvolvida pelo Estado.

Nesse sentido, o presente trabalho responde ao problema levantado, quando se observa que há articulação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, especialmente considerando a opinião dos egressos do curso de Enfermagem da UEMS. Pode-se observar que as mudanças curriculares desenvolvidas pelo curso tiveram como referência

as DCENF que buscam formar enfermeiros com perfil de atuação na atenção básica, e não apenas na área hospitalar como ocorria até a vigência dos Currículos Mínimos.

No entanto, é importante destacar que os resultados obtidos permitem observar que a articulação entre as políticas de educação e de saúde seguiram um processo de embates e de discussões que foram desencadeados desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, com uma diretriz internacional, e que foram disseminadas no Brasil a partir do fim da ditadura militar, em 1985. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 garante como direito social a política de saúde universal.

Nesse contexto, as hipóteses levantadas foram confirmadas. No entanto é necessário apontar a complexidade que envolve todo o processo.

Para tanto, buscou-se no primeiro momento, traçar historicamente o processo de criação dos cursos de Enfermagem no Brasil, assim como a legislação específica destinada a orientar os currículos na formação dos enfermeiros.

Destaca-se que desde seus primórdios, a Enfermagem brasileira caracterizou-se pelo perfil voltado ao atendimento hospitalar, em uma dimensão curativa, atendendo às necessidades empregatícias do contexto histórico e social.

Esse enfoque vem sofrendo modificações, inclusive, pode-se observar que a partir de 1994, com a reorientação curricular desencadeada pelo Parecer Nº 314/94 do Conselho Federal de Educação, homologado pela Portaria Nº 1.721 do Ministério da Educação, em 15/12/1994, houve a busca por contemplar, na formação do enfermeiro, os princípios e diretrizes do SUS. Ainda, sob determinação do MEC, os cursos de graduação mobilizaram-se para formulação de diretrizes curriculares e os próprios profissionais de Enfermagem, representados pela ABEn, também se inseriram nesse processo, tendo em 2001 a criação das DCENF.

Tanto a legislação curricular de 1994 como as DCENF de 2001 buscaram o enfoque na formação de um enfermeiro que atenda às necessidades da política de saúde atual, o SUS, criado em 1988. Isso significa que se desloca o perfil do enfermeiro voltado para as questões curativas, em uma formação fortemente centrada na área hospitalar, para o perfil de um enfermeiro pautado nos princípios e diretrizes do SUS, com maior enfoque na perspectiva preventiva, voltado para a saúde coletiva, em especial a Estratégia de Saúde da Família. Essa estratégia se caracterizou nos últimos 15 anos como uma possibilidade empregatícia em expansão para o enfermeiro.

Concluiu-se que, historicamente, houve um longo processo de articulação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, inclusive com influências internacionais.

Ressaltou-se que a construção das DCENF não foi uma solicitação da categoria, mas uma imposição do MEC, haja vista que as IES ainda estavam adaptando-se à legislação curricular de 1994, proposta para a formação do enfermeiro. No entanto, esse processo não ocorreu sem lutas, houve questionamentos, houve resistência, resultando em influências mutuamente direcionadas aos agentes envolvidos, embora o peso tenha sido em proporções diferentes para cada um.

Observou-se que desde o século passado as políticas de educação e de saúde vêm estabelecendo vínculos na formação do enfermeiro. Entretanto, entendeu-se que a relação estabelecida de forma mais coesa está concretizada nas DCENF de 2001 sob a perspectiva de contemplação da política de saúde proposta pelo SUS, que propõe um atendimento mais democrático, ao alcance da maioria da população, em resposta às necessidades sociais.

A expansão dos cursos de graduação em Enfermagem, assim como os demais cursos de educação superior no país, foi extremamente marcada pela ótica privatista. Os dados do INEP apontaram que no período entre 1995 e 2008, a região Centro-Oeste brasileira teve o maior crescimento em termos proporcionais dos cursos de enfermagem. Essa proporção regional aumentou na década de 2000, embora a nacional tenha diminuído, mas persiste a expansão dos cursos, ainda com maior expressão na rede privada do ensino superior.

Diante do cenário que aponta saúde para todos, pode-se observar que Dourados aderiu à política de saúde vigente e apresentou um ritmo importante de expansão nos serviços de atenção básica, especialmente nas equipes de Saúde da Família, que vêm se caracterizando como um setor empregatício em crescimento para o enfermeiro. Por sua vez, o crescimento dos serviços de saúde contribuiu para a expansão de cursos de Enfermagem em Dourados.

O segundo capítulo desta pesquisa buscou identificar os aspectos de confluência entre as políticas públicas de educação e de saúde na formação do enfermeiro. Dessa forma, este estudo explicitou as transformações pelas quais os Estados-nação vêm passando, em especial com relação às questões econômicas e políticas.

Embora o Estado não tenha perdido sua autonomia, a configuração política internacional, norteadas por fenômenos como a globalização e o neoliberalismo, levou-o a novos posicionamentos e condutas, o que vem atingindo, em especial, as políticas sociais

como a educação e a saúde.

A educação e a saúde vêm sendo cada vez mais utilizadas como produtos, mercadorias com vistas à lucratividade, sob a justificativa de acompanhar a rápida evolução do mundo moderno. Todavia, observa-se que o Brasil ainda mantém posturas de proteção a essas políticas, quando assegura educação e saúde gratuitas. Mas, qual é a qualidade dessa oferta? Não basta oferecer, é necessário que as políticas de educação e de saúde atendam às necessidades de seus usuários em sua plenitude, direito constitucionalmente garantido.

Esse entendimento a respeito da educação vem sendo semeado pelos organismos internacionais que, na educação superior, em especial, também propõe a formação de um novo profissional, capaz de desenvolver múltiplas competências, sendo criativo e, principalmente, competitivo, em um formato impregnado pelo atendimento à demanda do mundo do trabalho sob a perspectiva neoliberal. Como resultado, os currículos para a formação profissional são o alvo dos efeitos da globalização e do neoliberalismo.

Cumprir destacar que na área da saúde, os organismos internacionais propuseram o investimento na atenção primária, o que, por sua vez, influenciou o setor empregatício em relação ao enfermeiro. Esse movimento trouxe a necessidade da formação de um profissional enfermeiro capaz de corresponder às mudanças ocorridas no mundo do trabalho.

Em um movimento cujas influências externas agem internamente nos países, estabelece-se a relação entre o global e o local, entre o macro e o micro. Nesse movimento, as propostas globais serão formuladas e reformuladas dentro de um contexto social, político e econômico, buscando a formulação de políticas, recontextualizadas às realidades de cada país ou região. Mas, como destaca o neoinstitucionalismo, é a maneira como os agentes articularão suas estratégias que será o fator determinante para a condução das políticas.

Sob essa perspectiva, o Brasil vem elaborando uma legislação fragmentada com relação à educação superior. A Lei Nº 9.394, de 20/12/1996, trouxe possibilidades que vêm sendo utilizadas de forma privilegiada por setores específicos da sociedade com o intuito de lucro sobre a educação superior. Observou-se a marcante expansão do setor a partir da década de 1990, fortemente marcada pelo viés da privatização, além da massificação da educação superior, quando surgem questionamentos a respeito do acompanhamento da qualidade nesse ritmo de crescimento.

Estabelecendo a relação entre o macro e o micro, o Brasil respondeu às influências externas nas áreas de educação e de saúde. Proporcionou modificações “direcionadas” ao

mundo do trabalho nos currículos dos cursos de graduação e reorientou a política de saúde para concentrar-se na atenção básica. Para a expansão da atenção primária em saúde, o governo criou em 1994 o Programa Saúde da Família, que se tornou um importante setor empregatício para o enfermeiro.

Inferiu-se que a formação do enfermeiro voltada para o SUS constituiu-se numa política de Estado, não se restringindo a uma política de governo. Desde a Constituição Federal de 1988, os governos, embora adotem posturas distintas na aplicação de medidas sociais, vêm buscando a configuração desse novo perfil para o enfermeiro, utilizando-se da articulação das políticas de saúde e de educação como principal estratégia.

O terceiro capítulo destinou-se a analisar a interação entre as políticas de educação e de saúde na formação do enfermeiro, a partir da visão de egressos. Os egressos pesquisados das turmas de 2004 a 2006 (enquanto ainda acadêmicos) tiveram importante papel na formulação do PPP de 2004 do curso de Enfermagem da UEMS, como atores efetivos no processo. Para contextualização, o estudo apontou as matrizes curriculares desenvolvidas por esse curso.

Ressalta-se que as respostas, obtidas através dos questionários respondidos, foram mais bem elucidadas naturalmente pelos egressos durante a realização dos grupos focais. Embora a participação dos questionários tenha sido de 60 egressos e dos grupos focais de 16, a coerência nas percepções elencadas pelos egressos, nos dois instrumentos, demonstrou a validade da amostra.

Observou-se que vários questionamentos e dificuldades encontrados pelos egressos do PPP de 1998 foram contemplados no PPP de 2004, demonstrando a preocupação dos docentes do curso não somente em atender às orientações das DCENF de 2001, adequando-se à legislação, mas também em corresponder às expectativas levantadas pelos acadêmicos durante a formulação do novo PPP.

Destacou-se o espaço concedido aos acadêmicos desde a formulação do PPP de 2004 até durante sua implementação, em uma atitude que, além de garantir a participação, vem levando o aluno a desenvolver maior responsabilidade e senso crítico a respeito de sua formação acadêmica.

Inferiu-se que o PPP de 1998, pautado na legislação curricular de 1994, não conseguiu preparar de maneira satisfatória, segundo os egressos, para a área de saúde coletiva, apresentando um foco ainda muito hospitalar, o que não atendia à solicitação de formação de

um profissional enfermeiro embasado nos princípios e diretrizes do SUS.

Os egressos do PPP de 2004 destacaram uma formação direcionada para a saúde coletiva, em que elementos positivos como o desenvolvimento da comunicação, do trabalho em equipe foram adquiridos. Entretanto, ressaltaram dificuldades em relação a determinadas técnicas inerentes ao profissional enfermeiro, mesmo nos egressos formados há mais tempo, em 2007, especialmente às relacionadas ao ambiente hospitalar, com destaque para as específicas dos setores críticos como UTI, urgência, cuja carga horária destinada às atividades práticas é reduzida.

Concluiu-se que o curso adequou-se às orientações das DCENF de 2001, atendendo a solicitações como uma formação voltada ao SUS, além de adotar princípios pedagógicos inovadores, como a proposta de uma matriz curricular integrada. No entanto, as falas dos egressos apontam a necessidade de se rever o ensino dos conteúdos relacionados à semiologia e o de unidades críticas.

Entendeu-se que a matriz curricular proposta pelo PPP de 2004 privilegia, em termos de carga horária, os conteúdos de saúde coletiva se comparado aos da área hospitalar. Todavia, a dedicação de um ano letivo inteiro às questões hospitalares, bem como a garantia de convênios realizados pela UEMS com os principais estabelecimentos hospitalares de atenção à saúde do município, demonstra a preocupação do curso em não direcionar o ensino apenas para a atenção básica, mas o intuito de propiciar ao acadêmico a perspectiva de integralização proposta pelo SUS.

Os egressos apontaram que as atividades extra-curriculares, como a participação em projetos de pesquisa, de ensino e de extensão, assim como a realização do TCC foram experiências enriquecedoras para sua formação profissional. Destacou-se a importância dessas atividades, sob uma concepção ampliada de currículo, que contribuiu para a formação não somente de profissionais enfermeiros, mas também de cidadãos, com maior senso crítico, inseridos histórica, social e culturalmente na sociedade.

Observou-se que muitas afirmações dos egressos a respeito de dificuldades com relação à matriz curricular de 2004 não se direcionavam apenas a ela mas, em especial, à forma como ela vem sendo implementada. Os egressos demonstraram dificuldades em adequação às novas propostas pedagógicas, opostas ao ensino tradicional ao qual eles estavam acostumados. E ainda destacaram que os próprios docentes também apresentaram dificuldades com relação ao PPP. Inferiu-se a canalização dessas divergências para uma fase delicada do

processo de ensino-aprendizagem: a avaliação que, no caso, tem a proposta de ser integrada, e que gerou dúvidas, angústias e insatisfações por parte dos egressos enquanto acadêmicos.

Esse fato reflete a rápida mudança conduzida pelo MEC nas propostas pedagógicas utilizadas, às quais os cursos de graduação em Enfermagem tiveram que se adaptar, sem tempo hábil para maiores estudos e preparo.

Os egressos do PPP de 2004 ainda elencarem dificuldades com relação à substituição de professores que se afastam para as capacitações, prejudicando a proposta de integralização e de implementação do PPP.

Nesse universo, ainda encontraram destaque as questões referentes ao relacionamento entre docentes e discentes, demonstrando que a humanização avançou no curso, mas que ainda merece maior atenção por parte dos professores.

Concluiu-se que devem continuar os estudos acerca da proposta curricular implementada no curso de Enfermagem, para docentes, discentes e também para as instituições parceiras da UEMS, cedentes dos campos de aulas práticas e estágios supervisionados. Aponta-se que devem ser mantidos os momentos de debates sobre o PPP, com o intuito de torná-lo cada vez mais claro e coeso, para todos os atores envolvidos no processo de formação do enfermeiro.

Inferiu-se que a matriz curricular do curso de Enfermagem da UEMS vem atendendo às orientações curriculares das DCENF de 2001, que se articulam estreitamente com a formação de enfermeiros capacitados para atender às necessidades da política de saúde atual. Além disso, os egressos, em sua maioria, destacaram a formação proposta pelo PPP de 2004 como positiva, apesar das dificuldades já elencadas, mas ressaltaram que a integralidade e o estágio curricular supervisionado foram ganhos extremamente enriquecedores para suas formações como enfermeiros.

No entanto, os depoimentos dos egressos, em sua maioria, demonstraram o desconhecimento que eles possuem acerca da confluência das políticas de educação e de saúde no seu processo de formação, mesmo com sua posterior inserção no mundo do trabalho. Os egressos participaram das transformações promovidas por essas políticas no desenvolvimento da graduação, vivenciam as repercussões dessas políticas no mundo do trabalho no qual estão inseridos, mas não têm, em sua maioria, consciência da complexa arquitetura histórico-política e social que engendrou tais contextos.

Todavia, eles foram, são e serão atores imprescindíveis nos cenários educacionais e de



saúde voltados à formação e ao trabalho de enfermeiros, concebidos pela relação estabelecida entre as políticas de educação e de saúde na formação desse profissional.

Como atores ativos do processo, devem estar atentos às mudanças ocorridas em seu processo de graduação, uma vez que as políticas de formação não podem voltar-se apenas ao atendimento das necessidades do mundo do trabalho, condicionados, inclusive pelas políticas neoliberais. A história dos cursos de graduação em Enfermagem demonstra a oscilação das prioridades do setor empregatício para o enfermeiro. Dessa forma, as políticas institucionais não podem, apenas pautar-se pelos interesses do mundo de trabalho, mas preocupar-se com a formação integral do enfermeiro e seu contínuo desenvolvimento profissional diante da necessidade de se buscar saúde para todos.

Acredita-se que as ações de saúde coletiva, tendo em vista os ideais da Constituição Federal de 1988, no sentido de estender as políticas públicas sociais, a um maior número de brasileiros, com qualidade condizente, e que encontraram repercussão no SUS, são as bases para a formação do enfermeiro.

Todavia, entende-se que o enfermeiro deva ter a formação generalista que lhe possibilite atuação em diversos cenários do mundo do trabalho. O SUS, segundo seu princípio de integralidade, deve ser desenvolvido no nível da atenção básica, mas também nos níveis mais complexos de atendimento, como o setor hospitalar.

Desta forma, as respostas dos egressos suscitaram uma nova questão: será que a política curricular vigente permite que os enfermeiros, realmente compreendam todas as dimensões da saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde criado pela Constituição de 1988?

Afinal, nas DCENF, entre as inúmeras aptidões elencadas para o futuro enfermeiro, o maior destaque encontra-se por conta de um profissional polivalente, e não de um profissional politizado, possuidor de direitos importantes que ainda não foram usurpados, e que terão impacto direto na elaboração de futuras políticas de educação e de saúde.

O enfermeiro seja ele coordenador de equipes de Saúde da Família, gerente em um setor hospitalar, ou docente em uma instituição de ensino – as principais áreas citadas pelos egressos pesquisados – entre outras atividades, encontra-se em uma posição estratégica para a discussão de assuntos ligados às políticas de educação e de saúde, exercendo seu papel político-social, além do técnico-científico.

Portanto, cabe a todos os atores do cenário político, incluindo egressos, discentes, docentes, entre outros, o papel de debatedores das políticas de educação e de saúde elaboradas

para a formação do enfermeiro.

Este trabalho contribui com as políticas educacionais na medida em que suscita reflexões, debates e aponta novas discussões a respeito do tema. Esta pesquisa também se insere no cabedal de pesquisas em nível loco-regional, focando a formação do enfermeiro, a partir da articulação das políticas públicas sociais: a educação e a saúde. Especificamente, atua como instrumento de avaliação do curso de Enfermagem da UEMS, propiciando condições para a sua melhoria, de forma concreta, em um ano em que se organiza a reestruturação curricular do referido curso.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luís. A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. In: HOFMEISTER, Wilhelm; CARNEIRO, José Mario B. (Orgs.). **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, v. 1, n. 22, p. 95-105, abr. 2001.
- \_\_\_\_\_. A Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do Governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 41-67, 2005.
- \_\_\_\_\_; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer Stiftung, 1998.
- ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, fev. 2008.
- ALCÂNTARA, Glete de. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos a sua expansão na sociedade brasileira**. Tese (Concurso à cátedra de Enfermagem). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 1963.
- AMOS, Karin. Governança e governamentalidade: relação e relevância de dois conceitos científico-sociais proeminentes na educação comparada. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.36, n. especial, p. 23-38, 2010.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, vol.8, n.1-2, p. 85-91, jul/ago. 2000.
- ANDRADE, Márcia Regina Selva de; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Políticas de formação para os profissionais da área da saúde. In: SILVA, Neide de Melo Aguiar. RAUSCH, Rita Buzzi (Orgs.). **Formação de professores: políticas, gestão e práticas**. Blumenau: Edifurb, 2010, p. 35-46.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- AZEVEDO, Janete Maria Lins de. **A educação como política pública**. 2ª ed. ampliada. Campinas: Autores Associados, 2001.
- AZEVEDO, Sérgio de; ANASTASIA, Fátima. Governança, “Accountability” e Responsividade. **Revista de Economia Política**, Belo Horizonte, vol. 22, n. 1, p. 79-97, jan./mar. 2002.
- BAGNATO, Maria Helena Salgado. **Licenciatura em enfermagem: para quê?** Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 1994.
- \_\_\_\_\_; RODRIGUES, Rosa Maria. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília,

v. 60, n. 5, p. 507-512, set./out. 2007.

BALL, J. Stephen. Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. **Currículo sem Fronteiras**, v.1, n.2, p.99-116, jul./dez. 2001.

BAPTISTA, Suely de Souza. **A luta por um espaço na universidade**: o caso da Escola de Enfermagem Anna Nery. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 1995.

BARBOSA, Thais Silva Corrêa; BAPTISTA, Suely de Souza. Movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na região centro-oeste do Brasil: uma perspectiva histórica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, v.10, n. 4, p. 945-956, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a07.htm>>. Acesso em 10 mar. 2010.

BORDENAVE, Juan Enrique Dias. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, José Francisco Nogueira Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de. (Orgs.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos - CADRHU**. Natal: EdU- FRN, 1999.p. 261-268.

BRASIL. **Lei Nº 775 de 06/08/1949**. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. Rio de Janeiro: Ministério da Educação, 1949.

\_\_\_\_\_. **Parecer Nº 271/62 de 19/10/1962**. Currículo mínimo do curso de enfermagem. Brasília: 1962.

\_\_\_\_\_. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação, Organização Pan-Americana da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 1721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de graduação de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de dez. 1994. Seção 1, p. 19801-19802.

\_\_\_\_\_. Lei N.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez./1996, p. 27.833-27.841.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 de nov. 2001a, Seção 1, p. 37.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES Nº 1133 de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília, 3 de out. 2001b, Seção 1E, p. 131.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica

para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, v. 143, n. 61, Seção 1, p.71-76, 2006.

BRASIL. **Gestão da Educação na Saúde**. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29693&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29693&janela=1)>. Acesso em 10 de jun. 2010a.

\_\_\_\_\_. **Farmácia Popular do Brasil**. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30269](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30269)>. Acesso em 14 de maio de 2010b.

BURIOLLA, Marta Alice Feiten. **O estágio supervisionado**. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CABRAL, Guilherme Perez. A integração educacional no âmbito do ensino superior no Mercosul. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – CONPEDI, 16. 2007, Belo Horizonte. **Anais...**, Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007. Disponível em: <[http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/anais/bh/guilherme\\_perez\\_cabral.pdf](http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/anais/bh/guilherme_perez_cabral.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2009.

CABREIRA, Liliane Machado *et al.* Egressos do curso de enfermagem da UEMS: um estudo dos formados entre 1998 a 2006. In: **Anais do 12º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEN**. São Paulo: ABEn, 2010.

CAMARGO, Arlete; MAUÉS, Olgaíses. As mudanças no mundo do trabalho e a formação dos profissionais da educação no contexto da LDB: o currículo em questão. In: BITTAR, Mariluce; OLIVEIRA, João Ferreira de; MOROSINI, Marília. **Educação superior no Brasil: 10 anos pós-LDB**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008, v. 1, p. 215-234.

CASASSUS, Juan. A reforma educacional na América Latina no contexto da globalização. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 7-28, nov. 2001.

CASTELLS, Manuel. Para o Estado-Rede: globalização econômica e instituições políticas na era da informação. In: PEREIRA, Luís Carlos Bresser; WILHEIM, Jorge; SOLA, Lourdes. (Orgs.). **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: UNESP, 1999. cap. 5. p. 147-171.

CATANI, Afrânio Mendes; OLIVEIRA, João Ferreira de. A reforma da educação superior no Brasil nos anos 90: diretrizes, bases e ações. In: CATANI, Afrânio Mendes; OLIVEIRA, Romualdo Portela de (Orgs.). **Reformas educacionais em Portugal e no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p 95-134.

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

\_\_\_\_\_; HEY, Ana Paula; GILIOLI, Renato de Sousa Porto. PROUNI: democratização do acesso às Instituições de Ensino Superior? **Educar em Revista**, Curitiba, n. 28, p. 125-140, jul./dez. 2006.

CHARLOT, Bernardo. Educação e globalização: uma tentativa de colocar ordem no debate. **Sísifo** — Revista de Ciências da Educação, n. 04, p. 129-136, out./dez. 2007.

CHAUÍ, Marilena. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

CHESNAIS, François. Mundialização financeira e a vulnerabilidade sistêmica. In: \_\_\_\_\_ (Coord.). **A mundialização financeira: gênese, custos e riscos**. São Paulo: Xamã, 1998, p. 249-293.

CHIRELLI, Mara Quaglio. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo – USP Ribeirão Preto, 2002.

\_\_\_\_\_. MISHIMA, Silvana Martins. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da faculdade de medicina de Marília – FAMEMA. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p. 574-584, set/out. 2003.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE O ENSINO SUPERIOR. **Tendências de Educação Superior para o século XXI**. (trad.) Maria Beatriz Ribeiro de Oliveira Gonçalves. Brasília: UNESCO/CRUB, 1999.

\_\_\_\_\_. **As Novas Dinâmicas do Ensino Superior e Pesquisas para a Mudança e o Desenvolvimento Social**. Comunicado. 2009. Disponível em: <aplicweb.feevale.br/site/files/documentos/pdf/31442.pdf>. Acesso em 16 de nov de 2010.

CONASS. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007b.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE DOURADOS/MS. **Número de enfermeiros inscritos no COREN em maio de 2010**. Dourados: MS. 2010.

COSTA, Valeriano. Federalismo. In: AVELAR, Lúcia; Cintra, Antonio Octávio. **Sistema político brasileiro — uma introdução**. 2. ed. São Paulo: UNESP, 2007. p. 211-223.

CUNHA, Luiz Antônio. **A universidade temporã: da colônia à era de Vargas**. 2ª ed. revista e ampliada, Francisco Alves, 1986.

\_\_\_\_\_. O ensino superior no octênio FHC. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 24, n. 82, p. 37-61, abr. 2003.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento desigual e combinado no ensino superior – Estado e Mercado. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 88, p. 795-817, out. 2004.

\_\_\_\_\_. **A universidade crítica: o ensino superior na república populista**. 3ª ed. São Paulo: Ed. Unesp, 2007.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: **Consulta – Tipo de Unidades em Dourados/MS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod\_Ind\_Unidade.asp?VEstado=50&VMun=500370>. Acesso

em 29 de abril de 2010a.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: **Consultas profissionais – CBO em Dourados/MS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_com\\_CBO.asp?VEstado=50&VMun=500370](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp?VEstado=50&VMun=500370)>. Acesso em 29 de abril de 2010b.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação da Atenção Básica**: Apresentação. Disponível em <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em 03 de março de 2010c.

DE SORDI, Mara Regina Lemes; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, abr. 1998.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **I Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, set. 1978. Disponível em: <[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf)>. Acesso em 05 de outubro de 2010.

DEITOS, Maria Lúcia Melo de Souza. A formação do trabalhador num contexto de permanente mudança tecnológica. In: FIGUEIREDO, Ireni Marilene Zago; ZANARDINI, Isaura Monica Souza; DEITOS, Roberto Antonio (Org.). **Educação, políticas sociais e Estado o Brasil**. EDUNIOESTE: Curitiba: Fundação Araucária, 2008. p. 239-262.

DELLORS, Jacques. **Educação: Um Tesouro a Descobrir - Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI**, 1996.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em 12 de julho de 2010a.

\_\_\_\_\_. **PROESF 1 (2003/2007)**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/proesf/proesf1.php>>. Acesso em 05 de junho de 2010b.

DIAS SOBRINHO, José. Educação superior: flexibilização e regulação ou avaliação e sentido público. In: DOURADO, Luiz Fernando; CATANI, Afrânio Mendes; OLIVEIRA, João Ferreira de (Orgs.). **Políticas e gestão da educação superior**: transformações recentes e debates atuais. São Paulo: Alternativa, 2003, v. 1, p. 97-116.

DOURADO, Luiz Fernandes. Reforma do Estado e as políticas para a educação superior no Brasil nos anos 90. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 234-252, set. 2002.

\_\_\_\_\_; OLIVEIRA, João Ferreira de; CATANI Afrânio Mendes. Transformações recentes e debates atuais no campo da educação superior no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **Políticas e gestão da educação superior**: transformações recentes e debates atuais São Paulo: Xamã, 2003. p. 17-30.

DRAIBE, Sonia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Maria do Carmo Brandt de Carvalho e Cecília Barreiro Roxo (Orgs.) (2001). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEI/PUCSP, 2001, p. 13-41.

DUARTE, Clarice Seixas. Direito público subjetivo e políticas educacionais. **São Paulo em Perspectivas**, São Paulo, v.18, n.2, p. 113-118, abr./jun. 2004.

E-MEC. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>. Acesso em 27 jul. 2010.

FERRAZ, Lucimare; KRAUSER, Ivete Maroso; SILVA, Lurdes Chiossi. As formas de aprendizagem mais significativas para os estudantes de enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n. 1, p. 137-147, mar./jun. 2009.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Brasília: Liber Livro, 2008.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, p. 211-259, 2000.

GADOTTI, Moacir. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n.2, p.3-11, abr./jun. 2000.

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 das USP**, v. 35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001.

GARCIA, Carolina Pedroza Carvalho; FAGUNDES, Norma Carapiá. Formação e situações de trabalho: reflexões a partir do estágio curricular de cursos de enfermagem. In: SÁ, Maria Roseli Gomes Brito de; FARTES, Vera Lúcia Bueno. (Orgs.) **Currículo, formação e saberes profissionais: a (re)valorização epistemológica da experiência**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 107-119.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GEOVANINI, Telma. A enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, Telma et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. cap. 2, p. 29-57.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3ª ed. São Paulo Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. Percurso revisitado: o ensino de enfermagem no Brasil. **Pró-Posições**: UNICAMP, v. 14, n. 1, p. 13-28, jan./abr. 2003.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 177-190, jun. 2006.

GOERGEN, Pedro. Educação superior na perspectiva do sistema e do Plano Nacional de Educação. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 112, p 895-917, jul./set. 2010.

GOIN, Mariléia. **O processo contraditório da educação no contexto do Mercosul: uma análise a partir dos planos educacionais**. Dissertação (Mestrado em Serviços Sociais). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2008.



GOMÉZ, Angel I. Pérez; SACRISTÁN, Juan Gimeno. Os processos de ensino-aprendizagem: análise didática das principais teorias da aprendizagem. In: **Compreender e transformar o ensino**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 27-51.

GONÇALVES, Alcindo. O conceito de governança. **XIV Encontro do Conpedi**, 2005.

GRESSLER, Lori Alice; SWENSSON, Lauro Joppert. **Aspectos históricos do povoamento e da colonização do Estado de Mato Grosso do Sul**: destaque especial ao município de Dourados. Dourados: DAG Gráfica Editorial, 1988.

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, p. 141-168.

HELD, David; MCGREW, Anthony. **Prós e contras da globalização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

IBGE. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. Disponível em <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php)>. Acesso em 29 de abril de 2010a.

\_\_\_\_\_. **Mato Grosso do Sul: Dourados**. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao\\_por\\_municipio.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/populacao_por_municipio.shtm)>. Acesso em 29 de abril de 2010b.

INEP. **INEP/MEC divulga os novos indicadores de qualidade das instituições de ensino superior brasileiras**. Brasília: INEP, 2009. Disponível em: <[http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/edusuperior/institucional/news09\\_06.htm](http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/edusuperior/institucional/news09_06.htm)>. Acesso em 05 de maio de 2010.

\_\_\_\_\_. **ENADE: consulta aos resultados**. Brasília: INEP, 2010. Disponível em: <<http://enade.inep.gov.br/enadeResultado/site/resultado.seam;jsessionid=F4D9A1567398977F1B5BDD927FA338BC>>. Acesso em: 05 de maio de 2010a.

INEP. **O que é o Exame Nacional de Cursos?** Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/superior/provao/default.asp>>. Acesso em 05 de maio de 2010b.

\_\_\_\_\_. **Sinopses Estatísticas da Educação Superior - Graduação**. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/sinopse/>>. Acesso em 24 de abril de 2010c.

\_\_\_\_\_. **Censo de 1991 a 2008 – cursos de graduação enfermagem presenciais**. Disseminação da Diretoria de Estatísticas Educacionais, Brasília: INEP, 2010d.

JESSOP, Bob. A globalização e o Estado nacional. **Crítica Marxista**, São Paulo, Xamã, v. 1, tomo 7, p. 9-45, 1998.

KEISER, Dagmar Elaine; SERBIM, Andreivna Kharenine. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p.633-640, dez/2009.

LALUNA, Maria Cristina Martinez Capel; FERRAZ, Clarice Aparecida. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de

enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 6, p. 771-777, nov./dez. 2003.

LENHART, Volker. Educação numa sociedade mundial: globalização como desafio da pedagogia. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 25-41, jan./jun. 1998.

LIMA, Paulo Gomes. **Tendências paradigmáticas na pesquisa educacional**. Artur Nogueira, SP: Amil, 2003.

MANCEBO, Deise. Reforma da educação superior: o debate sobre a igualdade no acesso. In: BITTAR, Mariluce; OLIVEIRA, João Ferreira de; MOROSINI, Marília. **Educação superior no Brasil: 10 anos pós-LDB**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008, p. 55-70.

MARQUES, Eduardo César. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, n. 43, p. 67-103, 1997.

MATO GROSSO DO SUL. **Perfil de Mato Grosso do Sul**. Disponível em: <<http://www.ms.gov.br/index.php?inside=1&tp=3&comp=4298&show=3626>>. Acesso em 05 de maio de 2010.

MEIRA, Maria Dyrce Dias; KURCGANTE, Paulina. Avaliação da formação de enfermeiros segundo a percepção de egressos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 556-561, 2008.

MENDES, Maria Manuela Rino. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994 – mudança de paradigma curricular?** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo – USP Ribeirão Preto, 1996.

MICHELOTTO, Regina Maria; COELHO, Rúbia Helena; ZAINKO, Maria Amélia Sabbag. A política de expansão da educação superior e a proposta de reforma universitária do governo Lula. **Educar**, Curitiba: Universidade Federal do Paraná, n. 28, p. 179-198, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.

MISSIO, Lourdes. **Curso de Enfermagem da UEMS: um estudo da primeira turma de egressos-1998**. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, 2001.

\_\_\_\_\_. **O entrelaçar dos fios na construção da identidade docente dos professores do curso de enfermagem da UEMS**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2007.

OLIVEIRA, Otaíza Romanelli de. **História da educação no Brasil**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, Romualdo Portela de. A transformação da educação em mercadoria no Brasil. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.30, n.108, p. 739-760, out. 2009.

OLIVEN, Arabela Campos. Histórico da educação superior no Brasil. In: SOARES, Maria Susana Arrosa (Coord.) **A Educação Superior no Brasil**. Instituto Internacional para a Educação Superior na América Latina e no Caribe IESALC - Unesco - Caracas. Porto Alegre – Brasil, nov. 2002, p. 24-38.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen, Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p.73-78, ag. 2006.

PAIXÃO. Waleska. **História da Enfermagem**. 5ª ed. Julio C. Reis - Livraria. 1979.

PALUMBO, Dennis James. A abordagem de política pública para o desenvolvimento político na América. In: **Política de capacitação dos profissionais da educação**. Belo Horizonte: FAE/IRHJP, 1989. p. 35-61. (Original: PALUMBO, Dennis J. Public Policy in América. Government in Action. 2. ed. Tradução: Adriana Farah. Harcourt Brace & Company, 1994. Cap. 1, p. 8-29).

PEREIRA, Potyara A. P. Trajetória da política social: das velhas leis dos pobres ao *Welfare State*. In: \_\_\_\_\_. **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 59-98.

PIERANTONI, Célia Regina. MACHADO, Maria Helena. Profissões de Saúde: a formação em questão. **Cadernos de Recursos Humanos para a Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 3, p. 23-34, 1993.

PINHEIRO, Eliana de Fátima Catussi *et al.* Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. **Formação**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 8, p. 47-55, mai./ago. 2003.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder, o socialismo**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS. 22 Equipes de PSF garantem saúde básica em Dourados. **Diário Oficial de Dourados**. Ano VI. N 1.230. Dourados, 2004. Disponível em: <<http://www.dourados.ms.gov.br/Default.aspx?TabID=93&Pagina=50#>>. Acesso em: 13 jun. 2010.

RANIERI, Nina Beatriz. **Educação Superior, Direito e Estado: reflexões sobre a lei de diretrizes**. São Paulo: Edusp/Fapesp, 2000.

RAUSCH, Rita Buzzi. Reflexividade e pesquisa: articulação necessária na formação inicial de professores. In: SILVA, Neide de Melo Aguiar; RAUSCH, Rita Buzzi (Orgs.). **Formação de professores: políticas, gestão e práticas**. Blumenau: Edifurb, 2010. p. 147-184.

REAL, Giselle Cristina Martins. **Impactos da avaliação na educação superior**. Dourados: Editora da UFGD, 2008.

\_\_\_\_\_. A expansão da educação superior no eixo Brasil e Paraguai: convergências e tensões nos anos 2000. In: **Anais do XV Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino – ENDIPE**. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS. **Agentes Comunitários de Saúde se qualificam e atuam melhor no SUS**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:

<<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Materia&Num=61>>. Acesso em: 19 de maio de 2010.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2000.

\_\_\_\_\_. A origem da Enfermagem Profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. In: Dermeval Saviani, José Claudinei Lombardi, Maria Isabel Moura Nascimento. (Org.). **Navegando na história da educação brasileira - HISTEDBR**. 1 ed. Campinas: Graf FE: Histedbr, v. 1, 2006, p. 1-19. Disponível em: <[http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos\\_titulos.html](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_titulos.html)>. Acesso em 28 de out. 2009.

ROBERTSON, Susan L. O processo de Bolonha da Europa torna-se global: modelo, mercado, mobilidade, força intelectual ou estratégia para construção do Estado? **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro: ANPEd, v. 14, n. 42, p. 407-422, set./dez. 2009.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. Neoinstitucionalismo como modelo de análise para as políticas públicas: algumas observações. **Civitas**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 11-28, jan/jun. 2005.

RODRIGUES, Rosa Maria. **Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: Contexto, conteúdo e possibilidades para a formação**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2005.

\_\_\_\_\_; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 507-512, set/out. 2007.

\_\_\_\_\_; CALDEIRA, Sebastião. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 629-636, set./out. 2008.

ROSENAU, James N. “Governança, Ordem e Transformação na Política Mundial”. In: Rosenau, James N. e Czempiel, Ernst-Otto. **Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial**. Brasília: Ed. Unb e São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000, p. 11-46.

SACRISTÁN, José Gimeno. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. Tradução Ernani F. da F. Rsa. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Tradução Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTOS, Boaventura de Sousa Santos. Os processos da globalização. **Eurozine on-line**, 2002. Disponível em <<http://www.eurozine.com/articles/2002-08-22-santos-pt.html>>. Acesso em: 24 de maio de 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa Santos. A Universidade no Século XXI: Para uma Reforma Democrática e Emancipatória da Universidade. In: SANTOS, Boaventura de Sousa Santos. FILHO, Naomar de Almeida. **A Universidade no Século XXI: Para uma Universidade Nova**. Coimbra, out. 2008. p. 13-106.

SAUPE, Rosita. Ação e reflexão na formação do enfermeiro através dos tempos. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1998, p. 27-73.

SAVIANI, Demerval. **A nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas**. Campinas: Autores Associados, 1997.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOURADOS/MS. **A Estratégia de Saúde da Família em Dourados/MS**. Dourados, 2010.

SENA, Roseni Rosângela *et al.* Projeto Uni: cenário de aprender, pensar e construir a interdisciplinaridade na prática pedagógica da Enfermagem. **Interface**, Botucatu, v.7, n.13, p.79-90, 2003.

SEVERINO, Antônio Joaquim. O ensino superior brasileiro: novas configurações e velhos desafios. **Educar**, Curitiba, n. 31, p. 73-89, 2008.

SILVA JUNIOR, João dos Reis; SGUISSARDI, Valdemar. **Novas faces da educação superior no Brasil**. 2 ed. rev. Bragança paulista, São Paulo: Cortez, USP-IFAN, 2001.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, set/out. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010411692006000500018&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010411692006000500018&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 15 de novembro de 2010.

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**, Campinas, v. 29, n. 105, p. 991-1022, set/dez. 2008.

SOARES, Ana Maria Dantas. O projeto político-pedagógico e os cursos de graduação: limites e perspectivas. In: VASCONCELOS, Helena Corrêa de (Org.). **Docência no ensino superior: uma abordagem de uma experiência interdisciplinar**. Seropédica: UFRRJ, 2008, p. 107-117.

SOUZA, Celina. Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: Processo Decisório, Conflitos e Alianças. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 513-560, 2001.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; FRIENDLANDER, Maria Romana. Metacognição e ensino de enfermagem: uma combinação possível? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 792-799, nov./dez. 2003.

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.

UEMS. **Estrutura curricular do Curso de Enfermagem**. Dourados, 1994.

\_\_\_\_\_. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem**. Dourados, 1998.

UEMS. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem**. Dourados, 2003.

\_\_\_\_\_. Pró-Reitoria e Ensino – PROE. Divisão de processo Seletivo - DPS. **Vestibular UEMS 14 anos**. Dourados, MS, abril de 2008.

\_\_\_\_\_. **Ata da reunião da Comissão para Reformulação do Projeto Político Pedagógico do curso de Enfermagem**. Dourados, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Concorrência para o Vestibular UEMS 2010**. Disponível em <<http://www.vestibular.uems.br/concorrenca.php>>. Acesso em: 10 de junho de 2010b.

UEMS. **Histórico**. Dourados: UEMS. Disponível em: <<http://www.uems.br/portal/historia.php>>. Acesso em 28 de abril de 2010c.

\_\_\_\_\_. **Missão**. Dourados: UEMS. Disponível em: <<http://www.uems.br/portal/missao.php>>. Acesso em 28 de abril de 2010d.

\_\_\_\_\_. Divisão de Registro Acadêmico. **Relação de graduados pelo curso de enfermagem da UEMS no período de 2004 a 2009**. Dourados, 2010e.

\_\_\_\_\_. Corpo docente do curso de enfermagem. Disponível em: <http://www.uems.br/portal/indexcurso.php?C=4&p=Corpo%20Docente>. Acesso em 20 de novembro de 2010f.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp, p. 73-78, ago 2006.

WESTPHAL, Márcia Faria; BÓGUS, Claudia Maria Bógus; FARIA, Mara de Mello. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 6, n. 120. p. 472-482, 1996.

ZABALA, Antoni. *A Prática Educativa: como ensinar*. Tradução Ernani F. da F. Rosa. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

ZANARDINI, João Batista. A ideologia do desenvolvimento e da globalização e s proposições curriculares elaboradas (1961-2002). In: FIGUEIREDO, Ireni Marilene Zago; ZANARDINI, Isaura Monica Souza; DEITOS, Roberto Antonio (Org.). **Educação, políticas sociais e Estado o Brasil**. EDUNIOESTE: Curitiba: Fundação Araucária, 2008, p. 45-75.

## **ANEXOS**

**ANEXO A**

**TABELA DE EQUIVALÊNCIA DAS DISCIPLINAS DOS CURRÍCULOS DE 1994, 1998 E ÁREAS DO CONHECIMENTO DE 2004 DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS.**

<b>DISCIPLINA 1994</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>DISCIPLINA 1998</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>ÁREA DE CONHECIMENTO – 2004</b>	<b>Série</b>	<b>Teoria</b>	<b>Prática</b>	<b>C.H. TOTAL</b>
Anatomia Humana	1 <sup>a</sup>	180	Anatomia Humana	1 <sup>a</sup>	136	Anatomia Humana Aplicada a Enfermagem I	1 <sup>a</sup>	51	17	68
						Anatomia Humana Aplicada a Enfermagem II	2 <sup>a</sup>	51	17	68
Histologia	1 <sup>a</sup>	75	Histologia	1 <sup>a</sup>	68	Histologia Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Fisiologia	1 <sup>a</sup>	120	Fundamentos de Fisiologia e Biofísica	1 <sup>a</sup>	136	Fundamentos de Fisiologia Humana e Biofísica Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	102	34	136
Bioquímica	1 <sup>a</sup>	75	Bioquímica	1 <sup>a</sup>	68	Bioquímica Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Biologia Geral	1 <sup>a</sup>	75	Biologia Geral	1 <sup>a</sup>	102	Biologia Geral Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	34	102



**CONTINUAÇÃO: TABELA DE EQUIVALÊNCIA DAS DISCIPLINAS DOS CURRÍCULOS DE 1994, 1998 E ÁREAS DO CONHECIMENTO DE 2004 DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS.**

<b>DISCIPLINA 1994</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>DISCIPLINA 1998</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>ÁREA DE CONHECIMENTO – 2004</b>	<b>Série</b>	<b>Teoria</b>	<b>Prática</b>	<b>C.H. TOTAL</b>
Sociologia e Antropologia	1 <sup>a</sup>	45	Sociologia e Antropologia Filosófica	1 <sup>a</sup>	68	Sociologia – Antropologia e Filosofia Aplicadas a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	-	68
Deontologia Médica e Ética Profissional	2 <sup>a</sup>	60	Deontologia e Legislação Profissional	1 <sup>a</sup>	68	Deontologia e Legislação em Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	-	68
Bioestatística	1 <sup>a</sup>	45	Bioestatística	1 <sup>a</sup>	68	Bioestatística Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Técnicas de Redação	1 <sup>a</sup>	90	Técnicas de Redação	1 <sup>a</sup>	68	Comunicação e Expressão	1 <sup>a</sup>	68	-	68
História da Enfermagem*	1 <sup>a</sup>	30	História e Introdução à Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	História e Fundamentos de Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	-	68
Introdução à Enfermagem*	1 <sup>a</sup>	30								
Introdução a Metodologia Científica	1 <sup>a</sup>	45	Introdução a Metodologia Científica	3 <sup>a</sup>	68	Metodologia Científica Aplicada a Saúde e a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68

**CONTINUAÇÃO: TABELA DE EQUIVALÊNCIA DAS DISCIPLINAS DOS CURRÍCULOS DE 1994, 1998 E ÁREAS DO CONHECIMENTO DE 2004 DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS.**

<b>DISCIPLINA 1994</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>DISCIPLINA 1998</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>ÁREA DE CONHECIMENTO – 2004</b>	<b>Série</b>	<b>Teoria</b>	<b>Prática</b>	<b>C.H. TOTAL</b>
Microbiologia	2 <sup>a</sup>	60	Microbiologia	2 <sup>a</sup>	68	Microbiologia Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Introdução a Saúde Coletiva	2 <sup>a</sup>	60	Introdução a Saúde Coletiva	2 <sup>a</sup>	68	Epidemiologia e Saúde Ambiental	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Didática Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	60	Didática Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	68	Didática Aplicada a Enfermagem	1 <sup>a</sup>	51	17	68
Fundamentos de Enfermagem	2 <sup>a</sup>	90	Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem	2 <sup>a</sup>	340	Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem I	1 <sup>a</sup>	34	34	68
Prática em Fundamentos de Enfermagem	2 <sup>a</sup>	120				Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem II	3 <sup>a</sup>	34	34	68
Farmacologia e Terapêutica	2 <sup>a</sup>	90	Farmacologia	2 <sup>a</sup>	102	Farmacologia Aplicada a Enfermagem I	2 <sup>a</sup>	51	17	68
						Farmacologia Aplicada a Enfermagem II	3 <sup>a</sup>	51	17	68

**CONTINUAÇÃO: TABELA DE EQUIVALÊNCIA DAS DISCIPLINAS DOS CURRÍCULOS DE 1994, 1998 E ÁREAS DO CONHECIMENTO DE 2004 DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS.**

<b>DISCIPLINA 1994</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>DISCIPLINA 1998</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>ÁREA DE CONHECIMENTO – 2004</b>	<b>Série</b>	<b>Teoria</b>	<b>Prática</b>	<b>C.H. TOTAL</b>
Parasitologia	2 <sup>a</sup>	60	Parasitologia	2 <sup>a</sup>	68	Parasitologia Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	51	17	68
Patologia	2 <sup>a</sup>	45	Patologia Geral	2 <sup>a</sup>	68	Patologia Aplicada a Enfermagem	3 <sup>a</sup>	51	17	68
Imunologia	2 <sup>a</sup>	60	Imunologia	2 <sup>a</sup>	68	Imunologia Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	51	17	68
Nutrição e Dietética	1 <sup>a</sup>	75	Nutrição e Dietoterapia	2 <sup>a</sup>	68	Nutrição Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	51	17	68

**CONTINUAÇÃO: TABELA DE EQUIVALÊNCIA DAS DISCIPLINAS DOS CURRÍCULOS DE 1994, 1998 E ÁREAS DO CONHECIMENTO DE 2004 DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS.**

<b>DISCIPLINA 1994</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>DISCIPLINA 1998</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>ÁREA DE CONHECIMENTO – 2004</b>	<b>Série</b>	<b>Teoria</b>	<b>Prática</b>	<b>C.H. TOTAL</b>
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	3ª	90	Enfermagem em Doenças Transmissíveis		238	Enfermagem em Saúde Coletiva	2ª	102	136	238
Prática de Enfermagem em Doenças Transmissíveis	3ª	75	Enfermagem em Saúde Coletiva	3ª	204					
Enfermagem na Assistência à Saúde do Adulto	3ª	105	Enfermagem Clínica	3ª	306	Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso I	3ª	170	136	306
Prática de Enfermagem na Assistência à Saúde do Adulto	3ª	120								
Enfermagem em Pronto-Socorro	3ª	60								
Prática de Enfermagem em Pronto-Socorro	3ª	60	Enfermagem Cirúrgica	3ª	306	Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso II	4ª	34	34	68
Enfermagem Médico-cirúrgica	3ª	120								
Prática de Enfermagem Médico-cirúrgica	3ª	135								

**CONTINUAÇÃO: TABELA DE EQUIVALÊNCIA DAS DISCIPLINAS DOS CURRÍCULOS DE 1994, 1998 E ÁREAS DO CONHECIMENTO DE 2004 DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS.**

<b>DISCIPLINA 1994</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>DISCIPLINA 1998</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>ÁREA DE CONHECIMENTO – 2004</b>	<b>Série</b>	<b>Teoria</b>	<b>Prática</b>	<b>C.H. TOTAL</b>
Enfermagem na Assistência da Saúde da Mulher e da Criança	2ª	105	Enfermagem Pediátrica	4ª	204	Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente I	2ª	34	34	68
Prática de Enfermagem na Assistência da Saúde da Mulher e da Criança	2ª	120				Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II	3ª	34	34	68
Enfermagem Materno-Infantil	4ª	105	Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal	4ª	238	Enfermagem na Saúde da Mulher I	2ª	34	3	68
Prática de Enfermagem Materno-Infantil	4ª	120				Enfermagem na Saúde da Mulher II	3ª	51	51	102
Ginecologia	4ª	60								
Enfermagem Obstétrica	4ª	120								
Neonatal	4ª	60								

**CONTINUAÇÃO: TABELA DE EQUIVALÊNCIA DAS DISCIPLINAS DOS CURRÍCULOS DE 1994, 1998 E ÁREAS DO CONHECIMENTO DE 2004 DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS.**

<b>DISCIPLINA 1994</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>DISCIPLINA 1998</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>ÁREA DE CONHECIMENTO – 2004</b>	<b>Série</b>	<b>Teoria</b>	<b>Prática</b>	<b>C.H. TOTAL</b>
Enfermagem Psiquiátrica	3ª	60	Enfermagem Psiquiátrica	4ª	136	Enfermagem na Saúde Mental	2ª	51	51	102
Prática de Enfermagem Psiquiátrica	3ª	75								
Administração aplicada à Enfermagem em Saúde Pública	4ª	90	Administração de Enfermagem em Saúde Pública	4ª	170	Administração de Enfermagem em Saúde Coletiva	2ª	68	68	136
Administração de Serviços de Enfermagem em Maternidade e Dispensários Pré-Natais	4ª	75	-	-	-	-	-	-	-	-
Administração aplicada à Enfermagem na Área Hospitalar	4ª	90	Administração de Enfermagem Hospitalar	4ª	272	Administração de Enfermagem Hospitalar I	3ª	34	34	68
						Administração de Enfermagem Hospitalar II	4ª	34	34	68

**CONTINUAÇÃO: TABELA DE EQUIVALÊNCIA DAS DISCIPLINAS DOS CURRÍCULOS DE 1994, 1998 E ÁREAS DO CONHECIMENTO DE 2004 DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS.**

<b>DISCIPLINA 1994</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>DISCIPLINA 1998</b>	<b>Série</b>	<b>C.H. TOTAL</b>	<b>ÁREA DE CONHECIMENTO – 2004</b>	<b>Série</b>	<b>Teoria</b>	<b>Prática</b>	<b>C.H. TOTAL</b>
Psicologia geral	1 <sup>a</sup>	30	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicologia aplicada à enfermagem	2 <sup>a</sup>	60	-	-	-	Psicologia Aplicada a Enfermagem	2 <sup>a</sup>	102	-	102
Matemática	1 <sup>a</sup>	60	Matemática aplicada à Enfermagem	1 <sup>a</sup>	68	Matemática aplicada à Enfermagem (conteúdo complementar)	2 <sup>a</sup>	-	-	-
Educação Física	1 <sup>a</sup>	60	-	-	-	Qualidade de Vida (conteúdo complementar)	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	Estágio Curricular Supervisionado	4 <sup>a</sup>	-	612	612

Fonte: Estrutura Curricular do Curso de Enfermagem, 1994.

Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem da UEMS, 1998.

Tabela de equivalência dos currículos de 1998-2004. Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem da UEMS, 2003.

## ANEXO B

### RESUMO GERAL DO CURRÍCULO INTEGRADO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS – 2004

Série	Módulos e Unidades Temáticas	Carga Horária
<b>1<sup>a</sup></b>	<b>Enfermagem como Profissão</b> Módulo I – Enfermagem Saúde e Sociedade Unidade Temática 1.1 Saúde e Sociedade Unidade Temática 1.2 A Ética no Agir Profissional do Enfermeiro Unidade Temática 1.3 A Dimensão Humana e o Cuidado de Enfermagem	Teoria = 884 Prática = 238 Total = 1.122
<b>2<sup>a</sup></b>	<b>A Enfermagem na Educação em saúde</b> Módulo II - Enfermagem como Prática Social Unidade Temática 2.1 Cuidando de Seres Humanos Unidade Temática 2.2 Cuidando de Família e Coletividades	Teoria = 646 Prática = 408 Total = 1.054
<b>3<sup>a</sup></b>	<b>A Enfermagem na Recuperação da Saúde</b> Módulo III – Enfermagem Cuidando de Seres Humanos com Déficit de Saúde Unidade Temática 3.1 O Cuidado em situações de desequilíbrio, desvios, distúrbios, transtornos nos cenários institucionais de intervenção	Teoria = 425 Prática = 323 Total = 748
<b>4<sup>a</sup></b>	<b>O enfermeiro e o processo de cuidar na perspectiva do cuidado integral de saúde</b> Módulo IV – Enfermagem cuidando de seres humanos em situações especiais e graves Unidade Temática 4.1 O Enfermeiro na equipe de saúde e o cuidado em situações de maior complexidade  Módulo V – Estágio Curricular Supervisionado	Teoria = 68 Prática = 68 Total = 136   612
	Total de conteúdos obrigatórios	3.672
	Total de conteúdos complementares (mínimo)	374
	Total de atividades complementares (AC)	204
	Carga Horária Total do Curso	4.250
	Prazo mínimo para integralização do curso	04 anos
	Prazo máximo para integralização do curso	07 anos



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Questionário

### A ARTICULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE NA VOZ DE EGRESSOS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS, EM DOURADOS-MS

#### 1. Identificação:

- a) Nome (iniciais): \_\_\_\_\_
- b) Idade: \_\_\_\_\_ anos
- c) Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
- d) Estado Civil:
- ( ) solteiro (a) ( ) casado (a)
- ( ) separado (a) judicialmente ( ) viúvo (a)
- ( ) outro: \_\_\_\_\_

#### 2. Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul - UEMS

- a) Para ingresso no curso, você utilizou o sistema de cotas?
- ( ) Sim ( ) Não
- Se sim, qual delas?
- ( ) destinadas aos candidatos negros
- ( ) destinadas aos candidatos indígenas
- b) Em quantos anos você concluiu o curso de graduação?
- ( ) 4 anos
- ( ) 5 anos
- ( ) 6 anos
- ( ) mais de 6 anos
- c) Durante a graduação você participou de:
- ( ) projetos de pesquisa. Quantos? \_\_\_\_\_. Com bolsa? ( ) Sim ( ) Não
- ( ) projetos de extensão. Quantos? \_\_\_\_\_.
- ( ) projetos de ensino. Quantos? \_\_\_\_\_.
- ( ) estágios voluntários. Quantos? \_\_\_\_\_.
- ( ) outras atividades extra-curriculares. Com bolsa? ( ) Sim ( ) Não
- Quais?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ( ) não participei
- Por quê?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

d) Já fez alguma pós-graduação?

( ) especialização. Qual(is)?

\_\_\_\_\_

( ) mestrado. Área? Local?

\_\_\_\_\_

( ) doutorado. Área? Local?

\_\_\_\_\_

( ) não fiz.

e) Se não fez, qual o motivo?

( ) pessoais

( ) falta de tempo

( ) falta de recursos financeiros

( ) falta de apoio do serviço (liberação)

( ) outro.

Especifique: \_\_\_\_\_

f) Você participou de cursos de atualização após a graduação?

( ) sim

( ) não. Por quê? \_\_\_\_\_

g) Você participou de eventos científicos após a graduação?

( ) sim

( ) não. Por quê? \_\_\_\_\_

### 3. Atuação profissional

a) De acordo com sua experiência profissional, preencha o quadro abaixo, iniciando pelo seu primeiro emprego enquanto enfermeiro até os dias atuais:

Instituição (nome)	Cargo/função	Data de início	Data de término	Vínculo trabalhista	Meio de ingresso no serviço


b) Quanto tempo após se formar você começou a trabalhar na área da enfermagem?

- menos de 1 mês  
 1 a 3 meses  
 4 a 6 meses  
 7 a 12 meses  
 acima de 1 ano

c) Informe sua remuneração mensal atual:

- até 1 salário mínimo  
 até 2 salários mínimos  
 até 3 salários mínimos  
 até 5 salários mínimos  
 até 7 salários mínimos  
 até 9 salários mínimos  
 acima de 9 salários mínimos

d) Assinale quais componentes da sua graduação foram determinantes positivos para a sua inserção no mercado de trabalho e quais foram negativos.

Determinantes	Positivos	Negativos
Projeto Político Pedagógico do curso		
Participação em projetos de pesquisa		
Participação em projetos de extensão, ensino e atividades afins		
Estrutura física do curso		

e) Na sua avaliação, a sua graduação lhe preparou para trabalhar mais voltado para a:

- área hospitalar  
 saúde pública  
 os dois enfoques anteriormente citados  
 outro. Especifique: \_\_\_\_\_

f) Quais facilidades você encontra no exercício da profissão e que considera estarem relacionadas à sua graduação?

---

---

---

g) Quais dificuldades você encontra no exercício da profissão e que considera estarem relacionadas à sua graduação?

---

---

---

h) Quais contribuições/sugestões você tem a fazer a respeito da sua graduação?

---

---

---

## **APÊNDICE B – Roteiro para condução do Grupo Focal**

### **A ARTICULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE NA VOZ DE EGRESSOS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS, EM DOURADOS-MS**

#### **Questões norteadoras para a realização dos grupos focais:**

- 1) Você teve conhecimento do Projeto Político Pedagógico do seu curso? Se sim, você estava de acordo com a estrutura promovida no seu período de formação?
- 2) Quais foram os principais impactos sentidos por você quanto às políticas de educação em sua graduação (com relação às modificações curriculares, a suficiência ou não de carga horária, a atualidade dos componentes curriculares, a relação entre teoria e prática, ao estágio supervisionado e a qualificação dos docentes)?
- 3) Enquanto acadêmico, na sua formação inicial, como você compreendia a proposta do curso para a formação do enfermeiro em relação às solicitações da empregabilidade?
- 4) Qual a contribuição para o trabalho enquanto enfermeiro, que o processo de formação no curso de graduação lhe proporcionou, em termos de pesquisa, ensino e extensão?