

PANORAMA DO SISTEMA DE SAÚDE, FORÇA DE TRABALHO E ENSINO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Data de aceite: 21/01/2023

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

Alisson Fernandes Bolina

Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil

Luciano Garcia Lourenção

Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil

INTRODUÇÃO

No âmbito internacional, o mercado de trabalho para Enfermagem apresenta-se de forma paradoxal e multifacetada. Enquanto alguns países possuem déficit de profissionais para a área de ensino/educação, outros apresentam desemprego,

com crescimento constante e consequente migração de profissionais para outras regiões e países, em busca de melhores condições de trabalho e salário.¹

No Brasil, dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) mostram que a profissão de Enfermagem é constituída predominantemente por profissionais de nível médio. São mais de 2 milhões de profissionais, entre enfermeiros (579.816), técnicos de enfermagem (1.368.623), auxiliares de enfermagem (425.105) e obstetrizas (303), inseridos em serviços de diferentes naturezas assistenciais (públicos, privados e filantrópicos) e em instituições de ensino e pesquisa, caracterizando-se como a maior força de trabalho na área de saúde do país.²

Após a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implementação, no início dos anos 1990, o Brasil passou por uma expansão do acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população, gerando o aumento da demanda por postos

de trabalho e a necessidade de se formarem profissionais para o sistema público.³ No entanto, esse processo ocorreu de forma acelerada e descontrolada, com participação predominante de instituições de ensino privadas, fomentadas por políticas governamentais de apoio à formação universitária, sem a devida regulação do Estado, caracterizando-se como uma expansão do acesso via privatização do ensino, com níveis de qualidade ainda questionados.⁴

Nesse contexto, a trajetória de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil revela o crescimento de instituições públicas e privadas a partir do ano 2000 até os dias atuais. Todavia, houve um incremento maior de instituições privadas (65%), com maiores concentrações de cursos na região Sudeste, seguidas das regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste e menor concentração na região Norte, evidenciando uma grande desigualdade na distribuição das escolas de Enfermagem no território brasileiro.^{5,6} Ao longo dos anos, o que se observa é a ocorrência de uma grande expansão de cursos e vagas de ensino técnico e superior em Enfermagem, predominantemente privados, inclusive noturnos, nos grandes centros urbanos. Porém, essa ocorrência não está associada à expansão de postos de trabalho, resultando em desemprego e desgaste socioemocional, desvalorização profissional e salarial.^{1,4}

Como resultado desse processo, a distribuição da força de trabalho da Enfermagem brasileira apresenta-se de forma assimétrica entre as regiões, moldada pela dinâmica do mercado profissional, que sofre influência do contexto político, econômico e social do país, dos modelos de atenção em saúde e das políticas implementadas.¹ Para se ter ideia, quase a metade dos trabalhadores de Enfermagem (49%) concentra-se na região Sudeste, enquanto, somando as regiões Norte e Nordeste, tem-se apenas 30,3% do contingente total de profissionais do país. Fato semelhante ocorre com as escolas de Enfermagem, a região Sudeste concentra 41,7% dos cursos, 37% das matrículas e 36,2% dos concluintes; seguida da região Nordeste, com 24,9% dos cursos, 31% das matrículas e 32,8% dos concluintes.^{7,8}

Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz com o apoio do Cofen, apontou as principais tendências em relação à Enfermagem brasileira: maior inserção no setor público, rejuvenescimento e masculinização da profissão. Segundo esse estudo, a Enfermagem representa mais de 50% do contingente de trabalhadores da saúde no Brasil, lotados em sua grande maioria no serviço público, seguido pelos serviços privado, filantrópico e de ensino. O estudo apontou ainda que, apesar do aumento da participação masculina na profissão, a Enfermagem é, em sua maioria, formada por mulheres jovens, que possuem menos de dez anos de formadas. Esses profissionais cumprem extensas jornadas, com vínculos precarizados e consequente desgaste físico e emocional no ambiente de trabalho,

com diferenças significativas de rendimentos providos da atuação entre enfermeiros/as e técnicos/as de Enfermagem, reforçando a histórica divisão social e técnica do trabalho, que marca a trajetória da profissão.^{7,9}

Logo, este capítulo tem como objetivo apresentar um panorama do sistema de saúde brasileiro e sua convergência com a força de trabalho e ensino da Enfermagem no Brasil.

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

No atual cenário da organização do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como a porta de entrada preferencial aos demais níveis, sendo considerada fundamental para garantir a integralidade do cuidado.¹⁰ Essa posição da APS no sistema de saúde brasileiro foi conquistada ao longo dos 30 anos de construção e consolidação do SUS, cujo aumento no número de equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF), desde 1998, foi primordial, principalmente em municípios do interior do país, cuja cobertura de APS passou a ser superior a das capitais.¹¹

Apesar dos avanços, levantamento realizado junto à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), do Ministério da Saúde, demonstra distribuição heterogênea no número de equipes e na cobertura de APS entre as regiões político-administrativas e entre os estados de uma mesma região. Em 2019, o Nordeste concentrava o maior número de estados com as maiores coberturas do país.

Conforme mostra a Tabela 1, o estado de São Paulo possui a menor cobertura de APS (39,30%), enquanto o estado do Piauí possui a maior (98,18%). Nesse cenário, é plausível supor que a população do estado de São Paulo terá maior dificuldade de acessar os demais níveis de atenção à saúde, uma vez que há restrições na porta de entrada ao sistema.

Nesse contexto, é importante destacar que o aumento da cobertura de APS amplia o acesso das populações às ações e aos serviços de saúde ofertados pelo SUS. Ademais, historicamente, à medida que houve o aumento da cobertura foram registradas menores taxas de internações por condições sensíveis à APS.¹¹

A partir de 2008, os enfermeiros foram a categoria com o maior número de profissionais na APS, sendo registrada uma tendência crescente contínua nesse número, superando, inclusive, o total de médicos, que sofreu redução entre 2005 e 2008, aumentando a partir de 2013, com a implementação do Programa Mais Médicos.^{12,13} No entanto, a atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) admite outras modalidades de equipe, com diferentes composições de profissionais e carga horária de trabalho, o que pode causar um reordenamento na distribuição de profissionais na APS.¹⁴

Estados	Atenção Primária à Saúde	
	Nº de equipes	% de população coberta*
Região Norte		
Rondônia	367	68,77
Acre	201	68,87
Amazonas	710	55,19
Roraima	123	61,89
Pará	1532	57,61
Amapá	133	49,75
Tocantins	479	88,16
Região Nordeste		
Maranhão	2112	82,84
Piauí	1325	98,18
Ceará	2407	79,06
Rio Grande do Norte	1013	77,89
Paraíba	1434	94,75
Pernambuco	2284	75,80
Alagoas	871	76,42
Sergipe	617	83,36
Bahia	3616	74,86
Região Sudeste		
Minas Gerais	5541	80,05
Espírito Santo	712	58,64
Rio de Janeiro	2642	51,48
São Paulo	5329	39,30
Região Sul		
Paraná	2277	64,34
Santa Catarina	1804	79,10
Rio Grande do Sul	2097	59,50
Região Centro-Oeste		
Mato Grosso do Sul	588	69,37
Mato Grosso	734	67,66
Goiás	1483	66,51
Distrito Federal	353	40,94
Brasil	42784	63,38

Tabela 1: Distribuição das Equipes de Saúde da Família e cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde por estado. Brasil, 2019.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde -Sala de apoio à gestão estratégica. *Indicador: Número de equipes/população.

No Brasil, desde a década de 1970, houve expansão dos estabelecimentos assistenciais de atenção à saúde de todos os níveis. A partir da década de 1990, esse processo foi ainda mais expressivo entre serviços de atenção primária, sobretudo os postos e centros de saúde, ambulatórios especializados e Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos (SADT). Contudo, nesse período, hospitais e serviços de urgência tiveram crescimento mais discreto.^{15,16}

A diferença na distribuição dos tipos de estabelecimentos entre público e privado tem diminuído, ao longo das últimas décadas. Mas, ainda se verifica maior participação do setor privado em estabelecimentos como clínicas, hospitais e Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos (SADT).¹² Na Tabela 2, observa-se que há menor percentual de estabelecimentos ambulatoriais do SUS, prevalecendo os estabelecimentos privados e de planos de saúde.

Além disso, as desigualdades regionais ainda são marcantes, apesar de todos esses dispositivos legais criados, visando melhorar a integralidade do cuidado e o acesso às ações e serviços das populações em todo o território nacional.^{12,17} Há diferenças na composição de prestadores de serviços que caracterizam a relação estado/mercado e público/privado, com dificuldade de regulação de fluxos regionais. Além do subfinanciamento, há problemas na cooperação regional que, embora seja importante para superar as desigualdades, a fragmentação do cuidado e a oferta de serviços, ainda é insuficiente para atender à crescente demanda por serviços de atenção à saúde.^{18,19}

Os serviços da atenção secundária e terciária, conhecidos pela “*maior complexidade*” não seguiram a ampliação da rede assistencial da APS, que ocorreu em todos os estados, inclusive nas áreas remotas.^{12,20,21} Apesar dos avanços na regionalização e nas redes de atenção à saúde, a distribuição dos serviços de atenção secundária e terciária não é equânime, havendo concentração nas áreas metropolitanas e mais urbanizadas, o que exige maior deslocamentos dos usuários do SUS, sobrecarrega a rede de atenção à saúde e gera indicadores negativos.^{22,23}

Nos estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste há menor percentual de estabelecimentos ambulatoriais e de urgência da rede SUS. Contudo, nos estados das regiões Nordeste e Norte, o SUS apresenta maior participação na rede de atenção à saúde, conforme observado na Tabela 2. Esse crescimento dos estabelecimentos do SUS na rede de serviços de urgência pode estar relacionado à implantação da Rede Temática de Urgência e Emergência, que criou as denominadas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e ampliou os hospitais de urgência entre outros serviços.²⁴

Estados	Ambulatório				Urgência			
	SUS	Particular	Planos de Saúde*	% SUS**	SUS	Particular	Planos de Saúde*	% SUS**
Região Norte	7.017	7.755	4.013	37,35	919	230	142	71,18
Rondônia	680	1.867	568	21,82	94	68	34	47,95
Acre	394	355	286	38,06	56	3	1	93,33
Amazonas	1.167	914	442	46,25	201	22	15	84,45
Roraima	446	255	102	55,54	40	2	1	93,02
Pará	3.235	3.240	1.670	39,71	399	117	75	67,51
Amapá	284	271	201	37,56	28	5	4	75,67
Tocantins	811	853	744	33,67	101	13	12	80,15
Região Nordeste	28.939	31.796	21.013	35,40	3.236	687	480	73,49
Maranhão	3.366	1.609	860	57,68	385	38	24	86,12
Piauí	2.332	1.315	627	54,56	277	44	14	82,68
Ceará	3.784	7.683	5.311	22,55	404	111	77	68,24
Rio Grande do Norte	2.008	2.257	1.843	32,87	238	30	25	81,22
Paraíba	2.873	2.452	1.225	43,86	307	47	26	80,78
Pernambuco	4.406	4.446	3.498	35,67	486	118	86	70,43
Alagoas	1.707	1.626	1.330	36,60	119	30	19	70,83
Sergipe	1.074	1.940	1.677	22,89	78	9	8	82,10
Bahia	7.389	8.468	4.642	36,04	942	260	201	67,14
Região Sudeste	24.565	120.223	89.670	10,47	3.539	1.679	1.405	53,43
Minas Gerais	9.853	29.784	20.044	16,50	1106	496	364	56,25
Espírito Santo	1.422	5.279	3.428	14,03	129	64	47	53,75
Rio de Janeiro	3.716	20.139	17.106	9,07	504	321	307	44,52
São Paulo	9.574	65.021	49.092	7,74	1800	798	687	54,79
Região Sul	14.787	50.629	40.941	13,90	1.819	882	740	52,86
Paraná	5.136	18.420	14.653	13,44	783	299	264	58,17
Santa Catarina	3.994	12.642	8.396	15,95	421	282	207	46,26
Rio Grande do Sul	5.657	19.567	17.892	13,12	615	301	269	51,89
Região Centro-Oeste	6.539	15.861	12.022	18,99	834	334	268	58,07
Mato Grosso do Sul	1.183	3.012	2.123	18,72	144	68	61	52,74
Mato Grosso	2.065	3.850	3.037	23,06	234	95	57	60,62

Goiás	2.994	6.723	4.932	20,43	373	134	108	60,65
Distrito Federal	297	2.276	1.930	659	83	37	42	51,23
Brasil	81.850	226.264	167.659	17,20	10.347	3.812	3.035	60,17

Tabela 2: Distribuição dos tipos de estabelecimentos de saúde por Tipo de Atendimento Prestado, de acordo com o estado – Brasil, 2019.

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. * Plano de Saúde Privado e Plano de Saúde Público. ** SUS/ total x 100.

Na organização das RAS, o hospital apresenta-se como espaço capaz de atender mais de um nível de atenção, caso preste assistência ambulatorial. Dessa forma, passa a ter outra configuração, tornando-se um ponto de atenção capaz de ofertar serviços a várias redes temáticas, de acordo com os procedimentos oferecidos.¹⁰

No Brasil, a análise da classificação dos hospitais por porte (número de leitos) evidencia que aqueles de pequeno porte têm maior representatividade no sistema, sendo 5.345 desse tipo (66%), dos quais 70% têm até 29 leitos. Já os hospitais de médio porte (51 a 150 leitos), representam 35% das unidades hospitalares brasileiras. E os hospitais de grande porte, que possuem mais de 150 leitos, somam 10% do total. Esses últimos possuem a maior quantidade de leitos e taxa de ocupação dos leitos gerais do SUS.²⁵

O número total de leitos por estado da Federação varia de 1,33 leito/1.000 habitantes no Amapá a 2,65 leitos/1.000 habitantes no Rio Grande do Sul, evidenciando heterogeneidade na disponibilidade de leitos hospitalares entre as regiões. Conforme mostra a Tabela 3, enquanto a região Norte tem apenas 1,70 leito/ 1.000 habitantes, a região Sul tem 2,43 leitos/1.000 habitantes e nenhum estado da Federação possui índice superior a 3 leitos/1.000 habitantes. Os leitos vinculados ao SUS têm maior participação na rede assistencial, em todas as regiões e estados do país, representando 80,35% do total de leitos da região Nordeste e 78,04% da região Norte. Todavia, esses leitos, têm menor participação nas regiões de maior população, como a região Sudeste, representando 60,38% dos leitos que compõem a rede assistencial. Essas grandes diferenças na oferta e na distribuição de leitos privados e da rede SUS foram críticas no contexto epidemiológico da pandemia de Covid-19, o durante o ano de 2020.²⁵

Dessa forma, assim como ocorre na composição das equipes de ESF, a rede assistencial hospitalar do SUS exerce uma grande participação nos postos de trabalho da Enfermagem, tanto na assistência quanto nas funções gerenciais. A pesquisa perfil da Enfermagem no Brasil descreve que há 65,3% dos enfermeiros atuando no setor público, principalmente nas esferas estaduais e municipais.²⁶ Essa presença na força de trabalho do SUS, em todos os níveis da atenção, reveste-se de importância, uma vez que esse

profissional tem competências que garantem a sustentabilidade do sistema universal de atenção à saúde.²⁷

Regiões / Estados	Leitos de Internação			
	SUS	Não SUS	% SUS*	Nº de leitos por habitantes**
Região Norte	24.411	6.868	78,04	1,70
Rondônia	3.400	1.077	75,94	2,43
Acre	1.351	118	91,97	1,71
Amazonas	4.915	786	86,21	1,36
Roraima	1.010	61	94,30	1,98
Pará	10.432	3.980	72,38	1,68
Amapá	971	134	87,87	1,33
Tocantins	2.332	712	76,61	1,92
Região Nordeste	91.729	22.426	80,35	1,97
Maranhão	12.182	1.506	89,00	1,93
Piauí	6.541	983	86,94	2,32
Ceará	14.276	4.028	77,99	2,00
Rio Grande do Norte	6.061	1.245	82,96	2,04
Paraíba	6.673	1.603	80,63	2,03
Pernambuco	16.146	5.092	76,02	2,21
Alagoas	4.639	1.091	80,96	1,68
Sergipe	2.299	817	73,78	1,33
Bahia	22.912	6.061	79,08	1,87
Região Sudeste	107.030	70.228	60,38	2,01
Minas Gerais	27.126	13.788	66,30	1,91
Espírito Santo	5.228	2.773	65,34	1,95
Rio de Janeiro	21.703	15.246	58,74	2,18
São Paulo	52.973	38.421	57,96	1,99
Região Sul	50.446	22.590	69,07	2,43
Paraná	18.946	8.426	69,22	2,38
Santa Catarina	11.024	4.370	71,61	2,14
Rio Grande do Sul	20.476	9.794	67,64	2,65
Região Centro-Oeste	23.782	13.489	63,81	2,28
Mato Grosso do Sul	3.623	1.988	64,57	2,02
Mato Grosso	5.248	1.988	72,53	2,11

Goiás	10.584	6.711	61,20	2,49
Distrito Federal	4.327	2.802	60,70	2,25
Brasil	297.398	135.601	68,68	2,05

Tabela 3: Distribuição dos leitos de internação por regiões e estados brasileiros. Brasil, 2019.

Fonte: TABNET. Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. (Dados extraídos em 20.08.2020). *SUS/ total x 100. ** N° de leitos hospitalares por habitante= Média anual do número mensal de leitos hospitalares/população residente x 1000.

IBGE: Projeção da população do Brasil 2019.

DISTRIBUIÇÃO DAS ESCOLAS E VAGAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Conforme mostram os dados do Ministério da Educação, atualmente há um grande número de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil. Até o início de 2020, havia 1.310 cursos presenciais e outros 1.363 polos de cursos na modalidade Ensino a Distância (EaD). Os cursos presenciais eram oferecidos por cerca de 839 Instituições de Ensino Superior (IES), presentes em 528 cidades do país. Já os cursos EaD eram oferecidos por 11 IES que tinham seus polos distribuídos em 824 cidades.

Desde o primeiro curso de graduação, criado em 1890, a Enfermagem vem deixando de ser oferecida, progressivamente, por IES públicas e passando a ser predominantemente de caráter privado. Na modalidade presencial, 86,5% dos cursos são privados com um total de 189.504 vagas (94,0%) contra apenas 11.350 vagas ofertadas por IES públicas. Na modalidade EaD - que teve início em 2005, com última autorização em 2016 - todas as 82.000 vagas atuais são privadas. Com isso, a razão privado/público do número de vagas é de 16,7, no ensino presencial, passando para 23,9 quando se incluem as vagas ofertadas em EaD.

O processo de privatização do ensino superior da Enfermagem se intensificou no início dos anos 2000. Enquanto 47,3% das vagas públicas já existiam antes dos anos 2000 e somente 9,3% delas tinham sido criadas a partir de 2009, 90,4% das vagas ofertadas por instituições privadas foram criadas a partir do ano 2000, sendo 53,5% até 2009 e outros 36,8% a partir de 2010, conforme se pode constatar na Tabela 4.

Algumas razões podem ser atribuídas para essa expansão e privatização do ensino superior da Enfermagem no Brasil. Estudos prévios apontam que o ensino superior brasileiro é influenciado pela conjuntura política, pelos regimes de governo, por modelos econômicos e por outros fatores que marcam o desenvolvimento do país. Dessa forma, a configuração do sistema de ensino superior é fortemente instigada pelas leis de mercado e gestão das políticas socioeconômicas, de saúde e de educação vigentes.²⁸ Essa influência tem tornado desigual a distribuição espaço-temporal de diferentes cursos de graduação, entre eles os de Enfermagem.

Esse processo de privatização do ensino superior vem sendo acompanhado por algumas políticas públicas de financiamento, entre as quais se destacam o Programa de Crédito Educativo, o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies) e o Programa Universidade para Todos (ProUni). O Fies, criado em 1999 pelo Ministério da Educação, é destinado a financiar até 100% do curso de graduação de estudantes que não têm condições de arcar integralmente com os custos de sua formação. O ProUni, instituído em 2004, criou condições para o acesso de estudantes carentes ao ensino superior, por meio da oferta de diferentes modalidades de bolsas de estudo. Dessa forma, boa parte da privatização do ensino superior vem sendo financiada com dinheiro público.²⁹

Por outro lado, pressões mercadológicas e econômico-financeiras tornaram a formação superior orientada por leis e interesses de mercado, de demanda e procura, gerando-se crescimento substancial na oferta de escolas e vagas privadas, voltadas a atender interesses de grupos socioeconômicos mais favorecidos que financeirizaram a educação.^{28,29} Portanto, o número de cursos e vagas de ensino superior em Enfermagem estaria associado à política de organização acadêmica, à localização geográfica e ao tipo de natureza jurídica dessas instituições.

Início do funcionamento do curso ¹	Tipo de Instituição	Cursos de graduação		Número de vagas	
		N	%	N	%
1890 a 1939	Privada	1	0,08	180	0,09
	Pública	5	0,40	448	0,24
1940 a 1944	Privada	2	0,16	700	0,37
	Pública	5	0,40	454	0,24
1945 a 1949	Privada	1	0,08	120	0,06
	Pública	5	0,40	500	0,26
1950 a 1954	Privada	2	0,16	180	0,09
	Pública	7	0,57	500	0,26
1955 a 1959	Privada	6	0,48	825	0,43
	Pública	0	0,00	0	0,00
1960 a 1964	Privada	0	0,00	0	0,00
	Pública	0	0,00	0	0,00
1965 a 1969	Privada	2	0,16	340	0,18
	Pública	1	0,08	75	0,04
1970 a 1974	Privada	3	0,24	720	0,38
	Pública	7	0,57	510	0,27
1975 a 1979	Privada	5	0,40	710	0,37
	Pública	24	1,94	1408	0,74

1980 a 1984	Privada	13	1,05	3728	1,96
	Pública	6	0,48	334	0,18
1985 a 1989	Privada	8	0,65	995	0,52
	Pública	4	0,32	182	0,10
1990 a 1994	Privada	5	0,40	510	0,27
	Pública	6	0,48	310	0,16
1995 a 1999	Privada	34	2,75	8349	4,39
	Pública	11	0,89	591	0,31
2000 a 2004	Privada	240	19,39	48951	25,76
	Pública	22	1,78	1669	0,88
2005 a 2009	Privada	290	23,42	46651	24,55
	Pública	55	4,44	3207	1,69
2010 a 2014	Privada	168	13,57	24658	12,98
	Pública	14	1,13	913	0,48
2015 a 2019	Privada	283	22,86	41187	21,67
	Pública	3	0,24	134	0,07
Total		1238	100,0	190.039	100,0

Tabela 4: Distribuição dos cursos de graduação e número de vagas de Enfermagem segundo o período de início de funcionamento dos cursos presenciais. Brasil, 1890 a 2019.

Fonte: Portal e-MEC, 2020. Nota: Não foi encontrada a informação do início de funcionamento de 72 cursos e suas respectivas 10.800 vagas, no banco de dados do e- MEC.

A distribuição dos cursos e número de vagas de graduação em Enfermagem, por região e estado brasileiro, mostra grande heterogeneidade, que se intensifica quando se considera o tipo de instituição (pública ou privada). Em relação aos cursos e às vagas presenciais, em todos os estados predominaram aqueles sob a gestão de instituições privadas. Estados das regiões Sudeste e Sul concentram a maioria dos cursos e vagas de graduação em Enfermagem. Cerca de 35,5% dos cursos e 42,4% das vagas no ensino privado são ofertadas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, juntos.

Como pode ser observado na Tabela 5, o estado de São Paulo concentra a maioria dos cursos e vagas de graduação em Enfermagem, com predomínio de oferta por instituições privadas (17,4% dos cursos e 24,7% das vagas), enquanto os estados da região Norte apresentam a menor oferta de cursos e vagas, mas com predomínio da oferta privada do ensino de Enfermagem. Em relação aos cursos e às vagas presenciais, também se evidencia a privatização do modelo de ensino de graduação em Enfermagem a distância (EaD). A distribuição regional dessa modalidade se sobrepõe à mencionada para os cursos presenciais, mantendo a concentração de grande parte dos polos nas regiões mais ricas e centrais do país. As regiões Sul e Sudeste concentram 49,6% dos polos de EaD dos cursos de Enfermagem, sendo que 23,9% encontram-se no estado de São Paulo. Essa

distribuição heterogênea dos polos de EaD faz com que o estado de São Paulo concentre quase a mesma proporção de polos que as regiões Norte e Centro-Oeste juntas (24,5%). Essa situação também se observa para cursos presenciais e pode ter seguido mais a lógica capitalista-financeira do mercado de educação do que a necessidade e demanda de saúde de cada região.

Dessa forma, percebe-se grande concentração de cursos e vagas de ensino superior em Enfermagem, tanto presenciais quanto EaD, em estados e regiões mais desenvolvidos do país. Essa distribuição desproporcional entre ensino público e privado mostra que o modelo de expansão do ensino de Enfermagem ocorrido no Brasil caracteriza-se por apresentar, simultaneamente, concentração de escolas, vagas e polos nas regiões e localidades mais desenvolvidas e urbanizadas, e oferta questionável e pouco estruturada nas regiões e cidades com piores indicadores socioeconômicos e de saúde do país.

Unidade da Federação	Tipo de Instituição	Cursos de graduação		Número de vagas	
		N	%	N	%
Acre	Privada	2	0,15	330	0,16
	Pública	2	0,15	60	0,03
Amazonas	Privada	9	0,69	4205	2,09
	Pública	4	0,31	246	0,12
Amapá	Privada	5	0,38	760	0,38
	Pública	3	0,23	150	0,07
Pará	Privada	26	1,98	4350	2,17
	Pública	6	0,46	366	0,18
Rondônia	Privada	19	1,45	2230	1,11
	Pública	1	0,08	30	0,01
Roraima	Privada	4	0,31	700	0,35
	Pública	2	0,15	180	0,09
Tocantins	Privada	13	0,99	1230	0,61
	Pública	3	0,23	640	0,32
Alagoas	Privada	17	1,30	2922	1,45
	Pública	3	0,23	140	0,07
Bahia	Privada	84	6,41	13590	6,77
	Pública	9	0,69	526	0,26
Ceará	Privada	46	3,51	7350	3,66
	Pública	6	0,46	410	0,20
Maranhão	Privada	25	1,91	3776	1,88
	Pública	16	1,22	775	0,39
Piauí	Privada	20	1,53	2725	1,36
	Pública	8	0,61	430	0,21

Pernambuco	Privada	54	4,12	10584	5,27
	Pública	7	0,53	465	0,23
Paraíba	Privada	18	1,37	3660	1,82
	Pública	6	0,46	410	0,20
Rio Grande do Norte	Privada	16	1,22	2885	1,44
	Pública	7	0,53	358	0,18
Sergipe	Privada	15	1,15	3220	1,60
	Pública	3	0,23	145	0,07
Mato Grosso do Sul	Privada	16	1,22	2700	1,34
	Pública	4	0,31	190	0,09
Mato Grosso	Privada	25	1,91	3585	1,79
	Pública	7	0,53	410	0,20
Goiás	Privada	42	3,21	6704	3,34
	Pública	8	0,61	480	0,24
Distrito Federal	Privada	32	2,44	7218	3,59
	Pública	4	0,31	261	0,13
Espírito Santo	Privada	24	1,83	2470	1,23
	Pública	2	0,15	110	0,05
Minas Gerais	Privada	140	10,69	16860	8,39
	Pública	12	0,92	862	0,43
Rio de Janeiro	Privada	97	7,40	18707	9,31
	Pública	7	0,53	598	0,30
São Paulo	Privada	228	17,40	49502	24,65
	Pública	23	1,76	1818	0,91
Paraná	Privada	63	4,81	7446	3,71
	Pública	12	0,92	549	0,27
Rio Grande do Sul	Privada	53	4,05	5765	2,87
	Pública	7	0,53	447	0,22
Santa Catarina	Privada	40	3,05	4030	2,01
	Pública	5	0,38	279	0,14
Total		1.310	100,0	200.839	100,00

Tabela 5: Distribuição dos cursos de graduação e número de vagas de Enfermagem segundo a Unidade Federada da localização dos cursos presenciais. Brasil, 1890 a 2019.

Fonte: Portal e-MEC, 2020.

FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Mundialmente, a Enfermagem representa o maior contingente da força de trabalho em saúde, sendo considerada a égide no encabeçamento das políticas e programas de saúde pública.³⁰ No Brasil, estima-se que há mais de 2 milhões de profissionais da área

presentes nos municípios e inseridos em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS: Atenção Primária à Saúde, ambulatórios, hospitais, Unidades de Urgência e Emergência, entre outros.³¹

Assim, a Enfermagem brasileira é considerada a espinha dorsal do SUS, não apenas por sua representatividade majoritária na força de trabalho em saúde, mas, sobretudo, pela sua presença, atuação e permanência nos serviços, coordenando e prestando assistência ininterrupta aos pacientes, bem como representando o elo entre os integrantes da equipe de saúde.³¹ Apesar disso, ainda há problemas estruturais e sistêmicos, relacionados à escassez e à má distribuição de profissionais no Brasil, assim como em outros países.³²

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a deficiência de recursos humanos para a saúde, sobretudo de profissionais de Enfermagem, compromete o acesso e a cobertura universal de saúde. Para garantir a universalidade em saúde, o limiar global, segundo a Opas, é de 44,5 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) por 10.000 habitantes. Considerando esse limiar, verifica-se que nas Américas, em 2013, o déficit de médicos era de aproximadamente 47.500 profissionais (2,3%) e o de enfermeiras/parteiras, era acima de 516.000 profissionais (11,0%).³⁰

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) também ressaltou lacunas importantes na disponibilidade e no acesso aos recursos humanos para a saúde, especialmente da Enfermagem. A despeito de observar um aumento do quantitativo de enfermeiros *per capita*, evidenciou-se uma importante heterogeneidade no quantitativo de profissionais entre os países membros e parceiros da OCDE, em 2017. Enquanto a Noruega apresentou taxa de 177 enfermeiros atuantes, por 10.000 habitantes, a Indonésia obteve índice de 12 profissionais para cada 10.000 habitantes.³³

Acompanhando esse fenômeno, o Brasil apresenta escassez de profissionais de Enfermagem em todo o território nacional, ocupando o quarto lugar na pior média de enfermeiros atuantes por 1.000 habitantes, entre os países membros e parceiros da OCDE (36 países membros e 8 países parceiros).³³ Estimativas do Cofen demonstram que existe mais de meio milhão de enfermeiros no Brasil, o que corresponde a cerca de 27 enfermeiros por 10.000 habitantes. E, em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, o país contabiliza mais de 1,7 milhão de profissionais, que correspondem a aproximadamente 83 profissionais por 10.000 habitantes.^{2,34}

Há, no entanto, uma grande heterogeneidade na distribuição do número de profissionais da área (técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros) entre as Unidades Federativas, com menor concentração em estados da região Norte (Acre, Roraima, Amapá, Tocantins e Rondônia). O estado do Mato Grosso do Sul também apresenta menor distribuição de técnicos e auxiliares de enfermagem, enquanto Sergipe concentra menor

número de enfermeiros, conforme mostra a Figura 1.

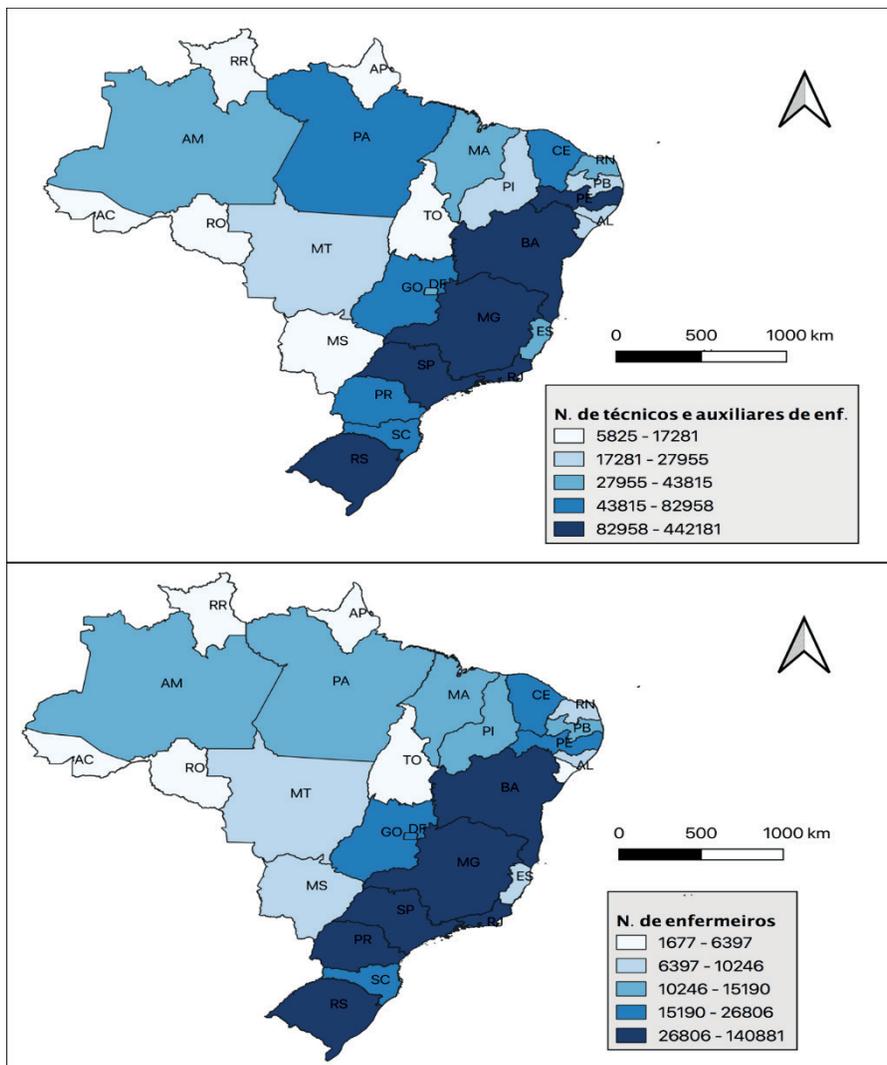


Figura 1: Distribuição do número de técnicos e auxiliares de enfermagem e de enfermeiros, segundo Unidades Federativas. Brasil, 2020.

(Dados do Conselho Federal de Enfermagem². Figura elaborada pelos autores)

Essa assimetria também é evidenciada ao se analisar a razão do número de profissionais de Enfermagem, segundo o contingente populacional de cada estado. Conforme pode ser observado na Figura 2, há menores tercis de distribuição de enfermeiros/10.000 habitantes, em ordem decrescente, nos estados do Pará (16,02), Maranhão (20,44), Santa Catarina (21,55), Goiás (22,92), Espírito Santo (23,04) e Alagoas (23,17). Para técnicos e

auxiliares de enfermagem, os estados com menores taxas por 10.000 habitantes foram: Mato Grosso (59,17), Maranhão (59,93), Ceará (60,20), Alagoas (60,49), Mato Grosso do Sul (60,50) e Bahia (62,71).

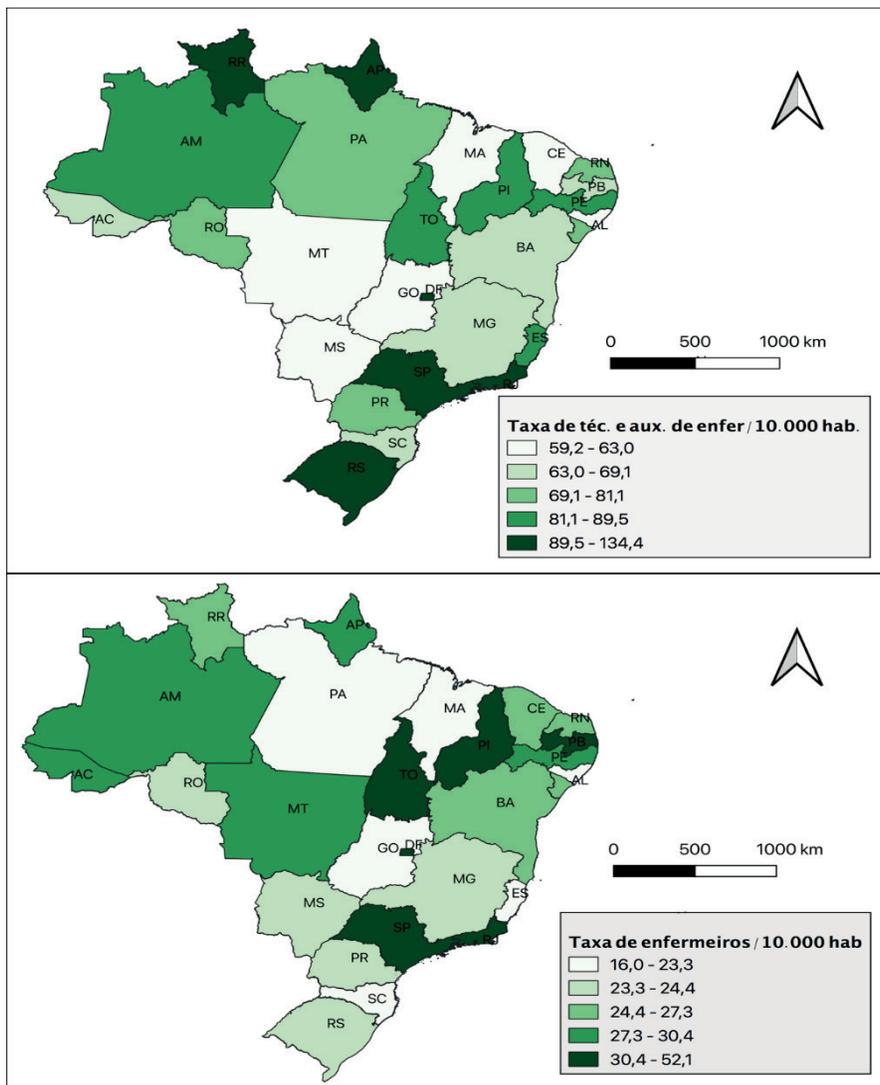


Figura 2: Distribuição da taxa de técnicos e auxiliares de enfermagem e de enfermeiros/10.000 habitantes, segundo Unidades Federativas. Brasil, 2020.

(Dados do Conselho Federal de Enfermagem² e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³⁴. Figura elaborada pelos autores)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema público de saúde brasileiro passou por grandes avanços e desafios nas últimas décadas, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Esses processos impactaram diretamente a Enfermagem e colocaram em evidência sua importância e contribuição para a saúde no Brasil.

Com a criação e a implementação do SUS, o sistema de saúde brasileiro tornou-se um importante campo de atuação para os profissionais de Enfermagem, que representam, atualmente, a maior categoria de trabalhadores dos serviços públicos assistenciais, especialmente na APS.

No entanto, com as políticas de austeridade implementadas nos últimos anos, como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que estipula um teto de gastos com saúde e educação pública no país, o SUS além de subfinanciado, vem sendo desfinanciado. Concomitante a isso, foram implementadas as Reformas Trabalhistas e da Previdência que estão impactando diretamente nos direitos trabalhistas dos profissionais de Enfermagem, com a regularização do trabalho intermitente e a fragilização da atuação sindical.

Em todos os setores, público, privado ou filantrópico, os subsalários e as situações de desgastes emocionais estão presentes, ainda que o setor público seja o maior mercado de trabalho para a Enfermagem, oferecendo melhores condições trabalhistas e salariais em relação aos demais.

O discurso retórico de que os trabalhadores brasileiros são superprotegidos e as tais mudanças eram necessárias contrasta com o fato de o Brasil ser o país com o maior percentual de morte de profissionais da área em decorrência da pandemia da Covid-19, sinalizando grandes desafios para a Enfermagem brasileira.

Além disso, o crescimento desordenado dos cursos e das vagas de graduação em Enfermagem favoreceu a iniquidade na distribuição dos profissionais, com concentração da oferta em grandes centros urbanos e escassez em regiões remotas, menos desenvolvidas, em que as necessidades de saúde são ainda mais díspares. Nesse contexto, se faz necessária a implementação de políticas públicas voltadas para a educação e o desenvolvimento profissional, que estimulem a formação e a qualificação dos profissionais de Enfermagem, de forma equânime, com qualidades atendendo às demandas e às necessidades regionais, o que pode favorecer o crescimento da força de trabalho da Enfermagem brasileira.

Mais recentemente, as demandas geradas pela epidemia da Covid-19 tornaram públicos, para a sociedade em geral a situação e os desafios da realidade de trabalho e formação dos profissionais de Enfermagem no Brasil. Esse fato gerou maior reflexão sobre a relevância e o valor desses profissionais com o agravamento da epidemia no país que se caracterizou por registros crescentes de casos e óbitos por Covid-19 entre eles.

O grande volume de casos desse agravo na população geral também criou maior demanda de trabalho para os profissionais das áreas de Saúde e de Enfermagem. Isso pode ter contribuído para a maior percepção social ou midiática sobre a importância desses trabalhadores para os sistemas de saúde. Porém, o cenário dramático de quase 50.000 profissionais de Enfermagem (até 14/01/2021)³⁵ afastados dos seus postos de trabalho em decorrência de serem casos confirmados ou, suspeitos ou fazerem parte de grupo de risco da Covid-19, e na pior das situações, devido ao óbito, é indicador das precárias realidades de trabalho desses profissionais. A carga da doença, óbitos, desgaste mental, e a perda de produtividade decorrentes da pandemia da Covid-19 representam ataque direto à dinâmica de funcionamento do SUS e de toda a sociedade. Por isso, a pandemia entre profissionais de Enfermagem abre oportunidades para a reflexão sobre a melhoria de suas realidades de trabalho e formação, apontando a necessidade de garantias mais concretas de valorização do seu papel para o sistema de saúde.

O maior número de casos e óbitos de Covid-19 em profissionais de Enfermagem do que em outras categorias é um indicador das desigualdades do mercado de trabalho e combatê-las resultará no fortalecimento do SUS. Atualmente, a Covid-19 só escancara a precarização histórica das condições de trabalho no setor de Saúde, levando para a mídia os sofrimentos que há bastante tempo são vivenciados por ampla maioria dos profissionais de Enfermagem. Essa condição torna públicas as insalubres realidades de trabalho que em maior e menor grau atingem a totalidade dos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira JS, Pires DEP. Tendências do mercado de trabalho para enfermeiros(as): cenário internacional e do Nordeste brasileiro. Belo Horizonte: Ramallete; 2018.
2. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Enfermagem em Números. [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.
3. Silva KL, Cabral IE. National Licensure Exam for Brazilian Nurses: why and for whom?. Rev Bras Enferm. 2018 [cited 2020 Nov 24]; 71(4):1692-9. DOI:
4. Pierantoni CR, Magnago C. Tendências das graduações em Saúde no Brasil: análise da oferta no contexto do Mercosul. Saúde Debate. 2017; (57):30-43.
5. Pierantoni CR, França T, Magnago C. Graduações em saúde no Brasil: 2000- 2010. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012.
6. Ministério da Educação (BR). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior 2010. Divulgação dos principais resultados do Censo da Educação Superior 2010. Brasília, 2011 [citado 2020 nov. 24]. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2010/divulgacao_censo_2010.pdf.

7. Machado MH (coord.). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS – DAPS – ENSP/Fiocruz; 2017.
8. Ministério da Educação (BR). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo da Educação Superior 2017 - Divulgação dos principais resultados. [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2018-pdf/97041-apresentac-a-o-censo-superior-u-ltimo/file>.
9. Lombardi MR, Campos VP. A Enfermagem e os contornos de gênero, raça/cor e a classe social na formação do campo profissional. *Revista da ABET*. 2018 [cited 2020 nov. 24]; 17(1):28-46. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010 [cited 2020 nov. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
11. Pinto LF, Giovannella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [cited 2020 nov. 24]; 23(6):1903-1914. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
12. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [cited 2020 nov. 24]; 23(6):1751-1762. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
13. Carneiro VB, Maia CRM, Ramos EMLS, Castelo-Branco S. Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [cited 2020 nov. 24]; 23(7):2413-2422. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.19052016>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 [cited 2020 nov. 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
15. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011 [cited 2020 Nov 24]; 37(9779): 1778-1797. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
16. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [cited 2020 Aug 24]; 23(6):1723-1728. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
17. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude soc*. 2015 [cited 2020 nov. 25]; 24(2):413-422. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>
18. Silva EC, Gomes MHA. Deadlocks in the process of health regionalization: local plots. *Saude soc*. 2013 [cited 2020 Nov 25]; 22(4):1106-1116. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400013>
19. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. A systematic review of the process of regionalization of Brazil's Unified Health System, SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [cited 2020 Nov 25]; 22(4):1291-1310. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.2652201>

20. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [citado 2020 abr. 20]; 34(6):e00213816. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00213816>
21. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Access and coverage of Primary Health Care for rural and urban populations in the northern region of Brazil. *Saúde debate*. 2018 [cited 2020 Apr. 20]; 42(spe1):81-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s106>
22. Souza MT, Nogueira MC, Campos EMS. Fluxos assistenciais de médios e grandes queimados nas regiões e redes de atenção à saúde de Minas Gerais. *Cad. saúde colet*. 2018 [citado 2020 ago. 24]; 26(3):327-335. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800030248>
23. Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, Saldanha RF, Ramalho WM, Laguardia J et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [citado 2020 nov. 24]; 35(Suppl 2):e00076118. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00076118>
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011 [citado 2020 nov. 24]. Disponível em: http://bvsvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
25. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [citado 2020 nov. 24]; 36(6):e00115320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115320>
26. Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Lacerda WF, Aguiar Filho W, Wermelinger M et al. Mercado de trabalho da Enfermagem: aspectos gerais. *Enferm. Foco*. 2016 [citado 2020 nov. 24]; 7(ESP):35-62. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691>
27. Arcêncio RA. A enfermagem como profissão do futuro e base de sustentação dos sistemas universais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018 [citado 2020 ago. 25]; 26:e3063. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3063>
28. Oliveira BLCA, Lima SF, Pereira MUL, Pereira-Júnior GA. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trab. Educ. Saúde*. 2019 [citado 2020 nov. 24]; 17(1):e00183. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>
29. Aprile MR, Barone REM. Educação superior: políticas públicas para inclusão social. *Revista @mbienteeducação*. 2009 [citado 2020 nov. 24]; 2(1):39-55. Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_educacao/pdf/volume_2_1/6-Rev_v2n1_Maria%20Rita%20-Rosa.pdf.
30. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Diretriz estratégica para a Enfermagem na Região das Américas Washington, D.C.: OPAS; 2019.
31. Silva MCND, Machado MH. Health and Work System: challenges for the Nursing in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 25, 7-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>

32. Frota MA, Wermelinger MCMW, Vieira LJES, Ximenes NFRG, Queiroz RSM, Amorim RF. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 Jan [cited 2020 Dec 08]; 25(1): 25-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>.

33. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators* [livro na Internet]. Paris: OECD Publishing; 2019.

34. IBGE. *Cidades*. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: » <http://cidades.ibge.gov.br> 01 outubro 2020.

35. Cofen. *Observatório da enfermagem*. Brasília, 14, janeiro 2021. Disponível em: < <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>>.