Universidade de São Paulo
Faculdade de Educação

Avaliação da Educação Superior de Enfermagem na
perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para a
Enfermagem - INEP

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos

São Paulo
2007

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos

Avaliação da Educação Superior de Enfermagem na
perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para a
Enfermagem - INEP

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Educação
da Faculdade de Educação da
Universidade de São Paulo, como
um dos requisitos para a
obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Afrânio Mendes Catani

São Paulo
2007

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo

378.3061073 Galleguillos, Tatiana Gabriela Brassea
G166a Avaliação da educação superior de enfermagem
na perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação
para a Enfermagem - INEP / Tatiana Gabriela
Brassea Galleguillos ; orientador Afrânio Mendes
Catani. São Paulo: s.n., 2007.
167 p. : il. ;grafis.tabs.

Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação –
Universidade de São Paulo.

1. Ensino superior - Avaliação 2. Enfermagem
– Estudo e ensino – Avaliação – Brasil 3. Saúde
pública – Brasil 5. Comissão assessora de Avaliação
– INEP I. -----, orient. Catani, Afrânio Mendes

Dedico à minha filha Juliana

Por você eu ganharia o mundo
Com você eu ganhei a vida
Para você todo o meu amor

Ofereço
Porque os amo e
a vida sem vocês não tem graça

Aos Meus pais, Gabriela e José Miguel (você faz muita falta)

Ao homem que está ao meu lado, Ruy

Aos meus irmãos, Miguel e Vania

À nova vida da família, Miguelito e Felipito

Agradecimentos

Ao Professor Afrânio Mendes Catani, meu orientador, pela oportunidade de participar do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo e por suas orientações para a realização deste trabalho.

À Professora Maria Amélia de Campos Oliveira pela disposição de novamente me dar seu apoio, sua paciência e suas orientações, no exame de qualificação e na finalização deste trabalho.

Ao Professor Romualdo Portela Oliveira pelo incentivo e apoio para minha inserção no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação e pelas orientações dadas no exame de qualificação.

A todos os membros da Comissão Assessora de Avaliação na área de Enfermagem pela disposição para participar das entrevistas.

À Professora Ana Elisa pela revisão de português do texto elaborado.

À Flavia Schmit pela tradução de texto realizada.

À equipe de imunização do Centro de Controle de Doenças, em especial à enfermeira Maria Ligia Bacciotte Ramos Neger, pelo apoio e compreensão nesse período.

À Gerente do Centro de Controle de Doenças, Sonia Ramos Testa pela sua ajuda acadêmica.

A todos os funcionários da biblioteca da FEUSP, pela prontidão e auxílio dados.

A todos os meus amigos pelo apoio constante.

À CAPES pelo financiamento parcial deste estudo por meio de bolsa de estudos.

SUMÁRIO

Glossário de Siglas	
Lista de Quadros/Gráficos/Tabelas	
Resumo	i
Abstract.....	ii
 CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO.....	 1
1.1 Enfermagem Brasileira: institucionalização e formas de trabalho	3
1.2 Educação em Enfermagem no Brasil	9
1.3 Movimentos na Educação Superior de Enfermagem: Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil	13
1.4 Recursos Humanos de Enfermagem	22
1.5 Objetivos	25
1.6 Percorso Metodológico	25
 CAPÍTULO 2. POLÍTICAS DE SAÚDE	 30
2.1 Sistema Único de Saúde	30
2.2 Conceitos de saúde e Funções Essenciais de Saúde Pública	37
2.3 Panorama Mundial da Força de Trabalho em Saúde Pública	48
 CAPÍTULO 3. POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR	 55
3.1 Políticas Públicas para a Educação Superior	55
3.2 Avaliação da Educação Superior	68
 CAPÍTULO 4. AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE ENFERMAGEM: perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para a Enfermagem – INEP.....	 75
4.1 Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior	75
4.2 Avaliação de cursos: do Instrumentos ao avaliador de Avaliação	87
4.3 Relação entre Avaliação da Educação Superior e Emprego	98
4.4 Expansão da Educação Superior de Enfermagem	104
4.5 Critérios de Avaliação para a Educação Superior em Enfermagem	118
4.6 Critérios de Avaliação para a Educação em Saúde Pública	130
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 142
ANEXOS.....	151
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	155

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
ABMES - Associação Brasileira de Mantenedoras
ABRUC- Associação Brasileira das Universidades Comunitárias
AIS – Ações Integradas de Saúde
ALCA - Área de Livre Comércio das Américas
ANDIFES - Associação de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior
ANDES - Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior
ANUP - Associação nacional de Universidades Particulares
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC - Center for Disease Control
CEA – Comissão Especial de Avaliação
CEE/Enf. – Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem
CIE – Conselho Internacional de Enfermeiras
CLAISS - Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud
CFE – Conselho Federal de Educação
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONAES – Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CNE – Conselho Nacional de Educação
CFE - Conselho Federal de educação
CNS - Conferência Nacional de Saúde
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CREM – Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul
CRUB - Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ENC – Exame Nacional de Cursos
FEA- FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento de Educação
FESP – Funções Essenciais de Saúde Pública
FEPPEN - Federação Pan-Americana dos profissionais de Enfermagem
FHC – Fernando Henrique Cardoso

FIES - Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
FNE – Federação Nacional dos Enfermeiros
FUNDEF - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
IDA – Integração Docente-assistencial
IES – Instituições de Ensino Superior
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais “Anísio Teixeira”
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MARE - Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
NGP – Novo Gerenciamento Público
NOB – Norma Operacional Básica
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMC - Organização Mundial do Comércio
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PAIUB - Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras
PDI – Plano de Desenvolvimento Institucional
PPP – Projeto Político Pedagógico
PROFAE – Projeto de Qualificação dos Profissionais da Área de Enfermagem
PSF – Programa de Saúde da Família
SENADEn – Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem no Brasil
SESu – Secretaria de Educação Superior
SIA- Sistema de Informação Ambulatorial
SIH - Sistemas de Informação Hospitalar
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SGIS – Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS/QUADROS/TABELAS

- Gráfico 1. Recursos humanos de Enfermagem, segundo categoria Profissional, Brasil, 2005.
- Gráfico 2. Evolução do número de cursos de graduação presenciais de Enfermagem, segundo as regiões geográficas, Brasil, 1991-2004.
- Gráfico 3. Evolução do número de cursos de graduação presenciais de Enfermagem, segundo categoria administrativa, Brasil, 1991-2004.
- Gráfico 4. Evolução do número de cursos de graduação presenciais de Enfermagem públicos e privados, Brasil, 1991-2004.
- Quadro 1. Funções Essenciais de Saúde Pública e Serviços Essenciais de Saúde Pública
- Tabela 1. Profissionais de Enfermagem, segundo Unidades da Federação e grandes regiões, Brasil, 2005.
- Tabela 2. Trabalhadores em Saúde Pública no Mundo, por densidade, 2006.
- Tabela 3. Déficit críticos estimados de médicos, enfermeiras e parteiras, por regiões da OMS, 2006.
- Tabela 4. Centros de formação de pessoal sanitaria, por região da OMS, 2006.
- Tabela 5. Evolução do número de cursos de graduação presenciais de Enfermagem, segundo as regiões geográficas, Brasil, 1991-2004.
- Tabela 6. Evolução de vagas oferecidas por processos seletivos nos cursos de graduação presenciais de Enfermagem, segundo categoria administrativa, Brasil, 1991-2004.
- Tabela 7. Número de ingressos pr processos seletivos nos cursos de graduação Presenciais de enfermagem, segundo regiões geográficas, Brasil, 1991-2004.
- Tabela 8. Número de concluintes nos cursos de graduação presenciais de Enfermagem, segundo as regiões geográficas, Brasil, 1991-2004.
- Tabela 9. Proporção do número de concluintes do curso de Enfermagem em Relação ao número de ingressantes 4 anos antes, Brasil, 1994-2004.

RESUMO

Tatiana Gabriela Brassea GALLEGUILLOS, Avaliação da Educação Superior de Enfermagem na perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para Enfermagem – INEP. São Paulo, FEUSP, 2007. Tese (Doutorado)

O presente estudo teve como objetivo analisar o processo de avaliação da educação superior da Enfermagem brasileira na perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para a Enfermagem – INEP. A partir da análise realizada com base nas entrevistas com os membros da referida comissão para a área de Enfermagem foi possível discutir questões referentes às políticas de avaliação da educação superior, levando-se em consideração a expansão e a diversificação desse nível de ensino, a instituição de procedimentos de avaliação estruturados em princípios de flexibilidade e de competitividade, bem como as políticas de saúde, definidas a partir das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) com ênfase na saúde pública. Evidencia-se que o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), além de apresentar componentes de regulação, possibilita realizar uma avaliação qualitativa, de forma a superar o modelo anterior, determinado pelo Exame Nacional de Cursos (ENC), caracterizado pela tendência a estabelecer ranking para o setor. A utilização de instrumento único para a avaliação de cursos, embora evidencie a falta de especificidade para a formação de Enfermagem, assegura a avaliação qualitativa. O avaliador é destacado como elemento central do processo de avaliação de cursos, pela possibilidade de diálogo com as instituições, traduzida em uma modalidade de avaliação formativa. Embora a comissão não estabeleça relação entre avaliação e emprego, a oferta e a ampliação de cursos e vagas determina a necessidade de novos postos de trabalho. A expansão da educação superior apresenta maior crescimento no setor privado, ficando a oferta de vagas no setor público praticamente estagnada, caracterizando a transferência da responsabilidade social do Estado para a livre iniciativa. Apontam-se as Diretrizes Curriculares e as diretrizes do SUS como eixos norteadores para a avaliação da educação superior em Enfermagem, definidoras de um novo paradigma de formação em saúde. Ainda que a intenção da avaliação não seja a de focalizar as especificidades da saúde pública, isso torna-se inevitável, pois o SUS constitui-se neste bojo. Deve-se considerar, também, que o sistema possui componentes de caráter regulatório, que são utilizados para conter a abertura mercantilista de cursos e para zelar pela qualidade da formação. Quanto ao caráter formativo da avaliação, o desafio está em que ela exerça real contribuição na elaboração e desenvolvimento de projetos político-pedagógicos para formar o futuro trabalhador do SUS.

Unitermos: Ensino superior – avaliação; Enfermagem – estudo e ensino – avaliação – Brasil; Saúde pública; Comissão Assessora de Avaliação - INEP.

Linha de Pesquisa: Estado, Sociedade e Educação

Banca Examinadora: Orientador: Afrânio Mendes Catani

Examinadores: Romualdo Luiz Portela de Oliveira, Maria Amélia de Campos Oliveira, Mara Regina Lemes de Sordi, Ricardo Mussi.

Data da Defesa:

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos (1963) é natural de Santiago – Chile. Formada em Enfermagem pela PUC-SP (1984), fez seu mestrado em Enfermagem, tendo apresentado a dissertação: A inserção da Saúde Coletiva nos currículos dos cursos de graduação de escolas de Enfermagem do Estado de São Paulo.

ABSTRACT

Tatiana Gabriela Brassea GALLEGUILLLOS, Evaluation of the Higher Education on the Nursing Studies perspective of the Adviser Committee of Evaluation for Nursing Studies – INEP. São Paulo, FEUSP, 2007. (Tese de doutorado).

This essay has the objective of analyze the process of evaluation of the higher education on the Brazilian nursing studies under the perspective of the Adviser Committee of Evaluation for Nursing Studies – INEP. From the analysis fulfilled based on the interviews with the members of the so called committee for the nursing field it was possible to open debates on issues concerning to the policies of the higher education evaluation, taking into consideration the expansion and the diversification at this level of education, the settlement of the procedures for evaluation, established on principles of flexibility and competitiveness, as the health policies, determined from the conductresses of the Sistema Único de Saúde (SUS) with emphasis on the public health. It becomes clear that the Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), besides presenting elements of regulation, makes possible accomplish a qualitative evaluation, in order to overcome the former model, determined by Exame Nacional de Cursos (ENC), characterized by the trend of setting a ranking for the sector. The use of a single instrument for evaluation of the courses, although makes clear the lack of speciousness for the nursing graduation, assures the qualitative evaluation. The rater is highlighted as a central element of the evaluation process of courses, due to the possibility of dialog within the institutions, translated into a modality of formative evaluation. Moreover the committee does not establish relationship between the evaluation and employment, the offer and enlargement of courses and openings; it determines the need of new working positions. The expansion of bachelors degrees show a greater growth in the private sector, being the offer of openings in the public sector fairly stagnated, characterizing the transfer of the social responsibility from the government to the private enterprise. It is brought forward the Curriculum conductresses and the “SUS” conductresses as the guiding axles for the evaluation of the higher education on nursing studies, definer of a new paradigm of graduation in health. Even that the primary intention of the evaluation is not to focalize the specificities of the public health, this becomes undeniable, due “SUS” is based on this values. It is also proper to consider, that the system has elements of regulation character, which are not used to detain the creation of mercantilist courses and care for the graduation quality. Due to the formative character of the evaluation, the challenge is settled in the fact that it leads to real contributions on the elaboration and development of politic-pedagogical projects to form the “SUS” workers-to-be.

Key words: higher education – evaluation; nursing – study and teaching - assessment; public health, Advisor Committee of Evaluation - INEP

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

Em prol do desenvolvimento econômico a educação brasileira tem priorizado a formação de recursos humanos, orientada pela lógica de mercado. A educação tornou-se um bem de consumo, ainda que no discurso oficial seja definida como um “instrumento de formação de cidadãos que coletivamente desenvolvam um projeto de inclusão e de qualidade social para o país” (PNE, 1999, p.1).

Nas últimas três décadas o ensino superior brasileiro passou por importantes transformações, com destaque para a expansão de instituições privadas trouxe a incorporação de um novo público e tornou o campo acadêmico mais diversificado. Introduziram-se indicadores como qualidade de ensino, titulação de corpo docente, organização institucional e reconhecimento social (MARTINS, 2000).

O governo estimulou essa expansão e diversificação do ensino superior, as matrículas principalmente no setor privado aumentaram significativamente e instituíram-se procedimentos de avaliação baseados na flexibilidade e competitividade. Introduziu-se o credenciamento periódico das instituições e o Exame Nacional de Cursos (ENC), este criado pela Lei n. 9.131/1995, como parte de um processo centralizado de avaliação, com o objetivo de verificar as condições de oferta dos cursos de graduação e de estabelecer padrões de qualidade compatíveis com as metas governamentais (CATANI; OLIVEIRA, 2000; MARTINS, 2000).

Em 2004 instituiu-se o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), pela Portaria do Ministério da Educação e Cultura (MEC) n. 2.051/2004, e o ENC foi substituído pelo Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), através da Lei n. 10.861/2004.

O SINAES tem por finalidade a melhoria da qualidade da educação superior, a orientação da expansão da sua oferta, o aumento permanente da sua eficácia institucional, efetividade acadêmica e social, e especialmente, a promoção do aprofundamento dos compromissos e responsabilidades sociais das instituições de educação superior, por meio da valorização de sua missão pública, da promoção dos valores democráticos, do respeito à diferença e à diversidade, da afirmação da autonomia e da identidade institucional (BRASIL, 2004).

A avaliação vem assumindo papel extremamente importante na reforma da educação superior, principalmente no que diz respeito à ”a ampliação do controle por

parte do Estado, bem como na implementação de princípios e parâmetros de mercado no tocante à reestruturação desse nível de ensino” (CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2002, p.99).

Os resultados dessas avaliações centradas na análise das condições de oferta dos cursos e no ENC, produziram poucos efeitos além do ranqueamento dos cursos, um efeito perverso, que o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais “Anísio Teixeira” (INEP) insiste em negar. “Na prática, a autonomia para fixar currículos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes, será condicionada cada vez mais pelos conteúdos e habilidades [competências] exigidos nos exames nacionais” (CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2002, p.212).

Quanto à educação superior de Enfermagem, vale ressaltar que nas duas últimas décadas, através da Associação Brasileira de Enfermagem, vem sendo construído um novo projeto político pedagógico sob um novo paradigma de saúde e de educação, com a intenção de superar o modelo de formação predominante voltado para o atendimento hospitalar e o cuidado individual, ao qual, a maioria da população não tem acesso.

Muitos foram os avanços alcançados para a educação de enfermagem no que diz respeito ao papel da enfermeira e suas competências, advindas da construção coletiva das novas diretrizes para os Cursos de Graduação em Enfermagem, visando a assistência individual e coletiva. No entanto, ao estudar a inserção da Saúde Coletiva nos currículos dos cursos de graduação de enfermagem do Estado de São Paulo, evidenciou-se que ainda não se rompeu o paradigma que orientou a educação de enfermagem no Brasil desde a sua implantação. O ensino de enfermagem desenvolveu-se hegemonicamente sob o modelo flexneriano, clínico/curativo, voltado ao atendimento individual (GALLEGUILLOS, 2001).

Em que pese o fato das Diretrizes Curriculares para a Educação Superior de Enfermagem, pautarem-se por uma nova perspectiva de formação, voltada para a assistência individual e coletiva, a formação da enfermeira tem reproduzido o ensino médico, inclusive em sua organização curricular, procurando para acompanhar a tecnologia existente e organizando-se de maneira a propiciar condições de funcionamento às instituições hospitalares nas diversas especializações. A assistência hospitalar, entretanto tem se mostrado insuficiente para atender às necessidades da maioria da população, reiterando a necessidade de um modelo de assistência voltado

para o atendimento das necessidades do coletivo e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A tendência é que o sistema de avaliação venha a ser o maior balizador dos conteúdos, habilidades e competências, considerados válidos para o ensino superior, na ótica das Comissões Assessoras de Avaliação, inseridos prioritariamente no modelo de assistência à saúde vigente, modelo flexneriano. Torna-se assim necessário estudar a avaliação do ensino superior de enfermagem, com ênfase na perspectiva da saúde pública, com a finalidade de identificar a tendência dos processos de avaliação para a Enfermagem brasileira.

1.1 A Enfermagem Brasileira: institucionalização e formas de trabalho

No Brasil, no início do século XX, as mudanças na economia e na forma de gerenciamento do país aumentaram a necessidade de mão-de-obra. No entanto, faltavam trabalhadores, pois havia escassez de população e as epidemias agravavam a situação (ROSSI, 1980). O combate às epidemias tornou-se prioridade sanitária e política e, por meio de campanhas comandadas por Oswaldo Cruz e outros sanitaristas, procurava-se realizar o saneamento ambiental e o controle de doenças que afetavam a atividade econômica (ROSSI, 1980).

A enfermagem moderna institucionalizou-se no Brasil nesse período, a partir da organização do Serviço de Enfermagem, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920. Tinha como objetivo de melhorar as condições sanitárias do país para o desenvolvimento do projeto capitalista. Para Barreira (1992), os médicos sanitaristas necessitavam de profissionais para representar a autoridade sanitária na sociedade, a fim de desenvolver o projeto de melhoria das condições sanitárias da época.

Sob a influência da Enfermagem Moderna, organizada por Florence Nightingale ainda no século XIX na Inglaterra, a Enfermagem Moderna no Brasil desenvolveu-se com o objetivo de formar profissionais em saúde pública, porém consolidou-se no campo hospitalar (RIZZOTTO, 1999). Reproduziu o modelo de rígida disciplina e hierarquia do hospital sob o domínio do saber médico. Fracionado entre nurses e ladies-nurses, o trabalho da enfermagem reproduziu as relações de classe através da

dominação e subordinação dentro da equipe (GOMES, 1991; ALMEIDA; ROCHA, 1989).

A divisão social do trabalho da enfermagem está presente até hoje. No Brasil, a equipe é composta por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Cada profissional possui diferentes graus de instrução para exercer a profissão e para ter acesso à formação específica, sendo que os auxiliares de enfermagem possuem formação básica; os técnicos, formação profissional e os enfermeiros, formação de nível superior. Isso caracteriza a Enfermagem como uma área bastante heterogênea quanto à formação e, conseqüentemente, quanto às competências profissionais de cada categoria. Na prática, a assistência direta é desenvolvida prioritariamente por auxiliares e técnicos de enfermagem; os enfermeiros assumem a supervisão da assistência de enfermagem, o planejamento e a coordenação das ações em saúde.

Evidencia-se a separação entre o planejamento e a execução do trabalho, concepção inerente ao sistema capitalista de produção, que resulta em desqualificação da força de trabalho. A divisão do trabalho dentro das instituições de saúde corresponde à divisão manufatureira do trabalho, caracterizada pelo parcelamento do trabalho, possibilitando maior controle de tempo gasto e a especialização do trabalhador, o que permite a redução do tempo necessário para cada etapa do trabalho e provoca a intensificação do mesmo (FERREIRA, mimeo).

Na Enfermagem a divisão social do trabalho é justificada tecnicamente pelas diferenças de qualificação/formação dos trabalhadores, que determina as competências distintas. Não se trata “simplesmente [de] um conjunto de habilidades e atitudes” visto que o desempenho de cada posto de trabalho está relacionado ao acúmulo do indivíduo segundo o capital de inclusão a que teve acesso (GUIMARÃES, 2004, p.175.)

A delimitação do espaço social de cada trabalhador da saúde tem como finalidade disciplinar as relações de poder no ambiente hospitalar, principalmente entre a Medicina e Enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento do trabalho médico que, sob a égide do positivismo, influenciou as demais profissões da saúde na incorporação da visão biologicista, com a intervenção centrada no combate à doença, desconsiderando os determinantes psicossociais (ALMEIDA; ROCHA, 1989; RIZZOTTO, 1999).

A Medicina influenciou a organização e o desenvolvimento da Enfermagem, a divisão técnica do trabalho, caracterizado por especialidades, e orientou o trabalho pelo modelo biomédico, com ênfase no atendimento individual e curativo dentro do espaço hospitalar (SILVA, 1986; RIZOTTO, 1999).

Ressalta-se que a preocupação com o controle das doenças transmissíveis e o desenvolvimento da prática médica estavam intimamente ligadas à reacomodação do sistema capitalista no período da Segunda Guerra Mundial, que necessita da recuperação da força de trabalho para não afetar a produtividade (MACHADO; BELISÁRIO, 1992).

Nas décadas de 40 e 50, considerava-se que uma das prioridades era a reorganização dos serviços de saúde pública, no entanto, apesar da criação do Ministério da Saúde em 1953, sua atuação não promoveu reformas fundamentais e não organizou políticas de saúde eficientes, capazes de transformar o quadro da época (BERTOLLI FILHO, 1998).

O atendimento médico e individual era então considerado prioritário para a melhoria da saúde da população. A importância atribuída a este serviço foi muito grande e colaborou para a manutenção da hegemonia dessa modalidade de atenção à saúde até os dias de hoje, inclusive reforçando a posição do profissional médico como elemento mais importante na equipe de saúde, imprescindível para uma sociedade saudável (GALLEGUILLOS, 2001, p.9).

O fato do acesso à assistência médica individual e à instituição hospitalar serem considerados equivalentes à assistência à saúde direcionou cada vez mais a atuação da enfermeira para este campo de trabalho e, conseqüentemente, a sua formação. “As próprias pressões dos trabalhadores para terem atendimento individualizado e garantido pelo Estado” influenciaram a consolidação desse modelo de assistência (RIZOTTO, 1999, p.29).

Villa, Mishima e Rocha (2002, p.33) realizaram um estudo sobre a organização tecnológica da saúde pública e o trabalho da Enfermagem entre 1889 a 1967, em São Paulo. Nos depoimentos dos agentes de enfermagem destacou-se:

[...] admitidos por indicação política; não havia padronização de atividades no serviço; as atividades de enfermagem eram predominantemente executadas por pessoal sem preparo técnico formal (atendente); ocorria uma polarização do trabalho entre

médico e atendente; a ausência de mecanismos burocráticos e racionalizadores permitiu aos agentes imprimir iniciativa e autonomia; a divisão técnica do trabalho de enfermagem não foi constatada nesses serviços; o médico atribuía o trabalho ao pessoal de enfermagem, sem supervisionar a tarefa delegada; a inserção da enfermeira é esporádica, estando relacionada ao treinamento de pessoal em atividades técnicas; a introdução da enfermeira em alguns serviços especializados já desperta no pessoal de enfermagem conflitos nas relações de trabalho, negando a necessidade de profissional[...]

Apesar do pessoal de enfermagem não possuir preparo técnico formal, a organização do trabalho permitia-lhe ter autonomia e iniciativa e, aparentemente, as relações entre os médicos e pessoal de enfermagem caminhavam em harmonia. A presença da enfermeira traz conflitos a partir da organização hierárquica dos serviços e da racionalização das atividades.

Entre 1969 e 1983, com a instituição da Programação em Saúde Villa, Mishima e Rocha (2002, p.35-37), detectaram as seguintes mudanças:

[...] quebra da polarização do trabalho antes centrado entre médicos e atendentes com a introdução de novos profissionais no processo de trabalho, principalmente a enfermeira; instituição rotineira da supervisão e do controle; instalou-se a divisão técnica do trabalho de enfermagem, cabendo á enfermeira as atividades de supervisão/treinamento, controle e coordenação; institucionalização da racionalidade técnica que leva à quebra das relações afetivas; a enfermeira é o agente eleito pelo modelo para: desenvolver a noção de equipe de enfermagem, treinar o pessoal de nível médio e elementar a executar as atividades previstas nos programas, participar da implementação das atividades técnicas e burocráticas dos programas e, intermediar as relações entre equipe médica e equipe de enfermagem.

Ainda para as autoras, o ingresso das enfermeiras nos serviços de saúde pública no Estado de São Paulo teve como finalidade organizar as atividades técnicas, dividindo o trabalho em tarefas, atribuindo a cada agente da equipe uma atividade. “Suas atividades, embora mais voltadas para o adestramento de pessoal e organização de atividades técnicas, são realizadas de forma assistemática e emergencial”.

A supervisão do trabalho da Enfermagem orienta-se pelo “taylorismo”, que se traduz no “aprofundamento e aperfeiçoamento da divisão do trabalho e a separação entre as atividades de concepção/planejamento e a execução do trabalho” (FERREIRA, mimeo, p.10). O taylorismo recebeu a influência da ciência sob a perspectiva positivista,

caracterizada pela “neutralidade científica” e pela utilização do conhecimento no controle da força de trabalho. Pode-se ainda dizer que a enfermeira realizou a mediação entre capital/trabalho, exercendo uma “gerência científica”, de “expert”, responsável por selecionar e treinar a equipe de enfermagem e planejar as atividades a serem realizadas (VARGAS, 1985, p.159).

Dando prosseguimento às análises anteriores, Almeida, Mishima, Silva e Mello (2002) estudaram a organização tecnológica do trabalho na década de 90, em Unidades Básicas de Saúde, incluindo o trabalho da enfermeira. Constataram a predominância da função de coordenação, supervisão e controle, promovendo a articulação com o trabalho médico. Essa análise não difere daquela realizada em relação ao período de 1969 a 1983, o que demonstra que, apesar dos avanços tecnológicos, o papel da enfermeira continua a ser predominantemente voltado ao controle do processo de trabalho. Na perspectiva de Marx, “a exploração incide, antes de mais nada, na questão do controle, [pois] a força de trabalho é despossuída do controle sobre a sua própria atividade, ou seja, sobre o exercício do seu tempo” (BERNARDO, 1998, p.7).

Um dos grandes investimentos na qualificação de mão-de-obra na área de enfermagem foi o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Criado em 1999 e coordenado pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SGIS), teve como objetivo introduzir novos conceitos de qualidade nos serviços oferecidos pela equipe de Enfermagem. A principal meta foi a qualificação de 225 mil auxiliares de enfermagem e 90 mil técnicos de enfermagem, além da formação de 12 mil enfermeiros para atuar como docentes nos cursos de Educação Profissional. Até então, predominavam na equipe de enfermagem os atendentes¹, que não tinham qualificação necessária para o exercício da profissão, sendo que 18% deles não haviam cursado sequer o ensino fundamental, considerado pré-requisito para o curso de qualificação profissional. Sua atuação, sem a devida formação, caracterizava-se no exercício ilegal da profissão (BRASIL, 2002).

No que diz respeito à regulamentação profissional, a categoria conta com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e com os Conselhos Regionais de

¹ Em 1982 e 1983, registravam-se 194.174 atendentes de enfermagem. A partir de legislação de 1986 esses trabalhadores ficaram proibidos de exercer atividades na área de enfermagem, tendo um prazo de 10 anos para concluir o curso de auxiliar de enfermagem.

Enfermagem (COREN) criados através da Lei n.5.905 de 12 de julho de 1973, que no seu art.1º afirma: “são criados o Conselho Federal de Enfermagem e os Conselhos Regionais de Enfermagem, constituindo em seu conjunto uma autarquia vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social”. A partir da criação do COFEN uma série de leis e resoluções passaram a regulamentar o trabalho da Enfermagem, como destaque para a Lei n.7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem (COREN-SP, 1998, p.21,36). Ressalta-se ainda que os profissionais são obrigados por lei se inscrever para obter registro que os habilita ao exercício profissional.

Quanto à organização civil e social, a Enfermagem organiza-se por meio da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)², da Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE)³ e das Associações/ Sociedades de Especialistas de Enfermagem, além do COFEN, citado anteriormente.

Por muitas décadas, a ABEn manteve-se por muitas décadas como a única entidade representativa da categoria e por sua luta foram criadas as associações pré-sindicais, os sindicatos e o sistema COFEN/COREN's. A partir de grupos de interesses de áreas temáticas desenvolvidos dentro do espaço da ABEn, a maioria das Sociedades de Especialistas foram criadas. Desde sua criação, a ABEn buscou definir políticas de atuação voltadas à formação e a organização das enfermeiras (PAIVA et al, 1999), como será descrito a seguir no item referente à Educação Superior de Enfermagem.

É importante salientar que o trabalho de enfermagem foi e ainda é desenvolvido predominantemente pelo sexo feminino. Apesar da Enfermagem moderna construir-se concomitantemente ao movimento feminista, que lutava pela igualdade de direitos entre os sexos e liberdade de trabalho, ambos liderados por mulheres de classe social privilegiada, inclusive com acesso à educação superior, o seu desenvolvimento caracteriza-se pela submissão, opressão e marginalização (SILVA; CORREA, 1999).

A mulher brasileira obteve direito à instrução de primeiro grau somente em 1827, como resultado de muitas lutas. Hoje, apesar de não haver discriminação quanto ao acesso à instrução superior, evidencia-se a segregação por profissões e áreas de

² ABEn – fundada em 12 de agosto de 1926, sob o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas.

³ FNE – organismo sindical fundado em 1987.

conhecimento. A educação profissional de enfermagem tem um dos maiores índices de mulheres (70%).

A enfermagem, uma profissão exercida predominantemente por mulheres, sofreu as imposições do sistema capitalista quanto às

condições de vida altamente controladoras, que inicialmente domesticou-a e controlou sua sexualidade para que produzisse física e socialmente os filhos necessários à implantação da industrialização, depois chamou-a para o mercado de trabalho e reduziu sua fecundidade, na maior parte das vezes espoliando seu corpo e sua saúde (FONSECA, 1995, p.56).

O trabalho da mulher sempre passou pelo “código classificatório” de menor valorização, associando formas de trabalho a atributos sociais (GUIMARÃES, 2004 p.176). Na Enfermagem, reconhecer a importância social da mulher significa caminhar para romper com essa dominação. É necessário reconhecer que somos cidadãs com poder de transformação e instituir desde a formação essa visão da situação da enfermagem e da mulher (FONSECA, 1995 p.56).

1.2 Educação Superior de Enfermagem no Brasil

No Brasil, a primeira tentativa de sistematizar o preparo de pessoal para o cuidado dos doentes foi feita em 1890, através do Decreto n.147-A, que estabeleceu o controle direto do Hospital Nacional dos Alienados ao novo Governo Republicano, instituição antes dirigida pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e denominada Hospício Pedro II. As Irmãs de Caridade perderam autoridade e abandonaram o Hospital (PAIVA et al, 1999).

No mesmo ano, iniciou-se oficialmente o ensino de Enfermagem no Brasil⁴, nos moldes da escola existente em Salpêtrière, na França. Criou-se a Escola Alfredo Pinto⁵, dirigida por médicos, que também supervisionavam o ensino, com o objetivo de

⁴ Início oficial do ensino de enfermagem no Brasil, através do Decreto n. 791 de 27 de setembro de 1890 (PAIVA et al, 1999).

⁵ A existência da Escola Alfredo Pinto foi ignorada na Reunião do Conselho Internacional de Enfermeiras, em 1901, o que determinou que posteriormente a Escola de Enfermagem Anna Nery fosse considerada a primeira escola de enfermagem no Brasil.

preparar enfermeiras para trabalhar nos hospícios civis e militares (PAIVA et al, 1999; PAIXÃO, 1951; ALCÂNTARA, 1963).

Em 1916 foi criada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, com o objetivo de treinar socorristas voluntários e, em 1920, na mesma escola, foi criado o curso de Visitadoras Sanitárias (PAIVA et al, 1999). “Nas atividades destas visitadoras repousam as raízes da Enfermagem em Saúde Coletiva [...]” (SALUM; BERTOLOZZI; OLIVEIRA, 1999 p.109). No entanto, o ensino ministrado não alcançou os resultados desejados pelos sanitaristas do DNSP e considerados necessários às necessidades do Brasil, naquele momento (PAIVA et al, 1999)

Em 1923, a Enfermagem Moderna foi introduzida no Brasil por meio da organização do Serviço de Enfermeiras do DNSP, então dirigido por Carlos Chagas. Enfermeiras da Fundação Rockfeller-EUA foram trazidas para o Brasil a fim de organizar o Serviço de Enfermagem de Saúde Pública e dirigir uma escola de enfermagem, que iniciou seu funcionamento em 1923, denominada de Escola de Enfermagem do DNSP. Posteriormente, em 1926, passou a ser designada Escola de Enfermagem Anna Nery, e em 1931⁶, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Pautado no “Standard Curriculum for Schools of Nursing”, em vigor nos EUA desde 1917, o primeiro programa, de 1923, sofreu as primeiras adaptações em 1926 (RIZZOTTO, 1999 p.61). Designado como currículo em 1949, passou a currículo mínimo em 1962, sofrendo duas alterações, em 1972 e 1994. Durante a implantação do currículo mínimo de 1994, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases do Ensino (LDB) de 1996, que institui as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em saúde, em substituição do currículo mínimo.

Desde o programa de 1923, a formação superior em Enfermagem no Brasil pautou-se nas tendências da educação da Enfermagem norte-americana (ALCÂNTARA, 1963), voltada para o espaço hospitalar e o estudo das doenças, em detrimento da formação em saúde pública, “ao contrário do que as versões históricas

⁶ O Decreto n. 20.109, de 1931, regulamentou o exercício da Enfermagem no Brasil e determinou que a Escola de Enfermagem Anna Nery fosse considerada “Escola Padrão” para efeito de equiparação de todas as escolas nacionais.

nos fizeram crer” (RIZZOTTO, 1999, p.5). As mudanças feitas em 1926 reiteraram a formação predominante do modelo biomédico, com ênfase no embasamento clínico.

Sendo a Escola de Enfermagem Anna Nery a balizadora da educação de enfermagem, reproduziu-se de forma hegemônica o currículo americano, direcionado para o trabalho de enfermagem em instituições hospitalares. Somente 11% das disciplinas de cunho teórico estavam relacionadas à formação em saúde pública (RIZZOTTO, 1999, p.62).

A partir da criação da ABEn, a preocupação com a área de educação foi uma das prioridades, e a Divisão de Educação da ABEn assumiu a responsabilidade de elaborar o currículo e determinar o regime escolar dos cursos, contribuindo para a regulamentação do ensino superior de Enfermagem, por meio da Lei n.775/49⁷ (GERMANO, 1985; CARVALHO, 1976). Pouco inovador, o currículo de 1949, manteve “a ênfase no fazer, mais do que no pensar, na repetição de técnicas que tolhiam a criatividade das alunas, e com centralização no estado da doença e não do doente” (GARCIA; CHIANCA; MOREIRA, 1995, p. 75-76).

Até 1960 as candidatas aos cursos de enfermagem podiam ingressar apenas com o curso ginásial, o que provocava elevado índice de reprovação devido às dificuldades de acompanhar os estudos. A partir dessa realidade as escolas foram unânimes em votar pela retirada de projeto de lei⁸ que pretendia prorrogar o prazo que as escolas de enfermagem teriam para aceitar tais candidatas, e optaram pela manutenção do nível superior para o ensino de enfermagem.

Em 1961, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional⁹ (LDB) foi criado o Conselho Federal de Educação (CFE), que passou a ser responsável pelo ensino superior. Indicou-se uma Comissão de Peritos em Enfermagem, com objetivo de discutir as diretrizes do ensino de enfermagem. Propôs-se um curso com duração de quatro anos, distribuído em nove cadeiras de enfermagem, com a recomendação da realização de concurso de ingresso e cursos de pós-graduação (CARVALHO, 1976).

⁷ Lei n. 775, de 1949, também regulamentou os cursos de auxiliar de enfermagem.

⁸ Projeto de Lei n. 2.684/60

⁹ LDB/61 – Lei n. 4.024 de dezembro de 1961.

O primeiro currículo mínimo foi instituído em 1962, por meio do parecer n.271/62¹⁰, elaborado pelo CFE, com base em sugestões da Comissão de Peritos de Enfermagem. Nesse currículo a disciplina de Saúde Pública foi eliminada, passando a ser conteúdo pertinente à especialização (GERMANO, 1985). O curso passou a ter duração de três anos e foram introduzidas especializações num quarto ano optativo (CARVALHO, 1976).

A problemática já existente entre enfermeiras e obstetrizes persistia e resultou no Parecer n.303/63 do CFE que, modificando o parecer no 271/62, articulava os dois cursos, Enfermagem e Obstetrícia, por meio de um tronco comum de dois anos e possibilitava a complementação em Enfermagem ou Obstetrícia. O mesmo parecer também voltou a incluir no currículo mínimo do Curso de Enfermagem a Saúde Pública (CARVALHO, 1976).

As reivindicações por um curso com duração de quatro anos permaneceram e, a partir de discussões realizadas no III Congresso de Educação de Enfermagem, de 1967, foi feita recomendação ao CFE para que a duração dos cursos fosse ampliada para quatro anos com carga horária de 3.240 horas (CARVALHO, 1976).

Ressalta-se que a partir de 1964, a implantação de um Estado de Segurança Nacional de cunho ditatorial, tentou inviabilizar um projeto de universidade crítica e democrática. Após a Reforma Universitária de 1968, a Lei n. 5.540/68 fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior (GERMANO, 1993).

Com o parecer 163/72, o curso passou a ser denominado Curso de Enfermagem e Obstetrícia e criaram-se as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Obstetrícia, que seriam cursadas de forma optativa. Alguns pontos foram questionados como: a fragmentação do eixo de formação; a ênfase dada no modelo hospitalar; a especialização precoce e a denominação do curso. Esses pontos subsidiaram posteriormente a reformulação do currículo de 1994 (ABEn, 1991).

Somente em 1991, foi encaminhada a proposta de reformulação do currículo mínimo, solicitando a extinção das habilitações, o aumento da carga horária, o redimensionamento dos conteúdos e a valorização do compromisso com a sociedade. Essa proposta resultou no Parecer 314/94, que reformulou o currículo. No entanto, a

¹⁰ O parecer n.271/62 sofreu influência de uma Comissão do Conselho Federal de Educação, composta por três médicos.

matriz flexneriana foi mantida, a exemplo da área temática Assistência de Enfermagem que manteve a subdivisão em especialidades médicas (DUCHIADE, 1995).

Para RIZZOTTO (1999, p.72), “em todas as propostas encaminhadas pela ABEn, como subsídio para a mudança do currículo mínimo denuncia-se enfaticamente a preponderância do modelo médico/hospitalar no ensino de graduação”. Entretanto, pode-se considerar um avanço a construção coletiva e o movimento político gerado pela categoria para a reformulação do ensino da profissão.

1.3 Movimentos na Educação Superior de Enfermagem: Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil

Desde a institucionalização da Enfermagem no Brasil, a educação de Enfermagem desenvolveu-se hegemonicamente sob o modelo flexneriano. Apesar das mudanças nos programas iniciais e posteriormente nos currículos mínimos, o modelo clínico voltado ao atendimento individualizado tem prevalecido na formação da enfermeira.

A incapacidade dos serviços de saúde para atender de forma equânime toda a população colocou à prova o modelo que enfatiza o paradigma flexneriano, modelo este que permeou a educação de Enfermagem por quase sessenta anos. A conceituação de Atenção Primária de Saúde trouxe um discurso contra-hegemônico e gerou idéias que se incorporaram em modelos como o da Vigilância à Saúde e, conseqüentemente, demandaram novas práticas e novas políticas, caracterizando a Reforma Sanitária (KISIL, 1998).

Diante da crise na área da saúde e impulsionada pelo movimento de Reforma Sanitária, no início da década de 80, a Enfermagem sentiu a necessidade de redimensionar o ensino, para que fosse possível propiciar mudanças na produção dos serviços de saúde (MOURA, 1997). Apesar de todo este movimento, as transformações na formação dos profissionais de saúde ainda têm pouca ou quase nenhuma relação com a Reforma Sanitária (KISIL, 1998).

A implantação do currículo mínimo de 1994, pelo Parecer n. 314/94, foi marcada pela promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996, que assim definiu os princípios e os fins da Educação

Nacional: “a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1996).

Em 1996, a nova LDB repetiu o texto da Constituição Federal, reiterando a perspectiva, ainda vigente, que atribui a responsabilidade da educação à família e ao Estado, já contida na LDB de 1961. Do ponto de vista da educação superior, a perspectiva educacional reforça a tendência profissionalizante hoje vigente, embora questionada, na qual a formação global é escassamente considerada (BELLONI, 1998).

Em 1997, o Ministério da Educação e do Desporto (MEC), por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESu), tornou público e convocou as Instituições de Ensino Superior (IES) e as associações profissionais interessadas, a participar e apresentar propostas para a discussão das novas Diretrizes Curriculares para os cursos superiores. A discussão foi determinada pela nova LDB de 1996 e contemplou a deliberação sobre as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação e a avaliação dos cursos com base nos conteúdos mínimos preconizados para cada um (BRASIL, 1997).

Tal convocação desencadeou a realização de Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn), promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), com o objetivo geral de discutir e estabelecer as diretrizes gerais para a educação em enfermagem, articulando os diversos níveis de formação.

No 2º SENADEn, realizado em Florianópolis em 1997, dentre os problemas identificados relacionados ao ensino de enfermagem no Brasil, estava o fato de não estarem sendo formados profissionais (nos três níveis) com capacitação para intervir criticamente na realidade. Assim, deixava-se de produzir um impacto positivo nas condições de vida da população. Nos problemas referentes ao ensino de graduação, destacava-se a existência de muitos cursos com ênfase no modelo biomédico, com dissociação entre a teoria e a prática.

Em março de 1998, foi realizado o 3º SENADEn, no Rio de Janeiro, cujo o tema central enfocou “As Diretrizes para a Educação em Enfermagem no contexto da LDB”, com a finalidade de formular propostas de diretrizes curriculares para a formação dos profissionais de enfermagem. Foram representados 20 estados e

desenvolvidos trabalhos de grupo e debates a partir da conferência “Educação no Brasil: aspectos políticos pedagógicos da LDB”.

As propostas de Diretrizes do Ensino Superior foram discutidas e sistematizadas pela Comissão de Especialistas em Enfermagem da SESu/MEC. Em dezembro de 1998, foram divulgados os primeiros documentos-síntese e solicitadas novas contribuições às Instituições de Ensino Superior para a elaboração da sua versão final.

Em julho de 1999, a proposta sobre as Diretrizes do Ensino de Enfermagem, elaborada a partir dos documentos encaminhados pelas Instituições de Ensino Superior e pela ABEn, e em conformidade com o “Modelo de Enquadramento das Propostas de Diretrizes Curriculares” formulado pelo Departamento de Políticas de Ensino Superior – SESu/MEC, postulou:

a constituição da estrutura do curso deverá garantir os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade (incluindo as disciplinas obrigatórias e optativas) e pluralidade no currículo assim como a possibilidade de opção do corpo discente. Deve haver no currículo a possibilidade de opção por conteúdos que gerem competências específicas (habilitações) nas seguintes grandes áreas de formação: bacharel, formação aplicada-profissional, formação de docentes e formação de pesquisadores perfazendo um mínimo de 500 horas por habilitação (BRASIL, 1999, p.3-5).

Ainda, em 1999, no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congreso Panamericano de Enfermería, em Florianópolis, realizou-se o Fórum Nacional de Cursos, Escolas e Faculdades de Enfermagem. Discutiu-se amplamente o Enquadramento das Diretrizes Curriculares destacando-se que este “põe em risco os eixos norteadores da proposta político-pedagógica construída coletivamente durante a década de 80 e 90”. Estabelece uma concepção fragmentada do processo ensino-aprendizagem, impossibilita as IES a implementação de seu próprio projeto pedagógico, não propicia a formação integral do profissional principalmente ao introduzir a especialização precoce e permite a inserção da modalidade do curso sequencial (ABEn, 1999).

A plenária do Fórum Nacional de Cursos, Escolas e Faculdades de Enfermagem apontou que a flexibilização curricular deveria compreender uma estrutura dinâmica passível a adaptações e a atualizações capazes de garantir o redimensionamento dos perfis de formação; a formação do bacharel em enfermagem deveria ser garantida e

obrigatória; a duração mínima do curso deve ser de 3.500 horas/aula e oito semestres letivos; o curso deveria incluir o estágio supervisionado de no mínimo dois semestres; sendo que o estágio curricular não excluía os conteúdos teórico e prático desenvolvidos ao longo do curso. Também foi considerada necessária a elaboração de monografia para conclusão do curso (ABEn, 1999).

Em abril de 2000, dando continuidade às discussões, foi realizado o 4º SENADEn, em Fortaleza, com o tema central “Enfermagem: tendências e perspectivas político-pedagógicas”. O evento teve como finalidade promover um amplo debate sobre os aspectos da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, nas questões vinculadas ao ensino e à prática de enfermagem nos seus diferentes níveis de atuação. Os objetivos propostos foram: 1- discutir projetos político-pedagógicos que viabilizem uma enfermagem voltada para as necessidades de sua clientela; 2- discutir a aplicação das novas diretrizes para o ensino de enfermagem junto aos órgãos formadores; 3-fortalecer o espírito corporativo da enfermagem através de mecanismos que possibilitem a integração do ensino nos três níveis (médio, graduação e pós-graduação).

As discussões foram focadas na dificuldade de articulação entre os diferentes níveis de formação, inclusive quanto à produção, divulgação e utilização do conhecimento, e na ausência de discussão coletiva para a formulação dos projetos pedagógicos institucionais (ABEn, 2000).

Quanto à LDB recomendou-se que: as competências e habilidades do Bacharel em Enfermagem deveriam assegurar a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, sem a retomada das habilitações; o não oferecimento de cursos sequenciais de formação específica e/ou de complementação; que o estágio curricular supervisionado deveria corresponder às atividades que dão terminalidade ao curso de graduação, efetivando a articulação ensino-serviço, e à implementação de diretrizes para a avaliação, norteadas pelo projeto político-pedagógico (ABEn, 2000).

Ademais, a pesquisa deveria ser eixo norteador para o projeto pedagógico, articulando a extensão e a assistência, devem ser criados espaços e estratégias para a capacitação docente e deve haver flexibilização das estruturas administrativas que viabilizem a proposta da Carta de Florianópolis (ABEn, 2000).

A flexibilidade contida na nova LDB deu as IES a liberdade de determinar o perfil de aluno que desejam formar, o que representa um avanço, porém o ensino tem

sido determinado pelos interesses dominantes, voltados para um mercado de trabalho que atende às necessidades de uma minoria. Profissionais e educadores devem estar atentos e compromissados com um ensino que proporcione mudanças capazes de atender à sociedade e suas necessidades de saúde.

“Acreditamos que cabe aos órgãos formadores da força de trabalho em enfermagem buscar novos marcos teóricos, ancorados no paradigma da determinação social do processo saúde-doença e da educação como espaço de transformação” (MOURA; MEDEIROS, 1997).

Diante do desafio decorrente da política de avaliação, realizou-se em julho de 2001, em São Paulo, o 5º SENADEn, com o tema central “Avaliação no contexto das diretrizes curriculares para a educação em enfermagem: prioridades, implicações e desafios”. As oficinas de trabalho produziram propostas para: 1. Avaliação e competências no que tange ao processo ensino-aprendizagem e às habilidades e conhecimentos, 2. Avaliação Institucional quanto ao projeto político pedagógico e ao corpo docente, 3. Exame Nacional de Cursos.

Aproveitando a realização do 5º SENADEn, a Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem da SESu/MEC (CEE/Enf.) e a ABEn realizaram uma oficina de trabalho para definir padrões de qualidade para avaliação dos cursos de graduação em enfermagem. A realização desses eventos ocorreu oportunamente, haja vista o ingresso da Enfermagem no Exame Nacional de Cursos para o ano 2002, segundo a Portaria MEC n.1.295 de 28/06/01.

O 6º SENADEn, realizado em 2002, promoveu a Carta de Teresina, que reiterou que as diretrizes curriculares deveriam nortear a construção coletiva dos processos político pedagógicos de cada instituição de ensino. Ressaltou a crise financeira que penaliza as instituições públicas, com redução gradativa do quadro docente. Quanto ao ENC, a análise limitou-se à incapacidade do exame promover uma avaliação consistente. As deliberações da plenária final determinaram encaminhamentos relacionados à necessidade do trabalho conjunto entre ABEn e Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde, visando a formação para o SUS.

A Carta de Vitória (2004), resultado dos trabalhos desenvolvidos no 8º SENADEn, avançou ao discutir a necessidade de um modelo científico para a educação dos profissionais da saúde para o SUS. Evidenciou a necessidade de participar dos Pólos

de Educação Permanente, de educar os educadores para o processo de mudança. Propôs o trabalho conjunto através de uma comissão Intersectorial, a partir dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação e Cultura, com enfoque em estratégias para priorizar a formação para o SUS.

Ainda no 8º SENADEn, em oficina realizada com o tema: “Experienciando as mudanças na formação: olhar das instituições privadas de ensino”, destacou-se a necessidade de compreender a relevância do Projeto Político Pedagógico (PPP) como um movimento em constante mudança, sempre provisório. Quanto à avaliação dos Cursos de Graduação em Enfermagem, ressaltou-se a necessidade de que os órgãos responsáveis – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais “Anísio Teixeira” (INEP) e SESu utilizassem os momentos de avaliação como um espaço permanente de análise, tendo como base as Diretrizes Curriculares Nacionais.

O fórum considerou necessário ir além e vislumbrar um novo papel para a graduação, “como espaço de produção de conhecimento, em que o aluno atue como sujeito da aprendizagem” (ForGRAD, 1999, p.10). A universidade deve possibilitar esse novo papel para a formação no nível de graduação, o de ensinar a aprender e propiciar meios de inserção no campo de investigação, transformando “o processo de produção de conhecimentos em uma constante e socializada aprendizagem das atitudes, das habilidades, dos conteúdos e do sistema de idéias e valores educativos” (DIAS SOBRINHO, 2000, p.63).

A articulação da graduação com a pesquisa e a extensão, preconizadas pela ABEn (1999) para a formação da enfermeira, pode ser desenvolvida através de projetos de extensão e de Integração Docente Assistencial (IDA). A formação realizada nos serviços de saúde permite ao estudante vivenciar a realidade, detectar a problemática presente, criar meios de assistência condizentes com essa realidade e criar interesse pela investigação em prol de uma melhor adequação e de maior desenvolvimento da intervenção em saúde.

Quanto à educação, vale dizer que “num momento pode servir de expressão e propagação da ideologia dominante e, em outro momento, ela pode ser o cenário onde vai ser construída a contra-ideologia” (MOURA; MEDEIROS, 1997), portanto é de responsabilidade das instituições de ensino, formadoras da força de trabalho em

enfermagem, o desenvolvimento de projetos pedagógicos voltado para transformar a realidade de saúde da população brasileira.

Em 2005 realizou-se o 9º SENADEn, do qual resultou a Carta de Natal com quatro eixos temáticos: educação articulação-trabalho: caminho para a qualidade social; avaliação como dimensão que promove a qualidade social; a docência como espaço de consolidação do PPP e a reforma universitária como expressão da qualidade social da educação.

Quanto à educação articulação-trabalho ressaltou-se a necessidade de: “[...] compreender o trabalho como princípio educativo; [...] permitir uma direção pedagógica que compatibilize a formação para o trabalho [...]” (SENADEn, 2005, p.2-3). Para tanto é necessário considerar a integralidade para a formação, com articulação entre educação e trabalho, a partir dos princípios do SUS e de conceito de saúde mais amplo.

Quanto à avaliação como dimensão que promove a qualidade social, fez-se reflexão sobre o atual modelo de avaliação, caracterizado como instrumental e regulatório, e as possibilidades de superação com desenvolvimento de processos participativos e emancipatórios em defesa do bem público. “A avaliação deve subsidiar a reflexão docente, iluminando o processo de tomada de decisão, [...] constituindo instrumento político pedagógico que orienta processos de formação” (SENADEn, 2005, p.4).

Proposições para a avaliação:

A avaliação enquanto processo capaz de produzir sentidos, que analisa a concepção da qualidade praticada em relação com a pactuada;

o processo avaliativo deve sinalizar o rumo do PPP e permitir sua retomada, se necessário;

em relação à atitude do avaliador, foi apontada a necessidade de resignificar a avaliação, bem como as crenças, valores, princípios e concepções que a envolvem;

todo processo educativo precisa ser dialógico, solidário, democrático, inclusivo e participativo;

o processo avaliativo precisa promover a justiça, compreendendo que nem sempre o mesmo tratamento a todos os alunos significa ser justo;

com as funções de avaliação, temos a possibilidade de assegurar o domínio da aprendizagem, demonstrar os efeitos da

metodologia e instrumentos empregados no processo, fornecer dados para avaliar a eficácia do currículo escolar frente às exigências sociais e culturais, dentre outras;

faz-se necessária a motivação como um desafio para o docente, que deve criar espaços concretos de aprendizagem e investir na sua qualificação;

a importância da organização de fóruns de debates com profissionais do serviço que participam dos processos de ensino aprendizagem [para] construir cenários de aprendizagem que tenham coerência com os PPP e,

a importância da avaliação externa e a produção científica são fundamentais para a qualidade dos curso (SENADEn, 2005, p.4-5).

Ainda na Carta de Natal (SENADEn, 2005), no eixo temático referente à docência como espaço de consolidação do processo político pedagógico, destacam-se as seguintes proposições:

como norteadores da construção dos PPPs, deverão ser considerados os pressupostos das Diretrizes Curriculares, dos cursos de saúde e da política do SUS; a necessidade dos PPP incluírem os critérios de avaliação, bem como os conceitos utilizados nesta prática e, repensar os conteúdos dos cursos de graduação, estruturas curriculares e as propostas pedagógicas (SENADEn, 2005, p.6).

Quanto à Reforma Universitária, ressaltou-se que a grande desigualdade entre os países desenvolvidos e a face sul do hemisfério determina uma nova forma de dominação, relacionada à produção de conhecimento e tecnologia, que divide as nações entre produtoras e consumidoras, deixando para o Brasil o desafio de enfrentar essa condição (SENADEn, 2005).

Para finalizar, reafirmou-se o compromisso da ABEn com a construção de políticas interministeriais de interesse público e estabeleceram-se os seguintes eixos de ação: “manutenção das atuais estratégias de mudança do ensino de graduação e educação profissional; implantação da residência integrada em saúde; regulação da qualidade do ensino e da abertura de novos cursos de graduação; apoiar/participar na implantação/desenvolvimento dos Pólos de Educação Permanente em Serviço e, organização dos processos de trabalho: remuneração, vínculos e incentivos (SENADEn, 2005).

Diante de todas as discussões que permeiam o ensino de Enfermagem, desde a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases do Ensino, e da necessidade de implantação efetiva do Sistema Único de Saúde, voltado para o desenvolvimento da saúde pública, cabe à Enfermagem definir e desenvolver competências capazes de contribuir com o SUS e a saúde pública no Brasil. Para tanto é necessário desenvolver projetos político pedagógicos voltados para essa prioridade. A avaliação deve fornecer contribuições para o desenvolvimento deste novo olhar em saúde.

Acreditando que o cuidar pode e deve ser mais ampliado, ou seja, deve ser voltado para prevenção do adoecimento e promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, não é possível continuar a formar enfermeiras para um modelo de assistência incapaz de atender às necessidades da população.

1.4 Recursos Humanos de Enfermagem no Brasil

Em 1995, instituiu-se o atual Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul (CREM), a partir da necessidade de representação corporativa quanto às questões trabalhistas, de emprego e de seguridade social. Da composição do CREM fazem parte o Colégio de Enfermeros del Uruguay, o Conselho Federal de Enfermagem do Brasil, a Federación Argentina de Enfermería. O CREM discutiu a formação de recursos humanos em enfermagem e contou com a participação de representantes da Federação Pan-Americana dos profissionais de Enfermagem (FEPPEN), do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) e da OPAS/OMS (VIEIRA et al, 2006)

Evidenciou-se que a força de trabalho de Enfermagem nos quatro países apresenta um alto predomínio de auxiliares e de práticas e há semelhança da legislação referente ao exercício profissional. O número decrescente de ingressantes na graduação é preocupante e a meta é alcançar melhor relação de profissionais em relação à população (VIEIRA et al, 2006).

No Brasil, como nos demais países do Mercosul, predominam os auxiliares e técnicos de enfermagem, conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 1

Fonte: COFEN, 2005 (VIEIRA et al, 2006).

A oferta de enfermeiras é uma das preocupações, relacionada ao número de enfermeiras por habitantes, a sua concentração em áreas urbanas e mais desenvolvidas, ao aumento da demanda frente ao crescimento e envelhecimento da população, à formação limitada na graduação, à assistência de enfermagem prestada prioritariamente para auxiliares de enfermagem, e ainda pelas más condições de trabalho, incluindo baixos salários e risco laboral (VIEIRA et al, 2006).

Além de analisar a capacidade de formação, é necessário analisar a capacidade de reter os profissionais dentro dos países e verificar se os respectivos sistemas de saúde demandam de fato esses profissionais (VIEIRA et al, 2006).

A capacidade de formar enfermeiros e a capacidade de demanda destes profissionais nos países estão intrinsecamente relacionadas à capacidade de retenção dos enfermeiros no país de origem, traduzida por melhores salários e condições de trabalho [...] (VIEIRA et al, 2006, p.56-57).

O número de enfermeiras em relação à equipe de enfermagem e à população é considerado insuficiente, apesar do aumento da oferta de escolas de graduação, portanto, do número de ingressantes e egressos. Ressalta-se ainda que no Cone Sul as enfermeiras concentram-se predominantemente na assistência de maior complexidade, em detrimento do trabalho na assistência à saúde coletiva (VIEIRA et al, 2006).

Nos quatro países que compõem o Mercosul, a força de trabalho de enfermagem se concentra nas regiões mais desenvolvidas, assim como o mercado de trabalho e as instituições de formação. Outra questão de destaque é a diminuição da inserção da

enfermagem no setor público, com conseqüente crescimento do trabalho no setor privado, (VIEIRA et al, 2006).

Em estudo realizado sobre a região Sudeste do Brasil, em 1999, a concentração da oferta de empregos para enfermeiras era nos hospitais, “sendo de 76,6% em São Paulo, 80% no Rio de Janeiro, 66,1% em Minas Gerais e 70,1% no Espírito Santo”. Destaca-se ainda, que o maior mercado de trabalho para as enfermeiras têm sido o setor público, desde a década de 70. Em 1999 absorveu 58,6% das enfermeiras da região (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO; OLIVEIRA, 2004, p.136).

A tabela abaixo faz referência ao quantitativo de profissionais de enfermagem no Brasil e a respectiva distribuição por regiões e unidades da Federação, evidenciando a concentração nas regiões mais desenvolvidas e nos grandes centros.

Tabela 1

Profissionais de enfermagem segundo Unidades da Federação
e Grandes Regiões - Brasil, 2005

Brasil/Regiões	Total	Enfermeiro		Técnico Enfermagem		Auxiliar Enfermagem	
	número	número	%	número	%	Número	%
Brasil	790.904	109.088	13,79	195.228	24,68	486.588	61,52
Região Norte	45.142	6.039	13,38	18.402	40,76	20.701	45,86
Rondônia	4.131	487	11,79	809	19,58	2.835	68,63
Acre	1.941	454	23,39	333	17,16	1.154	59,45
Amazonas	10.175	1.237	12,16	5.903	58,01	3.035	29,83
Roraima	1.788	173	9,68	257	14,37	1.358	75,95
Pará	20.581	2.875	13,97	6.876	33,41	10.830	52,62
Amapá	2.247	280	12,46	1.540	68,54	427	19,00
Tocantins	4.279	533	12,46	2.684	62,72	1.062	24,02
Região Nordeste	138.802	25.362	18,27	27.363	19,71	86.077	62,01
Maranhão	12.671	1.669	13,17	6.767	53,41	4.235	33,42
Piauí	8.581	1.301	15,16	2.947	34,34	4.333	50,50
Ceará	25.890	5.269	20,35	2.611	10,08	18.010	69,56
Rio Grande do Norte	12.639	1.794	14,19	2.015	15,94	8.830	69,86
Paraíba	13.636	2.842	20,84	3.648	26,75	7.146	52,41
Pernambuco	24.688	4.124	16,7	3.151	12,76	17.413	70,53
Alagoas	7.999	1.138	14,23	1.325	16,56	5.536	69,21
Sergipe	6.979	978	14,01	1.318	18,89	4.683	67,10
Bahia	25.719	6.247	24,29	3.581	13,92	15.891	61,79
Região Sudeste	420.410	52.281	12,44	88.578	21,07	279.551	66,49
Minas Gerais	81.133	8.991	11,08	17.372	21,41	54.770	67,51
Espírito Santo	11.907	1.310	11	6.187	51,96	4.410	37,04
Rio de Janeiro	122.377	14.097	11,52	41.065	33,56	67.215	54,92
São Paulo	204.993	27.883	13,6	23.954	11,69	153.156	74,71
Região Sul	128.909	17.766	13,78	38.000	29,48	73.143	56,74
Paraná	32.172	4.774	14,84	3.414	10,61	23.984	74,55
Santa Catarina	21.848	3.372	15,43	4.938	22,60	13.538	61,96
Rio Grande do Sul	74.889	9.620	12,85	29.648	39,59	35.621	47,57
Região Centro-Oeste	57.541	7.640	13,25	22.885	39,70	27.116	47,04
Mato Grosso do Sul	7.229	850	11,76	1.157	16,00	5.222	72,24
Mato Grosso	9.335	1.496	16,03	3.120	33,42	4.719	50,55
Goiás	20.327	2.316	11,39	10.752	52,90	7.259	35,71
Distrito Federal	20.750	2.978	14,35	7.856	37,86	9.916	47,79

Fonte: COFEN, 2005 (VIEIRA et al, 2006).

1.5 Objetivos

- Analisar o processo de avaliação da educação superior da Enfermagem brasileira na perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação da área de Enfermagem – INEP;
- Identificar os critérios de avaliação utilizados para análise da educação superior na área de enfermagem com ênfase na saúde pública;
- Discutir ferramentas destinadas à avaliação da educação superior de Enfermagem com ênfase na saúde pública.

1.6 Percurso Metodológico

Sujeitos

Integrantes da Comissão Assessora de Avaliação da área de Enfermagem - INEP, composta por sete membros. Os nomes dos integrantes da comissão não foram anexados para manter o anonimato dos participantes deste estudo.

Método da pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido a partir de abordagem qualitativa de natureza interpretativa. A pesquisa qualitativa trata de investigar eventos por meio de referenciais teóricos mais flexíveis, permitindo que a subjetividade do pesquisador possa se manifestar. A interpretação dos fenômenos é realizada pelo pesquisador, é parte integrante do processo de conhecimento (PEREIRA, 2004).

A partir de amplo universo de “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”, procura compreender e explicar a realidade e os processos a partir das relações sociais, das estruturas e das instituições como resultado da ação humana objetivada. (MINAYO, 2002, p. 21).

Na pesquisa qualitativa, a técnica da entrevista é um procedimento bastante utilizado, que busca obter informações contidas na fala dos sujeitos, inseridos na realidade a ser estudada. Permite coletar tanto dados objetivos como subjetivos, portanto relacionados aos valores e às opiniões dos sujeitos (MINAYO, 2002). Orientada por um objetivo definido, a entrevista pode ser a fonte de informações não

registradas, as quais somente sujeitos específicos podem fornecer (CERVO; BERVIAN, 1983).

A entrevista pode ser estruturada, realizada por meio de perguntas previamente formuladas, ou não-estruturada, com abordagem livre do tema proposto. Ainda pode caracterizar-se por utilizar as duas modalidades, assim designada de semi-estruturada (MINAYO, 2002).

O preparo e a realização de entrevista deve seguir os seguintes critérios:

delinear o objetivo a ser alcançado; obter conhecimento prévio acerca do entrevistado; marcar com antecedência o local e horário ; criar condições [estruturais] para a entrevista ;escolher o entrevistado de acordo a sua autoridade em relação ao assunto escolhido; fazer uma lista das questões, destacando as mais importantes; assegurar um número suficiente de entrevistados (CERVO; BERVIAN, 1983, p.157).

Para a organização dos dados de uma pesquisa qualitativa podem ser utilizadas

figuras metodológicas” como “expressões-chave”, “idéias centrais” e “ancoragem”. “As expressões-chave são pedaços, trechos ou transcrições literais de discurso que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. As idéias centrais revelam e descrevem, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave. A ancoragem é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa (LEFÈVRE, 2005, p.17).

A utilização de figuras metodológicas facilita a organização dos dados em categorias. O estabelecimento de classificação por categorias caracteriza-se pelo agrupamento de elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito. Algumas categorias de análise podem ser estabelecidas antes da coleta de dados, a partir da fundamentação teórica, outras são estabelecidas a partir dos dados concretos (MINAYO, 2002).

No que se refere à análise da pesquisa qualitativa é importante ressaltar que, por vezes, a proximidade e a familiaridade do pesquisador com o objeto de pesquisa pode determinar uma interpretação superficial e equivocada, pela simplificação no olhar dos dados; o envolvimento demasiado com os procedimentos metodológicos pode acarretar no esquecimento dos significados contidos nos dados e o afastamento entre o referencial

teórico e a prática da pesquisa podem ocasionar dificuldades para articular conclusões mais amplas e abstratas (MINAYO, 2002).

Ainda para Minayo (2002, p.77), o método hermenêutico-dialético de interpretação de dados, “tem como ponto de partida o interior da fala e como ponto de chegada a especificidade histórica e totalizante que produz a fala”. Os níveis de interpretação baseiam-se no contexto sócio-histórico, na “conjuntura socioeconômica, política do qual faz parte o grupo social a ser estudado” e nos fatos encontrados, seja nas “comunicações individuais, nas observações de condutas e costumes, na análise das instituições [...]”.

Ressalta-se que nessa perspectiva pode-se dizer que “não há [...] ponto de chegada no processo de produção do conhecimento e que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta” (MINAYO, 2002).

Procedimentos e Coleta de Dados

Primeiramente, os nomes dos integrantes da Comissão Assessora de Avaliação na área de Enfermagem - INEP foram obtidos no “site” do Ministério da Educação. Na Plataforma Lattes do CNPq obteve-se o nome da instituição a que estão vinculados, os respectivos e-mails e endereços de cada instituição.

A comissão foi designada através da Portaria INEP n.101, de 22 de julho de 2004. É composta por cinco membros de universidades públicas e dois membros de universidades privadas e está vinculada à Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior (DEAES), do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). As instituições a que os membros da comissão pertencem são: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas); Universidade de Marília (UNI-Marília); Universidade Federal da Bahia (UFBA); Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UNIRIO).

A comissão tem as seguintes atribuições: propor diretrizes, objetivos e outras especificações necessárias à elaboração dos instrumentos de avaliação a serem aplicados no Exame Nacional de Avaliação de Desempenho de Estudantes (ENADE) dos Cursos

de Graduação em Enfermagem; propor diretrizes, objetivos e outras especificações necessárias à elaboração dos instrumentos de avaliação a serem aplicados na avaliação in loco dos Cursos de Graduação em Enfermagem; elaborará os produtos resultantes dos processos de construção do ENADE e da Avaliação dos Cursos de Graduação (INEP, 2004b).

Um contato foi feito com todos os participantes, através de e-mail, para explicar os objetivos do estudo e a importância de sua participação. Além do convite para participar do estudo, foi encaminhado resumo do projeto da pesquisa. Após o aceite dos membros da comissão, contatos posteriores foram realizados através de via e-mail e por telefone, e as entrevistas agendadas conforme disponibilidade dos participantes. Ressalta-se que todos os membros da comissão concordaram em participar deste estudo.

O levantamento de dados junto à Comissão Assessora de Avaliação da área de Enfermagem foi realizado sob a forma de entrevistas previamente agendadas com cada integrante da comissão, sendo todas gravadas. Foram realizadas quatro entrevistas em Brasília, durante o 10º SENADEn, em agosto de 2006, sendo as outras três entrevistas realizadas nas instituições dos respectivos componentes (uma na cidade de São Paulo, uma em Campinas e uma no Rio de Janeiro, em agosto e setembro de 2006).

Para a realização das entrevistas utilizou-se instrumento (anexo I), composto por nove questões, com a finalidade de realizar levantamento quanto ao processo de avaliação do ensino superior de Enfermagem.

Organização e Análise dos Dados

A organização dos dados referentes à Comissão Assessora de Avaliação na área de Enfermagem iniciou-se com a designação dos participantes, de 1 a 7 (M1,.....M7). As entrevistas foram transcritas integralmente e editadas, com o objetivo de tornar o texto mais claro e objetivo, mas sem alterar a essência das mesmas.

Extraíram-se as expressões-chave e as idéias centrais agrupadas por categorias, referentes ao sistema de avaliação do ensino superior, com base nas questões que orientaram as entrevistas, sendo: experiência do membro da comissão; Sistema de Avaliação; Instrumento de Avaliação de Cursos; Avaliação e Emprego; Expansão da

Educação Superior; Critérios de Avaliação para a Enfermagem e Critérios de Avaliação em Saúde Pública.

A categoria E, referente à experiência dos membros da comissão, foi pouco utilizada para análise, mas permitiu reconhecer a trajetória dos membros da comissão e o envolvimento dos mesmos com o trabalho desenvolvido. A partir da categoria instrumento de avaliação emergiram muitos questionamentos sobre o papel do avaliador, determinando a necessidade de análise sobre o seu papel.

A análise incidiu sobre as políticas de avaliação da educação superior e sobre as políticas de saúde e suas relações com a área de Enfermagem, com ênfase na área de saúde pública, e no quanto os critérios de avaliação apontados permitem identificar uma formação voltada para a área de saúde pública e, conseqüentemente, para o SUS.

Questões Éticas da Pesquisa

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sendo aprovado, conforme o anexo II. Todos os integrantes da Comissão Assessora de Avaliação da área de Enfermagem receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo III), com a garantia do anonimato dos participantes e as diretrizes sobre o projeto a ser desenvolvido.

2. POLÍTICAS DE SAÚDE

2.1 Sistema Único de Saúde

No início da década de 80, com a conquista da democracia e interrupção da recessão econômica, a saúde passou a fazer parte da agenda política, difundiu-se a proposta da Reforma Sanitária, motivada pela inadequação do sistema de saúde, resultado de concepções contraditórias entre a política de acúmulo de capital e a política distributiva do Estado (PAIM, 2003; BIANCHETTI, 1996; SADER, 1995), que propôs “a universalização, equidade, integralidade, resolubilidade dos problemas de saúde mediante ações de descentralização e controle social, dentro de um processo participativo” (NERY; VANZIN, 1998, p.19).

O fim do regime autoritário evidenciou a divisão entre a defesa da democracia e descentralização, em oposição ao autoritarismo e à centralização. Assim, na década de 80, a descentralização das políticas sociais não era mais consenso entre as forças progressistas, haja visto que representava o abandono das políticas sociais por parte do Governo Federal, e o benefício de grupos que com a descentralização “selvagem”, teriam ótimas condições para desenvolver as tradicionais práticas clientelistas (ABRUCIO, 1998).

Isto implicou numa reavaliação do “mito” da autonomia local como solução universal para a desigualdade social e econômica; de outro, numa revalorização do papel dos governos federal e estaduais não apenas no financiamento, mas também, no planejamento, coordenação, assistência técnica e avaliação das políticas locais, funções tradicionalmente associadas ao exercício do poder central em detrimento da autonomia local (ABRUCIO, 1998, p.112).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde evidenciou-se a necessidade de reforma administrativa e financeira, ampliação do conceito de saúde, fortalecimento do setor público e constituição do orçamento social (CNS, 1987). Assim, definiu-se um programa para a Reforma Sanitária, propôs-se a criação do SUS, tendo como princípios a universalidade, a integralidade das ações e a participação social (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A Reforma Sanitária representava não só a insatisfação com as precárias condições de saúde, resultado da mercantilização do setor, da incompetência e do

descaso, mas também a possibilidade política de enfrentar o problema, tornando-se assim um processo de transformação da situação sanitária do país (PAIM, 2003).

Enquanto se estabeleciam os entendimentos políticos para a implantação das propostas da Reforma Sanitária e se estabelecia seu arcabouço legal para a implantação do novo sistema de saúde, as Ações Integradas à Saúde (AIS) procuraram integrar e racionalizar a atuação do setor público nas três esferas de governo, o que resultou na expansão dos serviços de saúde pública, principalmente os ambulatoriais, com aumento da aplicação de recursos do Ministério da Previdência e Assistência Social nas secretarias estaduais e municipais de saúde. No entanto não foram resolvidos o paralelismo de ações, a fragmentação administrativa e a excessiva centralização do poder decisório na esfera federal (ABRUCIO, 1998).

Posteriormente, as AIS transformaram-se nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (BRASIL, 1987). O SUDS descentralizou parte do poder decisório e dos recursos para os estados, criou os conselhos estaduais e municipais de saúde, estimulou a participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e ampliou a cobertura de serviços para todos os cidadãos (PAIM, 2003; ABRUCIO, 1998).

O processo de descentralização assumiu caráter de destaque, impulsionado pela crise fiscal do Estado nas décadas de 80 e 90. Antes mesmo da redemocratização ser concluída, evidenciava-se a perda da eficácia e legitimidade da estrutura burocrática, assistencialista e centralizada dos serviços sociais, mas primeiramente houve a desconcentração operacional dos serviços, com manutenção do controle político e financeiro pelo Governo Federal. Em 1982, as eleições para governadores marcaram a reconquista da autonomia política por parte dos estados, o que “reativou plenamente a tradicional dinâmica federativa de caráter competitiva não-cooperativa, só que desta vez na presença de um Executivo Federal enfraquecido tanto politicamente como financeiramente” (ABRUCIO, 1998, p.113).

Em 1988, ao longo das diversas negociações realizadas em espaços democráticos, foi aprovada a nova Constituição, que resgatou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e criou o SUS, com o objetivo de definir competências e modificar a situação da saúde pública marcada pela centralização,

burocratização e descoordenação entre as três esferas de governo (ABRUCIO, 1998), consagrando as diretrizes da descentralização e municipalização da saúde.

Para PAIM (2003, p.594), no período de 1985 a 1988, foram desencadeadas as seguintes mudanças:

contenção das políticas privatizantes da previdência social através do INAMPS; transferência significativa de recursos previdenciários para estados e municípios; prioridade para o fortalecimento dos serviços públicos; estímulo à integração das ações e serviços de saúde; apoio à descentralização gerencial; incorporação do planejamento à prática institucional; abertura de canais para a participação popular.

Para MENDES (1999, p.47), a Constituição de 1988 “incorpora um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional referida pela Reforma Sanitária”. O autor destaca alguns pontos positivos em relação às questões de saúde: o conceito de saúde entendido na perspectiva da articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e dos serviços da saúde como de relevância pública; a criação do SUS segundo as diretrizes de descentralização, com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral, a participação da comunidade e a integração da saúde no espaço mais amplo de seguridade social.

O art.196 da Constituição Federal apresenta sua concepção ampliada de saúde, entendida como “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONASEMS, 1990), o que determina a necessidade de políticas públicas intersetoriais.

Dentre às responsabilidades do SUS, a implementação das atividades preventivas deve ser vista como prioridade, sem prejuízo dos serviços assistenciais médico-hospitalares.

Contudo para Bertolozzi; Greco (1996, p.392),

(...) apesar dos avanços alcançados, algumas questões permaneceram indefinidas tais como o financiamento do setor saúde, a política de medicamentos e as ações no âmbito da saúde

do trabalhador. Há ainda que ressaltar que permaneceu intocável o paradigma do modelo assistencial centrado na assistência médica individual e, portanto na figura do médico.

Para Abrucio (1998), o financiamento não tinha nenhuma garantia constitucional quanto aos recursos orçamentários destinados ao setor público, inclusive em relação ao montante, o que limitava o planejamento de sua expansão e aperfeiçoamento. A determinação das respectivas responsabilidades de estados e municípios através da descentralização também era um problema.

Num quadro de instabilidade econômica, recuo dos movimentos sociais, disseminação da ideologia neoliberal, perda do poder aquisitivo dos trabalhadores da saúde, a Reforma Sanitária encontrou grandes obstáculos e o SUS passou por um período de descrédito (PAIM, 2003). Contudo, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde¹, que determinou a subordinação de todos os prestadores de serviços à nova legislação, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e funcionamento dos serviços; a regulação de todos os serviços e ações executadas (CONASEMS, 1990).

A Lei n. 8.142/90 complementou a Lei Orgânica da Saúde, regulando a participação da comunidade no SUS e a existência de colegiados como os conselhos de saúde, além de orientar a transferência de recursos financeiros para a área da saúde (CONASEMS, 1990).

Apesar de todos os avanços presentes na Constituição Federal de 1988 e na aprovação da Lei Orgânica da Saúde, entre 1988 e 1992, a Reforma Sanitária deparou-se com governos empenhados em projetos conservadores em saúde, caracterizados pelo: “apoio ao modelo médico-assistencial privatista [...]; reforço à centralização decisória e ao controle burocrático; desmonte do SUDS e operação descrédito da reforma Sanitária; municipalização discriminatória “presente de grego”; implantação distorcida do SUS; privilegiamento da lógica da produtividade nos serviços públicos por intermédio do Sistemas de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)” (PAIM, 2003).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) passam a ser os instrumentos orientadores para a descentralização e gestão autônoma de estados e municípios, a partir

¹ Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080 – vincula a descentralização à municipalização (ABRUCIO, 1998)

da definição de critérios e regras relacionados ao repasse de recursos financeiros entre União, estados e municípios, como também do acompanhamento das ações de saúde e da prestação de contas. A NOB estabelecida em 1991 definiu o ressarcimento vinculado à produção e estabeleceu a relação direta do Ministério da Saúde com os municípios, estimulando a criação dos Fundos Municipais e dos Conselhos Municipais de Saúde (ABRUCIO, 1998).

A NOB de 1993 avançou ao estabelecer mecanismos para a gestão semi-plena, relacionados ao repasse fundo a fundo de recursos voltados a assistência ambulatorial e hospitalar (ABRUCIO, 1998). Para Paim (2003), avançou-se na descentralização, mas permaneceu o direcionamento no que se refere ao modelo de assistência.

O objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema; a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993a).

O SUS ainda foi alvo do descrédito do próprio governo, ao ter a sonegação e adiamento do pagamento da Contribuição Financeira de Seguridade Social (COFINS). Entretanto, contou com a influência da sociedade civil por meio dos conselhos de saúde, e com a municipalização da saúde, que resultou na diversificação dos modelos de assistência, com proposição de modelos alternativos e com a reativação de movimentos de luta contra a fome e miséria (PAIM, 2003).

A classe mais favorecida aderiu aos seguros de saúde e formas afins, enquanto os usuários dos serviços públicos, referidos como SUS-dependentes, sofriam com a baixa qualidade dos serviços, com as inúmeras filas, com a burocracia e com o tratamento recebido. Posteriormente, apesar de todas as dificuldades transcorridas, identificou-se a expansão de cobertura dos serviços de saúde.

A NOB-96 trouxe duas formas de capacitação para os municípios diante do SUS: a gestão plena da atenção básica ou a gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996). Observa-se como um avanço, a preocupação com a capacidade do SUS para melhorar a qualidade de vida da população, por meio de uma relação mais estreita com a comunidade e de intervenções nos determinantes ambientais que incidem sobre a saúde das pessoas (BRASIL, 1998).

A municipalização da saúde permitiu a construção e operacionalização de alguns projetos inovadores que se apoiaram nos conceitos da Saúde Coletiva², utilizando o conceito da determinação social do processo saúde-doença e nos programas da Organização Mundial da Saúde (OMS)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (CAMPOS, 1997).

Em 1997, o ano da saúde no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado como parte das mudanças do modelo de atenção à saúde. Concomitantemente ocorreu a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), recurso para financiamento da Atenção Básica, que mobilizou políticos e técnicos com interesse na descentralização, ou seja, nos repasses financeiros (BRASIL, 1998).

Para Soares (2000, p.24), o PSF, denominado de “reversão do modelo assistencial”, não representa uma real mudança ou superação do modelo de assistência. Este programa foi imposto de maneira vertical, normatizado no nível central e “bancado por incentivos financeiros, obrigando a sua adoção por parte dos municípios”, tornando-se mais uma porta de entrada de um sistema que não possui rede regionalizada e hierarquizada.

A base legal do SUS e a municipalização representam grandes avanços no campo da saúde, no entanto, o Estado brasileiro é gerenciado de maneira tal que dificulta a efetiva implantação do SUS. Há falta de financiamento, pouca qualidade e eficácia da assistência e administração incompatível. Somente o aumento das verbas para a saúde não resolve por si só as questões da qualidade e do acesso aos serviços, subordinados que são a um modelo especializado, com pouca resolubilidade, em que a instituição hospitalar é considerada fonte prioritária de assistência (GALLEGUILLOS, 2001).

² Os conceitos de Saúde Coletiva e da Determinação Social do processo Saúde-Doença serão descritos logo a seguir.

A falta de um processo efetivo de implantação do SUS tem reiterado a formação e capacitação de recursos humanos para atender ao mercado tecnicista, porém há projetos inovadores que articulam ensino, serviços e comunidade e que servem de exemplo e de incentivo ao fortalecimento de forças políticas para a construção de um novo paradigma para a saúde e, conseqüentemente, para a enfermagem (PAIVA et al, 1999).

“Pode-se dizer que a efetivação do SUS [é] uma travessia tão difícil quanto desafiante”. As necessidades de saúde da população estão vinculadas à atenção integral da saúde, de forma individual e coletiva, em três dimensões: promoção da saúde, proteção da saúde e recuperação da saúde, nos vários níveis de complexidade do sistema. Os serviços devem planejar e executar as ações a partir das necessidades e desigualdades presentes na sociedade (SANTOS, 2004, p.1).

No Brasil, as políticas de saúde desenvolvidas no século passado caracterizam-se por:

incorporação lenta e gradual da população brasileira ao sistema de serviços de saúde; participação ambivalente do Estado no financiamento, distribuição, prestação e regulação dos serviços de saúde; fragmentação institucional entre a assistência médico-hospitalar, a saúde pública e a saúde ocupacional; centralização da gestão; restrições à participação do cidadão e das organizações da sociedade civil no controle público do Estado, dos seus aparelhos e de sua burocracia; segmentação do sistema com a conformação contraditória de dois subsistemas, o público (SUS) e o privado; formas diferenciadas de financiamento e de remuneração dos serviços: universal e excludente, hospitalocêntrico e curativo (PAIM, 2003, p.599).

O SUS desenvolve prioritariamente ações curativas, sofisticadas e caras, praticamente evitáveis, se a assistência primária e a vigilância em saúde contemplassem, com qualidade, a atenção integral necessária aos indivíduos e coletividade, e se a eficácia e a eficiência do sistema fossem maiores. Tendo em vista os limites do modelo curativo, para promover as mudanças necessárias é preciso enfatizar as ações e os serviços de promoção e proteção à saúde.

2.2 Conceitos de Saúde e Funções Essenciais de Saúde Pública

A busca de explicações e soluções para os agravos da saúde tem sido uma preocupação constante em todas as sociedades, em todos os tempos. O ser humano tem procurado fundamentar estas explicações em diversas teorias, cada uma delas representando um avanço num dado momento e posteriormente, apresentando suas limitações, conforme configurações ideológicas e, conseqüentemente de poder.

Ainda que as noções da Epidemiologia e da determinação social já se fizessem presentes, no final do século XIX, esse período crítico para ambas, com o advento da Bacteriologia, que determinou a preponderância da Teoria Unicausal para a explicação da causalidade das doenças. Os investimentos e as pesquisas voltaram-se para essa teoria, minimizando o interesse pelos problemas sociais (BREILH; GRANDA, 1996; FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

Para Facchini (1993, p.38),

embora situada entre os paradigmas mais rudimentares, por admitir a existência de uma única causa necessária e suficiente para cada doença, a concepção unicausal tem dominado, em grande parte, tanto a produção do conhecimento em medicina, como o desenvolvimento da prática médica.

O modelo de intervenção adotado a partir da Teoria Unicausal não propiciou respostas adequadas aos problemas de saúde no campo da Epidemiologia, pelo seu reducionismo lógico e também porque está fortemente centrado na atenção médica, inacessível para a maioria da população (BREILH; GRANDA, 1996). Esse modelo de atenção à saúde desde o início mostrou-se deficitário e de alto custo. A adoção progressiva da Teoria Multicausal não resultou em modelos mais inclusivos. Entretanto apesar de não nos guiarmos mais pela Teoria Unicausal os modelos de atenção não são tão distintos nos dias de hoje.

Ainda para Breilh; Granda (1996), a Teoria Multicausal consolidou-se na década de 60. O modelo implementado a partir desta Teoria busca respostas práticas aos problemas e não às suas verdadeiras causas, já que não pretende fazer modificações estruturais que interfiram nos determinantes das condições de vida e saúde. A Tríade Ecológica de Leavell e Clark baseia-se no constante equilíbrio entre agente, hospedeiro e ambiente, e explica de maneira mais sistemática e dinâmica o processo saúde-doença, não obstante, se basear em critérios que traduzem profundos erros:

Ignora-se a categoria social do homem, transformando-o em um fator eminentemente biológico. Isto permite esconder as profundas diferenças de classe que existem entre os homens [...] e permite propor medidas corretivas biológico-ecológicas e em nenhum momento buscar transformações estruturais que atentem contra o equilíbrio do sistema (BREILH ; GRANDA, 1996, p.21).

O modelo da Tríade Ecológica utiliza a epidemiologia tradicional como instrumento para o diagnóstico, e dentro da visão positivista, interpreta os elementos da sociedade de maneira igual, sem atentar para as profundas diferenças socioeconômicas, e modos de produção; considera fundamentalmente o caráter biológico e desconsidera os aspectos históricos (BREILH; GRANDA, 1996, p.19). Ainda para os autores,

o uso do conhecimento produzido pela epidemiologia tradicional serviu e serve fundamentalmente para sustentar o projeto de dominação política das classes dominantes, que apoiou e continua apoiando o maior obscurecimento da visão do processo saúde-doença e o desenvolvimento de alternativas de verdadeira transformação.

A Teoria Multicausal esconde as desigualdades sociais decorrentes da organização da sociedade capitalista, faz uso da neutralidade científica e da despolitização, para promover a alienação do pesquisador em relação às necessidades da sociedade e propicia adaptações graduais que não resultam em mudanças estruturais, capazes de afetar o equilíbrio do sistema (BREILH; GRANDA, 1996; FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

A crise política e social da América Latina e seu impacto sobre os perfis epidemiológicos dos grupos sociais, ocasionado pela deterioração da qualidade de vida, pela diminuição dos salários e da oferta de serviços estatais e pela redução dos recursos financeiros para a investigação social (BREILH, 1990), evidenciou a necessidade de reorganização das práticas de saúde. No final da década de 70, tal propósito reuniu distintos grupos que defendiam os projetos da Saúde Pública, da Medicina Preventiva, da Medicina Social e outras denominações congêneres, com o objetivo de “repensar os determinantes do processo saúde-doença, mediante a análise da produção social, da historicidade e da distribuição desigual da doença na sociedade, bem como da organização social da prática médica” (CANESQUI, 1995, p.23).

Contrapondo-se à Teoria da Multicausalidade, esses grupos basearam-se na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença que relaciona os

determinantes dos processos de adoecer e morrer às formas de organização da sociedade (FONSECA; BERTOLOZZI, 1997). Fundamenta-se na evidência de que:

o processo social e o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos (LAURELL, 1983, p.156).

O processo saúde-doença é determinado pelas formas de reprodução e de produção social, cujas características específicas levam à expressão de perfis patológicos distintos para os diferentes grupos sociais. O padrão de desgaste de cada grupo social é diferenciado quanto às potencialidades e aos agravos que resultam no aperfeiçoamento ou na deterioração da qualidade de vida dos grupos sociais homogêneos (LAURELL, 1983).

Essa concepção de saúde-doença “íntegra dialeticamente o social e o natural” e, desse modo, envolve processos complexos cuja análise requer aplicação das Ciências Sociais. A categoria da reprodução social analisa o movimento da vida social em um espaço histórico-natural concreto e permite compreender o sistema de contradições que o determina (BREILH, 1990, p.138).

Dentro deste campo em construção, a Saúde Coletiva, a Epidemiologia Social “detém suas raízes no processo produtivo e na organização do trabalho, nas condições sociais de produção das doenças e no sistema de atenção médica estruturada, na reprodução social das desigualdades, determinando ou condicionando o perfil de morbimortalidade” (CANESQUI, 1995, p.23).

O modelo clínico focaliza sua atenção no indivíduo, na doença, no risco e, principalmente, na etiologia do agravo. O modelo epidemiológico focaliza sua atenção nos perfis dos diferentes grupos sociais, nos determinantes dos agravos, nos processos protetores e destrutivos da saúde das coletividades.

O repensar dos determinantes do processo saúde-doença evidenciou a necessidade de mudanças no desenvolvimento da saúde pública, tendo em vista a incapacidade das sociedades e governos de proteger e promover a saúde da população. O movimento mundial pela busca de novos referenciais para orientação da saúde pública, resultou na formulação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP),

voltadas para a renovação da prática em saúde pública e que incluem a gestão em saúde, as políticas públicas e a ação social (BERNAL, 2002).

Nas Américas, o setor saúde tem centralizado as reformas em mudanças estruturais, financeiras, na organização dos sistemas de saúde e na assistência prestada pelos serviços. A saúde pública não tem recebido o apoio necessário à operacionalização das ações e a infra-estrutura dos serviços é precária, entretanto a definição objetiva de seu papel determinou sua re-inserção na agenda de transformações do setor saúde, fundamentado em conceitos teóricos, dentro dos quais as FESP (OMS, 2000).

Entende-se por FESP os processos realizados pela sociedade na busca do desenvolvimento integral da saúde e o bem-estar, provenientes da organização e comportamento dos diversos atores e setores da sociedade (BERNAL, 2002).

Em 1994, na I Conferência Panamericana de Educação em Saúde Pública, realizada no Rio de Janeiro, caracterizou-se o novo perfil de profissional de Saúde Pública, determinando a necessidade das instituições formadoras em estabelecer um novo olhar em saúde, sob um novo paradigma, baseado em equidade, democracia, sustentabilidade, ensino interdisciplinar, maior relação e equilíbrio entre ensino, pesquisa e serviços e também entre docentes, alunos e comunidade (OMS, 2000).

A formação de recursos humanos deve conduzir a processos de mudança curricular e a novas formas de ensino que possibilitem o bom desempenho dos alunos a fim de atender às necessidades de saúde pública nos diferentes contextos socioeconômicos, levando a uma maior proximidade entre a universidade e a prática estabelecida nos serviços. Algumas estratégias inovadoras utilizadas para educação de saúde pública remetem a maior diversificação e flexibilidade, expansão e acesso aos programas, utilização de técnicas de problematização e auto-aprendizagem, como também se enfatiza a necessidade de avaliar a efetividade da prática desenvolvida (OMS, 2000).

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) vem desenvolvendo projeto intitulado “La salud pública en las Américas”, com objetivo de definir e medir as FESP, por meio de instrumentos de verificação de desempenho, em parceria com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (Center for Disease Control: CDC) dos Estados Unidos da América e o Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud

(CLAISS). Através de uma rede de retroalimentação, o projeto propicia a interação de diversas instâncias como expertos do meio acadêmico, sociedades científicas, serviços de saúde e órgãos internacionais, e representa a oportunidade de revisar as práticas em saúde pública nas Américas (OMS, 2004; MUÑOZ et al, 2000).

O que a OPAS pretende com o desenvolvimento deste projeto é:

divulgar o significado da saúde pública e as funções essenciais nas Américas; elaborar uma proposta de trabalho que permita avaliar o desempenho das funções essenciais de saúde pública e que também possa aplicar-se em todos os países do continente; avaliar a prática de saúde pública em cada um dos países mediante a verificação do grau de desempenho das funções essenciais; elaborar um plano continental de ação para fortalecer a infra-estrutura da saúde pública e melhorar sua prática; publicar sobre a situação de saúde nas Américas (OMS, 2004, p.162).

O cumprimento das FESP, o fortalecimento das funções e autoridades sanitárias e, a melhoria dos instrumentos utilizados é essencial para realizar a prática da saúde pública com qualidade. A re-inserção e recuperação da saúde pública como parte dos processos de reforma do setor saúde nas Américas nesse contexto define as FESP “como as condições que permitem um melhor desempenho da prática de saúde pública” (MUÑOZ et al, 2000, p.126).

Nas FESP, o conceito de Saúde Pública é definido como:

ação coletiva, tanto do Estado como da sociedade civil, encaminhada a proteger e melhorar a saúde das pessoas, [que] pressupõe uma ação além das intervenções populacionais ou comunitárias e inclui a responsabilidade de assegurar o acesso à assistência à saúde com qualidade; [tendo] a saúde pública como prática social de natureza interdisciplinar e não como disciplina acadêmica, [e] a saúde pública não [como] sinônimo de responsabilidade [apenas] do Estado no que se refere à saúde, visto que sua atuação vai além das tarefas próprias do Estado (MUÑOZ et al, 2000, p.127)

A importante iniciativa de adequar a definição de indicadores e a estandarização das FESP tem como objetivo o fortalecimento da prática de Saúde Pública a partir da capacitação institucional. A definição clara das FESP permite determinar as capacidades requeridas para uma boa prática em saúde pública, garantindo assim o bom funcionamento nos diversos campos de ação.

A partir do primeiro elenco de FESP denominadas FESP1, e de trabalhos realizados pelo Programa Nacional de Desempenho e Estandarização da Saúde Pública (National Public Health Performance Standards (NPHPSP) dos EUA que definiu Serviços Essenciais em Saúde Pública, após consulta de expertos de vários países, definiu-se o consenso internacional sobre as características centrais das FESP2, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1. Funções Essenciais de Saúde Pública e Serviços Essenciais de Saúde Pública

FESP 1/OMS	Serviços Essenciais/NPHPSP	FESP 2/OMS
1. Prevenção, vigilância e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis	1. Monitoramento do estado de saúde para identificar os problemas de saúde da Comunidade	1. Monitoramento e análise da situação de saúde
2. Monitoramento da situação de saúde	2. Diagnóstico e investigação dos problemas de saúde e dos riscos da comunidade	2. Vigilância em saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde Pública
3. Promoção da saúde	3. Informação, educação e empoderamento das pessoas em temas de saúde	3. Promoção da saúde
4. Saúde ocupacional	4. Mobilização de associações comunitárias para identificar e resolver problemas de saúde	4. Participação social e empoderamento dos cidadãos em saúde
5. Proteção do ambiente	5. Desenvolvimento de políticas e projetos que apoiem a saúde individual e coletiva	5. Desenvolvimento de políticas, projetos e capacidade de gestão que apoiem os esforços em saúde pública e contribuam para o desenvolvimento sanitário nacional
6. Legislação e regulação em saúde pública	6. Cumprimento das leis e regulações que protejam a saúde e proporcionem segurança	6. Regulação e fiscalização em saúde Pública
7. Gestão em saúde pública	7. Vinculação das pessoas com serviços de atenção à saúde e garantia de prover serviços de saúde em locais indisponíveis	7. Avaliação e promoção de acesso equitativo da população aos serviços de saúde Necessários
8. Serviços específicos de saúde pública	8. Garantia de recursos humanos competentes para a saúde pública e a atenção à saúde	8. Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública
9. Atenção à saúde para grupos vulneráveis e populações de alto risco	9. Avaliação da eficácia, acesso e qualidade dos serviços de saúde individual e coletiva	9. Garantia da qualidade dos serviços de saúde individual e coletivos
	10. Investigação sobre novos enfoques e soluções para os problemas de saúde Pública	10. Investigação, desenvolvimento e implantação de soluções inovadoras em saúde pública
		11. Redução do impacto de emergências e desastres em saúde

Construído a partir das FESP1 e FESP/Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 1997;

Serviços Essenciais/ Programa Nacional de Desempenho e Estandarização da Saúde Pública (National Public Health Performance Standards: NPHPSP) dos EUA, 1998.

As FESP2, identificadas para medir o desempenho da saúde pública nos países das Américas e compor a estandarização, os indicadores e as medições do atual

desenvolvimento das ações desenvolvidas, foram elaboradas pela OPAS, CDC e CLAISS.

Munõz et al (2000), resgataram todas as informações quanto as FESP, conforme descrição abaixo:

1. Monitoramento e análise da situação de saúde da população: refere-se à avaliação da situação e às tendências de saúde e seus respectivos determinantes, baseada na identificação de desigualdades quanto a riscos, danos e acesso aos serviços e respectiva demanda; manuseio de estatísticas e situação específica de grupos especiais e de maior risco; geração de informação para avaliação do desempenho dos serviços de saúde; identificação de recursos para melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde; desenvolvimento de tecnologia e métodos de interpretação e comunicação da informação aos responsáveis de saúde pública; desenvolvimento de instâncias de avaliação da qualidade dos dados coletados.
2. Vigilância em saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública: refere-se à capacidade de fazer investigação e vigilância de surtos epidêmicos e apresentação das doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis; realização de detecção de casos, investigação epidemiológica e análise populacional; identificação e controle de ameaças emergentes; capacidade de conexão internacional para o enfrentamento de problemas de saúde; preparo de autoridades de saúde para intervenções dirigidas ao controle de saúde e riscos específicos.
3. Promoção da saúde: refere-se à capacidade de promover a saúde da população e desenvolver programas para redução de riscos e danos com participação da comunidade; fortalecimento intersetorial para maior eficácia das ações de promoção da saúde voltada prioritariamente a crianças e jovens; empoderamento dos cidadãos quanto a mudança de estilos de vida e melhorias que propiciem uma cultura de saúde; ações voltadas aos direitos em saúde; desenvolvimento de programas educativos em qualquer tipo de organização social passível de proporcionar informação sobre saúde.
4. Participação social e empoderamento dos cidadãos em saúde: refere-se a facilitar a participação da comunidade em programas de diagnóstico, tratamento e

reabilitação; fortalecer a construção de alianças intersetoriais com a sociedade civil, com utilização de recursos humanos e materiais disponíveis para melhorar o estado de saúde da população e promover ambientes saudáveis; identificação de recursos comunitários que colaborem nas ações de promoção e melhoria da qualidade de vida com reforço do poder e capacidade de influenciar nas decisões relacionadas a sua saúde e aos serviços; informação e defesa diante de autoridades governamentais quanto a prioridades de saúde inclusive relacionadas à melhoria de outros aspectos de nível de vida.

5. Desenvolvimento de políticas, projetos e capacidade de gestão que apoiem os esforços em saúde pública e contribuam com o desenvolvimento sanitário nacional: refere-se ao desenvolvimento de decisões políticas em saúde pública em consonância com o contexto econômico e político e com participação de todos os níveis de governo; planejamento estratégico em todos os níveis de governo; avaliação do sistema de atenção à saúde voltada ao enfoque populacional; desenvolvimento de legislação capaz de guiar a prática de saúde pública; definição de objetivos nacionais de saúde pública; gestão em saúde pública quanto à elaboração, implantação e avaliação de iniciativas voltadas aos problemas de saúde da população.
6. Regulação e fiscalização em saúde pública: refere-se ao desenvolvimento e fiscalização do cumprimento da legislação sanitária e das normas dirigidas ao controle de riscos de saúde provenientes do meio ambiente; acreditação e controle da qualidade dos serviços; certificação de qualidade de novos fármacos e substâncias biológicas de uso em saúde, assim como de equipamentos, tecnologias e qualquer atividade relacionada à legislação sanitária; geração de nova legislação e regulação voltada à melhoria da saúde e à promoção de ambientes saudáveis; proteção dos consumidores na relação com os serviços de saúde.
7. Avaliação e promoção de acesso equânime da população aos serviços de saúde necessários: refere-se à promoção da equidade de acesso aos serviços para toda a população; avaliação do acesso aos serviços de saúde, públicos e privados, com enfoque multisetorial para resolução das desigualdades na utilização dos serviços; desenvolvimento de ações para superação das barreiras de acesso aos

serviços; facilitação do vínculo de grupos vulneráveis aos serviços de saúde e as ações de educação para a promoção da saúde e prevenção de doenças, estabelecimento da colaboração entre entidades governamentais e não governamentais para promover acesso equânime aos serviços de saúde necessários.

8. Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública: refere-se à educação, capacitação e avaliação de pessoal de saúde pública, para enfrentar com eficiência os problemas da área e avaliar de forma adequada as ações de saúde pública; definição de requisitos para formação de profissionais de saúde e adoção de programas de melhoria continuada da qualidade dos serviços de saúde pública; estabelecimento de alianças ativas com programas de aperfeiçoamento profissional que assegurem a aquisição de experiências em saúde pública relevantes para os estudantes, educação permanente em gestão e desenvolvimento de lideranças no âmbito da saúde pública.
9. Garantia da qualidade dos serviços de saúde individual e coletiva: refere-se à promoção da existência de sistemas permanentes de garantia de qualidade e monitoramento permanente dos resultados; publicação e divulgação das características básicas necessárias para os sistemas de garantia de qualidade e, supervisão da execução das mesmas pelos provedores de serviços; existência de um sistema de avaliação de tecnologias sanitárias que contribuam na tomada de decisões de todo o sistema de saúde; utilização de metodologia científica para avaliar intervenções de saúde nos diferentes níveis de complexidade; utilização do sistema para elevar a qualidade de prover os serviços de saúde.
10. Investigação, desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública: refere-se à inovação constante com utilização da investigação aplicada e da investigação formal com o objetivo de impulsionar as mudanças necessárias; desenvolvimento de investigação pelas autoridades sanitárias nos diferentes níveis de atuação; estabelecimento de parcerias com centros de investigação e instituições acadêmicas para realização de estudos capazes de apoiar a tomada de decisão das autoridades sanitárias, de maneira ampliada e em todos os níveis de atuação.

11. Redução do impacto de emergências e desastres em saúde: refere-se ao planejamento e execução de ações de prevenção, preparo, resposta e reabilitação precoce relacionadas à saúde pública; enfoque múltiplo de danos e das etiologias relacionadas a desastres e emergências ocorridas no país; participação de todo o sistema de saúde com colaboração intersetorial na redução do impacto dessas emergências e desastres em saúde.

As reformas propostas a partir das FESP exigem intervenções dirigidas às mudanças das condições de vida e às iniquidades em saúde, de maneira ampla. O conceito de políticas de saúde implica um novo enfoque, incluindo um novo olhar dos diferentes atores sociais, a partir do reconhecimento da necessidade de práticas geradoras de saúde (WITT, 2005).

Evidencia-se a dificuldade para definir os limites de responsabilidade da saúde pública referentes a serviços voltados à prevenção e à promoção da saúde e as ações voltadas à organização de serviços de assistência curativa/individual. As atividades prioritárias da saúde pública devem ter como foco principal a primeira das funções (MUÑOZ et al ,2000). Apesar dessa divisão ser necessária, é importante que as duas áreas de atuação apresentem maior interação, para maior integralidade na atenção prestada.

Segundo a OMS (2001, 2004), nos Estados Unidos, várias associações nacionais têm escrito sobre o exercício da enfermagem de saúde pública. A declaração mais recente é “Scope and Standards of Public Health Nursing Practice” (Âmbito e Normas para o Exercício da Enfermagem em Saúde Pública) que descreve a enfermagem em saúde pública como prática que envolve conhecimentos de enfermagem, das ciências sociais e da saúde pública para a promoção e proteção da saúde das populações.

Ressalta-se que “nos Estados Unidos como em qualquer outro lugar, o pessoal de enfermagem não possui todas as competências necessárias para organizar, administrar e prestar os serviços essenciais de saúde pública” (OMS, 2004).

Dadas as necessidades evidenciadas, algumas iniciativas voltadas à formação em saúde pública tem sido desenvolvidas. Nos Estados Unidos estão sendo definidas as necessidades quanto à educação de enfermeiras de saúde pública atualmente trabalhando na área. O programa de estudos inclui: epidemiologia, atitudes para adaptação as mudanças organizacionais, avaliação da situação de saúde e das mudanças

institucionais, relação das pessoas com as organizações, saúde ambiental, políticas, negociação, colaboração, comunicação, análise de dados e estatística, economia da saúde, equipes interdisciplinares, avaliação de programas, formação de parcerias, princípios e intervenções para a população, política sanitária, como explorar as diferenças e a diversidade, e enfoque para melhorar a qualidade de vida (OMS, 2001).

É importante mencionar que “se estes temas fossem realmente ensinados aos profissionais de saúde pública, especialmente as enfermeiras, a prestação de serviços essenciais de saúde pública e a qualidade das funções essenciais de Saúde Pública aumentariam consideravelmente” (OMS, 2004, p.167).

De maneira geral, as enfermeiras das Américas, têm desenvolvido com maior eficácia as atividades realizadas no contato direto ao cliente, caracterizam-se pela proximidade, compreensão e confiança estabelecida com seus clientes. Suas funções estão direcionadas a atenção direta, preparo da força de trabalho, monitoramento e ao diagnóstico. No entanto, seu papel é pouco desenvolvido no que diz respeito à formulação de políticas (OMS, 2004).

As escolas de enfermagem têm a tarefa de esclarecer, especificar e promover as FESP, que sempre estiveram presentes no trabalho das enfermeiras. Os Cursos de Enfermagem devem desenvolver competências voltadas à epidemiologia, economia, avaliação das comunidades, informática, planejamento estratégico, formulação de políticas e estabelecimento de parcerias. Ainda é necessário que os docentes de enfermagem sejam capacitados para desenvolver estes temas e olhar a saúde sob o novo paradigma, posto nas FESP.

No Brasil, mais especificamente no Estado de São Paulo, um estudo realizado com as Escolas de Enfermagem verificou que a grande maioria destina menos de 20% da carga horária total do curso à formação em Saúde Coletiva/Saúde Pública³

³ A Saúde Pública (SP) e a Saúde Coletiva (SC) apresentam diferenças conceituais: quanto ao conceito de saúde-doença a SP é empírica, com foco no plano individual da causa etiológica e a SC tem como foco a determinação histórica do processo coletivo de produção dos processos de saúde-doença; quanto a ancoragem metodológica a SP usa o método empírico-analítico e a SC o método dialético; quanto a centralização da ação a SP funciona sob a ótica do Estado e seus interesses nas sociedades capitalistas enquanto a SC funciona a partir das demandas originárias da luta popular; quanto a amplitude e dinâmica das mudanças a SP busca melhorias localizadas e graduais dentro das possibilidades limitadas e definidas pelo Estado e a SC busca mudanças radicais, consideradas as dialéticas das possibilidades e necessidades resultantes do embate Estado e Sociedade (BREILH, 1990). Ressalta-se que a prática da saúde pública utiliza os conceitos de SP e SC concomitantemente, visto a forma como a realidade se apresenta.

(GALLEGUILLOS, 2001), o que evidencia a necessidade de mudar os programas de enfermagem oferecidos nas escolas e aperfeiçoar a formação da enfermeira a fim de torná-la competente a exercer as FESP.

Para a recuperação da saúde pública e para sua inserção nos processos de transformação do sistema, é importante que categorias operacionais como as FESP, possam ser caracterizadas e medidas, a fim de elaborar um diagnóstico operacional das áreas de trabalho que requerem maior apoio na prática de saúde pública. O objetivo é fortalecer a infra-estrutura de saúde pública, o que inclui as capacidades de recursos materiais e humanas necessárias para um bom desempenho (OMS/OPAS, s.d.).

Tendo em vista a importância da função das instituições de educação para determinar e promover a participação da enfermagem na saúde pública, é necessário dispor de ferramentas destinadas à avaliação da capacidade e das iniciativas das escolas de enfermagem, no que se refere ao preparo dos estudantes na área de saúde pública. Tais ferramentas podem contribuir para a identificação das potencialidades e vulnerabilidades, contribuir para as superações necessárias para melhor capacitação em enfermagem e maior explicitação das FESP (OMS, 2004).

2.3 Panorama Mundial da Força de Trabalho em Saúde Pública

Os profissionais de saúde pública representam 67% do conjunto dos trabalhadores em saúde, sendo que nas Américas representam 57%. Destaca-se que os países com menores necessidades apresentam o maior número de trabalhadores de saúde. A tendência é centrar a atenção na proporção de enfermeiros e obstetrias em relação ao número de médicos (OMS, 2006)

Os trabalhadores sanitários² têm como competência proteger e melhorar a saúde das diversas comunidades, dentro de sua diversidade, compondo a força de trabalho mundial em saúde. Esses trabalhadores dividem-se em trabalhadores de saúde, que prestam serviços de saúde, e trabalhadores com funções administrativas e auxiliares (OMS, 2006).

² Trabalhador sanitário/trabalhador em saúde pública: é considerada toda pessoa que desenvolve atividades de promoção à saúde. Os dados apontados neste capítulo, referentes ao número de trabalhadores sanitários, incluem somente os trabalhadores sanitários remunerados (OMS, 2006).

Existem recursos econômicos suficientes para enfrentar desafios em saúde pública, mas ainda há sistemas de saúde com grandes iniquidades. É necessária vontade política para o desenvolvimento de sistemas capazes de prevenir as doenças e promover a saúde. A quantidade e a qualidade dos trabalhadores em saúde estão efetivamente relacionadas com o alcance da assistência primária, com a sobrevivência dos lactentes e com as coberturas de imunização (OMS, 2006).

A OMS estima que há 59,2 milhões de trabalhadores sanitários, conforme a tabela 2 logo a seguir:

Tabela 2

Trabalhadores em Saúde Pública no Mundo, por densidade, 2006.						
Região da OMS	Total de pessoal sanitário		Trabalhadores de serviços de saúde		Trabalhadores funções adm. e aux.	
	densidade		% da força trab.		% da força de trabalho	
	número	(por 1.000 hab.)	número	sanitário	número	prof. adm e aux.
Africa	1.640.000	2,3	1.360.000	83	280.000	17
As Américas	21.740.000	24,8	12.460.000	57	9.280.000	43
Asia Sud-Oriental	7.040.000	4,3	4.730.000	67	2.300.000	33
Europa	16.630.000	18,9	11.540.000	69	5.090.000	31
Mediterrâneo Oriental	2.100.000	4	1.580.000	75	520.000	25
Pacífico Ocidental	10.070.000	5,8	7.810.000	78	2.260.000	23
Todo o Mundo	59.220.000	9,3	39.470.000	67	19.750.000	33

Todos os dados correspondem ao último ano disponível. Para os países em que não havia dados sobre os trabalhadores administrativos e auxiliares, as estimativas baseiam-se na média regional correspondente aos países com dados completos.
Fonte: OMS/ Global Atlas of the Health Workforce (2006).

Quanto à Enfermagem de saúde pública nas Américas, não se conhece a proporção de enfermeiras em relação ao total da população. Estudo realizado na Universidade de Columbia identificou aproximadamente 65.000 enfermeiras trabalhando em saúde pública, sendo que em muitas comunidades, as enfermeiras são referência no trabalho de saúde pública. No entanto, devido às múltiplas funções que exercem, não se aprofundam no conhecimento de muitos problemas. Acredita-se ainda que a descrição das funções que exercem não tem sido repassada aos respectivos gerentes. Apesar da contribuição comprovada das enfermeiras nos serviços de saúde pública e no acompanhamento dos programas, os cargos diminuíram, provavelmente devido aos indicadores de avaliação utilizados (OMS, 2001).

Em muitas comunidades pequenas, a enfermeira “pode ser o único componente visível do sistema de saúde pública”, capaz de gerenciar muitos serviços de saúde

pública, mas, com suas inúmeras incumbências, ficam impossibilitados de se aprofundar em problemas específicos (OMS, 2001, p.13). Essa característica está associada prioritariamente à assistência local.

Por outro lado, “a organização tradicional dos enfermeiros em uma unidade separada de enfermagem em saúde pública está se perdendo”. As ações programáticas específicas de cada área, como: imunização, saúde materna, saúde do idoso e outros, requerem dedicação específica dos profissionais (OMS, 2001, p.14). Essa especificidade torna-se ainda mais evidente nos órgãos centrais, responsáveis pelas diretrizes de cada programa, transformando os profissionais em técnicos especializados de cada área.

Nos Estados Unidos da América e no Canadá há aproximadamente quatro enfermeiros para cada médico. Em outras regiões das Américas como Chile, El Salvador, México e Peru há mais médicos que enfermeiros. Em alguns países da Europa, como Bulgária, Portugal e Turquia há um enfermeiro para cada médico, e na Noruega e Reino Unido, cinco enfermeiros para cada médico, chegando a oito enfermeiros para cada médico na África. Ressalta-se que na África, essa proporção está relacionada à falta de médicos e não a um grande quantitativo de enfermeiros (OMS, 2006).

A melhor combinação para assegurar que um hospital funcione com eficiência e eficácia, ainda não está clara, mas pode-se afirmar que os profissionais médicos, enfermeiros e obstetizes são elementos-chave no sistema de saúde, sendo a contribuição das enfermeiras demonstrada em vários estudos. Há uma associação significativa entre relação do número de pacientes por enfermeiro e o aumento da mortalidade (ZURN et al, 2005).

É importante resgatar que desde o início do século XX as enfermeiras de saúde pública faziam parte da equipe de saúde pública. Lillian Wald foi a responsável pelo termo “enfermeira de saúde pública”, para descrever “enfermeiras que trabalhavam para promover e prevenir doenças em uma população urbana pobre, formada por imigrantes na cidade de Nova York” (OMS, 2001 p.13).

Ressalta-se ainda que, já em 1922, o Comitê de Práticas em Saúde Pública das Secretarias Municipais de Saúde dos EUA indicava o quadro de trabalhadores necessários para atender a uma população de 100.000 habitantes, considerando a enfermeira uma colaboradora essencial e relevante na equipe, a ser composta por trinta

profissionais para as atividades de prevenção, além de um enfermeiro para cada 2.000 a 2.500 pessoas da população, especificamente para assistência na área clínica (Anonymous, 1922 apud OMS, 2001, p.13).

A identificação de déficit de profissionais, principalmente nos países de baixos ingressos e, conseqüentemente, as estimativas de profissionais necessários, estão relacionadas à tentativa de “assegurar um conjunto de intervenções de saúde essenciais e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”. Os ODM relacionados à saúde são: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o HIV/SIDA e outras doenças, como malária e tuberculose (TRAVIS et al, 2004).

Quanto ao déficit de sanitaristas no mundo, a OMS estima um déficit de quatro milhões de profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras e demais profissionais, como indicado na tabela 3 logo a seguir:

Tabela 3

Déficit críticos estimados de médicos, enfermeiros e parteiras,
por regiões da OMS, 2006

Regiões da OMS	Número de países		Em países com déficit		
	Total	Com déficit	Lotação total	Déficit estimado	Aumento % requerido
África	46	36	590.198	817.992	139
As Américas	35	5	93.603	37.886	40
Ásia Suboriental	11	6	2.332.054	1.164.001	50
Europa	52	0	NA	NA	NA
Mediterrâneo Oriental	21	7	312.613	306.031	98
Pacífico Ocidental	27	3	27.260	32.560	119
Todo o Mundo	192	57	3.355.728	2.358.470	70

NA: não se aplica

Fonte: OMS/ Global Atlas of the Health Workforce (2006).

A importância do déficit de profissionais sanitaristas está relacionada à cobertura das intervenções essenciais, locais com número reduzido de sanitaristas apresentam piores resultados, entretanto, países com maior densidade de sanitaristas alcançam melhores coberturas de vacinação contra o sarampo e em assistência pré-natal (OMS, 2006).

Uma rede de dirigentes sanitaristas mundiais, coordenada pela Fundação Rockefeller, estabeleceu que com menos de 2,5 profissionais de saúde/ 1000 habitantes, exclusivamente médicos, enfermeiros e parteiras, não é possível chegar a 80% de

mulheres atendidas no parto por pessoal qualificado e, tampouco, alcançar coberturas adequadas de vacinação contra o sarampo (CHEN et al, 2004)

Outra questão importante está relacionada ao emprego. Nos países com ingressos baixos e médios o maior empregador de profissionais de saúde sanitaristas é o serviço público. A maioria dos dados relacionados à distribuição desses profissionais, entre setor público e privado, é referente ao principal empregador. Em muitos países os profissionais têm complementação de salários por atividades exercidas no setor privado (OMS, 2006).

Os investimentos em programas relacionados aos ODM têm determinado aumento dos salários, através de financiamentos não governamentais, por vezes estabelecendo duas categorias de trabalhadores no mesmo serviço, criando insatisfação por parte daqueles com menor remuneração (OMS, 2006). No Brasil, os programas de combate e controle do HIV/AIDS e Tuberculose são exemplos disso, e de uma forma similar também, o PSF, que tem salários diferenciados e faz complementação salarial para funcionários do setor público quando vinculados ao programa.

A força de trabalho em saúde pública enfrenta diversos obstáculos para desenvolver as intervenções capazes de alcançar os ODM relacionados à saúde. Os principais são:

inadequado número de trabalhadores sanitaristas e baixos recursos financeiros; distribuição desigual dos trabalhadores nos diferentes níveis de prestação de serviços; formação insuficiente ou inadequada, com programas de ensino não embasados nas necessidades; políticas e práticas de desenvolvimento de recursos humanos deficientes (poucas perspectivas profissionais e de remuneração); condições inseguras de trabalho; alta rotatividade de trabalhadores sanitaristas; falta de supervisão de apoio; falta de integração dos serviços no setor privado; pouco acesso à informação e fontes de conhecimento e, desmoralização e falta de estímulo (DREESCH et al, 2005).

Tendo em vista alguns desses obstáculos, considera-se que existam três etapas no ciclo de vida laboral desses trabalhadores: 1. entrada: preparo de pessoal mediante investimento em estratégias de formação e contratações eficazes e éticas; 2. etapa laboral: melhora do desempenho dos trabalhadores mediante uma melhor gestão, tanto no setor público como no privado; 3. saída: gestão de migração e de redução natural de efetivos para limitar perdas de recursos humanos (OMS, 2006).

O objetivo fundamental do desenvolvimento de pessoal sanitário é produzir um número suficiente de trabalhadores qualificados com competências técnicas e cuja origem, idioma e atributos sociais os tornem acessíveis e capazes de chegar a clientes e populações diversas. Para concretizar é preciso planejar e realizar gestão ativa do sistema de produção de pessoal sanitário, centrada no desenvolvimento de instituições docentes sólidas, fortalecimento da regulamentação profissional e revitalização da capacidade de contratação (OMS, 2006, p. xxi).

O desenvolvimento de “instituições docentes sólidas”, ou seja, de instituições de ensino de qualidade é considerado uma medida primordial para a obtenção do número suficiente de profissionais competentes para atuar na saúde pública. Hoje, no mundo, há 1.691 Faculdades de Medicina, 5.492 Escolas de Enfermagem e 375 Escolas de Saúde Pública, conforme mostra a tabela 4, mas essas instituições ainda não formam a quantidade suficiente de profissionais. É necessário aumentar o número de escolas de Saúde Pública e de instituições formadoras em saúde, voltados para a formação em Saúde Pública (OMS, 2006).

Tabela 4

Centros de formação de pessoal sanitário por região da OMS, 2006			
Região da OMS	Medicina	Enfermagem e obstetrícia	Saúde Pública
África	66	288	50
As Américas	441	947	112
Ásia Sul-oriental	295	1145	12
Europa	412	1338	81
Mediterrâneo Oriental	137	225	8
Pacífico ocidental	340	1549	112
Total	1691	5492	375

Fonte: OMS/ Global Atlas of the Health Workforce (2006).

A formação deve dar atenção tanto aos conteúdos como aos métodos pedagógicos. A formação dos docentes, assim como as condições para atender as demandas de pesquisa e dos serviços, devem ter um equilíbrio no que se refere ao destino dos recursos. O incremento ao acesso à formação pode se dar com a utilização dos recursos de forma regionalizada, com ampliação do uso de tecnologia, de informação e da educação à distância (OMS, 2006).

No que se refere à qualidade da formação, são necessárias a acreditação institucional e a regulação profissional, ou seja, a autorização para exercer a profissão e o reconhecimento do título. Deve-se potencializar a utilização dos investimentos

privados, mas é necessário fortalecer o papel do Estado na regulação da educação. A regulamentação por vezes é ineficaz, dificilmente se desenvolve o suficiente para zelar pela qualidade, principalmente nos países mais pobres. O Estado precisa estabelecer normas, deve garantir a qualidade mediante a provisão de informação e incentivos econômicos, exercendo a regulamentação (OMS, 2006).

3. POLÍTICAS DA EDUCAÇÃO SUPERIOR

3.1 Políticas Públicas para a Educação Superior

O ensino superior no Brasil apresenta um crescimento acentuado na década de 90, com uma taxa de expansão de aproximadamente 7% das matrículas, e um complexo e diversificado sistema de instituições, composto por diferentes tipos de estabelecimentos, com práticas e vocações bastante distintas (MARTINS, 2000). Entretanto, “a cobertura do ensino superior brasileiro está em torno de 10% da coorte de idade, uma das menores da América Latina” (CASTRO, 2005, p.250), com o agravante de que apesar da expansão de matrículas, as taxas de conclusão ainda são baixas.

A diversidade permeia os diversos sistemas de educação superior, desenvolvidos em países de destaque no processo de desenvolvimento econômico, caracterizados por diferentes perfis acadêmicos, com oferta para diferentes públicos e com o desenvolvimento de diferentes cursos e programas, em sintonia com as mudanças sociais (MARTINS, 2000).

Para analisar a situação do ensino superior brasileiro é necessário compreender o espaço ocupado pelos diferentes tipos de instituição, segundo hierarquia estabelecida pela diferenciação institucional (MARTINS, 2000). As universidades federais possuem tradição de pesquisa científica e corpo docente mais titulado. Representam um espaço de discussão, análise e divulgação de questões fundamentais para o desenvolvimento do país, são orientadas por um modelo único que se esgota diante da grande diversidade da sociedade brasileira, gozam de autonomia relativa, haja vista a dependência financeira do poder público (MOLLIS, 2001). Faz-se necessária uma autonomia capaz de possibilitar que a universidade desenvolva seu projeto institucional de maneira mais transparente e com maior ênfase no contexto social em que está inserida (MARTINS, 2000).

Diferentemente do período do regime militar, após 1985 as universidades federais passaram a ter seus orçamentos controlados, levando a uma limitada reposição do quadro de recursos humanos. No entanto, o governo passou a criticar duramente, sua “eficácia na gestão de recursos públicos, a pouca expansão de vagas nos cursos de graduação, a falta de flexibilidade curricular para atendimento às necessidades do mercado e a pouca mobilidade na captação de recursos alternativos” (CATANI; OLIVEIRA, 2000b, p.98)

As universidades estaduais, financiadas e supervisionadas pelos respectivos estados, têm como balizador de sua autonomia o poder político local. Sistema bastante heterogêneo no âmbito acadêmico, na qualificação dos docentes, nos cursos oferecidos e na integração ensino, pesquisa e extensão (MARTINS, 2000).

Quanto ao campo das universidades privadas, a composição dá-se através das instituições confessionais, comunitárias, filantrópicas e de perfil empresarial (“mercantis”). As instituições comunitárias geralmente apresentam-se comprometidas com a comunidade, desenvolvem atividades educativas considerando o contexto social através de projetos de extensão. As confessionais, historicamente vinculadas à Igreja Católica, possuem prestígio por desenvolver padrões acadêmicos de qualidade, principalmente vinculado às Pontifícias Universidades Católicas (PUCs), que detinham a maior parcela de matrículas de instituições privadas, hoje distribuídas de forma bastante generosa entre as universidades de perfil empresarial. Comandadas pela lógica de mercado, as universidades de perfil empresarial incorporam a modalidade de fusão ou integração de estabelecimentos, tornando-se “incubadoras de novas universidades”, com projeção de ganhar maior autonomia para ampliação de cursos e vagas (MARTINS, 2000, p.46).

Quanto às universidades confessionais (católicas, luteranas e metodistas), com o objetivo de obter recursos públicos, procuram diferenciar-se. Consideradas não-lucrativas, se agregam a partir da criação da Associação Brasileira das Universidades Comunitárias (ABRUC), enquanto as universidades privadas, consideradas lucrativas, organizam-se em torno da Associação Nacional das Universidades Particulares (ANUP) (CATANI; OLIVEIRA, 2000).

Influenciada pelas modificações ocorridas na sociedade contemporânea, que se utilizam de diferentes conceitos como “reestruturação produtiva”, “globalização da economia” e “revolução informacional”, a educação adquire uma nova função social, seja pelas modificações na qualificação da força de trabalho ou pela diminuição dos estados nacionais (OLIVEIRA, 2000).

A política educacional tem tendência a orientar-se pelas diretrizes do BIRD/Banco Mundial, sob a lógica de acumulação “do fordismo à nova ordem mundial” (SILVA JR; SGUISSARDI, 1999, p.34). No Brasil, a crise do estado, associada à crise econômica e à hiperinflação nos anos 70 passou a ser foco na década

de 90. Em 1995, sob o mandato de Fernando Henrique Cardoso (FHC), a reforma do Estado fez-se necessária para consolidar o ajuste fiscal do Estado brasileiro e um “serviço público moderno, profissional e eficiente, voltado para o atendimento das necessidades dos cidadãos” (PEREIRA, 1996, p.269)

É importante dizer que “a estratégia neoliberal de conquista hegemônica não se limita ao campo educacional. [...] A redefinição global das esferas social, política e pessoal, [passa por] complexos e eficazes mecanismos de significação e representação utilizados para criar e recriar um clima favorável à visão social e política liberal, [...] capaz de reelaborar e redefinir as formas de representação e significação social” (SILVA, 2001, p.13).

Sob um novo desenho, próprio das práticas de instituições privadas, as atuais políticas públicas orientam-se pela racionalidade, descentralização, avaliação e terceirização, incluindo as políticas voltadas ao ensino superior. O Estado Provedor, comprometido com o desenvolvimento universitário e participante ativo nas atividades econômicas e sociais, passou a ser o Estado Gerente (BETANCUR, 2002).

Desde o final da década de 70, essas mudanças destacam-se por meio de novas políticas públicas de gestão denominadas Novo Gerenciamento Público (NGP), impulsionadas pela crise do modelo de estado de bem-estar social, acoplada à crise econômica internacional. A restrição de gastos públicos, com intuito de controlar o déficit público e a inflação, levou à seleção dos recortes de programas a serem realizados (BETANCUR, 2002).

O modelo weberiano baseia-se na racionalidade administrativa obtida por meio da hierarquização e ações regulamentadas e protocoladas de forma precisa, quanto a deveres, direitos e competências, sob vigilância administrativa. Na perspectiva de Lane, esse paradigma apresenta deficiências como centralismo, formalismo, ritualismo, uniformidade e desconfiança de usuários e funcionários. A preocupação com os processos e as formas atua em detrimento da eficácia e da obtenção de resultados (BETANCUR, 2002).

As políticas públicas voltadas ao ensino superior e desenvolvidas na América Latina apresentam estreita relação com a NGP, tendo em vista as ações vigentes no setor: a avaliação dos produtos universitários, o Estado na coordenação do sistema, o “incentivo” à produção docente, a expansão do setor privado, diversificação de fontes

de financiamento e “parcerias” de universidades e empresas. A partir dessas ações, o Estado Gerente passa a coordenar e regular o sistema à distância, utilizando a avaliação como um desses mecanismos (BETANCUR, 2002).

As políticas de educação associadas a um projeto neoliberal de minimização do Estado, buscam atender as demandas do mercado e a reconfiguração do Estado, “vincula-se ao discurso ideológico, segundo o qual os países periféricos precisam se ajustar, liberalizar e desregulamentar a economia, conformar-se às imposições dos mercados financeiros”(CATANI; OLIVEIRA, 2000b, p.124-125).

Na América Latina, e de maneira visível no Brasil, as reformas educacionais alcançaram o auge na década de 90, atreladas diretamente às reformas do Estado, sob novas relações de sociedade, constituindo um campo de intensa disputa visto as importantes implicações políticas e econômicas capazes de gerar (DIAS SOBRINHO, 2000).

Dentro dos objetivos da reforma do Estado, está a melhoria da eficiência e eficácia dos serviços básicos como saúde, educação, saneamento e habitação. Estas dependem diretamente da reestruturação das relações do sistema federativo, que através de responsabilidade fiscal e política, deve garantir a liberdade política e propiciar igualdade de condições sociais e econômicas para todas as regiões e respectivos cidadãos (ABRUCIO, 1998).

Até pouco tempo, as políticas sociais no Brasil eram centralizadas por órgãos e agências do Governo Federal, na área da saúde pelo INAMPS e a Fundação Nacional de Saúde e pela FAE-FNDE na área de educação, com o objetivo de universalizar o acesso a esses serviços básicos. No entanto, atendiam a uma parcela da classe média e da burguesia, e ainda a funcionários públicos e trabalhadores com vínculo corporativo. A grande maioria da população ficava à mercê de estruturas assistencialistas massificadas e burocráticas (ABRUCIO, 1998).

O desenvolvimento das políticas sociais ocorria por meio da articulação de burocratas e políticos do Governo Federal com os grupos de poder regional, sendo realizadas no nível local pelas secretarias de educação, saúde e outras (ABRUCIO, 1998).

O movimento voltado a reconfiguração da educação superior brasileira é representado a priori pelo Estado, especialmente pelo poder executivo, por meio do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), e do Ministério da Educação (MEC). Participam também outras entidades, por vezes com ideologia e interesses distintos, como a Associação Brasileira de Mantenedoras (ABMES), a Associação Nacional de Universidades Particulares (ANUP), a Associação Brasileira das Universidades Comunitárias (ABRUC), o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), a Associação de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) e a Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior (ANDES) (SILVA; SGUISSARDI, 1999).

Desde 1995, durante o governo FHC, a implantação de uma nova forma de gerenciamento do campo universitário, sob o atual paradigma de produção capitalista e de administração pública estatal, pretende que a educação superior seja mais flexível e competitiva, segundo a dinâmica do mercado, embora avaliada e controlada pelo estado (CATANI; OLIVEIRA, 2000b).

A tendência é que a educação superior seja mais heterogênea, diferentemente do que se buscava, ou seja, indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão num sistema integrado e atrelado ao desenvolvimento econômico e social do país (CATANI; OLIVEIRA, 2000b).

O projeto de reforma do Estado, na gestão do ministro Bresser Pereira, já previa a implantação das organizações sociais, entidades públicas não estatais (CATANI; OLIVEIRA, 2000). Chamado de terceiro setor, esse espaço seria o mais adequado para a produção de serviços sociais não estatais, como educação e saúde. Os serviços seriam organizados de “forma competitiva, com financiamento em parte do Estado e em parte diretamente do setor privado em forma de contribuições ou pagamentos por serviços prestados” (PEREIRA; GRAU, 1999, p.35).

As universidades federais seriam transformadas em organizações sociais, espaço considerado privilegiado para a criação da propriedade pública não-estatal (CATANI; OLIVEIRA, 2000). O controle de seus serviços seria feito pelo mercado, através dos resultados e pelo gerenciamento do Estado. No que se refere à autonomia financeira e administrativa, estaria atrelado às metas e obrigações assumidas pela organização social junto ao Poder Público (PEREIRA; GRAU, 1999, p.24).

Pode-se dizer que a proposta em questão detém uma “autonomia bastante relativa, ou melhor, uma autonomia controlada pelo Estado e pelo mercado, [...] insere-se no processo de minimização do Estado e, portanto, de limitação dos fundos públicos no tocante ao financiamento das políticas públicas” (CATANI; OLIVEIRA, 2000, p.108). Assim, a partir da expansão do capital, a educação organiza-se do ponto de vista econômico e produtivo (SILVA JR; SGUISSARDI, 1999, p.80).

Para Abrucio (1998, p.115) as políticas sociais estão relacionadas ao “tipo de Estado que emergirá das transformações econômicas, políticas e sociais; o impacto que terão essas mudanças estruturais no sistema político e institucional e os efeitos dessas transformações nas esferas das relações intergovernamentais”.

A privatização do ensino superior, não necessariamente relacionada ao pagamento de taxas ou à venda de empresas públicas ao setor privado, obedece à lógica de mercado, ao possibilitar de forma crescente a participação de maior número de instituições privadas que buscam aumentar os benefícios em relação à atividade econômica. Por outro lado, as instituições financiadas pelo setor público encontram-se na encruzilhada entre manter o espírito público ou atender as imposições do mercado. Assim, a privatização leva a um maior confronto ideológico e político entre instituições públicas e privadas e entre acadêmicos favoráveis ou resistentes à nova lógica no campo da educação. Entre os setores privados e os setores acadêmicos de instituições públicas favoráveis a esta nova lógica, as tensões tendem a diminuir (DIAS SOBRINHO, 2000).

O sistema educacional brasileiro caracterizou-se nos anos 90 pela descentralização da gestão e financiamento que a partir da Emenda Constitucional n.14/1996¹, estabeleceu a transferência de responsabilidade para Estados e Municípios, via Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF). Quanto à centralização do processo de avaliação e controle do sistema estabeleceram-se exames nacionais como o ENC, apelidado de provão, com o propósito de “indução das políticas”. “Esse redimensionamento faz com que quem define o que será examinado passe a deter poder indutor sobre o conjunto do sistema educacional, sem ter que arcar com o ônus de eventuais insucessos da gestão direta” (OLIVEIRA, 2000, p.78).

¹ Emenda Constitucional n.14/1996 foi regulamentada pela Lei n. 9.424 de 1996.

De acordo com o art. 46 da LDB²,

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. Segundo o § 1º, após um prazo para saneamento das deficiências eventualmente identificadas pela avaliação [...] 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 (BRASIL, 1996a).

Mantém-se sob o poder público a autorização, o reconhecimento de cursos e o credenciamento de instituições, em consonância com o art. 209 da Constituição Federal, que pressupõe o ensino como “serviço público”. “Este artigo [...] pode significar um processo de qualificação mais refinada das Instituições de Ensino Superior em vistas de suas finalidades maiores” (CURY, 1998, p.78).

O art. 52, por sua vez, postula que:

as universidades são instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano, que se caracterizam por: produção intelectual institucionalizada mediante o estudo sistemático dos temas e problemas mais relevantes, tanto do ponto de vista científico e cultural, quanto regional e nacional; um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado; um terço do corpo docente em regime de tempo integral (BRASIL, 1996a).

No que se refere ao exercício da autonomia das universidades, está garantida pelo art. 53, sem prejuízo das seguintes atribuições:

criar, organizar e extinguir cursos, em sua sede, cursos e programas de educação superior [...];

fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes;

estabelecer planos, programas e projetos de pesquisa científica, produção artística e atividade de extensão;

fixar o número de vagas de acordo com a capacidade institucional e as exigências do seu meio;

elaborar e reformar os seus estatutos e regimentos em consonância com as normas gerais atinentes;

² A Lei de Diretrizes e Bases para a Educação de 1996 foi aprovada pela Lei n. 9.394 de 1996.

conferir graus, diplomas e outros títulos;
 firmar contratos, acordos e convênios;
 aprovar e executar planos, programas e projetos de investimento referentes a obras, serviços e aquisições em geral, bem como administrar rendimentos conforme dispositivos institucionais;
 administrar os rendimentos e deles dispor na forma prevista no ato da constituição, nas leis e nos respectivos estatutos;
 receber subvenções, doações, heranças, legados e cooperação financeira resultante de convênios com entidades públicas e privadas.

Parágrafo único: para garantir a autonomia didático-científica das universidades, caberá aos seus colegiados de ensino e pesquisa decidir, dentro dos recursos orçamentários disponíveis, sobre: criação, expansão, modificação e extinção de cursos; ampliação e diminuição de vagas; elaboração da programação dos cursos; programação das pesquisas e das atividades de extensão; contratação e dispensa de professores; planos de carreira docente (BRASIL, 1996a).

Segundo o Art. 54, § 2º, “atribuições de autonomia universitária poderão ser estendidas a instituições que comprovem alta qualificação para o ensino ou para a pesquisa, com base em avaliação realizada pelo poder público” (BRASIL, 1996a).

Para Castro (2005, p.250), a busca pela flexibilidade e garantia da qualidade do sistema evidencia-se através de:

credenciamento periódico e renovável através da avaliação de cursos e das instituições; definição de universidade baseada na combinação de ensino de graduação, pós-graduação e pesquisa, com 30% do corpo docente com titulação acadêmica e contratos de dedicação exclusiva; criação de centros universitários com autonomia semelhante à da universidade para instituições particulares comprometidas com um ensino de graduação de boa qualidade, sem exigência de pesquisa e ensino de pós-graduação; mais flexibilidade para todas as instituições determinarem o conteúdo curricular de seus cursos; introdução de dois novos tipos de cursos de graduação mais curtos e um novo formato de mestrado, profissional e, importantes melhorias na produção de informações sobre cursos e instituições

Dentro do arcabouço legal que integra o Sistema de Educação Superior destaca-se o Decreto 2.026/96, que estabelece procedimentos para o processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior.

O art. 1º - o processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior compreenderá os seguintes procedimentos:

análise dos principais indicadores de desempenho global do sistema nacional de ensino superior, por região e unidade da federação, segundo as áreas do conhecimento e o tipo ou a natureza das instituições;

avaliação do desempenho individual das instituições de ensino superior, compreendendo todas as modalidades de ensino, pesquisa e extensão;

avaliação do ensino de graduação, por curso, por meio da análise das condições de oferta pelas diferentes instituições de ensino e pela análise dos resultados do Exame Nacional de Cursos;

avaliação dos programas de mestrado e doutorado, por área de conhecimento (BRASIL, 1996a).

O art. 2º – “Os procedimentos estabelecidos no artigo anterior são complementares, porém independentes, podendo ser conduzidos em momentos diferentes e fazendo uso de métodos e técnicas apropriados a cada um” (BRASIL, 1996a).

Este artigo permitiu que a avaliação ensino de graduação, até o momento, seja direcionada de forma distinta da avaliação da pós-graduação. Os cursos de pós-graduação têm continuamente se adaptado às normas impostas pelo sistema de avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelas agências financiadoras. “É possível afirmar que, em larga medida, as atividades de pesquisa são pré-formadas, no sentido exclusivo de que as condições para o seu desenvolvimento encontram-se instituídas” (ARRUDA, 1999, p. 220). A avaliação dos cursos de graduação, entretanto, está sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos “Anísio Teixeira” (INEP), que tem produzido diversas estatísticas sobre a área.

Outro destaque é a substituição do Conselho Federal de Educação (CFE), pelo Conselho Nacional de Educação (CNE)³, que tem como competências:

analisar e emitir parecer sobre os resultados dos processos de avaliação da educação superior; oferecer sugestões para a elaboração do Plano Nacional de Educação e acompanhar sua execução, no âmbito de sua atuação; deliberar sobre as diretrizes

³ O Conselho Nacional de Educação foi estabelecido através da Lei n. 9.131 de 24 de novembro de 1995.

curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação; deliberar sobre os relatórios encaminhados pelo Ministério da Educação e do desporto sobre o reconhecimento de cursos e habilitações oferecidos por instituições de ensino superior assim como sobre autorização prévia daqueles oferecidos por instituições não universitárias; deliberar sobre a autorização, o credenciamento e o recredenciamento periódico de instituições de educação superior, inclusive de universidades, com base em relatórios e avaliações apresentados pelo Ministério da Educação e do Desporto; deliberar sobre os estatutos das universidades e o regimento das demais instituições de educação superior que fazem parte do sistema federal de ensino; deliberar sobre os relatórios para reconhecimento periódico dos cursos de mestrado e doutorado, elaborados pelo Ministério da Educação e do Desporto, com base na avaliação dos cursos; analisar questões relativas à aplicação da legislação referente à educação superior e,

assessorar o Ministro de Estado da Educação e do Desporto nos assuntos relativos à educação superior (BRASIL, 1995).

A reforma da educação superior também caminhou para a substituição dos currículos mínimos pelas diretrizes curriculares. Essa substituição encontra arcabouço legal nas diretrizes do Conselho Nacional de Educação, na Lei n. 9.131/95 e no art. 53 da LDB/96 e vem na esteira da intensificação das discussões internacionais e nacionais sobre perfis profissionais e mudanças curriculares em resposta às transformações no mundo do trabalho e na sociedade; no processo desenvolvido pela Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC para a implantação das diretrizes curriculares desde 1997 e no posicionamento favorável do Fórum de Pró-Reitores de Graduação, advogando em favor do fortalecimento dos projetos pedagógicos institucionais (CATANI; OLIVEIRA, 2000).

Desde 1997 a legislação passou a diferenciar as instituições com ou sem fins lucrativos, status designado por parte do governo, que através de respectiva legislação específica, determina o grau de autonomia de cada instituição, no que se refere aos cursos e vagas a serem ofertados e aos limites para cobrança de mensalidades (CASTRO, 2005).

O Decreto n. 2.306/97 classifica as mantenedoras das instituições de ensino superior quanto à finalidade em lucrativa ou não, e quanto à sua natureza jurídica, como públicas ou privadas. Quanto à organização acadêmica, prevê a existência de

universidades, centros universitários, faculdades integradas, faculdades e institutos superiores ou escolas superiores (BRASIL, 1997).

Com toda essa diversificação, a idéia é que o sistema seja competitivo, eficiente e produtivo e que seja submetido à constante avaliação, que poderá proporcionar incentivos ou punições. O processo de avaliação da educação superior passa a ter centralidade, com a introdução do ENC e a Avaliação das Condições de Oferta de Cursos de Graduação (CATANI; OLIVEIRA, 2000b).

Para Cury (1998), a reforma da educação superior é determinada por duas vertentes: a avaliação e a autonomia. A avaliação tem como objetivo verificar o rendimento de alunos e instituições, a partir dos resultados dessa avaliação será determinado o repasse de recursos, portanto a reestruturação acadêmica. Quanto à autonomia refere-se prioritariamente às universidades, que passam a deter maior flexibilidade e estão praticamente livres de controle dos sistemas de ensino.

A expansão da educação superior ganha destaque a partir de 1997 com a diversificação e diferenciação do sistema de ensino superior. O governo considerava necessária a criação de novos cursos e a oferta de maior número de vagas. Essa necessidade evidenciou-se a partir de diagnóstico que identificou como principais problemas: o esgotamento do modelo único baseado na indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão; o tamanho do sistema extremamente modesto para as dimensões e necessidades do país; a inadequação do processo de credenciamento de novas instituições, o que gerou um sistema de competição e de baixa qualidade; a falta de um sistema abrangente de avaliação do ensino de graduação; o desafio de modernizar o ensino de graduação e a ineficiência no uso de recursos públicos na parte federal do sistema (CATANI; OLIVEIRA, 2000b).

Sob o argumento de que o setor privado é mais eficiente que o setor público, os investimentos públicos tem sido reduzidos, e tem sido fortalecido o poder fiscalizador do Estado, incumbindo às instituições a responsabilidade da eficiência (DIAS SOBRINHO, 2000).

A delimitação da educação superior estabelecida entre estatal e privado, com a correspondência de excelência e de mediocridade deixam de ser a linha principal de demarcação. As tendências em curso estão relacionadas à diversificação, flexibilização e heterogeneidade do sistema educacional; a ampla regulamentação; a

institucionalização de mecanismos de avaliação; busca para maior eficiência; melhora da qualificação docente; diminuição de custo médio por aluno e aumento de produtividade (SILVA JR; SGUISSARDI, 1999).

O aumento da excelência e da qualidade das instituições educacionais, traduzidas ao aumento da produtividade, com maior organização, com mais eficácia gerencial e diminuição de recursos humanos e econômicos faz parte do discurso governamental. Essas mudanças determinam adaptações no currículo, nas atividades didático-pedagógicas e na carreira docente. As prioridades que envolvem o currículo e a pesquisa são definidas pela utilidade imediata do mercado (DIAS SOBRINHO, 2000).

A investigação pode ser determinada pela necessidade de resultados imediatos e seguros com aplicabilidade direta nas necessidades do mercado. Quanto ao ensino pode ser voltado às áreas de maior demanda, de maior interesse do mercado. Isso coloca as instituições universitárias à margem de condicionantes externos para a definição de suas atividades (BETANCUR, 2000).

No Brasil, o aumento de instituições gerou um forte crescimento de matrículas, o ensino superior ganhou maior visibilidade para novas camadas sociais, incentivadas pela possibilidade de ascensão social, e incorporou o público feminino e um público de trabalhadores. Entretanto, a relação entre matrículas e concluintes dos cursos foi díspar: entre 1980 e 1998 enquanto as matrículas apresentaram um aumento de 54%, as conclusões alcançaram apenas 21% de aumento, caracterizando importante evasão no ensino superior. Apesar do aumento de matrículas, a demanda no vestibular cresceu apenas 2% entre 1980 e 1992 (MARTINS, 2000).

A redução das atividades desempenhadas pelo Estado, evidenciada pela diminuição de orçamento e controle das universidades federais, pelo incentivo à procura de financiamento no mercado, pela diminuição de incentivos públicos ao setor privado e pela diminuição da imunidade fiscal, caracteriza a segmentação do setor, marcados pela dicotomia do ensino público e privado, determinando maior oferta de pós-graduação e pesquisa por parte das instituições privadas (CUNHA, 2000).

O investimento na pós-graduação e em pesquisa, por parte das instituições privadas, levou à melhoria do corpo docente, e foi possível, devido à contratação de professores doutores aposentados das universidades públicas. Essa migração ocorreu

“por duplo motivo: receio de perder uma série de vantagens adquiridas e que o governo ameaça cortar; receber um segundo salário” (CATANI; OLIVEIRA, 2000b, p.101).

3.2 Avaliação da Educação Superior

Nas duas últimas décadas, a avaliação do ensino superior ganhou maior destaque e mobiliza uma boa parcela de instituições e profissionais com diversos interesses, sejam sociais, políticos, econômicos ou científicos, sob diferentes visões de mundo e de educação. A sua utilização tem influenciado mudanças relacionadas ao papel do ensino superior, às funções desenvolvidas pelo Estado e, inclusive, ao que a sociedade espera da universidade. O papel regulatório instituído primeiramente para o ensino da pós-graduação dissemina-se progressivamente para o ensino da graduação e a preocupação com o produto final, mensurável, passa a ser a prioridade da atual política de avaliação (CUNHA, 2000).

A forma escolhida para realizar a avaliação está diretamente ligada aos motivos que mobilizam esta avaliação, os processos utilizados induzem a modificações institucionais na direção que se deseja (OLIVEIRA; SOUSA, 1999).

No entanto, as estratégias de avaliação nem sempre são realizadas “no seio dos especialistas em educação [...] a partir de estudos e discussões sobre as opções teóricas, da dimensão político-ideológica e dos instrumentos técnicos subjacentes aos sistemas de avaliação”. Sem o debate necessário, a tendência é estabelecer estratégias como exames nacionais de medição de qualidade, exames de ingresso e saída, avaliação de desempenho docente, sistemas de credenciamento institucional e avaliação externa, ou seja, utilização de um conjunto de indicadores considerados “únicos”, “objetivos” e “científicos” (DIAZ BARRIGA, 2002, p.12).

A avaliação institucional nos Cursos de Mestrado e Doutorado, teve início em 1976, realizada pela CAPES, Ministério de Educação. Inicialmente foi feita pelos pares e posteriormente por consultores de cada área de conhecimento. A intenção de estender a avaliação aos cursos de graduação de maneira ampla vinha sendo discutida desde a metade da década de 80. Em 1992, o MEC lançou o Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras (PAIUB), caracterizado por adesão voluntária, metodologia de auto-avaliação e com provisão de recursos (CUNHA, 2000).

O PAIUB foi recebido com grande desconfiança quanto aos parâmetros e dimensões a serem utilizados. Em 1996, contava com adesão de 94 universidades, mas a institucionalização de novos procedimentos de avaliação, como o Exame Nacional de Cursos, dirigido à avaliação do desempenho dos estudantes, iniciou um novo modelo de avaliação para o ensino superior no Brasil. O novo modelo prevê o descredenciamento, o reordenamento e a reclassificação das instituições de ensino superior (CUNHA, 2000).

Sob uma nova concepção, o novo padrão de controle passa a ser realizado para “aferição de controle do produto”, a partir dos exames padronizados, disseminando a cultura de avaliação, baseada na premissa de que os resultados obtidos e divulgados induziriam à melhoria da qualidade, permitindo aos órgãos centrais assumir o papel de “monitoramento da qualidade do sistema” A preocupação com o desempenho nos exames padronizados passou a ser o principal preocupação, determinando uma nova noção de qualidade de ensino (OLIVEIRA, 2000, p.80).

A política de avaliação, ao introduzir o credenciamento periódico das instituições e o ENC como processo centralizado de avaliação, estabeleceu a diversificação e diferenciação das IES, que acentuam quatro pressupostos fundamentais:

buscam favorecer a concorrência e o atendimento às diferentes demandas e clientela; procuram “naturalizar”, ainda mais, as diferenças individuais, instituindo paulatinamente um sistema meritocrático onde cada um terá o ensino superior que “possa” ter; ampliam a subordinação do ensino superior ao mercado, particularmente no tocante à formação e à privatização das atividades e serviços; explicitam a forma de funcionar do sistema mais do que as suas finalidades sociais (CATANI; OLIVEIRA, 2000a, p.79).

Os estudantes poderiam ou não realizar o exame, mas a obtenção do diploma estaria vinculada a sua participação, sendo o desempenho individual de cada estudante sigiloso. A inclusão dos cursos foi gradativa até a incorporação de todos os concluintes na avaliação. Quanto ao ENADE, define a participação dos estudantes por amostragem, com a participação do primeiro e último ano do curso, o resultado obtido se mantém sigiloso.

Cada curso conta com uma comissão composta por representantes do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, dos Conselhos Federais, das Associações de Ensino e com a sua respectiva Comissão de Especialistas da SESu, responsável pela

elaboração das provas e autorização de novos cursos. Ressalta-se que todas essas ações devem ser homologadas pelo CNE (CUNHA, 2000).

Apesar das resistências iniciais e dos limites do provão, essa forma de avaliação tem ampliado sua abrangência, tornando-se referência para a discussão referente à qualidade do ensino. É incontestável como a utilização da competitividade leva as instituições a buscar a melhoria dos seus resultados, como também o impacto da avaliação na contratação de docentes capacitados e no preparo dos alunos para os exames (OLIVEIRA, 2000).

No entanto, “o provão – Exame Nacional de Cursos, [...] embora montado a partir de critérios a parâmetros muito discutíveis, tem aparentemente frustrado as expectativas dos que nele confiaram como fornecedor de subsídios para fortalecer a crítica da qualidade das IES públicas e conseqüentemente endosso da tese de sua desestatização ou privatização: os resultados demonstraram inquestionavelmente que o conceito A está diretamente relacionado a IES que possuam mais de 50% de seu corpo docente com titulação de mestrado e doutorado e o mesmo percentual de docentes contratados em regime de trabalho superior a vinte horas semanais; e que o conceito E está estreitamente relacionado a IES que possuam menos de 10% de seu corpo docente com essa titulação e contratados nesse regime de trabalho. No primeiro grupo situam-se as IES públicas, federais e estaduais [...] e no segundo, as IES privadas (SILVA; SGUISSARDI, 1999, p. 38).

A reforma educacional vem sendo desenvolvida de maneira intensa desde 1995, sendo que as maiores mudanças foram introduzidas a partir de nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996. As universidades foram caracterizadas pelo seu corpo docente e produção científica e podem se especializar por campo de saber. Um terço do corpo docente deve ser pós-graduado e também um terço deve ter contratação em tempo integral (CUNHA, 2000).

Esta modalidade de avaliação tem como finalidade obter informações sobre as IES para determinar alocação de recursos nas instituições públicas e avaliar a manutenção de credenciamento das instituições privadas, a partir de avaliação da qualidade (SCHWARTZMAN, 1996). As políticas de ensino superior vincularam a avaliação ao financiamento, na perspectiva de maior eficiência na utilização de recursos públicos e da prestação de contas, induzindo às mudanças nos sistemas de educação (DIAZ BARRIGA, 2002).

A segmentação está posta, a competência interinstitucional sofrerá divisão entre ganhadores e perdedores, inclusive no que se refere à captação de recursos, refletindo na investigação e no ensino. A diferenciação intra-institucional apresenta-se a partir dos docentes que podem alcançar maior status com participação em sistemas de investigação, maior remuneração, mais estabilidade e até atividades externas à universidade (BITANCUR, 2002).

Os resultados nos processos de avaliação podem orientar a aplicação de recursos segundo a lógica de premiação daqueles com melhores resultados, o que implica maior distanciamento entre melhores e piores, ou alocar os recursos para aqueles com piores resultados, diminuindo as desigualdades existentes no sistema, mas padecer da crítica de que “se estaria premiando os ineficientes” (OLIVEIRA, 2000, p.91).

Os atuais gestores, não tem explicitado, se os resultados advindos do processo de avaliação serão utilizados como critérios para a distribuição de recursos, tal como ocorre nos cursos de pós-graduação, em que a avaliação realizada pela CAPES define a distribuição de recursos (OLIVEIRA, 2000).

Os processos de avaliação sistêmica têm ampliado sua influência nos últimos anos e se constituído em mecanismos eficientes de indução de políticas. Modificações na forma de avaliar têm gerado comportamentos adaptativos nos sistemas de ensino, de forma que os mecanismos de avaliação cumprem importante papel na sua gestão por controle remoto (OLIVEIRA, 2000, p.91).

Os indicadores utilizados para avaliação da educação superior relacionam-se a qualificação e dedicação docente, infra-estrutura e variáveis de processo, como métodos de ensino, organização curricular e gestão acadêmica. Para a avaliação institucional e a auto-avaliação, as variáveis de processo permitem uma avaliação qualitativa, a partir de parecer de especialistas, mas os parâmetros mais utilizados relacionam-se à produtividade, pautados em eficiência e eficácia, a exemplo da avaliação dos recursos utilizados e sua relação com o número de alunos formados (SCHWARTZMAN, 1996).

A avaliação institucional inicialmente remete à auto-avaliação, podendo ser capaz de analisar o processo em que operam os diversos segmentos da instituição como gestão, metas acadêmicas, pertinência dos projetos dos cursos, atualização de conhecimentos, recursos oferecidos, conteúdos e exigências do mercado. No entanto, pode revelar apenas dados de menor importância (DIAZ BARRIGA, 2002).

Como parte da avaliação institucional, a avaliação externa permite um olhar objetivo sobre a instituição e é realizada através de visitas e entrevistas de pessoas chave, sejam estudantes, docentes ou autoridades. Utiliza metodologia específica para avaliação de cada curso, sem definir o processo e as respectivas características de cada curso, mas define quais instituições atendem aos requisitos para o credenciamento (DIAZ BARRIGA, 2002).

A avaliação nessa perspectiva tecnológica utiliza critérios como eficiência, produtividade, rentabilidade, todos condizentes com o que preconiza o mercado e seus interesses econômicos, tornando-se reducionista e fragmentada. Centrada no desenvolvimento técnico e científico, no produto final, torna-se quantitativa e voltada para a objetividade, permitindo a comparação do produto por meio de atribuição de valor de mercado, o que não permite compreender a natureza e a dinâmica dos processos da realidade social (DIAS SOBRINHO, 2000).

Para Dias Sobrinho (2000, p.77), “a avaliação deve intervir qualitativamente no desenvolvimento do processo de construção e de solidificação institucional, pedagógica e científica da universidade”. Para tanto, deve ser definida por critérios de pertinência, enraizamento e funcionalidade para a sociedade, relações com o mundo do trabalho e capacidade de integração do processo científico-pedagógico com objetivos sociais.

Cada instituição possui dinâmica própria, organização e funcionamento inerentes a suas determinações históricas e sociais, relações e motivações, caracterizando subjetividade própria. A concepção de avaliação deve ser uma opção coletiva e democrática, com perspectiva integradora para a condução de processos articulados em prol aos projetos e compromissos institucionais (DIAS SOBRINHO, 2000).

Na perspectiva tecnológica, a aprendizagem é reduzida a tarefas com determinados fins e a avaliação é voltada para a elaboração e execução de técnicas e produtos obtidos. Para Dias Sobrinho (2000, p.140) “as avaliações tecnológicas apresentam-se como indiscutíveis, fundando sua fidedignidade na operação de instrumentos e metodologias precisas que, legitimam a dominação e o controle da realidade analisada”.

Os Exames, inicialmente o ENC e agora o ENADE, como um desses “instrumentos”, são considerados pela sociedade praticamente como a única forma de avaliação do ensino superior e têm se legitimado como medida de controle de qualidade

das IES. Sendo esses exames uma medida de controle, podem resultar em adaptações das IES somente para atender às exigências da prova. A concepção de equidade desse tipo de avaliação desconsidera as especificidades regionais e de cada IES. Na perspectiva de Diaz Barriga, DIAS SOBRINHO (2000), afirma que esse modelo tecnológico de avaliação serve de instrumento de seleção e exclusão.

A seleção de determinados temas na composição do exame funciona como balizadora dos temas incluídos nos currículos dos cursos de graduação. “A tendência é a adaptação dos currículos e o engessamento das práticas pedagógicas” (DIAS SOBRINHO, 2000 p.174). Para Silva, (1995, p.10) “o currículo não apenas representa, mas faz. É preciso reconhecer que a inclusão ou a exclusão no currículo tem conexões com a inclusão ou exclusão na sociedade”.

A abordagem da avaliação centrada em especialistas utiliza os conhecimentos específicos de profissionais para apreciar um programa, uma instituição ou atividade. Podem ser organizadas em quatro categorias: 1. sistemas formais de pareceres de profissionais reconhecidos; 2. sistemas informais de pareceres de profissionais reconhecidos; 3. pareceres ad hoc de grupos altamente qualificados; 4. pareceres ad hoc individuais (WORTEN et al, 2004).

Ressalta-se ainda que a opção pelos conhecimentos considerados socialmente relevantes poderá estar em especialistas, muitas vezes distanciados das reais necessidades sociais e do impacto de suas decisões (SORDI, 1998). Assim é importante resgatar as funções da avaliação centrada em especialistas.

O sistema formal de pareceres é considerado uma acreditação, processo que determina e regulamenta a qualidade de uma instituição, ou seja, aprova ou não o seu funcionamento a partir de padrões externos. A acreditação priva as instituições da oportunidade de desenvolver suas potencialidades, também parte do pressuposto de que somente membros da respectiva categoria profissional são capazes de avaliar seus pares e estabelecer os critérios para a avaliação. Quanto aos pareceres informais, os avaliadores geralmente não usam critérios ou padrões estabelecidos previamente. Os pareceres ad hoc, voltados para um objetivo específico, são realizados por grupos de pessoas altamente especializadas, com objetivo de atender a uma necessidade específica. Quanto ao parecer ad hoc individual, é bastante utilizado para julgar o valor de uma atividade, programa ou instituição (WORTEN et al, 2004).

No atual modelo de avaliação, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), o parecer de especialistas é utilizado para realizar a avaliação institucional e de cursos, incluindo os projetos político-pedagógicos, sob diversos olhares de mundo, de educação e de saúde.

O SINAES, instituído em 2004, tem como objetivo “assegurar a integração das dimensões internas e externas, particular e global, somativo e formativo, quantitativo e qualitativo e os diversos objetos e objetivos da avaliação” (INEP, 2004, p.84). É desenvolvido por meio da avaliação institucional, a avaliação de cursos e o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) (BRASIL, 2004).

A avaliação institucional tem como objetivo identificar o seu perfil e o significado da atuação por meio das atividades e projetos que desenvolve e dos cursos e programas que oferece. A avaliação deve respeitar a diversidade e as especificidades das diversas instituições e suas respectivas organizações acadêmicas. Quanto aos procedimentos são utilizados a auto-avaliação e a avaliação externa in loco (BRASIL, 2004).

A avaliação de cursos de graduação visa identificar as condições de ensino oferecidas aos estudantes, por meio de visitas de comissões de especialistas das respectivas áreas de conhecimento. O foco da avaliação é o perfil do corpo docente, as instalações físicas e a organização didático-pedagógica (BRASIL, 2004).

Quanto ao ENADE: é aplicado periodicamente, podendo ser com intervalo de até três anos; os alunos são selecionados por procedimento amostral; acompanha levantamento sobre o perfil dos estudantes; é componente curricular obrigatório (BRASIL, 2004).

A concepção de avaliação está ligada à concepção de educação adotada e esta, por sua vez, à ideologia da sociedade em questão. Os determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos interferem em todas essas concepções. Para que haja possibilidades de transformação e superação é necessário compreender as diferentes dimensões envolvidas.

A avaliação com funções educativas tem sido pouco valorizada. É necessário utilizá-la como instrumento para a construção social. Para tanto se deve partir do

conhecimento da realidade, realizar a sua análise e síntese para promover a sua transformação.

CAPÍTULO 4. AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE ENFERMAGEM: perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem - INEP

A partir da década de 80, os países industrializados e os latino-americanos, iniciaram reformas em seus sistemas de educação superior. No Brasil, atreladas às reformas sociais, iniciaram-se as reformas do sistema da educação superior e do sistema de saúde e a Enfermagem brasileira realiza sucessivas discussões relacionadas à educação superior de Enfermagem.

O mercado educacional globalizado, as mudanças econômicas e sociais e a produção de conhecimento ganham destaque, determinando a modernização dos processos de avaliação e regulação da educação superior (HADDAD et al, 2004).

Na década de 90 foram implantados diversos sistemas de avaliação para a educação superior no Brasil e a implementação do SUS preconiza a Atenção Básica e o PSF. Nesse contexto pretende-se discutir a avaliação da educação superior de Enfermagem, na perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem e com ênfase na prática de saúde pública.

4.1 Sistema de Avaliação da Educação Superior no Brasil a partir da década de 90 e a Enfermagem

No início da década de 90 instituiu-se o Programa Institucional das Universidades Brasileiras (PAIUB), no governo Itamar Franco, com o princípio de adesão voluntária das universidades e tendo como parte do processo a auto-avaliação e a avaliação externa. Propiciou uma nova dinâmica universitária e legitimou a cultura da avaliação, tendo, entretanto, vida curta (INEP, 2004).

O PAIUB apresentava como diretrizes a avaliação global das universidades, a não comparabilidade, o respeito à identidade institucional, a não premiação ou punição, à participação voluntária e a legitimidade política. Este programa foi produto do trabalho da Comissão Nacional de Avaliação das Universidades Brasileiras. Caracterizava-se pela adesão voluntária e concebia a auto-regulação e a avaliação institucional. Desenvolvido por algumas universidades, mas relegado a partir da institucionalização do ENC, não chegou a ser extinto (GOMES, 2003).

No governo FHC, a partir de 1995, ocorre uma “reestruturação dos mecanismos e instrumentos tradicionais e burocráticos que têm historicamente caracterizado a relação do Estado com a educação superior no Brasil” (GOMES, 2003, p. 130). O sistema de avaliação incorporou o ENC, o levantamento sobre as condições sócio-econômicas dos alunos, a Análise das Condições de Ensino (ACE), a Avaliação das Condições de Oferta (ACO) e a Avaliação Institucional dos Centros Universitários (INEP, 2004).

O destaque do trabalho realizado pelas comissões de ACE relaciona-se aos parâmetros de funcionamento dos cursos, no que se refere a intensificar o desenvolvimento de experiências inovadoras, a planejar o funcionamento dos cursos, a ampliar a participação docente no processo de construção do PPP e a melhoria da seleção do corpo docente. No entanto várias foram às dificuldades apontadas nos procedimentos realizados pela ACE, relacionados à falta de indicadores capazes de identificar o aporte do curso ao aluno em vista da proposta da IES e da sociedade; ao enfoque do processo realizado pelo avaliador, voltado ao preenchimento de formulários ao invés de estabelecer um olhar formativo, e à efetividade dos pesos atribuídos aos aspectos avaliados (INEP, 2004).

Os Cursos de Enfermagem foram introduzidos ao ENC no ano 2000 e participaram das prova nos anos 2002 e 2003.

Foi instituída a primeira comissão assessora para avaliação, [...] começou o trabalho de organização das diretrizes para o provão, pois enfermagem entrou no provão em 2000, a comissão se constituiu em 2001 e a prova aconteceu em 2002. [...] Tínhamos encontros mensais aqui em Brasília, depois houve a licitação de quem faria a prova, também tivemos duas reuniões com a banca que seria a mentora da prova, para socializar para a banca quais eram os princípios, os caminhos que nós entendíamos (M3).

Já no governo Lula, a partir de 2003, propôs-se um novo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, através da Comissão Especial de Avaliação (CEA)¹ que apresentou a proposta do SINAES, como um “sistema de avaliação global e integrado das atividades acadêmicas, composto por três processos diferenciados: Avaliação das Instituições de educação Superior (AVALIES), Avaliação dos Cursos de

¹ Comissão Especial de Avaliação foi designada pela Portaria da SESu em 28 de abril de 2003, “com a finalidade de analisar, fornecer subsídios, fazer recomendações, propor critérios e estratégias para a reformulação dos processos e políticas de avaliação da Educação Superior e elaborar a revisão crítica dos seus instrumentos, metodologias e critérios utilizados” (MEC, 2004, p.7).

Graduação (ACG) e Exame Nacional de Avaliação do Desempenho dos Estudantes (ENADE)” (MEC, 2004, p.13).

A Enfermagem participou logo no primeiro ano do ENADE, sendo que,

[...] o primeiro ENADE em 2004 foi [da área da] saúde, a enfermagem entrou, [...] sob um novo sistema, sob uma nova lógica (M3).

Primeiro eu diria que o exame nacional de cursos, o provão, da forma como colocado, como política hegemônica para a qualidade, não poderia ter sido chamado de avaliação. No meu entender, desgarrada do processo, sem amadurecimento das instituições, [...] considero-a como uma política equivocada, pautada em interesses de outra ordem, que não levou em consideração a reflexão que já acontecia de uma forma mais autônoma pelas universidades (M2).

O ENC faz parte de uma política formulada de maneira centralizada, de cima para baixo, representada pela “ruptura com o processo ascendente de consulta e parceria que tinha permeado o contexto de tomada de decisões na administração Hingel, ou seja, no modelo do PAIUB” (GOMES, 2003, p.136).

Para aqueles que defendem o ENC, o exame é capaz de elaborar diagnóstico referente à situação do aluno, quanto ao domínio de habilidades e conteúdos adquiridos através do ensino recebido (INEP, 2004).

O “sistema provão” era pontual, com o objetivo de através do aluno, dimensionar, quantificar e refletir a qualidade do ensino de graduação. O modelo SINAES precisa disso também, ele tem que regular, verificar a qualidade, [necessita] saber o que está acontecendo, só que faz isso através da avaliação institucional, que possui dois níveis, a interna e a externa, através das condições dos cursos e dos [resultados] do ENADE. Os vejo bem diferentes, de pontual para sistêmico (M3).

O ENC tornou-se um produto bastante visível e foi elaborado como instrumento político para fortificar as funções de controle, monitoramento e coordenação do MEC (GOMES, 2003).

Ao contrário do ENC, o SINAES tem como finalidade desenvolver uma avaliação global, através da construção de um sistema de avaliação. A partir reflexões da CEA utiliza os conceitos de integração e de participação para nortear a construção do

sistema, que tem como premissa aprofundar os compromissos e responsabilidades sociais das instituições e “promover valores democráticos, o respeito à diversidade, a busca da autonomia e a afirmação da identidade” (INEP, 2004, p.83).

O SINAES não é só o ENADE, é o tripé: avaliação institucional, avaliação de cursos e ENADE. Antes havia um sistema de avaliação pontual, reducionista, o SINAES é complexo. [No entanto] no imaginário da população, dos professores e dos alunos, o ENADE é o provão do Lula. Eu não vejo dessa forma, vejo o SINAES como um sistema, não é um ponto específico como era o provão. Só se tinha o provão, não tinha mais nada (M3).

O ENADE é parte integrante do SINAES, tem como objetivo geral avaliar o desempenho dos estudantes quanto às habilidades e competências, aos conteúdos programáticos e aos conhecimentos sobre a realidade brasileira (INEP, 2004a).

Na perspectiva de modalidade de avaliação, ENC e ENADE são exames de verificação de desempenho. Talvez sejam vistos como similares, principalmente devido à forma de divulgação da mídia. Entretanto, o ENADE é parte de um sistema de avaliação que integra várias modalidades.

A princípio a comunidade acadêmica precisa compreender a nova concepção de avaliação. A participação de professores e de alunos na avaliação institucional e de cursos pode gerar esse entendimento. Quanto à população essa contextualização é mais difícil; mas considera-se a participação da sociedade nas discussões que permeiam a educação de fundamental importância para a compreensão do processo avaliativo.

Todas as instituições, independente de suas formas organizacionais, dependência administrativa e natureza jurídica, e, idealmente, todos os membros da comunidade educativa – professores, estudantes, funcionários, ex-alunos e outros grupos sociais concernidos – devem se envolver, juntamente com os representantes do governo, nos processos avaliativos, realizando ações coletivamente legitimadas (BRASIL, 2003, p.82).

A grande diferença entre o SINAES e o que existia antes, no governo anterior, é o que o principal instrumento de avaliação era o ENC, embora houvesse a avaliação institucional e a avaliação das condições de oferta, eles não tinham a importância que tem hoje (M1).

Os resultados referentes à avaliação institucional e à avaliação das condições de oferta eram utilizados para o reconhecimento dos cursos, mas por não serem

considerados relevantes detinham pouco destaque na divulgação feita pela mídia, ao contrário do ENC (BARREYRO, ROTHEN, 2006).

O SINAES busca, evidentemente através da avaliação, apontar as fragilidades e as potencialidades, levando os sujeitos do processo de formação (os gestores, os docentes, os discentes e a instituição) a buscar melhorar suas potencialidades e identificar as fragilidades para a superação destas (M5).

A avaliação é a base par identificar problemas, corrigir erros e inserir mudanças para aperfeiçoar a educação. “O sentido formativo indica que a avaliação produz processos sociais de conhecimento, compreensão e julgamento do sistema e de instituições, tomadas em suas partes e suas totalidades com objetivos primordialmente de melhoria” (INEP, 2004, p.89).

Evidencia-se o formato avaliativo de caráter emancipatório que se contrapõe ao caráter regulatório. O SINAES distingue avaliação de regulação, considera que a avaliação se esgota quando o poder público assume posições regulatórias, determinadas pela avaliação, no momento da autorização e credenciamento dos cursos.

ENADE, [como parte do SINAES], pois este não é auto-suficiente, aglutinado em uma linha mais orgânica de avaliação, tem como vantagem, na medida em que trabalham dentro da possibilidade de uma avaliação específica e geral, induzir as instituições a pensar para a formação do homem e não [somente] do profissional. Além disso, trabalha com a possibilidade da importância que os projetos vão ter, e quanto aos alunos, com a possibilidade de avaliar o que aconteceu nos processos entre a entrada e saída. Devidamente utilizado tem a possibilidade do não ranquiamento, da valorização de processo e o resgate da própria comunidade para que faça esse o resultado ter sentido. Evidentemente ele é mais ligado ao que se espera de uma avaliação. Assim triangulando esse dado [os resultados do ENADE] com a avaliação institucional e a avaliação das condições de oferta dos cursos, consegue-se errar menos. O SINAES está em construção, deve ser aperfeiçoado, não diria que está perfeito, pronto e acabado, é um processo, há um formato avaliativo que associa um viés emancipatório. No momento em que a política é extremamente regulatória, é uma contradição, ele não é o que teoricamente o PAIUB pretendia, mas permite o resgate de aspectos que estavam muito perdidos nas políticas utilizadas, era regulatório e pronto (M2).

O SINAES não tem a mesma concepção do PAIUB, mas resgata a avaliação institucional como parte importante do processo avaliativo. Ressalta-se que a proposta apresentada pela CEA tinha na avaliação institucional o foco do processo, a ser

desenvolvido pela auto-avaliação das instituições para o aperfeiçoamento individual e coletivo, de caráter formativo e pela avaliação externa por meio de visitas in loco, resgatando a concepção do PAIUB (BARREYRO; ROTHEN, 2006). Entretanto, a Lei n.10.861/04² “focaliza o objeto da avaliação nas instituições, nos cursos e nos estudantes” (BRASIL, 2004).

Será que o provão não acabou? O INEP somente mudou seu nome? Esse questionamento emergiu em uma das entrevistas, ao se referir à prova utilizada pelo atual sistema de avaliação, o ENADE.

Agora quanto à prova, o objetivo é o mesmo do provão. Acredito que por parte do INEP, não quiseram sumir com o provão, eles tentaram. Está se aperfeiçoando o que o provão já vinha fazendo, de uma forma diferente, com outro nome, e também outra característica, pois o provão era [realizado] anualmente e o ENADE a cada três anos (M7).

O ENC era aplicado aos alunos concluintes como instrumento privilegiado para avaliação dos cursos sob a concepção de regulação e controle das instituições pelo mercado. O ENADE é um dos componentes de avaliação que integra o sistema.

O SINAES considera a regulação e o controle necessários para obter elementos de análise e reflexão da educação superior e proporcionar melhores condições para o seu desenvolvimento, sendo de responsabilidade do Estado e da comunidade educativa (INEP, 2004).

Pode-se dizer que a diferenciação entre o ENC e o ENADE, não está somente na periodicidade, mas principalmente no resultado que se espera aferir. O ENC verificava o resultado final, o produto final.

A grande crítica ao ENC é que media somente o produto final, o que o aluno sabia no final, [ou seja,] um produto retrospectivo, que indicava se o curso tinha determinado qualidade ou não. Isso foi muito criticado (M1).

O ENC é o instrumento de avaliação, utilizado pelo Ministério da Educação que sofreu mais críticas sendo uma delas a desconsideração de perfil acadêmico do aluno ingressante, e portanto, não sendo possível analisar o valor agregado pela instituição.

² Lei 10.861, de 14 de abril de 2004, institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES – e dá outras providências.

Quanto ao ENADE, espera-se verificar o valor agregado, este passa a ser considerado de grande importância, de acordo com art.3º da Lei n.10.861:

O ENADE, através de prova única aplicada aos alunos do primeiro e último ano do curso. Será construído de modo a permitir a análise do valor agregado em relação às competências, habilidades, conhecimentos gerais e conteúdos profissionais específicos, durante a sua formação.

A diferença principal é que o ENADE passa a ser um dos instrumentos de avaliação, ao contrário do provão que era um exame isolado, de ranqueamento entre as instituições e não oferecia orientações para posicionar a instituição ou o curso sobre valores agregados. O ENADE pré-supõe a incorporação desse princípio, avaliar através de uma mesma prova ingressantes e concluintes, tentar identificar valores agregados, ou seja, o que aquela universidade, aquele curso agrega ao aluno. Essa é uma polêmica metodológica que eu não sei se está resolvida, ainda não vi um estudo muito consistente acerca disso, alguns cursos apresentam diferenças muito pouco significativas, o que coloca em xeque, ou a própria metodologia utilizada ou a própria capacidade do aluno se envolver nessa prova, ou uma questão relacionada à universidade ou ao curso, por não ter agregado conhecimento novo, novas possibilidades para esse aluno, essas são as diferenças básicas (M4).

Entretanto, apesar das vantagens esperadas ao se verificar os valores agregados, a metodologia é questionada, ainda não estão suficientemente claras as formas de análise a utilizar para alguns componentes da comissão assessora de avaliação.

Os participantes do ENC eram 100% dos alunos, enquanto que ao ENADE os alunos são determinados segundo um critério amostral:

[...] primeiro acho que são diferentes, mas ao mesmo tempo não são. As diretrizes são as mesmas para um e outro. Mudou a população: [no ENC] era um universo de 100% dos alunos concluintes, no ENADE se trabalha com uma amostragem do primeiro e último ano, [a partir] de relação de alunos considerados aptos a fazer o exame. Quanto ao MEC, a amostragem depende do número de alunos encaminhados, se a classe é pequena pode ser [contemplada] em 100% (M6).

Ao utilizar a concepção de exame de avaliação de desempenho, ENC e ENADE têm a capacidade de aferir o produto final. Essa percepção é discutida por Barreyro e Rothen (2006, p.967) por considerar que o SINAES apresenta quanto às concepções de avaliação “a visão formativa e emancipatória do PAUIB, recuperada pela CEA e de controle, aferição de produto do ENC-provão”, entretanto consideram que o

sistema aponta para mudanças na concepção de avaliação, ao estabelecer como finalidade a melhoria da qualidade da educação superior e valorização de sua missão pública.

O aumento do número de instituições e cursos e, conseqüentemente, de alunos, tornou o ENC cada vez mais complexo e oneroso, o que nos próximos anos “exigiria do Estado investimentos incompatíveis com a qualidade dos resultados produzidos” (INEP, 2004, p.63). Quanto ao ENADE, segundo o art. 5º, §2º, da Lei n. 10.861, “será aplicado periodicamente, admitida a utilização de procedimentos amostrais, aos alunos de todos os cursos de graduação, ao final do primeiro e último ano de curso” (BRASIL, 2004).

No que diz respeito à elaboração da prova do ENADE,

a comissão trabalha frente às diretrizes [curriculares], a gente trabalha o número de questões e a complexidade. A comissão tem uma reunião com a banca, [...], mas quero deixar bem claro, pois as pessoas não entendem, que não é a comissão assessora que elabora a prova, a prova é elaborada por uma empresa, que é licitada pelo MEC. Na área da saúde há duas grandes firmas a Fundação Carlos Chagas e a Fundação Cesgranrio. Há também uma fundação da UNB, que não pode entrar no ENADE, pois tem cursos que participam da prova (M6).

Ainda segundo o art. 5º, O ENADE aferirá o desempenho dos estudantes, em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares do respectivo curso de graduação, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão, ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento (BRASIL, 2004).

A prova deverá ser elaborada a partir das diretrizes curriculares de cada curso, no que se refere ao Curso de Graduação em Enfermagem, os conteúdos programáticos devem estar relacionados “ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integridade das ações do cuidar e enfermagem” (BRASIL, 2001, p.3).

Na minha avaliação, a prova foi montada dentro de um processo bastante tumultuado e atropelado. O ENADE de 2004 não conseguiu traduzir o que a comissão estabeleceu como competências e habilidades a serem verificadas. O formato, a empresa, a banca que montou a prova, não conseguiram captar a idéia de que em uma mesma questão deveriam estar contidas tanto habilidades sociais, técnicas e políticas. Para mim a prova

foi ruim, acho que esta prova, no meu entender, não atingiu o objetivo teórico postulado para o ENADE, muitas questões foram descartadas [...] (M4).

Ao se tratar de elaboração de exame para a área da saúde, hegemonicamente voltada para a assistência individual e curativa, sob o modelo biomédico, contemplar aspectos sociais e políticos não é tão usual, os aspectos técnicos são considerados mais relevantes, inclusive pela categoria de Enfermagem. A tendência é a de repetir o modelo dominante e perpetuado no decorrer da história.

Já estávamos no Governo Lula, foi retomada a comissão, [na qual] permaneceram somente os doutores, era obrigatório, um dos critérios para indicar a comissão, assim [permaneceram na comissão] eu e a [...] (M6).

Um diferencial da prova do ENADE, em relação ao ENC, está relacionado à introdução do componente de avaliação da formação geral,

[a prova] de conhecimentos gerais, [contou] com dez questões e a segunda parte com trinta questões. O objetivo da prova era medir o nível de atualização dos estudantes à realidade brasileira e mundial, era realmente uma prova de conhecimentos gerais. Outro instrumento é o questionário socioeconômico, que permite caracterizar o aluno ingressante na educação superior. Já existia no ENC, os alunos levam preenchido no dia do exame (M6).

O levantamento do perfil do aluno, no momento do ENADE, é considerado “relevante para a compreensão dos seus resultados” (BRASIL, 2004). Já na realização do ENC, encaminhava-se um questionário, com objetivo de obter informações, sobre o perfil sócio-cultural dos alunos inscritos, e caracterizar os cursos quanto: ao desempenho docente, à estrutura curricular e aos recursos disponíveis, segundo a ótica de seus concluintes (INEP, 2004). No SINAES esse levantamento é mantido, com algumas alterações conforme o art. 30, da Portaria n. 2.051:

O INEP aplicará anualmente aos cursos selecionados a participar do ENADE os seguintes instrumentos: aos alunos, questionário sócio-econômico para compor o perfil dos estudantes do primeiro e do último ano do curso; aos coordenadores, questionário objetivando reunir informações que contribuam para a definição do perfil do curso (BRASIL, 2004a).

Os resultados do ENADE não seriam divulgados, representando uma diferença fundamental em relação ao ENC, que ao divulgar os resultados determinava o ranqueamento das instituições.

Os princípios do ENC, relacionados a indicadores de resultados, ranking dos cursos por conceito e comparação dos resultados, na visão do Governo FHC, propiciam práticas modernas de competição das IES e um mercado com qualidade de serviços. Para Gomes (2003) fica evidente o alto grau de controle e regulação estatal.

Logo de início, na primeira reunião, foi colocada a proposta do ENADE, [sendo] a principal diferença em relação ao provão, de que não estaria socializando os resultados, não estariam disponíveis na mídia. O provão colocava, essa escola tirou A é melhor que aquela que tirou B. Isso servia de propaganda para as escolas da rede privada. No fim os resultados do ENADE foram divulgados, pois existe uma lei que aprova, ou seja, o resultado tem que ser divulgado (M7).

A legislação prevê a divulgação dos resultados: conforme a Lei n.9.131³, segundo o art. 3º §2º “O Ministério da Educação e do Desporto divulgará, anualmente, o resultado das avaliações referidas no caput deste artigo, inclusive dos exames previstos no parágrafo anterior, informando o desempenho de cada curso, sem identificar nominalmente os alunos avaliados” (BRASIL, 1995).

Do ENADE não se deve [divulgar os] resultados, [em formato] de nota, no provão se divulgava. Houve um lapso este ano, saiu o resultado com nota, não é para sair. Se [a partir do] ENADE se identificam as escolas com maior percentual de alunos com melhor desempenho, evidente que o mercado vai buscar. Há uma tendência a buscar profissionais de cursos cujo resultado da avaliação seja mais satisfatório, é o que se espera (M5).

De acordo com a Lei n. 10.861, os resultados das três modalidades de avaliação: institucional, dos cursos e ENADE resultará na aplicação de conceitos, em escala de cinco níveis (INEP, 2004). A aplicação desses conceitos traz de volta a possibilidade do tão criticado ranking e a lei possibilita a divisão da avaliação ao antever a divulgação separada dos resultados (BARREYRO; ROTHEN, 2006).

“Uma das principais responsabilidades do estado perante mercados de serviços de interessa público, como saúde e educação, é estimular a produção e divulgação de

³ Revogada pela Lei n.10.861, que manteve as prerrogativas da legislação anterior no que se refere á divulgação de resultados da avaliação, especificamente para o ENADE.

informação pública para induzir a qualidade dos serviços e o acerto das escolhas individuais” (CASTRO, 2005, p. 255).

A educação superior passa pelo componente de mercado de maneira inevitável, influenciada pelo contexto, pelas regras de acesso e pela capacidade de regulação do mercado por parte do governo (CASTRO, 2005).

Entretanto, a divulgação dos resultados ocorre e tem instituído o “ranking” das instituições, pois

o ENADE não se propõe a ranquear, agora é difícil ele fugir a isso, na medida em que você tem uma média e o aluno tem acesso a sua nota e as escolas têm as informações sobre sua posição e como seus alunos foram colocados. A imprensa faz o “ranking”, a sociedade tenta identificar qual é o melhor curso, classificar, procurar o que é melhor. Nesse sentido o setor privado avançou muito, acho que a qualidade oferecida, agora, pelas instituições privadas é maior. Ocorria uma crítica muito grande, as instituições privadas tinham uma visão muito mercantilista e pouco comprometida com a qualidade da educação (M1).

Essa também é uma coisa diferente entre o ENADE e o provão, [este último] buscava pontuar, estabelecer ranking, o ENADE não, quer buscar a capacidade e a competência do aluno de estar articulando saberes, como agir em determinadas situações específicas que podem estar surgindo no cotidiano (M5), busca uma avaliação de desempenho procurando vincular a competência do estudante em saber articular saberes adquiridos na sua experiência, enquanto estudante e cidadão, busca identificar nos estudantes não só os saberes específicos na área de conhecimento, mas também no seu cotidiano, na cidadania de cada um. Outra questão que é muito importante é que não busca fazer pontuações, estabelecer “ranking” entre as escolas, não é essa a intenção, [...] no ENC essa era uma das questões bem presentes, [...]. O ENADE não se prende a pontuação, ela quer visualizar como o aluno vem desempenhando sua formação, como o aluno busca essa articulação de saberes, como está apontando habilidades e competências pra chegar ao perfil profissional desejado. O ENADE é um avanço em relação ao provão (M5).

A maior evidência de possibilidade de ranking por parte do ENADE constitui-se na divulgação dos resultados do exame, isoladamente, visto que o ciclo de avaliação não foi finalizado, portanto os respectivos resultados ainda não foram divulgados (BARREYRO; ROTHEN, 2006).

Contudo, apesar das diretrizes do ENADE não terem como objetivo classificar as instituições,

[e] dizerem que não haveria ranqueamento, a mídia divulgou os melhores cursos, quem tirou as notas máximas (M6).

[Dessa forma] a imprensa, a mídia, e principalmente as escolas privadas se apropriaram dessa prova na mesma perspectiva que o provão, pois isso lhes dá um “marketing” no sentido de ranqueamento. Por mais que se dissesse que o ENADE não iria ranquear, que o resultado seria somado aos demais instrumentos de avaliação do SINAES, portanto não poderia haver uma classificação das instituições como temos na CAPES, a sociedade não se desvinculou disso e apropriou-se [desse conceito classificatório], e cada um, o utiliza como melhor lhe convier, de acordo com seus interesses. Foi muito ruim, pois quem obteve uma excelente nota, colocou sua escola lá no alto. As escolas passaram a se preparar, como já se preparavam para o provão, como uma forma de ter nesse resultado, a qualidade estampada num “outdoor”, como pré-vestibular (M4).

Quanto aos resultados do ENADE,

[...] na região sul-sudeste, os resultados foram inferiores em relação à região norte-nordeste. Foi feita uma associação imediata com o número de cursos, muito maior na região sul-sudeste, o que leva a [diminuir a média, ou seja,] cair o nível (M7).

Levando em consideração as concepções do SINAES não é possível afirmar, a partir das notas do ENADE, qual a região que apresenta melhor ou pior formação em enfermagem. É necessário contemplar a globalidade da avaliação a partir da avaliação institucional, da avaliação de cursos e do ENADE.

Na perspectiva de representantes do setor público o governo tem permitido a proliferação de instituições e cursos com fins lucrativos e que oferecem uma educação de baixa qualidade, por outro lado o setor privado considera excessivo o controle e as exigências exercidas pelo governo para o desenvolvimento de suas atividades. “Hoje, o setor privado absorve mais de 67% das matrículas e abrange 83% das instituições de ensino superior” (CASTRO, 2005, p.241).

No Brasil, apesar da seleção feita através do vestibular, há um processo de flexibilização para a inserção no ensino superior, pois há grande oferta de cursos de instituições privadas que buscam garantir sua clientela. Em 2003, o número de cursos de enfermagem era 334, sendo 89 de instituições públicas e 245 de instituições privadas.

Em 2004 o total de cursos passou para 415, segundo o INEP (HADDAD et al, 2006) e em 2007 o número de cursos totalizou 593 (INEP, 2007).

Evidencia-se a necessidade de

[...] lembrar que, como o SINAES diz, o projeto de avaliação é formativo, tem papel regulador, de supervisão. A SESu faz esse papel [regulador], o INEP faz essencialmente o papel formativo, de educar a instituição para essas diretrizes que são colocadas (M1).

4.2 Avaliação de Cursos: do Instrumento de Avaliação ao Avaliador

A partir da implantação do SINAES várias dimensões de avaliação foram instituídas, sendo uma destas a avaliação dos cursos de graduação, com “o objetivo de identificar as condições de ensino oferecidas aos estudantes, em especial às relativas ao perfil do corpo docente, às instalações físicas e à organização didático-pedagógica” (INEP, 2004). De início utilizavam-se vários instrumentos; recentemente foi elaborado um instrumento único, para avaliação dos cursos, sendo suas diretrizes publicadas em 2006.

O instrumento único é a construção possível neste momento, uma negociação entre CONAES, INEP, Fórum de Saúde, entidades representantes de vários cursos, associações [...] (M1).

[...] antes havia cento e tantos instrumentos, era uma coisa esquizofrênica (M1).

Sua construção foi com base nas diretrizes curriculares de todos os cursos. Buscou-se nas diretrizes curriculares as questões essenciais para a avaliação, características essenciais que servem de subsídios em todas as áreas. [...] além de ter os elementos relacionados que são comuns a todos os cursos, há um espaço que o avaliador preenche, com as características e as especificidades de cada curso, os processos qualitativos e especificidades de cada área. O instrumento único pega as questões de qualquer processo de formação, por isso o avaliador é específico daquela área, na enfermagem o avaliador avalia a especificidade da enfermagem, [e assim] em cada área sucessivamente (M5).

O instrumento único da avaliação de cursos de graduação será utilizado para reconhecimento dos cursos e suas respectivas renovações. Caracteriza-se pela flexibilidade e abrangência necessárias para a avaliação, tendo em vista a diversidade regional e institucional (BRASIL, 2006).

Representa a possibilidade de comparação entre os cursos, pela capacidade de alimentar o banco de dados referentes aos cursos de educação superior.

O Ministério, [representado pelo] CONAES, ao decidir por um instrumento único, pensou em critérios de comparabilidade, generalizações, inclusive logísticos e de contagem eletrônica. Acho que se pensou numa questão mais técnica, [...] numa questão de escala (M4).

“As diretrizes da CONAES propõem a utilização de instrumento único para avaliar todos os cursos de graduação [...], cujos resultados darão subsídios aos processos regulatórios de reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos” (BRASIL, 2006b, p.1).

No entanto, a informação por si só não será capaz de resgatar o desenvolvimento apropriado das instituições. Processos de avaliação “in loco”, qualitativos e interativos, com assessoria realizada por pares podem gerar informações necessárias, capazes de orientar tanto a assessoria de cada curso ou instituição, como o aperfeiçoamento das políticas públicas (CASTRO, 2005).

Ressalta-se que “a avaliação dos cursos de graduação utilizará procedimentos e instrumentos diversificados, dentre os quais obrigatoriamente as visitas por comissões de especialistas das respectivas áreas de conhecimento” (BRASIL, 2004, p.35)⁴.

Apesar de todas as potencialidades apontadas na construção do instrumento único de avaliação de cursos de graduação, evidenciou-se

[...] uma polêmica [ou insatisfação], pois estávamos trabalhando no instrumento, numa proposta de diretrizes para elaborar um instrumento de avaliação de curso de graduação em enfermagem, com a expectativa de ter um formulário com questões mais padronizadas, não obrigatórias de avaliação de qualquer curso, mas um instrumento mais específico para a enfermagem (M4);

[...] tivemos uma perda, pois[...] não temos um parâmetro claro para a avaliação. Antes havia um padrão de qualidade dos cursos, que era disponibilizado no “site”, mesmo sendo padrões mais antigos, de certo modo orientavam. A expectativa é que pelo menos as diretrizes [curriculares] possam alimentar os avaliadores e as escolas em relação [...] às questões mais específicas, não a especificidades quanto ao corpo docente [mas]

⁴ Consultar Lei 10.861, art.4º, § 1º .

especificidades metodológicas, questões da prática e seus respectivos cenários (M4).

Evidencia-se a centralização do processo de avaliação na construção do instrumento único de avaliação de cursos, caracterizada por indução das políticas. Isso significa que quem define o que será examinado detém poder indutor sobre o conjunto (OLIVEIRA, 2000).

Quanto à polêmica está representada por duas vertentes: especificidade e flexibilidade. A especificidade relacionada à necessidade de questões padronizadas, de um instrumento específico de avaliação enquanto a flexibilidade relaciona-se à avaliação qualitativa, à subjetividade do avaliador.

A padronização de questões específicas para a avaliação da enfermagem poderia facilitar a comparação entre as instituições, o trabalho dos avaliadores, e inclusive a definição do panorama da educação superior de enfermagem, segundo padrões determinados. Entretanto, a especificidade colocada em um instrumento de avaliação não garante a qualidade desta avaliação.

Para garantir a qualidade da avaliação é preciso que seja confiável e justa, técnica e eticamente. O seu desenvolvimento deve se dar através de racionalidade técnica que assegure informações objetivas e confiáveis e resultados fidedignos, respeite os preceitos de equidade como liberdade de expressão, ausência de repressão e especialmente contribua com a justiça social e não para as desigualdades e exclusão (DIAS SOBRINHO, 2000).

Eu diria que não era a especificidade que garantia um bom instrumento, considerando que o sistema tem sua política de graduação. Eu não sou desfavorável à existência de instrumento único. [...] na área da saúde, defendo a idéia, segundo a qual a capacitação não pode ser dada [somente] sob o viés de uma confecção de avaliação diferenciada, mas também sob uma confecção de diagnóstico de saúde. Deve-se associar isso à sensibilidade do avaliador, daquilo que é específico da área, num outro paradigma, para que ele possa não só observar, como descrever o que viu, sustentado pelo cumprimento das diretrizes e pela política do SUS (M2).

Emerge a necessidade de um avaliador capaz de elaboração, a partir das diretrizes curriculares e de um novo paradigma de saúde, voltado à construção do SUS. Essa necessidade de ações articuladas, atrelada ao papel decisivo e indutor de mudanças do processo avaliativo, levou a um trabalho de reflexão com avaliadores da educação

superior na área da saúde, desenvolvido em 2005 pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, em parceria com o INEP⁵.

A área da enfermagem participou da primeira oficina, nos dias 03 e 04 de novembro de 2005. Como parte das propostas apresentadas, “o avaliador deverá atuar como elemento de orientação e sensibilização para a interação/articulação entre as IES e o SUS”. Para tanto é considerada necessária “a capacitação e sensibilização dos avaliadores em relação ao SUS”, assim como também “envolver os avaliadores em oficinas que promovam estratégias de fortalecimento do SUS”, além de “disponibilizar para as IES e os avaliadores as prioridades locais do SUS e dados regionais de saúde” (BRASIL, 2005, p.2-3).

Evidenciou-se na oficina a preocupação quanto ao reconhecimento do SUS e suas diretrizes, assim como das necessidades regionais, portanto dos serviços. Contudo, é preciso que o reconhecimento local seja feito pelas IES junto às Secretarias da Saúde estaduais e municipais, o que permitirá maior aproximação e diálogo, com o objetivo de estabelecer o desenvolvimento de projetos em parceria.

Quanto à vertente da flexibilidade,

[...] o instrumento único veio [...] obedecer aos princípios do SINAES: globalidade, integração, articulação. O instrumento tem alguns dispositivos que deverão assegurar sua flexibilidade, exatamente para que não haja pré-conceitos estabelecidos, como a exigência de doutores. Está sendo testado, implantado, deverá ser avaliado ao longo do período. A idéia de instrumento único é que venha flexibilizar e permitir que o avaliador possa captar as características do curso e possa avaliar segundo a identidade, responsabilidade social, diversidade regional. Contém itens como “não se aplica” como um dispositivo de flexibilidade (M1).

A vertente em prol da flexibilidade permite ir ao encontro dos objetivos da avaliação das instituições da educação superior, determinados a identificar o seu perfil e o significado de sua atuação, por meio de suas atividades, cursos, programas, projetos a setores, considerando as diferentes dimensões institucionais, dentre elas obrigatoriamente as seguintes:

⁵ Resultou na Portaria Interministerial n.2.118, de 03 de novembro de 2005, que instituiu parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

a missão e o plano de desenvolvimento institucional (PDI); a política para o ensino, a pesquisa, a pós-graduação, a extensão e as respectivas formas de operacionalização, incluídos os procedimentos para estímulo à produção acadêmica, as bolsas de pesquisa, de monitoria e demais modalidades; a responsabilidade social da instituição, considerada especialmente no que se refere à sua contribuição em relação à inclusão social, ao desenvolvimento econômico e social, à defesa do meio ambiente, da memória cultural, da produção artística e do patrimônio cultural; a comunicação com a sociedade; as políticas de pessoal, as carreiras de corpo docente e do corpo técnico-administrativo, seu aperfeiçoamento, desenvolvimento profissional e suas condições de trabalho; organização e gestão da instituição, especialmente o funcionamento e representatividade dos colegiados, sua independência e autonomia na relação com a mantenedora e a participação dos segmentos da comunidade universitária nos processos decisórios; infra-estrutura física, especialmente a de ensino e de pesquisa, biblioteca, recursos de informação e comunicação; planejamento e avaliação, especialmente os processos, resultados e eficácia da auto-avaliação institucional; políticas de atendimento aos estudantes; sustentabilidade financeira, tendo em vista o significado social da continuidade dos compromissos na oferta da educação superior (BRASIL, 2004)⁶

Acho que a mudança dos instrumentos já revela um avanço, o instrumento ganhou qualidade, abre espaço para o avaliador, [no que se refere à] avaliação de cunho qualitativo, se tiver clareza do que está fazendo. Considerando que o outro instrumento tinha uma parte muito pequena [para avaliação qualitativa] se perdeu em especificidade, mas se ganhou em abrangência. Na medida em que cada curso é avaliado por alguém da área, que tem a compreensão do objeto que está em jogo há necessidade no campo qualitativo para interpretar a área em que se está intervindo (M2).

Esse instrumento entrou em vigor efetivamente em junho de 2006. Antes o instrumento era específico da enfermagem, mas não podemos esquecer que era um único instrumento para todos os cursos de enfermagem, do Brasil inteiro, portanto quem faz a diferença não é o instrumento, é o avaliador. Pode ser mudado o instrumento [...] e nada mudar, pois os avaliadores podem ser os mesmos, com a mesma cabeça. Então não vejo o instrumento como elemento central do processo, é o avaliador, ele tem que repensar o próprio processo de avaliação e ser engajado num processo de formação permanente para esse novo modelo, esse novo sistema. Poderia até pensar numa loucura de ter um instrumento para cada região desse país, mas se os avaliadores

⁶ Consultar Lei 10.861, art.3º.

[...] não têm a dimensão da diferença, é necessário que se trabalhe o avaliador. Já foi até sugerido, o INEP tem feito um trabalho interessante, mas ainda tem muito para fazer (M3).

A vertente da flexibilidade, segundo os princípios e critérios do SINAES, passa pelo respeito à identidade e à diversidade institucionais em um sistema diversificado. Tem como ponto de partida a enorme diversificação da educação superior brasileira explicada pela necessidade de existência de diferentes formas e concepções, e pela dificuldade de atender aos diversos desafios impostos pelos governos, pelo mercado e pela sociedade (INEP, 2004).

Ainda como uma das propostas da oficina realizada em 2005, “o avaliador deve analisar os projetos político-pedagógicos buscando identificar disciplinas, campos de estágio e demais estratégias compatíveis com a demanda de saúde, os indicadores sociais e as características regionais. A integração das IES com os conselhos de saúde deverá ser avaliada” (BRASIL, 2005, p.1).

Uma coisa é dominar o discurso das diretrizes, o jargão, outra coisa é re-elaborar e assumir uma posição clara do que é desejado para os cursos, [...] estou a serviço de fazer essa possibilidade de sinalização, auxiliar a perceber quais são os limites e as contradições. Entendo que é uma prerrogativa, porque se o sistema mudar o discurso, e ele usa um mediador que é o avaliador “in loco”, é quem tem uma possibilidade ímpar de diálogo, não para imposição de um modelo, mas para discussão e problematização de um modelo escrito, que está sendo proposto e que nem sempre guarda relação com a realidade do curso ou com as condições de oferta dele. Então preciso traduzir e mais do que isso, perceber e fazer as pessoas falarem de alguma coisa que não seja o discurso de, pois acho que nisso todo mundo está afinado. Do modelo formal, todo mundo fala a mesma coisa. Cabe ao avaliador o papel central de tradução, que requer muito domínio, muita clareza, que se materializa em indicadores, em evidências, entender o que é possível, o que ainda tem que avançar. Passa a ser uma figura central, por conta desse trabalho de tradução, de muita responsabilidade e de muito poder, pois tanto ele pode dizer que está funcionando bem como ele pode dizer que não está (M2).

O papel do avaliador se destaca, é inclusive designado como elemento central do processo, principalmente em relação à sua qualificação e à sua experiência, como da sua compreensão do objeto. Ressalta-se que a compreensão do objeto não se refere apenas ao conhecimento técnico da área de enfermagem, mas ao domínio de análise e

interpretação da educação superior de enfermagem, do campo da avaliação, do campo social e do próprio SUS.

Há algumas questões específicas da enfermagem que deveriam ser garantidas, quanto à formação, quanto à competência técnica e política do coordenador, pois da forma como estão leva a um caráter muito subjetivo. Assim, quanto mais qualificado estiver o avaliador na área de enfermagem melhor poderá ser o resultado, mesmo com instrumento específico ou não, mas tendo um instrumento ou um anexo, acho que garantiria essa especificidade principalmente num universo tão alargado de escolas como estamos tendo atualmente. O avaliador, quanto mais experiência, quanto mais capacidade no processo de avaliação, melhor, pois é uma atividade complexa e difícil, que exige experiência acadêmica nos processos pedagógicos e administrativos e nos processos de mudanças (M4).

Os conhecimentos técnico e especializado de metodologia são muito importantes para uma boa avaliação, mas não serão suficientes se obscurecidos pelas influências interpessoais, éticas e políticas do avaliador (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

A avaliação implica em submeter algo à apreciação, com o propósito de tomar decisões e fazer acompanhamento de uma dada realidade. “Há um caminho a percorrer e que implica a recuperação e explicitação dos referenciais usados e que devem orientar o processo de atribuição de significados que antecedem o processo de interpretação e tomada de decisão” (SORDI, 2006, p.59).

A compreensão de uma avaliação em particular se realiza a posteriori e, além de seus aspectos mais visíveis e explicáveis, não pode deixar de levar em conta as manifestações concretas de sua construção, bem como os desejos e intenções dos sujeitos e os valores que impregnam e de algum modo constituem as práticas sociais daqueles que se envolvem no processo e por ele são afetados (DIAS SOBRINHO, 2002, p.40).

Assim, quanto ao papel a ser desenvolvido pelo avaliador, evidenciou-se que:

[...] pode conduzir toda a avaliação tanto para o lado positivo como negativo, conforme a forma como descreve e lida com o pessoal da instituição, é como faz essa condição. Acho que é importante o instrumento utilizado, mas nunca pode ser reducionista, [deve saber] o local em que se fará a avaliação, as características daquela região, as dificuldades de acesso, [se há] docentes qualificados [...] (M7);

a percepção do avaliador, os olhos do avaliador, o que ele tem que exigir do currículo e da formação é igual para todo mundo,

o modelo de avaliação é o mesmo. Óbvio que cada um tem suas dificuldades, o avaliador tem que saber que está em um lugar de grande dificuldade, [e o que representa] formar um enfermeiro para lá.[...]. O avaliador vai olhar para a diversidade, mas tem que saber quais as doenças de maior prevalência, aqui [sudeste] é uma, no nordeste é outra, [o que significa que] o currículo deve ser adaptado mediante a realidade. A diretriz nacional é uma coisa, para avaliar um curso você tem que se situar naquele lugar, você se introduz, você mergulha. O avaliador tem que estar bem preparado, são muitos detalhes para ver em pouco tempo, principalmente porque se tem apenas dois a três dias, para ver todas as instalações, para conversar com as pessoas, fazer a análise toda e fechar o relatório (M6);

A necessidade por flexibilidade no olhar do avaliador significa a possibilidade de formação de acordo com as especificidades regionais, definidas através do perfil epidemiológico das diversas regiões do Brasil. Contudo, a tendência à diminuição de carga horária das graduações torna a flexibilidade um conceito arriscado quanto à qualidade da formação (RODRIGUES, 2005, p.220).

[é fundamental] a responsabilidade social de cada avaliador, a preocupação de buscar padrões de qualidade e critérios específicos na avaliação da enfermagem. Os avaliadores devem consultar os critérios construídos pela categoria⁷, como auxílio no processo avaliativo, no trabalho do avaliador (M5).

Os critérios de avaliação construídos pela categoria no 9º SENADEn, indicados na introdução deste trabalho, apontam para a necessidade do avaliador resignificar a avaliação, “bem como as crenças, valores, princípios e concepções que a envolvem”, mas apontam para a “regulação da qualidade do ensino e da abertura de novos cursos de graduação”, em consonância com as diretrizes do SINAES. Ainda é preciso transformar o paradigma da saúde, predominantemente voltado à doença (SENADEn, 2005).

Emerge a preocupação, do avaliador, contar com um padrão mínimo para avaliação, aparece ligado à vertente da especificidade, assim como a incerteza de somente contar com a subjetividade do avaliador. Por outro lado, a flexibilidade se caracteriza pela necessidade do avaliador buscar as evidências, principalmente vinculadas à formação segundo as diretrizes curriculares e o SUS, conforme os trechos a seguir:

Se o avaliador não tem muita experiência e não tem um padrão mínimo esperado a ser alcançado [...] que garanta as questões

⁷ Consultar Carta de Natal (9º SENADEn)

específicas, fica mais difícil, vamos ter desencontros. Há avaliações que vão ficar ainda muito na dependência das questões subjetivas do próprio avaliador. Se o avaliador tiver muita experiência talvez ele dê conta. O instrumento vai dar conta de captar várias nuances? Como: relação de coordenador com aluno e professor com aluno, integração com o serviço, são [critérios que podem se perder.] O avaliador pode se focalizar em outros critérios como equipamentos, o que não é a grande questão a ser avaliada, exatamente pelas habilidades que se pretende desenvolver no aluno, relacionadas à construção de experiência e relações. Não sei se esse instrumento dá conta de avaliar se determinado curso de enfermagem está desenvolvendo habilidades previstas nas diretrizes curriculares nacionais da enfermagem, embasadas no SUS (M4).

Segundo os avaliadores, “o instrumento e avaliação deve contemplar a visão global de saúde e avaliar a existência/oferta de experiências no processo educacional que permitam o exercício em áreas que possibilitem ações preventivas e multidisciplinares” (BRASIL, 2005, p. 2).

O avaliador deve estar apoiado, não esquecer qual é o referencial de análise, não é o instrumento por si só que vai trazer à tona a função específica do ensino proposto para o cumprimento das diretrizes, é a busca das evidências, elementos que permitam mostrar o que [o curso] está fazendo, para verificar isso é preciso sair do instrumento. Nenhum instrumento, por melhor que seja, dá conta da complexidade do olhar do avaliador, da tranquilidade que ele tem em dominar o objeto, do que é qualidade de saúde, e essa avaliação deve dar conta dessa concepção, tem que ter articulação. [É preciso] rejuvenescer as concepções sobre saúde, sobre que país é esse, [caso contrário] não há condições de usar bem o instrumento, então os limites não são do instrumento (M2).

Evidencia-se a necessidade de uma nova concepção de avaliação, na perspectiva formativa através de novos elementos e evidências. Nas diretrizes curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem, o § único do art. 5º coloca: “a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento” (BRASIL, 2001).

Para desenvolver uma formação capaz de gerar uma enfermeira com esse perfil é preciso utilizar a avaliação, que pode oferecer grande contribuição, pois “produz sentidos, consolida valores, afirma interesses, provoca mudanças, transforma. Tem uma profunda dimensão pública” (DIAS SOBRINHO, 2002a).

Mais uma vez emerge a centralidade do papel do avaliador no interior do sistema de avaliação. A organização do SINAES é questionada caso a qualidade do avaliador não seja contemplada.

O SINAES [...] tem como objetivo principal a qualidade na oferta dos cursos, isso já vai fazer a seleção, por isso hoje o INEP está [na vigília] de tantos cursos, e tantos investimentos estão sendo realizados no SINAES. Para aprimorar, avaliar, ter cursos com qualidade e formar com qualidade, estamos correndo com a avaliação, com o reconhecimento, mas haverá cursos de qualidade se tivermos avaliadores de qualidade, não adiante o INEP estar tão preocupado com a qualidade dos cursos se não tem avaliadores com a visão do que envolve o processo avaliativo, que tenham preparo, é uma responsabilidade muito grande (M6).

Com certeza o papel do sistema de avaliação, e conseqüentemente do avaliador é muito importante, mas a qualidade dos cursos não depende somente disso. A “avaliação é um dos instrumentos para a sustentação da qualidade do sistema de educação superior” (MEC, 2004, p.9). O modelo de avaliação deve possibilitar o aumento da eficiência da instituição, quanto à utilização dos seus recursos, bem como de seu papel social. Sendo parte do debate, o destino dos egressos, assim como o público que atende diretamente, diferentemente da perspectiva neoliberal (OLIVEIRA; SOUSA, 1999).

Emerge a necessidade de uma boa seleção e capacitação dos avaliadores como parte da qualidade do processo avaliativo.

É de fundamental importância o cuidado criterioso na seleção dos avaliadores, é uma questão fundamental. O INEP, a partir de agora já conta com um banco de avaliadores com experiência, com capacitação para desenvolver as avaliações, mas está ocorrendo um novo cadastramento de avaliadores. Eu espero que realmente se faça uma capacitação e uma seleção, [apesar] que o título de doutor [não garante] as habilidades para avaliar. Acredito que o INEP busque [...] o perfil adequado para atingir os objetivos da avaliação. Essa é uma das queixas importantes, há avaliadores mais cuidadosos e criteriosos, enquanto há outros que, pela falta de experiência, de visão de educação em enfermagem e de avaliação, não identificam questões fundamentais do processo de avaliação. Não que não sejam bem intencionados (M5).

Apesar de se considerar que o título de doutor não garante habilidades para avaliar, para ser avaliador é considerado “requisito mínimo quanto ao perfil acadêmico

e profissional a titulação mínima de doutor⁸”, mas permite que, “excepcionalmente, possam ser selecionados avaliadores que não atendam ao disposto no inciso I, fundamentalmente, em função das características próprias dos cursos avaliados, e desde comprovado o notório saber e a reconhecida qualificação para atuar como avaliador” (BRASIL, 2006).

A partir dessa necessidade,

assume importância a capacitação do avaliador, a partir da compreensão do SINAES. Agora a avaliação está muito mais na mão dele, a avaliação é menos quantitativa e mais qualitativa. Ele tem que ter capacidade de análise, de contextualizar as características do curso na IES, [segundo] a região, a demanda e a sociedade em que está inserido, para tanto [o avaliador] tem que ser capacitado [para desenvolver esse olhar] (M1).

A compreensão do SINAES é prerrogativa para o bom desempenho do avaliador, mas em se tratando da área de saúde pressupõe a superação do olhar tecnicista marcante no desenvolvimento da enfermagem.

A Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem – INEP não pode ter a ingenuidade de atribuir ao avaliador toda a responsabilidade pelo processo de avaliação dos cursos. Esse processo passa pela regulação, atributo do Poder Público, que autoriza e credencia os cursos e aplica os efeitos regulatórios previstos na lei (MEC, 2004).

4.3 Relação entre Avaliação da Educação Superior e Emprego

Neste momento, a sociedade mundial tem como uma das principais preocupações o mundo do trabalho, tendo em vista a perda de segurança no emprego e de seus benefícios, as diferenças decorrentes de raça e de gênero, o empobrecimento, formas pelas quais o “capitalismo rápido” provoca um efeito cascata principalmente sobre os que estão nas camadas menos favorecidas (APPLE, 2003 p.25).

A exemplo do “Novo Trabalhismo” desenvolvido no Reino Unido, os ideais igualitários representam uma ameaça e são atacados “sutilmente”, através do discurso de que é necessário aumentar: a qualidade do sistema educacional, a competitividade, o número de empregos e o padrão de qualidade (APPLE, 2003, p.42).

⁸ Portaria n.1.027, de 15 de maio de 2006, art.5º, §4º, item I.

A idéia de obter qualidade do produto final da avaliação institucional, avaliação de cursos e o ENADE, visa contribuir para que se forme um profissional que tem ingresso no mercado, mais qualificado, mais antenado (M1).

Emprego e avaliação são mediações, a relação não é direta, a idéia é que a avaliação possa colaborar ativamente nas políticas de formação, para um produto final melhor, com maior qualidade (M1).

Na minha escola o indicador da formação era o ingresso no mercado, os alunos são bem aceitos, passam em concursos, sempre nos primeiros lugares. [Entretanto] me preocupo em formar somente para o mercado. O aluno tem que ser cidadão, isso se chama educação [...]. Deve haver preocupação com a justiça social, compromisso com os ideais para uma sociedade melhor e mais solidária (M1).

Com certeza, “a educação é um espaço de luta e conciliação. Serve de representante e também de arena para batalhas maiores sobre o que nossas instituições devem fazer, a quem devem servir e quem deve tomar essas decisões” (APPLE, 2003, p.42).

[Quanto] a comissão assessora, não fez uma discussão mais elaborada, se avaliação afeta a questão do emprego. Eu não saberia dizer se bons resultados nos exames ou boas avaliações de curso necessariamente reverberam para empregar, os alunos que vão bem serão os melhores. Eu não me recordo enquanto trabalho sistemático, não quer dizer que as pessoas não possam pensar, o pressuposto é esse, os alunos que vão bem possivelmente terão mais êxito, mas há outras variáveis que perpassam o campo (M2).

A Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem –INEP não fez uma discussão mais elaborada da relação avaliação e emprego, entretanto, a categoria de Enfermagem, através da Carta de Natal – 9º SENADEn, apresenta como proposição “promover a efetivação da articulação educação/trabalho a partir da inserção do enfermeiro no processo de trabalho, articulando os vários saberes, as várias disciplinas com vistas à integralização” (SENADEn, 2005, p.3), evidenciando a necessidade da categoria de estabelecer essa relação.

O conceito de educação neutra, currículo neutro e sistema de avaliação neutro pressupõem que ao funcionar bem “garantem a recompensa do mérito, bons alunos assimilam bons conhecimentos e conseguem bons empregos”. Essa suposta neutralidade

está intrinsecamente ligada ao saber e ao poder. É preciso identificar a quem pertence o saber escolhido, como também por quem foi escolhido (APPLE, 2003, p.7).

Ressalta-se que “a educação per se não garante empregos nem consegue criar novas ocupações compatíveis com as demandas. O mercado de trabalho não precisa homogeneamente de tantos novos formandos todo ano. Nem a mais alta formação pode garantir emprego, principalmente nos países industrializados” (DIAS SOBRINHO, 2000, p.12).

Uma das preocupações da comissão assessora é a proliferação de cursos:

[...] para nós isso é um problema, a gente não pode abrir e nem fechar cursos, de jeito nenhum, mas escrevemos muito a respeito. Hoje já temos 533⁸ cursos, realmente é muito, estamos preocupados com a repercussão no mercado de trabalho de enfermagem. [Outra preocupação é] com o ENADE, [por exemplo, na época] do provão algumas instituições hospitalares exigiam do candidato a nota, para admissão. Isso é proibido, eu sei que isso aconteceu para os enfermeiros, por que os nossos alunos nos deram essa informação. A relação entre ENADE e emprego é preocupante, as instituições não podem exigir isso (M6).

A Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem - INEP não detém poder de decisão quanto à abertura e fechamento de cursos. Tem como atribuições propor diretrizes, objetivos e especificações para o ENADE e para a avaliação de cursos (INEP, 2004b).

O grande aumento de cursos, principalmente na esfera privada evidencia que a educação também é um negócio, que gera lucro e é um mercado bastante promissor, mas haverá discursos que estabelecem mercado e educação como uma forma de acesso, portanto extremamente positiva (APPLE, 2003).

Quanto ao mercado de trabalho tem relação direta com a expansão de cursos e vagas, mas o número de postos de trabalho para enfermeiras é bastante reduzido sendo sua maior concentração no setor público, assim como em hospitais (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO; OLIVEIRA, 2004). Evidencia-se a necessidade de ampliar a oferta de empregos, principalmente pelo setor privado que detém parcela bastante significativa do setor saúde.

⁸ Segundo INEP, os cursos de enfermagem totalizam 593 (BRASIL, 2007).

Evidencia-se a possibilidade de inserção no trabalho atrelado à nota obtida no provão. Os resultados dos alunos no ENC, “não serão computados para sua aprovação [...] e serão fornecidos exclusivamente a cada aluno, a divulgação dos resultados dos exames, para fins diversos do instituído neste artigo, implicará responsabilidade para o agente, na forma da legislação pertinente” (BRASIL, 1995), quanto ao resultado do ENADE, “é vedada a identificação nominal do resultado individual obtido pelo aluno examinado, que será a ele exclusivamente fornecido em documento específico, emitido pelo INEP¹⁰” (BRASIL, 2004).

Para ambos os exames, a divulgação dos resultados individuais será feita apenas para o aluno. A legislação do ENC ainda inclui que, os resultados não podem ser utilizados com outra finalidade, que sua utilização com outro fim implica em responsabilizar o agente apenas, mas não define proibição ou punição.

Há um grande problema, pois hoje boa parte do ensino está na iniciativa privada, com condições de trabalho que são precarizadas. Uma série de coisas [capazes de] aumentar a empregabilidade, requer formas alternativas de trabalho e frente a construção do conhecimento, [inclusive] metodologias ativas, [ou seja,] uma série de coisas, que não são visualizadas nas instituições que ainda [trabalham] com muitos professores horistas [...] (M2).

No Brasil, as instituições de ensino superior particular atendem a uma população com pior formação, não tem como principal preocupação oferecer um ensino de qualidade e estão expostas a um mercado bastante competitivo (CASTRO, 2005). É claro que há instituições privadas comprometidas com a educação superior, mas a organização do trabalho prioritariamente com professores horistas, que possuem vários vínculos empregatícios, não permite estabelecer maiores vínculos capazes de desenvolver novas formas de construção do conhecimento.

O mundo do trabalho está estreitamente ligado ao mercado existente, mas

o instrumento de avaliação não estabelece relação com o mercado de trabalho, não dá brecha para isso, e não é essa a intenção, não posso avaliar um curso pelo mercado, nem tenho essa lógica de relacionar a formação diretamente ao mercado, acho que se deve formar o indivíduo para o mundo do trabalho, de preferência para o mundo do trabalho na perspectiva do sistema de saúde do país (M3).

¹⁰ Consultar Lei n.10.861, art.4º, §9º.

Ressalta-se que já fez parte dos procedimentos de avaliação dos cursos de graduação a relação trabalho e avaliação, conforme procedimentos estabelecidos:

A avaliação dos cursos de graduação conduzida pelas Comissões de especialistas, designadas pela SESu, será precedida de análise abrangente da situação da respectiva área de atuação acadêmica ou profissional, quanto ao domínio de estado e arte na área, levando em consideração o contexto internacional, e o comportamento do mercado de trabalho nacional (BRASIL, 1996).

O art.5º, § único do Decreto n.2026, estabelecia essa relação, entretanto foi revogado pelo Decreto n.3.860, que não menciona nada em relação a essa questão.

Na perspectiva do sistema de saúde do país, o mundo do trabalho passa, por exemplo, pelo PSF que

expandiu o mercado da medicina, da enfermagem, [...] mas para muitos por causa da remuneração, mesmo sem o perfil [adequado]. Acho que se deve pensar o que se quer para essa estratégia de saúde da família? será estruturante do sistema de saúde? quem é o profissional que a gente tem que formar? (M1)

O PSF propicia um novo mercado de trabalho para os enfermeiros, com salários competitivos, por vezes melhor que o de outros mercados. Ainda possibilita boas condições de trabalho no que se refere a horário de trabalho, sendo bastante concorrido por enfermeiros. O PSF faz parte da flexibilização do mercado de trabalho através de contratos terceirizados.

Atualmente, no SUS, os vínculos intermediados por empresas e cooperativas terceirizadas têm sido utilizados, o que pode gerar maior instabilidade no emprego e por vezes perda dos direitos trabalhistas, determinando maior rotatividade dos trabalhadores nos serviços de saúde (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO, OLIVEIRA, 2004).

Dentre os obstáculos para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento para o Milênio (ODM) para a saúde estão o número inadequado de trabalhadores em saúde pública, a formação insuficiente e inadequada e a alta rotatividade, entre outros (DREESCH et al, 2005).

O mundo do trabalho e o mercado de trabalho caminham lado a lado, é necessário pensar a formação segundo as diretrizes curriculares e os pressupostos do

SUS, mas de forma a atender às necessidades do sistema de saúde e, portanto, preparar os alunos para o mundo do trabalho.

[...] existe um índice de desemprego, [principalmente] nas grandes capitais. O aluno não quer sair das grandes cidades, quando vai para outros lugares consegue emprego, é difícil ver o enfermeiro desempregado. Deve-se ter disponibilidade para ir para outro lugar, na região em que eu moro há muitas faculdades, uma perto da outra, uma das cidades deve ter 140 mil habitantes, [e possui] duas faculdades de enfermagem, a 60 km há mais duas, portanto os enfermeiros dessas regiões têm que sair [para outros lugares] (M7).

A área da saúde apresenta um mercado de trabalho bastante importante no país, atrelado a determinantes políticos e econômicos que caracterizam o crescimento do sistema produtor de serviços e as reformas do setor, provocando mudanças no perfil da força de trabalho (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO; OLIVEIRA, 2004).

No Brasil, em 1999, do total de postos de trabalho da equipe de enfermagem, os enfermeiros ocupavam apenas 13%, sendo que os auxiliares de enfermagem compunham 67,2%. O mercado de trabalho da saúde era absorvido em 56% por médicos e auxiliares de enfermagem. Quanto à concentração dos empregos, 51,1% dos empregos encontravam-se na região sudeste (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO; OLIVEIRA, 2004).

Os números demonstram que há poucos postos de trabalho para enfermeiros, principalmente fora do sudeste. Os serviços de saúde possuem enfermeiros para a coordenação da equipe de enfermagem e dos serviços, mas o número é insuficiente para promover assistência direta ao usuário ou paciente.

O mercado, não é um fator que limita a autorização de um curso, [nem mesmo o fator] emprego, hoje não. Para minimizar essa questão, oriento que o curso faça uma análise de mercado, que procure [analisar a] realidade social em que está inserido, quais são os cursos [existentes], número de vagas que está oferecendo, o que pretende fazer e em que direção vai, tentando minimamente posicionar o curso naquele território, é o limite da minha orientação como avaliador. Definir o número de vagas não só em relação ao mercado, mas às necessidades e à capacidade dos serviços de receber alunos (M4).

Destaca-se que o curso deve estar situado de acordo com a realidade local, com as necessidades da região e com a capacidade dos serviços em alocar alunos nos cenários de práticas. Essa preocupação quanto aos cenários para desenvolvimento da

prática é legítima, mas é necessário pensar para além dos cenários tradicionais de prática. As escolas devem colaborar ativamente como o desenho dos serviços públicos de saúde, no desenvolvimento de tecnologias capazes de verificar a magnitude dos danos, através do planeamento de intervenções e avaliação de resultados (OMS, 2000). Ao assumir essa tarefa, as IES e os respectivos cursos da área da saúde terão novas perspectivas para a formação em saúde pública e, conseqüentemente, novos cenários de práticas.

Nenhum curso de graduação vai gerar um produto perfeito, pronto para entrar [no mundo do trabalho], [é preciso investir na] educação permanente. Acho que [isso representa] um avanço, pois já não se quer um ser pronto e acabado, um posto de trabalho que não se modifica, podem ser criados outros postos de trabalho, deve-se estar sensível para coisas que hoje não existem, criar outros modelos (M2).

Eu acho que ter um projeto diferente, que sinaliza essa imagem de futuro pode ser um grande elemento, que aumente a empregabilidade, não se pode ficar restrito a locais habituais de inserção, mas ter maior capacidade, não é só o fato de ter, mas como se constrói. As diretrizes [curriculares] permitem, é necessário ensino com flexibilidade (M2).

Vislumbra-se por uma formação mais ampla:

algumas experiências trazidas não só para o mercado mas para o mundo do trabalho, com uma visão mais ampla de formação humana e profissional, em médio prazo, responderam à fluidez do mercado. Não é questão de se adaptar ao mercado mas de colocar na cesta básica da formação coisas que jamais tivemos e a partir disso olhar e fazer suas adaptações; a apropriação disso pelo aluno é fundamental (M2).

Evidencia-se a necessidade de formar um profissional capaz de criar novos cenários de atuação segundo as necessidades da realidade local em que está inserido e de novas propostas do sistema de saúde. A promoção da saúde é um novo campo de atuação, vislumbra novos cenários de atuação e novas formas de relação entre os serviços de saúde e a comunidade.

4.4 Expansão da Educação Superior de Enfermagem

A expansão de escolas e, conseqüentemente, de vagas na educação superior, é um fenômeno da década de 90 e atinge todas as áreas de conhecimento. Houve grande crescimento do número de cursos, com ampliação do número de vagas e de egressos, determinando incremento no processo de privatização do sistema educativo, principalmente “após a promulgação da LDB de 1996, que favoreceu a criação de cursos e a privatização do ensino” (VIEIRA et al, 2006, p.94).

O aumento de cursos tornou-se um mercado educacional que [poderá] favorecer a situação do ensino se preservar qualidade e tiver um sistema de avaliação que leve em conta a necessidade daquela região, [portanto a necessidade de] novas escolas. [...] após o curso [obter] autorização e reconhecimento, não pode se [tornar] simplesmente um espaço de certificação (M2).

Quadriplicou o número de cursos: onde menos havia agora já há dois ou três cursos. [Muitos] em cidades bem pequenas, que não comportam, [prioritariamente] cursos privados. Não sei por que hoje a enfermagem chama tanto a atenção, pois não deixa de ser um curso caro, por causa da parte prática; os cursos que dão maior lucro são os cursos mais teóricos (M6).

O grande aumento do número de cursos de Enfermagem está relacionado à flexibilidade competitiva, segundo a dinâmica do mercado imposta pelo atual paradigma de produção capitalista, que é avaliada e controlada pelo Estado Gerente, que tem como função coordenar o sistema educacional (BETANCUR, 2002).

Na enfermagem a expansão teve o maior aumento nos últimos cinco anos, conforme o gráfico 2 evidencia logo a seguir:

Gráfico 2

Fnte: MEC/Inep/Deaes (HADDAD et al, 2006).

A expansão dos Cursos de Enfermagem ocorreu em todas as regiões do país, com maior destaque na região sudeste, seguida da região sul. Em estudo realizado, entre 1995 e 2003, a região Sudeste constituía a maior concentração (51,3%) do total dos cursos de graduação em saúde, sendo a mesma tendência para o número de vagas e de egressos (VIEIRA et al, 2006). O gráfico 2 demonstra que para os Cursos de Enfermagem a tendência é a mesma.

Tabela 5

Evolução do número de cursos de graduação presenciais de enfermagem, segundo as regiões geográficas, Brasil, 1991-2004

Regiões	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	% C
Centro-Oeste	5	5	5	5	5	5	7	7	7	11	14	15	19	29	480
Sudeste	50	51	50	51	51	52	56	61	70	86	105	147	177	220	340
Sul	21	22	22	23	23	24	27	33	37	45	54	67	71	84	300
Nordeste	22	22	22	22	22	23	22	25	28	28	29	40	47	61	177
Norte	8	7	7	7	7	7	11	11	11	13	13	16	18	21	163
Total	106	107	106	108	108	111	123	137	153	183	215	285	332	415	292

Fonte: MEC/Inep/Deaes (HADDAD et al, 2006).

O percentual de crescimento médio dos cursos de enfermagem, entre 1991 e 2004, foi de 292%, apresentando a região Centro-Oeste o maior crescimento (480%), seguida da região Sudeste (340%), conforme a tabela 5.

Há uma desigualdade da oferta de vagas, sendo que a oferta não está diretamente ligada à necessidade de saúde, está ligada diretamente ao mercado, que é montado a partir do [interesse] dessas escolas na expansão das vagas e [relacionado] à expansão do Programa de Saúde da Família. [...] a comissão pode induzir na definição do número de vagas, alguma coisa assim. Uma grande quantidade de escolas está em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, centros em que já temos uma grande oferta de escolas (M4).

Vejo o aumento de cursos com muito temor, porque o crescimento se dá sem o processo de regulação estar plenamente implantado. Regulação que dê conta de fechar o que tem que fechar, não abrir se não tiver que abrir, [ou seja, um sistema cada vez] mais afastado das influências políticas e ideológicas. O SINAES é um bom sistema, [mas] ainda vai demorar alguns anos, talvez dez anos, para que de fato [esteja todo implantado], pela própria dinâmica do processo que está posto. A enfermagem, ainda não têm um mecanismo forte para impedir a abertura de novas escolas, até que se re-desenhe esse cenário, temos que apostar no processo de regulação, tem que haver cooperação da sociedade civil organizada, da ABEn [...] (M4).

Gráfico 3

Quanto ao crescimento dos cursos segundo a categoria administrativa, conforme o gráfico 2, o crescimento das instituições particulares apresentou um declínio e posteriormente um aumento bastante significativo. Ressalta-se que o declínio de instituições particulares está vinculado à nova classificação das instituições, que permitiu que instituições privadas se tornassem instituições comunitárias, de acordo com o Decreto n.2.306, sendo estas apontadas somente a partir de 1999.

É importante verificar a curva de crescimento dos cursos, quanto à natureza jurídica, pública e privada¹¹, conforme aponta o gráfico a seguir:

¹¹ Segundo o Decreto n. 2.306, art.5º (BRASIL, 1997), a natureza jurídica pode ser: Pública, quando criadas ou incorporadas, mantidas e administradas pela união; Privadas, quando mantidas e administradas por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.
* Revogado pelo Decreto n. 3.860, de 09 de julho de 2001.

Gráfico 4

Fonte: MEC/Inep/Deaes (HADDAD et al, 2006).

Segundo o gráfico 4, o crescimento dos cursos privados foi notoriamente maior, os cursos públicos se mantiveram com pequeno crescimento, sendo as instituições estaduais, as maiores responsáveis pelo aumento de cursos na esfera pública, conforme o gráfico 3.

A questão é: Por que a educação superior apresenta um crescimento assombroso?

Por certo atraídos por esse novo filão de “mercado” e sua possibilidade de expansão e lucros, ante o crescente número de formandos de nível médio, os poucos recursos destinados à instituições públicas (deteriorando suas instalações e limitando sua expansão), a facilidade em obter autorizações do CNE e as isenções de impostos possibilitados às enquadradas como filantrópicas (grande parte delas) (SIQUEIRA, 2004, p.65).

O grande percentual de escolas privadas corresponde à privatização da educação superior obedecendo à lógica do mercado, que por sua vez possibilita a participação de grande número de instituições privadas no sistema educacional, “cujo avanço inescrupuloso e caótico vem agravando drasticamente a qualidade do sistema” (DIAS SOBRINHO, 2000, p.12).

O pequeno incremento do ensino público está associado à restrição de gastos por parte do Estado e, não mais comprometido com o desenvolvimento universitário (BETANCUR, 2002).

Quanto ao fato das instituições estaduais apresentarem maior incremento, acredita-se estar relacionado à descentralização das políticas sociais, sob pressão do Governo Federal, que quer manter o controle político e financeiro sob os serviços, mas transfere responsabilidades aos governos estaduais e municipais (ABRUCIO, 1998).

No que se refere às instituições federais, sob os argumentos de que o financiamento das instituições federais da educação superior determina a redução de recursos para os outros níveis; os mais favorecidos fazem parte dos 10% mais ricos da população e a expansão de empréstimos à estudantes de baixa renda através do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) aumenta o acesso à educação superior com menores custos, o Ministério da Fazenda defende a reforma da política educacional (SIQUEIRA, 2004).

Essa reforma seria conduzida para a “equalização da distribuição de oportunidades educacionais”, aparentemente com direcionamento de recursos públicos para as IES privadas. Justificada por apresentarem menores custos e supostamente atender aos mais pobres, diferentemente das instituições federais que atendem aos mais ricos e são mais caras (SIQUEIRA, 2004, p.62).

Ressalta-se que a diferença entre as instituições federais e IES privadas não é evidenciada, mas é importante ressaltar que as instituições federais desenvolvem pesquisa, enquanto uma parcela de IES privadas concentra suas atividades em cursos mais baratos, de menor duração, oferece menor dedicação ao aluno, possuem bibliotecas mais precárias, enfim trabalham com fins lucrativos (SIQUEIRA, 2004).

A expansão dos cursos e vagas das universidades federais foi retomada no primeiro Governo Lula, 2003-2006, inclusive com a abertura de novas unidades e a contratação de professores, mas a oferta de vagas ainda é insuficiente.

Em 2003 o ensino de graduação era ofertado prioritariamente pelo setor privado correspondendo a 70% do total dos cursos, enquanto o setor público ofertava apenas 30%. Para a enfermagem a oferta do setor privado era de 73,4%, sendo que o único curso que apresentava maior oferta pelo setor público era medicina,

correspondendo a 52%. Quanto às vagas, o setor privado ofertava 85,3% (285.310), em contraposição à oferta de vagas públicas com 14,7% (49.203). Para a enfermagem a oferta de vagas do setor privado chegou a 88,7% (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO; GARCIA, 2006).

Vale também verificar a evolução do número de vagas, na tabela a seguir:

Tabela 6

Evolução de vagas oferecidas por processos seletivos nos cursos de graduação presenciais, de enfermagem, segundo a categoria administrativa, Brasil, 1991-2004

Cat. Adm.	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Federal	2090	2016	2034	2085	2018	1993	2126	2151	2280	2359	2318	2373	2380	2488
Estadual	1215	1185	1185	1245	1275	1257	1549	1585	1719	1779	1919	2117	2162	2154
Municipal	530	670	640	615	390	580	570	490	300	200	200	471	868	955
Particular	3625	3440	3475	4307	4385	4453	5660	7150	4758	9580	9299	17716	24446	42291
Comunitária	0	0	0	0	0	0	0	0	4724	6499	10910	14384	17491	22512
Total	7460	7311	7334	8252	8068	8283	9905	11376	13781	20417	24646	37061	47347	70400

Fonte: MEC/Inep/Deaes (HADDAD et al, 2006).

Entre 1991 e 2004 o número de vagas nos cursos de Enfermagem aumentou de 7.460 para 70.400, correspondendo a um aumento de 843%. Em 2004 o número de egressos enfermeiros foi de 13.965, número que deve aumentar consideravelmente visto que o maior aumento de oferta em cursos da saúde ocorreu no ano 2000.

Entre 1995 e 2003 os cursos de Medicina apresentam o menor incremento (47%) quanto ao número de cursos ofertados, o que talvez possa ser atribuído à atuação da sua entidade de classe frente aos gestores do sistema educativo (INEP, 2006)¹².

Ressalta-se que “em qualquer caso a criação de cursos de graduação em Medicina, em Odontologia e em Psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior, deverá ser submetida à prévia avaliação do CNS” (BRASIL, 1997)¹³.

Tanto o incremento dos cursos de medicina quanto a legislação citada, demonstram que o sistema de avaliação é capaz de regular de forma mais incisiva a abertura de cursos. Isso não quer dizer que a enfermagem necessite desse modelo de

¹² INEP, 2006, adaptado pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) em 2005.

¹³ Decreto 2.306, art. 16º. Este decreto foi revogado pelo Decreto n. 3.860, que manteve o critério em questão, apontado no art.27.

regulação neste momento, ou que esse modelo seja o mais adequado. É preciso realizar análise mais detalhada e regionalizada para definir ações pertinentes.

Não sei como o SINAES poderia estar influenciando nesse panorama. Existe uma preocupação com o número de cursos que vem sendo abertos. Há abertura de cursos, em locais que não têm a mínima condição de funcionar, tanto pela região, pela localização, e até mesmo pela dificuldade para atuação dos profissionais naquele local. Existem alguns lugares onde é totalmente inviável. [Algumas] instituições privadas, embora eu trabalhe em uma, [tem como] grande preocupação, o ganho e o lucro que o curso pode dar, [o que é bastante preocupante], principalmente com cursos sem a estrutura necessária para capacitar e formar um bom profissional (M7)

Evidencia-se uma grande preocupação com a expansão acelerada de Cursos de Enfermagem e, principalmente, com as condições para a formação e atuação do enfermeiro. Para Dias Sobrinho (2000), a demanda por educação superior tem sido atendida prioritariamente pelas instituições de ensino superior privadas, de baixa qualidade e quase exclusivamente centradas no lucro, o que levou o Ministério da Educação a desenvolver uma política de avaliação regulatória.

No Brasil há muitas regiões com extremas dificuldades, que impedem uma boa atuação dos profissionais. É preciso, através dos órgãos de classe e sindicatos, organizar a categoria e pleitear por melhores condições de trabalho, além de exigir o cumprimento das competências das secretarias de saúde e Ministério da Saúde. Quanto às instituições privadas¹⁴, a grande maioria visa ao lucro, portanto podem ser consideradas empresas. É necessário que o sistema de avaliação seja aperfeiçoado para melhor subsidiar as políticas de educação superior.

¹⁴ Podem ter finalidade lucrativa ou não. De acordo com o decreto n. 2.306, art. 3º e 4º (BRASIL, 1997).

Tabela 7

Número de ingressos por processos seletivos nos cursos de graduação presenciais de enfermagem,
segundo as regiões geográficas, Brasil, 1991-2004

Regiões	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	% C
Centro-Oeste	293	262	288	322	279	346	489	502	484	765	1.074	1.255	1.767	3.505	1096
Sudeste	3.046	3.017	3.222	3.580	3.997	4.365	5.029	5.643	7.537	9.417	13.337	18.862	24.743	31.935	948,4
Sul	1.372	1.129	1.110	1.306	1.335	1.404	1.586	2.056	2.277	3.010	3.905	5.159	5.635	6.399	366,4
Nordeste	1.335	1.451	1.439	1.688	1.531	1.326	1.696	1.770	1.983	2.242	2.369	4.287	4.934	7.059	428,8
Norte	430	350	354	419	264	194	393	363	350	525	657	1.154	1.570	1.930	349,9
Total	6476	6209	6413	7315	7406	7635	9193	10334	12631	15959	21.342	30.717	38.649	50.828	684,9

Fonte: MEC/Inep/Deaes (HADDAD et al, 2006).

O percentual de crescimento de ingressos nos cursos de enfermagem apresenta o maior aumento na região Centro-Oeste, seguido da região Sudeste, mas se evidencia a maior concentração de oferta nesta segunda região.

Tabela 8

Número de concluintes nos Cursos de Graduação Presenciais de Enfermagem,
segundo as regiões geográficas, Brasil, 1991-2004

Regiões	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	% C
Centro-Oeste	114	135	104	153	164	224	233	247	268	333	363	370	556	694	528,1
Sudeste	1.661	1.635	1.951	2.135	2.404	2.590	2.888	2.862	2.973	3.485	3.845	4.925	6.323	8.324	499,3
Sul	558	593	610	782	777	802	915	951	946	1.048	1.330	1.839	1.994	2.322	302,3
Nordeste	917	801	952	1.023	1.077	1.230	1.162	1.007	1.053	1.244	1.288	1.713	1.925	2.081	226,9
Norte	184	176	178	280	311	219	213	380	282	245	313	255	454	544	295,7
Total	3434	3340	3795	4373	4733	5065	5411	5447	5522	6355	7.139	9.102	11.252	13.965	348,7

Fonte: MEC/Inep/Deaes (HADDAD et al, 2006).

A região Norte apresenta em, 1998 e 1999, mais de 100% de concluintes, o que provavelmente está relacionado à baixa proporção de concluintes em 1996 e 1997, ou seja, os alunos suspenderam os estudos temporariamente.

Ao analisar as séries históricas, evidencia-se que o percentual de concluintes acompanha parcialmente o número de ingressos, a exemplo da região Nordeste, que está em 3º lugar no aumento de ingressos, mas em último lugar no aumento de concluintes. No entanto, a maior proporção de concluintes em 2004 foi da região Nordeste, conforme a tabela a seguir:

Tabela 9

Proporção do número de concluintes do Curso de Enfermagem em relação ao número de ingressantes 4 anos antes, por região, Brasil, 1994-2004

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Centro-Oeste	52,2	62,6	77,8	72,4	88,5	77,5	68,1	72	76	73	65
Sudeste	70	80	80	81	72	68	69	68	65	67	62
Sul	57	69	72	70	71	67	66	65	81	66	60
Nordeste	77	74	86	69	66	80	73	73	86	85	88
Norte	65,1	88,9	61,9	50,8	143,9	145,4	62,3	86,2	73	87	83
Total	67,5	76,2	79	74	73,5	72,3	69,2	69	72	71	65

Fonte: MEC/Inep/Deaes (HADDAD et al, 2006).

A região Sudeste apresenta a maior oferta de vagas e o maior número de ingressantes. No entanto a evasão de alunos é a mais significativa. Um dos determinantes para a evasão da educação superior é o custo das mensalidades, 25% dos alunos de instituições particulares estão inadimplentes (LIMA, 2004).

Emergem alguns questionamentos:

O INEP nega a abertura de cursos?

Acho complicado o INEP negar a abertura de cursos, pois é uma questão política muito grande. Existem universidades que tem autonomia para abrir cursos, [portanto] resolvem abrir um novo campi e conseguem, isso politicamente é correto, [a partir do momento que] se tornou universidade, obteve essa autonomia, tem universidades que estão espelhadas pelo Brasil inteiro, [como] UNIP, Estácio (M7).

Quanto à autonomia das universidades é garantida pela Lei 9.394, art.53º, que permite “criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior [...]”. Ainda, segundo o art.54º §2º, “As atribuições de autonomia universitária poderão ser estendidas a instituições que comprovem alta qualificação para o ensino ou para a pesquisa, com base em avaliação realizada pelo Poder público” (BRASIL, 1996).

Para Cunha, M et al (s.d, p.2),

o Estado assumiu-se como ineficiente para dar conta da gestão dos processos educativos, procurando na retórica da autonomia, liberdade e auto-regulação, transferiu sua responsabilidade social para a livre iniciativa. O mercado surgiu, então como personagem principal do discurso político oficial, quer a nível de Estado, quer das instituições, bem ao gosto das teorias neoliberais, que tanto afagam a idéia da ineficiência do setor público como algo incontornável.

[...] é complicado segurar a abertura de cursos. Normalmente a instituição entra com pedido junto ao INEP, [apresenta] um projeto pedagógico bem feito, as propostas são muito boas, e se encaminha para realizar a avaliação. Eu não fiz avaliação em local que fosse negado, e tive a sorte de ir para locais extremamente carentes, com necessidade de profissionais, como Juazeiro do Norte, com uma demanda muito grande, gente querendo estudar, sem possibilidade de sair e sem ter um curso de enfermagem ali (M7).

Apesar de considerar que o número de cursos está crescendo e o número de vagas ampliando de uma forma muito intensa, não se pode pensar em bloquear ou impedir a criação de cursos, se este tem qualidade. A expansão é recomendada desde que seja revestida de qualidade. Não adianta só abrir cursos, não adianta ampliar vagas, é necessário abrir cursos com qualidade e relevância, não adianta colocar no mercado profissionais que não tem competência. A grande preocupação é: como o INEP ou a SESu vão fazer o acompanhamento desses cursos? [quanto ao seu] desenvolvimento e desempenho (M5).

Autorizar ou não um novo curso?

Acho complicado autorizar um novo curso, em locais em que já há vários cursos em funcionamento. Fica a critério do avaliador e da real necessidade da inserção do curso. [Ressalta-se que] O INEP aceita indeferir a abertura de um curso, pela justificativa de falta de demanda, por já existirem outros cursos. Isso depende muito do avaliador, de utilizar o método correto e de não favorecer [a instituição em questão] somente para ser simpático (M7).

Emerge a preocupação com os cenários para a prática em enfermagem,

[visto que] a expansão de cursos não foi acompanhada pela expansão de serviços de saúde. Há uma quantidade enorme de cursos e vagas, sem ter uma correspondência dos cenários das práticas de saúde. Já há uma disputa muito grande entre as instituições de formação, quanto aos diversos campos de prática, que estão ficando escassos. Cidades do interior [oferecem] duzentas vagas, [sendo que] os serviços de saúde da região não comportam, há cidades pequenas com dois ou três cursos, os campos de prática são pagos (M5).

Há cursos, que por conta da dificuldade com campos de estágio, desenvolvem as práticas em laboratórios virtuais, o aluno aprende no computador, enfim é tudo virtual. Que profissional é esse que está sendo formado? Sem nenhum contato com o cliente? (M5).

Para a perspectiva tecnicista talvez essa seja uma solução bastante plausível. Entretanto, as relações interpessoais e a comunicação entre os diversos atores, próprias da enfermagem e que fazem parte do sistema de saúde, são desafios que não podem ser atendidos no uso da prática virtual.

A utilização de recursos virtuais na formação pode relacionar-se ao modelo de educação à distância, mercado de interesse de grandes grupos empresariais e governos que exportam esses serviços, como Estados Unidos, Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Finlândia. Ressalta-se que a educação a distância é pauta importante da Área de Livre Comércio das Américas (ALCA) e da Organização Mundial do Comércio (OMC) (SIQUEIRA, 2004).

Outra alternativa

[...] para superar essa questão do campo de prática, [tem sido a criação de] clínicas e ambulatorios dentro da própria instituição. Como está sendo esse atendimento à população ? Isso passa pelo olhar do Ministério da Saúde ? Toda instituição de saúde tem que passar por esse olhar? Como está o funcionamento dessas clínicas? Esse é um tema importantíssimo para ser estudado, essas clínicas estão se multiplicando (M5).

A princípio toda instituição de saúde deve passar por vistoria da Vigilância Sanitária¹⁵, de responsabilidade dos estados ou dos municípios, que têm como competência realizar vistoria técnica e autorizar ou não o funcionamento desses serviços, com o objetivo de garantir a organização destes para uma assistência de qualidade. Sendo isso garantido, a atenção deve ser voltada para o compromisso de tais serviços com a população que atende. As clínicas e os ambulatorios trabalham com que objetivos frente à população? Como se organizam os serviços oferecidos? É garantida a continuidade do atendimento? Há relação desses serviços com o serviço de saúde local? Estas são apenas algumas das indagações.

A abertura de novos cursos é vista como necessária e determinada pela falta de profissionais e pela implantação do PSF.

[...], a regularização do Programa de Saúde da Família, que expandiu [muito], favoreceu a procura em massa pelo curso de enfermagem, [...] principalmente nas instituições particulares. A

¹⁵ Forma de regulação dos serviços de saúde, através de legislação própria das três esferas de governo, prioritariamente pelo Código Sanitário.

abertura de novas escolas se percebeu, logo depois que foi institucionalizado o PSF, as regiões com carência [de profissionais] começaram a investir na abertura de cursos na região norte-nordeste, mas é claro que na região sul-sudeste há um número maior (M7).

O início da década de 90 caracterizou-se por diminuição de ingressantes nos cursos de enfermagem e o aumento da necessidade de recursos humanos de enfermagem para a implantação do SUS, que determinou o processo de descentralização e a transformação do perfil qualitativo e quantitativo da força de trabalho em saúde, em especial da enfermagem, com aumento dos postos de trabalho, principalmente na rede básica (MISHIMA et al, 1999).

Quanto ao PSF, o mesmo foi implantado em 1994 e remodelou parte da atenção básica, aumentando também os postos de trabalho e configurando um novo papel para o enfermeiro.

A concentração de escolas é um problema, mas fiz várias avaliações na região norte e há falta de profissionais. É preciso pensar em mecanismos políticos gestores de qualidade, assegurar mecanismos de estímulo, de incentivo à pós-graduação. Não [permitir a] abertura de cursos de enfermagem sem qualidade, é preciso abrir cursos de enfermagem com padrões de qualidade que atendam à diversidade institucional regional, não posso querer que esse curso de enfermagem seja como o da USP, ou como qualquer faculdade de São Paulo, cada lugar tem um perfil epidemiológico, um perfil sanitário. O perfil de qualidade deve ser assegurado, adequado às necessidades de saúde daquela região, daquele município, daquele estado (M1).

O número de escolas que temos hoje ainda não atende ao número de enfermeiros que a população precisa para ter o cuidado [necessário, incluindo] prevenção e promoção da saúde [...]. Acho que há mercado e espaço, mas está mal distribuído (M4).

Evidenciam-se algumas vulnerabilidades e potencialidades, para a condição de instituição privada como também de instituição pública, conforme a seguir:

[...] a exclusão. O aluno que é trabalhador nunca pensa em prestar vestibular para uma universidade federal, por que os cursos de enfermagem são em período integral. Esse modo de organização da oferta do serviço de uma universidade federal é excludente. O aluno tem que trabalhar, no setor privado pode fazer isso num determinado turno, a universidade pública federal pensa que está no caminho certo (M1).

[...] dificuldade de inovar. A universidade pública, tem características muito conservadoras, projetos menos avançados, mas tem outros componentes que pesam: pesquisa, corpo docente [composto de] doutores, enquanto a [instituição] privada está longe disso (M1).

[Instabilidade]. A instituição privada contrata, após a avaliação dispensa os docentes. Sem dúvida é mais difícil o setor privado manter o doutor e fazer pesquisa (M1).

[Acesso]. No Brasil a maioria dos estudantes do ensino superior pertence à da rede privada e não da pública, pois trabalham e o horário de aula [permite conciliar as duas atividades]. A rede pública funciona em período integral, portanto o aluno não pode trabalhar, já existe essa preocupação que é muito pontuada no INEP (M7).

[...] responsabilidade social e sucateamento. Não posso presumir, que só porque a instituição é pública, tem responsabilidade social. Políticas da graduação e da pós-graduação tiram do professor o compromisso com a graduação, com a formação. A universidade pública sozinha, não tem sido capaz de produzir a qualidade social que a gente está querendo; a privada tem maiores problemas, mas ela também tem possibilidades. A pública, embora tenha todas as possibilidades, também enfrenta problemas como o sucateamento (M2).

A exclusão pode ser caracterizada pelas dificuldades impostas na oferta dos cursos das instituições públicas, evidenciada pelo horário de funcionamento dos cursos, mas vale ressaltar que a maioria dos estudantes, egressos do nível médio, não têm acesso às universidades públicas também por apresentar dificuldades nas provas de seleção, determinadas pela má qualidade do ensino. Quanto às instituições privadas a exclusão ocorre vinculada à dificuldade de efetuar o pagamento das mensalidades.

Quanto à rotatividade de docentes nas instituições privadas, é preciso estabelecer formas de acompanhamento do corpo docente dos cursos, dos projetos desenvolvidos, ou seja, é preciso caracterizar o grau de compromisso das IES com uma formação de qualidade.

Quanto à dificuldade de inovar, talvez esse problema seja mais visível nas instituições públicas, tendo em vista a história e a tradição a que estão atreladas, mas

não significa que não permeie as IES privadas. A relação com a dificuldade de inovar está mais profundamente relacionada ao modelo de assistência curativo, ainda dominante, que apesar da criação do SUS e de novos paradigmas de saúde, como a promoção da saúde, estabelece íntima relação com a formação em saúde.

4.5 Critérios de Avaliação para a Educação Superior em Enfermagem

O SINAES pressupõe articular dimensões importantes, quais sejam a avaliação educativa de natureza formativa, utilizada para a avaliação institucional e de cursos, e a regulação, com funções de supervisão, fiscalização e credenciamento (INEP, 2004).

Uma grande discussão emerge da necessidade de ter critérios de avaliação - neste caso, especificamente para a educação superior em enfermagem. Evidenciam-se dois momentos: a autorização para o funcionamento de um curso e o reconhecimento do mesmo, nos quais

[...] não é o mesmo avaliador que autoriza e reconhece [o curso], não existe essa lógica. Para autorizar um curso deve-se avaliar demanda local, número de vagas proposto no edital, capacidade de cenário de prática, capacidade de execução do curso. Quanto ao reconhecimento, o estudo é mais voltado para evasão, como o corpo docente/discente/coordenador sentem essa evasão? Deve-se ter um olhar específico para isso, quais foram os múltiplos cenários de prática? Verificar se um curso, em quatro anos, já não é o mesmo, é muito bom, [pois] re-avaliou, alterou, refez, alterou o projeto pedagógico, o número de vagas não é o mesmo, que bom que o curso repensou, foi se movimentando com a própria demanda externa, interna e dele mesmo (M3).

A legislação prevê que “os avaliadores não poderão avaliar a mesma instituição ou o mesmo curso de graduação mais de uma vez” (BRASIL, 2006)¹⁶.

A autorização e o reconhecimento de cursos fazem parte da regulação do sistema; quanto à avaliação de cursos, realizada por comissões externas, parte do pressuposto da avaliação formativa (INEP, 2004). A avaliação formativa visa a alcançar objetivos previamente definidos, é uma avaliação criterial; portanto, a explicitação dos critérios de avaliação é fundamental (AFONSO, 2000).

¹⁶ Portaria n. 1.027, de 15 de maio de 2006 – Dispõe sobre o banco de avaliadores do SINAES.

A construção de critérios para a avaliação deve ser social e pública, levar em consideração a relatividade das diversas áreas de conhecimento, as prioridades institucionais e a finalidade a que se destina. É importante que a instituição atenda a critérios de excelência e cientificidade, mas também relevância social (DIAS SOBRINHO, 2000).

[A avaliação de cursos] tem três grandes dimensões: organização didático-pedagógica, corpo docente e instalações. Como [critérios] específicos se avalia quanto à infra-estrutura, como: a biblioteca, que deve ter livros específicos que o curso utiliza; os laboratórios, principalmente o de enfermagem; as características do coordenador de curso e a formação dos professores que compõem o quadro docente (M6).

Segundo o art. 4º da Lei n. 10.861, “a avaliação de cursos de graduação tem por objetivo identificar as condições de ensino oferecidos aos estudantes, em especial os relativos ao perfil do corpo docente, à instalações físicas e à organização didático-pedagógica” (BRASIL, 2004).

Também se deve verificar a aderência da bibliografia básica com as ementas [das disciplinas], [se há coerência] com as habilidades e competências contempladas e definidas, e se estas contemplam o perfil definido. Esse olhar do avaliador é importante, ver a articulação do perfil, das competências e das habilidades, dos conteúdos e da transversalidade nos diversos eixos temáticos (M5).

Consideram-se como eixos centrais,

[...] as diretrizes curriculares e o SUS. Toda avaliação é centrada nas diretrizes, o objetivo é que o projeto político pedagógico do curso atenda as diretrizes curriculares nacionais, aos princípios e às categorias centrais do SUS, como eixos mais fortes, norteadores [...] (M3).

As diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem¹⁷ estabelecem como perfil do formando egresso/profissional (BRASIL, 2001).

- “o enfermeiro com formação generalista”.

Segundo Rodrigues (2005, p.164), a formação generalista passa pela necessidade de superar o ensino fragmentado e voltado ao modelo curativo/hospitalar predominante na formação do enfermeiro. “Portanto, formar o enfermeiro generalista

¹⁷ Resolução CNE/CES n.3, de 07 de novembro de 2001.

significa romper com esta concentração e direcionar a formação para outros espaços, como a Saúde Coletiva”.

- [o enfermeiro] deve ser “capaz de conhecer e intervir sobre 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”.

O enfermeiro deve analisar a situação de saúde da população a partir do enfoque epidemiológico, utilizando os conhecimentos, métodos e técnicas provenientes da epidemiologia para o planejamento dos sistemas de saúde, dos serviços e da programação das ações (ROUQUAYROL, 2003), função inerente da saúde pública.

- [o enfermeiro] “capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

Para falar de responsabilidade e cidadania no contexto da atuação da área da saúde e do SUS, é preciso analisar a perspectiva do “binômio focalização e universalização”, relacionado às questões da pobreza e da desigualdade social, assim como de classe social, de renda, de gênero, de raça e outros (COHN, 2005, p.385).

A focalização se dá no caso de problemas específicos, obedecendo ao aspecto utilitarista de qualquer política social, mas também pode significar reintegrar acesso efetivo a serviços essenciais, configurando-se em direitos universais, “tornando os cidadãos formalmente iguais, quando na prática não são”. Nesse olhar a focalização passa a ser uma estratégia de implantação da universalização da saúde (COHN, 2005, p.394-395). Ressalta-se que na última década, o debate da universalização e focalização perde espaço, as propostas para as políticas e programas de saúde destacam a atenção primária.

Considera-se que para uma boa avaliação,

há indicadores imprescindíveis, que têm que ser obedecidos, como o cumprimento das diretrizes curriculares e acesso a portadores de necessidades especiais. Está na lei, nas normas e nas regras a serem cumpridas (M1).

O acesso à educação, das pessoas com deficiência física, é garantido por lei e tem como objetivo assegurar seus direitos individuais e sociais, assim como garantir sua

efetiva integração social. Representa um avanço no que se refere à cidadania das pessoas com necessidades especiais.

A Lei n. 7.853¹⁸, segundo o art. 2º, item IV, define que “o poder público deve assegurar a adoção e a efetiva execução de normas que garantam a funcionalidade das edificações e vias públicas, que evitem ou removam os óbices às pessoas portadoras de deficiência, permitam o acesso destas os edifícios, a logradouros e a meios de transporte” (BRASIL, 1989). Isso significa que as IES devem atender a essa demanda.

O projeto pedagógico é essencial e não se reduz a matriz curricular, mas sim a contextualização com o sistema de saúde, tem a ver com o perfil do egresso, não pode ser cópia das diretrizes curriculares, tem que ter aderência à realidade. O projeto pedagógico tem como base o Sistema Único de Saúde. Portanto, todas as disciplinas que compõem a matriz têm que estar inseridas e articuladas ao SUS, por exemplo, a assistência à saúde da mulher deve ser discutida desde a atenção primária até assistência a UTI, e sempre inserido no sistema de saúde, ou seja, a matriz deve ser o sistema de saúde. É difícil dar conta de avaliar com esse olhar, até porque é difícil de implementar, apesar de estar escrito. Avaliei um curso que conseguiu articular o desenho do projeto pedagógico de tal modo que a sua implementação tem aderência ao sistema de saúde. A construção do projeto político pedagógico é extremamente complexo (M1).

A atenção integral à saúde inclui a promoção, a proteção e a recuperação da saúde que engloba os diversos níveis de atenção componentes do sistema. (SANTOS, 2004). A integração de todos os níveis de assistência, com um sistema com referência e contra-referência para atendimento em todos os níveis de atenção é de extrema importância, para garantir a integralidade do cuidar. Nesse contexto, a formação dos profissionais, comprometidos com essa lógica, contribui para um melhor desempenho do sistema.

O PPP é essencial para a definição de uma boa formação,

o desafio está em concretizar o que interessa para sustentar as diretrizes curriculares e [perceber] onde essas diretrizes estão mais aplicadas para a sustentação do SUS, como perceber quais os indicadores, em que categorias está mais presente, que dão acesso a essa questão (M2),

¹⁸ Lei n. 7.853, de 25 de outubro de 1989, “dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências” (BRASIL, 1989).

pensou-se na inserção e na articulação com a rede [de saúde], com o SUS e as políticas federais, na formação da enfermeira em que o cuidado seja uma ação central, e aí vem alguns outros parâmetros, como a biblioteca, os laboratórios (M1).

A preocupação com o desenvolvimento do PPP voltado às diretrizes do SUS é preponderante. A contextualização, acerca do sistema de saúde, de sua organização assim como do modelo de assistência em que está ancorado, é fundamental para a implementação do SUS. O aluno, ao reconhecer os diversos níveis de assistência: primário, secundário e terciário, e ao desenvolver práticas prioritariamente nos dois primeiros, deixando o nível terciário para a pós-graduação, por se tratar de nível mais especializado, poderá deter maior compreensão do papel do enfermeiro em cada um deles.

A avaliação deve permitir olhar o PPP na sua essência e não apenas o que relata no texto escrito, pois

[...] alguns chegam a ser uma cópia das diretrizes, todos colocam a preocupação com o perfil epidemiológico da região e descrevem o perfil. [No entanto], depois de um tempo, quando se retorna para uma nova avaliação, se percebe que não foi contemplado no PPI. Porque é importante abrir este curso? é apenas um discurso político para conseguir abrir o curso, só que não existe preocupação para estar desenvolvendo o curso para aquelas tendências (M7).

Um componente importante para a avaliação é distinguir a avaliação da qualidade técnica institucional da avaliação qualitativa no sentido político. Através da análise organizacional pode-se evidenciar a eficiência gerencial, o funcionamento adequado e atendimento às diretrizes preconizadas, o que não significa que seja eficaz para desenvolver adequadamente o compromisso político histórico da instituição (DEMO, 1999).

Quanto ao perfil epidemiológico, permite descrever as condições de saúde da população, as doenças mais prevalentes e o acesso aos serviços em determinada região. O campo de ação da epidemiologia, enquanto prática de Saúde Coletiva contribui para a redefinição das práticas, tendo como objeto as tendências demográficas, as desigualdades em saúde e os limites das políticas vigentes (ROUQUAYROL, 2003).

Na gestão do SUS a incorporação da perspectiva epidemiológica vincula-se ao processo de tomada de decisão para a formulação de projetos, de programas e da

política de saúde, com ênfase na prevenção de riscos e agravos e na promoção da saúde (TEIXEIRA, 2003).

Quanto ao PPI,

[é preciso saber o seguinte] de que lugar estou falando? quais são as concepções da instituição? ou seja, conhecer o projeto institucional. Os projetos têm que estar articulados, inclusive com o sistema de saúde. Deve-se conhecer a rede [de saúde], o perfil epidemiológico, o perfil demográfico, a saída do ensino médio e o perfil do egresso, não se pode construir um projeto sem [o reconhecimento desse panorama] (M1).

Para Pedro Demo (1999), a relação entre a escola e a comunidade, sendo um espaço que favorece a discussão, a formação e crítica popular, é importante identificar e analisar:

O quanto à instituição reproduz a repressão social?

O quanto à instituição está alheia ao mundo externo?

O quanto à instituição é apenas referencial teórico?

O quanto à instituição alimenta alternativas de posicionamento político?

O quanto à instituição é um canal de participação?

É importante reconhecer no curso a sua vocação, de que forma pretende contribuir para a melhora do sistema de saúde da região em que está localizado.

[...] a questão das competências e habilidades, previstas nas diretrizes curriculares nacionais, não está completamente incorporada, é muito difícil, é uma coisa nova. Como transformar competências e habilidades? Com que conteúdos, organização curricular e organização metodológica [organiza-se um curso] para dar conta dessas competências? Esse é um movimento muito difícil, o desenho teórico é muito interessante, pois se introduz a idéia da [flexibilidade], [portanto] se prevê que se possa ter currículos regionais (M4).

Os currículos regionais aparentemente poderiam ser uma solução para a diversidade do país, mas diminuiriam a flexibilidade posta nas diretrizes curriculares, ou seja, a possibilidade de cada curso desenvolver o seu PPP, voltado para sua vocação. Se, por um lado às diretrizes curriculares introduzem o conceito de flexibilidade, por outro, a preocupação com a organização curricular e com os conteúdos continua em evidência, caracterizando o controle e a regulação.

As instituições de ensino superior continuam a trabalhar na mesma lógica, utilizando os mesmos conteúdos e os mesmos métodos, raciocinado no mesmo perfil

profissional, sem perceber que a universidade produz um determinado tipo de desempregado (DIAS SOBRINHO, 2000).

Parece difícil romper com o paradigma de currículo mínimo, de currículo nacional, com ênfase em determinados conhecimentos, valores e padrões tradicionais, ou seja, uma identidade nacional, a partir de princípios provenientes do mercado. Na perspectiva de Apple (2000, p.73), “o currículo nacional, aliado a rigorosos padrões nacionais e a um sistema de avaliação orientado para o desempenho, se torna capaz de objetivar uma modernização curricular e uma eficiente produção de melhor capital humano”.

Quanto à formação do docente, preconiza-se a relação direta de sua formação às disciplinas que ministra.

O docente tem que ter formação específica para a disciplina que ele ministra, isso é importante. (M6).

A abertura de muitos cursos proliferou a oferta de trabalho para docentes, mas nem sempre os contratos estão atrelados à especialidade ou área de atuação do professor. Nas instituições privadas há professores que assumem diversas disciplinas sendo que, essa distribuição de disciplinas é determinada por fatores como falta de professor para determinadas áreas, não contratação de professor para pequena carga horária e necessidade do professor de compor uma carga horária que se transforme num salário razoável. Nas instituições privadas os professores recebem pela carga horária ministrada, com exceção dos professores contratados por 40 horas semanais, que desenvolvem algumas atividades fora da sala de aula.

Há falta de professores titulados:

no nordeste não há mestres e doutores, no interior de São Paulo também não se encontram mestres e doutores, é muito difícil, mas a gente percebe, nitidamente, que há contratação [de professores titulados] até o reconhecimento do curso, depois [ocorrem] as demissões, às vezes se tem notícia de colegas que foram demitidas, pois o curso já foi reconhecido (M7).

Apesar da falta de mestres e doutores, a sua contratação nas instituições privadas está vinculada ao reconhecimento do curso. A presença de mestres e doutores pode contribuir para o desenvolvimento de atividades de pesquisa ou para “produção intelectual institucionalizada mediante o estudo sistemático dos temas e problemas mais

relevantes, tanto do ponto de vista científico e cultural, quanto regional ou nacional” (BRASIL, 1996)¹⁹.

Para tanto “um terço do corpo docente, pelo menos, [deve ser] com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado” (BRASIL, 1996).

Ao fazer uma avaliação, é dado um conceito quanto ao quadro docente pelo próprio INEP. Tenho como critério não deixar de recomendar um curso por que não tem o número os mestres e doutores suficientes. Converso com a instituição para capacitar as pessoas que ela tem naquele município, que estão certas que vão atuar naquele curso, [recomendo que facilite] para que sejam capacitados, até por que a instituição depende daqueles profissionais, vai ficar mais barato e não vai necessitar trazer gente de fora. (M7).

A titulação de professores é de extrema importância, mas um bom curso, engajado na realidade local, com professores comprometidos com o trabalho docente, não deve deixar de funcionar por falta de mestres ou doutores. Os professores devem ser incentivados ao aperfeiçoamento através da pós-graduação, mas com corresponsabilidade da instituição.

Quanto à capacidade político-pedagógica do professor, pode emergir através das condições de prática de sua cidadania, de sua consciência crítica e de sua interpretação da realidade social e discernimento ideológico (DEMO, 1999).

A enfermagem colocava como grande ponto ter mestres, o que na pontuação automática sobre corpo docente pesava, isso desconsiderava as experiências regionais, a identidade da instituição, o porte da instituição, a natureza da instituição. As universidades e centros universitários têm que fazer pesquisa, as faculdades não têm essa obrigatoriedade (M1).

A legislação estabelece que “As universidades, caracterizam-se pela indissociabilidade das atividades de ensino, de pesquisa e de extensão [...]. A criação de universidades especializadas [...] dar-se-á mediante a comprovação da existência de atividades de ensino e pesquisa tanto em áreas básicas como nas aplicadas” (BRASIL, 1997)²⁰.

¹⁹ Lei n.9.394, art. 52º.

²⁰ Decreto n. 2.306, art. 9º.

Quanto aos centros universitários, se caracterizam pela qualificação do corpo docente, pela excelência do ensino oferecido e pelas condições de trabalho acadêmico, como também pela autonomia para criar, organizar e extinguir cursos e programas (BRASIL, 1997)²¹.

O coordenador é outro ponto importante,

[...] tem que ser enfermeiro, condição sine qua non, para coordenar o curso de enfermagem. O coordenador de curso tem uma função fundamental, deve estar compromissado com o curso, tem que entender da política da instituição, da política do curso, da política [...] do sistema de saúde, é a engrenagem do curso, tem que conceber o currículo como um todo, ele comanda o curso. Nas universidades federais, hoje, tem que ser doutor, pelo menos mestre. A gente hoje acha importante ter uma boa formação, ter uma boa relação com os estudantes, com o corpo docente e com a direção da instituição. [É importante] a sua participação nos órgãos colegiados, ter dedicação integral. O coordenador é um docente, tem um campo de atuação na área prática, mas acho que tem que ter dedicação exclusiva (M6).

A dedicação exclusiva, a um vínculo de trabalho, é privilégio apenas das instituições públicas. Garante maior tempo dedicado à instituição, mas não garante um olhar ampliado do coordenador. É fundamental apreciar se a instituição, na figura do coordenador, representa a oportunidade de desenvolver um caminho democrático no curso, na sociedade, na região e na comunidade, através de uma ação formativa desenvolvida pelos professores, capaz de formar a consciência política crítica e de vislumbrar a necessidade de organização da cidadania (DEMO, 1999).

Na instituição privada tudo é diferente, [o coordenador] tem um ajudante, o coordenador de estágio, que é horista também, não sei se ele vai para campo de estágio, depende muito de cada instituição e da carga horária que ele tem para desempenhar a função (M6).

A condição de ser enfermeiro para coordenar os cursos de enfermagem parece lógica, mas nem sempre os coordenadores foram enfermeiros, inclusive num passado recente. Quanto à natureza da instituição, as instituições públicas contam com um grande número de mestres e doutores, sendo a maioria em dedicação exclusiva, em regime de 40 horas semanais, enquanto as instituições privadas têm um número restrito

²¹ Decreto n. 2.306, art. 12º.

de mestres e doutores, sendo que a maioria do corpo docente trabalha em regime parcial, com carga horária flutuante.

O regime de trabalho dos coordenadores também difere: na instituição pública têm dedicação exclusiva, na instituição privada o regime de trabalho é estabelecido de acordo com as necessidades do curso, com o número de turmas e de alunos, com os períodos de oferta do curso. Há instituições que, além do coordenador de estágio, citado como ajudante do coordenador, trabalham com sub-coordenadores ou coordenador de curso de cada campi, coordenados por um coordenador geral. Essa organização está presente principalmente nas grandes instituições, que possuem várias unidades, com oferta de cursos em vários locais e distintos horários.

Tendo em vista, as diferentes formas de organização das IES e a distribuição desigual de poder, é necessário reconhecer as diferenças, os diferentes posicionamentos sociais e repertórios culturais, ou seja, é preciso reconhecer a cultura, a história e os interesses sociais que deram origem a cada instituição (APPLE, 2000).

Referente à missão do curso se destacam as referências feitas à interdisciplinaridade,

[...] mas não se vê a concretização disso no resto do projeto, não se consegue visualizar isso de forma concreta e objetiva. Ao falar com os docentes e discentes, ao fazer perguntas que possam levar a relatar como é a experimentação da interdisciplinaridade, isso não aparece. Os cursos não conseguiram concretizar isso na prática: na teoria parece muito atual, mas a distância entre a intenção e a prática [é grande]. A interdisciplinaridade altera muito o poder do professor, me lembro que quando estávamos discutindo o projeto de minha escola retiraram-se algumas disciplinas, por serem disciplinas da transversalidade, e o professor perguntou: e a minha disciplina? para onde eu vou ? essa questão precisa ser muito bem trabalhada (M5).

Na perspectiva de Breilh (2003, p. 294),

a interdisciplinaridade é a relação entre saberes acadêmicos que compartilham um espaço, segundo tipo de relação: interdisciplinaridade - relação simétrica, ativa de colaboração sistemática entre disciplinas ao redor de uma construção, desconstrução ou contraconstrução do objeto em estudo; multidisciplinaridade - integração de disciplinas através de análise interdisciplinar em um processo científico solidário para a construção de um projeto comum; pluridisciplinaridade - co-

participação de um cenário acadêmico de fazeres de diversas disciplinas que pode transformar-se em multidisciplinaridade ou estancar-se nela mesma; epidisciplinaridade – co-participação de um espaço em que uma disciplina tem maior estatuto explicativo ou epistemológico; metadisciplinar – um novo campo explicativo proveniente da colaboração multidisciplinar de disciplinas; transdisciplinário – elemento comum a várias disciplinas.

Espera-se alcançar a integralidade da assistência de enfermagem,

[...] a partir de saberes interdisciplinares, de todos os profissionais, construídos em rede, e não somente na unidade básica ou no hospital. Essas são as técnicas essenciais de construir um projeto pedagógico, essa é a base da formação. As disciplinas são compartimentalizadas porque as coisas devem ser didaticamente ministradas, não pode ser dado um grande bolo, tem que se dividir esse bolo, mas as partes devem compor um todo, uma coisa deve estar grudada na outra para que o aluno possa reconstruir, articulando os conhecimentos. A formação de enfermeiro tem que aglutinar esses elementos, e manter pontos de contato permanente entre as disciplinas, para que o aluno tenha uma formação articulada (M1).

Ter a diversidade regional como fator relevante para

[a escolha do coordenador] pode ser mais interessante sendo especialista da região, alguém que conhece o sistema de saúde, que vive a realidade sanitária daquele município, para pensar o curso para enfermeiros, ao invés de um doutor de fora. (M1);

a relação com os serviços, [...] a utilização de outros cenários de aprendizagem, a coerência com a forma de implantação [do PPP] (M2).

É imprescindível que

os cursos não fiquem apenas ao longo de uma realidade futura, mas tragam a realidade para dentro, É preciso entender o processo de trabalho, o modelo de atenção à saúde, como se pode intervir nisso, ou o que representa atender a [esse modelo] simplesmente, [é preciso] contestar, criar alternativas ou apenas reproduzir (M2).

Algumas questões são consideradas norteadoras para efetuar a avaliação:

Como se instituem as relações para constituir o conhecimento?
Quais os eixos que as diretrizes precisam concretizar?

Quem realmente utiliza a biblioteca e de que forma?

Como é a relação com os estágios?

Como é a relação com os serviços?

Qual a participação dos serviços?

Qual a relação que os cursos têm com a realidade?

(M2).

Para responder a algumas dessas questões pode-se dizer que

[...] os campos [de estágio] devem oferecer espaços capazes de vislumbrar o cuidado nas diversas dimensões e no próprio processo de trabalho. Se a instituição [de ensino] não participa da organização desse trabalho, não tem como atuar. Para tanto é necessária uma relação professor /aluno adequada ao cenário do ensino/aprendizagem, assim como da metodologia e do processo. Os campos de prática, para profissões da área da saúde, são especificidades que não compõem outras áreas (M4).

O estágio supervisionado é uma outra especificidade, pois conta com a participação do enfermeiro [do serviço de saúde] no processo de formação e no respectivo planejamento deste processo. Quanto à prática de enfermagem têm que avançar para além dos laboratórios, para outras formas de estimulação e [novas] estratégias na formação do aluno (M4).

Para a avaliação dos cursos de graduação em enfermagem recomendam-se as diretrizes elaboradas na oficina da Natal, durante o 9º SENADEn.

[...] as diretrizes, para avaliação de cursos de enfermagem, [são] basicamente padrões de qualidade para os cursos. Esse material foi construído coletivamente pela categoria, um momento muito rico para a enfermagem, [que gerou uma] produção muito boa. Foram três dias de trabalho na Universidade Federal de Natal. Esse material foi encaminhado pela comissão para o INEP para servir de subsídio na construção do instrumento de avaliação, no que diz respeito à especificidade da enfermagem. A ABEn, através da diretoria de educação, divulgou esse material através do seu jornal, agora se sugeriu que seja disponibilizado na página da ABEn e que os avaliadores tomem conhecimento (M5).

A construção coletiva de padrões de qualidade para a avaliação dos Cursos de Enfermagem representa um avanço, quanto à organização da categoria, mas na tentativa de criar “coesão social e possibilitar melhorar as escolas avaliando-as segundo critérios “objetivos”, os seus efeitos [poderão ser] opostos, os critérios poderão parecer objetivos, mas os resultados não o serão, dadas as diferenças” dos alunos, das regiões e das IES (APPLE, 2000, p.75).

4.6 Critérios de Avaliação para a Educação Superior em Enfermagem com ênfase na Saúde Pública

A saúde pública enquanto serviço tem diversos impedimentos para um bom funcionamento. Um dos determinantes é a falta de profissionais capacitados para atuar nessa área. É uma área bastante vasta e, como qualquer outra área, necessita de vivência no respectivo campo.

No Brasil, a criação do SUS parte da necessidade de modificar o paradigma de saúde dominante, sob um novo modelo de assistência à saúde. Para tanto, a compreensão de suas diretrizes é essencial para a efetivação das mudanças necessárias.

O primeiro passo para se entender o SUS [...] é se ter uma compreensão real das políticas de saúde no Brasil, o que mudou a partir da reforma sanitária, [reconhecer] as tendências, como isso vai se fortalecendo. Se não houver essa compreensão, fica muito difícil o aluno compreender o que é a saúde pública (M7).

O SUS é fruto de intenso conflito entre grupos de diferentes interesses, mas sua hegemonia está na corrente da Reforma Sanitária, que preconiza a universalização da atenção básica, a extensão de programas voltados à prevenção, à descentralização e ao controle dos provedores privados. Ressalta-se que “na década de 80 o sistema público dependia das instalações hospitalares privadas para provisão de serviços complexos” (ARRETCHE, 2005, p.288).

Como uma das diretrizes do SUS, a descentralização significava diminuir os mecanismos de ação voltados aos interesses do setor hospitalar privado e da indústria farmacêutica, presentes na política nacional de saúde, como também mecanismo para aumentar a eficiência do sistema de saúde (ARRETCHE, 2005).

Compreender as políticas de saúde não é tarefa fácil, principalmente pelo componente histórico que envolve e pelo conteúdo considerado pouco atraente pelo aluno. O aluno procura nos cursos de enfermagem a formação técnica, a contextualização política não está dentro de suas prioridades, por vezes tampouco do professor e do curso.

A respeito do SUS, a participação, a influência, [a forma] como a escola interage com suas diretrizes e a formação dada aos alunos, são fatores muito importantes a serem avaliados. Se faz

um discurso [voltado a] formar o aluno nessa perspectiva, mas ao avaliar determinadas escolas [se verifica que], não estão oferecendo a formação necessária. Algumas instituições vinculam a realização de estágio em unidade básica de saúde ou unidade do PSF, a uma boa visão sobre o SUS, mas não é só isso. Ainda há uma divisão no sistema de saúde, o Brasil ainda é um país que atende muito da perspectiva curativa, com uma população carente que necessita de assistência. Os profissionais têm que aprender a trabalhar e atuar no SUS, esse é um problema que não foi resolvido, está se tentando resolver em todos os cursos (M7).

Aprender a trabalhar no SUS significa, a priori, reconhecer suas diretrizes e propostas para sua implementação e consolidação. Em 2006, após intenso trabalho de discussão, que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), foi aprovado o documento referente às diretrizes para o Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde²². Esse pacto contempla três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

Quanto ao Pacto pela Vida, as prioridades são aquelas que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Assim, pactuou-se: saúde do idoso; controle de câncer de colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza; Promoção da Saúde e fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006a).

O que se quer perceber é que o projeto político pedagógico contribui para a formação do perfil proposto pelas diretrizes [curriculares], e o fio das diretrizes é o SUS. O que importa é esse olhar do avaliador, verificar se o curso atende às diretrizes que, por sua vez, estão conectadas ao SUS, para a formação generalista (M3).

As diferenças regionais são apontadas como fator importante, o que demanda por uma formação voltada para a diversidade.

O SUS tem princípios únicos, mas é extremamente diferente em cada lugar deste país. Há heterogeneidade e desigualdade, acho

²² Portaria/GM n.399, de 22 de fevereiro de 2006.

que é com isso que a gente tem que trabalhar e tentar fazer a saúde (M1).

A articulação e a integração com a rede de serviços, e o respectivo impacto na formação do enfermeiro, são considerados princípios relevantes para a avaliação dos cursos.

O que se pensa para a perspectiva da avaliação é seguir esses princípios, [é questionar] Este curso forma uma rede articulada com os serviços? Qual a intensidade disso? Há realmente integração? O que um oferece ao outro? Há impacto para a formação? Há impacto para o enfermeiro? ou um só olha o outro e não existe trabalho integrado. O objetivo é a aderência da formação com o serviço. Esse é um eixo interessante, vale para qualquer tipo de serviço, seja público ou privado, não há prioridade para a saúde pública, apesar do eixo ser o SUS. Claro que se valoriza bastante a integração na rede municipal de sistemas, a integração dos PSF, se coloca isso como eixo importante na avaliação(M3).

Ao considerar o SUS como eixo para a formação contempla-se a saúde pública como prioridade, visto as prioridades assumidas pelos seus gestores. Quanto ao fortalecimento da atenção básica, um dos objetivos é “assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais”. Para isso será necessário “aprimorar a inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais” (BRASIL, 2006a, p.13-14).

Destaca-se ainda que, quanto ao financiamento do sistema único de saúde, o Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável) passa a ser composto pela estratégia de Saúde da Família, entre outros (BRASIL, 2006a). O PSF passa a ser eixo norteador da atenção básica, portanto da saúde pública no Brasil.

Apesar da saúde pública não ser considerada prioritária em relação a outras áreas, a integração com a rede de saúde municipal e com o PSF são considerados importantes para a avaliação, o que indiretamente deixa a saúde pública em evidência.

Ressalta-se que a saúde pública tem sido de responsabilidade do Estado, e alguns serviços como a Vigilância em Saúde e o tratamento de algumas doenças transmissíveis, são assumidas somente pelo Estado, ou seja, o financiamento se dá através de recursos públicos.

A Vigilância em Saúde, como uma FESP, é dividida em dois componentes: Vigilância Epidemiológica e Ambiental e Vigilância Sanitária em Saúde. O seu financiamento destina-se ao fortalecimento da gestão de Vigilância em Saúde em municípios e estados, às campanhas de vacinação e incentivo aos Programas DST/Aids (Brasil, 2006a).

Quanto ao controle de endemias e das doenças transmissíveis que compõem o Pacto pela Vida, o financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos são de responsabilidade do Ministério da Saúde, através da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006a). Outros programas, como o de Imunizações, também são financiados pelo Ministério da Saúde.

Nessa perspectiva acredita-se que a saúde pública deve ser uma das prioridades da formação, portanto da avaliação.

É preciso a conscientização da necessidade da atenção primária à saúde. Indo mais além, num contexto mais amplo, o da promoção da saúde, a educação em saúde. Se o Brasil investir mais na saúde pública, se reverterá em benefício, diminuirão as internações. Falta um grande investimento na saúde pública para diminuir a medicina curativa. Precisamos formar profissionais com responsabilidade [em relação] às questões da saúde pública e com entendimento da legislação. Saúde pública é só fazer imunização? Saúde pública é só controle de hipertensão? A saúde pública é bem mais ampla, [é preciso] aumentar a carga horária, [propiciar] estágio voltado para a saúde coletiva, só assim [os alunos] compreenderão a [lógica do] trabalho em saúde pública, vamos trabalhar mais com educação e promoção da saúde (M7).

No SUS, a Promoção da Saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, colabora na estruturação de ações capazes de responder às necessidades sociais em saúde. Constitui a possibilidade de focalizar os determinantes do processo saúde-doença como: “violência, desemprego, fome, falta de saneamento básico, habitação inadequada, dificuldade de acesso à educação, qualidade do ar e da água ameaçada”, e intensificar formas mais amplas de interceder (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.7).

Pensar em saúde pública no contexto da promoção da saúde relaciona-se à redução de riscos e danos, à mudança de estilos de vida e ao desenvolvimento de programas educativos. O controle da hipertensão está estreitamente ligado à mudança de

estilos de vida, sendo que o papel do enfermeiro é exatamente o de trabalhar nessa perspectiva.

Quanto ao Programas de Imunizações, é parte integrante das ações de saúde pública, no qual o enfermeiro desempenha papel importante. É um dos programas mais bem implementado em todo o território nacional, mantendo sob controle inúmeras doenças, além de ter erradicado a Poliomielite e a Varíola. O papel o enfermeiro para desenvolvimento desse programa tem sido fundamental, a organização de todos os serviços, de todas as ações, as capacitações, a supervisão da equipe de enfermagem e o respectivo planejamento são realizados pelo enfermeiro.

É claro que a saúde pública é muito mais do que isso, mas os pontos exemplificados acima esboçam a importância do enfermeiro nos serviços de saúde pública, portanto para o desenvolvimento das FESP.

Enquanto membro da comissão assessora de avaliação em enfermagem não posso trabalhar por área, não se pensa em formar para saúde pública ou para a área hospitalar. Todos os encaminhamentos são para formar o enfermeiro generalista, segundo as diretrizes curriculares. Trabalhar por área fere as diretrizes. Os projetos político-pedagógicos devem trabalhar por eixos, por eixo de integração, currículos integrados, acabaram-se as habilitações, não existem mais aquelas caixinhas, saúde pública, obstetrícia, materno [infantil], isso fica para o nível de especialização “latu senso” (M3).

Avaliar na perspectiva da saúde pública não implica em privilegiar uma determinada área, mas em buscar as diretrizes do SUS no PPP, implica em verificar as parcerias estabelecidas com os serviços de saúde, perceber o comprometimento dos cursos com uma formação capaz de preparar o enfermeiro para trabalhar no SUS.

As diretrizes curriculares são claras ao dizer que a formação deve ser “para a resolução do problema de saúde individual e coletivo”, que requer competências e habilidades para:

- “promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades dos seus clientes/pacientes e da comunidade, atuando como agente de transformação social”,
- “responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à

saúde, dando ação integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades”,

- “atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico” (BRASIL, 2001)²³.

As competências descritas evidenciam áreas de conhecimento e de atuação próprias da saúde pública, como: promoção da saúde, prevenção, modelo epidemiológico, assistência às famílias e às comunidades.

Os critérios e o instrumento de avaliação tomam como referências as diretrizes curriculares, não direcionam para nenhuma sub-área da enfermagem. [Podem ser considerados] como diretrizes para a construção dos projetos pedagógicos, e estão direcionadas como padrões gerais para uma formação generalista, por isso não há uma pontuação, uma direção para as diversas áreas. Contém eixos temáticos onde a saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. Evidentemente que a saúde pública têm transversalidade, tem que permear todos esses eixos. A saúde pública, é evidente, está contemplada nas diretrizes curriculares, por que tem a transversalidade em todos os eixos temáticos, os projetos pedagógicos também devem tomar a saúde pública dessa forma, buscando a formação de generalista (M5).

A necessidade da transversalidade da saúde pública permeando todos os eixos temáticos demonstra a sua importância incontestável na formação do enfermeiro generalista. A transversalidade da saúde pública traz também a necessidade de uma formação teórica e prática, que evidencia a necessidade de cenários para a formação capazes de desenvolver as competências necessárias para atuação do enfermeiro generalista. Assim, pode-se dizer que é preciso que o aluno vivencie a saúde pública durante o desenvolvimento de todos os eixos temáticos e na assistência a todos os ciclos de vida.

Ressalta-se que algumas especificidades ainda devem ser contempladas de maneira horizontal, a fim de apresentar o panorama geral da saúde pública e seus principais eixos de ação e atuação.

Sempre fico me perguntando se a gente dá conta de formar para a [a assistência em saúde] coletiva, no âmbito do [atendimento]

²³ Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, art.4º e art.5º.

individual tenho um pouco mais de certeza, mas parece que alcançamos avanços (M1).

A formação oferecida em Saúde Pública/Saúde Coletiva nem sempre capacita para atuar na saúde pública. A reduzida carga horária destinada, o pouco desenvolvimento da prática de enfermagem em cenários voltados para a saúde pública, não permitem formar adequadamente para esta área, o que impede que qualquer curso forme um bom enfermeiro generalista.

Alguns avanços foram alcançados, mas ainda incipientes para atender às necessidades dos serviços, portanto da população. O Estado, como responsável pela saúde pública do país, tem assumido a responsabilidade pela capacitação dos profissionais, através de cursos voltados às ações desenvolvidas e os respectivos programas de saúde pública.

Nos últimos anos, principalmente após a implantação do PSF, foram pactuadas inúmeras parcerias entre Estado e IES, para desenvolvimento de projetos voltados para a educação permanente. As IES desenvolvem capacitações para o PSF, por exemplo, mediante repasse de verbas de estados e municípios. A pergunta é: se as IES têm competência para capacitar para programas desenvolvidos em saúde pública, por que ao formar na graduação isso não ocorre?

[...] todos os profissionais de saúde tem que ter uma [formação] forte de saúde coletiva, sendo epidemiologia, planejamento, gestão, política de saúde, cuidado vinculado à ação programática. A idéia é que se deve pensar o ciclo vital e as intervenções como sistemas. [O aluno deve ser capaz de questionar] como o sistema de saúde responde modelando essa oferta? O quanto ele consegue ampliar? Quanto mais o sistema consegue ampliar e articular ações de assistência e vigilância mais se consegue a integralidade do cuidado (M1).

A epidemiologia, as políticas de saúde e a gestão de serviços são saberes predominantemente utilizados em saúde pública, que somados às especificidades de cada momento do ciclo vital, criam a oportunidade para o desenvolvimento da integralidade do cuidado. Isso significa que é preciso avaliar na perspectiva da saúde pública, não como eixo específico, mas como capacidade analítica e de intervenção. Ao fazer referência à vigilância em saúde, faz-se referência à saúde pública, a uma das FESP, que faz parte do cuidar.

Acho que a formação em saúde pública por natureza é interdisciplinar, tem relação com a formação em Saúde Coletiva. [Existem] competências fundamentais, há algumas ferramentas que o aluno tem que dominar obrigatoriamente: maneira como as pessoas vivem e morrem, relações sociais e econômicas que interferem no processo saúde-doença, questões antropológicas, conhecer a sociedade, o modo de vida, estratégias de condução, acho que isso é importante (M4).

As ferramentas acima podem ser traduzidas como monitoramento e análise da situação de saúde da população, capaz de identificar as desigualdades sociais, o acesso aos serviços, as situações especiais entre outros, a fim de identificar formas de promover a saúde e melhorar a qualidade de vida.

Na realidade do curso ao qual estou ligada essa contradição não é superada, embora o projeto em si tenha tempo de maturação, como os atores entram e saem, você percebe que quem está entrando para dar o curso hoje, não tem a concepção, [de que] saúde pública não é só disciplina (M2).

A saúde pública não pode ser vista apenas como disciplina, deve ser compreendida como a forma de melhorar a saúde das pessoas, como prática social interdisciplinar (MUÑOZ et al, 2000).

A carga horária destinada à formação para a saúde pública é colocada como um ponto relevante:

A carga horária deve ser compatível para que o aluno adquira conhecimento e compreensão, e possa exercer a saúde pública. Deve-se aumentar a carga horária. O governo faz propaganda direcionada quanto à preocupação com a saúde, com a prevenção [...], mas ao criar novos programas somente pequenos grupos conseguem ter acesso à capacitação. É preciso atingir 90% dos profissionais que atuam na área de saúde pública, tem que se aumentar a carga horária no ensino da graduação, como também tem que se oferecer a oportunidade de capacitação aos profissionais que atuam nessa área (M7).

O Ministério da Saúde tem como objetivo para o fortalecimento da atenção básica “desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família” (BRASIL, 2006a, p. 4).

[é importante saber] se a carga horária é compatível para que o aluno vivencie as experiências [necessárias em saúde pública], quantas horas o aluno está em [cada tipo de] cenário? [...], qual a implicação da formação? o foco está localizado aonde? o aluno

cuida da mulher em nível terciário ou na atenção primária, como está esse equilíbrio? Essa é uma questão que eu vou fundo, baseado na direção de um novo modelo assistencial, que privilegie ações de promoção [da saúde], de prevenção, não que essas ações não possam estar presentes em outros cenários, mas uma coisa é promoção e prevenção na atenção primária, dentro de um hospital é outra coisa, acho que tem diferenças de abordagem, de aplicação. Deve-se olhar desde [a apresentação da] realidade social até se discute o planejamento macro-estrutural de uma região, uma boa formação deve chegar até aí, não acho que é só uma questão de especialização (M4).

Para vivenciar e incorporar alguns conhecimentos é necessário um certo tempo, reflexões sobre políticas de saúde, modelos de assistência, formas de prevenção, promoção da saúde, mudança de hábitos de vida, monitoramento de saúde, entre outros tantos temas indispensáveis para a saúde pública, que dependem de integração e de articulação de vários conhecimentos, ou seja, de interdisciplinaridade. Isso não pode ser feito em apenas um ou dois momentos durante a graduação, é necessário estar em contato com essas áreas durante todo o processo de formação.

Primeiramente [o aluno deve] conhecer a família, a comunidade, os recursos disponíveis da sociedade, da comunidade em determinado território e como se relaciona para poder viver (M4).

Os conceitos de Saúde Coletiva, discutidos por Laurell, emergem como necessários para o reconhecimento da sociedade. Preparar o aluno para conhecer a família, a sociedade e suas formas de viver, faz parte das FESP, para o monitoramento e análise da situação de saúde e promoção da saúde. Reconhecer as formas de produção e reprodução social se traduz no saber como a população trabalha, do que sobrevive, e como estabelece as relações sociais.

Depois é fundamental a questão do ambiente, [relacionado ao] saneamento [básico], à ecologia humana, às questões ecológicas, e a todos os agravos relacionados à água, ao lixo, à luz e ao tipo de solo. Uma ferramenta fundamental é a epidemiologia, que permite abordar a dimensão dos agravos na sociedade, para propor intervenções e medidas de controle de agravos, numa abordagem coletiva (M4).

A vigilância em saúde, a garantia da qualidade dos serviços, assim como o desenvolvimento de políticas para o desenvolvimento sanitário nacional, compõem as FESP. Preparar o aluno para utilizar a epidemiologia no controle de agravos, na avaliação dos programas e das condições sanitárias deve ser uma das metas dos cursos

de enfermagem. Somente a partir desse tipo de análise é possível estabelecer prioridades de intervenção.

Outras habilidades importantíssimas estão relacionadas à gestão, ao planejamento e à programação em saúde. O enfermeiro tem que dominar essa área: cada vez mais, observam-se enfermeiros em postos de gestão de serviços. Os conceitos da Saúde Coletiva trazem um novo paradigma, que o enfermeiro deve dominar, pois podem colocá-lo mais próximo da equidade (M4).

O planejamento é fundamental para obter sucesso em qualquer atividade. O planejamento situacional em saúde parte da análise de saúde da população de um determinado território e subentende um enfoque capaz de superar a visão biologicista e ecológica do processo saúde-doença. Necessita da linha de reflexão da epidemiologia social e pressupõe uma perspectiva transformadora para compor um processo voltado para a crítica e a criatividade dos sujeitos envolvidos. “O caráter transformador ou não do processo de planejamento dependerá do conteúdo político concreto do processo” (TEIXEIRA, 1999, p.239).

O planejamento e a programação local contribuem para a gestão dos serviços, enquanto espaço de reorientação política. Permite analisar a eficiência e a eficácia das ações técnicas e gerenciais, a fim de definir mudanças na organização e produção dos serviços (TEIXEIRA, 1999).

As questões educativas também são atividades desenvolvidas pelo enfermeiro. Sua formação na área de educação deve ser bem sólida, como profissional que cuida de processos de capacitação de recursos humanos e trabalha com educação de grupos sociais. Esse é um enfoque importante para o trabalhador da saúde pública; não quer dizer que essas questões não possam estar presentes em outras áreas, mas na saúde pública é [fundamental]. Habilidades para relacionar as questões sociais, a pobreza, as diferenças e as iniquidade. É complexo e imponderável, o social penetra o tempo todo, é necessário criar experiências para que os alunos vivenciem essa complexidade e possam gerar processos diferenciados (M4).

As ações educativas fazem parte do cotidiano da área da saúde, principalmente em saúde pública, pois a educação em saúde é uma das ferramentas utilizadas para a promoção em saúde e para a prevenção de doenças e agravos. O desenvolvimento de recursos humanos e a capacitação em saúde pública também é uma das FESP, para o

aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores, e inclusive, de novas lideranças, e devem incluir representantes da comunidade.

A participação social, e o empoderamento dos cidadãos fazem com que os sujeitos e a coletividade se convertam em protagonistas no processo de planejamento, discussão, gestão, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, para a construção compartilhada e democrática do conhecimento e das ações em prol da qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Para avaliar as especificidades em saúde pública deve-se primeiramente verificar se essas áreas [citadas] são contempladas no currículo, se o currículo discute processo saúde-doença, políticas de saúde, epidemiologia, doenças crônicas e infecciosas, perfil epidemiológico, se trabalha com abordagem de prevenção, promoção [da saúde] dos principais agravos. Esse é um critério, além da questão de planejamento, isso é básico (M4).

Isso remete à necessidade de projetos pedagógicos voltados para esse paradigma mas,

na medida em que você faz aprovar, aparentemente propostas avançadas, não é tão fácil torná-las realidade, por que o sistema controla outras variáveis, ligadas à forma de organização, de pensar a educação. Nesse cenário as mudanças são turbulentas, conflituosas e com outros campos de interesse. Existe um grande produto decorrente das reformas, mas não necessariamente garantem as mudanças. Para isso as pessoas têm que se apropriar desse novo paradigma. É uma luta aprovar, mas é ingenuidade imaginar que outros atores, só por que foi aprovado, vão fazer dessa forma, que não vão desenvolver mecanismos de oposição e de defesa, favorecidos pela organização das instituições. Portanto, existem fatores que impulsionam para um lado e levam a produzir para outro lado (M2).

Fica evidente que, apesar da Reforma Sanitária, da criação do SUS, da construção coletiva das diretrizes curriculares para os cursos de Enfermagem, dos movimentos mundiais em prol das FESP, existem inúmeras dificuldades para a implantação de sistemas de saúde voltados à prevenção e à promoção da saúde, como também à formação em enfermagem sob esse paradigma.

Talvez os professores da área de saúde pública possuam maior compreensão histórica [do modelo de assistência adotado pela enfermagem]. Supondo que estejam mais qualificados para fazer essa leitura, poderiam ter maior participação no projeto [político

pedagógico], mas sem cair em confronto [com seus pares], sem construir barreiras, sem desqualificar, [caso contrário] perde-se a condição de interlocução. É necessário desenvolver uma discussão privilegiada pelo conjunto, ou seja, interação em nível de projeto, com qualidade, a partir da coesão, [do quanto] é possível interpretar a diretriz [curricular], enquanto detentor de concepção, assim vai se avançando (M2).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi desenvolvido a partir de depoimentos dos membros da Comissão Assessora de Avaliação para a Enfermagem do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com a finalidade de analisar o processo de avaliação da educação superior de Enfermagem, a fim de compreender melhor o Sistema de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e identificar os critérios preconizados para a avaliação da educação superior de Enfermagem.

A ênfase dada à saúde pública, no desenvolvimento deste estudo, foi impulsionada pelas condições de saúde da população brasileira e pela insuficiente e por vezes inadequada oferta de serviços. Partindo da premissa de que os serviços podem trabalhar sob um novo paradigma de saúde e atender às diretrizes do Sistema Único de Saúde, se faz necessário formar enfermeiras competentes para atuar em saúde pública, portanto avaliar a formação nessa perspectiva.

A análise realizada a partir dos depoimentos denota heterogeneidades e homogeneidades no conjunto das opiniões expostas, pelos membros da Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem – INEP, no que se refere à avaliação e à formação em enfermagem.

A questão que apresentou maior unanimidade por parte dos membros da comissão foi relacionada ao Exame Nacional de Cursos (ENC). A comissão o considera como avaliação pontual, embora existisse a avaliação institucional e a avaliação das condições de oferta; de finalidade classificatória e com potencial para estabelecer ranking das IES, ou seja, instrumento poderoso de controle. Para um dos membros não poderia ser chamado de avaliação, foi uma política equivocada, com interesses de outra ordem, que não levou em consideração a reflexão das universidades que já vinha sendo realizada.

O ENC foi instituído juntamente com a Análise das Condições de Oferta (ACO) e com a Avaliação Institucional dos Centros Universitários; tornou-se muito visível, ao contrário das duas outras modalidades de avaliação, que não foram representativas; seus resultados apresentaram ampla divulgação na mídia, determinando o ranqueamento das IES, e foi utilizado como instrumento político capaz de fortalecer as funções de controle e coordenação do MEC.

Evidenciam-se discordâncias na opinião dos membros da comissão quanto ao entendimento sobre o ENADE. Por alguns é visto como instrumento regulador, semelhante ao ENC, sendo que para um dos membros o INEP substituiu o ENC pelo ENADE. Entretanto, para a maioria dos membros da comissão o ENADE é visto como um exame de avaliação de desempenho, inserido em um sistema global de avaliação; tem como objetivo verificar o valor agregado entre o processo de entrada e de saída do aluno. Quanto aos resultados vários membros referem que não deveriam ser divulgados, mas aponta-se que a lei permite essa divulgação; ainda consideram difícil o ENADE não estabelecer ranking, pois a imprensa faz o ranqueamento e a sociedade tenta identificar o curso mais bem classificado.

Quanto ao Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), de maneira geral é visto pela comissão como um sistema de avaliação global e integrado, que induz a pensar na formação profissional. Para alguns dos membros também induz a pensar na formação do homem. Verifica-se que alguns membros aderiram integralmente às diretrizes do SINAES, considerando que este tem papel regulador e formador. Para um dos membros o SINAES não é o que o PAIUB pretendia, mas resgata alguns aspectos emancipatórios que estavam perdidos.

O SINAES é um sistema de avaliação que tem como princípio a responsabilidade social das instituições educativas, que “mediante o poder de regulação e de direção política do Estado” afirma que as instituições devem prestar contas à sociedade (INEP, 2004, p.86). Apresenta como característica fundamental a integração de vários instrumentos de avaliação ancorados em uma concepção global, capaz de respeitar a identidade e diversidade institucionais.

Os componentes regulatórios do SINAES estão relacionados ao credenciamento e reconhecimento de cursos, assim como também o ENADE, que parece manter a mesma visibilidade do ENC, e que associado à flexibilidade para a inserção na educação superior, pode privilegiar o mercado competitivo. A avaliação formativa está diretamente ligada à avaliação institucional e de cursos que, através da auto-avaliação e da avaliação in loco, realizada pelos avaliadores, poderá exercer papel formador.

O papel do avaliador na avaliação in loco é colocado em destaque pela Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem – INEP como elemento central do

processo de avaliação institucional e de cursos, pelo seu domínio do objeto e pela possibilidade ímpar de diálogo, que lhe permite sinalizar novos caminhos.

É claro que a avaliação institucional e de cursos, a partir do pressuposto de avaliação formativa, possibilita o diálogo entre o avaliador e a comunidade acadêmica da instituição avaliada, entretanto, não se pode atribuir ao avaliador uma responsabilidade para além do seu papel. A avaliação *in loco* é um dos momentos da avaliação institucional ou de cursos, estas contam ainda com a regulação, atributo do poder público, que precede o processo de avaliação na etapa de autorização, assim como regula novamente, uma vez concluída a avaliação, ao analisar os pareceres da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior e aplicar os efeitos regulatórios previstos em lei, conferindo o credenciamento ou não.

Quanto à introdução de instrumento único para avaliação dos cursos, parte dos membros da comissão considera que, esse instrumento, ao incorporar critérios qualitativos permite a análise subjetiva dos cursos de acordo com a diversidade regional e institucional. Essa subjetividade representa a possibilidade de assegurar a flexibilidade preconizada nas Diretrizes Curriculares e, portanto, permite que o avaliador possa olhar para as características de cada curso. Por outro lado, representa a preocupação de alguns membros com a diminuição do controle, relacionada à falta de especificidade do instrumento para a avaliação dos cursos de enfermagem.

Para Dias Sobrinho (2000), uma boa avaliação se dá por meio de racionalidade técnica e informações objetivas capazes de contribuir com a justiça social. A partir de instrumento único é possível racionalizar as informações e estabelecer um panorama geral do sistema educativo. Quanto aos critérios qualitativos permitem identificar a identidade e a diversidade das instituições. Em se tratando da área da saúde a contribuição para o fortalecimento da justiça social está diretamente relacionada às diretrizes do SUS como equidade e integralidade, o que remete à necessidade de avaliar a formação dos profissionais sob esse prisma.

Para a Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem - INEP, o SINAES não estabelece relação direta com emprego. Entretanto, consideram que emprego está relacionado à expansão de cursos e vagas; a preocupação passa pela proliferação desordenada e pela alta concentração de cursos nos grandes centros e regiões mais desenvolvidas.

A falta de emprego não pode ser relacionada somente à expansão da educação superior. A área da saúde no Brasil representa um importante mercado de trabalho, mas o número de vagas para enfermeiras ainda é bastante reduzido. É preciso subsidiar as organizações de classe na luta por mais cargos/empregos para enfermeiras, tendo em vista que, principalmente, as regiões menos favorecidas carecem desses profissionais e as necessidades por assistência à saúde são crescentes.

A necessidade de criação de cargos/empregos está relacionada diretamente à implementação do SUS. A expansão do sistema de saúde e a melhoria da qualidade da assistência passam por esse contexto.

Para um dos membros da comissão o mercado relaciona avaliação e emprego. Utiliza indicadores como a nota do ENC, levando em consideração o ranking das IES para a inserção no mercado de trabalho. Um outro membro da comissão afirma que não se pode formar para o mercado, é preciso formar para o mundo do trabalho, contudo a avaliação pode contribuir para obter um produto final de qualidade, um bom profissional.

Quanto à utilização indevida das notas do ENC, a legislação restringe a divulgação da nota individual, mas não estabelece proibição ou punição por uso indevido. O objetivo preponderante da busca pela formação é obter emprego, entrar para o mundo do trabalho - conseqüentemente para o mercado, caracterizado pela competitividade e pela busca de padrões de qualidade capazes de aumentar os lucros e diminuir os custos.

É necessário que a Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem –INEP e as comissões dos respectivos cursos da área da saúde desenvolvam junto ao INEP realizem estudos que estabeleçam relação entre avaliação da educação superior e emprego para subsidiar as avaliações junto as IES. Estas por sua vez devem estabelecer parcerias com as Secretarias de Saúde municipais e estaduais para desenvolver diagnósticos de saúde e de necessidade de recursos humanos, a fim de criar formas de incremento para a expansão de empregos a partir de prioridades locais. Hoje, a maioria dos municípios tem um quadro de recursos humanos bastante reduzido, o que impede um bom desenvolvimento do SUS.

É preciso estabelecer co-responsabilidade as IES, tanto para o provimento e criação de empregos como para a sustentação do SUS. O sistema de saúde não é somente responsabilidade do Estado.

Parte da Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem – INEP expõe uma certa preocupação relacionada ao aumento de cursos, sem a regulação considerada necessária. A dúvida que estabelecem é a de autorizar ou não a abertura de cursos, inclusive pela falta de cenários para a prática. Ainda consideram que a oferta de cursos e vagas não é relacionada às necessidades de saúde, e muitos cursos abrem sem condições para funcionar, tendo em vista a sua localização e as dificuldades para atuação dos profissionais em determinadas regiões.

Entretanto, alguns membros da comissão consideram necessária a abertura de cursos, pois o número de escolas existentes ainda não forma o número de enfermeiras que a população precisa, principalmente nas regiões menos favorecidas.

Evidencia-se uma dicotomia entre os membros da comissão. Parte dos membros defende que a ampliação de cursos deve estar relacionada à oferta de empregos e as condições de atuação dos profissionais em determinados locais, portanto ao mercado de trabalho. A outra parte considera necessária a abertura de Escolas de Enfermagem, pois há falta de profissionais para atender a toda a população.

O crescimento da oferta da educação superior é prioritariamente de instituições privadas, enquanto a oferta de vagas de instituições públicas se mantém praticamente estagnada ao se comparar com o crescimento da oferta de vagas do setor privado. O Estado transferiu sua responsabilidade social para a livre iniciativa, com o pressuposto de autonomia, que por um lado favorece a iniciativa privada para a abertura indiscriminada de cursos e vagas; por outro, desfavorece a expansão do ensino público por meio da regulação dos recursos financeiros.

A expansão das escolas determina aumento do mercado educacional, que pode favorecer a situação da educação brasileira, se realizada com qualidade. Entretanto, é preciso estabelecer essa oferta de acordo com as necessidades do sistema de saúde. Tendo em vista que há falta de profissionais enfermeiras no Brasil e no mundo, a assistência de enfermagem é prioritariamente realizada por auxiliares de enfermagem, as enfermeiras desempenham predominantemente apenas um papel mais gerencial, considera-se necessário aumentar a oferta de enfermeiras.

Quanto ao desenvolvimento das práticas em enfermagem, preponderante em cenários tradicionais de assistência em saúde, principalmente individual e curativa, ao incorporar um modelo de assistência à saúde, voltado para a prevenção e promoção da saúde, é possível diversificar esses campos de práticas. Esses cenários estão em toda

entidade ou espaço social. Isso não remete ao abandono do ensino clínico, mas a uma maior diversidade para a formação da enfermeira.

Alguns membros da comissão evidenciam a necessidade de inovação por parte das universidades públicas, relacionada à expansão de cursos e vagas e à oferta de cursos em horários acessíveis ao aluno trabalhador. Quanto às instituições privadas consideram que é preciso maior responsabilidade social perante alunos e docentes.

É inaceitável o alto índice de evasão de alunos que não conseguem pagar as mensalidades devido aos aumentos posteriores e não informados no momento da matrícula, assim como as demissões em massa de professores titulados após o credenciamento dos cursos. O que o INEP fará a esse respeito?

A Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem - INEP aponta a necessidade de critérios para a avaliação da educação de enfermagem, tendo como eixos norteadores, as diretrizes curriculares e as diretrizes do SUS. A grande maioria dos membros da comissão considera que a formação da enfermeira deve ser generalista, que a avaliação deve ser fundamentada no reconhecimento da realidade regional e institucional.

Alguns dos membros consideram que a titulação de docentes deve ser condizente com a realidade em que está inserida a instituição e demonstram preocupação com a organização curricular e a seleção de conteúdos.

Qual a compreensão de enfermeira generalista? Segundo as Diretrizes Curriculares a enfermeira generalista deve ser capaz de atuar na assistência individual e coletiva, no âmbito clínico e epidemiológico.

Quanto à preocupação com a organização curricular ressalta-se que, até o momento os cursos de enfermagem foram organizados através da oferta de conteúdos prioritariamente voltados ao modelo de assistência curativo. Essa visão de saúde ainda não foi superada, o que leva a crer que apesar das Diretrizes Curriculares flexibilizarem a definição do projeto político-pedagógico, a tendência é repetir o mesmo padrão, já conhecido e de domínio da maioria de coordenadores de curso e de docentes.

Alguns projetos político-pedagógicos já apresentam inovações e são conduzidos para uma formação com inserção na saúde pública, através de uma lógica interdisciplinar, mas ainda é preciso avançar. Trabalhar nessa perspectiva é um desafio,

principalmente levando em consideração a organização das instituições e a organização do trabalho docente, que passa pelas formas de contratação de professores que, com exceção das instituições públicas, é em regime parcial por horas/aula ministradas, o que implica em dificuldades para desenvolver espaços e colegiados para discussão, elaboração e avaliação do projeto.

A avaliação é um ato de comunicação e produção de sentidos. Implica apropriação qualificada e qualificadora dos dados do processo”, que deve ser vivenciado por todo o corpo social da escola, a fim de construir formas e meios de profissionalizar para o comprometimento social, que passa pela transformação da “medida”, nota, em avaliação, que se legitima com a participação da comunidade social da escola. (SORDI, 2006, p.63).

Avaliar significa apontar os acertos e as incoerências, as aproximações e a contradições, para a construção de formas de superação.

Alguns membros da comissão consideram o coordenador como o grande articulador do curso; o seu engajamento institucional e com a realidade local representam o grande diferencial. O coordenador será o grande diferencial caso haja interesse em transformar os modelos de ensino e suas implicações na prática profissional; “é enfrentar o que está instituído em todas suas dimensões para dar lugar à uma tríade ensinar/aprender/avaliar qualitativamente diferenciada do modelo que hegemoniza o campo da formação universitária” (SORDI, 2006, p.66).

Impera, também, a necessidade de ruptura quanto às concepções do processo saúde-doença, para a construção de um novo paradigma de formação em saúde, voltado para as diretrizes do SUS, portanto de forma incisiva para uma formação em saúde pública.

A defesa em prol da formação em saúde pública emerge da situação de saúde da população, da impotência do modelo de assistência curativo diante da realidade social do país e pelas diretrizes do SUS que apontam como prioridade a Atenção Básica.

No entanto, a referência de critérios de avaliação para formação em saúde pública, na visão de parte da Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem - INEP, é considerada desnecessária, o que contradiz o discurso da formação segundo o eixo norteador do SUS e da necessidade de integração com a rede de saúde e com o PSF.

Persiste a idéia da saúde pública apenas como área de conhecimento ou disciplina, olhar reducionista da prática em saúde pública. Na história da formação em Enfermagem, a saúde pública já foi desconsiderada da organização curricular dos cursos, hoje ocupando o espaço limitado de área de conhecimento. Entretanto, para um dos membros da comissão, a superação transcende da visão de transversalidade da saúde pública, considerando que deve compor todos os eixos temáticos.

A avaliação de cursos pode contribuir para essa construção, ao identificar a visão dos docentes e do coordenador de curso quanto à concepção de processo saúde-doença; é o primeiro passo para distinguir as aproximações e os distanciamentos em relação ao paradigma proposto pela Reforma Sanitária, portanto do SUS, como também para garantir a formação da enfermeira generalista.

Esse processo aponta para a necessidade de acompanhamento contínuo de cunho qualitativo, inclusive por parte do avaliador, para a percepção do caminho percorrido. Contudo, o sistema de avaliação não permite que o avaliador avalie mais de uma vez a mesma instituição, caracterizando-se a descontinuidade do processo de avaliação.

Inúmeras competências, contidas nas Diretrizes Curriculares e apontadas pela Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem-INEP, indicam o caminho a seguir.

A avaliação deve ser capaz de reconhecer a realidade e indicar as mudanças necessárias para uma boa formação em saúde pública, por meio de carga horária bem distribuída entre assistência curativa e assistência em saúde pública; utilização de cenários de prática com inserção em saúde pública em todos os eixos temáticos; uso de cenários de prática em comunidades externas aos serviços de saúde para o desenvolvimento de práticas para promoção da saúde; desenvolvimento de projeto interdisciplinar para além da enfermagem, incluindo outras profissões da saúde e as Secretarias da Saúde locais; práticas e desenvolvimento de projetos em Vigilância em Saúde; estágio curricular em serviços de Atenção Básica.

É necessário aprofundar o entendimento do SINAES referente às suas diretrizes e inclusive às suas contradições quanto a concepção de educação e avaliação, regulatória e formativa. Quanto maior a compreensão, tanto pela Comissão Assessora de Avaliação para a área de Enfermagem - INEP como pelos coordenadores de curso, docentes e alunos, melhor poderá ser a sua aplicação.

Se o sistema tem caráter regulatório, que seja utilizado para conter a abertura mercantilista de cursos. Quanto ao caráter formativo da avaliação, o desafio está em que ela exerça real contribuição na elaboração e desenvolvimento de projetos político-pedagógicos para formar o futuro trabalhador do SUS.

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA DOS INTEGRANTES DA COMISSÃO ASSESSORA DE AVALIAÇÃO NA ÁREA DE ENFERMAGEM

1. Como o(a) senhor(a) descreveria sua experiência profissional e sua vivência na Educação Superior de Enfermagem e na área de avaliação?
2. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) traz uma proposta com novas bases e nova forma de avaliação das Instituições de Ensino Superior (IES). Através do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) substituiu o Exame Nacional de Cursos (ENC). No seu entender quais as principais características e as respectivas diferenças dessas duas formas de avaliação?
3. O(a) Senhor (a) entende que a utilização de instrumento único de avaliação de cursos de graduação permite avaliar os cursos segundo suas características, respectivas diretrizes curriculares, diversidade regional e identidade institucional? Por favor detalhar.
4. A avaliação da Educação Superior atribui grande importância à capacidade que os cursos de graduação possuem em alocar os concluintes no mercado de trabalho. Como o (a) senhor(a) entende que a Comissão Assessora de Avaliação na área de Enfermagem estabelece a relação entre avaliação de cursos / ENADE e emprego na área de enfermagem?
5. A enfermagem tem sua maior concentração de profissionais e de Instituições de Ensino Superior no eixo Sul-Sudeste. O número de Cursos de Graduação em Enfermagem cresceu abruptamente nos últimos cinco anos. O SINAES pode exercer influência nesse panorama? Como no seu entender a Comissão Assessora de Avaliação na área de Enfermagem vê o crescimento da oferta de cursos?
6. Quais os critérios específicos utilizados na avaliação de Educação Superior de Enfermagem? Por favor detalhar.
7. Tendo em vista a vigência do SUS, a implantação do Programa de Saúde da Família, a institucionalização da gestão plena em muitos municípios, quais os critérios que o(a) senhor(a) julga específicos para formação em saúde pública?
8. No seu entender, quais as tendências que a Comissão Assessora de Avaliação na área de Enfermagem deverá assumir?
9. Como o(a) senhor(a) descreveria as tendências dos processos de avaliação da educação superior brasileira?

Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo
Departamento de Administração Escolar e Economia da Educação
Área de concentração: Estado, Sociedade e Educação

ANEXO III

Pesquisa: Avaliação do ensino superior de enfermagem na perspectiva da saúde pública

Contatos:

Pesquisadora: Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos

Contato: tatygalleguillos@uol.com.br, Telefones: (11) 9916-2617

End: Rua Santa Isabel 181, Vila Buarque, São Paulo, cep: 01221-010

Orientador: Prof. Dr. Afrânio Mendes Catani

Contato: e-mail amcatani@usp.br

Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Contato: coep@fsp.usp.br ; telefone: (11) 3066-7779 ou 3066-7742

End: Av. Dr. Arnaldo 715, térreo, Cerqueira César, São Paulo, cep: 01246-904

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos, CPF 074.547.198-64, sexo feminino, na condição de doutoranda da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, na área de concentração Estado, Sociedade e Educação, estou realizando um estudo sobre “Avaliação do ensino superior de enfermagem na perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para a Enfermagem - INEP”.

Assegura-se que:

- Esclarecimentos ou dúvidas relacionadas à pesquisa poderão ser obtidos a qualquer momento;
- o anonimato será mantido em todas as fases do estudo;
- o consentimento para participação poderá ser retirado a qualquer momento, encerrando a participação no estudo;
- sua participação não lhe trará qualquer prejuízo ou à instituição de ensino em questão;
- todas as despesas decorrentes de sua participação no estudo são garantidas pelo pesquisador ;
- as informações sobre os resultados do estudo estarão disponíveis e serão enviadas mediante solicitação;
- o estudo não determina riscos à saúde e,
- os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em periódicos científicos.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar de presente estudo.

Eu _____, aceito participar do estudo “Avaliação do ensino superior de enfermagem na perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para a Enfermagem - INEP”. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma sigilosa.

Data _____

Nome completo _____

Assinatura _____

—

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L; COSTA, V. M. F. C. Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro. Centro de Estudos Konrad Adenauer Stintung, 1998, n.12.

AFONSO, A. J. Avaliação educacional: regulação e emancipação. São Paulo: Cortez, 2000.

ALCÂNTARA, G de. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1963. 125p. Tese (Provimento de Cátedra). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo. 1963.

ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, J. S. Y. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1989.

APPLE, M. W. A política do conhecimento oficial: faz sentido a idéia de um currículo nacional. In: MOREIRA, A. F; SILVA, T. T. (Orgs.). Currículo, cultura e sociedade. Trad. por Maria Aparecida Batista. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 59-91. Cap.3.

_____. Educando à direita: mercados, padrões, Deus e desigualdade. Trad. por Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Cortez/Instituto Paulo Freire, 2003.

ARRUDA, M A. do N. A nova política de pós-graduação no Brasil. Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v.11, n.2, p 219-229, out. 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Proposta de novo currículo mínimo para o curso superior de enfermagem: a formação do enfermeiro. Brasília, 1991.

_____. Documento final da Reunião Nacional de Cursos e escolas de Graduação em Enfermagem: Carta de Florianópolis. Florianópolis, 1999.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Edições 70, 1977.

BARREIRA, I. A. A enfermeira no país do futuro. Rio de Janeiro: UFRJ, 1992.

BARREYRO, G. B; ROTHEN, J.C. “SINAES” contraditórios: considerações sobre a elaboração e implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Educ. Soc., Campinas, v.27, n.96, p. 955-977, out. 2006.

BELLONI, I. A educação superior na nova LDB. In: BRZEZINSKI, I (Org.).LDB Interpretada: diversos olhares se inter cruzam. São Paulo, Cortez, 1997, p.123-140.

BERNAL, I. L. Funciones esenciales de la salud pública en programas de maestrías de la Escuela Nacional de salud Pública año 2001. Rev Cubana Salud Pública, Cuba, v.28, n.1, p.46-53. 2002.

BERNARDO, J. Estado: a silenciosa multiplicação do poder. São Paulo: Escrituras, 1998.

BERTOLLI FILHO, C.F. A história da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1998.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev Esc Enf USP, São Paulo, v. 30, n. 3, p.380-98, 1996.

BETANCUR, N. Las políticas universitarias en América Latina en los años noventa: del Estado Proveedor al Estado Gerente. Pensamiento Universitario, La Plata, 2002.

BIANCHETTI, R. G. Modelo neoliberal e políticas educacionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Superior. Departamento de Política de Ensino Superior. Coordenação das Comissões de Especialistas de Ensino. Comissão de Especialistas de Enfermagem. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação de Enfermagem. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. PROFAE. Profissionalização de auxiliares de enfermagem guia do aluno. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Educação. Secretaria do Ensino Superior. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Comissão Especial de Avaliação. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: bases para uma nova proposta de avaliação da educação superior. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil 1995 a 2003: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série G. estatística e informação em saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Oficinas de trabalho com os avaliadores da educação superior na área da saúde. Disponível em: < www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_2005_avaliadores.pdf >. Acesso em: 24 de janeiro de 2007.

BREILH, J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva; construção do pensamento e debate. In: COSTA, D. C. (Org.) Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo: Hucitec, 1990. p.137-63.

BREILH, J.; GRANDA, E. A investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. 2 ed. São Paulo: Abrasco, 1996.

CAMPOS, G. V. de S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva na organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.113-24.

CANESQUI, A M. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A M.(Org.) Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. p.19-35.

CARVALHO, A. C. Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976: documentário. Brasília: Folha Carioca, 1976.

CASTRO, M. H. de M. Trad. por Ricardo Silveira. Estado e mercado na regulação da educação superior. In: BROCK, C; SCHWARTZMAN, S. (Org). Os desafios da educação no Brasil. Rio de janeiro: Nova Fronteira, 2005. p.241-283.

CATANI, A. M.; OLIVEIRA, J. F. de. As políticas de diversificação e diferenciação de educação superior no Brasil: alterações no sistema e nas universidades públicas. In: SGUISSARDI, W. (Org.) Educação superior: velhos e novos desafios. São Paulo: Xamã, 2000a. p.63-81.

_____. A reforma da educação superior no Brasil nos anos 90: diretrizes, bases e ações. In: CATANI, A. M.; OLIVEIRA, R. P. de (Org.) Reformas educacionais em Portugal e no Brasil. Belo Horizonte: Autêntica, 2000b. p. 95-134

CATANI, A .M; OLIVEIRA, J. F; DOURADO, L. F; A política de avaliação da educação superior no Brasil em questão. In: SOBRINHO, J. D; RISTOFF, D. I (Org.) Avaliação democrática: para uma universidade cidadã. Florianópolis: Insular, 2002. p. 99-118.

CASTELLANOS, B. E. P. et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, 1989. Anais. Florianópolis, ABEn, 1989. p.147-169.

CERVO, L..A.; BERVIAN, P. A. Metodologia Científica. 3º ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHEN,L;EVANS,T;ANAND,S;BOUFFORD,JL;BROWN,H;CHOWDHURY,M;CUE TO,M;DARE,L;DUSSAULT,G;ELSINGA,G;FEE,E;HABTE,D;HANVORAVANGCHAI,P;JACOBS,M; KUROWSHI,C; MICHAEL,S;PABLOS-MENDEZ,A;SEMORKUMBA,N; SALMANO,G; STILWELL,B; WAAL,A;WIBULPOLPROSERT,S. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet, London/New York, v.364, n. 27, novembro, 2004.

CONASEMS. Sistema Único de Saúde. (Constituição Federal – seção II; Lei Orgânica da Saúde n. 8.080; Decreto n.99.438; Carta de Fortaleza) publicações Técnicas 2, 1990, 28p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. Relatório final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CUNHA, L.A. Nova reforma do ensino superior: a lógica reconstruída. Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas, São Paulo, n.101, p.20-49, jul. 1997.

_____. L. A. Ensino superior e a universidade no Brasil. In: 500 anos de educação no Brasil. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2000. p.151-204.

CUNHA, M. L. da; FORSTER, M. M; FERNANDES, C. L. Avaliação externa e os cursos de graduação: implicações políticas na prática pedagógica e na docência. Texto vinculado à pesquisa interinstitucional Formatos avaliativos e concepção de docência, desenvolvida com o apoio da FAPERGS e do CNPq. (Mimeografado). Disponível em: < www.anped.org.br/reunioes/25/mariaisabelcunha1.rtf>. Acesso em: 24 de janeiro de 2007.

CURY, C R J. A educação superior na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: uma nova reforma? In: CATANI, A M. Novas perspectivas nas políticas da educação superior na América Latina no limiar do século XXI. Campinas, SP:Autores Associados, 1998, p. 75-81.

DEMO, P. A nova LDB: ranços e avanços. 7 ed. Campinas: Papirus, 1997.

_____. Avaliação qualitativa. 6 ed. Campinas: Autores Associados, 1999.

DIAZ BARRIGA, A. A avaliação no marco das políticas para a educação superior: desafios e perspectivas. Avaliação. Campinas/SP, v.7, n.2, p.9-28, jun. 2002.

DIAS SOBRINHO, J. Avaliação da educação superior. Petrópolis:Vozes, 2000.

_____. Quase-mercado, quase-educação, quase-qualidade: tendências e tensões na educação superior. Avaliação. Campinas/SP, v.7, n.1, p.9-33, mar. 2002.

_____. Avaliação democrática. Florianópolis: Insular, 2002a.

DREESCH, N; DOLEA, C; DAL POS, M R; GOUBAREV, A;ADAMS,O; AREGAWI,M; BERGSTROM,K; FOGSTAD,H; SHERATT,D; LINKINS,J; SCHERPBIER,R; YOUSSEF-FOX, M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health Policy and Planning, Oxford, v.20, p. 267-276, 2005.

DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S. (Org.) Os muitos brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1995. p.14-56.

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teórico de análise. In: ROCHA, L. E ; ROGOTTO, R, M.; BUSCHINELLI, J. T. P.(Org.). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo, Vozes, 1993. p.33-55. Cap.3.

FERREIRA, C.G. Processo de trabalho, tecnologia e qualificação – notas para discussão. Texto preparado para mesa redonda na Conferência sobre Industrialização e Classe Operária, promovida pelo Departamento de História de IFCH-UNICAMP. Departamento de Ciências Econômicas e do CEDEPLAR-UFMG.(Mimeografado).

FONSECA, R.M.G.S. da. A educação e o processo de inclusão-exclusão social da mulher. Rev Bras Enf, Brasília, v.48, n.1, p.51-59. 1995.

FONSECA, R. M. G. S; BERTOLOZZI, M.R. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Enfermagem no SUS: a classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília, 1997. p.3-59.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE GRADUAÇÃO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS, FORGRAD, 12. Ilhéus, 1999. Plano de Graduação: um projeto em construção. Ilhéus, 1999.

FREITAS, L. C. de.(Org.) Avaliação: construindo o campo da crítica. Florianópolis: Insular, 2002.

GARCIA,T.R; CHIANCA, T.C.M; MOREIRA, A.S P. Retrospectiva histórica do ensino de enfermagem no Brasil e tendências atuais. Rev Gaúcha Enf, Porto Alegre, v.16, n.1/2, p.74-81, 1995.

GALLEGUILLOS, T.G.B. A inserção da saúde coletiva nos currículos dos Cursos de Graduação de Escolas de Enfermagem do Estado de São Paulo. São Paulo, 2001. 140p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

GERMANO, R.M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1985.

GERMANO, J.W. Estado militar e educação no Brasil. (1964-1985). São Paulo: Cortez, 1993.

GOMES, E.L.R. Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento. Ribeirão Preto, 1991. 188p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

GOMES, M A. Exame nacional de cursos e política de regulação estatal do ensino superior. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n.120, p.129-149, novembro, 2003.

GRINSPUN, M. P. S. Z. Avaliação institucional. Ensaio: aval pol públ, Rio de Janeiro, v.9,n.31,p.223-236, abr/jun.2001.

GUIMARÃES, N.A. A alquimia organizacional: qualificação e construção do consentimento. In: Caminhos cruzados: estratégias de empresas e trajetórias de trabalhadores. São Paulo: Editora 34, 2004. p.

HADDAD, A E et al (Org.). A trajetória dos cursos de graduação na saúde 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira, 2006. 15v: il. tab.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção à regulamentação. 2 ed., Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2004. 155p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Número total de Cursos de Enfermagem. Disponível em: <www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/busca_curso.stm>. Acesso em: 23 de janeiro de 2007.

KISIL, M. Prefácio. In: CHOMPRÉ, R. R. S.; EGRY, E. Y. A enfermagem nos projetos Uni: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998. p.7-13.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E, D. (Org.) Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p.134-58.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LIMA, K. R. de S. Reforma Universitária do governo Lula: relançamento do conceito de público não-estatal. In: Reforma Universitária do Governo Lula. São Paulo: Xamã, 2004. p.23-46.

MACHADO, M. H; BELISÁRIO, S.A. O político e o técnico: as encruzilhadas do planejamento. In: GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1992. p.7-13.

MARTINS, C. B. O ensino superior brasileiro nos anos 90. Rev São Paulo em Perspectiva, v.14, n.1, p.41-72, 2000.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança nas práticas sanitárias do Sistema Único de saúde. São Paulo: Hucitec, 1999. p.19-92. Cap.1.

MEYER, D.E. Espaços de sombra e luz: reflexões em torno da dimensão educativa da enfermagem. In: MEYER, D.E; WALDOW, V; LOPES, M. J. M.(Org.) Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p.27-42. Cap.2.

MINAYO, M C de S (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Versão Preliminar).

MISHIMA, , S. M.; ALMEIDA, M. C. P. de A; MATUMOTO, S; PINTO, I. C; OBA, M. das D. do V; PEREIRA, M. J. B; LEITE, M. M; DOMINGOS. N; FORTUNA, C. M; PALHA, P. F; KEMURA, M. L. R; VILLA, T. C. S. A classificação internacional para a prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil – CIPESC – apresentando o cenário de pesquisa no município de Ribeirão Preto – São Paulo. In: CHIANCA, T. C. M; ANTUNES, M. J. M. A classificação internacional das práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília: ABEn, 1999.

MOLLIS, M. La privatización de la educación superior: perspectiva del sur no angloparlatante. Avaliação, Campinas, v.6, n.1(19), mar.2001.

MOURA, A . A produção da força de trabalho da enfermagem no nível de Terceiro Grau. São Paulo, 1997. 197p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

MOURA, A; MEDEIROS, L. C. de. Construindo novos paradigmas para o processo ensinar/aprender na enfermagem. Rev Expressão, Rio Grande do Norte, v.28, n.2, p.69-86, 1997.

MULLAN, FITZHUGH, Don Quixote, Machiavelli, and Robin Hood: public health practice, past and present. American Journal of Public Health, Washington/DC, v.90, n.5, p.702- 706, maio, 2000.

MUÑOZ, F. et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas de la salud. Rev Panam Salud Pública, Washington, v.8,1/2, 2000.

MUSGROVE, P. Public and private roles in health. World Bank Discussion Paper n.339. Washington/ DC: World Bank, 1996.

NERY, M.H. da S. VANZIN, A.S. Enfermagem em saúde pública. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

NISKIER, A. Educação superior no século XXI. Rev Ensaio: Aval pol públ, Rio de Janeiro, v.6,n.21,p.511-526. out/dez 1998.

OLIVEIRA, R. P. de; SOUSA, S. M. Z. L. A avaliação de curso: uma dimensão da avaliação na universidade. Revista Adusp, São Paulo, n.18, out.1999. p.30-35.

OLIVEIRA, R. P. de. Reformas educativas no Brasil na década de 90. In: CATANI, A. M.; OLIVEIRA, R. P. de (Org.) Reformas educacionais em Portugal e no Brasil. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 77-94.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUDS/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de la salud pública. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios Salud. Washington DC: OMS, 2000. 156p.

_____. Organização e gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Divisão de desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Enfermagem em Saúde Pública e as Funções Essenciais de saúde Pública: fundamentos para a prática no século XXI. Washington DC: OMS, 2001.

_____. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional. Rev Enferm IMSS, México, v.12, n.3, p.159-170. 2004.

_____. Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública. Guia para aplicação de Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública. Washington DC: OPAS, 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud 2006 – Colaboraremos por la salud. Francia, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Área de desenvolvimento estratégico de la salud. XXXVIII Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Visitas a áreas técnicas. Washington/DC: OPAS, 2003.

_____. Global Atlas of the Health Workforce. Disponível em: <<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2006.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z; FILHO, N. de A. (Orgs.) Epidemiologia e saúde. 6 ed, Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p.587-604.

PAIVA, M. S. et al. Enfermagem brasileira: contribuição da ABEn. Brasília, ABEn Nacional, 1999.

PAIXÃO, V. Páginas da história da enfermagem. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil, 1951.

PEREIRA, J.C.R. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed, São Paulo: Edusp, 2004.

PEREIRA, L.C.B. Crise econômica e reforma do Estado no Brasil: para uma nova interpretação da América latina. São Paulo: Editora 34, 1996.

PEREIRA, L.C.B; GRAU, N. C. (Org.) O público não-estatal na reforma do Estado. Rio e Janeiro:Fundação Getúlio Vargas, 1999.

RIZZOTTO, M.L.F. História da enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: AB, 1999.

RODRIGUES, R. M. Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação. 2005. 249p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ROSSI, S. S. A constituição do sistema de saúde no Brasil. São Paulo, 1980 (Mimeografado).

SADER, E. Neo-liberalismo e políticas sociais no Brasil. Salvador, Conselho Nacional de Serviço Social, 1995 (Mimeografado).

SALUM, M. J. L; BERTOLOZZI, M. R; OLIVEIRA, M. A. de C. O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e descontinuidades da história. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La enfermería en las américas. Washington/DC, 1999, p.101-118. (Publicação científica, 571).

SANTOS, N. R.dos. A efetivação do SUS – travessia tão difícil como desafiante. 2004 (Mimeografado).

SEMINÁRIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, SENADEN, 2. Florianópolis,1997. Relatório. Florianópolis, 1997.

_____. 3. Rio de Janeiro,1998. Relatório. Rio de Janeiro, ABEN/UERJ, 1998.

_____. 4. Fortaleza, 2000. Programa. Fortaleza, ABEn-seção Ceará, 2000.

_____. 4. Fortaleza, 2000. Relatório preliminar. Fortaleza, ABEn-seção Ceará, 2000.

_____. 5. São Paulo, 2001. Programa. São Paulo, ABEn-seção São Paulo, 2001.

_____. 6. Teresina, 2002. Carta de Teresina. Teresina, ABEn-seção Piauí, 2002.

_____. 8. Vitória, 2004. Carta de Vitória. Vitória, ABEn-seção Espírito Santo, 2004.

_____. 9. Natal, 2005. Carta de Natal. Natal, ABEn-seção Rio Grande do Norte, 2005.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 20 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

SCHWARTZMAN, J. Uma metodologia de avaliação de cursos de graduação. Rev Ensaio: Aval Pol Públ Educ, Rio de Janeiro, v.4, n.12, p.237-264, jul.set.1996.

SILVA, A.L; CORREA, P. Categoria de gênero na enfermagem. Rev Bras Enf, Brasília/DF, v.52, n.1, p.22-36. 1999.

SILVA, G.B.A. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA JR. J. R; SGUISSARDI, V. Reconfiguração da educação superior no Brasil e redefinição das esferas pública e privada nos anos 90. Revista Brasileira de Educação. ANPED, São Paulo, n.10, jan/abr .1999.

SILVA, T. T. da Apresentação. In: GOODSON, I. F. Currículo: teoria e história. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. A “nova” direita e as transformações na pedagogia da política e na política da pedagogia. In: Neoliberalismo, qualidade total e educação. GENTILI, P. A. A; SILVA, T. T. da (Org.) Petrópolis/RJ: Vozes. 2001.

SIQUEIRA, A. C. de. Organismos internacionais, gastos sociais e reforma universitária do governo Lula. In: NEVES; L. M. W. Reforma Universitária do Governo Lula. São Paulo: Xamã, 2004. p.47-71.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. Rev Bras Enf, Brasília, v.53, n.especial, p.7-16, dez, 2000.

SORDI, M. R. L. de. A face perversa da avaliação: elementos de uma leitura do papel da avaliação no projeto neoliberal. Avaliação, Campinas, v.3, n.1(6), p.51-7, 1998.

_____. Avaliando o ensino de Enfermagem no contexto do SINAES: potencialidades e fragilidades. In: TEIXEIRA, E; VALE, E. G. V; FERNANDES, J. D; SORDI, M. R. L. D. O ensino de graduação em Enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: INEP, 2006.

TRAVIS,P; BENNET,S;HAINES, A; PANG.T;BHUTTA,Z;HYDER,A;PIELEMEIER, N R;MILLS,A;EVANS,T. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. Lancet, London/New York, v.364, n.4, setembro, 2004.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.515-531.

_____. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (org.) Saúde:Coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

VARGAS, N. Gênese e difusão do taylorismo no Brasil. In: ANPOCS - Ciências Sociais Hoje. São Paulo: Cortez, 1985, p. 155-189.

VIEIRA, A. L. S; AMÂNCIO FILHO, A; OLIVEIRA, E dos S. de. Mercado de trabalho em saúde na região Sudeste- Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n.1, jan/fev. 2004.

VIEIRA, A. L. S; OLIVEIRA, E. dos S. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.54, n.4, p.623-629, out./dez. 2001.

VIEIRA, A. L. S. AMÂNCIO FILHO, A; GARCIA, A. L. P; DONATO, M. Os enfermeiros no mercosul recursos humanos, regulação e formação profissional comparada. Rio de Janeiro: ENSP/FioCruz/MS, 2006. (Rede observatório de recursos humanos em saúde).

VILLA, T.C.S; MISHIMA,S.M; ROCHA,S.M.M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, S.M.M. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 2002. p.27-38. Cap. 2.

WITT, R. R. As competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. Ribeirão Preto/SP, 2005, 336p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

WITT, R. R; ALMEIDA, M.C.P de. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem. Rev Bras Enf, Brasília/DF, v.56, n.4, p.433-38, jul/ago, 2003.

WORTHEN, B. R.;SANDERS, J. R. FITZPATRICK, J. L. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo:Gente, 2004. Trad. por Dinah de Abreu Azevedo.

ZURN, P; VUJICIC, M; KHASSOUM, D; PANTOJA, A; DAL POZ, M; ADAMS, O. Planning for human resources for health: human resources for health and the production of health outcomes/outputs. Cah Socio Démo Méd, v.45, n.1, p.107-134, jan/mar, 2005.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

BRASIL. Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio à pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de out. 1989. In: BRASIL. Coordenadoria Nacional de Integração da Pessoa Portadora

de Deficiência. Acessibilidade. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005. 60p.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior – SESu. Comissão Nacional de Avaliação. Documento básico avaliação das universidades brasileiras: uma proposta nacional. Brasília, 1993.

BRASIL.Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS. NOB-SUS/1993. Disponível em: < www.saude.rj.gov.br/Nova%20Home/CIB/nob-93.pdf > . Acesso em: 9 de fevereiro de 2007.

BRASIL. 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. 19801-2.

BRASIL. Lei n. 9.131, de 24 de novembro de 1995. Estabelece o Exame Nacional de Cursos. Disponível. em: < www.pedagogiaemfoco.pro.br/19131_95.html > . Acesso em: 9 de fevereiro de 2007.

BRASIL.Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS. NOB-SUS/1996. Diário Oficial da União.Brasília, 2 de set.1996, 70:17064-71

BRASIL. Lei n.9.394, de 20 de dezembro de 1996a. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de dez. 1996. Seção 1, p. 27.833-41.

BRASIL. Decreto n.2.026, de 10 de outubro de 1996b. Estabelece procedimentos para o processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior. Disponível em: < www.pedagogiaemfoco.pro.br/d2026_96.htm > . Acesso em: 9 de fevereiro de 2007.

BRASIL. Decreto 2.306, de 19 de agosto de 1997. Regulamenta para o Sistema Federal de Ensino a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: www.psicopedagogia.com.br/links/leis/decreto2306.shtml >. Acesso em : 9 de fevereiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior-SESu . Chamada de propostas. Brasília, 1997.

BRASIL.Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.3, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de nov.2001, Seção 1, p.37.

BRASIL. Decreto n.3.860, de 09 de julho de 2001. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Disponível em:

< www.cefetba.br/cpa/downloads/decreto3860_%20avaliação_cursos_superiores.pdf > . Acesso em: 9 de fevereiro de 2007.

BRASIL. Lei n. 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Disponível em: < www.cefetba.br/cpa/downloads/Portaria_reg_sinaes_2051.pdf >. Acesso em 9 de fevereiro de 2007.

BRASIL. Portaria n.2.051, de 9 de julho de 2004a. Regulamenta os procedimentos da avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, instituído na Lei n. 10.861, de 14 de abril de 2004. Diário Oficial da União. Brasília, 12 de jul. 2004. Seção 1, p.12.

BRASIL. Portaria Ministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os Cursos de Graduação em medicina, Enfermagem e Odontologia. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.Br/portal/arquivos/pdf/> >. Acesso em: 9 de fevereiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 1.027, de 15 de maio de 2006. Dispõe sobre banco de avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Disponível em: < www.unig.br/cpa/2006_Portaria_MEC_1027_banco%20de%20avaliadores.pdf >. Acesso em: 9 de fevereiro de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Portaria INEP n.113, de 06 de agosto de 2004. Diário Oficial da União. Brasília. 9 de ago. 2004a. Seção 1, p.26.

_____. Portaria INEP n.101, de 22 de julho de 2004b. Designa Composição da Comissão Assessora de Avaliação da Área de Enfermagem. Disponível em: < www.unioeste.br/serviços/arqvirtual/arquivos/10104-INEP.pdf >. Acesso em: 9 de fevereiro de 2007.