

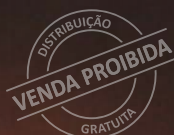
MINISTÉRIO DA SAÚDE


DEMOGRAFIA
da enfermagem
no Brasil 2025

Demografia e
Mercado de Trabalho em
Enfermagem
no Brasil

VOLUME 1

Brasília – DF
2025


DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde

Demografia da
Enfermagem no Brasil 2025

VOLUME 1

**Demografia e Mercado
de Trabalho em Enfermagem
no Brasil**

Brasília – DF
2025





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/sgtes
E-mail: sgtes@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

Felipe Proença de Oliveira

Colaboração:

Adriana Fortaleza Rocha da Silva – DEGES/SGTES/MS
Aldiney José Doreto – ESPP-SESA
Alice Mariz Porciuncula – FENF/UERJ
Ana Carolina Tavares Vieira – FENF/UERJ
Ana Lygia Pires Melaragno – CORA
André Almeida de Moura – EEUSP/USP
Bianca Freire Ferreira – FSJ
Brendo de Araujo Gomes – PBV/UFRJ
Bruna Drumond Silveira – Fiocruz
Bruno Guimarães de Almeida – DEGERTS/SGTES/MS
Cristiane Helena Gallasch – FENF/UERJ
Cristiane Scolari Gosch – Opas/OMS
Daniela Moraes Morelli – Global Research Nurses para a América Latina e o Caribe
Daniela Paula Polessa – NCE e UERJ
Dércio Santiago da Silva Jr. – FENF/UERJ
Deusineth de Oliveira Ferreira da Costa – PPGEN/UERJ
Elen Cristiane Gandra – ENF/UFGM
Elen Marcia Peres – Cofen
Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira – IMS/UERJ
Fernando Canto Michelotti – SGTES/MS
Fernando de Oliveira Santoro – ESDI/UERJ
Francisco Carlos Félix Lana – EEUSP/UFGM
Gerson Luiz Marinho – EEAN/UFRJ
Gustavo de Oliveira Tavares – DENF/UFRN
Gustavo Hoff – DEGERTS/MS
Handerson Silva Santos – EEUFBA
Helena Maria Scherlowski Leal David – FENF/UERJ
Heloísa Helena Oliveira da Silva – Cofen
Hercules de Oliveira Carmo – EEUSP/USP
Hugo Pinto de Almeida – FENF/UERJ
Janaina Sampaio Guerra Oliveira – SGTES/MS
João André Tavares Álvares da Silva – ESP-MG
Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira – DENF/UFRN
Jorge de Abreu Soares – CEFET/RJ

Kênia Lara da Silva – ENF/UFGM

Leila Senna Maia – IMS/UERJ

Leonardo Dresch Eberhardt – FENF/UNICAMP

Lidiane da Silveira Gouvea Toledo – CIDACS/Fiocruz

Livia Angeli Silva – EEUFBA

Lucas Henrique Lobato de Araujo – UFGM

Magda Guimarães de Araujo Faria – FENF/UERJ

Maria Claudia da Silva Vater – NUBEA/UFRJ

Mário Ribeiro Alves – FENF/UERJ

Mario Roberto Dal Poz – IMS/UERJ

Mercedes de Oliveira Neto – FENF/UERJ

Miguel Ângelo Caixeta Rodrigues – UFJF

Mônica Diniz Durães – Opas/OMS

Neyson Pinheiro Freire – Cofen

Paulo Cabral Filho – LNCC

Pedro Luiz Caixeta Rodrigues – IMS/UERJ

Rafaela Siqueira Costa Schreck – ENF/UFGM

Raquel Nunes da Silva Veiga – MS

Ricardo de Mattos Russo Rafael – FENF/UERJ

Rodrigo Winter Afonso – UNESA

Rogério Bittencourt de Miranda – FENF/UERJ

Samuel da Silva Guedes – DENF/UFRN

Sílvia Dias Passos – EEUFBA

Tatiana Rodrigues de Araujo Eleuterio – FENF/UERJ

Vinicius Layter Xavier – IMS/UERJ

Wanesca Caroline Pereira – DENF/UFRN

Washington Leite Junger – IMS/UERJ

Coordenação da equipe de pesquisa:

Décio Santiago Jr. – FENF/UERJ

Fabiano Gomes – IMS/UERJ

Helena Leal David – FENF/UERJ

Kenia Lara da Silva – ENF/UFGM

Mario Roberto Dal Poz – IMS/UERJ

Coordenação de Comunicação:

Juliana Lima – SGTES/MS

Priscilla Leonel – SGTES/MS

Supervisão editorial:

Priscila Tuy – Núcleo de Revisão Ascom/MS

Projeto gráfico, diagramação, ilustração da capa e arte final:

Eduardo Grisoni – SGTES/MS

Revisão textual:

Priscila Tuy – Núcleo de Revisão Ascom/MS

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde.

Demografia e mercado de trabalho em enfermagem no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.

314 p. : il. – (Demografia da Enfermagem no Brasil 2025 ; v. 1)

Modo de Acesso: World Wide Web: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_enfermagem_mercado_trabalho_v1.pdf

ISBN 978-65-5993-927-5

1. Enfermagem. 2. Demografia. 3. Mercado de trabalho. I. Título. II. Série.

CDU 614.253.5:314.02

Catálogo na fonte – Bibliotecária: Daniela Ferreira Barros da Silva – CRB 1/2686 – Editora MS/CGDI – OS 2025/0534

Título para indexação:

Demographics and the nursing labour market in Brazil

Sumário

Apresentação.....	7
--------------------------	----------

Abordagem Metodológica e Fontes de Dados	15
---	-----------

Eixo: Formação da Enfermagem.....	20
--	-----------

1 A Formação Técnica da Enfermagem no Brasil (2010-2023)	21
---	-----------

1.1 Aspectos metodológicos	25
----------------------------------	----

1.2 Resultados e discussão	25
----------------------------------	----

1.2.1 Aspectos legais	25
-----------------------------	----

1.2.2 Regulamentação dos cursos técnicos	28
--	----

1.2.3 Análise de dados do Censo da Educação Básica	30
--	----

1.2.4 Análise dos dados do Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica	34
--	----

1.3 Reflexões finais	40
----------------------------	----

2 Análise da Formação Superior da Enfermagem no Brasil... 45

2.1 Aspectos metodológicos	47
----------------------------------	----

2.2 Resultados e discussão	50
----------------------------------	----

2.2.1 Instituições de ensino superior de enfermagem	50
---	----

2.2.2 Cursos e vagas de ensino superior de enfermagem	53
---	----

2.2.3 Modalidades de ensino	56
-----------------------------------	----

2.2.4 Projeção ensino a distância	58
---	----

2.2.5 Taxa de evasão dos cursos de ensino superior de enfermagem	59
--	----

2.2.6 Perfil dos discentes do ensino superior de enfermagem	61
---	----

2.3 Reflexões finais	66
----------------------------	----

3 Especialistas e Especialidades em Enfermagem no Brasil. 69

3.1 Aspectos metodológicos	70
----------------------------------	----

3.2 Resultados e discussão	73
----------------------------------	----

3.2.1 Aspectos históricos e normativos relacionados às especializações e especialidades em enfermagem no Brasil	73
--	----

3.2.2 Organização das áreas especializadas em enfermagem no Brasil.....	75
3.2.3 Análise dos registros de especializações informadas por enfermeiras(os) no Conselho Federal de Enfermagem.....	79
3.2.4 Distribuição geral de cursos de especialização e de egressos no Brasil	81
3.2.5 Distribuição de cursos de especialização em enfermagem e de egressos no Brasil por área especializada	86
3.3 Reflexões finais	94
Eixo: Demografia da Enfermagem	96
4 Demografia da Enfermagem: Indicadores Demográficos Segundo Dados da Relação Anual de Informações Sociais (2010-2021)	97
4.1 Aspectos metodológicos	99
4.2 Resultados e Discussão	100
4.3 Reflexões finais	107
5 Mobilidade Social da Enfermagem Brasileira (2010-2024). 111	
5.1 Aspectos metodológicos	111
5.2 Resultados e discussão	112
5.2.1 Perfil geográfico da enfermagem brasileira na perspectiva da mobilidade social	112
5.2.2 Perfil sociodemográfico da enfermagem brasileira na perspectiva da mobilidade social	115
5.2.3 Perfil formativo da enfermagem brasileira na perspectiva da mobilidade social.....	119
5.3 Reflexões finais	121
6 Desgaste da Força de Trabalho em Enfermagem entre 2012 e 2021: análise dos afastamentos relacionados ao trabalho registrados na Relação Anual de Informações Sociais	123
6.1 Aspectos metodológicos	125
6.2 Resultados e discussão	127
6.2.1 Postos de trabalho por categoria profissional.....	127

6.2.2 Ocorrência de afastamentos	129
6.2.3 Tipos de afastamento: relacionados ao trabalho e não relacionados ao trabalho	130
6.2.4 Taxas de incidência de afastamentos relacionados ao trabalho	132
6.2.5 Quantidade de dias de afastamento relacionado ao trabalho	133
6.3 Reflexões finais	135
Eixo: Mercado de Trabalho da Enfermagem.....	136
7 Descrição e Análise do Mercado de Trabalho para Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem no Brasil: Rais, Caged e Novo Caged	137
7.1 Aspectos metodológicos	138
7.1.1 Revisão da literatura.....	138
7.1.2 Bases de dados utilizadas	141
7.1.3 Percurso metodológico	144
7.2 Resultados e discussão	145
7.2.1 Enfermeiros	145
7.2.2 Técnicos de enfermagem	167
7.2.3 Auxiliares de enfermagem	187
7.3 Reflexões finais	212
8 Análise de Recursos Humanos de Enfermagem no Brasil por Níveis de Atenção à Saúde nas Regiões e Estados Brasileiros (2017-2022)	215
8.1 Aspectos metodológicos	216
8.1.1 Processo de ETL da base do CNES	216
8.1.2 CNES Profissionais – extração da página do DATASUS	217
8.1.3 Processo de transformação e carregamento dos dados.....	222
8.1.4 Limitações e recomendações para uso dos dados	223
8.1.5 Análises descritivas dos dados do ElastiCNES	224
8.2 Resultados e discussão	237
8.2.1 Evolução geral e total	237

8.2.2 Atenção Primária	237
8.2.3 Atenção Secundária.....	237
8.2.4 Atenção Terciária	238
8.2.5 Outros Níveis de Atenção	238
8.3 Força de Trabalho de Enfermagem, Níveis Assistenciais e	
Disparidades Regionais	238
8.3.1 Unidades Federativas (UF) e níveis de Atenção	240
8.3.2 Regiões e níveis de atenção por categoria profissional	246
8.4 Reflexões finais	264
8.4.1 Aumento da demanda por profissionais qualificados	264
8.4.2 Redução no número de auxiliares de enfermagem.....	265
8.4.3 Diferenças entre os setores público e privado.....	265
8.4.4 Impactos da pandemia da Covid-19 (2020-2022)	265
8.4.5 Expansão do setor SFL (Sem Fins Lucrativos)	266
8.4.6 Regionalização e desigualdade no acesso à saúde.....	266
8.4.7 Mudanças demográficas e envelhecimento populacional	267
9 Estrangeiros Atuantes na Enfermagem no Brasil	269
9.1 Aspectos metodológicos	271
9.1.1 Disposição, tratamento e análise dos dados	271
9.2 Resultados e Discussão.....	272
9.2.1 Limitações do estudo.....	284
9.3 Reflexões finais	285
Referências.....	287

Apresentação

A enfermagem é uma profissão vital para o funcionamento dos sistemas de saúde em todo o mundo. É reconhecida internacionalmente como essencial para que os estados-nação possam alcançar muitos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial os ODS 3 – Saúde e Bem-estar, ODS 5 – Equidade de Gênero, ODS 8 – Trabalho Decente e Crescimento Econômico e ODS 10 – Redução das Desigualdades (WHO, 2020; Buchan; Campbell; McCarthy, 2020).

Em consideração à sua elevada relevância e em comemoração aos 200 anos do nascimento de sua patrona, Florence Nightingale, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu 2020 como o Ano Internacional da Enfermagem e da Parteira (WHO, 2020; Buchan; Campbell; McCarthy, 2020). Apesar das celebrações, 2020 também será lembrado como o ano de início da pandemia da covid-19, cujo impacto na força de trabalho da saúde, principalmente na enfermagem, ampliou o debate e alertou o mundo para a necessidade de sistemas de saúde mais resilientes e para o fortalecimento dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) (Mukherjee; Parashar, 2020).

A pandemia também revelou a centralidade da enfermagem na prestação de cuidados e a urgência de compreender e amenizar os impactos enfrentados pelos profissionais desse campo para a qualidade do sistema de saúde, bem como para o desenvolvimento socioeconômico e o atendimento às necessidades da população.

A crise sanitária e humanitária da covid-19 ressaltou a importância de os países possuírem uma reserva de profissionais de enfermagem qualificados, e destacou o papel central destes na linha de frente das ações em resposta à pandemia. Desde o início, profissionais de enfermagem atuaram diretamente na gestão de sistemas locais e nacionais de saúde, em pesquisa e produção de conhecimento científico, na vigilância epidemiológica e *contact tracing*, na realização de testes, exames laboratoriais e de imagem, no acolhimento e triagem de casos suspeitos e confirmados, nas ações educativas, na assistência aos casos da covid-19 leves, moderados, graves e nas campanhas de vacinação (LaFave, 2020).

Apontada como uma das profissões mais importantes do setor saúde, a enfermagem corresponde a 59% da Força de Trabalho em Saúde (FTS) no mundo. Na região das Américas, oito em cada dez enfermeiros trabalham no Brasil, Canadá

ou Estados Unidos, e os três países juntos detêm 30% da população de profissionais de enfermagem do planeta (WHO, 2020). No entanto, estima-se uma carência de 5,9 milhões de enfermeiros, principalmente em países de renda baixa e média (WHO, 2020).

Ao longo dos anos, a OMS vem se posicionando quanto à imprescindibilidade do fortalecimento das profissões de enfermagem em todo o mundo. Em 2001, validou esse compromisso por meio da Resolução WHA54.12 (WHO, 2001) emitida pela Assembleia Mundial da Saúde, instando os Estados-Membros a empenharem esforços no aprimoramento da enfermagem em suas nações. Além disso, a Resolução WHA59.23 orientou a construção de padrões globais para a educação inicial e apontou como prioridade o fortalecimento dos serviços de enfermagem para favorecer, naquele momento, o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (WHO, 2006).

No Brasil, a enfermagem profissional configurou-se, formalmente, no início do século XX, com a criação da primeira escola de enfermagem em 1923, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (atual Escola Ana Néri), no Rio de Janeiro, inspirada no modelo de Florence Nightingale. A profissão expandiu-se com a regulamentação pelo Estado, a partir da década de 1930, e ganhou impulso com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que ampliou a demanda por profissionais qualificados. Atualmente, a enfermagem no Brasil ocupa espaços diversificados, como hospitais, unidades básicas de saúde, estratégias de Saúde da Família, serviços de urgência, ensino, pesquisa, gestão em saúde, além de atuação em ambientes não hospitalares, como escolas, indústrias e políticas públicas, consolidando-se como pilar essencial da saúde coletiva e individual no País.

Os profissionais de enfermagem compõem 70% da força de trabalho em saúde no Brasil, sendo a maioria mulheres (87%) (Oliveira *et al.*, 2020). Entre 2013 e 2018, houve um aumento de 39% no número de profissionais de enfermagem no País, totalizando 2.119.620 trabalhadores ativos ao final do período. Além disso, a projeção de crescimento do estoque da categoria é de aproximadamente 51% até 2030, evidenciando um mercado em expansão. Em 2018, a densidade de enfermeiros no Brasil foi de 24,54 por dez mil habitantes, com pronunciada heterogeneidade entre as Unidades da Federação (Opas, 2020b). O estado do Pará, por exemplo, apresentou uma densidade de 14,13 enfermeiros por dez mil habitantes, enquanto o Distrito Federal registrou 49,39 por dez mil habitantes (Oliveira *et al.*, 2020).

Os resultados do relatório *O Estado da Enfermagem no Brasil* apontam a necessidade da implementação de políticas de mobilidade regional para melhor

distribuição desses profissionais em território nacional (Oliveira *et al.*, 2020). O cenário de assimetria na distribuição dos trabalhadores da enfermagem também é indicado por Machado *et al.* (2016a), que acrescentam que há uma superconcentração de enfermeiros e técnicos de enfermagem nas capitais estaduais. Além disso, existem grandes desigualdades intraestaduais, podendo inclusive ser superiores às interestaduais ou inter-regionais (Machado *et al.*, 2016a).

Nos últimos anos, o número de escolas e de vagas de graduação em enfermagem no Brasil cresceu exponencialmente. Entre 2000 e 2012, o número de novos cursos passou de 183 para 867, alcançando um incremento de 450% de vagas ofertadas e de 750% de concluintes (Frota *et al.*, 2020). Segundo Dal Poz, Perantoni e Girardi (2013), entre 2000 e 2011, o aumento em escolas públicas de graduação em enfermagem foi de 124% e em escolas privadas de 642%.

A privatização do ensino superior em enfermagem, embora seja considerada recente, vem ocorrendo de forma progressiva e se apresenta em grande expansão (Frota, 2020). Em 2011, o número de vagas de graduação em instituições privadas ultrapassava em mais de cinco vezes as oferecidas pelo setor público (Dal Poz, 2013). Disparidades regionais também são observadas no que tange à formação de trabalhadores na profissão (nível superior, especialização e técnico), havendo concentração das instituições de ensino na Região Sudeste (Frota *et al.*, 2020).

De acordo com Cassiani *et al.* (2017), o Brasil é o país que mais conta com Escolas de Enfermagem em nível de bacharelado na América Latina e no Caribe. A diferença impressiona: há um número quase seis vezes maior de escolas no Brasil em comparação ao apresentado pelo México, que ocupa a segunda posição em quantidade de escolas na Região. O cenário nacional se destaca, ainda, na formação em pós-graduação *stricto sensu*: 86% dos docentes de enfermagem que possuem Doutorado naquela região estão no Brasil Cassiani *et al.* (2017).

Silva e Machado (2020) alertam que o crescimento acelerado das escolas de graduação em enfermagem pode colaborar para uma desorganização do mercado de trabalho, caso não seja acompanhado por estratégias de absorção da força recém-formada. Além disso, a ampliação de vagas de cursos de graduação e técnico de enfermagem, quando realizada sem planejamento adequado às necessidades do sistema de saúde em nível nacional, regional, estadual e municipal de saúde, pode ampliar as desigualdades regionais na distribuição trabalhadores e elevar as taxas de desemprego na categoria.

Outro ponto relevante é a existência de grande variação entre os níveis de formação exigidos para a atuação da área. Em alguns países, o ensino médio é considerado suficiente, enquanto em outros é exigida formação em nível superior, disparidade que não pode mais ser negligenciada (WHO, 2006). No Brasil, ambas as modalidades coexistem e precisam ser mais bem compreendidas. Além disso, estudos do cenário nacional evidenciam a dupla formação e atuação: mais de 31% dos profissionais graduados em enfermagem também possuem formação como técnicos ou auxiliares, e mais de 25% dos enfermeiros exercem ou exerceram funções de nível médio ou fundamental (Machado *et al.*, 2016b). Esses resultados necessitam de maior investigação e análise que possibilitem produzir informações mais consistentes sobre o tema e subsidiar mudanças na padronização da formação técnica e de base.

Ainda que a importância central dos profissionais de enfermagem nos sistemas de saúde seja reconhecida, a categoria enfrenta condições de trabalho inadequadas, salários injustos, vínculos contratuais frágeis, múltiplos vínculos empregatícios, sobrecarga e alta rotatividade, o que por vezes culmina no abandono da profissão (Mariz *et al.*, 2021). A análise do mercado de trabalho revela desafios significativos, como a precarização das condições laborais, remunerações insuficientes, excessiva carga de trabalho e a necessidade de educação permanente, que são aspectos fundamentais para a valorização e o reconhecimento da profissão. A distribuição adequada e a qualificação desses profissionais promovem o desenvolvimento socioeconômico, impactando a qualidade do atendimento à saúde e a produtividade do país, além de potencialmente gerar mais empregos e oportunidades, inclusive no cenário internacional.

A disponibilização e organização de dados sobre o emprego em enfermagem são extremamente necessárias (Cassiani *et al.*, 2017). A Opas (2020a) vem indicando a urgência por projetos de pesquisa que possam analisar, facilitar e avaliar a competência do Brasil para alcançar a Saúde Universal; para tal, estudos sobre a educação e a força de trabalho em enfermagem são indispensáveis. A organização chama a atenção quanto à primordialidade de informações confiáveis e evidências científicas para assegurar a tomada de decisões assertivas em prol da Saúde Universal (Cassiani *et al.*, 2017; Opas, 2020a).

A compreensão do perfil, da distribuição e da localização dos enfermeiros é fundamental para o planejamento da formação e alocação de profissionais, alinhando-se com as necessidades emergentes da sociedade brasileira, principalmente em áreas como geriatria, cuidados paliativos e assistência domiciliar, que estão em ascensão devido ao envelhecimento da população e ao aumento de doenças crônicas.

Apesar do crescimento acentuado no número de instituições de ensino e de vagas para a formação em enfermagem nos últimos anos, o que certamente contribuiu para mudanças significativas no mercado de trabalho em saúde, nota-se uma lacuna considerável de informações atualizadas sobre as características e tendências da força de trabalho de enfermagem no País. Os dados mais recentes e abrangentes sobre o perfil dos profissionais de enfermagem no Brasil remontam a 2012 (Machado *et al.*, 2016b), resultando em uma defasagem superior a uma década que dificulta o planejamento eficaz e a formulação de políticas públicas baseadas em evidências robustas. A recente implementação do piso salarial da enfermagem também demanda uma compreensão atualizada da dinâmica do mercado de trabalho e de seus potenciais impactos.

Além disso, as informações mais atualizadas sobre o mercado de trabalho em enfermagem são distribuídas em diversas bases de dados administrativos com diferentes períodos de coleta, e a maioria dos estudos publicados sobre força de trabalho em enfermagem no Brasil são descritivos, sendo necessária a ampliação e implementação de análises mais sofisticadas, que englobem modelos matemáticos, estatísticos, análises econométricas e estimativas a nível populacional (Pozo-Martin *et al.*, 2017).

Outro ponto a ser considerado tange à análise da demografia e do mercado de trabalho em enfermagem em um contexto mais amplo, por meio de estudos e discussões comparativas com o estudo da demografia da população e da dinâmica do mercado de trabalho em geral. A justificativa se dá porque o setor da saúde é um segmento específico, que pode ou não seguir as tendências do mercado de trabalho nacional, sendo influenciado, por exemplo, por períodos de crescimento ou retração econômica (Médici, 1986).

Portanto, conhecer o perfil sociodemográfico e socioeconômico dos profissionais de enfermagem, avaliar as dinâmicas do mercado de trabalho (estoque de profissionais ativos, as áreas de atuação, condições de trabalho, vínculo empregatício), formação (superior e técnica), especialização (*lato* e *stricto sensu*), remuneração e distribuição geográfica é essencial para o desenvolvimento de políticas e de ações na área dos RNS em enfermagem.

Além disso, a pandemia da covid-19 teve um efeito significativo na força de trabalho da enfermagem, expondo-a a níveis elevados de estresse, sobrecarga e risco de adoecimento, reconfigurando a distribuição dos postos de trabalho e a mobilidade dos profissionais, o que também resultou em adoecimento e desgaste da categoria. É crucial medir e compreender os resultados desse impacto a médio e longo prazo,

tanto em termos de saúde dos profissionais quanto na sua permanência no mercado de trabalho.

É sabido, por exemplo, que no marco das migrações populacionais intensificadas na última década, há também um aumento na dinâmica migratória de profissionais de enfermagem no mundo, sendo emblemáticos os casos da enfermagem espanhola e portuguesa, cujos profissionais recém-formados buscam, há décadas, postos de trabalho em países mais centrais e com economia mais robusta da Comunidade Europeia, como Alemanha e Inglaterra. Também no período da pandemia e logo após, foi se tornando visível, em diversos países, a diminuição da FTS de enfermagem, levando a indagações a respeito do futuro da profissão. O Brasil, como país de economia emergente e que vem se destacando no âmbito dos acordos multilaterais internacionais, necessita aprofundar o conhecimento acerca do mercado nacional e internacional de trabalho da enfermagem, para fazer frente a este contexto complexo.

Outro ponto crucial a ser considerado é a implementação do piso salarial da enfermagem. A efetivação dessa medida representa um avanço significativo para a valorização da profissão, mas também exige um monitoramento contínuo de seus efeitos sobre o mercado de trabalho, a distribuição de profissionais e a sustentabilidade dos serviços de saúde. Vale lembrar que essa implementação, após longo processo de mobilização, é tributária da capacidade de articulação das entidades nacionais da categoria, e ainda se encontra em curso, e poderá ser apoiada por dados relevantes oriundos deste estudo. Nesse contexto, a análise da demografia e do mercado de trabalho em enfermagem é considerada crucial. Apesar de sua importância, há carência de dados sistemáticos e atualizados sobre a força de trabalho em enfermagem no Brasil. Essa ausência dificulta análises e a implementação de políticas eficazes.

O *Relatório O Estado da Enfermagem no Mundo* (WHO, 2020) apontou que há lacunas significativas de dados primários e secundários sobre o mercado de trabalho em enfermagem em todo o mundo, o que impede que sejam realizadas análises epidemiológicas/demográficas que informem políticas públicas e decisões de investimento público/privado na área. Consta-se a dificuldade dos países em manter atualizadas as bases de dados administrativas sobre a força de trabalho em saúde/enfermagem.

É sabido que o desenvolvimento de sistemas de monitoramento e gerenciamento do tamanho e da composição da força de trabalho em enfermagem, somado à implementação de políticas públicas voltadas para o fortalecimento da força de trabalho

na área, são essenciais para o alcance da cobertura universal da saúde (Pozo-Martin *et al.*, 2017). A implementação de indicadores e o monitoramento sistemático da força de trabalho em enfermagem podem ser estrategicamente informados por dados oriundos de bases secundárias de registros administrativos e complementados por dados primários (Pozo-Martin *et al.*, 2017). Segundo os autores, a ausência de dados confiáveis compromete a capacidade dos gestores de planejar, monitorar, dimensionar e antecipar as necessidades do setor.

É nesse cenário que se insere o *Projeto Demografia e do Mercado de Trabalho da Enfermagem no Brasil*, coordenado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), da Faculdade de Enfermagem (ENF) da UERJ e da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este livro apresenta os resultados e análises decorrentes do desenvolvimento do projeto de pesquisa cujo objetivo geral foi delinear as características, tendências e cenários relacionados à população, formação e à atividade profissional da enfermagem no Brasil. A pesquisa buscou, assim, contribuir para o avanço dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, gerando evidências confiáveis para um planejamento da FTS.

Este capítulo introdutório tem como finalidade fornecer o contexto geral da investigação, detalhar a justificativa que a motivou, apresentar a abordagem metodológica adotada e delinear a estrutura dos capítulos subsequentes, que aprofundarão temas específicos relativos à formação, ao perfil demográfico e ao mercado de trabalho da enfermagem no Brasil. Acredita-se que os resultados dessa investigação podem fomentar o diálogo sobre a necessidade de reorganização e aprimoramento das bases de dados, incentivando lideranças a direcionar esforços para melhoria da capacidade de coleta, análise e uso de dados da Força de Trabalho em Enfermagem (FTE). Cabe destacar que, uma vez disponíveis, constituirão bases oportunas que poderão orientar acordos políticos e tomada de decisões baseada em evidências sobre investimento na FTE.

A relevância da enfermagem na atenção à saúde é inegável, sendo fundamental para a efetividade e a qualidade dos serviços prestados. Compreender a demografia e o mercado de trabalho desta categoria profissional é essencial para um planejamento da FTS mais ajustado às necessidades do sistema de saúde e fundamentado em informações confiáveis. A pesquisa também se alinha às recomendações da OMS para compreender e impulsionar o desenvolvimento da força de trabalho da enfermagem, visando contribuir para o progresso dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.





Abordagem Metodológica e Fontes de Dados

A concepção do projeto Demografia e Mercado de Trabalho em Enfermagem no Brasil foi baseada em um histórico de discussões e na identificação de lacunas críticas no conhecimento sobre a enfermagem brasileira. Antes da formalização da pesquisa, foram realizados um seminário e consultas a atores-chave do campo da enfermagem, incluindo representantes de entidades de classe, instituições acadêmicas e outros especialistas, com o intuito de iniciar o delineamento da pesquisa e identificar as prioridades de investigação. Esse processo colaborativo, iniciado em 2020, ainda durante a pandemia, visou garantir que o estudo tivesse a amplitude e a abrangência necessárias para preencher as lacunas relevantes existentes na área.

A justificativa para a realização desta pesquisa foi multifacetada e refletia a urgência de obter informações atualizadas e robustas sobre a enfermagem no Brasil. A defasagem dos dados disponíveis desde 2012 impede uma compreensão precisa do cenário atual da força de trabalho. O crescimento acentuado do número de cursos de graduação e técnicos em enfermagem nos últimos anos impactou a dinâmica do mercado, demandando uma análise detalhada dessas transformações.

Estudos anteriores e documentos da OMS já indicavam a necessidade de fortalecer a pesquisa e a produção de dados sobre a força de trabalho em saúde, incluindo a enfermagem. A presente pesquisa busca dar continuidade a esses esforços, utilizando metodologias robustas para analisar as diversas dimensões da demografia e do mercado de trabalho da enfermagem no Brasil, preenchendo a lacuna de informações existentes e fornecendo subsídios para a tomada de decisões informadas por evidências científicas.

O projeto foi estruturado em diferentes fases. Inicialmente, em outubro de 2020, foram identificados atores-chave do campo da enfermagem no País com a perspectiva de colaborar tecnicamente para a pesquisa. Em seguida, foram realizadas diversas

reuniões entre os atores-chave de modo a iniciar o delineamento da pesquisa, incluindo reuniões com os órgãos de classe, principalmente com os Coren dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, universidades e atores-chave do campo da enfermagem. Cabe ressaltar que, em todas as reuniões, a proposta do projeto de pesquisa foi bem recebida, tendo os participantes demonstrado grande interesse em apoiar a iniciativa, dada a sua evidente magnitude e relevância.

O processo teve continuidade até que, em julho de 2023, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas-BR) aprovaram o projeto *Demografia e Mercado de Trabalho em Enfermagem*, e em outubro do mesmo ano foi assinada a Carta Acordo SCON2023-00221, formalizando o início do projeto.

Decorrente desse movimento inicial, o delineamento da etapa seguinte consistiu na análise de bases de dados secundárias. Diversas fontes de dados potenciais foram identificadas para compor um repositório que permitisse o monitoramento longitudinal e espacial da Demografia e do Mercado de Trabalho em Enfermagem no Brasil.

O processo de trabalho envolveu etapas cruciais para assegurar a qualidade e a usabilidade dos dados. Inicialmente, foi realizado um levantamento minucioso dos dicionários de dados de cada base de dados selecionada, catalogando nomes de campos, tipos de dados, descrições e códigos de classificação. A criação de dicionários de dados possibilitou um entendimento comum entre os integrantes do projeto, evitando interpretações divergentes.

Paralelamente ao tratamento dos dados, o projeto dedicou atenção aos problemas éticos e legais relacionados ao uso de bases de dados sensíveis, com foco nas implicações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com protocolo número 60691422.4.0000.5260. Foram desenvolvidas análises sobre as questões éticas e jurídicas envolvidas na pesquisa com dados da FTS, especialmente no que se refere à enfermagem no Brasil.

A negociação com os órgãos responsáveis pelas bases de dados, como o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), foi uma etapa fundamental para obter acesso às informações necessárias. Esse processo envolveu a elaboração de ofícios, contatos diretos e o detalhamento dos objetivos do projeto, da justificativa para o uso dos dados e das especificações técnicas necessárias para análise, que resultou em um termo de acordo e cooperação entre a UERJ e o Cofen.

Posteriormente, as bases de dados autorizadas foram submetidas a um processo de extração, transformação e carga (ETL) para organização em um *Data Warehouse*. Essa etapa incluiu a higienização e imputação de dados, visando garantir a consistência e a qualidade das informações. A análise da integridade e consistência dos bancos de dados foi também realizada para identificar possíveis problemas e limitações. Os *datasets* resultantes foram armazenados em um servidor seguro no Laboratório Nacional de Computação Científica (LNCC), com o qual foi estabelecido um acordo institucional para este fim.

Adicionalmente, o projeto contemplou o desenvolvimento de uma modelagem baseada na simulação de sistemas dinâmicos. Essa simulação mostra a evolução temporal das variáveis relacionadas ao mercado de trabalho da enfermagem no Brasil. Essa abordagem busca compreender as interconexões, os fluxos dos processos e a complexidade do sistema da Força de Trabalho em Enfermagem (FTE).

O projeto foi estruturado em três grandes eixos de análise — formação, perfil demográfico e mercado de trabalho —, cada um abordado em capítulos específicos desta obra:

Eixo: Formação da Enfermagem

- **Capítulo 1 – Formação Profissional Técnica:** investiga o contexto da formação técnica em enfermagem no Brasil, avaliando o número de vagas, a evolução dos cursos ao longo do tempo, a regulação do setor, as transformações ocorridas, os desafios enfrentados e os investimentos em educação técnica.
- **Capítulo 2 – Formação Profissional Superior:** centrado na formação de nível superior em enfermagem, contemplando o cenário do ensino superior, o número de vagas, a distribuição dos cursos ao longo do tempo, o perfil dos alunos (ingressantes, matriculados, concluintes), as taxas de evasão, a regulação, as mudanças, os desafios, o investimento, a situação dos residentes de enfermagem e a área de pesquisa e pós-graduação *stricto sensu*.
- **Capítulo 3 – Especialistas e Especialidades:** análise pioneira sobre as especialidades em enfermagem, com recomendações para políticas públicas, na superação dos gargalos regulatórios e de planejamento do trabalho em enfermagem.

Eixo: Demografia da Enfermagem

- **Capítulo 4 – Perfil Demográfico:** oferece uma visão geral do perfil demográfico dos profissionais de enfermagem no Brasil, incluindo a distribuição por sexo e raça, a pirâmide etária da enfermagem brasileira e as taxas de mortalidade e adoecimento dos profissionais.
- **Capítulo 5 – Mobilidade Social:** destaca o crescimento significativo no número de profissionais e postos de trabalho, com uma reconfiguração na proporção entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, a busca por maior escolaridade e a possível migração de técnicos para outras áreas.
- **Capítulo 6 – Desgaste da Força de Trabalho:** analisa as evidências do desgaste, como o aumento nas taxas de afastamento e condições de trabalho precárias, especialmente para técnicos de enfermagem.

Eixo: Mercado de Trabalho da Enfermagem

- **Capítulo 7 – Mercado de Trabalho:** analisa a dinâmica do mercado de trabalho de enfermagem, buscando informações sobre o emprego e os postos de trabalho disponíveis nos setores público e privado.
- **Capítulo 8 – Distribuição por Níveis de Atenção:** analisa a distribuição dos profissionais de enfermagem em todo o País, considerando a evolução temporal do número de profissionais, a distribuição por níveis de atenção à saúde, as tendências futuras e a distribuição por especialidades.
- **Capítulo 9 – Estrangeiros Atuantes no Brasil:** analisa a distribuição e atuação de estrangeiros na enfermagem no Brasil.

Outros aspectos relevantes, embora não diretamente vinculados aos temas centrais, mas essenciais para o desenvolvimento do projeto, serão abordados no Volume 2:

- **Capítulo 1 – Aspectos Éticos e Legais do Uso de Bancos de Dados:** discute as implicações da LGPD e as questões éticas na pesquisa com dados sensíveis relacionados à FTS em enfermagem.
- **Capítulo 2 – Descrição e Análise das Bases de Dados:** detalha a metodologia de construção de um *Data Warehouse* para pesquisa em enfermagem.
- **Capítulo 3 – Modelagem baseada na Dinâmica de Sistemas:** apresenta uma descrição do sistema com base na metodologia de sistemas dinâmicos.

Podemos concluir que os resultados ora apresentados sintetizam um esforço abrangente e necessário que buscou suprir uma lacuna de informações sobre a enfermagem brasileira. Ao mesmo tempo, é apontada a necessidade de estudos futuros com produção e análise de dados primários, tanto quantitativos como qualitativos.

Espera-se que o estudo contribua para o fortalecimento da governança dos Conselhos de Enfermagem (Cofen e Coren) por meio da melhoria da qualidade de suas bases de dados. O projeto também visa o desenvolvimento de indicadores para monitoramento, planejamento e gestão de recursos humanos na enfermagem por parte dos gestores públicos e privados.

Ao colocar à disposição o entendimento ampliado sobre a força de trabalho em enfermagem, projeta-se que esses resultados podem orientar a elaboração de políticas públicas que promovam a integração das informações geradas e armazenadas por diversas instituições, assegurando o acesso a dados interconectados em conformidade com a LGPD.

Ademais, trata-se de um instrumento poderoso para o *advocacy* com potencial de engajar atores-chave e influenciar positivamente as políticas e práticas relacionadas à enfermagem no Brasil, fortalecendo as representações de classe, sindicais e associativas, como um recurso valioso para pesquisadores, gestores, profissionais de enfermagem e formuladores de políticas.

Os capítulos a seguir aprofundarão os temas da formação, do perfil demográfico e do mercado de trabalho, proporcionando um conhecimento mais detalhado sobre a realidade da enfermagem no Brasil e apoiando a construção de um futuro mais justo e promissor para esses profissionais essenciais à saúde da população. Acreditamos que a *Demografia da Enfermagem no Brasil 2025* se tornará uma referência fundamental para a compreensão e o fortalecimento da enfermagem no País.

Eixo: Formação da Enfermagem



1 ▲ Formação Técnica da Enfermagem no Brasil (2010-2023)

A formação escolarizada para o trabalho em saúde começa a se organizar no Brasil, no final do século XIX, no sistema mestre-aprendiz, em escolas vinculadas a hospitais, com a finalidade de suprir a falta de trabalhadores nessas instituições, principalmente da área de enfermagem (Lima, 2013). O ensino era predominantemente desenvolvido por congregações religiosas e por irmãs de caridade, ainda que estas não possuíssem formação específica para desenvolver tal função (Silva *et al.*, 2022).

A partir da década de 1920, a regulação da formação amplia o rigor, exigindo diploma de escolas oficiais para o exercício das profissões de saúde (Lima, 2013). Contudo, persistia a falta de legislação própria no ensino da enfermagem. Assim, a Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro, foi reconhecida como “padrão”, à qual as outras escolas de enfermagem deveriam ser equiparadas (Silva *et al.*, 2022).

O primeiro curso formal de auxiliares de enfermagem foi criado na Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1941. Entre as décadas de 1940 e 1950 o ensino da enfermagem se organizava em dois cursos: enfermagem e auxiliar de enfermagem, com 36 e 18 meses, respectivamente.

O curso de enfermagem correspondia ao nível superior, sendo a partir de 1956, necessário o certificado de conclusão do curso secundário para ingressar. Já o ensino técnico em enfermagem no Brasil começou a ser estruturado em meados do século XX, com o objetivo de atender à crescente demanda por profissionais de saúde qualificados e em resposta à necessidade de uma qualificação intermediária entre o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem, para o desenvolvimento da enfermagem no País (Caverni, 2005).

Além da formação escolarizada, havia os exames de equivalência, por meio dos quais os profissionais com experiência prática comprovada por tempo de serviço

poderiam obter um certificado ou diploma de habilitação profissional (Silva *et al.*, 2022). Até 1955, existiam quatro categorias profissionais de enfermagem com suas respectivas legislações: enfermeiro diplomado, auxiliar de enfermagem, enfermeiro prático licenciado e prático de enfermagem (Wermelinger; Vieira; Machado, 2016).

A formação de técnicos de nível médio em saúde foi autorizada em 1961, pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (Lima; Ramos; Lobo Neto, 2013). Em 1966 foi criado o primeiro curso técnico de enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery. Nos anos seguintes, outras instituições passaram a oferecer esse tipo de formação.

As reformas educacionais de 1961 e de 1971 também formalizaram a separação das três categorias profissionais dentro da enfermagem: o auxiliar, o técnico e o enfermeiro. Cada categoria tem atribuições distintas, sendo o auxiliar responsável por funções mais simples, o técnico por tarefas de média complexidade e o enfermeiro por atividades que envolvem maior responsabilidade e complexidade, como o gerenciamento e a supervisão das equipes (Afonso; Neves, 2018; Caverni, 2005).

A aprovação da Lei n.º 5.692 de 1971, que fixava diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, tornou a educação técnica obrigatória no nível médio e foi crucial para expandir essa modalidade de ensino, oficializando a profissionalização e abrindo caminho para que mais pessoas ingressassem no mercado de trabalho da saúde (Afonso; Neves, 2018). Em 1977, o Conselho Federal de Educação instituiu os cursos técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem como habilitações do nível de segundo grau e, excepcionalmente, em caráter emergencial, permitiu a habilitação de auxiliares de enfermagem no nível de primeiro grau (Wermelinger, Vieira; Machado, 2016).

Vale registrar que a formação técnica em enfermagem é influenciada por políticas e marcos regulatórios determinados pela conjuntura política, social e econômica que interferem no desenvolvimento e consolidação da categoria profissional. A criação do curso técnico de enfermagem decorre da carência de profissionais qualificados e da insuficiência de enfermeiras para atender às necessidades de saúde da população. Nesse contexto, a alternativa encontrada foi a criação de um nível intermediário, o técnico de enfermagem, entre os auxiliares de enfermagem e enfermeiras diplomadas. O curso técnico de enfermagem nesse modelo correspondia ao nível médio colegial com duração de três anos, tendo como docentes, enfermeiras diplomadas registradas no Ministério da Educação (Silva *et al.*, 2022).

O desenvolvimento da formação na área da enfermagem refletiu mudanças sociopolíticas e econômicas, especialmente na expansão da educação técnica promovida pelos setores público e privado. A inserção profissional de nível técnico foi um marco na organização da equipe de enfermagem, e sua implementação teve um impacto significativo no sistema de saúde brasileiro (Caverni, 2005; Wermelinger *et al.*, 2020).

A década de 1980 foi marcada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cujo principal objetivo foi a garantia da saúde como um direito social. Nesse contexto, foram implementadas reformulações nos serviços de saúde e estratégias para extensão de cobertura dos serviços e programas de saúde pública. Até meados da década seguinte, o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar, conhecido como Projeto Larga Escala (PLE), foi responsável pela profissionalização de auxiliares e técnicos de enfermagem voltados para atuação em hospitais (Bassinello; Bagnato, 2009; Borges *et al.*, 2012). Esse projeto, resultado da cooperação desenvolvida de 1973 a 1983 entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Brasil, estabeleceu as bases para a formação de profissionais de saúde de nível médio e elementar, integrando ensino e serviços locais, descentralizando ações e influenciando políticas públicas de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Paiva; Pires-Alves; Hochman, 2008).

Em 1986, foi promulgada a lei do exercício profissional de enfermagem, que entre outras determinações passou a autorizar o exercício da profissão somente ao enfermeiro, ao técnico, ao auxiliar e à parteira, levando à distinção da formação entre os profissionais da categoria.

A partir 1996, a LDB e suas regulamentações desvincularam a educação profissional da educação básica, permitindo o ensino profissionalizante à parte, o que, por sua vez, aliado ao contexto da época, marcado pela ascensão do neoliberalismo, favoreceu o aumento de cursos pela rede privada (Menegarde; Rodrigues; Conterno, 2024; Silva *et al.*, 2022; Wermelinger *et al.*, 2020).

De acordo com essas normativas, cabe à esfera estadual, no papel de instância reguladora, autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar os cursos técnicos ofertados nos âmbitos estadual e municipal. Essas ações fazem parte da regulação da educação profissional, ou seja, do conjunto de mecanismos de controle, fiscalização e garantia de qualidade, e devem estar em conformidade com a regulamentação nacional, expressa na LDB, nas resoluções do Conselho Nacional de Educação e

demais normativas legais. Já os cursos ofertados pela Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (RFEPCT¹) seguem a regulação direta do Ministério da Educação (MEC) e “possuem autonomia administrativa, patrimonial, financeira, didático-pedagógica e disciplinar” como informa o portal institucional (<http://portal.mec.gov.br/rede-federal-inicial>).

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). O referido Programa direcionou esforços à profissionalização de trabalhadores da enfermagem em situação de vulnerabilidade, qualificando auxiliares sem formação adequada e ampliando o acesso à educação técnica, garantindo assistência mais qualificada. Esse Programa avançou sobre as estratégias desenvolvidas no PLE e foi responsável pela formação de aproximadamente 320 mil profissionais de enfermagem até o ano de 2009, majoritariamente auxiliares e técnicos de enfermagem (Borges *et al.*, 2012).

A partir de 2009 a formação de profissionais de nível médio induzida pelo MS, foi organizada no âmbito do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), que diferentemente do PROFAE não era exclusivo para profissionais da enfermagem, mas incluiu entre suas formações prioritárias, o curso técnico de enfermagem (Borges *et al.*, 2012). O PROFAPS aparece como consolidação de uma política nacional de formação técnica contínua para profissionais de nível médio do SUS, articulando escolaridade, qualificação e educação permanente, visando à valorização do trabalho, autonomia intelectual e fortalecimento estrutural do sistema público de saúde. Mesmo sendo descontinuados, o PROFAE em 2009 e o PROFAPS com atividades pontuais após 2015, ambos os programas refletem uma trajetória evolutiva de investimento em recursos humanos, essencial para a universalidade, integralidade e qualidade do SUS.

São escassas as pesquisas de âmbito nacional que abrangem a formação técnica de enfermagem para além da trajetória histórica dos cursos e seus aspectos técnico-pedagógicos (Cunha; Santos; Gomes, 2023). A mais recente foi a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, cujo objetivo principal foi traçar o perfil da equipe de enfermagem no Brasil, abrangendo características socioeconômicas, de formação e desenvolvimento profissional, de inserção e mobilidade no mercado de trabalho (Machado, 2017).

¹Criada em 2008 com as finalidades de ampliação, interiorização e diversificação da educação profissional e tecnológica no país, a RFEPCT hoje conta com 656 unidades, das quais, 37 (5,6%) ofertam curso técnico em enfermagem (Jesus *et al.*, 2025).

Diante disso, este capítulo tem por objetivos explorar e descrever, de forma cronológica, a legislação e as normas vigentes relacionadas ao ensino técnico em enfermagem no Brasil, bem como analisar os dados disponíveis em dois bancos de dados oficiais – Censo da Educação Básica e Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (SISTEC) – sobre a formação técnica na área, de modo a contribuir para a construção da demografia da enfermagem no Brasil.

1.1 Aspectos metodológicos

Foi realizado levantamento da legislação federal e das normas vigentes que apoiam tanto a formação do ensino técnico em enfermagem no país quanto a sua regulamentação.

Analisou-se os dados do Censo da Educação Básica no período de 2010 a 2023. A partir do dicionário de variáveis do Censo e suas definições, foram selecionadas as variáveis alinhadas aos objetivos da pesquisa Demografia da Enfermagem no Brasil, relacionados à formação técnica de enfermagem. Da mesma forma foram analisados dos dados do Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (SISTEC) no período de 2009 a 2024.

Vale registrar que não foi possível realizar o cruzamento de dados desses dois sistemas, pois os códigos das unidades de ensino nos bancos de dados do Censo da Educação Básica e do SISTEC são diferentes.

1.2 Resultados e discussão

1.2.1 Aspectos legais

A regulamentação dos cursos técnicos em enfermagem é complexa e fundamenta-se em normas legais do exercício profissional e da educação brasileira entre as quais destacam-se:

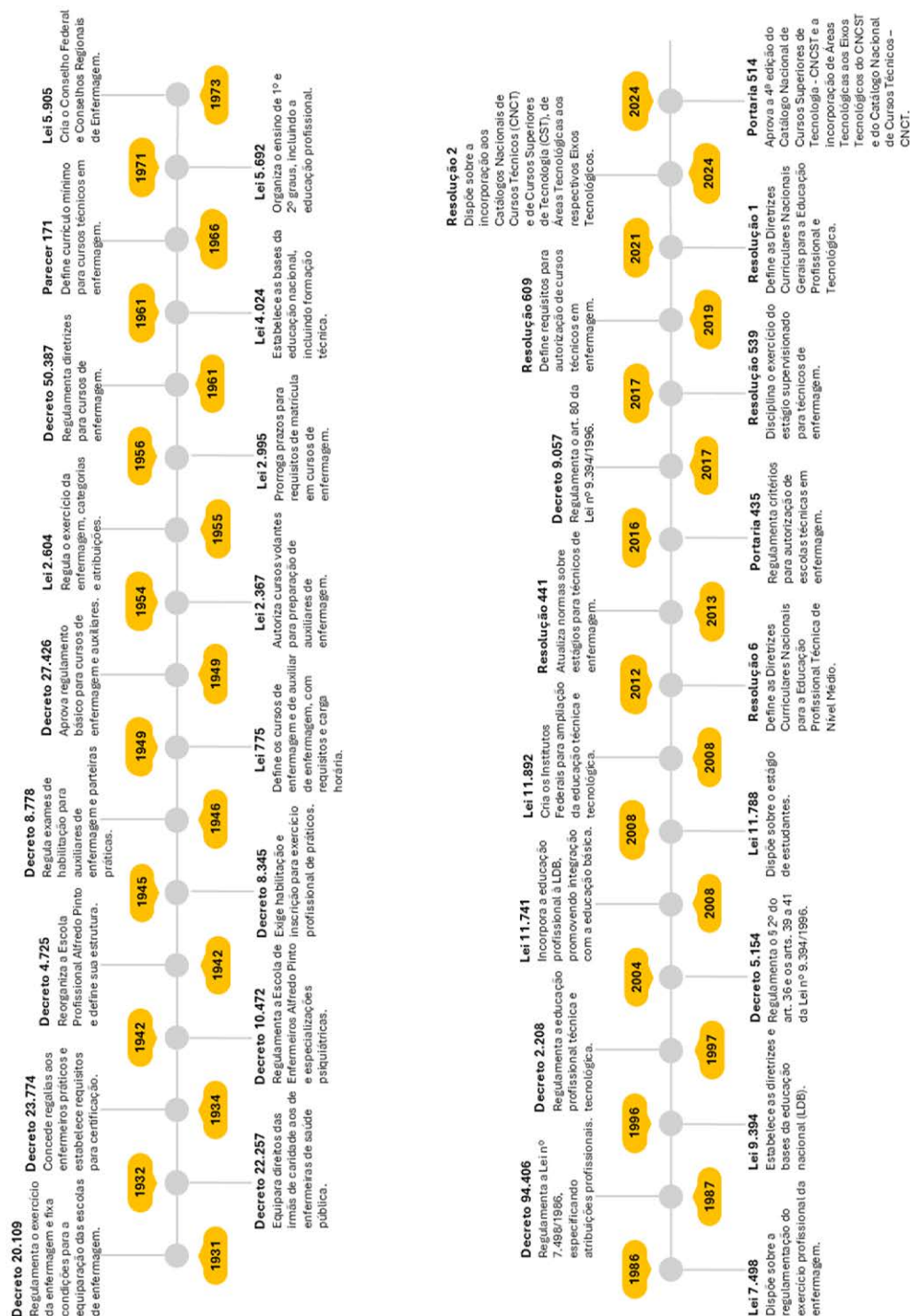
- Lei n.º 7.498/1986 – Regulamenta o exercício da enfermagem, incluindo a atuação de técnicos e auxiliares de enfermagem. Estabelece as responsabilidades profissionais e os requisitos para os cursos técnicos de enfermagem, determinando, por exemplo, a necessidade de registro profissional e as competências do técnico e auxiliar de enfermagem.

- Decreto n.º 94.406/1987 – Regulamenta a Lei n.º 7.498/1986, especificando as atividades permitidas aos técnicos de enfermagem, destacando o exercício de atividades de nível médio técnico atribuídas à equipe de enfermagem.
- A Lei n.º 9.394/1996 (LDB) – Estabelece as bases para a organização da educação no Brasil. A LDB situa a educação profissional, incluindo a de nível técnico, como parte integrante do sistema educacional e destaca sua articulação com a educação básica e superior, com foco no desenvolvimento de competências para o trabalho e a cidadania.

De acordo com a LDB (Brasil, 1996, art. 22), o ensino técnico faz parte da educação profissional e alinha-se à educação básica, cuja finalidade é o desenvolvimento do educando, assegurando-lhe formação comum e meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores, o que inclui a educação profissional. Dessa forma, o ensino médio, que integra a educação básica, pode preparar os alunos para o exercício de profissões técnicas, podendo ser realizado de forma integrada, concomitante ou subsequente ao ensino técnico. A educação profissional técnica de nível médio também integra a educação profissional e tecnológica aos diferentes níveis e modalidades de educação, vinculando-se ao trabalho, ciência e tecnologia (Brasil, 1996, art. 39).

A Figura 1 traz a linha do tempo com as principais legislações e normas que ajudaram a formatar o ensino técnico em enfermagem no Brasil, a partir do século XX.

Figura 1 – Principais legislações e normas do ensino técnico em enfermagem no Brasil



Fonte: Ministério da Educação (2025); Silva (2021).

1.2.2 Regulamentação dos cursos técnicos

Para que um curso técnico seja autorizado a funcionar, a entidade mantenedora deve apresentar um requerimento instruído com a documentação que comprove que:

- A entidade é de caráter público ou privado
- Possui recursos e instalações adequadas para oferecer o ensino de forma completa e eficiente
- Dispõe de um corpo docente qualificado e com diplomas devidamente registrados
- As instalações, incluindo residências para alunos, seguem os requisitos higiênicos e confortáveis
- O projeto de regimento do curso obedece às leis e regulamentações específicas

Além disso, o processo de autorização inclui a verificação pelo órgão de ensino competente, que encaminha seu parecer ao Ministério da Educação, para a emissão da portaria de autorização, válida por dois anos (Brasil, 2017b).

Embora existam variações em detalhes específicos de infraestrutura e processos, como prazos e documentação, a solicitação de autorização para a oferta de um curso técnico em enfermagem, de acordo com as normativas dos Conselhos Estaduais de Educação (CEE) e o Conselho Nacional de Educação (CNE), segue um padrão regulado e envolve várias etapas fundamentais:

- Credenciamento da Instituição: a instituição que deseja ofertar o curso precisa ser credenciada como uma instituição de ensino técnico no Conselho Estadual de Educação competente. Esse processo inclui a verificação de conformidade com as exigências legais e de infraestrutura adequadas para a oferta do curso.
- Projeto Pedagógico do Curso (PPC): a instituição deve submeter um Projeto Político Pedagógico (PPP) detalhado, que inclui a matriz curricular, carga horária, competências, habilidades, e módulos formativos. Esse documento deve seguir as diretrizes da Lei n.º 9.394/1996 (LDB), da Resolução CNE/CEB n.º 6/2012, além de normativas específicas de cada estado.
- Análise Técnica: o projeto é avaliado por uma comissão técnica que verifica a estrutura física, como laboratórios e bibliotecas, corpo docente e convênios para estágios supervisionados, essenciais para a prática profissional dos alunos.
- Estágios Supervisionados: o curso deve prever estágios práticos em unidades de saúde ou hospitais, conforme convênios firmados com instituições de saúde locais, como Secretarias Municipais de Saúde.
- Parecer Final e Autorização: após a avaliação técnica e pedagógica, o CEE emite um parecer final recomendando ou não a autorização para a oferta do curso. O mesmo parecer pode estipular condições para o credenciamento ou ajustes antes da renovação de autorização.

Esse processo deve seguir as regulamentações tanto nacionais quanto estaduais, garantindo que o curso atenda às exigências de qualidade e competência na formação dos profissionais técnicos em enfermagem. Isso ocorre porque as diretrizes fundamentais para a educação técnica e profissional no Brasil estão alinhadas com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Resolução CNE/CEB n.º 6/2012, e outras normativas emitidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), como a Resolução CNE/CEB n.º 3/2008, que orienta a organização e funcionamento da educação profissional técnica de nível médio.

O Conselho Nacional de Educação (CNE)² e o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)³ regulamentam os estágios em cursos técnicos de enfermagem, priorizando a integração entre teoria e prática, supervisão por enfermeiros habilitados e infraestrutura adequada. A Lei n.º 11.788/2008 (Lei de Estágio) e resoluções específicas orientam questões como convênios entre instituições, cobertura de seguro, e carga horária obrigatória. Os professores devem ser qualificados, com experiência prática, e participar do planejamento pedagógico. Além disso, os laboratórios precisam ser equipados com materiais adequados e seguir normas de biossegurança, garantindo um ambiente de ensino seguro e eficaz.

Essas regulamentações e recomendações são apresentadas no Quadro 1, conforme descrito a seguir.

Quadro 1 – Regulamentações e recomendações para estágios em cursos técnicos de enfermagem

Convênios entre Escolas e Instituições de Saúde	Requisitos	Atendem às normas legais (Lei de Estágio e Cofen/Coren). Garantem cobertura de seguro e definição de responsabilidades. Formalizam a supervisão por enfermeiros.
	Benefícios	Regulamentação e segurança jurídica. Cobertura de acidentes para alunos. Supervisão qualificada.

continua

²Conselho Nacional de Educação. Pareceres e resoluções sobre estágio. Portal do Ministério da Educação, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/normas-classificadas-por-assunto/pareceres-e-resolucoes-sobre-estagio>.

³Conselho Federal de Enfermagem. Cofen revisa Resolução sobre estágio de estudantes de Enfermagem. Portal Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-revisa-resolucao-sobre-o-estagio-de-estudantes-de-enfermagem>.

conclusão

Seguros Obrigatórios	Seguro para Alunos	Normativa: Lei n.º 11.788/2008. Cobertura: acidentes pessoais durante o estágio. Responsável: escola ou instituição de saúde.
	Proteção ao Paciente	Normativas: Código de Ética Cofen n.º 564/2017. Cobertura: responsabilidade civil em caso de danos causados por estagiários.
Infraestrutura dos Laboratórios	Espaços	Simulação de práticas hospitalares e domiciliares.
	Biossegurança	Uso obrigatório de EPIs. Normas de limpeza rigorosas.
	Supervisão	Professores ou técnicos qualificados.
	Materiais	Equipamentos modernos e suficientes
Perfil dos Professores	Formação compatível com áreas de ensino. Experiência prática na área de enfermagem. Participação no Projeto Pedagógico do Curso. Atualização constante com inovações científicas e tecnológicas.	

Fonte: elaboração própria.

1.2.3 Análise de dados do Censo da Educação Básica

O período de análise foi de 2010 a 2023. Após leitura do dicionário de variáveis e suas definições, foram selecionadas as variáveis alinhadas aos objetivos da pesquisa relacionados à formação técnica de enfermagem. O Quadro 2 apresenta de forma sintética as variáveis selecionadas do Censo da Educação Básica e as considerações sobre a contribuição dos respectivos dados, considerando os objetivos da pesquisa. As análises das variáveis foram realizadas por estatística descritiva utilizando-se percentuais.

Quadro 2 – Variáveis disponíveis no Censo da Educação Básica, período 2010 a 2023 e suas contribuições para a Demografia da Enfermagem no Brasil

Variável	Objetivos da pesquisa	Considerações
Ano do Censo	Realizar o mapeamento dos cursos técnicos em enfermagem credenciados, entre 2010 e 2024.	Atendem parcialmente ao objetivo. No período de 2010 a 2022 não foi possível filtrar os dados pelo curso técnico de enfermagem. Apenas no ano de 2023 foi possível usar como filtro o curso técnico de enfermagem e identificar as escolas que ofertam curso técnico de enfermagem.
Sigla da Unidade da Federação		
Código da Unidade da Federação		
Nome do Município		
Código do Município		
Nome da Escola		
Código da Escola		
Dependência Administrativa		
Categoria da escola privada		
Localização		
Localização diferenciada da escola		
Situação de funcionamento		
Órgão ao qual a escola pública está vinculada - Secretaria de Educação/Ministério da Educação		
Órgão ao qual a escola pública está vinculada - Secretaria de Saúde/Ministério da Saúde		
Órgão ao qual a escola pública está vinculada - Outro órgão da administração pública		
Poder público responsável pela parceria ou convênio entre a Administração Pública e outras instituições		
Mantenedora da escola privada - Empresa ou grupo empresarial do setor privado ou pessoa física		
Mantenedora da escola privada - Organização Não Governamental (ONG) - internacional ou nacional		
Mantenedora da escola privada - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)		
Mantenedora da escola privada - Organização Não Governamental (ONG) - internacional ou nacional - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)		
Mantenedora da escola privada - Sindicatos de trabalhadores ou patronais, associações e cooperativas		
Mantenedora da escola privada - Sistema S (Sesi, Senai, Sesc, outros)		

continua

continuação

Variável	Objetivos da pesquisa	Considerações
Regulamentação/Autorização no conselho ou órgão municipal, estadual ou federal de educação		
Esfera administrativa do conselho ou órgão responsável pela Regulamentação/Autorização		
Código da IES vinculada à escola		
Educação Profissional - Modo profissionalizante de ensino correspondente às turmas de cursos de formação inicial e continuada ou de qualificação profissional (Cursos FIC) articulados à EJA ou concomitantes; ou de cursos técnicos de nível médio nas formas articulada (integrada ou concomitante) ou subsequente ao ensino médio e de normal/magistério (Possui uma ou mais matrículas)	Analisar as modalidades, padrões curriculares e relação docente/ aluno dos cursos de graduação e técnico em enfermagem e conteúdo de grade curricular no país, entre 2010 e 2024.	Atendem parcialmente aos objetivos. No período de 2010 a 2022 não foi possível filtrar os dados pelo curso técnico de enfermagem.
Educação Profissional Técnica - Modo profissionalizante de ensino correspondente às turmas de cursos técnicos de nível médio nas formas articulada (integrada ou concomitante), ou subsequente ao ensino médio e de normal/magistério (Possui uma ou mais matrículas)	Investigar quais são os mecanismos de credenciamento para instituições de ensino em graduação e técnico em enfermagem no país, entre 2010 e 2024.	Apenas no ano de 2023 foi possível usar como filtro o curso técnico de enfermagem e identificar as modalidades de ofertas, especificamente para o curso técnico de enfermagem. Não há informações sobre currículo no Censo. Não há informações sobre credenciamento das escolas no Censo.

continua

conclusão

Variável	Objetivos da pesquisa	Considerações
Número de Matrículas na Educação Profissional	Realizar análise descritiva e geográfica sobre o número de vagas disponíveis, ocupadas e ociosas anualmente para educação superior e técnica em enfermagem no país, entre 2010 e 2024.	Atendem parcialmente aos objetivos.
Número de Matrículas na Educação Profissional Técnica - Modo profissionalizante de ensino correspondente às turmas de cursos técnicos de nível médio nas formas articuladas (integrada ou concomitante), ou subsequente ao ensino médio e de normal/magistério		No período de 2010 a 2022 não foi possível filtrar os dados pelo curso técnico de enfermagem.
Número de Matrículas na Educação Básica - Feminino	Descrever o perfil demográfico dos profissionais de enfermagem, a partir de dados secundários, entre 2010 e 2024.	Apenas no ano de 2023 foi possível usar como filtro o curso técnico de enfermagem e identificar números de matrículas relativas ao curso técnico de enfermagem.
Número de Matrículas na Educação Básica – Masculino		
Número de Matrículas na Educação Básica - Cor/ Raça Não Declarada	Descrever a razão de sexo dos profissionais de enfermagem, a partir de dados secundários, entre 2010 e 2024.	
Número de Matrículas na Educação Básica - Cor/ Raça Branca		
Número de Matrículas na Educação Básica - Cor/ Raça Preta		
Número de Matrículas na Educação Básica - Cor/ Raça Parda		
Número de Matrículas na Educação Básica - Cor/ Raça Amarela		
Número de Matrículas na Educação Básica - Cor/ Raça Indígena		
Número de Matrículas na Educação Básica - Turno Diurno		
Número de Matrículas na Educação Básica - Turno Noturno		
Número de Matrículas na Educação Básica - Turmas semipresenciais ou de Educação a Distância (EAD)		
Número de Docentes da Educação Profissional		
Número de Docentes da Educação Profissional Técnica		
Número de Turmas de Educação Profissional		
Número de Turmas de Educação Profissional Técnica		

Fonte: elaboração própria.

Importa informar que os dados do Censo da Educação Básica não permitiram realizar análises específicas para o curso técnico de enfermagem, pois dados específicos por curso técnico passaram a ser disponibilizados somente a partir do censo de 2023. Além disso, vale lembrar que o Censo da Educação Básica não contempla informações acerca dos currículos dos cursos e do credenciamento das escolas.

1.2.4 Análise dos dados do Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica

O Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (SISTEC) organiza algumas informações sobre cursos técnicos de nível médio e cursos de qualificação profissional. O sistema foi criado pelo Ministério da Educação (MEC) em 2009 para garantir que os diplomas desses cursos sejam válidos em todo o Brasil.

As escolas que oferecem cursos da educação profissional e tecnológica precisam cadastrar os seus alunos e inserir as informações sobre os cursos técnicos de nível médio e os cursos de qualificação profissional, incluindo matrícula, frequência, concluintes, entre outros dados (CNE, 2009).

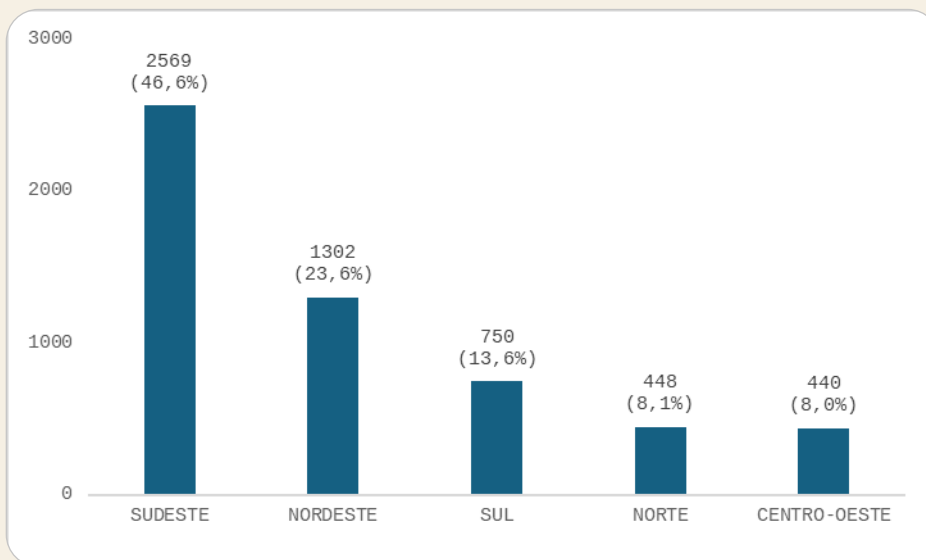
Os dados disponíveis para consulta pública no SISTEC são: código da unidade de ensino; nome do curso; tipo de curso; código do tipo de curso; período de oferta do curso; quantidade de matrículas no período; modalidade e tipo de oferta. Para se ter acesso a esses dados, é preciso após a seleção do estado, consultar por seus municípios, e verificar entre todas as instituições de ensino ofertantes as quais possuem oferta de cursos técnicos de enfermagem. Não há dados para livre consulta sobre número de concluintes, nem informações demográficas que permitam conhecer o perfil dos alunos matriculados.

As informações de cada unidade escolar que oferece curso técnico ou de qualificação profissional estão disponíveis em uma planilha que pode ser baixada do site do SISTEC. Essa é a única forma de consulta, não existindo informações dados agregados como o número de cursos ou de matrículas por estado e por período. Todas as análises a seguir referem-se ao consolidado de informações contidas nas planilhas individuais de cada escola que ofertou curso técnico de enfermagem entre 2009 e 2024, segundo os dados do SISTEC, utilizando estatística descritiva por meio de percentuais.

Foram identificados 6.833 registros de oferta de cursos técnicos e qualificações profissionais, a saber cursos de auxiliar de enfermagem e diversas especializações técnicas de nível em enfermagem. Quanto à nomenclatura dos cursos, há registro de diferentes nomes para o curso técnico em enfermagem, além de erros ortográficos nos nomes. Para esta análise padronizou-se a nomenclatura “técnico em enfermagem” para os cursos técnicos (n=6.725).

Entre os 6.725 registros de cursos técnicos em enfermagem verificou-se como inconsistências unidades de ensino com o campo “período” em branco (n=475) e unidades de ensino com campo de “quantidade de matrículas” em branco (n=741), somando 1.216 registros, que foram excluídos, restando 5.509 unidades de ensino. Em relação à variável “tipo de oferta”, 1.144 unidades escolares não apresentaram registros, dessas 550 já estavam entre os registros excluídos, uma vez que não havia número de matriculados. Quanto às 594 unidades restantes, embora não tenham informado o “tipo de oferta”, havia número de matriculados; assim, foram mantidas entre a amostra final. Entre as 5.509 unidades de ensino com oferta de curso técnico em enfermagem, a maioria nas regiões Sudeste e Nordeste, dispostas na Figura 2.

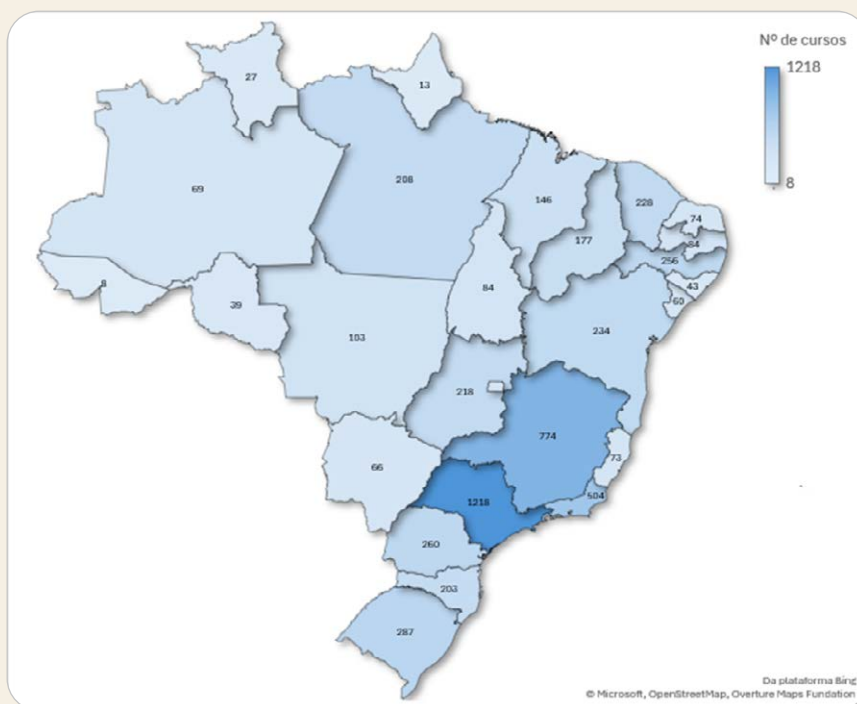
Figura 2 – Oferta de cursos técnicos em enfermagem por região do Brasil, de 2009 a 2024 (n=5.509)



Fonte: SISTEC (2024).

Os estados com maior número de cursos são: São Paulo (1.218), Minas Gerais (774), Rio de Janeiro (504), Rio Grande do Sul (287), Paraná (260) e Pernambuco (256), como apresentado na Figura 3.

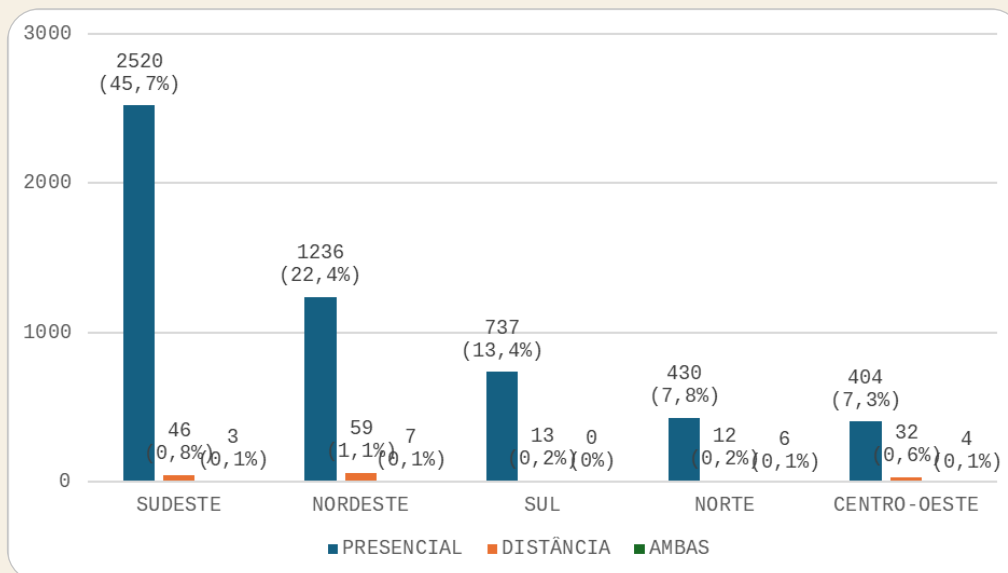
Figura 3 – Distribuição de cursos técnicos em enfermagem por estado do Brasil, de 2009 a 2024 (n=5.509)



Fonte: SISTEC (2024).

A modalidade de cursos presenciais foi majoritária em relação aos cursos a distância, conforme demonstra a Figura 4.

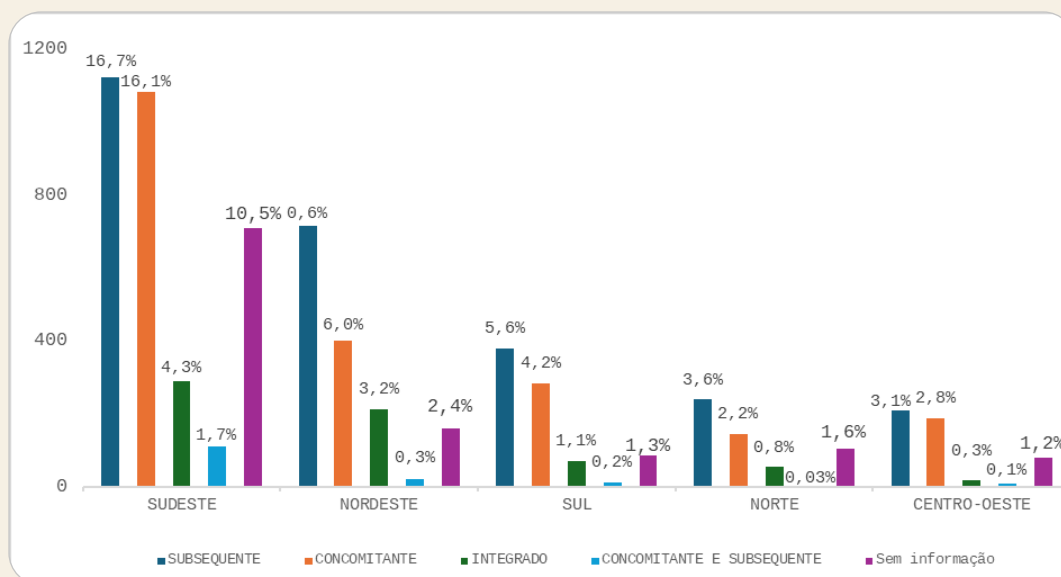
Figura 4 – Modalidade de ensino das ofertas de cursos técnicos em enfermagem por região do Brasil de 2009 a 2024



Fonte: SISTEC (2024).

Em todas as regiões predominaram as ofertas de curso técnico em enfermagem subsequente e concomitante. Na Região Sudeste, observa-se um alto percentual de cursos sem informação disponível (Figura 5).

Figura 5 – Tipo de oferta de curso técnico em enfermagem por região do Brasil

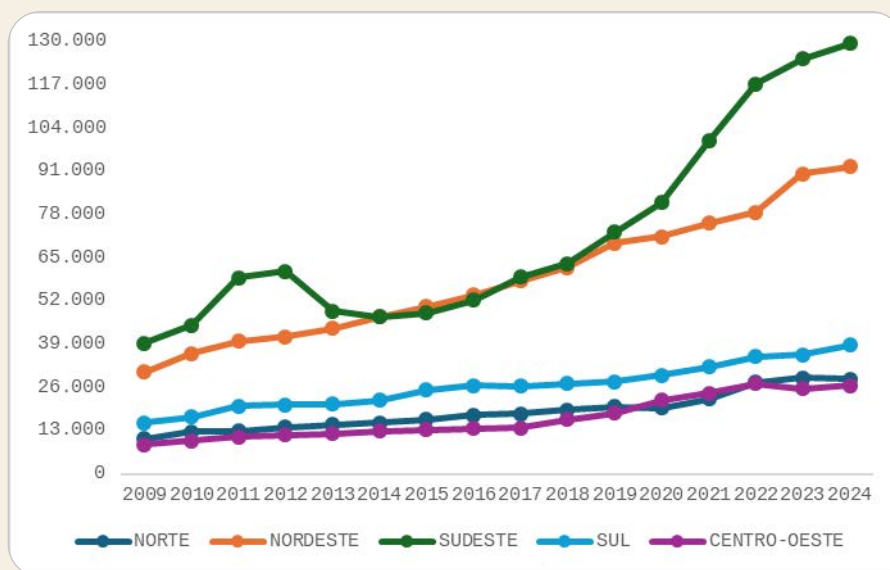


Fonte: SISTEC (2024).

Em relação ao número de matrículas, foram identificados erros nas datas de oferta dos cursos, assim foram excluídos 21 cursos, que somaram 42.898 matrículas, aproximadamente 1,5% do total de 2.980.401 no período de 2009 a 2024.

Apesar de oscilações em alguns períodos e regiões, como a queda registrada no Sudeste entre 2013 e 2017, a média de matrículas por ano apresentou tendência geral de crescimento no País. As regiões Sudeste e Nordeste têm as maiores médias de matrículas por ano em relação às outras regiões. No período de 2013 a 2017, observa-se uma queda na média anual de matrículas na Região Sudeste, com destaque para os anos de 2014, 2015 e 2016 que a Região Nordeste apresentou a maior média de matrículas anuais do Brasil (Figura 6).

Figura 6 – Média de matrículas anuais por região do Brasil



Fonte: SISTEC (2024).

Ramos e Corrêa Filho (2025) desenvolveram uma análise histórica sobre a atuação da Rede Federal na oferta de cursos técnicos em saúde, entre os anos 2017 e 2023, com base em dados obtidos na Plataforma Nilo Peçanha do Ministério da Educação (MEC). Nessa análise, os autores discutem que, no período estudado, os dados indicaram estabilidade na predominância das regiões Sul e Sudeste na oferta de cursos técnicos em saúde, com médias de 50% dos cursos, 49% das matrículas e 43% das instituições da Rede Federal. Por outro lado, a Região Nordeste apresentou avanços significativos, concentrando em média 30% dos cursos, 29% das matrículas

e 31% das instituições federais ofertantes, o que está em conformidade com os dados aqui levantados.

Ainda de acordo com os autores, remete à análise de Boanafina, A., Boanafina, L. e Wermelinger (2017, p. 85), ao afirmar que a criação dos Institutos Federais foi decisiva para essa expansão, representando um expressivo investimento da União na ampliação da Rede Federal em regiões historicamente menos favorecidas, fora do eixo sul-sudeste, mas que ainda assim, as regiões Norte e Centro-Oeste continuam com baixa oferta de cursos técnicos em saúde e números reduzidos de matrículas em comparação com o restante do Brasil.

Alguns elementos adicionais permitem pensar que o campo da formação técnica expressa disputas político-pedagógicas que não são novas e que vão além da natureza pública ou privada da formação. A referência é ao ideário pedagógico da formação assentada nos conceitos de omnilateralidade e politecnia, que expressam a valorização da educação socialmente referenciada, que estimula o desenvolvimento integral do educando sob o princípio educativo do trabalho, em contraponto às concepções calcadas na pedagogia das competências, que para os autores Ramos e Correa Filho (2025), reforça o ideário privatista e neoliberal e a dimensão tecnicista do trabalho. Para os autores, ao desenvolver o estudo:

[...] pretende-se destacar a contribuição real e potencial da Rede Federal para a construção de concepções ético-políticas, epistemológicas e pedagógicas para a formação de trabalhadores técnicos da saúde, associada à Rede das ETSUS. O acúmulo de conhecimentos sobre formação integrada e a busca de sua concretização nos currículos podem resistir à hegemonia da oferta privada e contribuir para a Educação Profissional em Saúde realizada por essa própria rede, além de ajudar a orientar as demais redes públicas pela concepção de formação integrada na perspectiva da politecnia. Apesar da ampliação da atuação nessa esfera, essa ainda não é uma política considerada estratégica nem pelo conjunto das instituições, nem pelos poderes públicos locais e nacional (Ramos; Correa Filho, 2025, p. 14).

Assim, a defesa de uma formação de técnicos de enfermagem que atenda aos pressupostos de saúde como direito e educação como campo de desenvolvimento humano integral para e no trabalho possui longa história de avanços e retrocessos no Brasil, e aponta para dimensões mais amplas de justiça e equidade social. Análises subsequentes, que considerem e aprofundem elementos como o mapeamento das bases curriculares propostas e aquelas efetivamente postas em ação são necessárias e urgentes para uma melhor compreensão sobre o cenário desta formação no território nacional.

1.3 Reflexões finais

A formação técnica em enfermagem no Brasil é complexa, marcada por aspectos sociais e pela trajetória da regulação da educação profissional no País, perpassando por políticas públicas que visavam tanto o atendimento à demanda de profissionais para o mercado de trabalho quanto à melhoria da qualidade da assistência.

Esse tipo de formação enfrenta desafios multifacetados, influenciados pela expansão do setor privado, impulsionada por políticas neoliberais e reformas educacionais, favorecendo a proliferação de cursos com variações de qualidade (Jesus *et al.*, 2025). Ao priorizar demandas de mercado admite-se a possibilidade de cursos com condições precárias em infraestrutura, organização pedagógica e corpo docente.

Nesse contexto, em relação às questões pedagógicas, o panorama nacional dos cursos técnicos mescla heterogeneidade e desconhecimento frente à inexistência de diretrizes curriculares nacionais específicas para a formação técnica em enfermagem. Em uma tentativa de ajudar nesta questão, MS publicou em 2024 as Diretrizes e orientações para a formação: Técnico em Enfermagem (Brasil, 2024e), entretanto essa publicação tem caráter indutor limitado representando tão somente uma possibilidade de mudanças nos cursos cujos efeitos podem demorar a aparecer ou até mesmo, ficarem restritos à esfera pública.

Outro aspecto desafiador ao analisar a formação técnica em enfermagem no País, decorre do arcabouço legal relativo a esse nível de ensino, o qual define como competência das instâncias educacionais dos estados, a regulação dos cursos ofertados. Decorre desse aspecto na perspectiva nacional, fragmentações e discrepâncias nos padrões formativos, dificultando o conhecimento de critérios e o processo de alinhamento nacional das ofertas e currículos da formação técnica de enfermagem (Adamy *et al.* 2023).

O Catálogo Nacional de Cursos Técnicos define como requisitos para oferta dos cursos técnicos de enfermagem a carga horária mínima de 1.200 horas acrescidas de, no mínimo, 400 horas de estágio curricular supervisionado, perfazendo tempo médio de curso de dois anos e meio. Além disso expressa que, na modalidade presencial, até 20% da carga horária total poderá ser cumprida em atividades não presenciais. Já na modalidade do ensino a distância, no mínimo 50% da carga horária precisa ser realizada em atividades presenciais. São exigidos ainda uma infraestrutura mínima que contemple biblioteca com acervo físico ou virtual específico e atualizado, laboratório de anatomia e fisiologia, laboratório de habilidades técnicas (LHT) de enfermagem com vistas a atender semiotécnica e semiologia e outros componentes curriculares, além

de laboratório de informática com acesso à internet (CNE, 2020). Lembrando que a verificação e os critérios relativos ao cumprimento desses requisitos são de competência dos estados, que normatizam por meio de seus atos legais o processo para autorização e credenciamento dos cursos.

Por outro lado, sabe-se que o custo da formação, que exige infraestrutura adequada e docentes qualificados, contrasta com a limitação de investimentos públicos, especialmente em regiões menos desenvolvidas. Estudos demonstram a concentração de cursos técnicos de enfermagem em regiões mais desenvolvidas, principalmente capitais (Boanafina, A.; Boanafina, L.; Wermelinger, 2017; Jesus *et al.*, 2025). No entanto, apesar da hegemonia do setor privado na formação técnica em enfermagem, entre as iniciativas do poder público destacam-se os programas PLE, PROFAE e PROFAPS.

Os técnicos de nível médio representam o maior número de profissionais da enfermagem, no entanto há pouco reconhecimento social dessa força de trabalho e os baixos salários desvalorizam a categoria, impactando a atratividade da carreira. Historicamente a educação profissional técnica tem menor prestígio social, pois, na sua origem estão os trabalhos manuais considerados atividades de menor reconhecimento perante a sociedade. Assim, esse tipo qualificação tem sido direcionado para pessoas de classes socioeconômicas inferiores marcando a dicotomia entre atividades manuais e intelectuais, estas voltadas para pessoas de classes superiores, o que lhes permite o exercício da capacidade crítica e acesso a conhecimentos de base científica. Isso se reflete nas questões socioeconômicas e políticas que estruturam a conformação da enfermagem e suas categorias no Brasil (Adamy *et al.* 2023).

Além disso, o desalinhamento entre os sistemas de informação, inconsistências, erros, limitações como do Censo da Educação Básica no que tange aos dados da Educação Profissional Técnica e falta de padronização de dados no SISTEC prejudicam a geração de informações que possam subsidiar o tanto o planejamento e avaliação pelos órgãos reguladores quanto o direcionamento de pesquisas e outras atividades técnicas, evidenciando a necessidade de integração de bases e políticas que aliem qualidade formativa às necessidades do sistema de saúde.

Assim, são apresentadas a seguir algumas recomendações com intuito de promover a coleta de dados mais detalhada e confiável, fortalecendo a formulação de políticas públicas e a adequação da formação técnica em enfermagem às demandas da sociedade brasileira, tais como:

1) Registros dos dados no âmbito da formação técnica em enfermagem no Brasil

- Padronização dos Registros: desenvolver normativas nacionais para padronizar o registro de informações sobre cursos técnicos em enfermagem, garantindo dados consistentes e comparáveis entre diferentes instituições.
- Cadastro Único das Instituições: consolidar um cadastro nacional detalhado que inclua escolas técnicas, cursos oferecidos, número de vagas autorizadas, infraestrutura disponível e supervisores responsáveis.
- Plataforma Integrada: promover a integração dos dados das escolas técnicas de enfermagem em uma plataforma única, como o SISTEC, para facilitar o acesso por gestores, pesquisadores e órgãos reguladores.
- Indicadores de Qualidade: incluir indicadores relacionados à qualidade do ensino, como taxa de aprovação em estágios supervisionados, perfil docente e índices de empregabilidade dos egressos.

2) Realização de um Censo específico para a educação técnica

- Objetivos e Escopo: planejar um censo que considere as particularidades da educação técnica no Brasil, com foco em categorias como área de atuação (saúde, indústria, serviços), níveis de formação técnica, e demandas regionais.
- Metodologia: utilizar uma abordagem mista de coleta, combinando dados administrativos existentes (ex.: SISTEC) com novas informações, de caráter qualitativo, obtidas por meio de questionários aplicados diretamente às instituições e alunos.
- Periodicidade: realizar o censo em ciclos regulares (ex.: a cada 2 anos) para monitorar tendências e impactos das políticas públicas voltadas à formação técnica.
- Parcerias Estratégicas: estabelecer parcerias entre Ministério da Educação, Conselhos e outras entidades de classes, Conselhos Estaduais de Educação e entidades representativas das Escolas Técnicas para execução e disseminação do censo.

3) Inclusão de outras fontes de dados

- Utilização do SISTEC:
 - Cruzar informações do SISTEC com o Censo da Educação Básica para identificar lacunas, sobreposições ou discrepâncias nos registros.

- Dados de Conselhos Profissionais:
 - Integrar informações do Conselho Federal de Enfermagem e Conselhos Regionais de Enfermagem, como registros de técnicos e estatísticas sobre a entrada desses profissionais no mercado de trabalho.
- Sistemas Locais de Educação e Saúde:
 - Incorporar dados de secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, que podem revelar demandas regionais por profissionais técnicos em enfermagem.
- Pesquisas Amostrais:
 - Realizar levantamentos qualitativos com alunos, docentes e empregadores para complementar as informações quantitativas disponíveis nos sistemas administrativos.

Desta forma, espera-se que essas estratégias possam possibilitar a criação um cadastro único das instituições, de modo a integrar os dados de diferentes bancos em uma única plataforma a fim facilitar o acesso e a análise por decisores políticos, gestores, pesquisadores e órgãos reguladores.





2 Análise da Formação Superior da Enfermagem no Brasil

A educação é estabelecida, no Brasil, pela Constituição Federal, como um direito de todos e dever do Estado e da família, sendo promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, para um pleno desenvolvimento da pessoa, incluindo o preparo para o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho. Portanto, compreende-se que a educação seja capaz de fomentar as potencialidades do cidadão e capacitando-o como trabalhador, incluindo a dimensão do ensino superior (Diniz; Goergen, 2019).

O ensino superior influencia amplamente a organização de uma sociedade, sendo componente estratégico no desenvolvimento do País, moldado por contextos históricos e sociais. Notadamente, o reconhecimento da relevância das universidades para o desenvolvimento econômico tornou-se evidente com o advento da tecnologia moderna no final do século XIX e sua forte conexão com o progresso científico (Monteiro Neto; Castro; Brandão, 2017). Esse modelo de crescimento, conhecido como economia do conhecimento, destacou o papel fundamental das instituições de ensino superior como atores-chave nos sistemas de inovação. O perfil de ensino adotado pode ser capaz de resultar em inovações tecnológicas e produção de ciência e cultura, com impacto significativo na formação e qualificação da força de trabalho, modernização e melhoria da sociedade (Leonello; Miranda Neto; Oliveira, 2011).

O ensino de Enfermagem, no Brasil, iniciou-se em 1890 na Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros do Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro. Posteriormente, no início do século XX surgiram escolas públicas e particulares em outros locais do País, destacando-se a Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro, criada em 1923 de acordo com o modelo de Ensino de Florence Nightingale (Amorim; Gualda; Oliveira, 2017; Riesco; Tsunechiro, 2002).

Desde então, a enfermagem brasileira desenvolveu-se enquanto profissão e, hoje, possui seu ensino e atuação prática orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Tais diretrizes estabelecem a formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CNE, 2001).

Para isso, a formação superior em enfermagem pode contemplar o curso bacharelado em enfermagem; ou curso de bacharelado com licenciatura em enfermagem. A proposta da revisão das DCNs, de 2024, que aguarda homologação, defende a organização do curso de graduação em enfermagem com uma carga horária mínima de 4.000 horas, contemplando atividades de ensino-aprendizagem teóricas e teórico-práticas, de forma integrada, desde o primeiro semestre e ao longo do curso (CNE, 2024).

Em relação à modalidade do ensino superior, o número de instituições de Ensino Superior (IES) e de cursos de graduação a distância (EaD), nos últimos anos, vem aumentando significativamente nas mais diversas áreas do conhecimento. Na enfermagem, em 2006, foram criados os primeiros cursos de graduação a distância, com um crescimento, ao longo dos anos, no número de vagas ofertadas (Fehn; Alves; Dal Poz, 2021).

Nas últimas décadas, o número de cursos de graduação em enfermagem cresceu exponencialmente no Brasil, com a abertura indiscriminada de novos cursos em todas as regiões do País, principalmente no setor privado e na modalidade EaD. Tal cenário impacta diretamente na qualidade da formação profissional, uma vez que nessa modalidade de ensino não há uma avaliação adequada da qualidade ou repercussões do aprendizado, além de dispensar a interação pessoal, condição indispensável para o exercício do cuidado e da prática social da enfermagem (Zoboli; Schweitzer, 2013; Fehn; Alves; Dal Poz, 2021).

Vale registrar que em relação à oferta de cursos a distância, recentemente um avanço importante, para a restrição desse modelo de formação, foi a assinatura, pelo governo federal, do Decreto n.º 12.456/2025, que passou a regulamentar a Nova

Política de Educação a Distância, sendo vedada a oferta de cursos de Enfermagem nessa modalidade.

Nesse contexto, faz-se relevante refletir também sobre a distribuição geográfica dos cursos, principalmente, devido à extensão territorial brasileira, com demandas socioculturais diversas para a capacitação de recursos humanos em saúde. Dados anteriores apontam uma concentração de instituições de ensino superior em regiões mais desenvolvidas do Brasil, como Sudeste e Sul, enquanto regiões como Norte e Nordeste têm ofertas inferiores para formação de enfermeiros (Saraiva *et al.*, 2021). Ressalta-se que a expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil é acompanhada por um processo de mercadorização da educação superior com oferta crescente de vagas para ensino a distância, ainda sem estudos que apresentem com clareza, as implicações, para a categoria em enfermagem, desse cenário da formação superior (Saraiva *et al.*, 2021; Fernandes *et al.*, 2013).

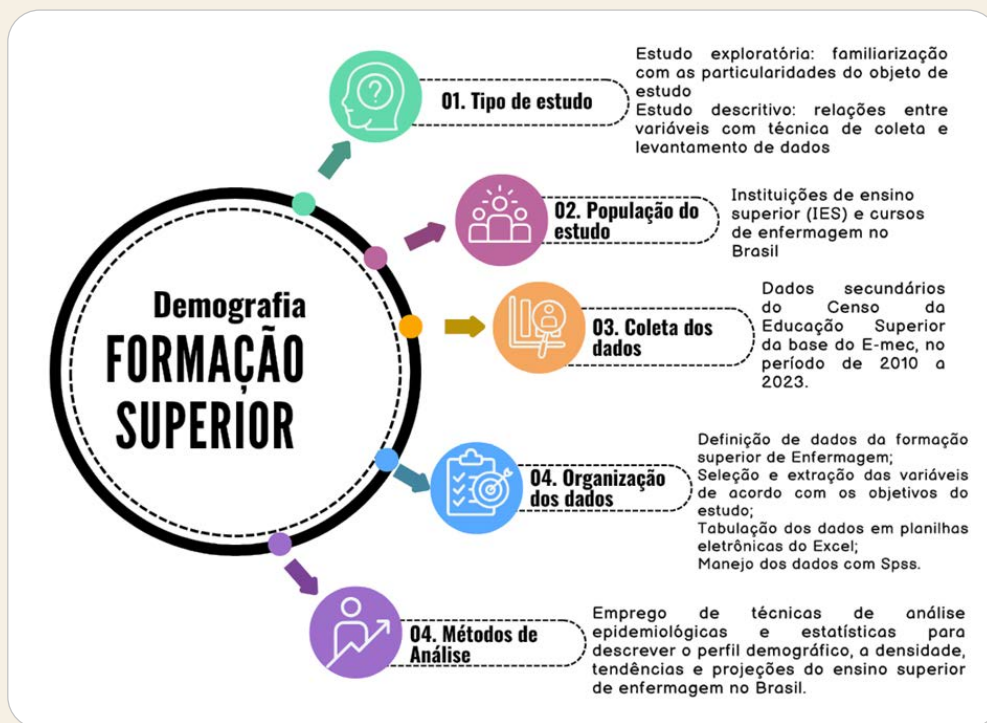
Compreende-se que explorar a distribuição geográfica, número de cursos e vagas ofertadas para formação superior em enfermagem é de fundamental importância para compreender o setor, orientar o desenvolvimento sustentável das Instituições de Ensino Superior (IES) e aprimorar/projetar a educação acadêmica em todo o território nacional, com formulação e fortalecimento de políticas públicas de saúde, comprometidas com a qualidade da formação de recursos humanos em saúde.

Desta forma, o presente capítulo tem como objetivo analisar e descrever o perfil da formação superior em enfermagem no Brasil e em cada região geográfica, considerando a categoria administrativa das instituições de ensino superior e as modalidades de ensino dos cursos, de 2010 a 2023.

2.1 Aspectos metodológicos

Este capítulo foi estruturado com base na condução de um estudo exploratório, o qual buscou as particularidades do objeto de estudo. Possui caráter descritivo, com técnica de coleta de dados e relações entre variáveis sobre a formação do ensino superior de enfermagem no Brasil. A análise exaustiva de dados procurou traçar características, distribuição, modalidades de ensino, tendências, projeções e perspectivas da formação do ensino superior de enfermagem no Brasil.

Figura 7 – Metodologia do Estudo



Fonte: elaboração própria.

A partir da especificidade do campo, adotou-se o levantamento de dados secundários contidos na base do Censo da Educação Superior, que reúne informações sobre IES dos cursos, discentes e docentes. O Censo da Educação Superior é realizado anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Para concretização do censo, as IES devem responder a questionários e importar dados do sistema e-MEC⁴.

Durante o manejo das bases de dados, procurou-se garantir a avaliação da qualidade e a consistência dos dados para verificar ausências, imprecisões ou incompletudes das informações contidas nas fontes de dados. Assim, adotou-se um trabalho contínuo de interpretação dos resultados, relacionando-os com o dicionário de sentidos sobre as fontes de dados dos bancos, no qual será apresentado no espaço sobre as variáveis do estudo.

Diante do conjunto de fatores relacionados à formação superior em enfermagem no Brasil, procurou-se responder às seguintes questões:

⁴O e-MEC é um sistema eletrônico do Ministério da Educação que regula a educação superior no Brasil. Implantado em 2007, o sistema permite que as instituições de ensino façam eletronicamente a abertura e o acompanhamento de processos de credenciamento e credenciamento de cursos.

- Qual é a distribuição estatística e geográfica das instituições de ensino superior em enfermagem, por categoria administrativa (pública e privada) no País, entre 2010 e 2023?
- Qual é o número de vagas de ensino superior em enfermagem em relação à distribuição quantitativa e geográfica das instituições de ensino públicas e privadas, entre 2010 e 2023?
- Qual é a dimensão do ensino a distância de ensino superior em enfermagem no Brasil quanto ao número de vagas, ingressantes e concluintes, entre 2010 e 2023?

Dessa forma, objetivou-se descrever o perfil da formação superior em enfermagem no Brasil e em cada região geográfica, considerando a categoria administrativa das IES, as modalidades de ensino dos cursos, no período de 2010 a 2023.

As análises dos dados foram feitas no software *SPSS versão 25* e os gráficos no *Microsoft Excel*. As tabelas mostram a soma total de casos por ano em cada uma das situações descritas. A porcentagem é construída a partir do total de casos de cada ano, ou seja, cada linha somando 100%.

A projeção de vagas ensino a distância (EaD) até 2030 é feita tendo como referência a variação mediana entre 2010 e 2023. O uso da média não é indicado por existir uma heterogeneidade muito alta ao longo do tempo. Essa projeção só é feita para o ensino privado, visto que não há reporte de vagas no sistema público. O valor da porcentagem de variação é aplicado ano a ano entre 2024 e 2030.

Realiza-se um teste de proporção para avaliar se a proporção de pretos no ensino privado é igual ou diferente do ensino público ano a ano. O nível de significância utilizado é de 5%. Para cálculo da taxa de evasão no curso de ensino superior de enfermagem, adotou-se como referência o método LOBO, descrito no Quadro 3.

Quadro 3 – Representação de como foram feitos os cálculos apresentados para estimar a evasão anual com dados agregados

$$P = [M(n) - I_n(n)] / [M(n-1) - E_g(n-1)]$$

$M(n)$ = matrículas num certo ano

$M(n-1)$ = matrículas do ano anterior a n

$E_g(n-1)$ = egressos do ano anterior

$I_g(n)$ = novos ingressantes (no ano n)

O índice de evasão, ou abandono anual é dado por: $EV = 1 - P$

Fonte: Silva Filho e Lobo (2012, p. 2).

2.2 Resultados e discussão

2.2.1 Instituições de ensino superior de enfermagem

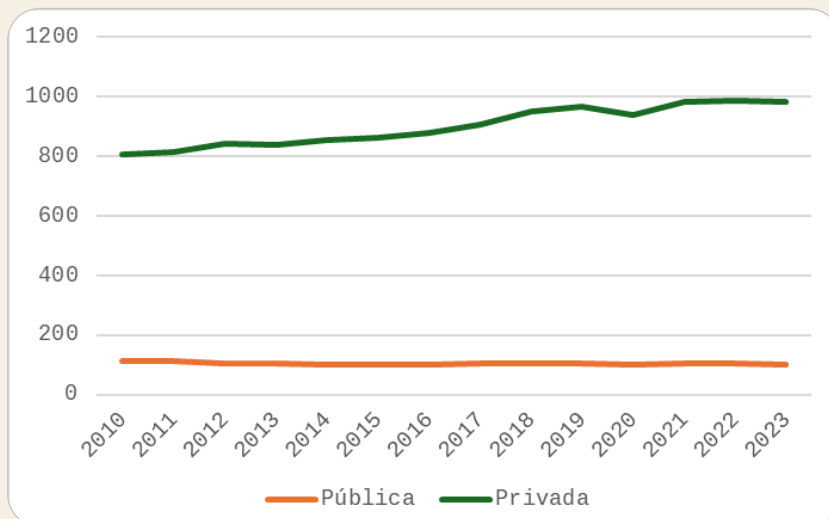
2.2.1.1 Brasil

A expansão dos cursos de formação superior em enfermagem no Brasil tem sido um fenômeno significativo nas últimas décadas. Associamos esse crescimento a diversos fatores, sendo um dos mais marcantes o movimento nacional de privatização na educação superior em saúde, caracterizado por um crescimento dinâmico e acelerado (Fehn; Alves; Dal Poz, 2021). Acresce-se a essa análise a interação entre as demandas do mercado de trabalho e as políticas públicas de educação.

Estudos anteriores indicam que, do início da década de 60 até a década de 70, a taxa de crescimento do número de matrículas nos cursos de ensino superior foi de 540%. Tamanha expansão ocorreu de forma distinta entre as instituições. As IES públicas tiveram um crescimento de 260% em número de matrículas, enquanto no setor privado esse aumento foi de 512%, ou seja, praticamente o dobro em relação ao setor público (Leonello; Miranda Neto; Oliveira, 201).

Entre os anos de 2010 e 2023, observa-se um crescimento de 165 IES de Enfermagem no Brasil. A análise da evolução entre os tipos de categoria administrativa, revela que em 2010 o quantitativo das instituições públicas foi de 112, e em 2023 passou para 101. Por sua vez, as instituições privadas foram de 804 em 2010 para 980 em 2023, como demonstra a Figura 8.

Figura 8 – Evolução do Número de Instituições de Ensino Superior e Enfermagem no Brasil segundo categoria administrativa no período de 2010 a 2023

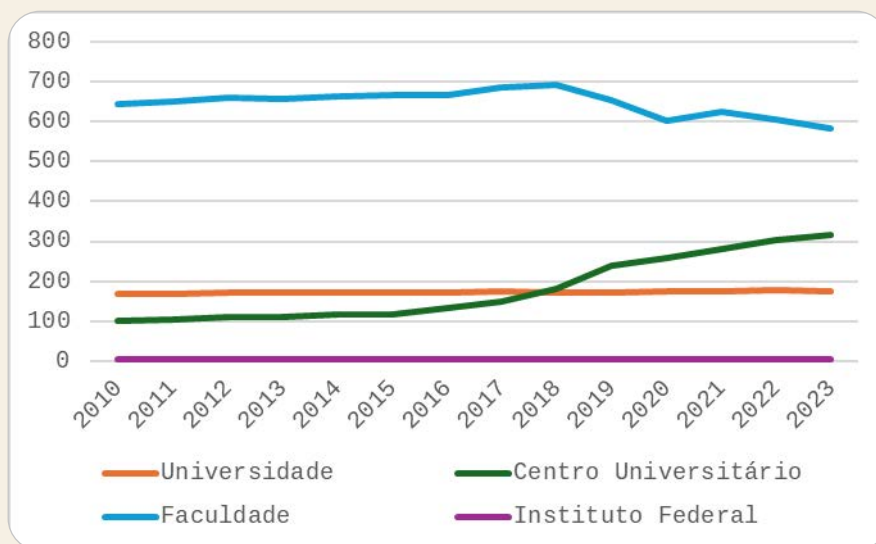


Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Os dados levantados e apresentados demonstram que o processo de expansão dos cursos de formação superior em enfermagem no período analisado está diretamente associado ao investimento privado. Sabe-se que esse cenário se delineou a partir de 1996, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e o crescimento da rede privada como consequência da autonomia dada às IES e da flexibilização dos currículos (Leonello; Miranda Neto; Oliveira, 2011).

Em relação à organização acadêmica, há um predomínio das faculdades, seguidas pelos centros universitários, com um crescimento a partir de 2016, conforme a Figura 9.

Figura 9 – Evolução do número de Instituições de Educação Superior de Enfermagem no Brasil segundo organização acadêmica no período de 2010 a 2023

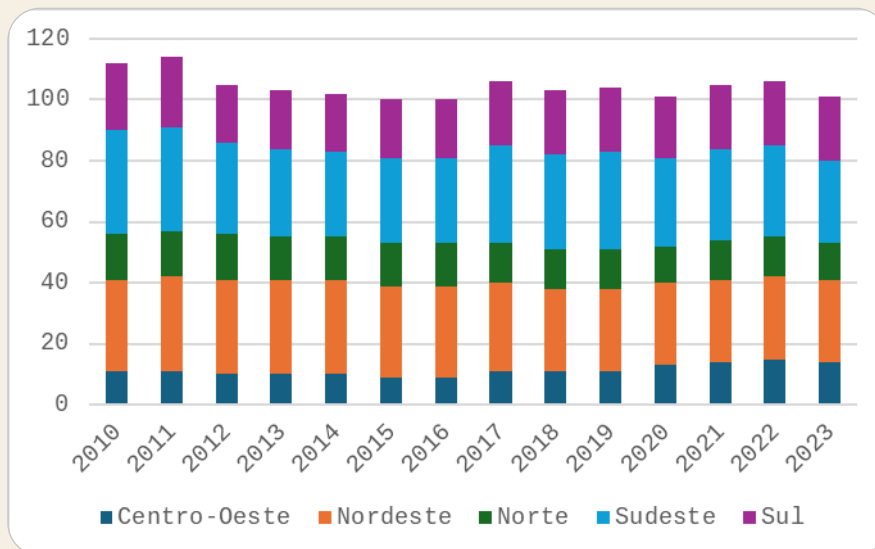


Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

2.2.1.2 Regiões geográficas

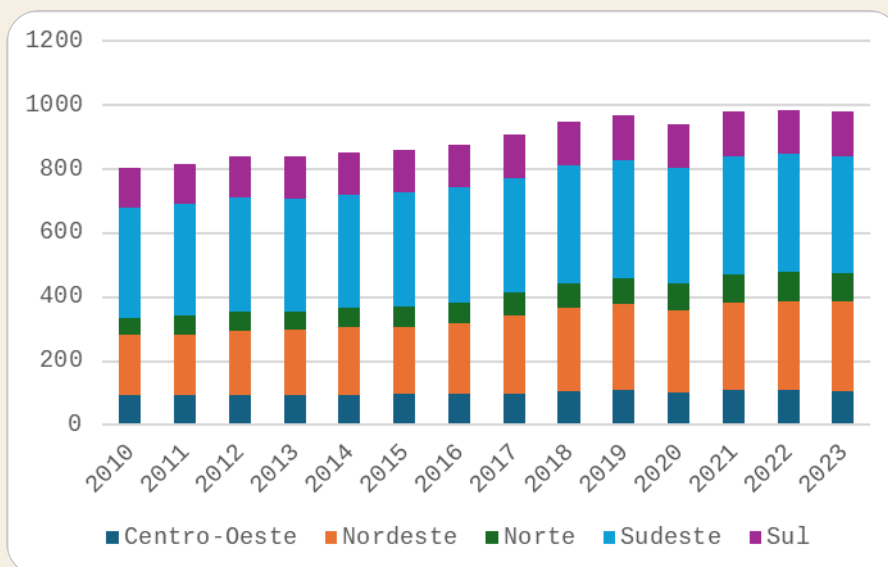
Ao analisar a distribuição das IES de enfermagem por região geográfica no Brasil, observa-se pouca variação do número das instituições públicas entre os anos, com o declínio na região Sudeste e Sul, e um discreto aumento na região Centro-Oeste. No contexto das instituições privadas, verifica-se o aumento em todas as regiões, de forma mais expressiva nas regiões Sul e Sudeste e em menor proporção na região Centro-Oeste. As Figuras 4 e 5 apresentam o número de IES que ofertam cursos de graduação de enfermagem por regiões geográficas e setores público e privado.

Figura 10 – Número de Instituições de Educação Superior de Enfermagem públicas segundo regiões geográficas do Brasil, no período de 2010 a 2023



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Figura 11 – Número de Instituições de Educação Superior de Enfermagem privadas segundo regiões geográficas do Brasil, no período de 2010 a 2023



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Segundo Frota *et al.* (2020), em estudo realizado sobre a formação profissional do enfermeiro, a tendência da concentração das IES na região Sudeste associa-se ao

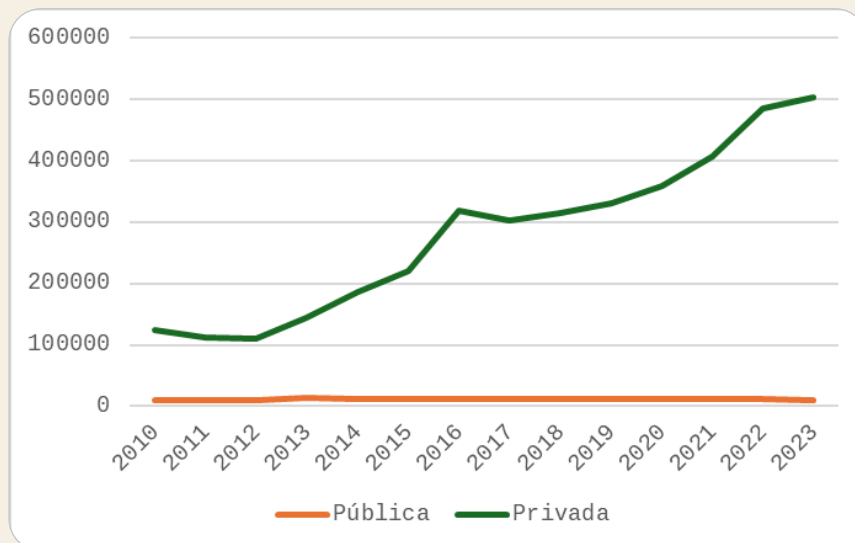
fato do maior produto interno bruto dessa região, maior concentração da população brasileira e o pioneirismo no processo de industrialização, acompanhados do arsenal tecnológico e do maior mercado de trabalho para todas as profissões. Embora o Centro-Oeste concentre atualmente um menor número de IES de enfermagem no Brasil, é importante destacar a predominância do setor privado no ensino dessa região. Essa predominância, em grande medida, influencia o perfil dos futuros profissionais de enfermagem que ingressarão no mercado de trabalho em saúde.

2.2.2 Cursos e vagas de ensino superior de enfermagem

2.2.2.1 Brasil

Verifica-se crescimento no número de cursos superior de enfermagem no período de 2010 a 2023. Assim como o aumento das IES com oferta de cursos de enfermagem no período analisado, o crescimento de cursos foi expressivamente maior na rede privada, com um número de 665 cursos, em 2010, e 3.902, em 2023. Por sua vez, na categoria administrativa pública, os cursos passaram de 174, em 2010, para 162 em 2023. A Figura 6 demonstra a evolução do número de cursos de enfermagem no período analisado. Nesse cenário, destaca-se o aumento expressivo das vagas ofertadas, de 2010 a 2023, na rede privada do ensino superior em enfermagem. Quando comparadas às vagas ofertadas na rede pública, os dados demonstram uma diferença acentuada.

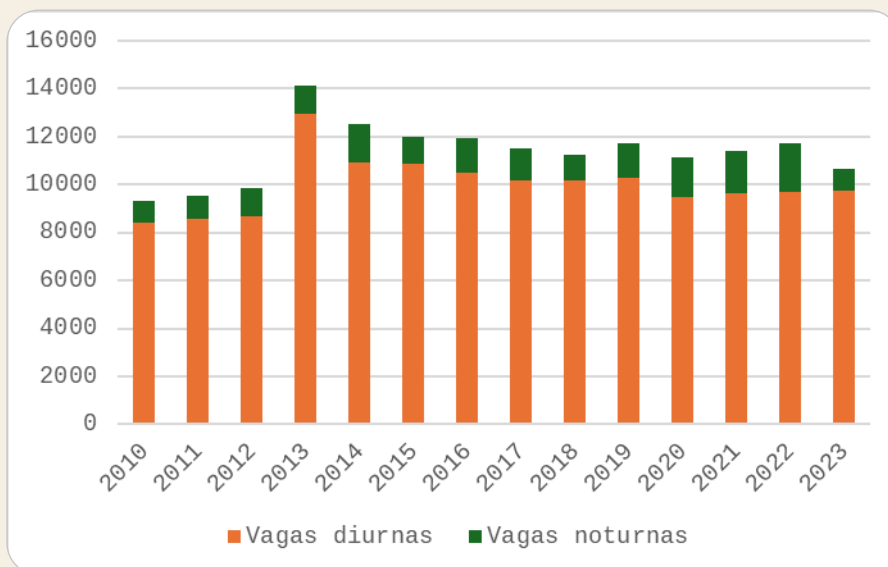
Figura 12 – Evolução do número de vagas totais de cursos de Enfermagem em Instituição de Ensino Superior Públicas e Privadas no período de 2010 a 2023



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

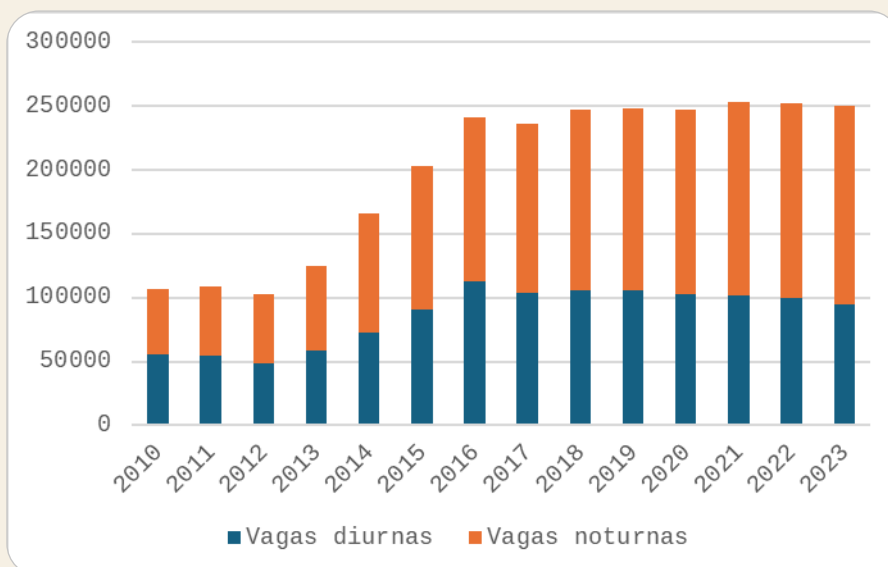
Em relação à caracterização destas vagas quanto ao turno diurno e noturno, os dados revelam uma concentração das vagas diurnas, na rede pública do ensino superior de enfermagem, entre os anos de 2010 e 2023. Para esse mesmo período, na rede privada, há uma concentração das vagas noturnas, conforme evidenciado nas Figuras 13 e 14.

Figura 13 – Distribuição do número de vagas do ensino superior diurnas e noturnas de enfermagem na rede pública no período de 2010 a 2023



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Figura 14 – Distribuição do número de vagas do ensino superior diurnas e noturnas de enfermagem na rede privada no período de 2010 a 2023

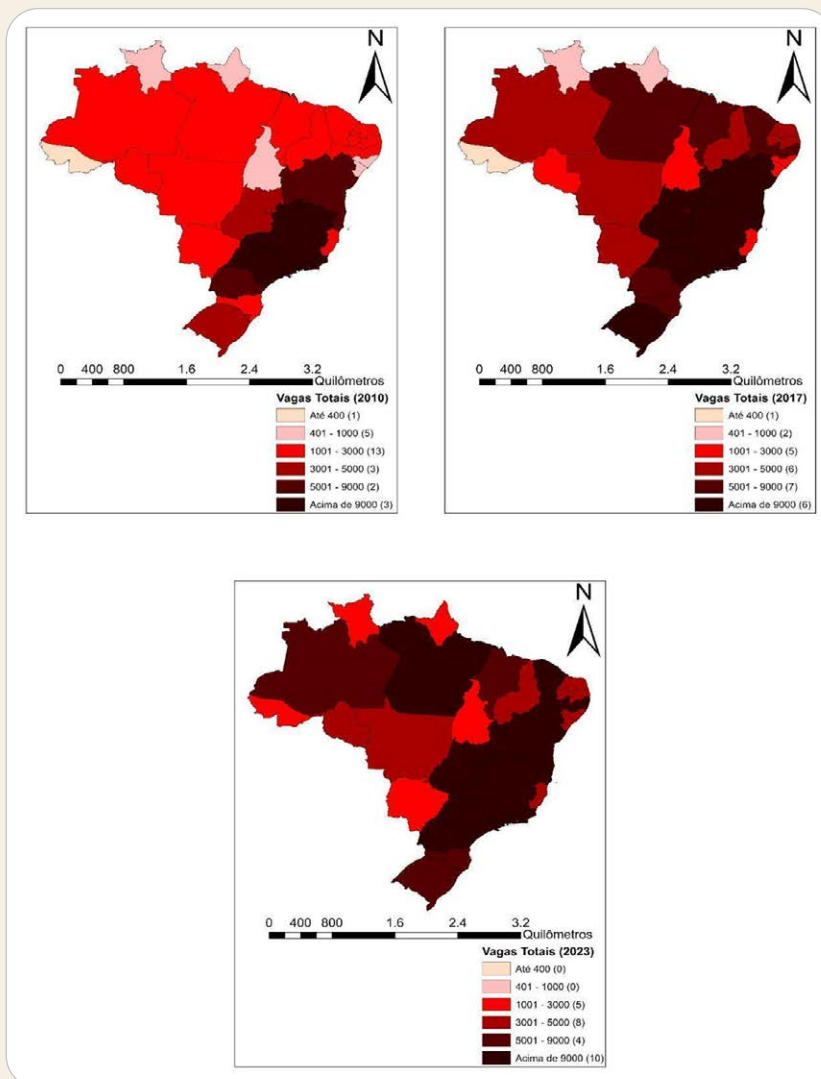


Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

2.2.2.2 Regiões geográficas

A expansão do número de vagas foi observada também em todas as regiões brasileiras, conforme a Figura 15, comparativa dos anos 2010, 2017 e 2023. Destaca-se que esse aumento acontece de forma mais expressiva a partir de 2017, ano em que o MEC regulamentou o Decreto n.º 9.057/2017 (Brasil, 2017a), com medidas que ampliaram a oferta de cursos de ensino superior no País, flexibilizando a abertura de novos cursos para área de saúde, caracterizando uma “mercantilização” da educação e expansão do ensino EaD (Santos, 2018).

Figura 15 – Distribuição do número de vagas do ensino superior de enfermagem na rede pública e privada, por regiões geográficas, no período de 2010, 2017 e 2023



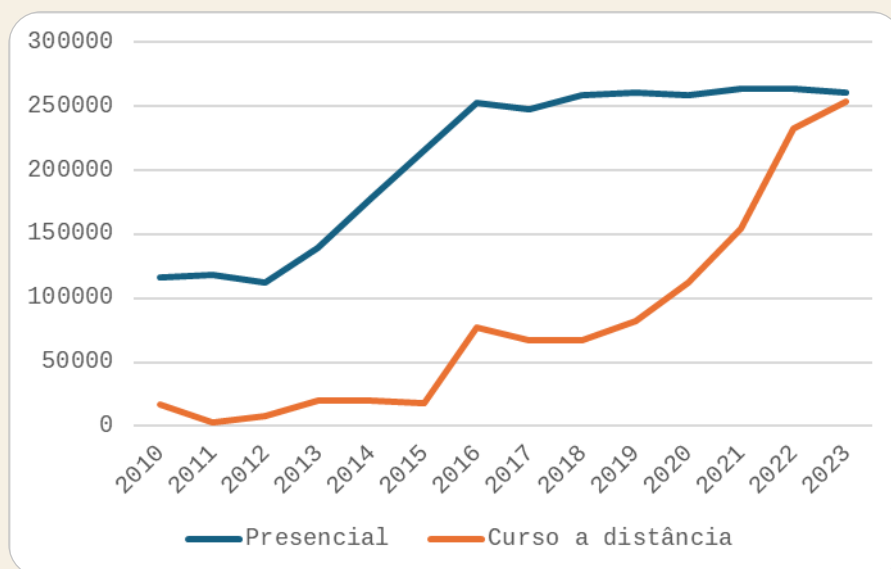
Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

2.2.3 Modalidades de ensino

2.2.3.1 Presencial x Ensino a distância

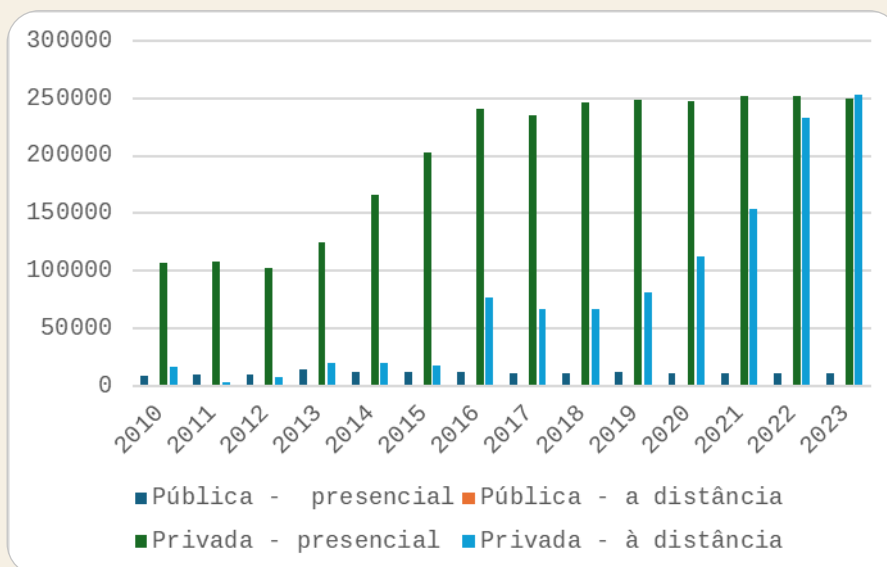
No domínio das vagas ofertadas na rede privada, na Figura 16, é notória a influência da modalidade do ensino a distância no aumento dessas vagas, no período analisado. Em 2023, conforme demonstrado na Figura 11, o número de vagas ofertadas na rede privada para a modalidade de ensino a distância, ultrapassa a oferta de vagas para a modalidade presencial, na mesma rede, ou seja, no setor privado, comparado com a modalidade presencial, o ensino a distância representa 50,32% das vagas oferecidas.

Figura 16 – Distribuição de vagas do ensino superior de enfermagem presenciais e à distância, no período de 2010 a 2023



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Figura 17 – Distribuição de vagas do ensino superior de enfermagem presenciais e a distância na rede pública e privada no período de 2010 a 2023



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

O cenário atual do ensino a distância da enfermagem brasileira foi influenciado por contextos políticos e sociais, tendo início a partir da criação da Universidade Aberta do Brasil (UAB), em 2005, com a proposta de ampliar, com base na metodologia EaD, o acesso ao ensino superior. Posteriormente, com influência do Decreto n.º 9.057/2017, incluindo critérios para a criação, autorização e funcionamento de cursos EaD no ensino básico e superior e, em 2018, com a Portaria MEC n.º 1.428, que estabeleceu a oferta de disciplinas na modalidade à distância em cursos de graduação de enfermagem presencial. Ademais, o Plano Nacional de Educação (2014-2024) que tem como uma das metas a ampliação da oferta da formação à distância, no país (Soares *et al.*, 2021; Moyses; Vieira, 2017).

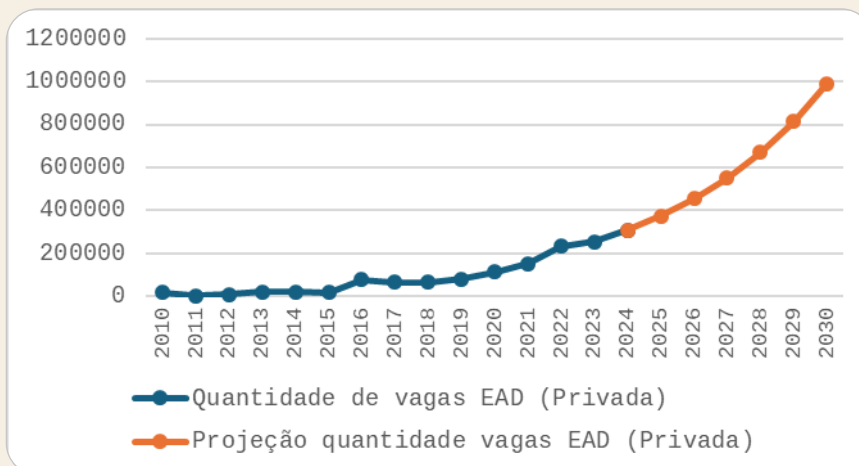
A enfermagem foi uma das primeiras profissões a ofertar a graduação na modalidade EaD e a criação de novos cursos ocorreu até 2016, devido à regulamentação instituída pelo Decreto n.º 9.235/2017. Tal decreto concedeu ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a prerrogativa de avaliar e emitir parecer opinativo sobre os atos regulatórios de autorização e reconhecimento de cursos de graduação de Enfermagem junto ao Ministério da Educação (Soares *et al.*, 2021; Brasil, 2017b).

Nesse cenário, o mercado de ensino superior na modalidade EaD tem incorporado a Educação em Enfermagem, com oferta crescente e significativa do número de vagas em todo País e com potencialidade de aumento expressivo, mantidas as atuais condições, conforme evidenciado pelos dados desse estudo.

2.2.4 Projeção ensino a distância

A projeção da oferta de vagas na modalidade EaD até 2030, demonstrado na Figura 18, apresenta uma estimativa de quase 1 milhão de vagas.

Figura 18 – Projeção de Vagas EaD até 2030



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Tal projeção é feita tendo como referência a variável média ocorrida a partir de 2016, ano que apresenta o máximo de aumento dessas vagas, chegando a 341,3%, conforme observa-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Variação das vagas EaD de 2010 a 2023, no Brasil

Ano	Quantidade de vagas EaD (Privada)	Variação (%)
2010	16800	
2011	3180	-81,1
2012	7880	147,8
2013	19680	149,7
2014	20080	2,0
2015	17522	-12,7
2016	77322	341,3
2017	67160	-13,1
2018	67320	0,2
2019	81761	21,5
2020	112431	37,5
2021	153703	36,7
2022	232680	51,4
2023	253364	8,9

Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

O expressivo aumento da oferta de cursos EaD no ensino superior em enfermagem impacta na qualidade da formação de recursos humanos em saúde, uma vez que essa modalidade não garante aos discentes uma base teórica sólida e, conseqüentemente, uma qualificação profissional dentro das prerrogativas de competências definidas nas DCNs dos cursos de graduação em Enfermagem. Dessa forma, compromete a qualidade do cuidado ofertado à população, principalmente, nos serviços do Sistema Público de Saúde (SUS), com uma formação fragilizada em experiências decorrentes de práticas clínicas, contato com usuários e outros profissionais (Soares *et al.*, 2021; Humerez *et al.*, 2019; Moyses; Vieira, 2017).

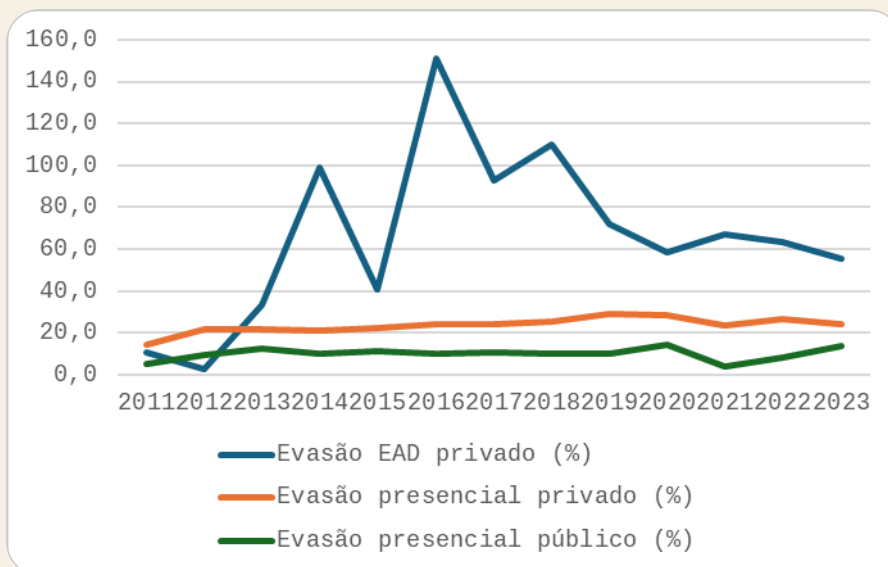
Sabe-se que a enfermagem, que tem como essência de sua atuação a prática social (Trezza; Santos; Leite, 2008), é uma profissão que exige, além do conhecimento teórico, uma grande carga de prática e interação com os pacientes, comunidade e serviços de saúde. Esse contato direto é essencial para mobilizar o desenvolvimento de habilidades técnicas, como ordem, planejamento, preparação e coordenação das ações; e habilidades interpessoais, que envolvem empatia, solicitude, comunicação, e capacidade de fazer avaliações clínicas precisas (Zoboli; Schveitzer, 2013).

A formação a distância ainda compromete a vivência do discente em situações reais de cuidado, como a realização de procedimentos, a gestão do cuidado e dos serviços de saúde, o atendimento de urgências, entre outros. Assim como preconizado nas novas proposições das DNCs da enfermagem, compreende-se que embora existam estágios supervisionados e práticas simuladas, esses métodos não substituem o contato físico com o paciente e a vivência das situações cotidianas do ambiente no trabalho.

2.2.5 Taxa de evasão dos cursos de ensino superior de enfermagem

Em relação à taxa de evasão dos cursos de ensino superior de enfermagem no Brasil, no período de 2010 a 2023, observa-se de modo geral uma taxa mais acentuada nos cursos EaD (Figura 19). Para os cursos presenciais em instituições privadas a maior taxa de evasão foi em 2019, com 29,2%. Para os cursos presenciais em instituições públicas, a maior taxa de evasão foi em 2020, com 14,6%.

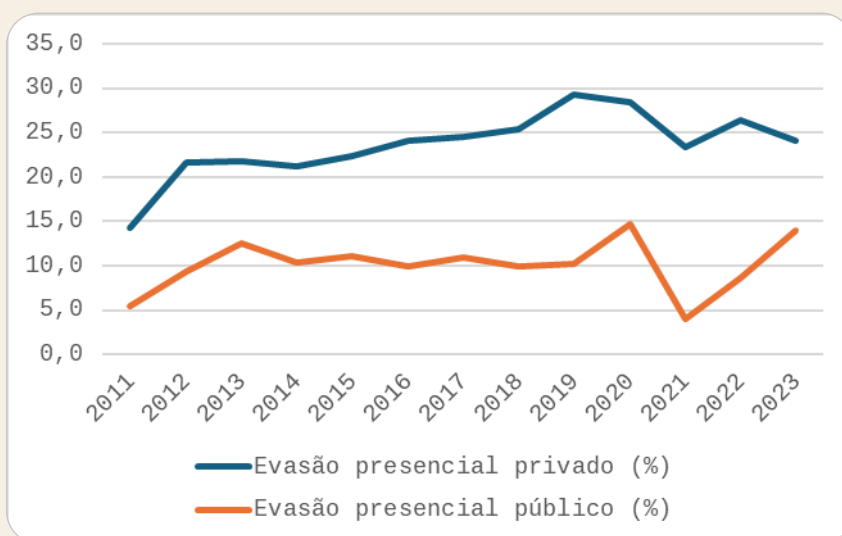
Figura 19 – Taxa de evasão em cursos na modalidade EaD e presencial na rede pública e privada no ensino superior de enfermagem no Brasil, entre 2011 e 2023



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Em relação aos cursos presenciais, observa-se que a evasão no sistema privado também ultrapassa o sistema público (Figura 20).

Figura 20 – Taxa de evasão em cursos na modalidade presencial na rede pública e privada no ensino superior de enfermagem no Brasil, entre 2011 e 2023



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

2.2.6 Perfil dos discentes do ensino superior de enfermagem

2.2.6.1 Faixa etária dos ingressantes

Analizou-se a distribuição de discentes ingressantes por faixa etária em relação ao total de vagas (Tabelas 2 e 3). Verifica-se que a faixa etária de 18 a 24 anos é predominante no setor público e privado. Acresce-se que, no sistema privado, há cerca de 50% de vagas ociosas. No sistema público, cerca de 30%. Considera-se como vagas ociosas aquelas que ficam disponíveis devido a desistências, transferências, desligamentos, falecimentos, jubilações, entre outros motivos.

Tabela 2 – Distribuição dos ingressantes no ensino público em relação ao total de vaga

Ensino Público										
Ano	Total de vagas	Faixa etária dos Ingressantes (%)								Vagas ociosas
		0 a 17 anos	18 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos ou mais	
2010	9337	3,6	77,7	9,8	3,8	1,8	1,3	0,16	0,01	1,9
2011	9536	3,7	75,4	9,8	4,4	1,8	1,2	0,18	0,02	3,5
2012	9844	3,7	73,3	9,2	4,8	2,4	1,6	0,18	0,03	4,8
2013	14110	2,4	48,7	5,7	3,1	1,6	1,2	0,13	0,01	37,0
2014	12516	2,9	56,1	6,8	3,7	2,2	1,4	0,14	0,02	26,7
2015	11985	2,8	56,5	6,4	3,6	1,8	1,1	0,23	0,03	27,5
2016	11953	2,6	56,9	5,8	3,2	1,6	1,2	0,31	0,03	28,3
2017	11535	2,9	60,5	4,5	2,4	1,4	0,9	0,21	0,00	27,2
2018	11266	2,5	64,5	4,7	2,7	1,4	1,0	0,22	0,03	23,0
2019	11735	1,6	66,9	5,0	2,1	1,2	1,0	0,22	0,03	22,0
2020	11137	1,2	61,2	4,5	2,1	1,1	0,9	0,15	0,06	28,8
2021	11403	1,1	60,5	4,7	1,9	1,4	1,3	0,17	0,04	28,9
2022	11719	0,6	60,4	6,0	2,2	1,5	1,1	0,23	0,03	28,0
2023	10627	0,6	67,2	6,0	2,3	1,4	1,4	0,28	0,02	20,8

Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Tabela 3 – Distribuição dos ingressantes no ensino privado em relação ao total de vagas

Ensino Privado										
Ano	Total de vagas	Faixa etária dos ingressantes (%)								Vagas ociosas
		0 a 17 anos	18 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 anos ou mais	
2010	123686	0,5	24,3	10,8	7,2	3,8	3,0	0,47	0,04	49,9
2011	111294	0,6	26,4	11,3	8,4	4,6	3,2	0,53	0,04	44,9
2012	110114	0,7	30,0	12,0	9,2	4,9	3,6	0,61	0,04	38,8
2013	144801	0,6	23,7	9,0	7,4	4,3	3,1	0,48	0,03	51,4
2014	185936	0,5	22,1	8,1	6,6	4,2	2,9	0,48	0,03	55,0
2015	220553	0,4	19,0	5,7	4,7	3,3	2,3	0,37	0,02	64,2
2016	318104	0,3	15,8	4,2	3,4	2,5	1,8	0,30	0,03	71,6
2017	302481	0,4	20,1	4,9	3,9	3,1	2,3	0,37	0,03	65,0
2018	313954	0,4	20,9	5,2	4,1	3,4	2,7	0,48	0,04	62,9
2019	330008	0,3	21,8	5,4	4,3	3,6	3,2	0,54	0,05	60,7
2020	359395	0,2	18,3	5,4	4,3	3,9	3,6	0,56	0,04	63,7
2021	406116	0,1	18,2	7,0	5,8	5,4	5,5	0,83	0,05	57,1
2022	484555	0,2	21,3	8,0	6,0	5,4	6,0	1,06	0,09	52,0
2023	503522	0,1	18,3	6,9	4,9	4,3	5,1	0,92	0,08	59,3

Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

2.2.6.2 Faixa etária dos concluintes

A partir dos dados levantados na pesquisa, é possível analisar que a faixa etária de 18 a 24 anos permanece com o maior quantitativo de concluintes na formação superior, seguida pela faixa etária de 25 a 29 anos. Ressalta-se como uma limitação do estudo o acesso às informações individualizadas dos estudantes, o que determinou a realização da análise considerando o quantitativo absoluto de concluintes, sem relação estatística com o número total de vagas ofertadas para o mesmo período, uma vez que não há relação direta do aluno concluinte naquele ano com a vaga ofertada no mesmo ano. Outro aspecto refere-se à limitação do acesso de informações individualizadas dos estudantes.

Esse cenário apresentado demonstra que a formação do ensino superior de enfermagem, no Brasil, concentra-se em uma faixa etária jovem, com menor conclusão para estudantes a partir dos 30 anos, como apresentado nas Tabelas 4 e 5. Esses dados acompanham a tendência nacional de maior concentração de estudantes no ensino superior brasileiro, na faixa etária até 24 anos, no período de 2012 a 2021, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2022).

Tabela 4 – Distribuição do número de concluintes no ensino superior de enfermagem na rede pública no período de 2010 a 2022 estratificado pela faixa etária

Ano	Faixa etária (em anos)						
	18 – 24 anos	25 – 29 anos	30 – 34 anos	35 – 39 anos	40 – 49 anos	50 – 59 anos	≥ 60 anos
2010	3.540 (60,7%)	1.641 (28,1%)	420 (7,2%)	129 (2,2%)	86 (1,5%)	12 (0,2%)	3 (0,1%)
2011	3.474 (60,3%)	1.578 (27,4%)	399 (6,9%)	197 (3,4%)	98 (1,7%)	12 (0,2%)	0 (0%)
2012	3.425 (61,3%)	1.563 (28%)	360 (6,4%)	129 (2,3%)	92 (1,6%)	16 (0,3%)	0 (0%)
2013	2.958 (61,5%)	1.334 (27,7%)	289 (6%)	140 (2,9%)	80 (1,7%)	3 (0,1%)	4 (0,1%)
2014	2.983 (60,1%)	1.368 (27,5%)	377 (7,6%)	140 (2,8%)	83 (1,7%)	14 (0,3%)	1 (0,02%)
2015	2.956 (58,1%)	1.465 (28,8%)	395 (7,8%)	166 (3,3%)	93 (1,8%)	13 (0,3%)	3 (0,1%)
2016	2.951 (56,3%)	1.584 (30,2%)	390 (7,4%)	181 (3,5%)	122 (2,3%)	16 (0,3%)	2 (0,04%)
2017	2.973 (55,7%)	1.506 (28,2%)	461 (8,6%)	228 (4,3%)	144 (2,7%)	23 (0,4%)	2 (0,04%)
2018	2.758 (56%)	1.485 (30,1%)	358 (7,3%)	185 (3,8%)	115 (2,3%)	27 (0,5%)	0 (0%)
2019	3.128 (58,6%)	1.502 (28,1%)	356 (6,7%)	194 (3,6%)	129 (2,4%)	26 (0,5%)	1 (0,02%)
2020	2.380 (57,7%)	1.227 (29,8%)	267 (6,5%)	134 (3,3%)	95 (2,3%)	18 (0,4%)	1 (0,02%)
2021	2.344 (56,8%)	1.220 (29,6%)	266 (6,4%)	143 (3,5%)	125 (3%)	28 (0,7%)	2 (0,05%)
2022	2.854 (53,5%)	1.876 (35,2%)	300 (5,6%)	166 (3,1%)	114 (2,1%)	18 (0,3%)	3 (0,1%)

Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Tabela 5 – Distribuição do número de concluintes no ensino superior de enfermagem na rede privada no período de 2010 a 2022 estratificado pela faixa etária

Ano	Faixa etária (em anos)						
	18 – 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 49	50 – 59	≥ 60
2010	13.344 (36%)	10.702 (28,9%)	6.349 (17,1%)	3.350 (9%)	2.783 (7,5%)	493 (1,3%)	33 (0,1%)
2011	14.330 (34,1%)	11.704 (27,9%)	7.751 (18,5%)	4.178 (10%)	3.446 (8,2%)	534 (1,3%)	30 (0,1%)
2012	12.926 (31,2%)	11.035 (26,7%)	8.251 (19,9%)	4.650 (11,2%)	3.697 (8,9%)	753 (1,8%)	55 (0,1%)
2013	8.102 (29,3%)	7.375 (26,7%)	5.635 (20,4%)	3.335 (12,1%)	2.700 (9,8%)	470 (1,7%)	36 (0,1%)
2014	7.300 (29,1%)	6.692 (26,7%)	5.011 (20%)	3.142 (12,5%)	2.442 (9,7%)	441 (1,8%)	37 (0,1%)
2015	8.448 (28,3%)	7.692 (25,8%)	5.835 (19,6%)	4.014 (13,4%)	3.161 (10,6%)	646 (2,2%)	48 (0,2%)
2016	8.085 (26,9%)	7.894 (26,3%)	5.813 (19,3%)	4.274 (14,2%)	3.338 (11,1%)	615 (2%)	51 (0,2%)
2017	9.106 (28,3%)	7.961 (24,7%)	5.799 (18%)	4.818 (15%)	3.760 (11,7%)	699 (2,2%)	41 (0,1%)
2018	10.991 (29,3%)	8.983 (24%)	6.473 (17,3%)	5.507 (14,7%)	4.663 (12,4%)	835 (2,2%)	52 (0,1%)
2019	11.856 (32,9%)	8.793 (24,4%)	5.830 (16,2%)	4.671 (12,9%)	4.111 (11,4%)	735 (2%)	79 (0,2%)
2020	13.165 (36%)	8.308 (22,7%)	5.169 (14,1%)	4.502 (12,3%)	4.576 (12,5%)	828 (2,3%)	67 (0,2%)
2021	17.031 (38,6%)	10.345 (23,5%)	5.573 (12,6%)	4.818 (10,9%)	5.278 (12%)	959 (2,2%)	83 (0,2%)
2022	17.375 (37,7%)	10.867 (23,6%)	5.605 (12,2%)	4.984 (10,8%)	5.941 (12,9%)	1.190 (2,6%)	117 (0,3%)

Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

2.2.6.3 Raça dos ingressantes

Em relação à proporção de ingressantes por raça na rede privada, entre o grupo que declarou essa informação, os pardos são a maioria em 2011, 2014 até 2022. Em 2010 e 2023 os brancos foram maioria. Em 2013, brancos e pardos tiveram a mesma proporção. Na rede pública, brancos são maioria em todos os anos. A proporção de não declarados foi reduzindo ao longo do tempo.

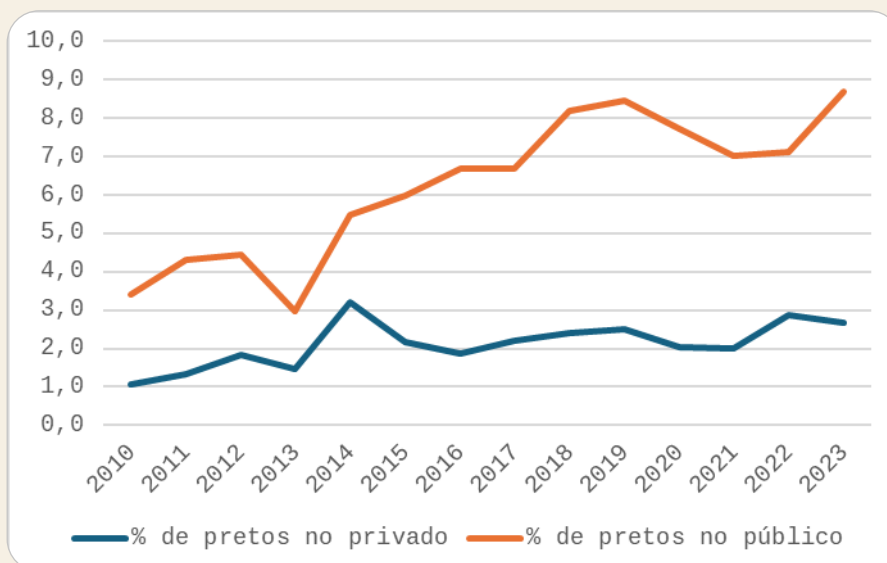
Ao realizar-se um teste de proporção para avaliar a proporção de declarantes pretos no ensino privado e no ensino público superior de enfermagem, constata-se que no sistema público há maior proporção de pretos do que no sistema privado, em todos os anos (Tabela 6 e Figura 21).

Tabela 6 – Proporção de autodeclarados pretos ingressantes na rede pública e privada do ensino superior de enfermagem, entre 2010 e 2023, no Brasil

Ano	% de pretos no privado	% de pretos no público	valor p
2010	1,1	3,4	< 0,0001
2011	1,3	4,3	< 0,0001
2012	1,8	4,4	< 0,0001
2013	1,5	3,0	< 0,0001
2014	3,2	5,5	< 0,0001
2015	2,2	6,0	< 0,0001
2016	1,9	6,7	< 0,0001
2017	2,2	6,7	< 0,0001
2018	2,4	8,2	< 0,0001
2019	2,5	8,4	< 0,0001
2020	2,0	7,7	< 0,0001
2021	2,0	7,0	< 0,0001
2022	2,9	7,1	< 0,0001
2023	2,7	8,7	< 0,0001

Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

Figura 21 – Proporção de autodeclarados pretos ingressantes na rede pública e privada do ensino superior de enfermagem, entre 2010 e 2023, no Brasil



Fonte: elaboração própria, a partir do Censo do Ensino Superior de Enfermagem.

2.3 Reflexões finais

A análise da demografia da formação em enfermagem no Brasil no período entre 2010 e 2023 revela a expansão do ensino superior de enfermagem impulsionada, sobretudo pela iniciativa privada. Apesar dessa expansão, permanecem desafios relacionados à distribuição desigual da oferta de enfermeiros ao mercado de trabalho entre as regiões brasileiras. Compreender as dinâmicas de distribuição e oferta desses cursos é essencial para subsidiar decisões estratégicas que promovam a equidade no acesso aos cuidados de saúde e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ganha destaque nessa análise a expressividade da oferta de vagas na modalidade de ensino a distância. No cenário atual, o EaD apresenta-se como um direcionador da formação em enfermagem. Em contrapartida, o investimento público na educação tem sido crítico. Considerando as fragilidades nas regulamentações na educação superior brasileira, reforça-se os impactos do ensino EaD em enfermagem, como os riscos de formação insuficiente devido à ausência de interação presencial contínua; dificuldades em garantir a qualidade e a padronização das práticas presenciais, principalmente em regiões remotas; e necessidade de maior fiscalização para evitar a proliferação de cursos de baixa qualidade.

Uma ação estratégica, que contribui para a redução das desigualdades regionais em saúde, é o fortalecimento do SUS e a promoção de acesso equitativo a cuidados de saúde em todo o território nacional. Para isso, a formação de recursos humanos deve ser integrada, estimulando a reflexão crítica sobre as condições de saúde, as políticas públicas e as necessidades da população, e para que assim, os discentes sejam agentes de mudança e atuem de forma ética, solidária e transformadora dentro do sistema de saúde pública brasileiro. A qualidade dessa formação é fundamental para garantir que o SUS continue a ser um pilar do direito à saúde para todos.

Defende-se que a formação em saúde no Brasil deve ser pautada e estruturada na premissa da formação **no, com, e para o SUS**, principalmente em áreas como a Enfermagem. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e a formação de profissionais de saúde para atuar nele envolve um processo complexo que deve ser reflexivo, inclusivo e adaptado às realidades e necessidades da população.

A **formação no SUS** diz respeito à inserção dos alunos nos cenários de prática oferecidos pelo sistema público de saúde, que compreende desde as unidades de atenção básica até os hospitais especializados. Nesse contexto, a prática no SUS é uma oportunidade de vivenciar a realidade do sistema de saúde brasileiro, com seus

desafios, limitações e complexidades. A **formação com o SUS** envolve diretamente os discentes no processo de cuidado à saúde, em parceria com os profissionais que atuam no sistema. Trata-se de uma formação colaborativa, que se dá por meio da integração do discente com os profissionais já inseridos no SUS, como médicos, enfermeiros, técnicos e outros membros das equipes de saúde. A **formação para o SUS** diz respeito à preparação dos estudantes para atuar dentro dos princípios e diretrizes do SUS, de modo que possam contribuir para a consolidação e fortalecimento do sistema. Isso implica não apenas em um conhecimento técnico, mas também em uma visão de compromisso social e ético com o modelo de saúde pública universal.

Dessa forma, o cenário do EaD na enfermagem traz a preocupação sobre a qualidade dos cursos ofertados e o perfil de profissionais que são formados nesse modelo de ensino, cujos elementos didático-pedagógicos e organização curricular não são capazes de desenvolver as competências necessárias para o escopo de atuação da profissão. Recomenda-se para a garantia da qualidade de formação do ensino superior de enfermagem, no Brasil, ações políticas para controle da formação EaD. Tais ações devem perpassar por regulação rigorosa de instituições e órgãos responsáveis pela avaliação da qualidade do ensino, e fiscalização das entidades de classe para garantir que os profissionais formados estejam aptos a atender às demandas do sistema de saúde com competência e responsabilidade.

Dentre as limitações do presente estudo, destaca-se a inconsistência de algumas informações disponíveis nos bancos de dados utilizados, o que comprometeu a realização de uma análise mais aprofundada e a discussão inicialmente prevista acerca dos investimentos na formação no ensino superior de enfermagem no Brasil. Tal limitação evidencia a necessidade de futuras pesquisas que abordem essa temática, empregando metodologias de análise diversificadas, capazes de ampliar e aprofundar as discussões e contribuições no campo.



3 Especialistas e Especialidades em Enfermagem no Brasil

A especialização em enfermagem foi legalmente instituída no Brasil ainda na primeira metade do século XX, por meio da Lei n.º 775 de 1949 (Brasil, 1949a). Os cursos de pós-graduação em enfermagem, desde a sua origem, têm o objetivo de ampliar conhecimentos técnico-científicos em áreas específicas do trabalho da enfermeira. Ao longo do tempo, diferentes processos regulatórios da formação especializada e do exercício profissional de enfermeiras especialistas foram sendo incorporados. Contudo, registra-se a não linearidade entre tais processos regulatórios e as demandas do Estado, a partir da evolução do sistema de saúde, sobretudo com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), suas políticas e programas, e as demandas regionais do País de formação e atuação de enfermeiras especialistas tecnicamente em entidades associativas de especialistas.

Atualmente, o campo da enfermagem ainda se depara com contradições em relação à conformação das suas áreas especializadas, que repercutem diretamente no registro de dados sobre elas, a exemplo da inexatidão do que venha a ser uma especialidade, suas nomenclaturas e, sobretudo, a definição dos contornos do escopo de atuação (Angeli-Silva, Santos; Melaragno, 2025).

Com isso, esses dados, quando existentes nos sistemas de informação, seja no âmbito governamental – Ministério da Educação ou da Saúde, ou no âmbito da regulação profissional – nos registros do Sistema dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, contém lacunas e heterogeneidades que, em última instância, trazem fragilidades para a regulação da formação e do exercício profissional. Além disso, essas lacunas impõem limites a pesquisa sobre a força de trabalho especializada em enfermagem dificultando o conhecimento sobre o perfil e o quantitativo de especialistas em cada especialidade existente, como estes estão distribuídos no território nacional, qual tipo de formação, qual sua inserção laboral, em quais níveis de atenção e tipo

de serviços em que estão atuando, qual a remuneração média, qual é a mobilidade dessas(es) profissionais no território nacional, dentre outras questões relevantes.

Outros fatores que contribuem para tais limitações passam pelo não cadastro do total de especialidades na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a ausência de exigências legais para a presença do especialista nas unidades de atendimento, bem como a ausência de perfis de competência. Mesmo com a obrigatoriedade de registro no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) para o exercício das especialidades, Angeli-Silva, Santos e Melaragno, (2025) lembram que os dados do órgão não trazem informações sobre os locais de atuação destes especialistas, ano em que o registro foi feito, nem mesmo a unidade da federação.

Neste contexto, os objetivos deste capítulo são analisar: os aspectos históricos e normativos das especialidades em enfermagem; a oferta nacional de cursos de especialização em enfermagem por meio dos dados do Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (e-MEC) assim como o registro de profissionais especialistas no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

3.1 Aspectos metodológicos

A produção das análises ocorreu em duas etapas: i) análise dos aspectos históricos e normativos das especialidades em enfermagem no Brasil; e ii) análise de dados e-MEC e do consolidado de registros de profissionais cedido pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) para esta pesquisa referente ao mês de julho de 2024. Contudo, diante da impossibilidade de obter dados de distribuição geográfica, foi necessário complementar essa análise com dados do e-MEC sobre a formação, analisando a distribuição geográfica de cursos, vagas e egressos de especialização. Registra-se ainda como limitação o fato de não ter sido possível utilizar dados das Residências, uma vez que parte significativa de cursos com vagas para enfermeiras são por meio de programas multiprofissionais.

O estudo foi realizado buscando responder às seguintes questões:

- 1) Quais são os marcos históricos e normativos da especialização em enfermagem no Brasil?
- 2) Quais áreas de especialização são identificadas no campo da enfermagem?
- 3) Qual a proporção e distribuição de enfermeiras(os) com título de especialização registrados no Cofen?

- 4) Qual é a distribuição geográfica de cursos por especialidade, tipos de instituição formadora, modalidade de curso (presencial, educação a distância) e carga horária (CH)?
- 5) Qual é o número de vagas ofertadas pelo conjunto dos cursos de especialização, modalidade de curso e distribuição por região do País?
- 6) Qual é o número de cursos e egressos correspondentes, distribuídos por região do País?

Vale registrar que a atenção especializada, que compõe o segundo e terceiro níveis de atenção do SUS, tem ganhado força na agenda de governo no período mais recente, no intuito de suprir lacunas históricas de baixo acesso a esses serviços o que tem sido um elemento complicador na resolutividade e integralidade das ações em saúde (Brasil, 2023, 2024e). Para tanto, é preciso considerar a disposição de profissionais nas áreas especializadas, sobretudo aquelas tidas como prioritárias do ponto de vista do conjunto das necessidades em saúde da população brasileira. E, considerando o papel das enfermeiras, que são a maior força de trabalho das equipes de saúde (WHO, 2020), bem como o seu lugar estratégico em todas elas, com atribuições assistenciais, educacionais e gerenciais que contribuem para a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem e de toda a equipe de saúde (Leal; Melo, 2018), faz-se necessária a produção de dados que identifique essas trabalhadoras com a devida formação, qualificação especializada, bem como possível ausência delas em alguns contextos.

Além da etapa de identificação e análise das normativas existentes no âmbito da formação e exercício das especialidades, o estudo buscou a identificação de entidades de especialistas, para um levantamento preliminar das áreas especializadas existentes. Analisaram-se documentos do Ministério de Educação (MEC) e do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), além de publicações científicas da área. Sequencialmente, foi realizada consulta aos sites das entidades e aos documentos neles publicados.

No decorrer da pesquisa, a participação dos pesquisadores em outros espaços institucionais foi fundamental para agregar conhecimento e maior compreensão desse universo investigado. O diálogo com representantes das entidades de especialistas filiadas à Associação Brasileira de Enfermagem permitiu o entendimento de alguns elementos históricos de organização das especialidades em enfermagem no Brasil, bem como os seus processos de realização de provas de títulos. Além disso, foi também importante a participação e acesso ao material produzido pelo Grupo de Trabalho de

Práticas de Enfermagem no Brasil, instituído pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGERTS/SGTES/MS), com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. E, ainda, os pesquisadores tiveram acesso a discussões da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde do DEGERTS/SGTES/MS, que tem pautado o exercício das especialidades no Brasil.

Com esse panorama das áreas especializadas reconhecidas pelo campo e descritas na literatura científica, partiu-se para a análise dos bancos de dados. Para o registro de profissionais foi utilizado um banco de dados com o consolidado de registros cedido para esta pesquisa pelo Cofen, referente ao mês de julho de 2024, com a relação de nomenclaturas de títulos e/ou certificados registrados, o quantitativo e a modalidade (especialização ou residência). Para os dados sobre a formação foi obtido o banco do Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (e-MEC), de acesso livre, com dados desde os primeiros cursos até julho de 2024, com nome do curso, tipo de instituição, carga horária, número de vagas e número de egressos.

Diante da diversidade de nomenclaturas de cursos de especialização nos dois bancos analisados, fez-se necessária uma categorização deles por áreas especializadas. Nesse processo, foi feita uma primeira análise exploratória que resultou na categorização dos cursos existentes em: Grandes áreas especializadas (aquelas que seriam reconhecidamente especialidades), áreas derivadas (especialidade da especialidade), áreas a definir (que carecem ainda de validação se são especialidade ou não), especializações abrangentes não correspondentes a especialidades, capacitações e/ou aperfeiçoamentos específicos, área interdisciplinar, especializações de outro campo profissional.

Para chegar ao que seriam áreas especializadas em enfermagem, foi comparada a Resolução do Cofen n.º 581/2018 com o resultado de revisão da literatura e informações obtidas em sites das entidades científicas de especialistas em enfermagem, identificadas a partir de levantamento junto à Associação Brasileira de Enfermagem. Após a análise dos bancos chegou-se a três categorias: 34 grandes áreas especializadas, 23 áreas derivadas e 20 áreas a definir. Os cursos que estão nas demais categorias anteriormente citadas foram reagrupados na categoria “outros”.

Considerando essas áreas, foi realizada a classificação de todo o conteúdo dos bancos de dados. Para os cursos com formação em mais de uma área, foi classificado na área considerada predominante na nomenclatura. Para os cursos de uma área derivada

foi considerada a grande área a qual ela estaria vinculada. Para a análise de distribuição, considerou-se o somatório das grandes áreas e áreas a definir totalizando 54 áreas.

Para análise do número de cursos existentes, foram considerados os cursos ativos no ano de 2024 e quanto aos egressos, foi considerado o somatório de todos os anos. Para análise do banco de dados do Cofen, utilizou-se o termo “número de registro” ao invés de número de profissionais, pois considera-se que um único profissional pode ter mais de um registro de especialidade, não havendo limite.

Foi realizada a distribuição dos registros do Cofen por área especializada e modalidade de curso. Já para os cursos de especialização, foi feita sua análise no conjunto e sua distribuição temporal, geográfica, por modalidade e carga horária. Além disso, foi analisada a distribuição de egressos e cursos por área especializada e modalidade de curso. Os dados estão apresentados em tabelas e gráficos conforme podem ser visualizados na sequência.

3.2 Resultados e discussão

3.2.1 Aspectos históricos e normativos relacionados às especializações e especialidades em enfermagem no Brasil

A demanda por força de trabalho especializada no campo da enfermagem está historicamente vinculada com a especialização em Saúde Pública, principalmente a partir de 1937, com a reorganização do Ministério da Educação e Saúde e as atividades que foram delegadas ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) para serem desenvolvidas no território nacional (Lima; Fonseca, 2004). Nesse contexto, surgiram cursos de especialização e aperfeiçoamento em diversos estados, sob as diretrizes do DNSP, destinados à formação de técnicos atuantes nas diversas áreas da saúde pública, como médicos, enfermeiras, visitadoras sanitárias, engenheiros e guardas sanitários.

Naquele momento histórico, a formação especializada em enfermagem contou com a atuação da Fundação Rockefeller que fomentou as primeiras iniciativas de especialização das enfermeiras recém-formadas no Brasil, por meio de bolsas de estudos em instituições americanas, a exemplo da Universidade Johns Hopkins (Korndörfer, 2016). A formação no nível de especialização em enfermagem foi legalmente reconhecida no Brasil através da Lei n.º 775 de 1949 (Brasil, 1949a), e regulamentada pelo Decreto n.º 27.426/1949 (Brasil, 1949b), que dispunha sobre o ensino de enfermagem no País. O

referido decreto previu que além dos cursos de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, poderiam ser criados cursos de pós-graduação, destinados a ampliar conhecimentos especializados de enfermagem ou de administração, além de especificar como deveria ser o ensino e quem eram os destinatários desses cursos.

A despeito da existência de cursos de especialização em algumas áreas desde a primeira metade do século XX, como foi o caso da enfermagem, o Brasil começou a regulamentar o ensino de pós-graduação somente a partir da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 1961). Nesta lei, o sistema de ensino brasileiro foi instituído em três níveis: graduação, pós-graduação e um terceiro nível correspondente à especialização, aperfeiçoamento e extensão. O Parecer Sucupira (Almeida Junior *et al.*, 2005) problematizou uma contradição da Lei de 1961, apontando o fato de a especialização não fazer parte do nível de pós-graduação.

Esse Parecer afirmou o caráter técnico dos cursos de especialização e aperfeiçoamento, sem pretender abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade, ou seja, seriam destinados ao treinamento nas partes de que se compõe um ramo profissional ou científico. A meta desses cursos seria o domínio científico e técnico de uma certa e limitada área do saber ou da profissão, para formar o profissional especializado. No parecer também ficou consignado que os cursos de especialização ou aperfeiçoamento ofereceriam certificado de eficiência ou aproveitamento que habilitasse ao exercício de uma especialidade profissional, podendo ser obtidos até mesmo em instituições não universitárias (Almeida Junior *et al.*, 2005). Somente em 1968, com a Lei n.º 5.540, também conhecida como a Lei da Reforma Universitária, foi explicitada a exigência de diploma de graduação como requisito para acesso aos cursos de pós-graduação, especialização e aperfeiçoamento (Brasil, 1968).

Com a Resolução n.º 01/2007, pela primeira vez, o Conselho Nacional de Educação (CNE) regulamentou o ensino da especialização no País, marcando a sua diferença em relação ao aperfeiçoamento, permanecendo este último sem regulamentação. Em relação à formação de especialistas, a área da saúde guarda uma particularidade que é a modalidade de Residência. Nesse quesito, diferente da área médica, esse tipo de formação para enfermeiras(os) surge e é regulamentada tardiamente no Brasil. A regulamentação das Residências Médicas existe desde o Decreto n.º 80.281/77 e a Lei n.º 6.932/1981, enquanto as demais áreas da saúde somente teve algum tipo de regulamentação com a Lei n.º 11.129/2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde (multi e uniprofissional). Até então, os cursos de residência em enfermagem funcionavam mimetizando a área médica e suas regulamentações.

Esse breve histórico evidencia os desafios da regulação da formação de especialistas e que implica em lacunas também nos mecanismos de obtenção e registros de títulos, que repercutem no exercício profissional e consequentemente no que se dispõem em termos de informações sobre essa força de trabalho no Brasil.

3.2.2 Organização das áreas especializadas em enfermagem no Brasil

Conforme explicitado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), um curso de especialização não certifica para o automático exercício de uma especialidade (CNE, 2018). No campo da saúde, considerando a não equivalência entre as especializações e especialidades, bem como as lacunas de regulamentação do exercício profissional especializado nas áreas não médicas, o CNE recomendou que essa área tivesse regulamentação própria para esse nível de ensino. Uma vez que isso não ocorreu, as especializações na área da saúde ainda carecem de regulamentação. No que tange à fragilidade e escassez de dados, destaca-se a ausência de definições do que venha a ser uma especialidade no campo da enfermagem e suas denominações oficialmente constituídas, tanto no âmbito do MEC e, consequentemente, do Cofen. Tanto nos registros do Cofen como no MEC, as nomenclaturas para as áreas especializadas não necessariamente se constituem especialidade pela sua natureza, mas, muitas vezes, se confundem com áreas de atuação relativas a diferentes tipos de serviços, áreas de estudo, técnicas específicas, aperfeiçoamentos ou mesmo habilitações para determinadas ações ou procedimentos.

Este cenário se torna ainda mais complexo quando se trata de áreas especializadas com múltiplas interfaces, ou mesmo, no contexto atual da organização do processo de trabalho em saúde e suas áreas ultra especializadas. Mesmo com a obrigatoriedade de registro no Cofen para o exercício das especialidades, a proporção de enfermeiros nos bancos de dados do órgão é diminuta. Assim como também não é possível ter informações sobre seus locais de atuação, ano em que o registro foi feito, nem mesmo a unidade da federação.

Uma simples busca nos bancos de dados do e-MEC com o descritor “enfermagem” resulta em, aproximadamente, 10 mil cursos com as mais diversas denominações, modalidades e cargas horárias (Brasil, 2025). Além disso, a análise dos nomes de muitos desses cursos revelam fusões entre áreas de atuação reconhecidamente distintas, fugindo do preceito da especialização como capacitação técnica focada em área específica. Ademais, nas normas existentes no MEC não há referências à necessidade

de parâmetros curriculares para reconhecimento de cursos de especialização. Ao mesmo tempo em que também não se encontram mecanismos instituídos pelos órgãos reguladores para construção de perfis de competência que orientem currículos de formação no âmbito da especialização em nenhuma área de conhecimento. Mesmo no caso dos cursos sob forma de residência, sobretudo as multiprofissionais, os perfis de competência de cada profissão não estão definidos em forma de diretrizes para elaboração de currículos e propostas de cursos.

O campo da enfermagem ainda possui alguns elementos da regulação do exercício profissional de especialistas que merecem destaques. Primeiramente, identificam-se fragilidades na regulamentação do exercício das especialidades, uma vez que a maioria delas não diferencia o exercício do especialista em relação ao generalista. Um segundo aspecto é a forma de reconhecimento de título de especialista que, de acordo com o Cofen pode ser obtido através de apresentação de certificado reconhecido pelo MEC ou aprovação em prova de título de especialista realizada por entidade científica (Cofen, 2018).

Nesse contexto, é possível apontar a divergência entre o que dispõe o órgão regulador do exercício profissional e como se organizam as áreas especializadas, por meio das sociedades e associações de especialistas. A Resolução Cofen n.º 581/2018, que regula o registro de títulos de especialistas, contém uma lista de áreas de atuação organizada em três grandes blocos - Área I) Saúde Coletiva, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto; Área II) Gestão; e Área III) Ensino/Pesquisa. No entanto, a gestão, o ensino e a pesquisa extrapolam ao que pode ser considerado atividade privativa de enfermeiras(os) e objeto de regulação do exercício profissional em enfermagem. Outrossim, as nomenclaturas das áreas descritas na lista da Área I, que remetem ao exercício da enfermagem em si, não correspondem, necessariamente, àquelas adotadas pelas entidades de especialistas, nem seguem um padrão de construção terminológica.

Ainda conforme a resolução do Cofen sobre o registro de especialidades, ao fazê-lo utilizando a nomenclatura do certificado emitido pela instituição formadora, cujo título apresenta-se conforme o registro do curso no MEC, este também não equivale, em sua maioria, à nomenclatura da lista preestabelecida na referida resolução, gerando um problema terminológico e polifônico na conformação das áreas especializadas. Disso resultam, atualmente, mais de 3.900 denominações de registros de especialistas no Cofen, tendo dentre eles alguns que não correspondem a cursos de especialização do campo da enfermagem ou mesmo da saúde. Além disso, diante das fragilidades da

regulação da formação em nível de especialização pelo MEC, que permite um mesmo curso congregar mais de uma área especializada, alguns certificados podem gerar um único registro contendo denominações de duas ou mais áreas distintas.

Deste presente estudo resultou a categorização de áreas especializadas divididas em três grandes blocos – 1) grandes áreas especializadas; 2) áreas derivadas; e 3) áreas a definir. As definições e suas respectivas áreas categorizadas podem ser visualizadas na descrição do Quadro 4.

Quadro 4 – Categorização das áreas especializadas, a partir da análise dos bancos de dados dos cursos registrados no e-MEC e registros de titulações pelo Cofen

Grandes áreas especializadas: compreendidas como aquelas tradicionalmente reconhecidas como especialidades no campo da saúde e que apresentam perfil de atuação específico no campo da enfermagem por acúmulo de produção do conhecimento, de formação e de atuação clínico-assistencial, com possibilidade de definições de escopo de prática diferenciado e objeto de regulação do trabalho em enfermagem.	
▪ Enfermagem em Anestesiologia ▪ Enfermagem em Atenção Primária ▪ Enfermagem em Cardiologia ▪ Enfermagem em Central de Material e Esterilização ▪ Enfermagem em Cuidados Paliativos ▪ Enfermagem Dermatológica ▪ Enfermagem em Endocrinologia ▪ Enfermagem do Trabalho ▪ Enfermagem Forense ▪ Enfermagem em Estética ▪ Enfermagem em Estomaterapia ▪ Enfermagem em Gastroenterologia ▪ Enfermagem em Genética e Genômica ▪ Enfermagem Gerontológica/geriátrica ▪ Enfermagem em Hematologia ▪ Enfermagem em Hemoterapia ▪ Enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias ▪ Enfermagem em Nefrologia	▪ Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia ▪ Enfermagem em Obstetrícia ▪ Enfermagem em Oftalmologia ▪ Enfermagem em Oncologia ▪ Enfermagem em Traumato-ortopedia ▪ Enfermagem em Pediatria ▪ Enfermagem Perioperatória ▪ Enfermagem em Pneumologia ▪ Enfermagem em Reabilitação ▪ Enfermagem em Saúde do Homem ▪ Enfermagem em Saúde Mental ▪ Enfermagem em Acesso Vascular e Terapia Infusional ▪ Enfermagem em Terapia Intensiva ▪ Enfermagem em Urgência e Emergência ▪ Enfermagem em Urologia ▪ Enfermagem em Captação, Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos

continua

conclusão

Áreas derivadas: refere-se à atuação restrita dentro de uma área já especializada, uma especificidade dentro da especialidade (área ultra especializada)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermagem em Oncologia Pediátrica ▪ Enfermagem em Podiatria Clínica ▪ Enfermagem em Neonatologia ▪ Enfermagem em Hemodinâmica ▪ Enfermagem Perfusionista ▪ Enfermagem na Recuperação Pós-anestésica ▪ Enfermagem no Tratamento de Feridas ▪ Enfermagem na Assistência ao Queimado ▪ Enfermagem em Endoscopia Digestiva ▪ Enfermagem em Radiologia e Imaginologia ▪ Enfermagem em Ultrassonografia ▪ Enfermagem em Doenças Tropicais ▪ Enfermagem em Reprodução Humana Assistida ▪ Enfermagem em Aleitamento Materno ▪ Enfermagem em Hebiatria ▪ Enfermagem na Saúde do Escolar ▪ Enfermagem em Ginecologia ▪ Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermagem em Terapia Intensiva Cardiológica ▪ Enfermagem em Terapia Intensiva Neurológica ▪ Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica ▪ Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal ▪ Enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar ▪ Enfermagem em Cardiologia Pediátrica ▪ Enfermagem em Cardiologia Neonatal ▪ Enfermagem em Emergência Cardiológica ▪ Enfermagem em Tricologia ▪ Enfermagem no Cuidado à Diabetes ▪ Enfermagem em Ergonomia ▪ Enfermagem em Neuropediatria ▪ Enfermagem em Saúde Mental Infanto-juvenil ▪ Enfermagem em Cirurgia Robótica ▪ Enfermagem em Emergências Neopediátricas |
|---|--|

Áreas a definir: trata-se de áreas que não necessariamente possuem um escopo de prática específico no campo da enfermagem. Algumas delas estão relacionadas a tipos diferentes de serviços com contextos de atuação que requerem perfis profissionais diferenciados, outras referem-se a áreas de atuação emergentes ou já contempladas em outras especialidades e, ainda, algumas dizem respeito às áreas que ultrapassam o objeto de regulação do trabalho em enfermagem.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermagem em Saúde do Adulto ▪ Enfermagem Aeroespacial ▪ Enfermagem em Imunização ▪ Enfermagem Canábica ▪ Enfermagem em Farmacologia ▪ Enfermagem em Gerenciamento/ Gestão ▪ Enfermagem em Saúde Coletiva ▪ Enfermagem em Saúde Indígena ▪ Enfermagem em Saúde do Trabalhador / Vigilâncias ▪ Enfermagem em Auditoria ▪ Educação | <ul style="list-style-type: none"> ▪ História da Enfermagem ▪ Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares ▪ Enfermagem em Diagnóstico por Imagens ▪ Enfermagem em Assistência Domiciliária ▪ Enfermagem no Manejo da Dor ▪ Enfermagem em Sexologia Humana ▪ Enfermagem em Prevenção e Controle de Infecção ▪ Enfermagem do Esporte ▪ Enfermagem Nuclear |
|---|---|

Fonte: elaboração própria.

Nesse processo de categorização, pelas razões já mencionadas anteriormente, foram identificados registros que não correspondiam a áreas especializadas de exercício da enfermagem e, portanto, não se encontram listadas nominalmente, mas foram agrupadas a partir de quatro definições conforme descrição constantes no Quadro 5.

Quadro 5 - Definições de categorias de registros de títulos pelo Cofen e de cursos no e-MEC que não se enquadram em áreas especializadas de exercício profissional em enfermagem

Especializações abrangentes não correspondentes a especialidades	Não designam áreas de atuação específica da enfermagem, mas são bases que transversalizam o trabalho em enfermagem no geral. Ex.: Sistematização da assistência de enfermagem, prescrição de medicamentos, segurança do paciente, enfermagem hospitalar, atenção à saúde, humanização etc.
Capacitações e/ou aperfeiçoamentos específicos	Correspondem à formação para desempenho de procedimentos ou elementos do processo de trabalho específicos, que podem compor o escopo de prática do generalista ou mesmo a atuação de um conjunto de especialidades. Ex.: Enfermagem em nutrição enteral e parenteral, gerenciamento de resíduos, ozonioterapia, coaching etc.
Área interdisciplinar	Corresponde à atuação no escopo de prática interprofissional - o que não é exclusivo da enfermeira, compondo as ações compartilhadas entre os membros da equipe nos diversos setores do trabalho em saúde. Ex.: bioética, informática em saúde, direito sanitário, atenção multiprofissional em diversas áreas.
Outro campo profissional	Especializações nas diversas áreas profissionais, algumas correspondentes ao exercício de outras profissões, tanto da saúde como de outras áreas. Possivelmente realizadas por profissionais com mais de uma formação acadêmica. Ex.: nutrição clínica e esportiva, fisioterapia em área específica, psicologia, direito, administração geral, educação, engenharia etc.

Fonte: elaboração própria.

3.2.3 Análise dos registros de especializações informadas por enfermeiras(os) no Conselho Federal de Enfermagem

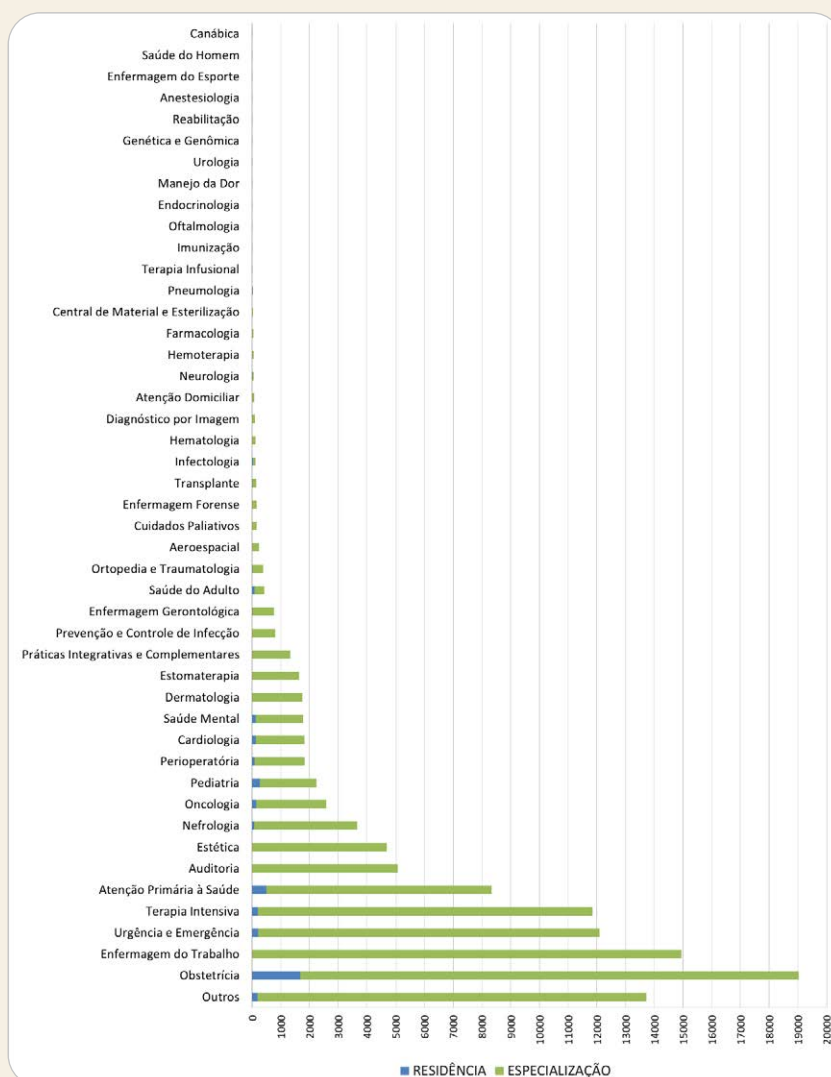
Foram encontrados 112.209 registros de especializações informadas por enfermeiras(os). Destas, 98.488 estão distribuídas em 45 áreas especializadas (9 áreas não possuem registros de enfermeiros no Cofen) e 13.721 registros em áreas categorizadas como “outros” - especializações abrangentes não correspondentes a

especialidades, capacitações e/ou aperfeiçoamentos específicos, área interdisciplinar, especializações de outro campo profissional, portanto, fora do âmbito da regulação do exercício profissional em enfermagem.

Em todas as áreas, é significativa a diferença entre os registros oriundos de especialização *lato sensu* e aqueles advindos da modalidade de residência, que no conjunto correspondem somente a 3,43% dos registros no Cofen.

Na Figura 22, pode ser visualizada a distribuição proporcional dos registros por área especializada e sua correspondência às especializações e às Residências.

Figura 22 – Distribuição de registros de especializações informadas por enfermeiras(os) no Cofen, por *lato sensu* comum e sob forma de residência e por área especializada



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do Cofen.

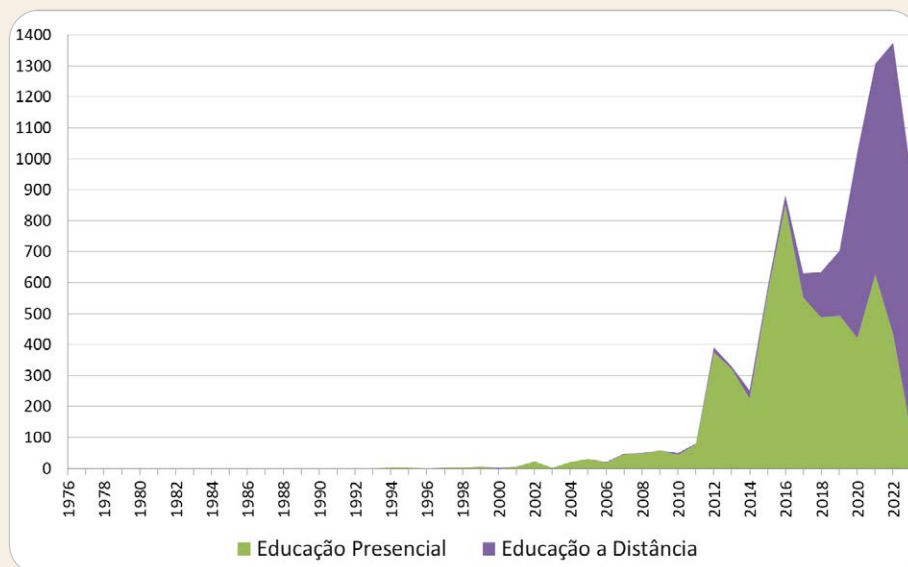
Destacam-se as áreas de Obstetrícia, Enfermagem do Trabalho, Urgência e Emergência, Terapia Intensiva e Atenção Primária, com os maiores percentuais, totalizando 59% no conjunto dos registros na autarquia. Chama a atenção áreas emergentes, a exemplo da Estética, que já ocupa atualmente a sétima posição em números percentuais. Destaca-se ainda que entre as 20 áreas que totalizam 76,9% dos registros no Cofen, o percentual dos cursos de residência, em relação aos demais cursos *lato sensu*, são maiores para Saúde do Adulto (21,5%), Pediatria (11,8%), Obstetrícia (8,8%), Saúde Mental (7,7%) e Cardiologia (7,2%).

3.2.4 Distribuição geral de cursos de especialização e de egressos no Brasil

De acordo com os dados do e-MEC, o primeiro curso de especialização na área de enfermagem foi criado em 1976 e foi o único até 1990, tendo pouca evolução numérica ao longo daquela década, com um crescimento maior, mas ainda irrisório, até 2011. Passou a apresentar um forte crescimento de novos cursos a partir do ano de 2012, com incremento entre 2014 e 2016 e, depois, com nova impulsão entre 2019 e 2022. Os números saltam de 81 novos cursos em 2011 e atingem seu pico máximo, de 1375 cursos, em 2022.

Quanto à modalidade de oferta dos cursos, registra-se aumento no número de cursos de educação a distância (EaD), criada em 2000 e com pouca oferta até 2011, cujo crescimento foi oscilante até 2018 e crescimento acelerado a partir de 2019. Em 2020, a oferta de cursos EaD ultrapassou a modalidade presencial (Figura 23).

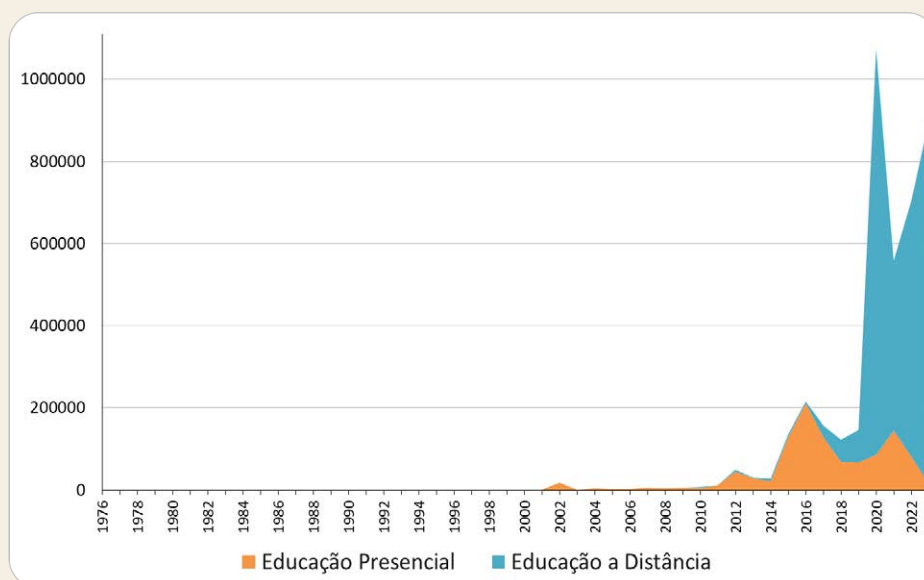
Figura 23 – Série histórica do crescimento da oferta de cursos de especialização em enfermagem, nas modalidades presencial e EaD, entre 1976 e 2023



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

Com esse aumento do número de cursos no período estudado, identifica-se também o aumento de vagas ofertadas, no entanto em proporções bem maiores. Houve relativo crescimento entre 2011 e 2014, tendo uma aceleração dessas ofertas entre 2015 e 2019. Mas foi em 2020 que o número de vagas teve seu pico de crescimento 7,4 vezes maior em relação a 2019 (Figura 24). Considerando a oferta de vagas na modalidade EaD, em 2019, o número de novas vagas ofertadas ultrapassou a modalidade presencial e em 2020 esse incremento foi de 12,6 vezes maior em relação ao ano anterior.

Figura 24 – Série histórica do crescimento da oferta de vagas no nível de especialização em enfermagem, nas modalidades presencial e EaD, entre 1976 e 2023



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

Ao comparar a distribuição de cursos por tipo de instituição, modalidade de ensino e carga horária, tem-se que 79,8% dos cursos estão em instituições privadas com fins lucrativos, sendo responsáveis por 86,4% dos cursos na modalidade EaD, conforme demonstrado na Tabela 7. No caso da carga horária, independentemente do tipo de instituição, a maior parte dos cursos tem entre 360 até 720 horas, sendo que 23% deles limitam-se a exatas 360 horas e apenas 4,8% possuem mais de 720 horas.

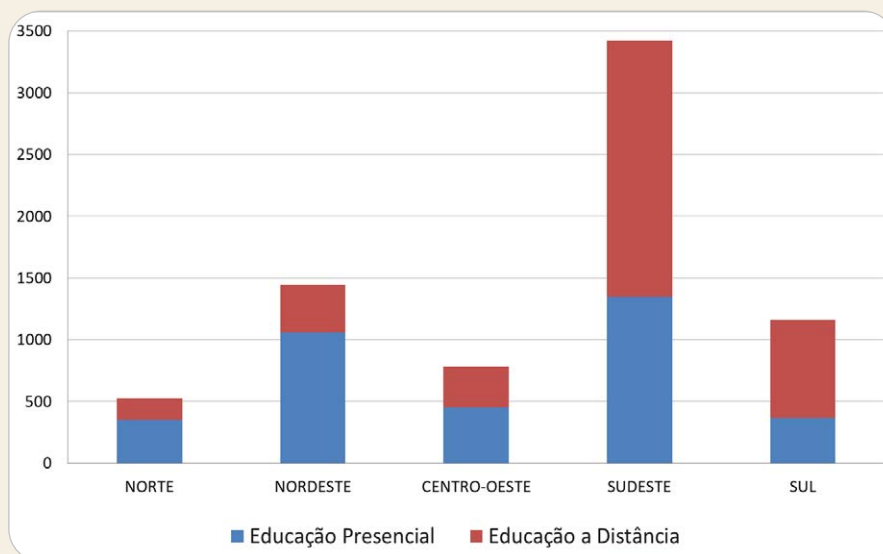
Tabela 7 – Distribuição de cursos de especialização ativos, em 2024, por tipo de instituição, modalidade de ensino e carga horária dos cursos

CATEGORIA ADMINISTRATIVA	N.º DE CURSOS	MODALIDADE		CARGA HORÁRIA		
		Educação Presencial	Educação a Distância	CH=360h	360h<CH<=720h	CH>720h
Especial	17	12	5	2	15	0
Privada com fins lucrativos	8138	4457	3681	1789	5955	394
Privada sem fins lucrativos	1871	1313	558	525	1253	93
Pública Estadual	42	41	1	0	41	1
Pública Federal	92	75	17	15	73	4
Pública Municipal	39	39	0	6	33	0
TOTAL	10199	5937	4262	2337	7370	492

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

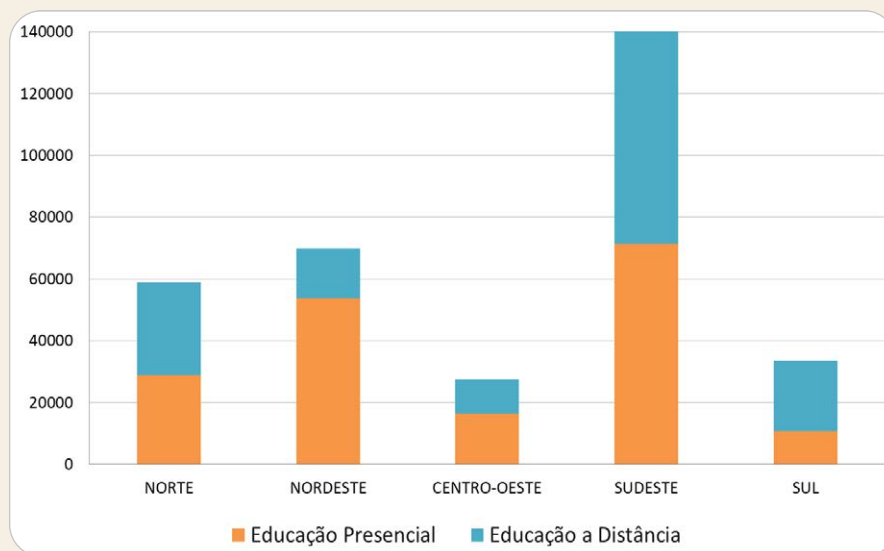
Ao analisar a distribuição de cursos e número de egressos no território nacional, existem diferenças de acordo com a região administrativa, além disso, o número de cursos e de egressos nem sempre são proporcionais. Na comparação por região (Figuras 25 e 26), destaca-se o Sudeste, tanto com o maior número de cursos quanto de egressos. Além disso, o Sul e o Sudeste apresentam maior número de cursos EaD, em relação aos presenciais.

Figura 25 – Distribuição dos cursos de especialização em enfermagem, ativos em 2024, por região administrativa do Brasil e modalidade de ensino



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

Figura 26 – Distribuição de egressos dos cursos de especialização em enfermagem, por região administrativa do Brasil e modalidade de ensino. Brasil, 1976 e 2024



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

As regiões Nordeste e Sul possuem, respectivamente, o segundo e o terceiro maior quantitativo de cursos. No entanto, a região Norte possui metade do número de cursos da região Sul, entretanto, quando analisado o número de egressos, essa quantidade se inverte entre as duas regiões. No Nordeste, prevalece o maior número, tanto de cursos quanto de egressos, na modalidade presencial em relação à modalidade EaD.

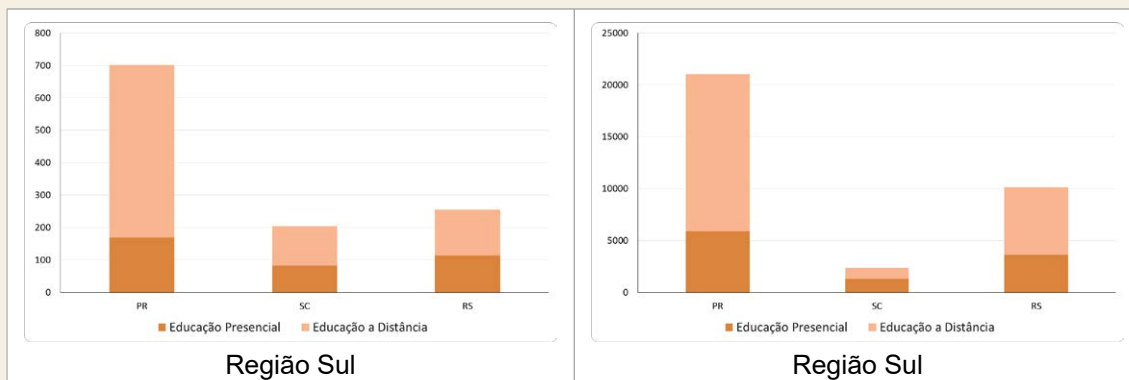
O estudo também aprofundou a análise da distribuição dos cursos e egressos dentro de cada região, o que revelou muitas diferenças. A Figura 6 mostra essa variação. Há uma discrepância entre o número de cursos e de egressos nos estados da região Norte em todas as modalidades. No Sul e Sudeste predominam os cursos e egressos na modalidade EaD em todos os cenários. No Centro-Oeste, destaca-se a inversão dos números de cursos presenciais e de egressos na modalidade EaD no estado do Mato Grosso do Sul. Enquanto no Nordeste, que tem o maior número de cursos presenciais em todos os estados, já se nota uma inversão desse número para a quantidade de egressos da modalidade EaD nos estados do Maranhão e Piauí.

Figura 27 – Comparativo de distribuição de cursos e egressos no nível de especialização em enfermagem, por estado em cada região do Brasil e por modalidade de ensino



continua

conclusão



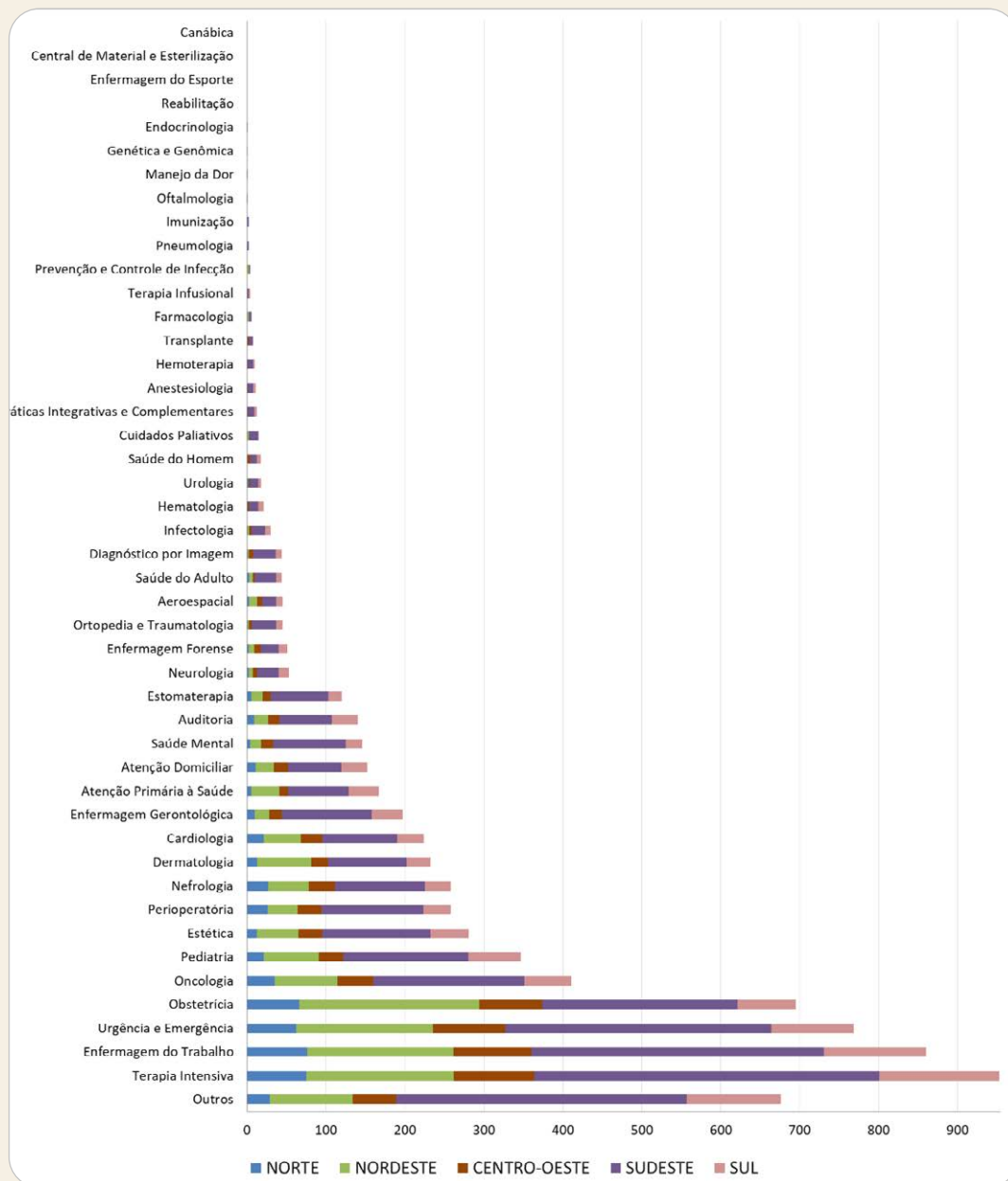
Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

3.2.5 Distribuição de cursos de especialização em enfermagem e de egressos no Brasil por área especializada

A maior parte das áreas apresentam equivalências proporcionais entre número de cursos e de egressos, tendo as cinco áreas mais expressivas numericamente: Terapia Intensiva, Enfermagem do Trabalho, Urgência e Emergência, Obstetrícia e Oncologia. As Figuras 28 e 29 mostram essa distribuição de cursos e egressos por áreas especializadas, comparando modalidade de curso e região do País.

Conforme a Figura 28, a Região Sudeste tem o maior número de cursos de especialização em todas as áreas e a região Norte tem os menores números. Na área de Obstetrícia, a região Nordeste se aproxima dos números de cursos da região Sudeste e tem os maiores números em quase todas as demais áreas, sendo ultrapassada pela região Sul nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Neurologia, Enfermagem Forense, Estomaterapia, Saúde Mental, Gerontologia e Atenção Domiciliar.

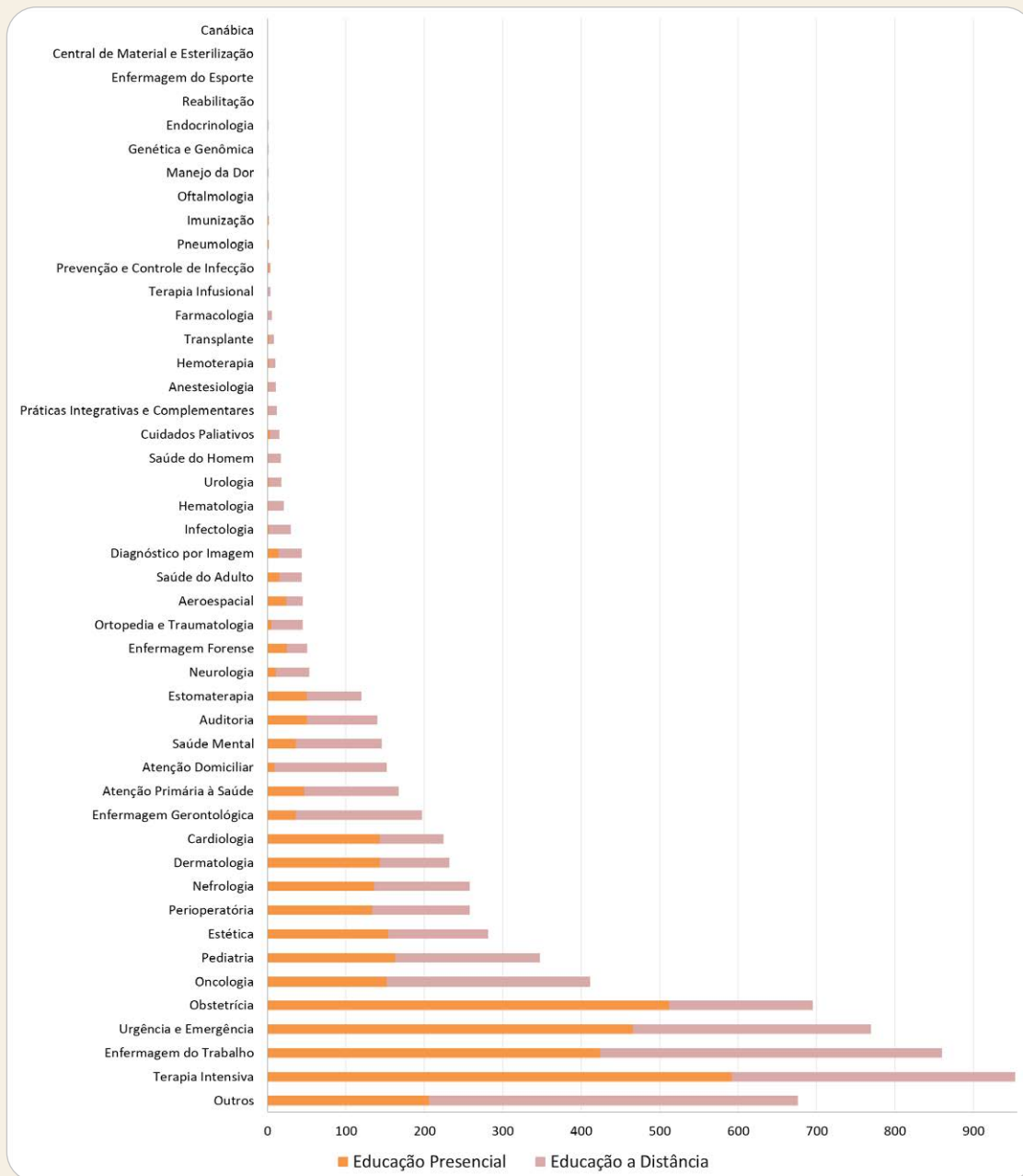
Figura 28 – Número de cursos de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem, ativos em 2024, por área especializada e região do País



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

Quando se analisa a distribuição dos cursos por modalidade de ensino, chamam a atenção os números de cursos à distância nas áreas de Oncologia, Gerontologia, Atenção Domiciliar, Atenção Primária à Saúde, Neurologia, Traumato-Ortopedia e Saúde Mental, conforme a Figura 29.

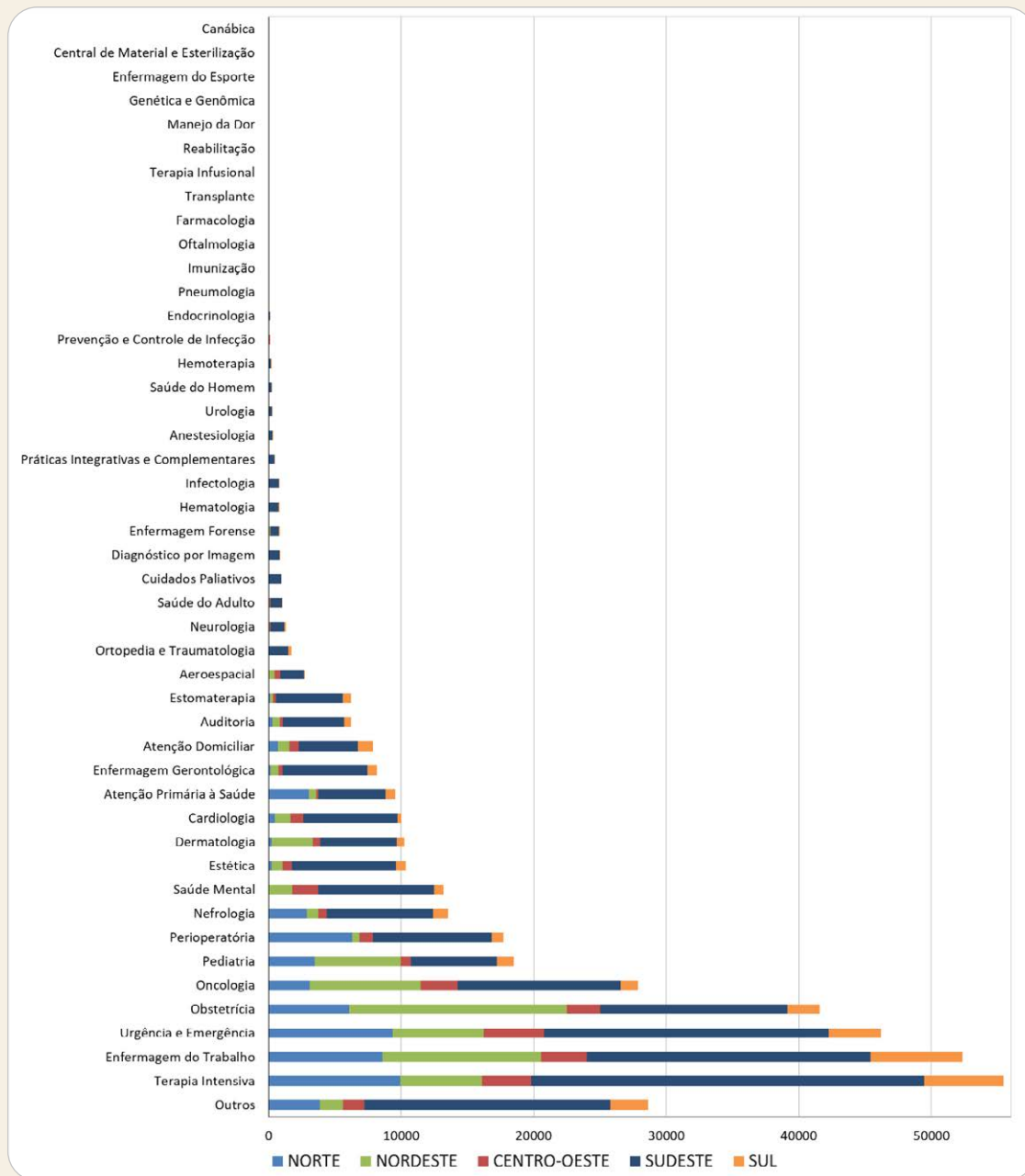
Figura 29 – Número de cursos de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem, ativos em 2024, por área especializada e modalidade de ensino



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

Quanto aos egressos por área especializada, há semelhanças na distribuição entre as áreas por região, quando comparada ao número de cursos.

Figura 30 – Número de egressos de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem, por área especializada e região do País

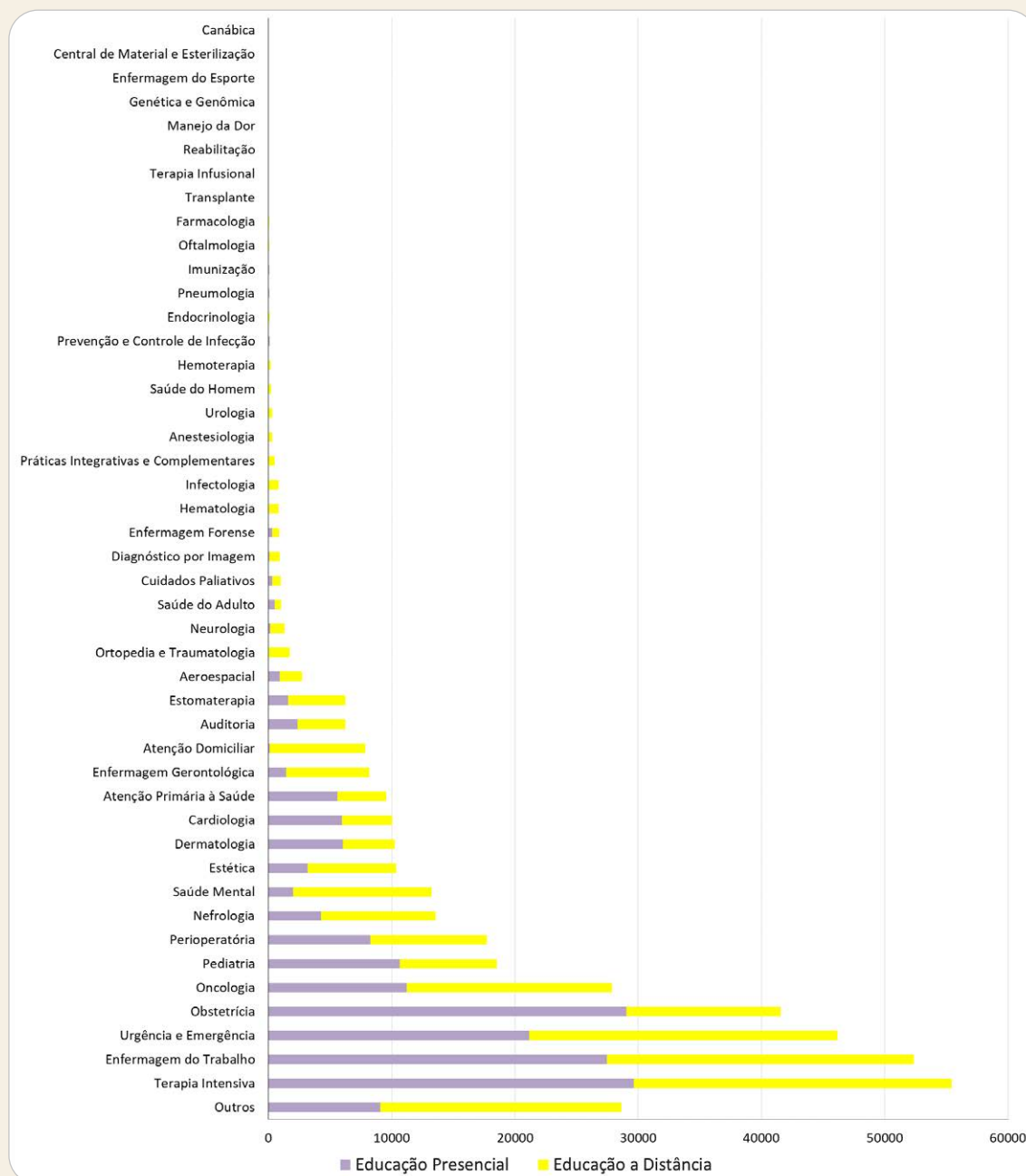


Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

O número de cursos e de egressos nas modalidades presencial e EaD apresentam equivalências proporcionais entre as regiões. No entanto, chama a atenção o maior número proporcional de egressos na modalidade EaD dos cursos de Estética,

Nefrologia e Enfermagem Perioperatória, quando comparada ao número de cursos na mesma modalidade de ensino, como é possível observar na Figura 31.

Figura 31 – Número de egressos de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem, por área especializada e modalidade de ensino



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do e-MEC.

Os resultados deste estudo apontam para a imperativa demanda de qualificação da produção de dados sobre especialistas e especialidades em enfermagem. Cogita-se que o aperfeiçoamento do processo regulatório possa contribuir futuramente com a padronização de nomenclaturas das especialidades e definições de diretrizes de modo a repercutir na uniformização das denominações dos cursos de especialização e seus respectivos registros, resultando em dados mais precisos sobre a formação. Do mesmo modo, tal padronização também deve favorecer o sistema de registro profissional no Cofen, inclusive para a disponibilização das informações sobre as especialistas registradas para acesso público, promovendo o controle social.

Dessa forma, entende-se que todo esse processo regulatório requer um arcabouço de governança que garanta a articulação e a participação de quatro agentes fundamentais: Ministério da Educação, Conselho Federal de Enfermagem, Ministério da Saúde e entidades científicas do campo da enfermagem.

Do ponto de vista da regulação da formação em saúde no Brasil, é mister que a pós-graduação *lato sensu* tenha regulamentação específica, e nela sejam estabelecidas as especificidades de carga horária e a exigência de atividades práticas quando a especialidade envolver a atuação clínico-assistencial. Além disso, são necessários critérios objetivos de diferenciação dos cursos de especialização e aperfeiçoamento. E, por fim, para as áreas de especialidades reconhecidas pelo órgão regulador do exercício profissional, que sejam estabelecidos pelo MEC os parâmetros curriculares mínimos para os cursos correspondentes.

Quanto à regulação do exercício profissional, os resultados apontam para a demanda de reconfiguração da lista de especialidades, a construção dos respectivos perfis de competência de cada especialidade e a elaboração de resoluções regulamentadoras da atuação. Esse movimento poderá repercutir também na formação, uma vez que esses perfis de competência poderão servir de base para elaboração de diretrizes para formação em nível de especialização. Ademais, nesse processo da regulação do exercício profissional, é importante a revisão dos procedimentos para a obtenção e reconhecimento de títulos de especialistas que assegurem competências e habilidades mínimas, que incluam critérios de formação e experiência profissional na área pleiteada.

Ainda considerando os achados oriundos dos dados do Cofen, o fato do número de registros de especializações (n=112.209) ser equivalente a apenas a 14,9% do número de enfermeiras registradas nesse órgão revela o não cumprimento das profissionais da

obrigatoriedade normativa do registro de especialização, gerando com isso um vazio de informações e a necessidade de obter outras fontes de informação sobre a distribuição de enfermeiras especialistas no país. Isso fica evidente ao totalizar o número de egressos dos cursos de especializações (n=583.087), mesmo sem contar com os dados das Residências. Além disso, 12,2% dos registros no Cofen não correspondem a áreas especializadas em enfermagem, ou seja, apontam para fragilidades no processo de regulação do trabalho das(os) enfermeiras especialistas.

Apesar da maioria das enfermeiras especialistas não registrarem suas especializações no Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, o fato de não haver um limite de registros, permite que um mesmo profissional registre vários cursos, sem necessariamente comprovar expertise na área, visto que o registro não exige comprovação de saberes e prática na área de especialidade.

Outro dado que merece atenção é o sub-registro de especialização sob forma de residência na maioria das áreas e, em algumas delas, sequer existem profissionais registrados nessa modalidade de formação. E, neste caso, ainda se soma a impossibilidade de comparar com os números de egressos, uma vez que ainda não foi possível analisar os dados das Residências.

Quanto à evolução do número de cursos e de vagas nas especializações em enfermagem, cabe destacar os períodos de 2012 a 2016, e o de 2019 a 2022, com mudanças no padrão da curva de crescimento, cujas razões necessitam ser compreendidas. Sublinha-se neste último período que a principal mudança foi a explosão dos cursos e das vagas na modalidade de ensino a distância, em 2020. Ainda se destaca que a inversão do número de vagas EaD ultrapassa a modalidade presencial um ano antes dessa inversão no número de cursos. Pressupõe-se que essa explosão da EaD pode ter sido motivada pela fragilidade da regulação dessa modalidade de ensino, como também pelo uso elevado das tecnologias de informação e comunicação (TIC) no período da pandemia da covid-19. Nesta análise não foi possível fazer correlação entre modalidade de curso e carga horária.

Fica evidente o investimento do setor privado na modalidade de Educação à Distância e a baixa participação das universidades públicas no ensino da especialização em geral e, principalmente, na modalidade EaD, mesmo com experiências de sucesso, a exemplo da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), entre outras. A queda no investimento no ensino público prejudica a formação profissional de modo geral e, especificamente no setor saúde, no atendimento das necessidades do

SUS e na formação crítico-reflexiva. E esse processo de precarização do ensino, além de comprometer a resolutividade do sistema de saúde, compromete a valorização e segurança de trabalhadoras(es) no exercício profissional e, principalmente, a segurança do usuário.

A diferença proporcional entre o número de cursos e a oferta de vagas presenciais e EaD entre estados e regiões apresentam contradições e que levam à necessidade de exploração desses resultados amiúde para entender os motivos e as tendências de tais diferenças.

Ainda no que tange à regulação do trabalho, este estudo evidenciou a desregulamentação do ensino e do exercício profissional das especialidades em enfermagem. No âmbito da formação, como foi sinalizado na metodologia, alguns cursos apresentam conteúdos de duas ou até três áreas especializadas e o certificado gerado é possível de ser registrado no Conselho. Além disso, a lacuna de regulação dos cursos *lato sensu* na área de saúde, que persiste desde 2018 (Angeli-Silva; Santos; Melaragno, 2025), contribui para essa pluralidade de ofertas de cursos e modalidades.

A modalidade de educação a distância também se revela como motivo de preocupação no âmbito da formação do especialista, principalmente considerando as especialidades que pressupõem atuação clínica. Áreas estratégicas para a Atenção Especializada no país como Oncologia, Gerontologia e Saúde Mental, priorizadas pelas atuais políticas do Ministério da Saúde (Brasil, 2023, 2024e), já têm maior percentual de egressos em EaD, com 59,8%, 82,5% e 85,0% respectivamente. Outras áreas também chamam a atenção por já apresentarem maioria de egressos oriundos da EaD, como: Neurologia (90%), Estomaterapia (62%), Nefrologia (68%), Enfermagem Perioperatória (53%) e Urgência e Emergência (54%). Isso implica em enfermeiras(os) com certificados, mas sem nenhuma vivência prática, ou utilização de metodologias ativas, que as(os) capacitem para desempenhar atividades em áreas de complexidade clínico-assistencial, o que compromete a segurança do paciente e é contrário ao que preconiza o SUS no que tange à assistência de qualidade.

Também ficou evidente que áreas especializadas de interesse do mercado, a exemplo da estética, têm também crescido na modalidade EaD (atualmente com 69% dos egressos nesta modalidade), com aumento de registro no Cofen, possivelmente como forma de legitimação da tentativa do fomento de criação de um nicho de profissionais liberais entre as enfermeiras e, com isso, a oferta privada de serviços, também incentivada pelo discurso do empreendedorismo.

O mercado de trabalho também pode ter induzido a dinâmica do campo após o aumento da oferta da força de trabalho da enfermeira a partir dos anos 2000. Além da busca por qualificação para competir no mercado, algumas áreas podem ter sido impulsionadas pela lógica do mercado privado que passou a cobrar especialidade em algumas áreas, mas também pela regulação do Estado, quando instituiu algumas normas regulamentadoras que exigem determinadas qualificações profissionais, a exemplo da Enfermagem do Trabalho, Urgência e Emergência e Cuidados em Terapia Intensiva. Este pode ser um dos principais fatores para que a busca por estas áreas tenha aumentado.

Um ponto importante nessa oferta de cursos e o número de egressos é sua concentração na atenção especializada, sobretudo no terceiro nível de atenção, e pela baixa proporção na oferta de cursos e vagas nas áreas como Atenção Primária, Gerontologia e Saúde Mental.

Salienta-se que esta análise não contemplou a verificação de relação entre as diferentes cargas horárias praticadas por diferentes cursos de uma mesma área. Bem como, não foi possível responder se a proporção de cursos e egressos das regiões são equivalentes às proporções de habitantes e enfermeiras(os) nas mesmas. Essas e outras lacunas aqui sinalizadas impõem a necessidade de acesso a dados que respondam à essas questões e permitam o refinamento analítico com a continuidade dos estudos sobre a temática.

3.3 Reflexões finais

Considerando a necessidade de ampliar a capacidade resolutiva do sistema de saúde, a regulação estatal da formação e do exercício das especialidades é essencial para que prevaleça o interesse da sociedade, o direito à saúde e a valorização dos trabalhadores. Nessa direção, o movimento de aperfeiçoamento da regulação da formação e do exercício profissional precisa estar imbricado e se retroalimentar.

O estudo permitiu obter um panorama das especialidades e especialistas em enfermagem no Brasil. Entretanto, aponta para a necessidade de qualificação de dados para que análises mais robustas possam ser realizadas para orientar as políticas públicas de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Grande parte da qualificação de dados tem como pressuposto o aperfeiçoamento dos mecanismos regulatórios da formação e do exercício profissional de enfermeiras especialistas. Isso perpassa por:

- i) definição das áreas especializadas e padronização de nomenclaturas, tanto pelo MEC como pelo Conselho profissional;
- ii) melhoria dos mecanismos de registro oficial de enfermeiras especialistas, com possibilidade de limite de registro por profissional;
- iii) atualização do banco de dados das Residências, sobretudo com o quantitativo de egressos das Residências multiprofissionais, por categoria profissional.

Ademais, há que aprofundar as análises da oferta de cursos por especialidade, englobando carga horária, qualificação do corpo docente e análise do programa do curso em relação ao perfil de competências.

Um outro movimento importante é a inclusão das especialidades devidamente reconhecidas no Cadastro Brasileiro de Ocupações, permitindo que a informação sobre especialistas em enfermagem componha os bancos de dados de outras bases governamentais.

Considerando ser este o primeiro estudo demográfico de base nacional que incluiu o recorte das especialidades e de especialistas em seu escopo, pressupõe-se que servirá como ponto de partida para outros no futuro, inclusive para análise comparativa com a situação atual e que poderá impulsionar mudanças nas formas de registros das especialidades e dos especialistas, no âmbito do Cofen e do Ministério da Saúde, assim como suscitar regulamentações da formação e seus registros no âmbito do CNE/MEC, a médio e longo prazos.

Eixo: Demografia da Enfermagem





4 Demografia da Enfermagem: Indicadores Demográficos Segundo Dados da Relação Anual de Informações Sociais (2010-2021)

Nos diversos países, sobretudo naqueles com sistemas de saúde universais, coexiste a necessidade de que o estoque de profissionais de saúde seja suficiente, tanto em termos quantitativos (coberturas populacionais) quanto qualitativos (formação e capacitação) (Dal Poz *et al.* 2009). Nas últimas décadas, vem ocorrendo um aumento gradativo do número de profissionais de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento. Apesar do reconhecido incremento nos contingentes destes profissionais, com destaque para o pessoal de enfermagem, estima-se que, em todo o mundo, o déficit de enfermeiros seja da ordem de 6 milhões de profissionais (WHO, 2020).

Mundialmente, os profissionais de enfermagem representam mais da metade da força de trabalho na área da saúde (WHO, 2020). No Brasil, também é a categoria mais numerosa e exerce papel essencial no funcionamento dos estabelecimentos de saúde, em especial naqueles vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em todo o país, a população de profissionais de enfermagem vem crescendo de modo constante ao longo dos anos (Marinho; Paz; Jomar, 2019; Marinho *et al.*, 2021; Rafael, Marinho; Costa, 2025).

Apesar de as estimativas variarem em termos absolutos, segundo as diversas fontes disponíveis, os incrementos anuais do estoque de profissionais expressivamente superiores às taxas de crescimento da população geral é uma característica unânime,

independentemente da base de dados (Marinho; Queiroz, 2023). Nos países com dimensões territoriais continentais como o Brasil, a dinâmica sociodemográfica de grupos populacionais deve considerar aspectos contextuais, com destaque para a diversidade regional. Para além dos indicadores que informam sobre o crescimento demográfico, as características da população brasileira se diferenciam segundo regiões, o que se reflete nos contingentes de profissionais de enfermagem (Lana *et al.*, 2025). Não obstante, a maior escassez de profissionais de enfermagem pode ser constatada nos locais com maiores desvantagens socioeconômicas, sendo ainda mais impactante em comparação aos demais profissionais de saúde (Kharazmi, Bordbar, N.; Bordbar, S., 2023; Sousa, Dal Poz; Carvalho, 2012).

No Brasil, a profissão de enfermagem é composta por trabalhadores de diferentes níveis de formação: enfermeiros (ensino superior), técnicos de enfermagem (nível médio técnico) e auxiliares de enfermagem (nível fundamental com capacitação específica). Devido a essas distintas qualificações e funções, bem como à divisão social do trabalho, análises sociodemográficas e espaciais da Enfermagem devem considerar suas subdivisões internas, evitando tratá-la como um grupo homogêneo (Rafael; Marinho; Costa, 2025). No entanto, mensurar apenas o número de profissionais segundo categorias e subcategorias não responde integralmente aos aspectos relativos às características básicas para o entendimento das dinâmicas demográficas.

Atributos individuais como sexo, idade e raça podem apoiar análises mais aprofundadas sobre o comportamento de determinada categoria profissional, bem como subsidiar prospecções com vistas a prever tendências e planejar políticas específicas. No caso da enfermagem brasileira, análises com base em dados oriundos da autarquia profissional (Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)) informam sobre a predominância do sexo feminino e a tendência de rejuvenescimento (Machado *et al.*, 2016b). Com base nos dados censitários de 2010, constatou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem declarou cor ou raça branca (54,3%), sendo que pretos e pardos apresentaram, consistentemente, as mais expressivas desvantagens socioeconômicas (Marinho *et al.*, 2021).

No Brasil, descrever e atualizar o perfil socioprofissional da força de trabalho de enfermagem considerando idade, sexo e raça como atributos básicos é um exercício relevante, sobretudo diante dos processos que impactam sobre estes trabalhadores. Inúmeros fenômenos colaboram para melhor entendimento do perfil sociodemográfico da enfermagem, tais como reformas previdenciárias, mudanças na oferta quantitativa e qualitativa de vagas de ensino, demandas do mercado de trabalho, em especial considerando a recente pandemia por covid-19, dentre outros fatores.

A superação das desigualdades marcadas por gênero, raça e classe é urgente na sociedade brasileira e exige romper com padrões históricos de subordinação e opressão. Com mais de dois milhões de profissionais, a enfermagem tem papel estratégico nesse enfrentamento (David; Marinho; Silva, 2021).

Este capítulo tem por objetivo apresentar indicadores demográficos relativos à estrutura etária, por sexo e composição racial de trabalhadores técnicos de enfermagem e enfermeiros segundo regiões do Brasil, estimados para o período 2010-2021.

4.1 Aspectos metodológicos

As análises apresentadas neste capítulo se enquadram em um delineamento denominado “estudo de painel de indicadores”, no qual se apresenta conjunto de estimativas seccionais, calculadas para determinado período (neste caso, uma série de anos). Interpretados em perspectiva longitudinal, os indicadores informam sobre padrões de variação ao longo do tempo (Warnecke; Parsons, 2001).

Os dados são oriundos da Relação Anual de Informações Sociais (Rais). Trata-se de uma base desenvolvida pelo governo brasileiro (Ministério do Trabalho) com o objetivo de fornecer informações sobre a atividade trabalhista no país. Criada pelo Decreto n.º 76.900, de 1975, e regulamentada pelo Decreto n.º 10.854, de 2021, a Rais visa atender à necessidade de controle e monitoramento das relações de trabalho, além de contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas ao mercado de trabalho e fornecer dados relevantes para a elaboração de estatísticas oficiais (Santoro *et al.*, 2025).

A Rais possibilita a análise do perfil sociodemográfico dos enfermeiros em regime formal de trabalho, considerando variáveis como idade, sexo e raça/cor. Essa análise pode revelar disparidades na participação de diferentes grupos na força de trabalho, contribuindo para o desenvolvimento de políticas que promovam maior diversidade e inclusão na enfermagem (Santoro *et al.*, 2025; Rafael; Marinho; Costa, 2025).

A base de dados utilizada foi recuperada e padronizada pela equipe do projeto de pesquisa “Demografia e Mercado de Trabalho de Enfermagem”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Estudos e Análise de Políticas, Sistemas e Força de Trabalho em Saúde do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Para as análises foram selecionadas as seguintes variáveis: categorias dos profissionais de enfermagem, sexo, idade, cor ou raça e regiões geográficas.

As categorias dos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) são oriundas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), padronização nacional utilizada na Rais. Foram incluídos os registros com os códigos das famílias 2235 (“Enfermeiros e afins”), 3222 (“Técnicos e Auxiliares de Enfermagem”). As regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) foram derivadas do agrupamento de categorias da variável município de residência.

As estimativas de variação dos contingentes populacionais foram calculadas com base no método geométrico, derivando taxas de crescimento anual (TCA). Em termos técnicos, para se obter a taxa (TCA), subtrai-se 1 da raiz enésima do quociente entre a população final (P_t) e a população no começo do período considerado (P_o), multiplicando-se o resultado por 100, sendo “n” igual ao número de anos no período, conforme demonstrado na seguinte fórmula:

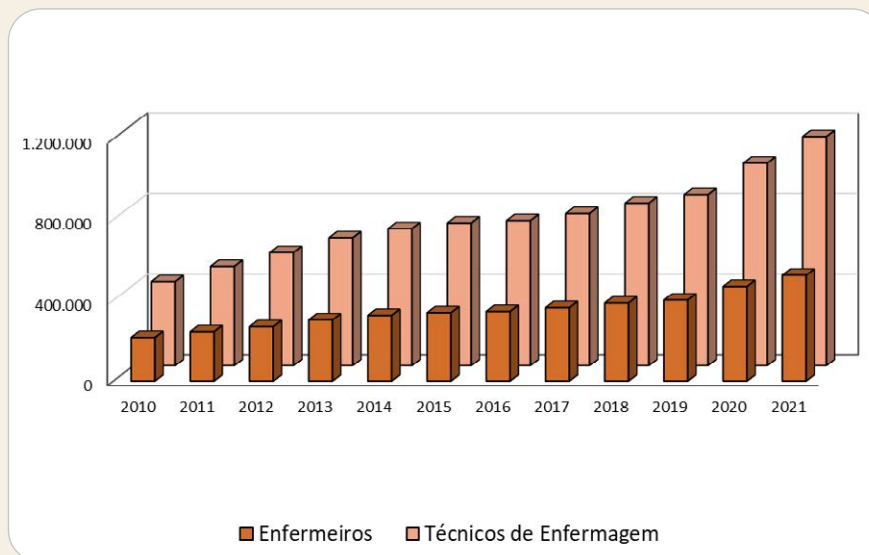
$$TCA = \left[\left(\sqrt[n]{\frac{P_t}{P_o}} \right) - 1 \right] \times 100$$

As análises foram realizadas no software Stata v. 17.0 (StataCorp 2024) e os indicadores foram apresentados em Figuras e Tabela elaboradas com apoio do software Excel (Microsoft®).

4.2 Resultados e discussão

Para o período de 2010 a 2021, os indicadores demográficos apresentados foram estimados com base no total de 12.932.405 registros recuperados da base Rais, dos quais 4.183.526 (32,3%) correspondem aos enfermeiros e 8.748.879 (67,7%) aos técnicos de enfermagem. Para ambas as categorias, houve um crescimento no contingente de cadastros ao longo dos anos, com aumento superior a 2,5 vezes entre 2010 e 2021. Os profissionais cadastrados como enfermeiros totalizavam cerca de 215 mil pessoas em 2010 e alcançaram um total de 524 mil no ano de 2021. Entre os técnicos de enfermagem, o contingente absoluto passou de 415 mil, em 2010, para quase 1,2 milhões de pessoas em 2021 (Figura 32).

Figura 32 – Contingente de enfermeiros e técnicos de enfermagem (números absolutos). Brasil, 2010-2021



Fonte: elaborado pelos autores com base nos dados da Rais.

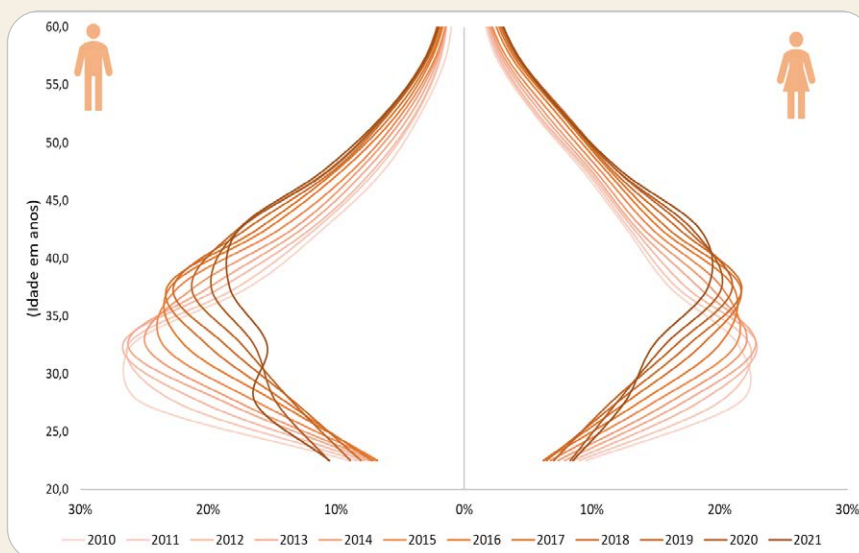
A composição etária e por sexo dos enfermeiros e técnicos de enfermagem ao longo da década de 2010 está representada nas Figuras 33 e 34. Entre os enfermeiros, as pirâmides etárias indicam que a maior parte se encontrava na faixa entre 30 e 40 anos (Figura 33). Por sua vez, para os técnicos de enfermagem, a maior parte apresenta idade entre 25 e 35 anos, especialmente nos anos iniciais do período analisado (Figura 34). Tanto para enfermeiros quanto para técnicos de enfermagem houve progressivo envelhecimento sendo possível notar que as proporções de pessoas com idades mais avançadas aumentaram com o passar dos anos.

Figura 33 – Composição etária e por sexo de enfermeiros e técnicos de enfermagem.
Brasil, 2010-2021: Enfermeiros



Fonte: elaborado pelos autores com base nos dados da Rais.

Figura 34 – Composição etária e por sexo de enfermeiros e técnicos de enfermagem.
Brasil, 2010-2021: Técnicos de Enfermagem



Fonte: elaborado pelos autores com base nos dados da Rais.

A Figura 33 permite verificar o aumento de homens na enfermagem, por meio das taxas de variação anual. Em 2010, totalizavam, aproximadamente, 105 mil homens em todo Brasil, aumentando para 258 mil em 2021, o que representou um crescimento

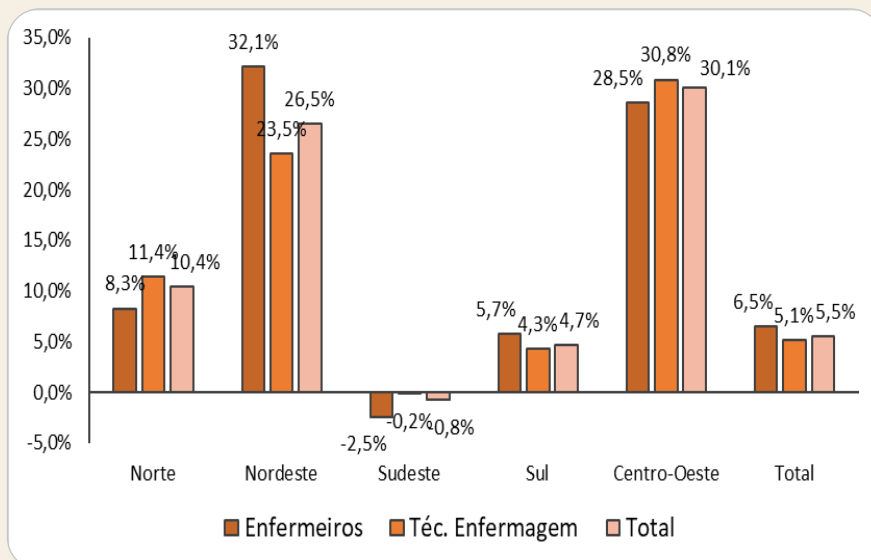
de 5,5% ao ano. Tal crescimento foi ligeiramente mais elevado entre os enfermeiros em comparação aos técnicos de enfermagem (6,5% a.a. vs. 5,1% a.a.).

Esses resultados levantam indagações a respeito de mudanças na composição por sexo da profissão. Embora a composição da força de trabalho seja predominantemente feminina, o que se explica, em parte, pela reprodução social da divisão sexual do trabalho de cuidar (Lopes; Leal, 2005), o aumento proporcional de homens entre enfermeiros e técnicos é sugestivo de mudanças de caráter cultural, socioeconômico e da dinâmica do mercado de trabalho de saúde. Essas transformações ainda precisam ser mais bem mapeadas e entendidas em estudos posteriores, incluindo os seus determinantes.

Profissões que emergiram no contexto das mudanças do perfil etário da população brasileira, a exemplo de cuidadores remunerados, entre os quais estão os cuidadores de idosos e de crianças, mantem predominância acentuada de mulheres – acima de 90,0% (Camarano; Pinheiro, 2023). Vale ressaltar que outras profissões ligadas ao cuidado em saúde, como a medicina, também passam por mudanças na composição por sexo, com mulheres médicas sendo pouco mais da metade desta força de trabalho (50,9%) em 2025, contrastando com o percentual levantado em 2009, que era de 40,9% (Scheffer, 2025). Assim, a maioria de mulheres nos trabalhos relacionados ao cuidado parece ser mais acentuada nas profissões de formação elementar ou técnica, menor remuneração e menor reconhecimento social.

As regiões brasileiras apresentaram padrões de variação anual, quanto à composição por sexo dos profissionais de enfermagem, diferentes entre si. A região Sul segue uma tendência próxima ao observado na média do país. As regiões Nordeste e Centro-Oeste, registram o fenômeno de ingresso de homens na profissão com velocidades cinco ou seis vezes maiores que todo o Brasil. Por outro lado, no Sudeste, as variações anuais foram negativas, com redução do contingente de homens na enfermagem (Figura 35).

Figura 35 – Taxas de crescimento anual (TCA %) de enfermeiros e técnicos de enfermagem do sexo masculino segundo regiões, 2010-2021

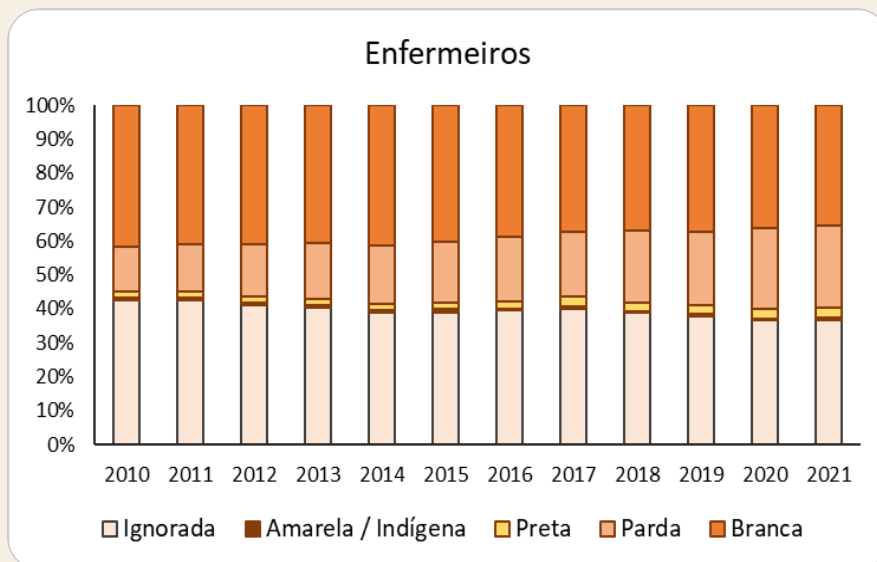


Fonte: elaboração própria, com base nos dados da Rais.

Quanto à composição racial da população de profissionais de enfermagem, o volume de registros que não informava raça/cor (categoria “ignorada”) foi sistematicamente elevado em todos os anos selecionados na base Rais. Entre os enfermeiros e técnicos, as proporções médias de registros ignorados no período foram iguais a 39,4% e 27,1%, respectivamente. Esse fenômeno da subnotificação de raça/cor é um desafio persistente cuja natureza é complexa, pois oculta as iniquidades e prejudica o uso social e político da informação racial (Souza; Araújo; Silva Filho, 2024).

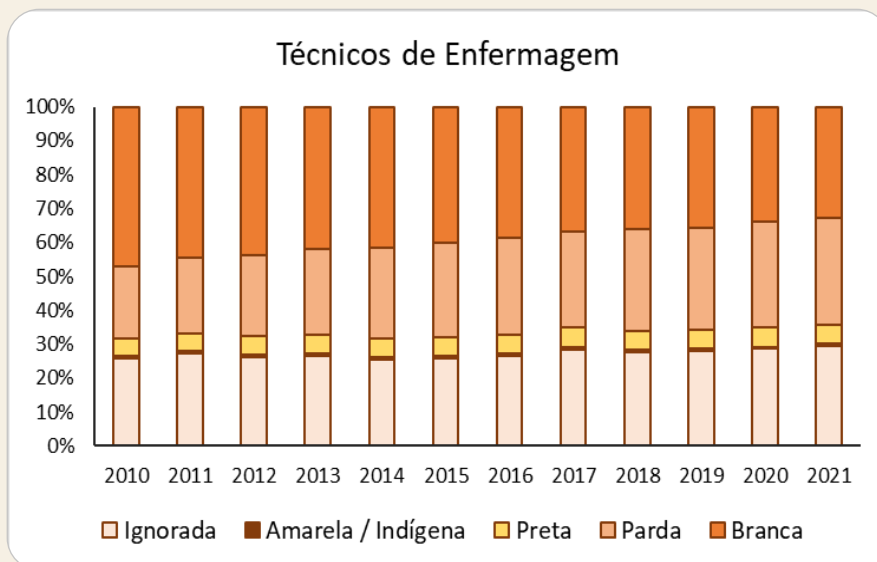
Apesar da elevada incompletude, pode-se notar que houve redução proporcional de profissionais identificados como brancos. Em 2010, 41,8% dos enfermeiros e 47,0% dos técnicos foram classificados como brancos. Em 2021, 35,3% e 32,9% dos enfermeiros e técnicos, respectivamente, foram alocados na referida categoria (Figuras 36 e 37).

Figura 36 – Composição da população de enfermeiros e técnicos de enfermagem segundo categorias de cor ou raça, Brasil, 2010-2021: Enfermeiros



Fonte: elaboração própria, com base nos dados da Rais.

Figura 37 – Composição da população de enfermeiros e técnicos de enfermagem segundo categorias de cor ou raça, Brasil, 2010-2021: Técnicos de Enfermagem



Fonte: elaboração própria, com base nos dados da Rais.

Ao considerar o somatório de pretos e pardos, as estimativas avançam para crescimento anual próximo dos 10,0%, enfatizando incremento de profissionais de enfermagem declarados negros ao longo dos anos (Tabela 8). Para os enfermeiros, observa-se que a frequência relativa de negros praticamente dobrou entre 2010 (26,3%) e 2021 (43,7%). Com exceção do Sudeste, o aumento percentual anual de enfermeiros negros superou o valor nacional em todas as regiões, com destaque para o Norte, onde o crescimento foi 2,3 maior em comparação ao País como um todo.

Ainda que em menor magnitude, entre os técnicos, houve padrão semelhante àquele observado para enfermeiros, qual seja, aumento da representatividade de profissionais identificados como negros (pardos e pretos). As maiores taxas de crescimento foram registradas para as regiões Centro-Oeste e Nordeste.

Tabela 8 – Proporções* (%) e taxas de crescimento anual (TCA) de enfermeiros e técnicos de enfermagem identificados como negros (pretos e pardos) no quesito cor ou raça segundo regiões, 2010-2021

		2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	TCA (%)
Enfermeiros	Norte	9,3	42,5	30,0	29,4	25,2	27,7	37,1	23,4	37,0	50,2	58,0	51,1	23,6
	Nordeste	17,7	41,7	39,6	36,0	48,2	43,7	46,2	43,9	28,7	53,5	52,5	54,7	14,1
	Sudeste	34,3	24,8	27,1	28,8	28,4	29,8	31,8	35,5	45,5	35,8	36,3	38,4	6,6
	Sul	23,8	32,4	31,1	32,6	38,0	38,4	37,0	44,0	26,0	27,2	38,5	39,2	13,0
	Centro-Oeste	20,3	25,1	45,5	50,2	44,2	47,7	31,9	36,7	63,8	54,8	59,5	65,3	18,3
	Total	26,3	28,1	29,6	31,0	31,8	33,2	35,0	37,0	38,8	39,2	42,1	43,7	10,5
Técnicos de Enfermagem	Norte	14,6	50,7	47,8	55,5	57,2	49,0	63,3	55,4	65,1	47,2	41,9	51,3	15,4
	Nordeste	25,9	50,4	48,5	51,5	52,6	57,2	56,5	53,1	40,7	66,8	64,3	65,0	17,5
	Sudeste	42,9	32,9	35,3	33,9	38,4	41,2	39,7	44,4	55,6	46,9	50,9	50,5	6,5
	Sul	35,9	32,3	39,4	47,9	39,8	39,8	54,3	47,8	29,2	30,3	37,3	39,3	4,5
	Centro-Oeste	22,1	48,7	46,6	57,6	55,0	51,4	54,5	51,8	66,8	70,2	71,7	67,7	23,9
	Total	36,2	38,2	40,2	42,2	43,4	45,4	46,8	48,0	49,7	50,1	52,3	52,9	9,6

Fonte: elaboração própria, com base nos dados da Rais.

*A categoria cor ou raça "ignorada" foi excluída do cálculo das proporções.

A partir de estudos anteriores, com base nos dados do Censo de 2010, já se havia constatado que entre técnicos de enfermagem, havia 61,9% autodeclarados brancos, e entre enfermeiros, 54,3% autodeclarados brancos (Marinho *et al.*, 2021). O estudo também constatou que a renda dos profissionais brancos superou a de negros e pardos em até 25% (nível superior) e 11% (nível médio), o que está relacionado à reprodução de um padrão histórico de iniquidade racial, assentada em questões que apenas mais recentemente tem vindo à luz em debates na sociedade brasileira, como o racismo estrutural. Esses aspectos devem ser explorados no seguimento da pesquisa.

4.3 Reflexões finais

Os resultados apontaram para a uma expansão do contingente de profissionais de enfermagem no Brasil entre 2010 e 2021, sobretudo entre os técnicos de enfermagem. No país como um todo, houve significativo crescimento para ambos os grupos ao longo do período considerado. Os valores das taxas de crescimento extrapolaram em muito o crescimento da população brasileira ao longo da década de 2010. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos de 2010 e 2022, a população cresceu a uma velocidade de 0,52% ao ano (IBGE, 2023). No mesmo período, os postos de trabalho formal ocupados por profissionais de enfermagem aumentaram a uma velocidade 10 vezes maior (5,5% ao ano).

Revelou-se padrão de envelhecimento dos profissionais, ou seja, ampliaram-se as faixas etárias de idades mais avançadas ao longo dos anos, contrastando com o que foi encontrado em estudo anterior que apontava para uma profissão predominantemente jovem (Machado *et al.*, 2016b). Aventa-se a hipótese de que os resultados estejam relacionados à natureza dos dados analisados nesta pesquisa, qual seja, a inclusão de somente vínculos formais. Espera-se que com o avançar da idade, aumentem as chances de os profissionais se estabilizarem em vínculos formais de trabalho. Por outro lado, também podem indicar a dificuldade de inserção dos jovens no mercado de trabalho formal.

Considerar os mecanismos de reposição quadros e a garantia de condições de trabalho que favoreçam a permanência, a saúde ocupacional e a aposentadoria digna desses profissionais parecem ser elementos essenciais. Contudo, não se ignora o fato que os dados analisados são oriundos dos empregos formais no Brasil. Isso quer dizer que é possível que, em face da estabilidade do emprego ao longo do tempo as faixas etárias também tenderão a ser mais elevadas, aspecto não escrutinado nessa análise.

O fenômeno de envelhecimento observado nesta pesquisa vai ao encontro com os achados de outras localidades do globo, em países como a Irlanda, onde a reposição de profissionais de enfermagem depende, em parte, de atrativos para enfermeiros migrantes (Ryan *et al.*, 2019). Tal fenômeno demanda atenção dos formuladores de políticas para a implementação de práticas de monitoramento sistemático no Brasil, país onde a transição demográfica está em franco desenvolvimento.

Acompanhando outros estudos, os dados da Rais confirmaram o predomínio de mulheres nas categorias de enfermagem (Machado *et al.*, 2016b). No entanto, observou-se incremento de homens nas categorias da enfermagem em diversas regiões do país, indicando transformações na composição de gênero da profissão.

É preciso atenção para essa incorporação e suas implicações para a divisão sexual do trabalho, remuneração e condições de exercício profissional. Em outras palavras, é notável que o crescimento da presença masculina é maior na categoria de enfermeiros, potencialmente, em função de melhores condições de salário e renda. Análises de desigualdade salarial demonstram justamente que homens recebem melhores salários mesmo em profissões majoritariamente femininas, o que alguns estudos chamam de “glass escalator” (Baduge *et al.*, 2024; Brandford; Brandford-Stevenson, 2021; Woo; Goh; Zhou, 2022).

As tendências quanto à composição racial da população de profissionais de enfermagem, já observadas em resultados gerados com base em dados do Censo Demográfico 2010 (Marinho *et al.*, 2021), coadunam com as estimativas aqui apresentadas. Foi observado incremento importante de profissionais declarados como pretos e pardos no quesito raça/cor. O aumento da participação de profissionais negros parece apontar para um movimento que dialoga com a agenda de redução das desigualdades raciais no País.

Não se ignora o fato que ao mesmo tempo que é possível que esteja ocorrendo o ingresso de mais profissionais negros na enfermagem, outro fenômeno pode estar em curso: a melhoria da qualidade de preenchimento desse atributo nas bases administrativas, o que, em certa medida, significa um movimento em direção à redução do racismo institucional. Nota técnica do IPEA já apontava para um “embranquecimento” dos dados da Rais, quer seja pelo fato de existirem muitas respostas ignoradas, especialmente nos serviços públicos, quer seja pelo padrão de respostas no passado (Silveira, 2022). Lembra-se que esse atributo é prestado pelo empregador e não necessariamente pelo empregado, aspecto merece escrutínio em análises futuras.

Ademais, é necessário reconhecer que a ampliação da presença de pessoas negras na enfermagem pode não implicar, por si só, na superação das desigualdades tanto as salariais como de acesso a determinados postos de trabalho na profissão. Estudo recente que avaliou as diferenças de rendimentos por meio da Rais demonstrou que homens brancos recebem melhores salários que mulheres brancas, que por sua vez tem maiores salários em comparação com homens negros e que mulheres negras (Rafael *et al.*, 2025). Deste modo, monitorar o padrão de opressões interseccionadas parece fundamental para a produção de políticas públicas que incidam efetivamente sobre este fenômeno.

Por fim, a análise regional reforça que as dinâmicas demográficas da enfermagem não são homogêneas no território brasileiro, refletindo desigualdades históricas de acesso à formação, inserção no mercado de trabalho e distribuição da força de trabalho em saúde em determinadas regiões do país. Para o fortalecimento do SUS, é fundamental que o planejamento de recursos humanos incorpore essas diferenças regionais, bem como as dimensões de gênero e raça, articulando-as a estratégias de formação, alocação e valorização dos profissionais.





5 Mobilidade Social da Enfermagem Brasileira (2010-2024)

Considera-se mobilidade social o fenômeno de mudanças de extrato social cujo aumento de oportunidades, remunerações e colocações na sociedade destacam um papel ascendente alcançado por diversos meios, principalmente, pelo aumento do nível de escolaridade (Ribeiro, 2014).

Especificamente na enfermagem, a mobilidade social ocorre majoritariamente de maneira ascendente, onde a experiência internacional aponta para a complementaridade da formação do profissional técnico de enfermagem para a diplomação do profissional enfermeiro. Este fenômeno é apontado na literatura científica como um processo relacionado à profissionalização da enfermagem, com a oferta do cuidado exclusivo realizado por profissionais de nível superior, pela oportunização de ascensão profissional e alcance de melhores salários (Arieli, 2007; Ross, 2013).

No Brasil não há regulações que indiquem que um profissional deve atuar apenas em uma categoria de enfermagem, o que culmina na possibilidade de um mesmo trabalhador possuir registro de classe e vínculos de trabalho de diferentes naturezas. Diante disso, este capítulo tem por objetivo oferecer uma análise detalhada e abrangente sobre o quantitativo atual de profissionais de enfermagem que estão experienciando a mobilidade social ascendente, percebida pela existência de duplo registro no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

5.1 Aspectos metodológicos

Foram analisados os dados extraídos do banco de registros Cofen de 2014 a 2023. O Cofen, criado em 12 de julho de 1973, é o órgão responsável pela normatização e fiscalização do exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (<https://www.cofen.gov.br/o-cofen/>).

Considerou-se os dados de empregabilidade fornecidos pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) e, os dados de formação profissional de ensino superior de acordo com os dados pelo Censo da Educação Superior disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) (Inep, 2023).

Ressalta-se que foram analisadas duas categorias profissões vinculadas à enfermagem: Enfermeiros (profissionais de ensino superior) e Técnicos de Enfermagem (profissionais de ensino médio). A justificativa para tal escolha se dá em virtude da existência de dispositivos legais que cancelam a mobilidade social formativa do Auxiliar para Técnico de Enfermagem que, conforme previsto na Resolução n.º 683/2021 (Cofen, 2021), define os critérios para o registro profissional dos Técnicos de Enfermagem, titulados por Instituição, na modalidade “Certificação Profissional por Competência”.

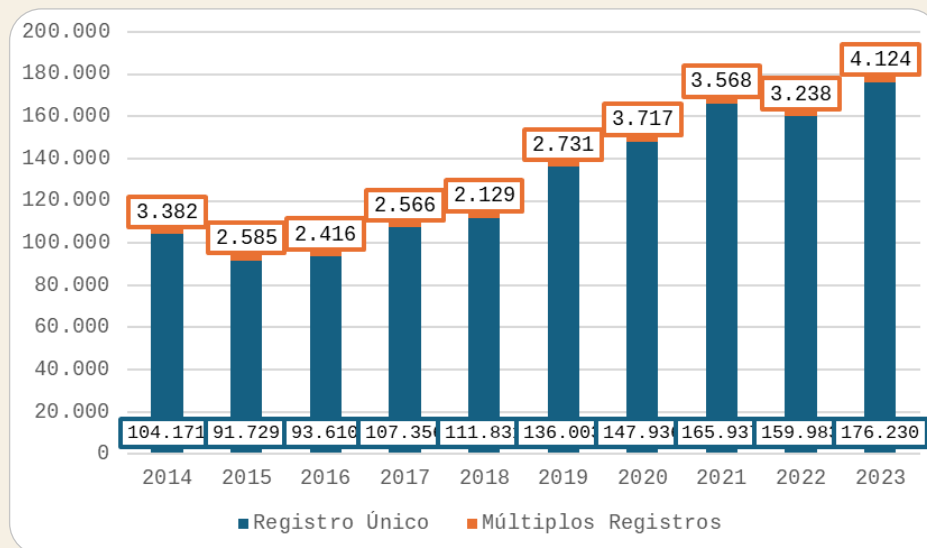
Foram realizadas análises descritivas estatísticas simples e, em alguns casos foram realizados testes de variância não paramétricos tais como teste de Kruskal-Wallis e testes de proporção de teste de Dunn.

5.2 Resultados e discussão

5.2.1 Perfil geográfico da enfermagem brasileira na perspectiva da mobilidade social

Durante os anos analisados, observou-se o constante aumento do número de indivíduos com novos registros no Cofen, sejam eles únicos ou múltiplos. É possível ainda identificar que o incremento neste quantitativo se deu de maneira especial, após o início da pandemia da covid-19, conforme observa-se na Figura 38.

Figura 38 – Evolução histórica dos registros únicos e múltiplos de Enfermagem – Brasil, 2014-2023



Fonte: Cofen (2024).

A análise da série histórica da multiplicidade de registros de profissionais de enfermagem demonstra uma clara tendência de queda de 2014 a 2018, onde observou-se um percentual de 1,90% de profissionais da categoria possuidores de mais de um registro. A partir de 2019, já é possível observar uma discreta elevação no percentual de profissionais com dois ou mais registros, o que se mantém até os dias atuais. No ano de 2023 foi observado o maior percentual desde o início da pandemia do coronavírus (2,35%).

Não é possível estabelecer relações exatas entre o período pandêmico da covid-19 e a formação da Enfermagem, outrossim, pode-se presumir que, a alta demanda por mão de obra de Enfermagem fez com que profissionais se inserissem no mercado de trabalho (Kovner, 2022). A demanda pela categoria é presente até os dias atuais, onde é possível observar que no ano de 2024, os postos de trabalho ainda superam o número de profissionais inseridos no mercado. Para tal análise, utilizou-se as categorias do CBO. É possível observar o resultado de acordo com a Tabela 9.

Tabela 9 – Número de registros únicos e múltiplos de Enfermagem e postos de trabalho, segundo estados brasileiros - Brasil, fevereiro, 2024

Estados Brasileiros	Registros de Enfermagem		Postos de trabalho
	Únicos	Múltiplos	
Acre	9.887	561	5.776
Alagoas	39.516	4.487	23.698
Amapá	10.281	3.522	29.923
Amazonas	50.231	731	9.197
Bahia	182.599	15.629	100.908
Ceará	96.068	8.217	62.476
Distrito Federal	20.880	2.462	36.679
Espírito Santo	40.431	2.389	44.695
Goiás	58.100	3.792	51.219
Maranhão	93.786	6.485	163.440
Mato Grosso	25.265	15.000	21.520
Mato Grosso Do Sul	24.759	2.198	25.426
Minas Gerais	235.909	1.426	43.824
Pará	92.967	6.302	67.411
Paraíba	51.398	4.915	25.742
Paraná	110.707	10.953	84.089
Pernambuco	120.222	3.851	153.260
Piauí	44.927	14.167	25.961
Rio De Janeiro	282.683	1.949	13.967
Rio Grande Do Norte	41.488	2.944	7.199
Rio Grande Do Sul	138.946	1.022	97.161
Rondônia	14.292	413	58.793
Roraima	5.179	6.144	18.403
Santa Catarina	49.452	3.189	375.223
São Paulo	406.128	3.814	14.909
Sergipe	25.479	100.567	5.776
Tocantins	20.624	1.332	23.698
TOTAL	2.292.204	228.461	1.590.373

Fonte: Cofen (2024) e CAGED (2024).

Neste sentido, foi realizada uma análise de variância não paramétrica, utilizando o teste de Kruskal-Wallis para comparar a distribuição de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem entre diferentes regiões do Brasil. O teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas entre as regiões (p -valor = 0.0219), evidenciando a desigualdade na distribuição de profissionais de Enfermagem no País.

Para identificar quais regiões apresentaram diferenças significativas entre si, foi realizado um teste de Dunn com correção de Bonferroni. Esse pós-teste indicou que as maiores disparidades foram observadas entre as regiões Sudeste e Norte, bem como entre as regiões Sul e Nordeste, onde o número de profissionais por região apresentou diferenças significativas ($p < 0.05$).

Além disso, um teste de proporção mostrou uma diferença significativa entre o número de profissionais registrados e os postos de trabalho disponíveis, com um p -valor de 0.0469, destacando um problema de subaproveitamento da força de trabalho em determinadas áreas. Isso sugere que, em algumas regiões, o número de profissionais é insuficiente para atender à demanda, enquanto em outras há um excedente de profissionais sem posições adequadas disponíveis. A distribuição de profissionais com múltiplos registros nos estados brasileiros é visivelmente desigual, sendo o estado de São Paulo, o responsável por aproximadamente 42% desses profissionais.

A força de trabalho da enfermagem foi substancialmente afetada pela situação pandêmica provocada pelo SARS-CoV-2, sendo possível identificar a escassez de mão de obra nos dois primeiros anos da pandemia. Outrossim, a recuperação e tendência de crescimento da enfermagem já pode ser observada na literatura científica internacional, sobretudo cuja formação de jovens profissionais é significativa para este novo cenário (Auerbach *et al.*, 2024).

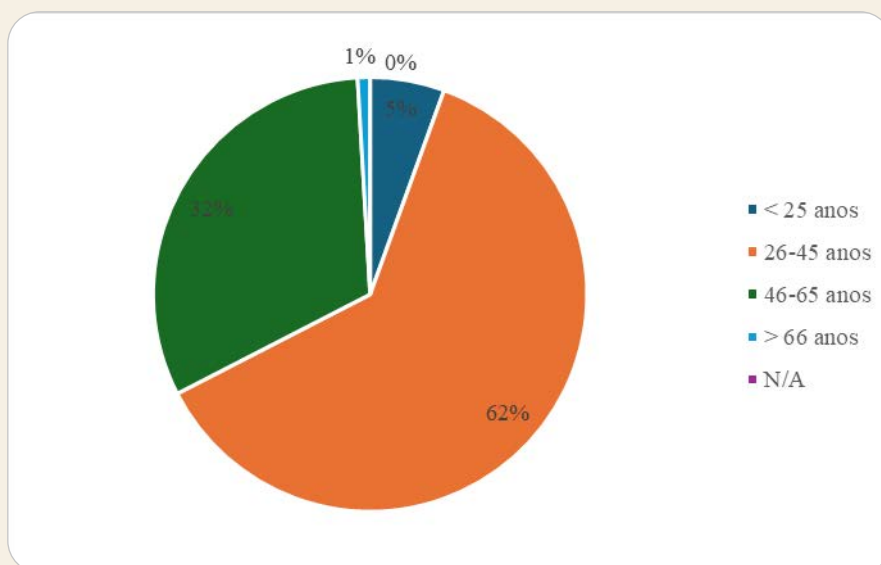
5.2.2 Perfil sociodemográfico da enfermagem brasileira na perspectiva da mobilidade social

Sobre a distribuição de profissionais de Enfermagem por faixa etária e múltiplos registros é possível identificar que aproximadamente 141 mil indivíduos estão na faixa etária entre 26 e 45 anos, conforme observado na Figura 39.

Ressalta-se ainda que o panorama por estados brasileiros é similar ao contexto nacional geral, com exceção ao estado do Acre, que possui a faixa etária entre 46 e 65 anos com maior prevalência entre os profissionais com múltiplos registros. A Tabela

10 traz a distribuição de profissionais com múltiplos registros por estados brasileiros segundo a faixa etária.

Figura 39 – Distribuição de profissionais de Enfermagem com múltiplos registros – Brasil, 2024



Fonte: Cofen (2024).

Tabela 10 – Número de registros múltiplos de Enfermagem, segundo faixa etária por estados brasileiros - Brasil, fevereiro, 2024

Estados Brasileiros	[<=25]	[>=26 a <=45]	[>=46 a <=65]	[>65]	[NA]	Total
Acre	5	267	270	19	0	561
Alagoas	68	2.570	1.800	48	1	4.487
Amapá	39	1.892	1.527	64	0	3.522
Amazonas	8	493	221	9	0	731
Bahia	229	9.442	5.829	128	1	15.629
Ceará	220	4.577	3.285	135	0	8.217
Distrito Federal	15	1.635	812	0	0	2.462
Espírito Santo	48	1.256	1.035	50	0	2.389
Goiás	129	2.103	1.500	60	0	3.792
Maranhão	91	3.594	2.701	98	1	6.485
Mato Grosso	628	8.633	5.518	219	2	15.000
Mato Grosso do Sul	62	1.371	751	13	1	2.198

continua

conclusão

Estados Brasileiros	[<=25]	[>=26 a <=45]	[>=46 a <=65]	[>65]	[NA]	Total
Minas Gerais	23	799	586	18	0	1.426
Pará	108	3.684	2.402	108	0	6.302
Paraíba	88	2.985	1.797	45	0	4.915
Paraná	128	6.171	4.513	140	1	10.953
Pernambuco	60	2.193	1.542	56	0	3.851
Piauí	491	7.458	6.096	119	3	14.167
Rio de Janeiro	36	1.089	798	25	1	1.949
Rio Grande do Norte	36	1.869	1.007	32	0	2.944
Rio Grande do Sul	10	758	245	9	0	1.022
Rondônia	8	260	134	11	0	413
Roraima	56	3.540	2.403	145	0	6.144
Santa Catarina	213	1.988	951	37	0	3.189
São Paulo	165	2.420	1.203	26	0	3.814
Sergipe	9.755	68.032	22.425	353	2	100.567
Tocantins	24	745	546	17	0	1.332
TOTAL	12.743	141.824	71.897	1.984	13	228.461

Fonte: Cofen (2024).

Os dados mostram que muitos profissionais mantêm múltiplas inscrições no Cofen, o que pode indicar a busca por oportunidades de trabalho, com diferentes formas de inserção (Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem).

É importante ressaltar que as múltiplas inscrições são proporcionalmente maiores entre os profissionais na faixa etária entre 46 e 65 anos (43,35% possuem duas ou mais inscrições). Entre profissionais com mais de 65 anos, cerca de 13,77% dos trabalhadores possuem duplo registro. Já na análise do grupo etário compreendido entre 26 e 45 anos, observou-se que cerca de 29,73% possuem mais de um registro. Entre a população mais jovem, ou seja, com menos de 25 anos, o percentual de indivíduos com mais de um registro é de 35,17%. Tais dados podem apontar para a retomada de projetos estudantis entre a população mais jovem, o que expressa uma tendência de aumento no quantitativo de indivíduos com duas ou mais inscrições nos próximos anos.

Sobre a distribuição de profissionais de Enfermagem por sexo e múltiplos registros é possível identificar que aproximadamente 86% dos indivíduos são do sexo feminino e, a prevalência deste sexo é observada em todos os estados brasileiros, sendo

o estado de Roraima aquele com maior representatividade masculina (22%) e Tocantins e Piauí aqueles com menor representatividade (ambos com 10%). A distribuição de profissionais com múltiplos registros por estados brasileiros segundo sexo, pode ser observada na Tabela 11.

Tabela 11 – Número de registros múltiplos de Enfermagem, segundo sexo por estados brasileiros - Brasil, fevereiro, 2024

Estados Brasileiros	Masculino	Feminino	Não Informado	Total
Acre	92	469	0	561
Alagoas	542	3.945	0	4.487
Amapá	587	2.935	0	3.522
Amazonas	135	596	0	731
Bahia	1.789	13.840	0	15.629
Ceará	1.040	7.177	0	8.217
Distrito Federal	408	2.054	0	2.462
Espírito Santo	399	2.135	1	2.535
Goiás	446	3.346	0	3.792
Maranhão	809	5.676	0	6.485
Mato Grosso	2.078	12.922	0	15.000
Mato Grosso do Sul	395	1.803	0	2.198
Minas Gerais	206	1.220	0	1.426
Pará	1.039	5.263	0	6.302
Paraíba	615	4.300	0	4.915
Paraná	1.369	9.584	0	10.953
Pernambuco	423	3.428	0	3.851
Piauí	1.772	12.395	0	14.167
Rio de Janeiro	349	1.600	0	1.949
Rio Grande do Norte	422	2.522	0	2.944
Rio Grande do Sul	143	879	0	1.022
Rondônia	94	319	0	413
Roraima	1.049	5.095	0	6.144
Santa Catarina	373	2.816	0	3.189
São Paulo	409	3.405	0	3.814
Sergipe	16.587	83.980	0	100.567
Tocantins	141	1.191	0	1.332
TOTAL	33.711	194.895	1	228.607

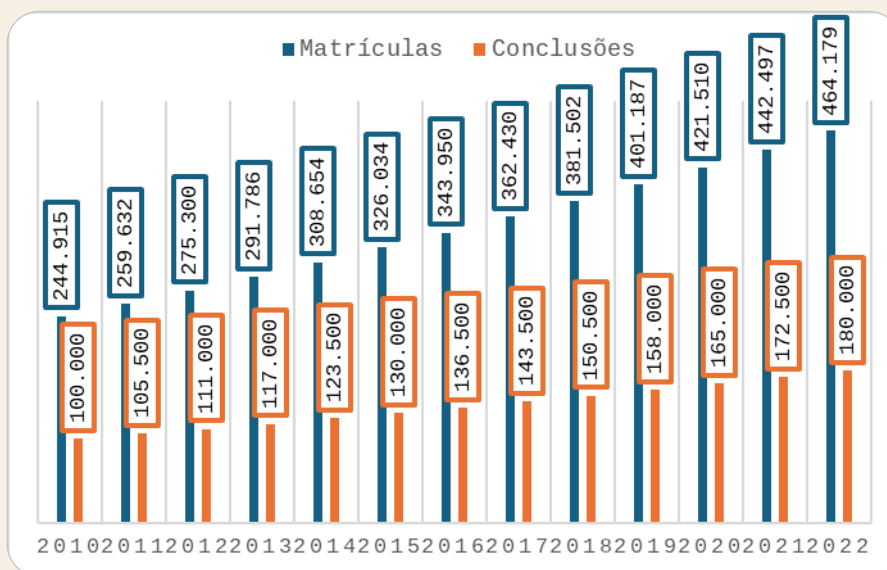
Fonte: Cofen (2024).

5.2.3 Perfil formativo da enfermagem brasileira na perspectiva da mobilidade social

A qualificação profissional de um profissional Técnico de Enfermagem brasileiro, muitas vezes perpassa questões culturais e históricas, na dialética entre o “saber fazer” e o “gerenciar as ações”, onde o conhecimento técnico é estabelecido como mão de obra, enquanto o profissional de ensino superior é o supervisor com incremento salarial, o que não necessariamente significa dizer que detém maior conhecimento, técnico ou prática assistencial (Wermelinger *et al.*, 2020).

Ainda é cedo para uma possível discussão acerca do aumento de concluintes da graduação de enfermagem no período pós-emergência sanitária, contudo a análise da formação de enfermeiros revela um aumento expressivo nas matrículas ao longo da última década, tanto na modalidade presencial quanto a distância. O incremento nas matrículas reflete a expansão das Instituições de Ensino Superior, tanto públicas quanto privadas. Contudo, há uma disparidade significativa entre a média de matrículas e o média de concluintes no período de 2010 a 2022, especialmente no ensino a distância, o que aponta para desafios estruturais na retenção de estudantes. Para testar essa diferença entre médias, foi utilizado o teste de **Mann-Whitney**, com p-valor $p < 0.05$, U - 292,997,246.5. A evolução em tais números podem ser observada na Figura 40.

Figura 40 – Matrículas e Conclusões em Cursos de Enfermagem (2010-2022)



Fonte: Censo da Educação Superior (2010-2022).

Os números apontam que na última década, a conclusão do curso de graduação de Enfermagem foi alcançada por apenas 39,63% dos indivíduos que a iniciaram. Entretanto, há um aumento constante e progressivo no quantitativo de concluintes, o que pode estar relacionado ao ensino a distância na Enfermagem.

Apenas no ano de 2022, ocorreram mais de 460 mil matrículas em cursos de graduação em todo o território nacional, conferindo à Enfermagem a quarta colocação em número de matrículas, entre bacharelados e licenciaturas. Destas, aproximadamente 38% estavam vinculadas a cursos com ensino a distância (Brasil, 2023).

Apesar do reconhecimento da formação de nível superior como a principal forma de ascensão social e profissional e como a verdadeira propulsora da mobilidade social da Enfermagem, é necessário refletir sobre as condições desta formação, sobretudo com o avanço da educação à distância (EaD). Ainda que a EaD tenha se expandido consideravelmente, os cursos presenciais ainda dominam a formação de Enfermeiros no Brasil.

Embora a modalidade EaD ofereça uma alternativa importante para regiões mais isoladas, onde a oferta de cursos presenciais é limitada, inúmeras questões éticas são levantadas sobre a qualidade da formação destes estudantes. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, entre os anos de 2017 e 2022, a oferta de cursos EaD em saúde aumentou mais de 600% (Cofen, 2023).

É válido ressaltar que a literatura científica internacional já aponta para a formação de Enfermagem EaD ao nível de graduação como insuficiente. Em comparação com o estudo presencial, estudantes de Enfermagem no modelo EaD apresentam menor desempenho acadêmico, menores níveis de autonomia na aprendizagem e menor engajamento acadêmico (Zhang *et al.*, 2023).

Outrossim, é importante ressaltar uma provável migração do profissional Técnico de Enfermagem para outras formações com durações mais curtas, ainda como as novas profissões relacionadas à estética e cosmetologia (CNS, 2018) que possuem duração de até quatro anos, enquanto o curso superior de Enfermagem possui duração de 5 anos (Brasil, 2018b).

5.3 Reflexões finais

A literatura científica internacional revela que a pandemia da covid-19 propiciou o retorno de muitos profissionais para o labor da enfermagem, mas essa tendência não pode ser comprovada por meio dos dados apresentados. Outrossim, observa-se que os adultos jovens correspondem a 67% dos profissionais de enfermagem com múltiplos registros, o que pode ser significativo nos anos vindouros.

Ademais, alguns estados brasileiros apresentam um número de postos de trabalho de enfermagem superiores ao somatório de registros únicos e múltiplos, o que pode apontar para a necessidade de expansão do número de profissionais.

A enfermagem brasileira apresenta uma tendência constante da profissionalização da profissão, seja pelo aumento escalonado de indivíduos com múltiplos registros ou pelo número crescente de matrículas e conclusões de bacharelado em Enfermagem. A mobilidade social ascendente da enfermagem é uma realidade no Brasil e, pode estar caminhando com base nas necessidades pessoais, sociais e regionais, sendo necessário o acompanhamento longitudinal destes dados.





6 Desgaste da Força de Trabalho em Enfermagem entre 2012 e 2021: Análise dos Afastamentos Relacionados ao Trabalho Registrados na Relação Anual de Informações Sociais

A importância do trabalho em enfermagem tem sido ressaltada como componente essencial da equipe de saúde para alcance da cobertura e acesso universal da saúde (OMS, 2020). Algumas características dessa gama de trabalhadores incluem a divisão social do trabalho, com presença de categorias de nível Superior, Técnico e Auxiliar (Melo, 1986), e a predominância do trabalho feminino. Além disso, esse grupo detém a maior parcela de trabalhadores do setor saúde (Machado *et al.*, 2016b; OMS, 2020).

Neste contexto, um dos principais eixos para o desenvolvimento de políticas públicas para as trabalhadoras de Enfermagem se refere a medidas que garantam condições de trabalho favoráveis para o desenvolvimento profissional, como regulamentação mínima de carga horária trabalhada, salário-mínimo e proteção social, bem como medidas que possam prevenir perdas de direitos (OMS, 2020).

No entanto, na última década, uma das características do mercado de trabalho da Enfermagem brasileira é o aumento de trabalhadoras que exercem sua atividade de maneira desgastante, exaustiva e com contratos cada vez mais precários, flexibilizados e sem garantias trabalhistas (Machado *et al.*, 2016b). O processo de desgaste também é aumentado pela presença de longas jornadas de trabalho, excesso de tarefas, distintas formas de organização do trabalho, enfrentamento cotidiano das condições de vida dos usuários dos serviços de saúde, intensificação e sobrecarga do trabalho, além da escassez de profissionais (Souza *et al.*, 2021; Damiani; Carvalho, 2021).

Segundo Laurell e Noriega (1989), o conceito de desgaste compreende a “perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica” do trabalhador frente às condições de trabalho impostas nos respectivos processos laborais em dado período histórico. Tal processo pode ser captado por diferentes tipos de manifestações, sendo um deles os afastamentos para recuperação da saúde, originados de doenças e acidentes relacionados ao trabalho ou não.

No período elegível para o estudo (2012-2022), o Brasil tem apresentado uma série de mudanças na dinâmica do mercado de trabalho que, apesar de uma pequena taxa de crescimento entre os anos 2012-2013, foi percebida com uma acentuada e prolongada crise econômica (2014-2016), seguida de estagnação ou baixo crescimento (2017-2019) e pandemia do novo coronavírus entre os anos de 2020 e 2021 (Krein, 2018; Pina; Stotz, 2021). Além do elevado desemprego, esse período se consolidou com aumento da inflação, congelamento dos gastos públicos (Projeto de Lei Complementar 241/16)⁵, implantação de novas formas de contratação pela Reforma Trabalhista (Lei n.º 13.467/2017) e a possibilidade de terceirização para todas as atividades (Lei n.º 13.429/2017) (Krein, 2018).

Nesse contexto, interpretar os afastamentos pela Rais podem elucidar tendências sobre as condições laborais da Enfermagem no Brasil, especialmente considerando os desafios presentes no mercado de trabalho na última década.

Desta forma, o presente capítulo tem por objetivo apresentar uma análise detalhada dos afastamentos relacionados ou não ao trabalho de profissionais de Enfermagem de 2012 a 2021, partindo dos dados de postos de trabalho registrados na base de dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais).

⁵A PEC 241/16 foi substituída, em agosto de 2023, pelo Projeto de Lei Complementar 93/23 que delimitou um novo regime para as contas da União.

6.1 Aspectos metodológicos

Foram analisados os dados extraídos da Rais, entre 2012 e 2021. A Rais foi instituída pelo Decreto Presidencial n.º 76.900/1975 com objetivos de controlar informações sobre o mercado de trabalho (público e privado), sendo os empregadores obrigados a lançar um conjunto de informações dos seus respectivos trabalhadores.

Para compreender os afastamentos das categorias profissionais de Enfermagem, utilizamos os registros de postos de trabalho classificados em três categorias: nível superior (Enfermagem de nível Superior), nível técnico (Técnico em Enfermagem) e nível auxiliar (Auxiliar de Enfermagem). A classificação das categorias profissionais foi feita com base na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (Quadro 6). Excluímos desta análise os vínculos de códigos de CBO 234415 e 233125, correspondentes a Professor de enfermagem do ensino superior e Professor de técnica de enfermagem, respectivamente

Quadro 6 - Códigos de Classificação Brasileira de Ocupações (CBOs) utilizados para classificar as categorias profissionais

Nível Superior		Nível Técnico		Nível Auxiliar	
CBOs	Categoria Profissional	CBOs	Categoria Profissional	CBOs	Categoria Profissional
223505	Enfermeiro	322205	Técnico em Enfermagem	322230	Auxiliares de Enfermagem
223510	Enfermeiro Auditor	322210	Técnico de Enfermagem de Terapia Intensiva	322235	Auxiliar de Enfermagem do Trabalho
223515	Enfermeiro de Bordo	322215	Técnico de Enfermagem do Trabalho	322250	Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família
223520	Enfermeiro de Centro Cirúrgico	322220	Técnico de Enfermagem Psiquiátrico		
223525	Enfermeiro de Terapia Intensiva	322245	Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família		
223530	Enfermeiro do Trabalho				
223535	Enfermeiro Nefrologista				
223540	Enfermeiro Neonatologista				
223545	Enfermeiro Obstétrico				

continua

conclusão

Nível Superior		Nível Técnico		Nível Auxiliar	
223550	Enfermeiro Psiquiátrico				
223555	Enfermeiro Puericultor e Pediátrico				
223560	Enfermeiro Sanitarista				
223565	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família				

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

Na Rais, os afastamentos são categorizados segundo diferentes causas e respectivos códigos, que agrupamos em dois grandes tipos: relacionados ao trabalho e não relacionados ao trabalho conforme demonstrado no Quadro 7.

Quadro 7 - Classificação das causas de afastamento

Código	Causas de afastamento	Tipos de afastamento
10	Acidente de trabalho típico	Afastamento relacionado ao trabalho
20	Acidente de trabalho de trajeto	
30	Doença relacionada ao trabalho	
90*	Acidente/doença relacionada ao trabalho	
40	Doença não relacionada ao trabalho	Afastamento não relacionado ao trabalho
50	Licença-maternidade	
60	Serviço militar	
70	Licença sem vencimento	
80	Licença com vencimento	
85**	Suspensão temporária do contrato de trabalho	

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

*A partir de 2019, o código 90 passa a ser registrado, em menor quantidade, havendo ainda registros com os códigos 10, 20 e 30.

**Suspensão temporária do contrato de trabalho nos termos da Lei 14.020/2020 e da MP 1.045, de 27 de abril de 2021.

Cabe destacar que os estabelecimentos são obrigados a informar as ocorrências de afastamentos informando o dia e o mês do início e do fim de cada afastamento do empregado/servidor junto a Previdência Social. Segundo orientações do manual da Rais (Brasil, 2021), é permitido o lançamento, por parte do empregador, de até três

afastamentos de cada empregado ao ano. Caso haja mais de três afastamentos no ano, o empregador deverá lançar os três períodos mais longos. O início do afastamento para o trabalhador celetista é contado a partir da data concedida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), depois do 14º dia. Já para servidor público este início é contado a partir da data concedida pelo órgão (Brasil, 2021).

Inicialmente, o objetivo deste estudo era utilizar os dados da Rais de 2010 e 2011. Contudo, não houve registros de afastamentos nesse período, o que inviabilizou a análise de uma série temporal maior e sugere uma possível incompletude e inconsistência do banco de dados. Dessa forma, foi sugerida uma reflexão em trabalhos futuros sobre a completude e consistência do banco de dados da Rais, cuja principal finalidade é subsidiar informações sobre o mercado de trabalho (público e privado) para construção de políticas públicas pelas entidades governamentais.

Para responder aos objetivos, fizemos análises descritivas exploratórias. Calculamos os seguintes indicadores para cada ano da série e posteriormente analisamos suas variações anuais: número de postos de trabalho por categoria profissional; número e proporção de postos de trabalho com registro de pelo menos um afastamento, independentemente da causa; número e proporção do total de afastamentos relacionados e não relacionados ao trabalho; duração dos afastamentos (quantidade de dias de afastamento) e taxa de incidência (TI) anual de afastamentos por 100 mil vínculos de cada categoria profissional. Esse último indicador foi calculado da seguinte forma: $TI = (\text{número de afastamentos relacionados ao trabalho no ano} / \text{número de postos de trabalho registrados no ano}) \times 100.000$.

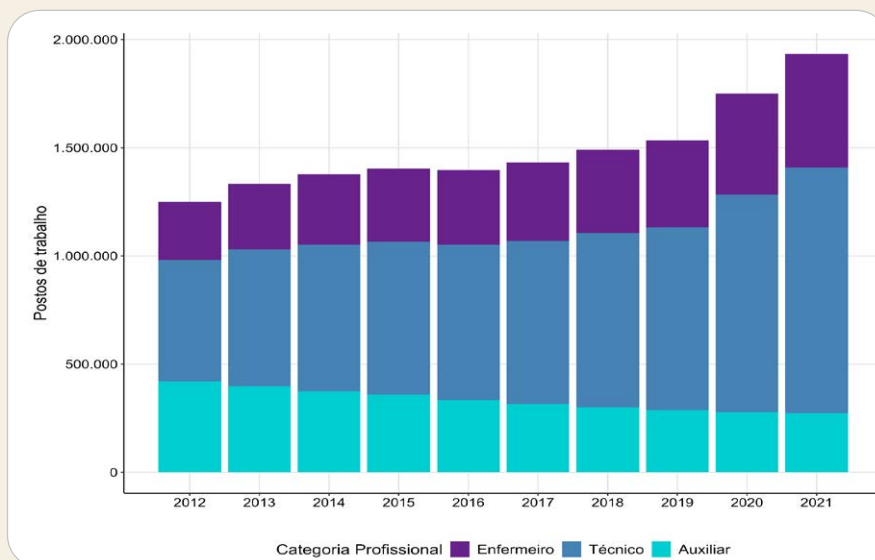
Vale registrar que todas as análises foram feitas utilizando o *software R Core Team* (2024).

6.2 Resultados e discussão

6.2.1 Postos de trabalho por categoria profissional

De maneira geral, houve um aumento expressivo e progressivo dos postos de trabalho formais de trabalhadores de Enfermagem. O número total de postos de trabalho passou de 1.249.791, em 2012, para 1.933.204 em 2021 (Figura 41 e Tabela 12), representando um aumento de cerca de 36%. As maiores variações ocorreram entre 2019-2020 (14,19% - aumento de 217.550 postos) e 2020-2021 (10,41% - aumento de 182.245 postos), fato que pode estar relacionado à maior demanda por força de trabalho de Enfermagem durante a pandemia da covid-19.

Figura 41 – Número de postos de trabalho de Enfermagem segundo categorias profissionais – Brasil, 2012 a 2021



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

Tabela 12 – Número de postos de trabalho de Enfermagem segundo categorias profissionais – Brasil, 2012 a 2021

Ano		Categoria profissional			Total
		Nível Superior	Nível Técnico	Nível Auxiliar	
2012	n	269.026	560.587	420.178	1.249.791
	%	21,53%	44,85%	33,62%	100,00%
2013	n	303.208	632.588	397.583	1.333.379
	%	22,74%	47,44%	29,82%	100,00%
2014	n	325.416	678.658	373.901	1.377.975
	%	22,74%	49,25%	27,13%	100,00%
2015	n	338.328	706.735	358.712	1.403.775
	%	24,10%	50,35%	25,55%	100,00%
2016	n	344.725	718.422	333.599	1.396.746
	%	24,68%	51,44%	23,88%	100,00%
2017	n	363.553	753.599	315.811	1.432.963
	%	25,37%	52,59%	22,04%	100,00%
2018	n	386.261	804.881	300.119	1.491.261
	%	25,90%	53,97%	20,13%	100,00%
2019	n	400.971	846.452	285.986	1.533.409
	%	26,15%	55,20%	18,65%	100,00%
2020	n	467.717	1.004.511	278.731	1.750.959
	%	26,71%	57,37%	15,92%	100,00%
2021	n	524.181	1.135.669	273.354	1.933.204
	%	27,11%	58,75%	14,14%	100,00%

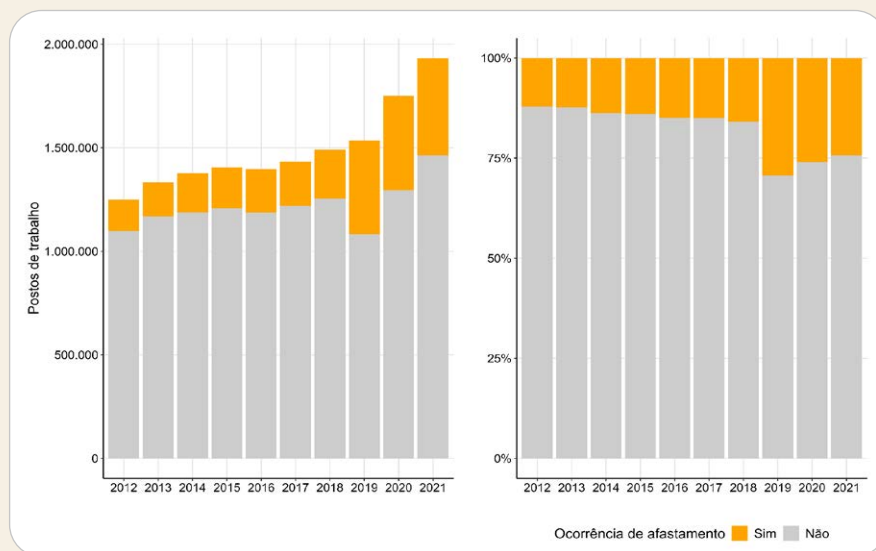
Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

Ocorreu um aumento nas proporções das categorias de Enfermeiro e de Técnico de Enfermagem e uma diminuição da proporção de profissionais da categoria de Auxiliar de Enfermagem em relação ao total de vínculos. Em 2012, a categoria de Técnico representava 44,85% dos profissionais. Em 2015, ultrapassou a metade dos vínculos e em 2021, representou 58,75% dos vínculos registrados. A categoria de Enfermeiro passou de 21,53% no início para 27,11% no final do período. A categoria de Auxiliar caiu de 33,62% para 14,14% dos vínculos empregatícios.

6.2.2 Ocorrência de afastamentos

Os postos de trabalho com ocorrência de pelo menos um afastamento ao ano, considerando todas as causas de afastamento, aumentaram em número e em proporção no período de 2012 a 2021, sobretudo a partir do ano de 2019, ano com maior proporção de ocorrência de pelo menos um afastamento por vínculo (29,32%). Até 2018, a proporção variou entre 12,14% e 15,96%. Nos três últimos anos do período, a proporção de ocorrência de pelo menos um afastamento se mantém acima de 24,32% dos vínculos empregatícios (Figura 42 e Tabela 13).

Figura 42 – Postos de trabalho de profissionais de Enfermagem sem e com ocorrência de pelo menos um afastamento – Brasil, 2012 a 2021



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

Tabela 13 – Número e proporção de postos de trabalho com ocorrência de pelo menos um afastamento – Brasil, 2012 a 2021

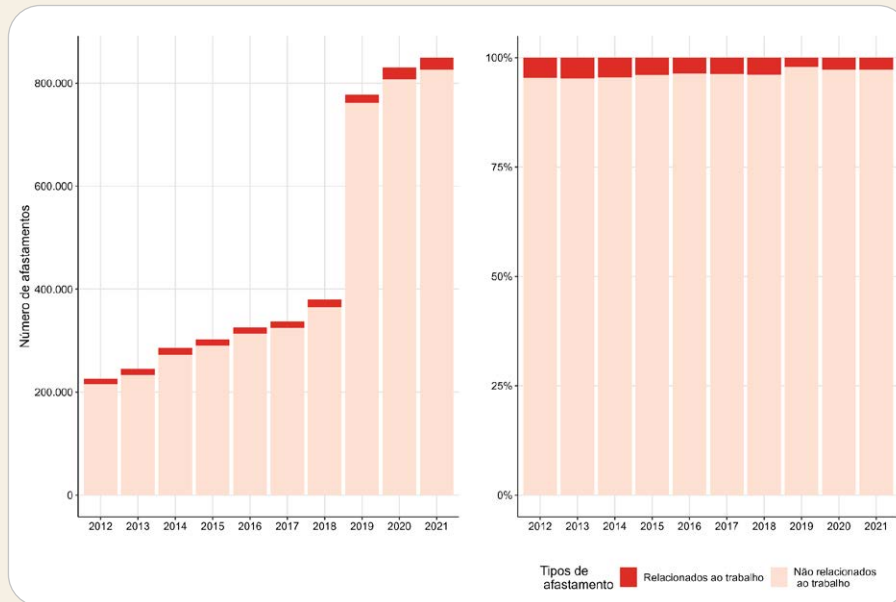
Ano	Número de postos de trabalho com pelo menos um afastamento	Proporção de postos de trabalho com pelo menos um afastamento
2012	151.690	12,14%
2013	164.389	12,33%
2014	189.482	13,75%
2015	197.028	14,04%
2016	208.787	14,95%
2017	214.973	15,00%
2018	238.053	15,96%
2019	449.599	29,32%
2020	455.576	26,02%
2021	470.071	24,32%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

6.2.3 Tipos de afastamento: relacionados ao trabalho e não relacionados ao trabalho

A Figura 43 mostra o total de afastamentos, classificados em duas categorias: relacionados ao trabalho (em vermelho) e não relacionados ao trabalho (em rosa). Observamos uma tendência de crescimento no número total de afastamentos (por todas as causas) entre 2012 e 2021. A proporção de afastamentos relacionados ao trabalho, no entanto, permanece relativamente estável e pequena em relação ao total, não ultrapassando 5% ao longo de toda a série, com uma leve diminuição no final, representando menos de 3% do total de afastamentos conforme demonstrado pela Tabela 14.

Figura 43 – Total de afastamentos segundo categorias de causas: relacionados ao trabalho e não relacionados ao trabalho – Brasil, 2012 a 2021



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

Tabela 14 – Total de afastamentos, total de afastamentos relacionados ao trabalho e proporção de afastamentos relacionados ao trabalho – Brasil, 2012 a 2021

Ano	Total de afastamentos	Total de afastamentos relacionados ao trabalho	Proporção de afastamentos relacionados ao trabalho
2012	225.889	10.304	4,56%
2013	244.941	11.599	4,74%
2014	285.720	12.959	4,54%
2015	302.934	12.123	4,00%
2016	325.605	11.781	3,62%
2017	337.189	12.499	3,71%
2018	379.787	14.682	3,87%
2019	777.990	16.629	2,14%
2020	830.737	23.068	2,78%
2021	849.592	23.575	2,77%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

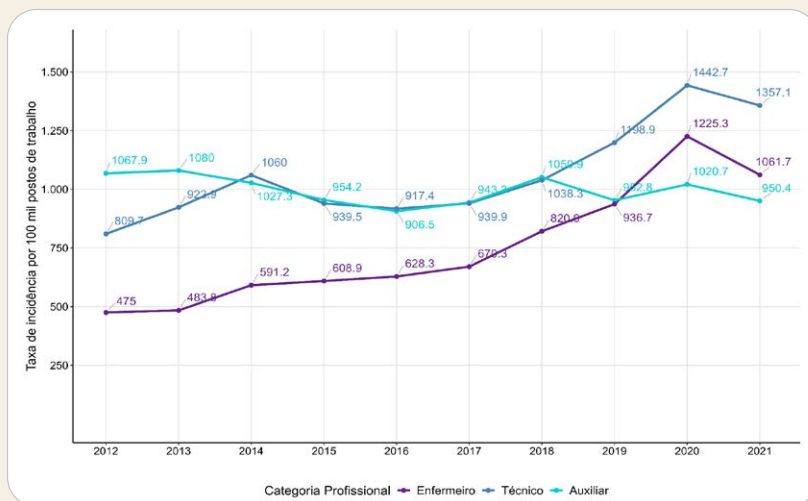
6.2.4 Taxas de incidência de afastamentos relacionados ao trabalho

Entre 2012 e 2021, observou-se um crescimento significativo da taxa de incidência de afastamentos relacionados ao trabalho entre Enfermeiros e Técnicos, enquanto os Auxiliares apresentaram uma tendência mais estável ao longo do período. Para o nível Superior, a taxa de afastamentos subiu de 475 por 100 mil postos de trabalho, em 2012, para 1.061,7 em 2021, com um aumento expressivo a partir de 2018, atingindo seu pico de 1.225,3 em 2020. Já os Técnicos apresentaram uma trajetória similar, passando de 809,7 em 2012 para 1.357,1 em 2021, com um crescimento acentuado nos últimos anos da série, alcançando 1.442,7 em 2020.

Em contraste, a categoria dos Auxiliares, embora tenha iniciado o período com uma taxa de 1.067,9, em 2012, e alcançado um leve pico de 1.080 em 2013, manteve-se relativamente estável nos anos seguintes, fechando 2021 com 950,4 afastamentos por 100 mil vínculos (Figura 44 e Tabela 15). Esses dados indicam que o crescimento das taxas de afastamentos relacionados ao trabalho foi mais expressivo para Enfermeiros e Técnicos, especialmente a partir de 2018. Os picos registrados em 2020 possivelmente refletem uma influência da pandemia da covid-19 e as pressões sobre o sistema de saúde nesse período.

Interessante notar como as taxas de afastamento relacionados ao trabalho entre os Técnicos esteve sempre em patamares superiores, se comparadas às taxas entre a Enfermagem Superior, durante toda a série histórica, fato que pode estar vinculado a piores condições de trabalho do pessoal de nível Técnico da Enfermagem.

Figura 44 – Evolução da taxa de incidência de afastamentos relacionados ao trabalho por 100 mil postos de trabalho segundo categorias profissionais de Enfermagem – Brasil, 2012 a 2021



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

Tabela 15 – Taxa de incidência de afastamentos relacionados ao trabalho por 100 mil postos de trabalho para cada categoria profissional de Enfermagem – Brasil, 2012 a 2021

Ano	Categoria profissional	Taxa de incidência de afastamentos por 100 mil postos de trabalho
2012	Enfermeiro	475,05
	Técnico	809,69
	Auxiliar	1.067,88
2013	Enfermeiro	483,83
	Técnico	922,88
	Auxiliar	1.080,03
2014	Enfermeiro	591,24
	Técnico	1.060,03
	Auxiliar	1.027,28
2015	Enfermeiro	608,88
	Técnico	939,53
	Auxiliar	954,25
2016	Enfermeiro	628,33
	Técnico	917,43
	Auxiliar	906,48
2017	Enfermeiro	670,33
	Técnico	939,89
	Auxiliar	943,29
2018	Enfermeiro	820,94
	Técnico	1.038,29
	Auxiliar	1.050,91
2019	Enfermeiro	936,73
	Técnico	1.198,89
	Auxiliar	952,84
2020	Enfermeiro	1.225,31
	Técnico	1.442,69
	Auxiliar	1.020,70
2021	Enfermeiro	1.061,66
	Técnico	1.357,09
	Auxiliar	950,42

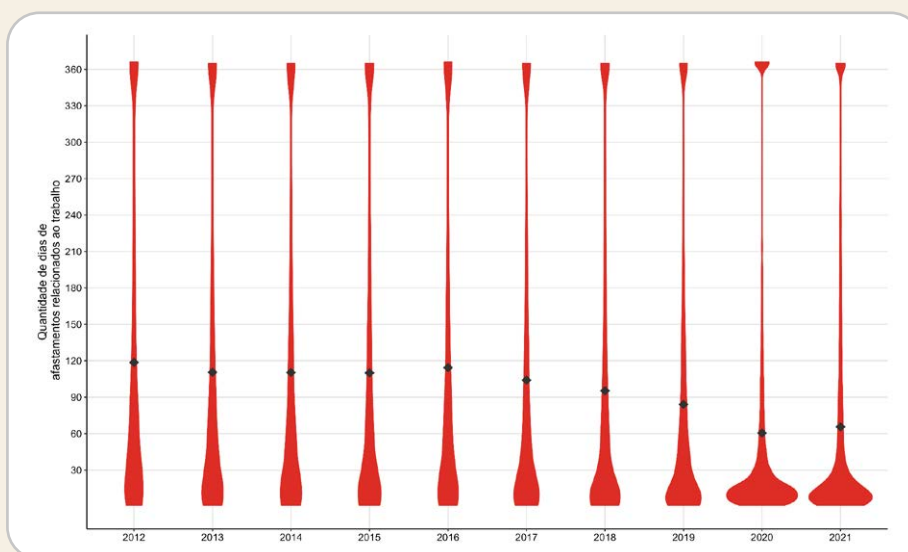
Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

6.2.5 Quantidade de dias de afastamento relacionado ao trabalho

Em relação à duração dos afastamentos relacionados ao trabalho, observamos uma tendência de redução tanto na média (representada pelos losangos cinzas na Figura 45) quanto no desvio padrão ao longo do tempo (Tabela 16). Em 2012, a média de afastamento era de 118,6 dias, com desvio padrão de 126,94, indicando maior variabilidade na duração dos afastamentos em comparação ao final do período. Em 2020, a média cai para 60,51 dias, e o desvio padrão para 99,71. Além disso, em 2012, metade

dos afastamentos teve duração de até 64 dias, enquanto em 2020 e 2021, a mediana caiu para apenas 16 dias, representando uma queda de 75% na duração dos afastamentos relacionados ao trabalho. Esse aumento na frequência de afastamentos mais curtos, particularmente em 2020 e 2021, pode ter sido influenciado pela pandemia da covid-19.

Figura 45 – Evolução da duração dos afastamentos relacionados ao trabalho – Brasil, 2012 a 2021



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

Tabela 16 – Estatísticas descritivas da duração (em dias) dos afastamentos relacionados ao trabalho – Brasil, 2012 a 2021

Ano	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
2012	118,6	126,94	1	366	64
2013	110,57	124,41	1	365	57
2014	110,35	124,33	1	365	57
2015	110	126,84	1	365	52
2016	114,32	127,75	1	366	60
2017	104,07	124,69	1	365	46
2018	95,24	120,27	1	365	38
2019	84,1	111,04	1	365	34
2020	60,51	99,71	1	366	16
2021	65,56	101,65	1	365	16

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Rais/MTE.

6.3 Reflexões finais

Como apresentado nos resultados, entre os anos de 2012 e 2021 ocorreu aumento dos postos de trabalho contando todas as categorias da Enfermagem. Contudo, os dados apontam um aumento substancial para as categorias de nível Superior e Técnico com declínio para o nível Auxiliar. É importante salientar que o aumento de postos de trabalho não representa necessariamente maior quantitativo de contratação de diferentes trabalhadores de Enfermagem, pois um mesmo profissional pode exercer suas atividades em mais de um posto de trabalho a depender da carga horária e das formas de contratação.

Verifica-se um aumento considerável na ocorrência de pelo menos um afastamento por todas as causas no período. Se, em 2012, ocorreram 151.690 afastamentos, o que representa 12,5% de postos de trabalho, em 2021 esse total foi de 470.071 totalizando 24,32% dos postos de trabalho registrados este ano. Em que pese o período da pandemia (2020 e 2021) a maior proporção de postos de trabalho com pelo menos um afastamento ocorreu em 2019, com cerca de 29,32% o que totaliza cerca de 449.599 postos de trabalho.

Observou-se também o crescimento do total de afastamentos relacionados e não relacionados ao trabalho no período estudado. Contudo, ao relacionar a proporção dos tipos de afastamentos relacionados ao trabalho se conclui que estes nunca ultrapassam 5% na série histórica com uma diminuição cada vez menor a partir de 2019, sendo uma hipótese para esta baixa proporção a descaracterização da relação entre doenças e/ou acidentes e o trabalho.

Vale registrar que, o aumento da taxa de incidência de afastamentos em todas as categorias, considerando a totalidade dos postos de trabalho (públicos e privados) no período estudado, pode representar uma tendência de piora das condições de trabalho. Em que pese a divisão social e técnica da categoria a partir de 2020, a taxa de incidência das categorias Superiores superam as de Auxiliares, o que pode estar relacionada às diferenças entre condições laborais dos vínculos públicos e privados.

Eixo: Mercado de Trabalho da Enfermagem





7 Descrição e Análise do Mercado de Trabalho para Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem no Brasil: Rais, Caged e Novo Caged

Nos últimos anos, a rápida expansão dos cursos de graduação em enfermagem tem gerado um impacto significativo no mercado de trabalho do setor. Entretanto, muitos profissionais recém-formados ingressam no mercado sem a preparação adequada, enfrentando desafios para se estabelecer em um cenário cada vez mais competitivo, impulsionado pelo alto volume de novos egressos a cada ano. Esse fator intensifica a rotatividade de profissionais, eleva custos assistenciais, reduz a satisfação dos usuários e compromete desfechos clínicos (Laskowski-Jones; Castner, 2022). Ademais a pandemia da covid-19 acentuou a vulnerabilidade da força de trabalho de enfermagem, evidenciando a necessidade urgente de compreender seus impactos (Santos *et al.*, 2023).

No Brasil, a profissão ainda é marcada por desigualdades salariais e de carga horária associadas a questões de gênero. Além disso, há um intenso movimento migratório em busca de melhores condições de trabalho e renda, bem como uma concentração desigual de profissionais entre as regiões, realidade observada também em outros países (Batthyány, 2022).

Souza *et al.* (2021) destacam a importância da qualificação do processo de trabalho, com foco na redução da sobrecarga e em seus impactos. Essas transformações, somadas aos novos padrões de ocupação no setor, reforçam a necessidade de estudos sobre a demografia e o mercado de trabalho da enfermagem no Brasil, a fim de subsidiar políticas públicas baseadas em evidências científicas.

Ressalta-se que WHO (2021) enfatiza que pesquisas sobre o mercado de trabalho em saúde exigem dados provenientes de múltiplos atores e a combinação de diversas fontes secundárias, garantindo uma visão ampla do setor o que requer a organização de informações oriundas de diferentes bases de dados algumas de acesso público e outras privadas, cujo uso é restrito e, portanto, depende de processo de cessão por meio de assinatura de termos de confiabilidade.

No Brasil, algumas bases de dados disponibilizadas por instituições públicas e privadas reúnem informações relevantes sobre características demográficas, educacionais e ocupacionais, incluindo rendimentos, afastamentos e local de atuação, entre outros aspectos fundamentais para a análise da força de trabalho em saúde (Brasil; Opas; Fiocruz, 2009). Características essenciais para se compreender as dinâmicas dos mercados educacional e de trabalho da enfermagem em diferentes períodos, permitindo análises temporais detalhadas.

Nesta perspectiva este capítulo tem o objetivo de analisar os dados da Rais e do CAGED para identificar as principais características do mercado de trabalho da enfermagem, incluindo os tipos de vínculos empregatícios e sua distribuição, setores de atuação, a evolução das contratações e desligamentos, e as tendências no emprego da categoria.

7.1 Aspectos metodológicos

7.1.1 Revisão da literatura

A quantidade de estudos das dinâmicas do mercado de trabalho na enfermagem tem aumentado progressivamente na literatura, essas pesquisas consideram fatores como oferta e demanda por profissionais, condições de trabalho, remuneração e políticas públicas que impactam a categoria. Dada a diversidade de abordagens adotadas pelos pesquisadores da área, torna-se relevante compreender quais metodologias têm sido utilizadas para investigar esse tema.

Nesse sentido, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, sem a aplicação de critérios sistemáticos, com o objetivo de identificar estudos relevantes sobre o mercado de trabalho na enfermagem e analisar os delineamentos metodológicos adotados pelos autores. A busca concentrou-se na identificação dos principais tipos de estudo, estratégias de coleta e análise de dados, bem como nas abordagens quantitativas e qualitativas mais frequentemente empregadas. O Quadro 8 mostra de forma sintética os estudos selecionados na revisão.

Quadro 8 – Principais estudos encontrados na literatura sobre o tema

Título	Objetivos	Metodologias	Referência
New study links nurse shortage to nurse pay. Unions raise nurses' pay and increase nurse/patient staffing ratios	Examinar a relação entre a escassez de enfermeiros, salários, e a influência dos sindicatos nas condições de trabalho e propor soluções para melhorar a retenção de enfermeiros	Revisão de literatura e análise de dados de estudos existentes, incluindo estatísticas do Bureau of Labor Statistics e da National Council of State Boards of Nursing	New study links nurse shortage to nurse pay. Unions raise nurses' pay and increase nurse/patient staffing ratios. PubMed, v. 81, n. 7, p. 14–14, 1 ago. 2006
Employment transitions for older nurses: A qualitative study	Explorar as transições de emprego de enfermeiros mais velhos e os desafios enfrentados durante essas mudanças	Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas e análise temática das respostas dos participantes	Andrews, J.; Manthorpe, J.; Watson, R. Employment transitions for older nurses: a qualitative study. Journal of Advanced Nursing, v. 51, n. 3, p. 298–306, ago. 2005
Newly qualified nurses face tough times in a crowded job market	Analisar as dificuldades enfrentadas por enfermeiros recém-formados ao entrar no mercado de trabalho e identificar fatores que afetam a empregabilidade	Pesquisa quantitativa baseada em questionários aplicados a enfermeiros recém-formados e análise estatística dos dados coletados	Chatterjee, M. Newly qualified nurses face tough times in a crowded job market. Nursing times, v. 101, n. 35, p. 10–11, 1 jan. 2005
The shortage of registered nurses and some new estimates of the effects of wages on registered nurses labor supply: A look at the past and a preview of the 21st century	Investigar a escassez de enfermeiros registrados e estimar os efeitos dos salários na oferta de trabalho de enfermeiros	Análise de dados históricos e projeções futuras usando modelos econométricos	Chiha, Y. A.; Link, C. R. The shortage of registered nurses and some new estimates of the effects of wages on registered nurses labor supply: a look at the past and a preview of the 21st century. Health Policy, v. 64, n. 3, p. 349–375, jun. 2003
A flexible nursing workforce: realities and fallouts	Avaliar a flexibilidade da força de trabalho de enfermagem e os impactos dessa flexibilidade nas condições de trabalho e na qualidade dos cuidados	Avaliar a flexibilidade da força de trabalho de enfermagem e os impactos dessa flexibilidade nas condições de trabalho e na qualidade dos cuidados	Grinspun, D. A. Flexible Nursing Workforce: Realities and Fallouts. Healthcare Quarterly, v. 6, n. 1, p. 79–84, 15 dez. 2002
Newly Licensed Registered Nurse Job Turnover and Turnover Intent	Examinar o mercado de trabalho para enfermeiros recém-licenciados e identificar tendências e desafios	Pesquisa de mercado e análise de dados governamentais de emprego de novos enfermeiros em várias regiões	Unruh LY, Zhang NJ.. Newly Licensed Registered Nurse Job Turnover and Turnover Intent. Journal for Nurses in Professional Development, v. 30, n. 5, p. E8–E9, 2014

continua

continuação

Título	Objetivos	Metodologias	Referência
Tendências do mercado de trabalho de enfermeiros na visão de gestores	Identificar e interpretar as principais tendências do mercado de trabalho para enfermeiros na perspectiva de gestores	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas com gestores de enfermagem para coletar dados sobre suas percepções e experiências relacionadas às tendências do mercado de trabalho para enfermeiros	Oliveira, Jonas Sâmí Albuquerque de; Pires, Denise Elvira Pires de; Medeiros, Soraya Maria de; Martini, Jussara Gue. Tendências do mercado de trabalho de enfermeiros na visão de gestores. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 70, n. 1, p. 7-14, jan./fev. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/g3MpJvgbPDsmkfndDH9hjpR/abstract/?lang=pt . Acesso em: 12 mar. 2025.
Disponibilidade de enfermeiros no mercado de trabalho: o que dizem os números	Identificar tendências na disponibilidade de força de trabalho de enfermeiros	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com base em pesquisa no Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (e-MEC), entrevistas com informantes-chave e pesquisa no banco de dados do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Norte (COREN-RN)	Oliveira, Jonas Sâmí Albuquerque de; PIRES, Denise Elvira Pires de; Medeiros, Soraya Maria de; Martini, Jussara Gue. Disponibilidade de enfermeiros no mercado de trabalho: o que dizem os números. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 11, n. 1, p. 1-10, jan. 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23354 . Acesso em: 12 mar. 2025
Tendências do mercado de trabalho de enfermeiros/as: um estudo no nordeste brasileiro	Caracterizar o mercado de trabalho de enfermeiros/as no Estado do Rio Grande do Norte, relacionando o número de egressos dos cursos de graduação com o contingente de postos de trabalho disponíveis no estado nos últimos cinco anos e identificando as principais tendências	Pesquisa de métodos mistos, articulando abordagem quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa foi exploratória e descritiva, descrevendo os números de enfermeiros/as formados e de inscritos no Conselho de classe, além da quantidade e características dos postos de trabalho no Estado. A abordagem qualitativa consistiu na utilização de dados coletados em entrevistas realizadas com informantes-chave	Oliveira, Jonas Sâmí Albuquerque de. Tendências do mercado de trabalho de enfermeiros/as: um estudo no nordeste brasileiro. 2015. 232 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/136326 . Acesso em: 12 mar. 2025

continua

conclusão

Título	Objetivos	Metodologias	Referência
Tendência temporal dos vínculos de trabalho para enfermeiros no sudeste do Brasil	Avaliar a tendência temporal dos vínculos de trabalho para enfermeiros na região sudeste durante o período de 2003 a 2018	Estudo ecológico de tendência temporal utilizando dados obtidos por meio de um banco de dados público. Foi analisada a tendência de geração de vínculos para enfermeiros no período de 2003 a 2018, utilizando equações polinomiais com recursos do software estatístico R. Uma tendência foi considerada significativa quando o valor de $p \leq 0,05$	Oliveira, Jonas Sâmí Albuquerque de; Pires, Denise Elvira Pires de; Meira, Karina Cardoso; Silva, Hallyson Leno Lucas da; Silva, Antônio Luís Siqueira da; Silva Junior, Jackson Antônio Bezerra da. Tendência temporal dos vínculos de trabalho para enfermeiros no sudeste do Brasil. Research, Society and Development, v. 11, n. 11, p. e497111133944, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33944 . Acesso em: 12 mar. 2025

Fonte: elaboração própria.

Apesar do aumento no número de estudos sobre o mercado de trabalho na enfermagem ao longo dos anos, ainda foram encontrados poucos artigos científicos dedicados especificamente ao tema na literatura. Dentre os estudos identificados, observa-se uma predominância de metodologias qualitativas, com a aplicação de entrevistas e questionários para compreender as percepções e experiências dos profissionais da área.

Dos artigos que adotam abordagens quantitativas, a maioria faz uso de bases de dados disponibilizadas por órgãos governamentais. Essas pesquisas empregam modelos econométricos e estatísticos para analisar as características do mercado de trabalho da enfermagem, identificando padrões e tendências, além de realizar projeções futuras sobre a inserção e a dinâmica da profissão.

7.1.2 Bases de dados utilizadas

7.1.2.1 Relação Anual de Informações Sociais – Rais

Descrição: A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) é uma base de dados criada pelo governo brasileiro para reunir informações detalhadas sobre o mercado de trabalho formal no país. Instituída pelo Decreto n.º 76.900, de 1975, e regulamentada posteriormente pelo Decreto n.º 10.854, de 2021, sua finalidade é monitorar as relações trabalhistas, subsidiar a elaboração de estatísticas oficiais e auxiliar na formulação de políticas públicas voltadas ao emprego.

A Rais, ao longo de sua vigência, teve caráter obrigatório e periodicidade anual, devendo ser preenchida por todos os estabelecimentos, sejam eles públicos ou privados, que mantivessem vínculos empregatícios formais. As informações coletadas abrangiam diversos aspectos da força de trabalho, como ocupação, remuneração, jornada semanal, entre outros. Esses dados são essenciais para o acompanhamento das tendências do mercado de trabalho, permitindo a identificação de padrões e a análise das transformações na estrutura do emprego no Brasil.

No contexto da enfermagem, a Rais se consolidou como uma fonte valiosa para compreender o perfil dos profissionais atuantes no regime formal, fornecendo informações sobre distribuição regional, faixa salarial e tipos de ocupação. Além disso, possibilitou a análise de padrões de admissão e desligamento, contribuindo para estudos sobre a evolução da empregabilidade na enfermagem e fornecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias que favorecem a valorização e a permanência desses profissionais no setor.

Origem dos dados: Os microdados da Rais são disponibilizados publicamente, por meio do site oficial: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/estatisticas-trabalho/microdados-rais-e-caged>.

Estrutura da Base: Os dados da Rais eram divulgados anualmente e englobavam registros de vínculos empregatícios formais em organizações do setor público e privado. A estrutura da base incluía registros individuais dos contratos de trabalho ativos em 31 de dezembro de cada ano, além de informações sobre admissões e desligamentos ocorridos ao longo do período. Entre os principais atributos registrados estão ocupação, faixa etária, gênero, cor/raça, nacionalidade, tipo de vínculo, modalidade de movimentação (como admissão e desligamento) e remuneração mensal referente ao mês de dezembro.

A Rais abrangia informações desde sua implantação em 1976 até 2022, quando foi substituída pelo sistema eSocial. Apesar de sua descontinuação, seus dados históricos permanecem como uma referência valiosa para estudos sobre o mercado de trabalho formal no Brasil. A consistência de alguns atributos ao longo dos anos permitiu a construção de séries históricas comparáveis, embora algumas modificações na estrutura dos campos possam impactar a uniformidade de certas variáveis entre diferentes períodos.

Restrições da Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Brasil, 2018c, 2019): Os dados são disponibilizados de forma anonimizada para garantir a proteção das informações pessoais, conforme estabelecido pela LGPD.

7.1.2.2 Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED)

Descrição: O Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) é uma fonte essencial de informações sobre o mercado de trabalho formal no Brasil, com cobertura nacional e atualização mensal. Criado para monitorar e fiscalizar admissões e desligamentos de trabalhadores sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o CAGED desempenha um papel fundamental na análise das dinâmicas de emprego no país.

No contexto da enfermagem, o CAGED possibilita a identificação de tendências de crescimento ou redução de postos de trabalho, além de fornecer insumos para avaliar a estabilidade, distribuição regional e demanda por profissionais do setor.

Origem dos dados: As informações são disponibilizadas publicamente, sem necessidade de cadastro, por meio da URL <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/estatisticas-trabalho/microdados-rais-e-caged>.

Estrutura: O CAGED disponibiliza dados desde janeiro de 2007 e, até dezembro de 2024, continua sendo atualizado. Durante esse período, a estrutura das tabelas passou por modificações, sendo o banco de dados referenciado como CAGED (de janeiro de 2007 a dezembro de 2019) e NOVO CAGED (de janeiro de 2020 em diante).

Restrições pela LGPD: Os dados são anonimizados.

Variáveis utilizadas no estudo:

Quadro 9 – Variáveis utilizadas no estudo

Rais	CAGED	Novo CAGED
CBO ocupação 2002	CBO ocupação 2002	CBO ocupação 2002
Faixa etária	Faixa etária	Faixa etária
Raça/Cor	Raça/Cor	Raça/Cor
Tipo de deficiência	Tipo de deficiência	Tipo de deficiência
Tipo de Vínculo	-	-
Tipo de admissão	Tipo de Movimentação	Tipo de Movimentação
Horas contratuais	Horas contratuais	Horas contratuais
Remuneração Média	Remuneração Média	Remuneração Média

Fonte: elaboração própria.

7.1.3 Percurso metodológico

Este estudo baseia-se na análise de microdados provenientes da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), obtidos no portal do Ministério do Trabalho e Emprego (disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/estatisticas-trabalho/microdados-rais-e-caged>).

Inicialmente, os dados foram carregados na versão mais recente do *software* de programação R, onde se iniciou o processo de tratamento e organização. Primeiramente, foi realizada a filtragem dos dados com base na variável “**CBO Ocupação 2002**”, selecionando apenas os códigos correspondentes aos profissionais da equipe de enfermagem. Em seguida, procedeu-se ao ajuste do formato de algumas variáveis, que continham zeros à esquerda ou utilizavam vírgulas em vez de pontos decimais. Esses ajustes foram feitos a fim de padronizar os dados, além disso, foi realizada a conversão de algumas variáveis que originalmente estavam armazenadas como caracteres, para o formato numérico.

Para viabilizar a interpretação dos dados, foi realizada a decodificação das variáveis que estavam representadas por códigos numéricos. Por exemplo, na variável “**tipo de admissão**”, o código 1 representava “**admissão por primeiro emprego**”, enquanto o código 2 indicava “**admissão por reemprego**”. A conversão foi feita com base nos dicionários de dados produzidos pela a pesquisa “Demografia e Mercado de Trabalho em Enfermagem”, acessíveis nos *links*: <https://abrir.link/EvjQI> e <https://abrir.link/AloKW>.

Após essa etapa, foi realizada a contagem das frequências de cada variável, considerando que cada linha do banco de dados representa um vínculo empregatício ou uma movimentação no mercado de trabalho. Assim, foi possível obter o número total de ocorrências para cada variável em cada ano da série analisada. Por exemplo, em 2011, registraram-se 11.963 admissões por primeiro emprego no Brasil, enquanto em 2017 esse número aumentou para 16.541.

As frequências obtidas foram organizadas em *dataframes* dentro do *software* R. Para facilitar a análise temporal e a interpretação dos dados, esses *dataframes* foram pivotados, reorganizando as tabelas de modo que as variáveis fossem dispostas nas linhas e os anos da série temporal ocupassem as colunas.

Por fim, os *dataframes* foram convertidos em tabelas no formato .xlsx e exportados para o Google Planilhas, onde foram armazenados para posterior produção de gráficos e realização de cálculos estatísticos.

Apesar do aumento no número de estudos sobre o mercado de trabalho na enfermagem ao longo dos anos, ainda foram encontrados poucos artigos científicos dedicados especificamente ao tema na literatura. Dentre os estudos identificados, observa-se uma predominância de metodologias qualitativas, com a aplicação de entrevistas e questionários para compreender as percepções e experiências dos profissionais da área.

Dos artigos que adotam abordagens quantitativas, a maioria faz uso de bases de dados disponibilizadas por órgãos governamentais. Essas pesquisas empregam modelos econométricos e estatísticos para analisar as características do mercado de trabalho da enfermagem, identificando padrões e tendências, além de realizar projeções futuras sobre a inserção e a dinâmica da profissão.

7.2 Resultados e discussão

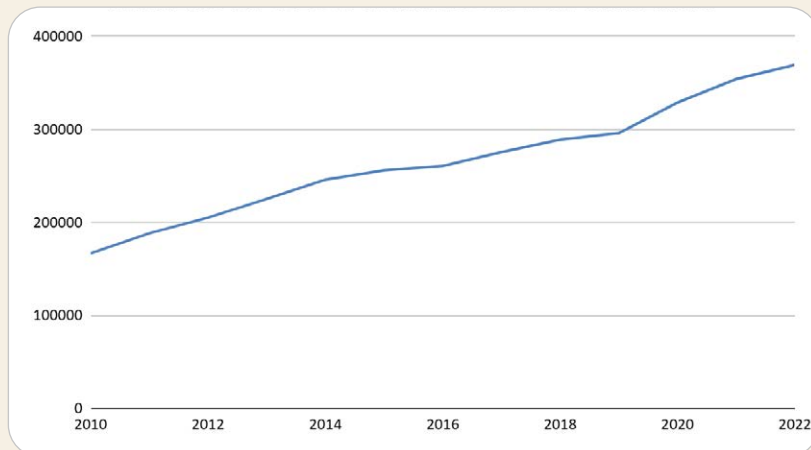
7.2.1 Enfermeiros

Nesta seção, são apresentados os principais achados do estudo, com uma análise das variáveis mais relevantes e suas correspondências nas três bases de dados utilizadas: Rais, CAGED e Novo CAGED. Cada variável será discutida de forma objetiva, destacando suas tendências ao longo do período analisado e as possíveis implicações para o mercado de trabalho da enfermagem no Brasil.

7.2.1.1 CBO ocupação 2002

Os números totais de vínculos empregatícios formais para enfermeiros em todo o Brasil foram obtidos a partir da filtragem da variável “**CBO Ocupação 2002**” nos microdados da Rais. Esses dados refletem a evolução do emprego formal na categoria ao longo dos anos.

Figura 46 – Número total de vínculos de enfermeiros no Brasil (Rais)

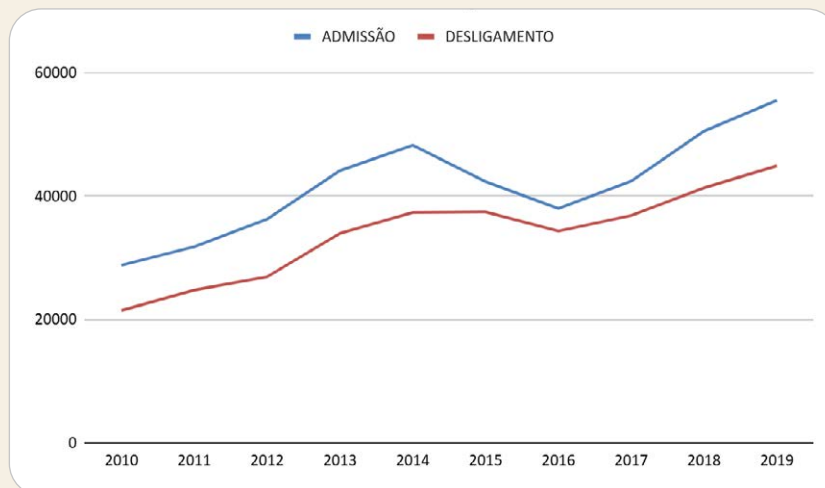


Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

A Figura 46 traduz uma frequência crescente dos vínculos de enfermeiros de 2010 a 2022. É possível identificar que houve uma maior tendência de crescimento de 2010 a 2014 e de 2019 a 2022, com um crescimento menos acentuado entre esses dois períodos.

A partir da filtragem da variável “**CBO Ocupação 2002**” nos microdados do CAGED, foram identificadas as movimentações de enfermeiros no mercado de trabalho formal, considerando o número de admissões e desligamentos registrados entre 2010 e 2019 conforme mostra Figura 47. Esses dados permitem analisar a dinâmica da contratação e desocupação de vagas para os profissionais da categoria ao longo do período.

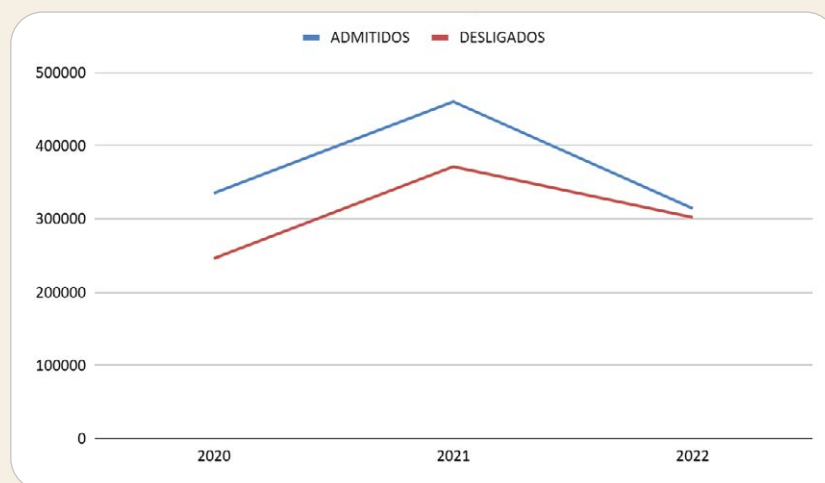
Figura 47 – Número total de enfermeiros admitidos e desligados no Brasil, durante o período de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Da mesma forma, a variável “**CBO Ocupação 2002**” foi filtrada nos microdados do NOVO CAGED, permitindo a identificação das movimentações de admissões e desligamentos de enfermeiros no mercado de trabalho formal entre 2020 e 2022 (Figura 48). Esses dados oferecem uma visão sobre a dinâmica do emprego na categoria durante o período pandêmico.

Figura 48 – Número total de enfermeiros admitidos e desligados no Brasil, durante o período de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do Novo CAGED/MTE.

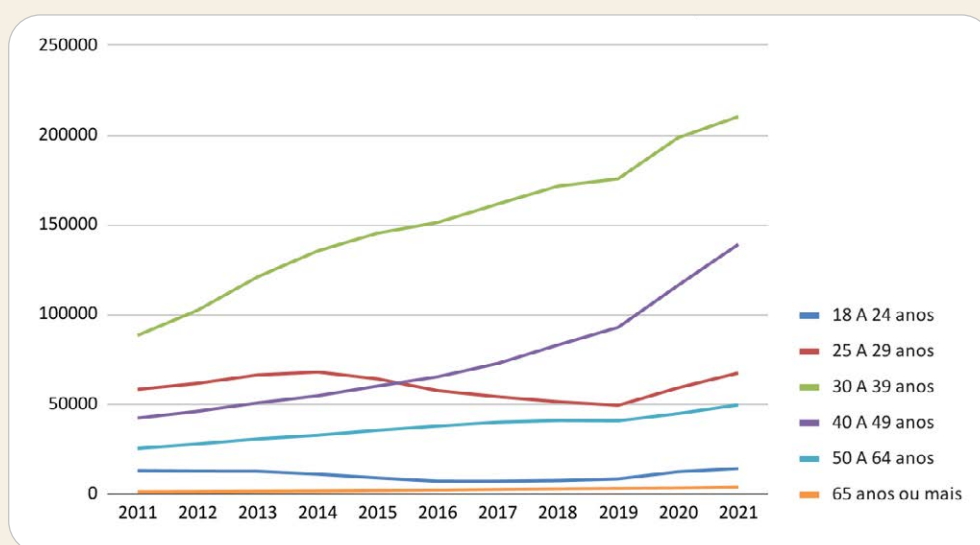
Durante todo o período de 2010 a 2022, observou-se um maior número de admissões do que desligamentos para enfermeiros, o que sustenta o crescimento do total de vínculos empregatícios apresentados na Figura 46. No entanto, ao longo de toda a série temporal, verificou-se que sempre que houve um aumento nas admissões, também ocorreu um crescimento proporcional dos desligamentos. Esse padrão sugere uma alta rotatividade de profissionais na área, uma vez que os picos de contratações foram decorrentes de grandes desocupações de vagas, indicando que a admissão de novos profissionais se dá frequentemente devido à saída de trabalhadores do setor.

No contexto da pandemia da covid-19, especialmente em 2021, essa dinâmica se intensificou significativamente. O expressivo aumento nas admissões reflete a alta demanda por profissionais de enfermagem no período, enquanto o crescimento dos desligamentos indica um elevado índice de saída de trabalhadores, possivelmente impulsionado pela sobrecarga e pelas condições desafiadoras enfrentadas pela categoria.

7.2.1.2 Faixa etária

Nesta seção, será analisada a variável “**Faixa Etária**”, essa análise visa compreender a distribuição etária dos enfermeiros no mercado de trabalho formal ao longo dos anos, e identificar possíveis tendências de envelhecimento ou rejuvenescimento da categoria.

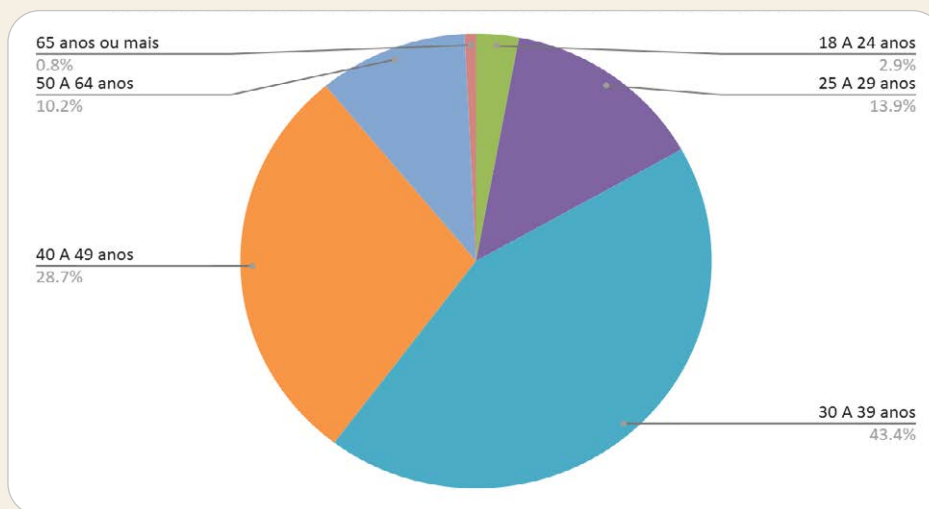
Figura 49 – Faixas etárias dos enfermeiros com vínculos de trabalho formais, de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Para fins de comparação, foram elaboradas as Figuras 50 e 51, que ilustram a distribuição da variável “**Faixa Etária**” em diferentes momentos da série temporal. A Figura 49 representa a distribuição etária dos enfermeiros no ano de 2011, enquanto a Figura 50 apresenta essa mesma distribuição em 2021, permitindo uma análise visual das mudanças ocorridas ao longo da década.

Figura 50 – Faixas etárias dos enfermeiros com vínculos de trabalho formais no ano de 2011 (Rais)

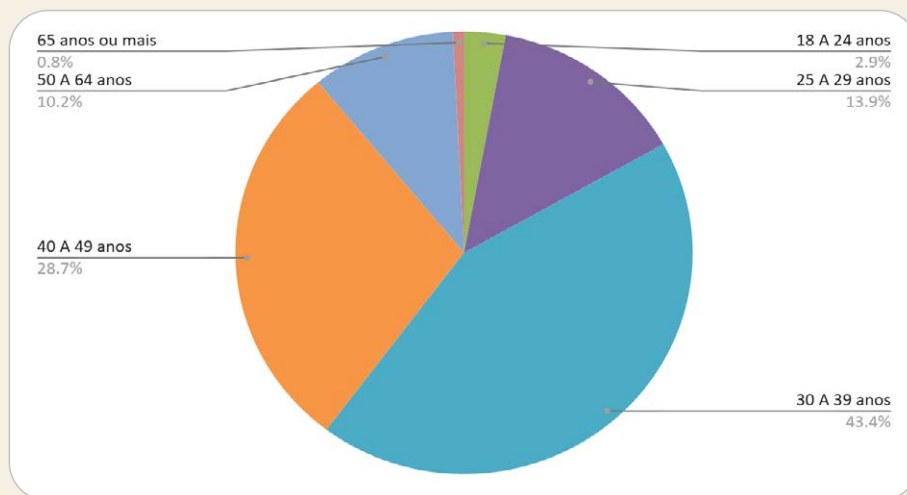


Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Entre 2011 e 2021, a distribuição etária dos enfermeiros no mercado de trabalho formal passou por mudanças significativas, sugerindo um possível envelhecimento da categoria. Em 2011, 25,5% dos profissionais estavam na faixa de 25 a 29 anos, enquanto em 2021 essa participação caiu para 13,9%, representando uma redução absoluta de 11,6 pontos percentuais e uma queda relativa de 45,5%. Por outro lado, a faixa de 30 a 39 anos, que já era a mais representativa em 2011 com 38,7%, aumentou para 43,4% em 2021, um crescimento relativo de 12,1%. Além disso, a participação de enfermeiros entre 40 e 49 anos passou de 18,5% para 28,7%, representando um aumento absoluto de 10,2 pontos percentuais e um crescimento relativo de 55,1% ao longo do período.

Esses dados indicam uma tendência de envelhecimento da categoria, com a redução da presença de profissionais mais jovens e um aumento progressivo nas faixas etárias superiores.

Figura 51 – Faixas etárias dos enfermeiros com vínculos de trabalho formais no ano de 2021 (Rais)



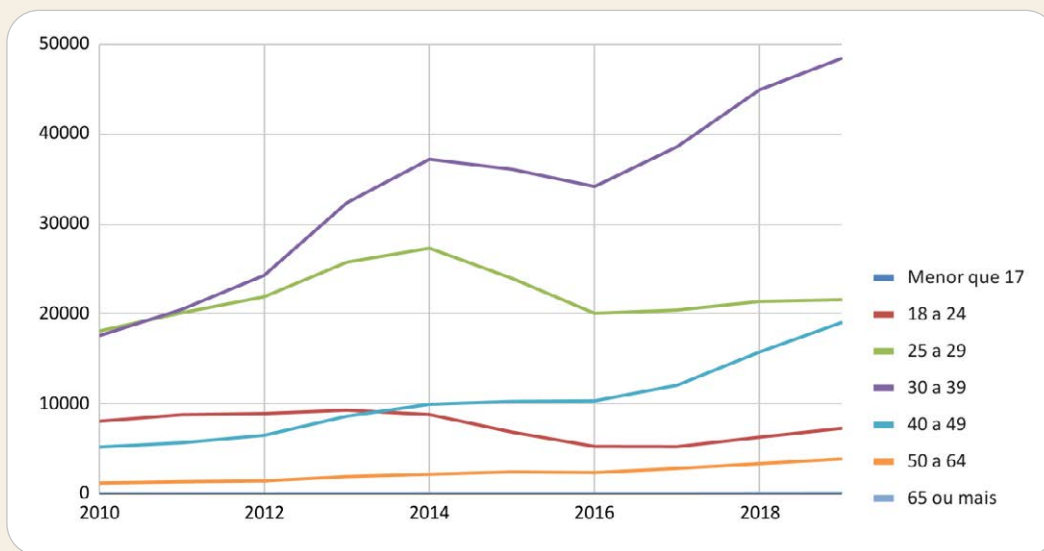
Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

A participação dos enfermeiros na faixa etária de 18 a 24 anos também apresentou uma redução significativa ao longo da década. Em 2011, essa faixa representava 5,6% do total de vínculos empregatícios formais, enquanto em 2021 essa participação caiu para 2,9%, uma redução absoluta de 2,7 pontos percentuais e uma queda relativa de 48,2%.

Vale lembrar que essa faixa etária corresponde, em grande parte, aos recém-formados em enfermagem, o que indica uma crescente dificuldade de inserção no mercado de trabalho para esses profissionais. Esse cenário pode estar associado a diversos fatores, como o aumento da competitividade no setor, a preferência por profissionais mais experientes e a possível redução de oportunidades para aqueles que estão ingressando na profissão.

A Figura 52 apresenta os dados coletados no CAGED para a variável “**faixa etária**”, os quais estão em concordância com os dados encontrados na Rais. Observa-se uma tendência semelhante em ambas as bases, com a redução dos percentuais de admissão e desligamento nas faixas etárias mais jovens e o aumento progressivo das faixas etárias mais velhas ao longo do período analisado.

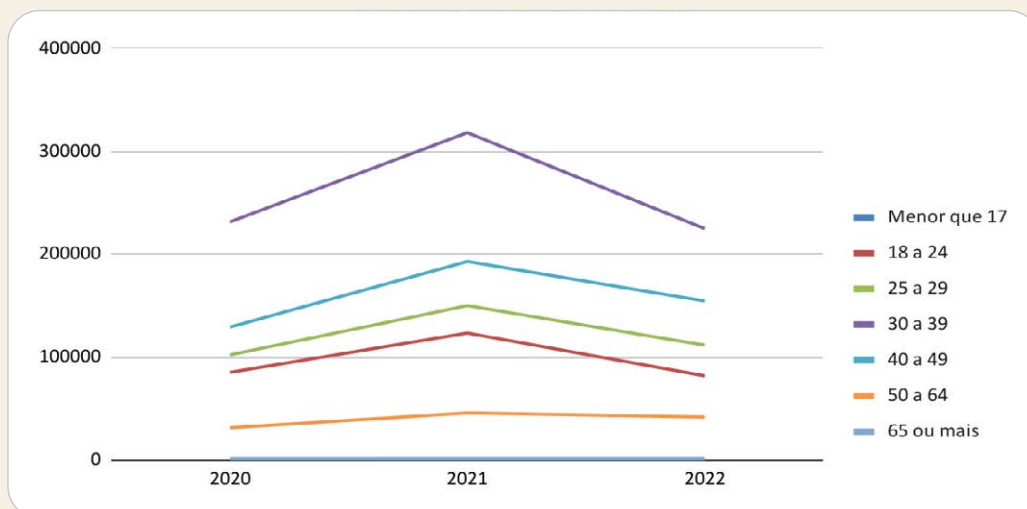
Figura 52 – Faixas etárias dos enfermeiros admitidos e desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Ao observarmos a Figura 53, é possível constatar que os dados do Novo CAGED estão em consonância com os resultados apresentados anteriormente, evidenciando um aumento expressivo nas movimentações de enfermeiros em todo o Brasil durante a pandemia.

Figura 53 – Faixas etárias dos enfermeiros admitidos e desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

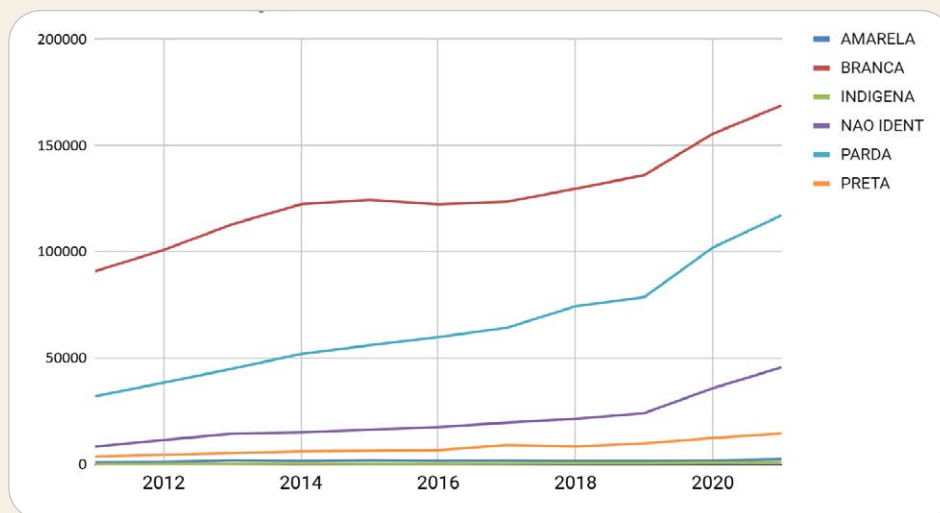
Além disso, observa-se que a faixa etária de 30 a 39 anos continua sendo a predominante entre os enfermeiros admitidos e desligados, mantendo-se como o grupo etário mais representativo da categoria nesse contexto.

7.2.1.3 Raça/Cor

A análise da variável “**raça/cor**” na Rais, entre 2011 e 2021, revelou que a maioria dos enfermeiros com vínculos formais no Brasil foi a declaradamente branca, desde o início até o final do período analisado. Em segundo lugar, encontram-se os profissionais que se autodeclararam pardos, seguidos pelos declarados pretos, que ocupam a terceira posição. Além disso, observa-se um número significativo de registros com **raça/cor** não identificada, o que indica uma alta subnotificação dessa informação.

Esse cenário sugere que muitos empregadores ignoram ou deixam de coletar corretamente essa variável, comprometendo a precisão dos dados sobre a composição racial da categoria. Os dados dessa variável estão dispostos na Figura 54.

Figura 54 – Raça/cor dos enfermeiros com vínculos de trabalho formal no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



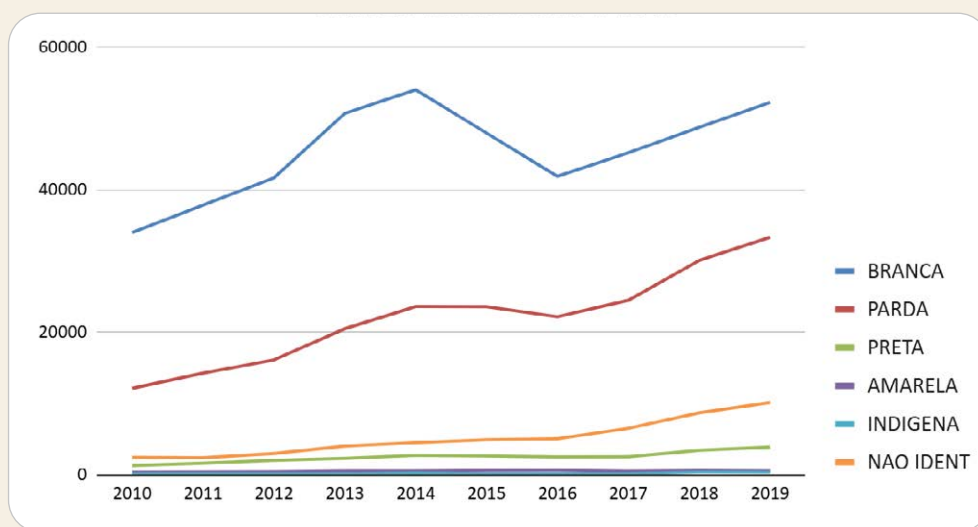
Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

A Figura 55 apresenta o resultado da análise da mesma variável, “**raça/cor**”, porém com os dados do CAGED, que se referem aos profissionais admitidos ou desligados. A distribuição observada no CAGED reflete a mesma tendência de

autodeclaração encontrada na Rais, com a maioria dos enfermeiros se autodeclarando brancos, seguidos pelos pardos e, em terceiro lugar, pelos pretos.

No CAGED, também há um número expressivo de registros sem identificação da raça/cor, reforçando a presença de subnotificação e a falta de preenchimento adequado dessa informação por muitos empregadores.

Figura 55 – Raça/cor dos enfermeiros admitidos e desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)

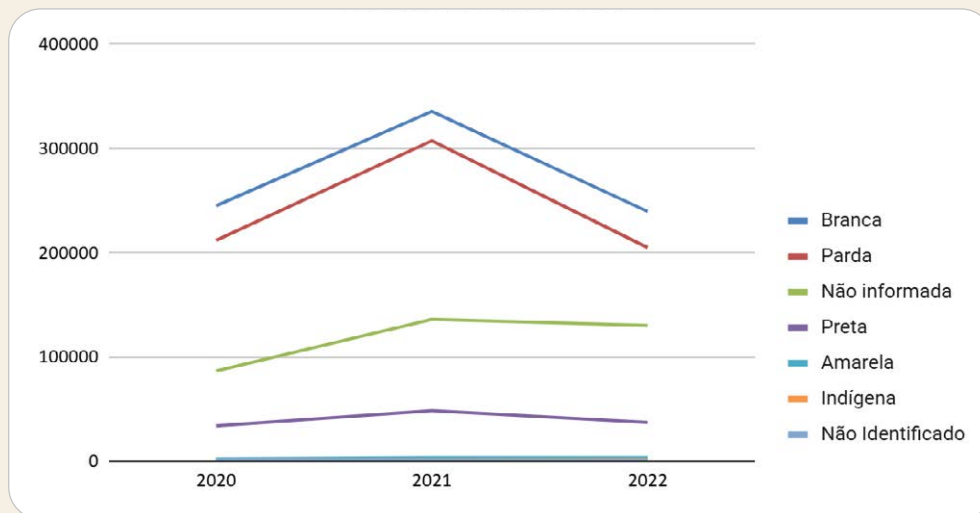


Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

A Figura 56 apresenta a mesma variável, “**raça/cor**”, porém com dados do NOVO CAGED, referente ao período de 2020 a 2022. Diferentemente da Rais e do CAGED, o Novo CAGED inclui duas categorias distintas dentro dessa variável: “não identificado” e “não informada”. Observa-se que o número de indivíduos com raça/cor “não informada” é significativamente maior do que aqueles classificados como “não identificados”.

Esse cenário confirma que o problema não está relacionado à heteroidentificação, mas sim à baixa importância atribuída pelos empregadores ao preenchimento dessa informação, resultando em um alto índice de omissões nos registros.

Figura 56 – Raça/cor dos enfermeiros admitidos e desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

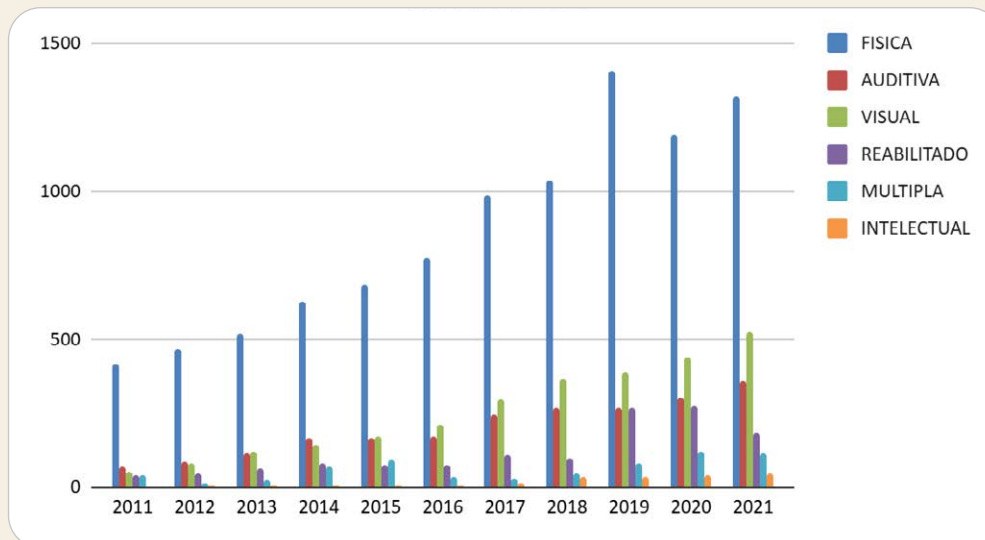
Os dados analisados em todas as bases – Rais, CAGED e Novo CAGED – ao longo de toda a série temporal mostram que a maioria dos enfermeiros com vínculos formais no Brasil é autodeclarada branca, enquanto profissionais declarados pardos e pretos ocupam posições numéricas inferiores. Dessa forma, é cabível destacar que o acesso aos cursos de nível superior em enfermagem reflete desigualdades raciais que impactam diretamente as oportunidades de ascensão profissional na área, visto que esse padrão sugere que pessoas brancas têm maior acesso a melhores espaços de escolaridade, o que se traduz em mais oportunidades para inserção e progressão em empregos de nível superior.

Além disso, a elevada subnotificação da variável “raça/cor” indica que muitos empregadores não atribuem importância a esse dado, dificultando análises mais precisas sobre desigualdades no mercado de trabalho da enfermagem.

7.2.1.4 Tipo de deficiência

Nesta seção, será discutida a variável “**tipo de deficiência**”, analisando a distribuição dos enfermeiros com deficiência no mercado de trabalho formal. A Figura 57 apresenta os dados dessa variável na Rais, no período de 2011 a 2021, permitindo uma análise da inclusão desses profissionais ao longo dos anos.

Figura 57 – Raça/cor dos enfermeiros no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



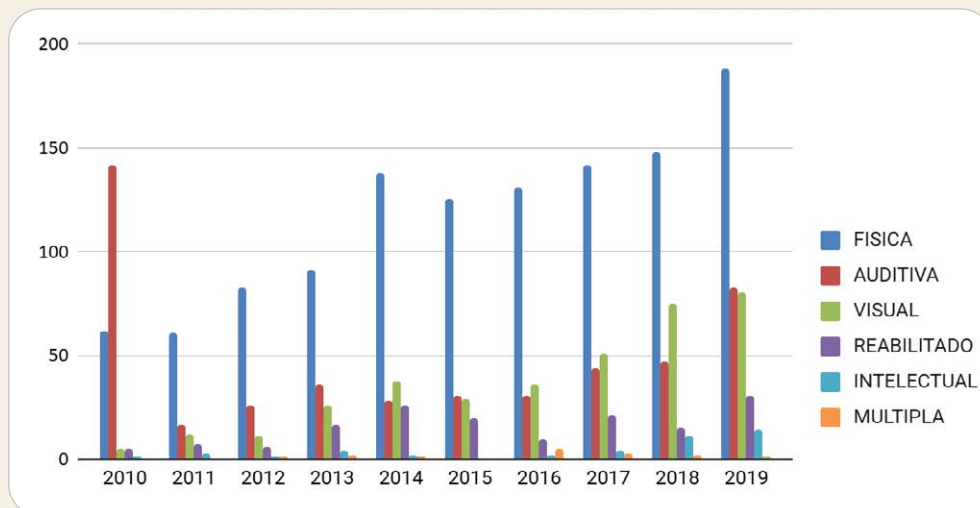
Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Os dados analisados mostram que a maioria da população de enfermeiros com deficiência possui deficiência física, seguida pelos profissionais com deficiência visual, enquanto os deficientes auditivos ocupam a terceira posição.

Observa-se ainda um aumento no número total de pessoas com deficiência ao longo do tempo, refletindo uma maior inclusão desses profissionais no mercado de trabalho formal. Além disso, embora ainda representem uma minoria dentro desse grupo, observa-se uma tendência de crescimento na parcela de enfermeiros reabilitados. Esses são profissionais que passaram por um processo de reabilitação após adquirirem alguma condição de saúde ou sofrerem um acidente que resultou em deficiência, sendo reinseridos no mercado de trabalho por meio de adaptações no ambiente, readequação de funções ou capacitação para novas atividades.

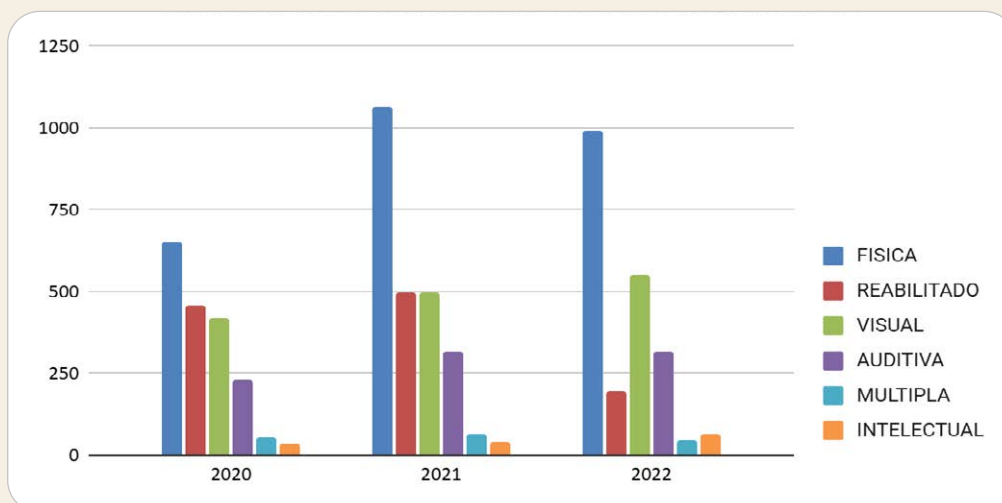
A mesma variável, “**tipo de deficiência**”, analisada no CAGED e no Novo CAGED, apresenta uma realidade semelhante à observada na Rais, reafirmando que a maioria dos enfermeiros com deficiência possui deficiência física, seguida pelos deficientes visuais e, em terceiro lugar, pelos deficientes auditivos. As Figura 58 e 59 trazem a conformação dos dados no CAGED e Novo CAGED, respectivamente.

Figura 58 – Tipo de deficiência dos enfermeiros admitidos e desligados no Brasil entre 2010 e 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Figura 59 – Tipo de deficiência dos enfermeiros admitidos e desligados no Brasil entre 2020 e 2022 (Novo CAGED)



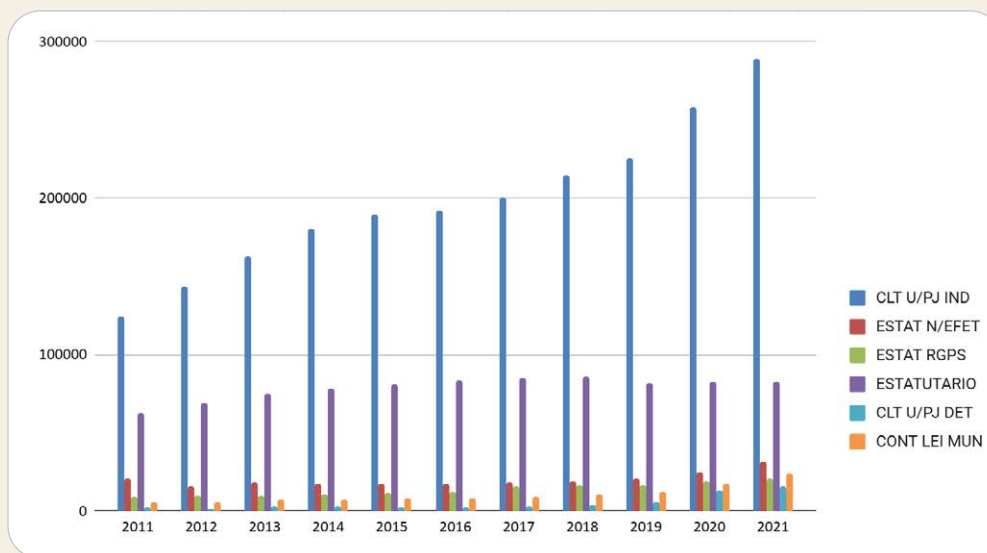
Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Diferentemente da Rais, os dados do CAGED mostram um pico de movimentações entre profissionais com deficiência auditiva em 2010. Essa variação pode estar associada a políticas específicas de inclusão dos profissionais com esse perfil no mercado de trabalho.

7.2.1.5 Tipo de vínculo

Nesta seção, será analisada a variável “**tipo de vínculo**”, que está presente exclusivamente nos dados da Rais (Figura 60). Visto que a Rais fornece informações sobre as características dos vínculos de trabalho ativos, permitindo uma análise mais aprofundada da relação empregatícia dos enfermeiros ao longo do tempo. Já o CAGED e o Novo CAGED registram apenas as movimentações de admissões e desligamentos, sem abranger os vínculos empregatícios em si.

Figura 60 – Tipo de vínculo dos enfermeiros no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Ao longo de toda a série histórica, a maioria dos enfermeiros esteve vinculada ao regime da CLT, predominantemente como trabalhadores urbanos associados a pessoas jurídicas.

Observa-se um crescimento contínuo desse tipo de contratação, que, embora amplie o número de profissionais empregados, oferece menos estabilidade, segurança e benefícios em comparação ao regime estatutário. Por outro lado, o número de servidores estatutários permaneceu praticamente constante ao longo dos anos, sem apresentar crescimento significativo, evidenciando a falta de concursos públicos para a ampliação desses postos.

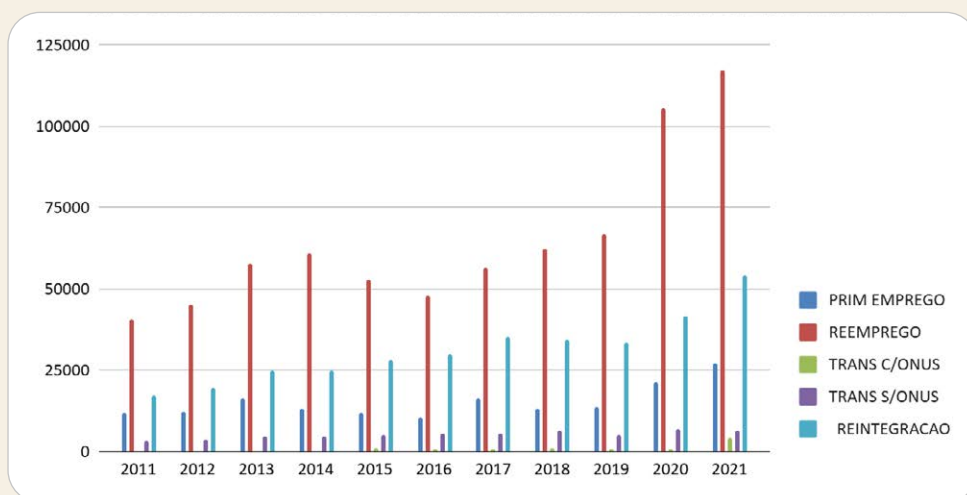
Esse cenário sugere um processo de precarização do trabalho, à medida que a expansão do mercado de trabalho para a enfermagem tem ocorrido principalmente por meio de vínculos mais flexíveis e menos protegidos.

7.2.1.6 Tipo de admissão

Nesta seção, será analisado o “**tipo de admissão**” dos enfermeiros no Brasil. Na Rais, a variável disponível para esse aspecto é “**tipo de admissão**”, enquanto a variável “**tipo de desligamento**” não apresenta valores significativos para uma análise consistente e, portanto, não será utilizada. Já nas bases do CAGED e Novo CAGED, a variável equivalente é “**tipo de movimentação**”, que permite a observação tanto das admissões quanto dos desligamentos.

Neste primeiro momento, serão abordados apenas os “**tipos de admissão**”, com foco nos diferentes formatos de entrada dos enfermeiros no mercado de trabalho conforme demonstrado nas Figuras 61, 62 e 63. Os “**tipos de desligamento**” serão analisados posteriormente, utilizando exclusivamente os dados do CAGED e Novo CAGED.

Figura 61 – Tipos de admissão dos enfermeiros no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



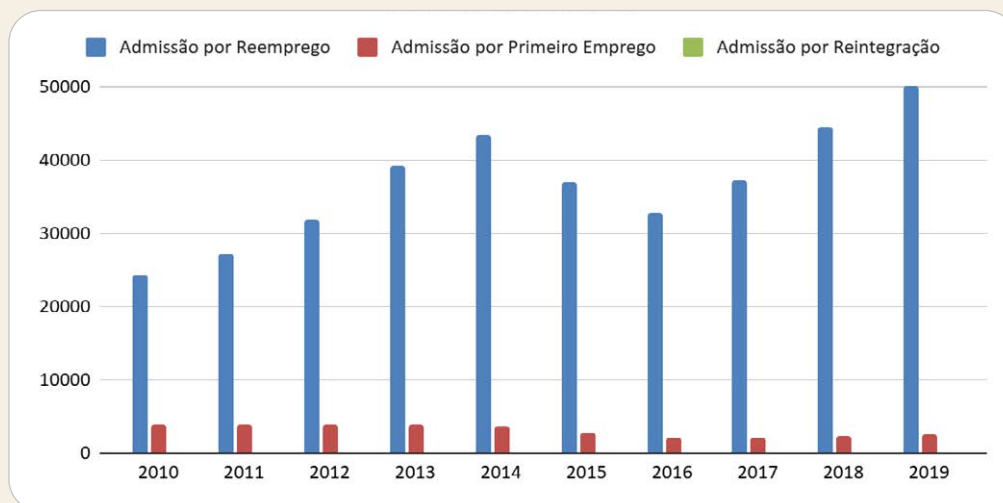
Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Os dados da Rais revelam que a maioria das admissões de enfermeiros no Brasil ocorre por reemprego, ou seja, profissionais que já possuem experiência na área e estão retornando ao mercado de trabalho. Em segundo lugar, destacam-se as admissões

por reintegração, que ocorrem quando um trabalhador é readmitido após uma decisão judicial ou administrativa que determina seu retorno à instituição empregadora. Já as admissões por primeiro emprego ocupam apenas a terceira posição, com números significativamente menores em comparação às duas primeiras categorias.

Esse cenário evidencia que o mercado de trabalho brasileiro para a enfermagem não é altamente receptivo para recém-formados, dificultando a inserção de novos profissionais na área.

Figura 62 – Tipos de admissão dos enfermeiros no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)

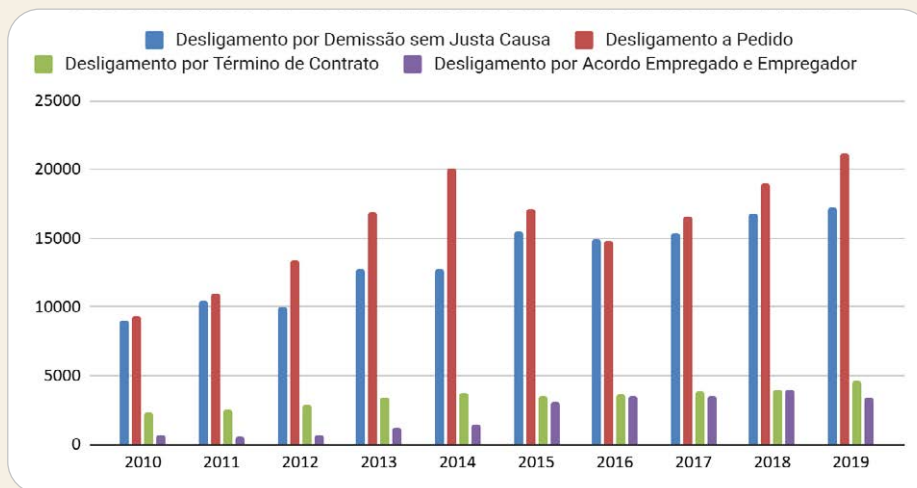


Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Nos dados do CAGED (Figura 62), diferentemente da Rais, as admissões por reintegração foram inexpressivas, ou seja, representam uma parcela muito pequena do total. Isso pode ser explicado pelo fato de que o CAGED registra apenas de empregados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem acompanhar decisões administrativas ou judiciais que levem à reintegração de trabalhadores, como ocorre na Rais.

Ainda assim, observa-se um padrão semelhante: as admissões por reemprego ocupam o primeiro lugar, indicando que a maioria dos enfermeiros contratados já possuía experiência profissional anterior. Já as admissões por primeiro emprego aparecem em segundo lugar, mas ainda assim com valores muito inferiores às admissões por reemprego, reforçando a dificuldade dos recém-formados em ingressar no mercado de trabalho.

Figura 63 – Tipos de admissão dos enfermeiros no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

No Novo CAGED, adotado durante a pandemia da covid-19, o cenário das admissões apresenta particularidades que refletem as demandas emergenciais do período. Diferente do CAGED, o NOVO CAGED inclui a categoria “**Admissão por contrato de prazo determinado**”, possivelmente adicionada devido à necessidade urgente de contratação temporária para suprir a alta demanda por profissionais de saúde.

Outra mudança significativa foi a introdução da categoria “**Admissão por tipo ignorado**”, que se tornou a segunda principal forma de admissão em 2021, e que em 2022, englobou praticamente todas as admissões registradas.

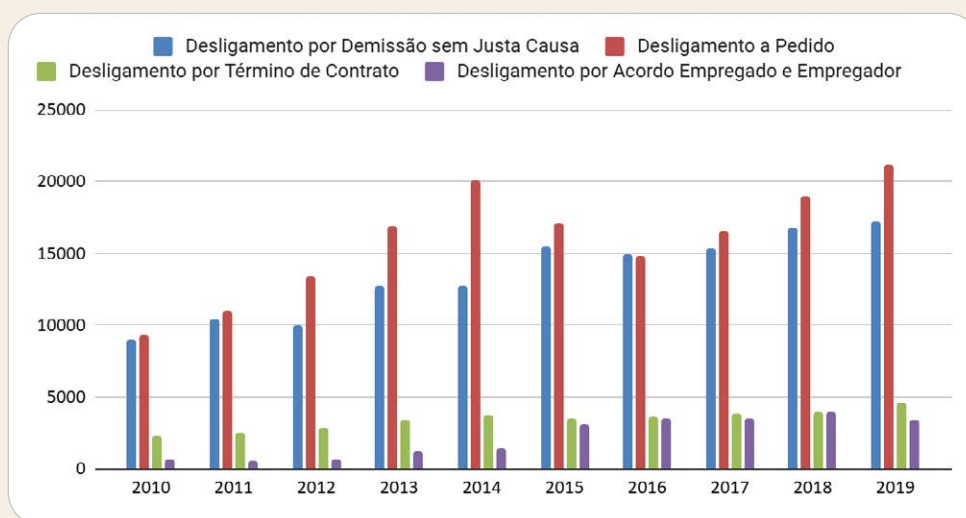
Essa predominância pode estar relacionada a falhas no preenchimento dos dados ou a mudanças nos critérios de categorização das admissões, podendo aparecer tipos de admissão que não eram contemplados pelo Novo CAGED, dessa forma, a maioria se encaixa nessa categoria.

7.2.1.7 Tipo de desligamento

Nesta seção, serão analisados os tipos de desligamento dos enfermeiros no Brasil, com base na variável “**tipo de movimentação**” disponível no CAGED e Novo CAGED (Figuras 64 e 65). Durante todo o período, os desligamentos mais frequentes foram a pedido, ou seja, quando o próprio profissional solicita sua saída, possivelmente

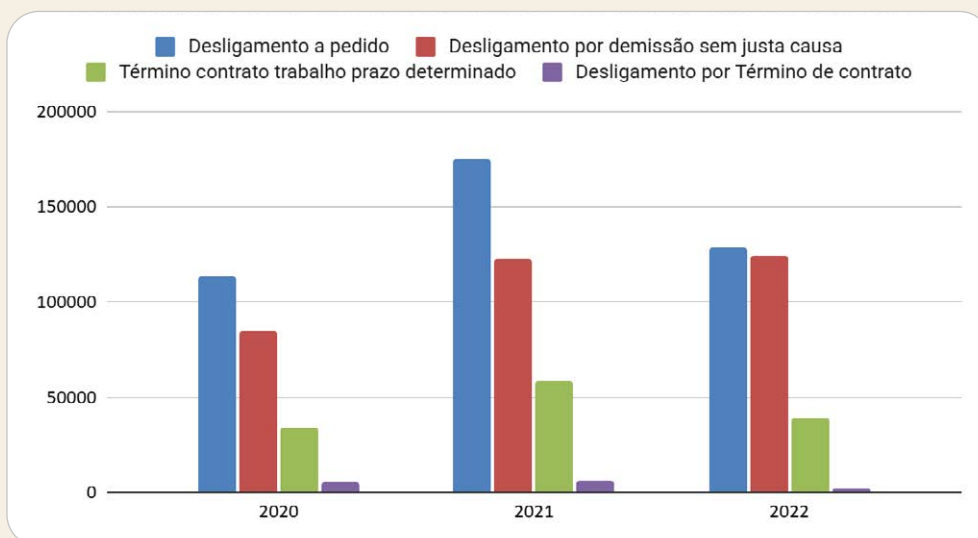
por melhores oportunidades ou insatisfação, seguidos dos desligamentos por demissão sem justa causa, quando o empregador encerra o contrato sem justificativa formal.

Figura 64 – Desligamentos de enfermeiros no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Figura 65 – Desligamentos de enfermeiros no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

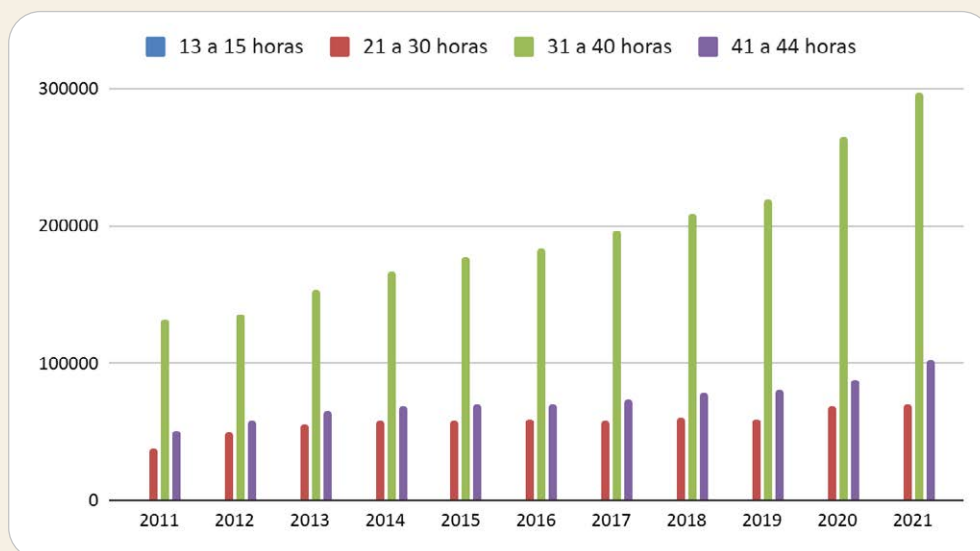
No Novo CAGED, durante o período pandêmico, houve um aumento substancial dos desligamentos “por término de contrato por tempo determinado”, evidenciando

a contratação temporária para suprir a demanda emergencial da pandemia da covid-19. Apesar disso, os desligamentos “a pedido” e “por demissão sem justa causa” permaneceram como as duas principais formas de desligamento, reforçando a alta rotatividade e a precarização do vínculo empregatício na enfermagem.

7.2.1.8 Horas contratuais

A análise da variável “**quantidade de horas contratuais**” indica a carga horária acordada no contrato de trabalho dos enfermeiros no Brasil. A distribuição das horas contratuais nos traz tanto as condições de trabalho quanto a forma de contratação desses profissionais, podendo revelar tendências como a predominância de jornadas integrais ou a presença de vínculos com carga horária reduzida. A Figura 66 demonstra a análise dessa variável na Rais, enquanto a Figura 67 apresenta o quantitativo de horas contratuais dos enfermeiros admitidos/desligados no país no período de 2010 a 2019 segundo dados do CAGED.

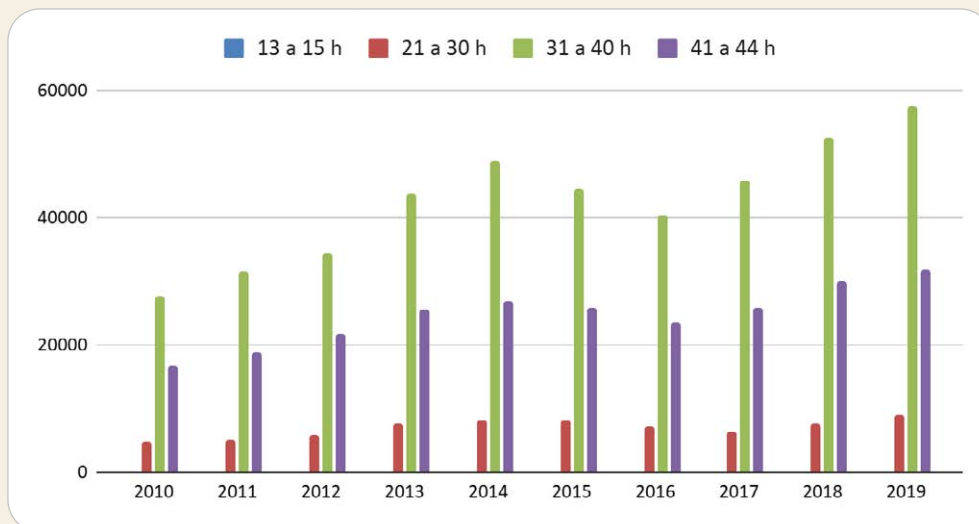
Figura 66 – Quantidade de horas contratuais de enfermeiros no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

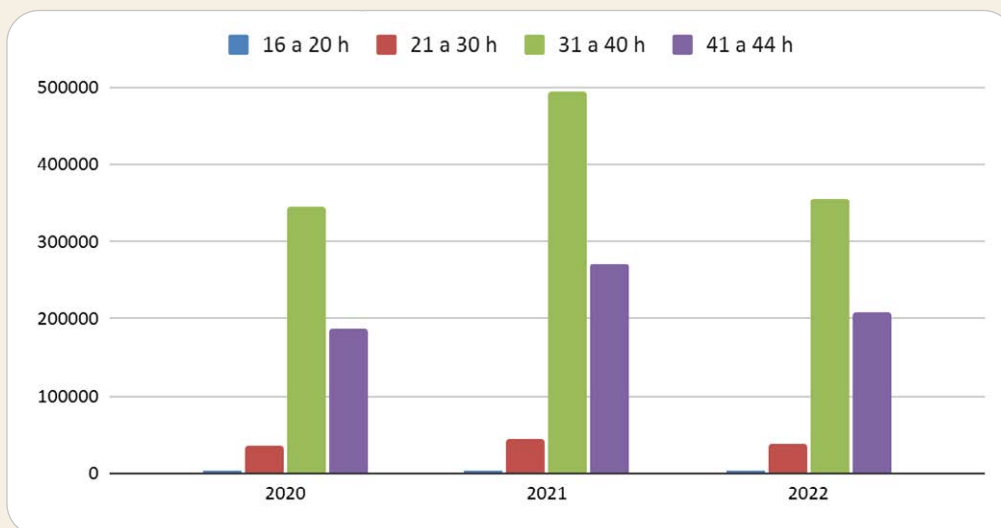
A faixa de horas contratuais mais predominante entre os enfermeiros no Brasil foi a de 31 a 40 horas semanais, seguida pela faixa de 41 a 44 horas semanais. Essa configuração manteve-se constante por todo o período temporal analisado, sendo observada tanto nos dados da Rais quanto no CAGED.

Figura 67 – Quantidade de horas contratuais dos enfermeiros admitidos/desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Figura 68 – Quantidade de horas contratuais dos enfermeiros admitidos/desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Conforme demonstrado Figura 68, os dados do Novo CAGED estão em concordância com aqueles apresentados tanto pela Rais (Figura 66) como pelo CAGED (Figura 67), evidenciando, portanto, o mesmo cenário em relação às horas contratuais.

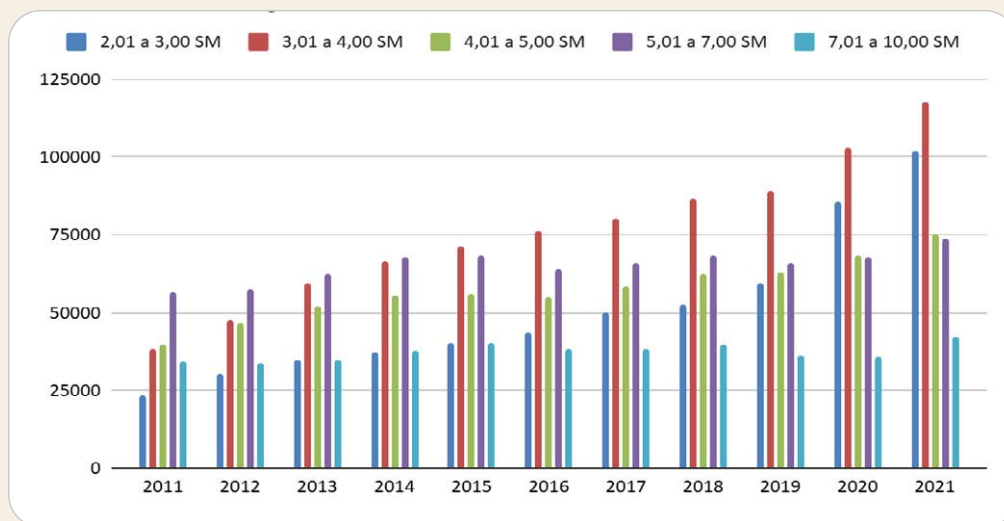
A predominância das faixas contratuais de 31 a 40 horas e 41 a 44 horas semanais é claramente visível em todas as bases de dados, sendo que o número de profissionais contratados para regimes de 30 horas ou menos é extremamente baixo em comparação com o total.

Nesse contexto, a luta da enfermagem para alcançar o regime de 30 horas semanais é um tema recorrente e de grande importância no Brasil. Essa mudança busca melhorar as condições de trabalho, e garantir a saúde e o bem-estar dos profissionais, e melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes. Diversas campanhas e movimentos têm sido realizados ao longo dos anos para conquistar a redução da carga horária, uma vez que o regime de 40 horas semanais, ainda predominante, muitas vezes sobrecarrega os profissionais, prejudicando a qualidade de vida e a efetividade no cuidado prestado.

7.2.1.9 Remuneração média

Por fim, esta seção abordará a variável “remuneração média”, analisando a evolução dos salários dos enfermeiros ao longo do tempo. A partir dos dados disponíveis, é possível identificar tendências de valorização ou estagnação da categoria, bem como possíveis desigualdades salariais dentro do setor. Vale salientar que essa remuneração média está disposta em número de salários-mínimos e que considera a mudança do valor do salário-mínimo de um ano para o outro.

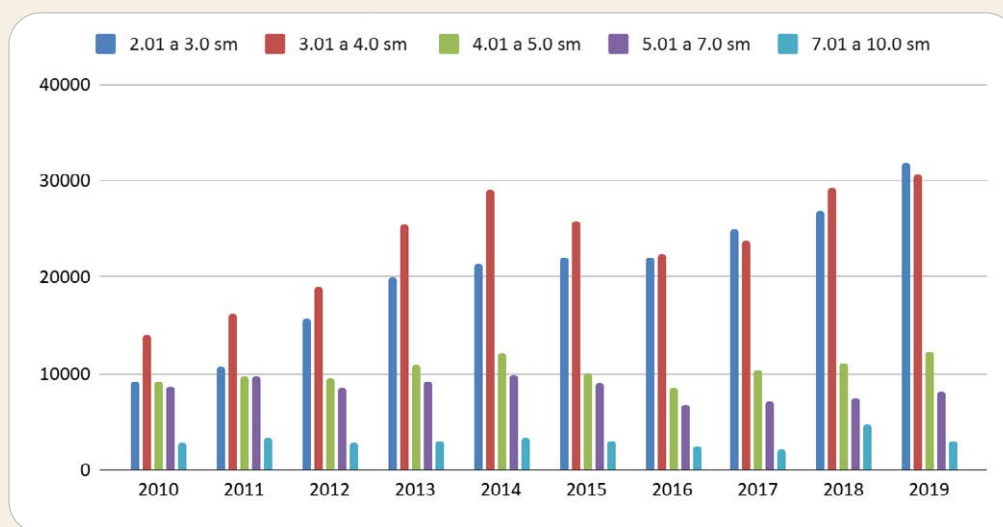
Figura 69 – Remuneração média dos enfermeiros no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Conforme apresentados na Figura 69, os dados analisados mostram uma mudança significativa na distribuição salarial dos enfermeiros ao longo do tempo. Até 2012, a maior parte dos profissionais recebia entre 5 e 7 salários-mínimos. No entanto, em 2014, observou-se um ponto de inflexão, quando a quantidade de enfermeiros que ganhava entre 3 e 4 salários-mínimos se equiparou àqueles que ainda recebiam de 5 a 7 salários-mínimos. A partir de 2015, essa tendência se inverteu, com a maioria dos profissionais passando a ganhar entre 3 e 4 salários-mínimos. Em 2021, essa diferença se tornou ainda mais acentuada, consolidando essa faixa salarial como a predominante. Além disso, vale destacar que, enquanto em 2011 o número de enfermeiros que recebiam entre 2 e 3 salários-mínimos era quase inexpressivo, em 2021 essa faixa se tornou a segunda com o maior número de profissionais, evidenciando uma queda geral da remuneração da categoria ao longo dos anos.

Figura 70 – Remuneração média dos enfermeiros admitidos/desligados entre 2010 e 2019 (CAGED)

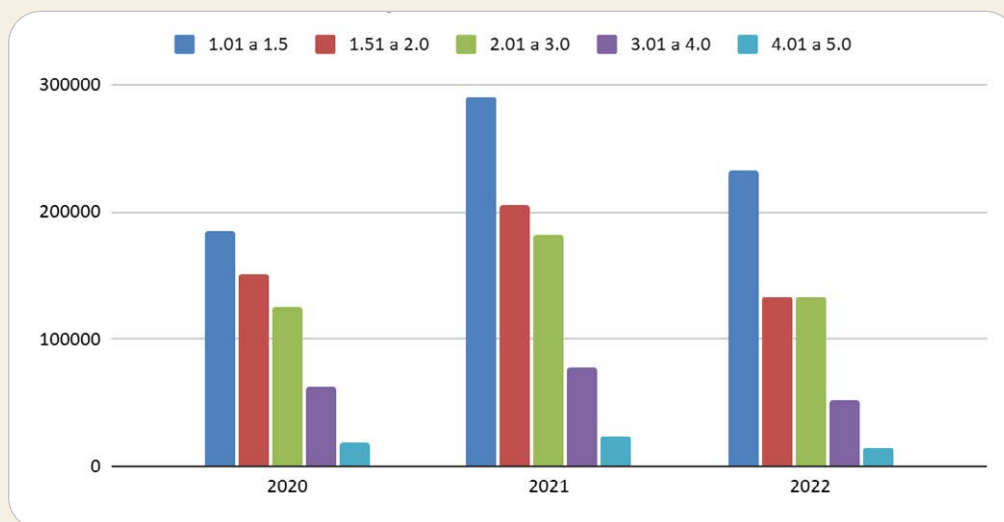


Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Os dados do CAGED (Figura 70) confirmam a tendência observada na Rais, evidenciando uma mudança progressiva na distribuição salarial dos enfermeiros ao longo do tempo. Com o passar dos anos, o número de movimentações nas faixas salariais de 2 a 3 salários-mínimos e de 3 a 4 salários-mínimos aumentou de forma contínua, até que, em 2019, as movimentações na faixa de 2 a 3 salários-mínimos superaram aquelas na faixa de 3 a 4 salários-mínimos. Paralelamente, as movimentações na faixa de 5 a 7 salários-mínimos diminuíram progressivamente.

Esse cenário sugere que as novas gerações de enfermeiros que estão ingressando no mercado de trabalho estão recebendo salários mais baixos por vínculo empregatício do que as gerações anteriores.

Figura 71 – Remuneração média dos enfermeiros admitidos/desligados entre 2020 e 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

No Novo CAGED (Figura 71) a situação se torna ainda mais alarmante. Durante a pandemia, houve um aumento expressivo no número de enfermeiros admitidos com salários entre 1 e 1,5 salários-mínimos, 1,5 e 2 salários-mínimos, e 2 a 3 salários-mínimos. Esse crescimento foi tão significativo que a grande maioria dos profissionais contratados ou desligados nesse período recebia até 1,5 salário-mínimo.

Esse cenário evidencia um aprofundamento da precarização do trabalho da enfermagem durante a crise sanitária, refletindo a urgência na contratação de profissionais em condições menos favoráveis, com vínculos mais frágeis e remunerações reduzidas, mesmo diante da alta demanda e da importância do trabalho desses profissionais no enfrentamento da pandemia.

Os fatos justificam a reivindicação da enfermagem por um piso salarial digno, como uma das principais bandeiras da categoria nos últimos anos. Após décadas de mobilização, a aprovação da Lei n.º 14.434/2022 (Brasil, 2022) estabeleceu um piso salarial para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como parteiras, garantindo um patamar mínimo de remuneração para esses profissionais essenciais ao sistema de saúde. No entanto, a implementação do piso tem enfrentado diversos desafios, especialmente relacionados ao impacto financeiro para instituições públicas e privadas.

Além disso, há relatos de estratégias adotadas por empregadores para evitar o pagamento do piso, como a redução da jornada de trabalho, cortes de benefícios e aumento na carga horária sem a devida compensação financeira. A falta de fiscalização adequada e a desigualdade na aplicação do piso entre diferentes regiões e tipos de vínculo trabalhista também são fatores que dificultam sua efetivação plena.

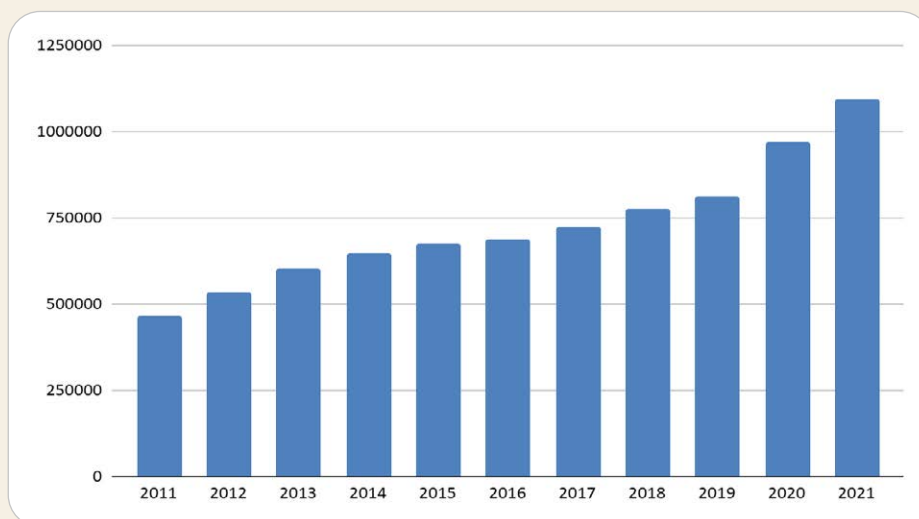
7.2.2 Técnicos de enfermagem

Nesta seção, são apresentados os principais achados do estudo, com uma análise das variáveis mais relevantes e suas correspondências nas três bases de dados utilizadas: Rais, CAGED e Novo CAGED. Cada variável será discutida de forma objetiva, destacando suas tendências ao longo do período analisado e as possíveis implicações para o mercado de trabalho da enfermagem no Brasil.

7.2.2.1 CBO ocupação 2002

Os números totais de vínculos empregatícios formais para técnicos de enfermagem em todo o Brasil foram obtidos a partir da filtragem da variável “**CBO Ocupação 2002**” nos microdados da Rais. Esses dados refletem a evolução do emprego formal na categoria ao longo dos anos e estão apresentados na Figura 27.

Figura 72 – Número total de vínculos de técnicos de enfermagem no Brasil, durante 2011 a 2021 (Rais)



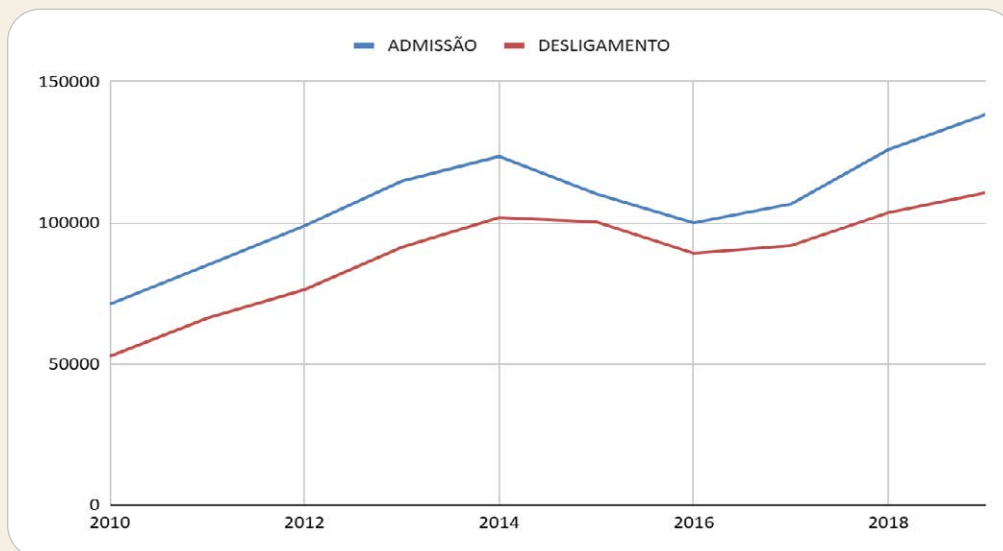
Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Os dados da Rais sobre os vínculos empregatícios formais para técnicos de enfermagem mostram um crescimento contínuo ao longo de toda a série temporal analisada, de 2011 a 2021. Esse aumento reflete a valorização e a crescente demanda por esses profissionais no sistema de saúde.

Entre 2011 e 2014, observa-se um crescimento mais acentuado no número de vínculos, impulsionado por políticas de expansão da saúde pública e privada, além da substituição gradual dos auxiliares de enfermagem pelos técnicos. No entanto, o maior crescimento ocorreu durante a pandemia da covid-19, nos anos de 2020 e 2021, quando a necessidade emergencial de profissionais de saúde resultou em um aumento exponencial das contratações.

A partir da filtragem da variável “**CBO Ocupação 2002**” nos microdados do CAGED, foram identificadas as movimentações de técnicos no mercado de trabalho formal, considerando o número de admissões e desligamentos registrados entre 2010 e 2019. Esses dados permitem analisar a dinâmica da contratação e desocupação de vagas para os profissionais da categoria ao longo do período e estão apresentados na Figura 73.

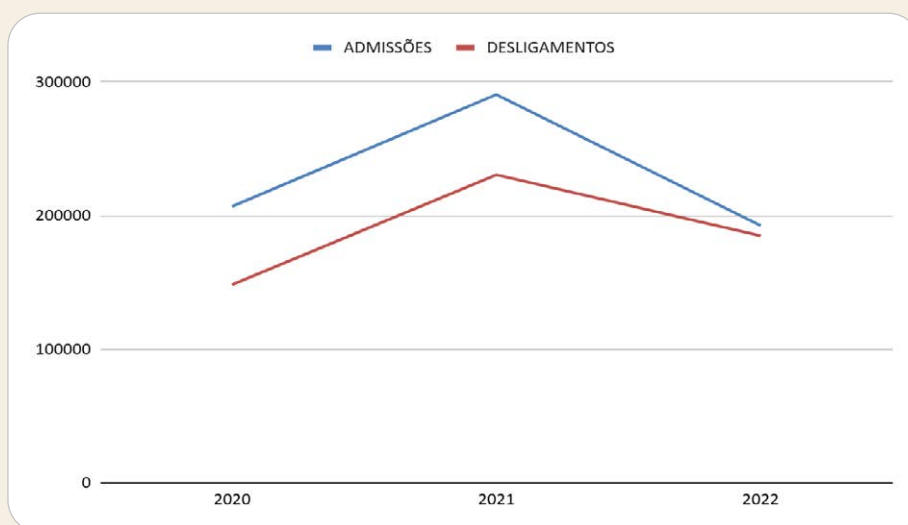
Figura 73 – Número total de técnicos admitidos e desligados no Brasil, durante o período de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Da mesma forma, a variável “**CBO Ocupação 2002**” foi filtrada nos microdados do NOVO CAGED, permitindo a identificação das movimentações de admissões e desligamentos de técnicos no mercado de trabalho formal entre 2020 e 2022. Esses dados oferecem uma visão sobre a dinâmica do emprego na categoria durante o período pandêmico e estão apresentados na Figura 74.

Figura 74 – Número total de técnicos admitidos e desligados no Brasil, durante o período de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do Novo CAGED/MTE.

Durante todo o período de 2010 a 2022, os dados do CAGED mostram que o número de admissões de técnicos de enfermagem foi consistentemente superior ao de desligamentos. Esse saldo positivo justifica o crescimento contínuo do número total de vínculos ativos registrados na Rais ao longo da década.

Houve dois momentos de maior movimentação no mercado de trabalho para técnicos de enfermagem: um pico em 2014 e outro a partir de 2019 até 2021. Além disso, observou-se que sempre que houve aumento nas admissões, também ocorreu um aumento nos desligamentos, e o mesmo padrão foi identificado nos períodos de queda. Isso indica que muitas admissões aconteceram devido à desocupação de vagas já existentes, e não apenas pela criação de novos postos de trabalho, evidenciando um dinamismo no mercado que vai além da simples expansão das oportunidades para a categoria.

No contexto da pandemia da covid-19, especialmente em 2021, essa dinâmica se intensificou significativamente. O expressivo aumento nas admissões reflete a alta

demanda por profissionais de enfermagem no período, enquanto o crescimento dos desligamentos indica um elevado índice de saída de trabalhadores, possivelmente impulsionado pela sobrecarga e pelas condições desafiadoras enfrentadas pela categoria.

7.2.2.2 Faixa etária

Nesta seção, será analisada a variável “**Faixa Etária**”, essa análise visa compreender a distribuição etária dos técnicos no mercado de trabalho formal ao longo dos anos, e identificar possíveis tendências de envelhecimento ou rejuvenescimento da categoria. A Figura 75 traz as faixas etárias dos técnicos com vínculos empregatícios formais desde o ano de 2011 a 2021.

Figura 75 – Faixas etárias dos técnicos com vínculos de trabalho formais, de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Entre 2011 e 2021, os dados da Rais sobre a faixa etária dos técnicos de enfermagem no Brasil mostram que a maior concentração de profissionais esteve na faixa de 30 a 39 anos. Esse grupo se manteve como o mais numeroso ao longo de toda a série temporal, refletindo a idade média predominante entre os trabalhadores da categoria.

No entanto, a partir de 2019, a faixa etária de 40 a 49 anos passou a crescer continuamente, reduzindo a diferença em relação à faixa de 30 a 39 anos. Esse crescimento foi tão significativo que, em 2021, os dois grupos estavam praticamente equiparados em número de profissionais, evidenciando um envelhecimento gradual da força de trabalho dos técnicos de enfermagem no país.

A Figura 76 apresenta os dados coletados no CAGED para a variável “**faixa etária**”, os quais estão em concordância com os dados encontrados na Rais. Observa-se uma tendência semelhante em ambas as bases, com o aumento progressivo das faixas etárias mais velhas ao longo do período analisado.

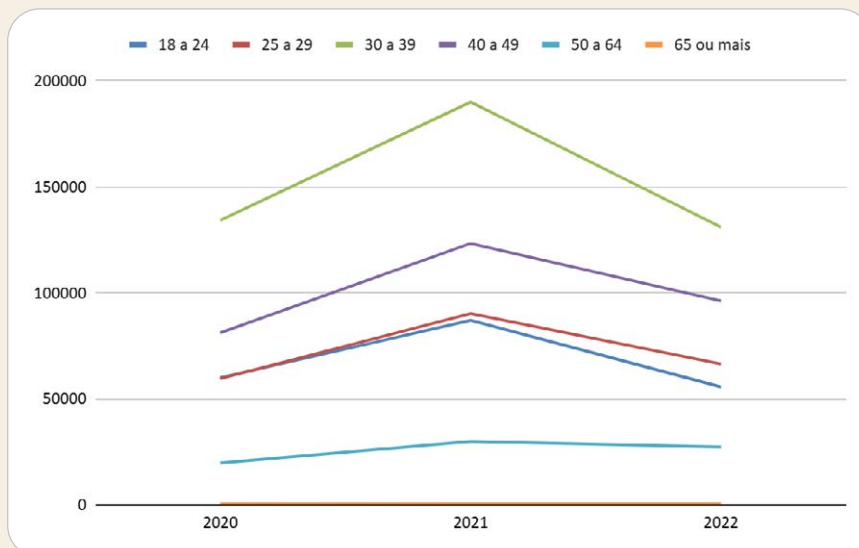
Figura 76 – Faixas etárias dos técnicos admitidos e desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Na Figura 77, é possível observar que os dados do Novo CAGED estão em consonância com os resultados apresentados anteriormente, evidenciando um aumento expressivo nas movimentações de técnicos de enfermagem em todo o Brasil durante a pandemia.

Figura 77 – Faixas etárias dos técnicos admitidos e desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

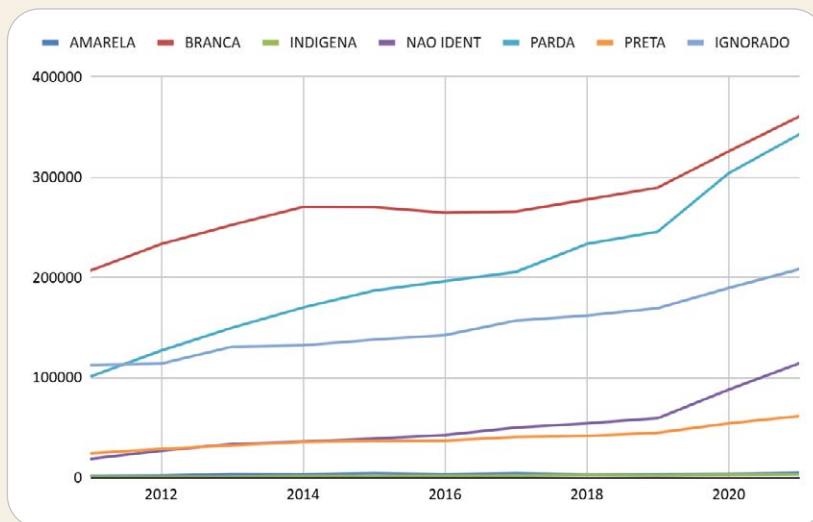
Além disso, observa-se que a faixa etária de 30 a 39 anos continua sendo a predominante entre os técnicos admitidos e desligados, mantendo-se como o grupo etário mais representativo da categoria nesse contexto.

7.2.2.3 Raça/Cor

A variável “**raça/cor**” na Rais, entre 2011 e 2021, revela que a maioria dos técnicos com vínculos formais no Brasil é de pessoas autodeclaradas brancas ao longo de todo o período analisado. Em segundo lugar, encontram-se os profissionais que se autodeclararam pardos. Além disso, observa-se um número significativo de registros com **raça/cor** não identificada, o que indica uma alta subnotificação dessa informação.

Esse cenário sugere que muitos empregadores ignoram ou deixam de coletar corretamente essa variável, comprometendo a precisão dos dados sobre a composição racial da categoria. Os dados dessa variável estão dispostos Figura 78.

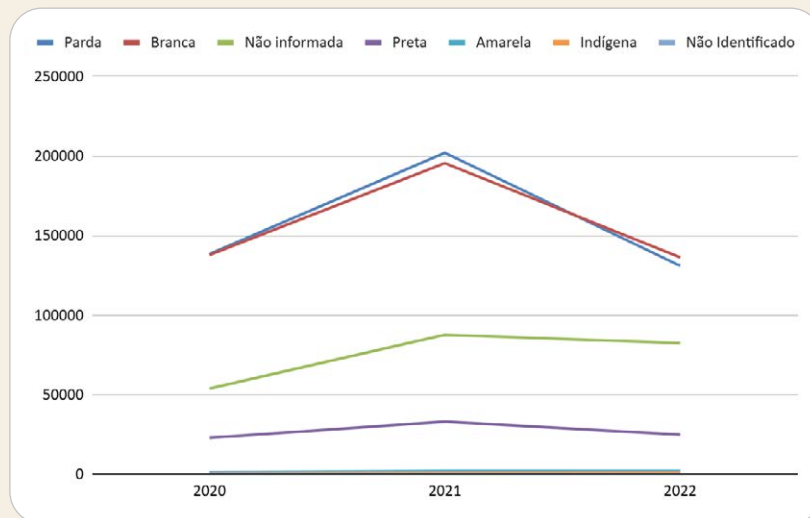
Figura 78 – Raça/cor dos técnicos com vínculos de trabalho formais no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

A Figura 79 apresenta a realidade da mesma variável, “**raça/cor**”, porém com os dados do CAGED, que se referem aos profissionais admitidos ou desligados. A distribuição observada no CAGED reflete a mesma tendência encontrada na Rais, com a maioria dos técnicos sendo brancos, seguidos pelos pardos. Além disso, também há um número expressivo de registros sem identificação da raça/cor, reforçando a presença de subnotificação e a falta de preenchimento adequado dessa informação por muitos empregadores.

Figura 79 – Raça/cor dos técnicos admitidos e desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)

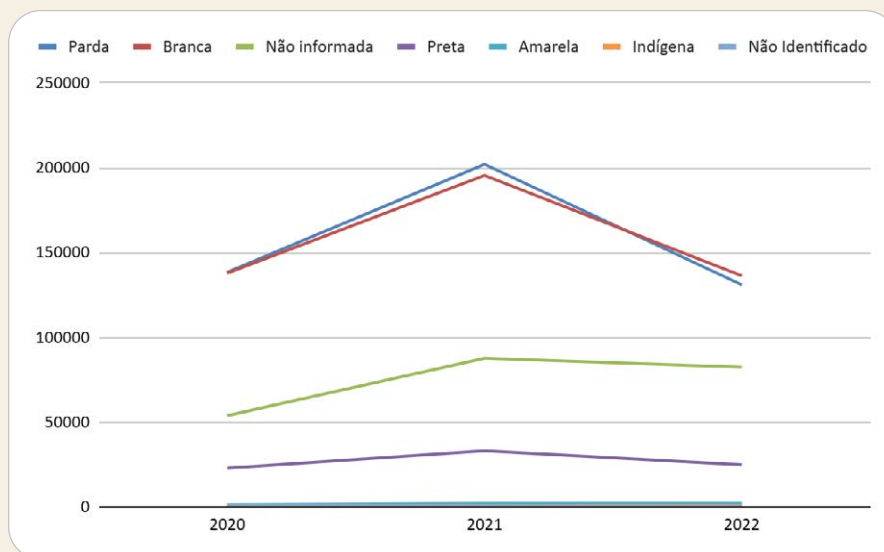


Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

A Figura 80 apresenta a mesma variável, “**raça/cor**”, porém com dados do Novo CAGED, referente ao período de 2020 a 2022. Para a variável raça/cor dos técnicos de enfermagem, os dados de admissão e desligamento encontrados no Novo CAGED indicam que o período pandêmico apresentou uma dinâmica diferente do restante da série temporal.

Nos anos anteriores, o número de movimentações (admissões e desligamentos) para profissionais autodeclarados brancos era significativamente superior ao de pardos. No entanto, durante a pandemia, esses números passaram a se aproximar, refletindo uma mudança na composição das contratações e desligamentos da categoria. Em 2021, essa tendência se intensificou, e o número de movimentações para pardos superou o de brancos, evidenciando uma alteração na distribuição racial dos profissionais que ingressaram ou deixaram o mercado de trabalho formal nesse período.

Figura 80 – Raça/cor dos técnicos admitidos e desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

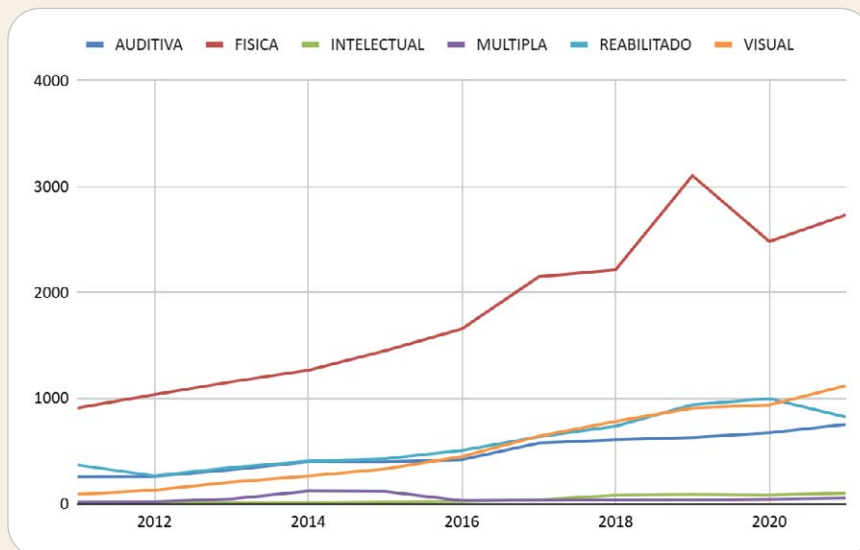
Os dados analisados em todas as bases – Rais, CAGED e Novo CAGED – ao longo de toda a série temporal mostram que a maioria dos técnicos de enfermagem com vínculos formais no Brasil é branca, enquanto profissionais pardos e pretos ocupam posições numéricas inferiores.

Dessa forma, é cabível destacar que o acesso aos cursos de formação em técnico de enfermagem reflete desigualdades raciais que impactam diretamente as oportunidades de ascensão profissional na área, visto que esse padrão sugere que pessoas brancas têm maior acesso a melhores espaços de escolaridade, o que se traduz em mais oportunidades para inserção e progressão em empregos de nível superior. Além disso, a elevada subnotificação da variável “**raça/cor**” indica que muitos empregadores não atribuem importância a esse dado, dificultando análises mais precisas sobre desigualdades no mercado de trabalho da enfermagem.

7.2.2.4 Tipo de deficiência

Nesta seção, será discutida a variável “**tipo de deficiência**”, analisando a distribuição dos técnicos de enfermagem com deficiência no mercado de trabalho formal. A Figura 81 apresenta os dados dessa variável na Rais, no período de 2011 a 2021, permitindo uma análise da inclusão desses profissionais ao longo dos anos pesquisados.

Figura 81 – Tipo de deficiência dos técnicos no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



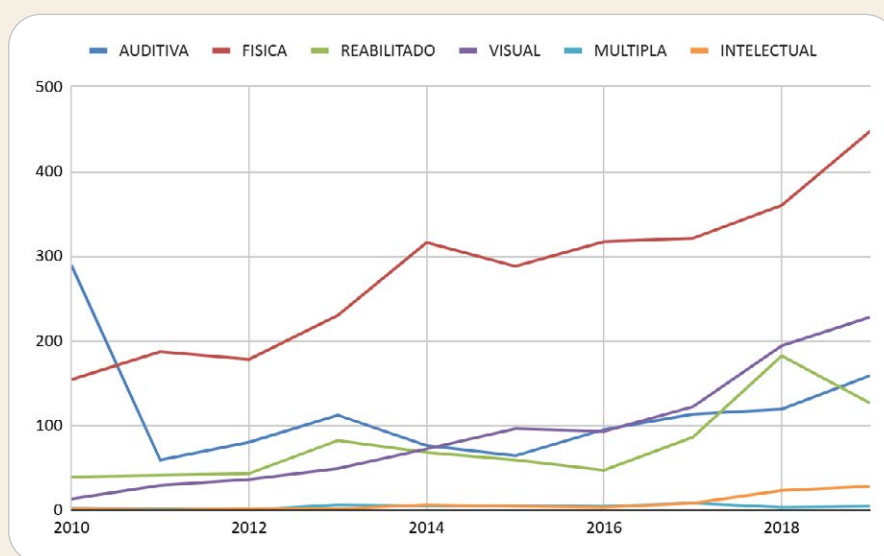
Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Os dados analisados mostram que a maioria da população de técnicos com deficiências possui deficiência física, seguida pelos profissionais com deficiência visual. Observa-se ainda um aumento no número total de pessoas com deficiência ao longo

do tempo, refletindo uma maior inclusão desses profissionais no mercado de trabalho formal. Além disso, embora ainda representem uma minoria dentro desse grupo profissional, há uma tendência de crescimento na parcela de técnicos reabilitados, ou seja, profissionais que passaram por um processo de reabilitação após adquirirem alguma condição de saúde ou sofrerem um acidente que resultou em deficiência, sendo reinseridos no mercado de trabalho por meio de adaptações no ambiente, readequação de funções ou capacitação para novas atividades.

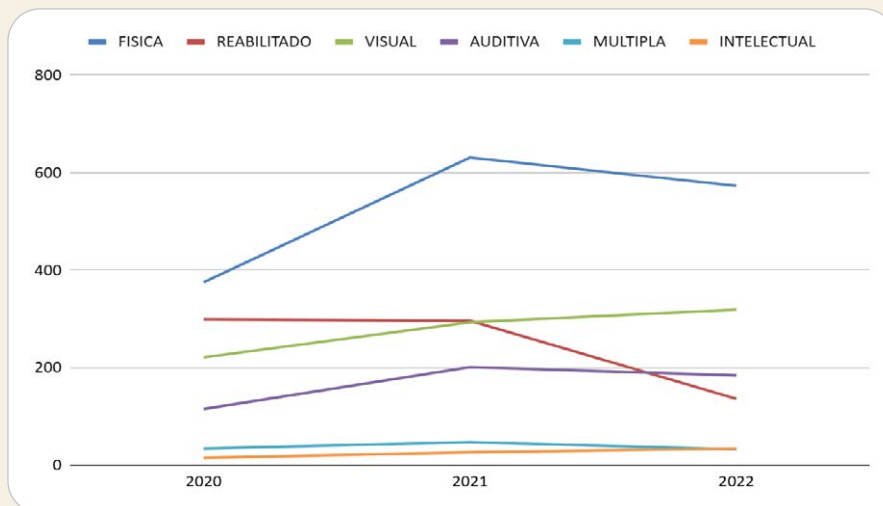
A mesma variável, “**tipo de deficiência**”, analisada no CAGED e no Novo CAGED, apresenta uma realidade semelhante à observada na Rais, reafirmando que a maioria dos técnicos com deficiência possui deficiência física. As Figuras 82 e 83 trazem a conformação dos dados no CAGED e Novo CAGED, respectivamente.

Figura 82 – Tipo de deficiência dos técnicos admitidos e desligados no Brasil entre 2010 e 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Figura 83 – Tipo de deficiência dos técnicos admitidos e desligados no Brasil entre 2020 a 2022 (Novo CAGED)



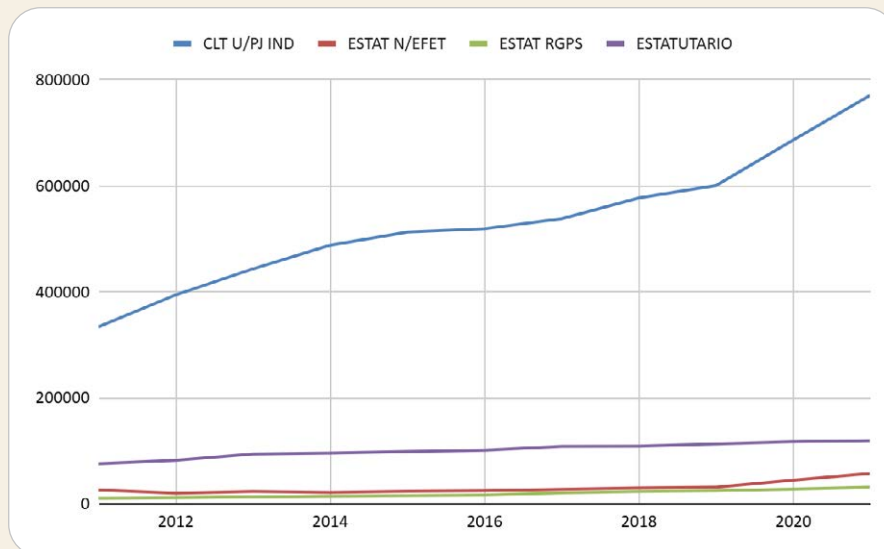
Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Os dados do CAGED e do NOVO CAGED sobre a variável **“tipo de deficiência”** mostram uma concordância com os registros da Rais, indicando que, entre os técnicos de enfermagem com deficiência no Brasil, a maioria é composta por pessoas com deficiência física. Essa tendência se manteve ao longo de toda a série temporal. No entanto, nos anos de 2021 e 2022, observou-se um aumento no número de técnicos com deficiência visual, que passaram a superar os profissionais reabilitados.

7.2.2.5 Tipo de vínculo

Nesta seção, será analisada a variável **“tipo de vínculo”**, que está presente exclusivamente nos dados da Rais (Figura 84). Visto que a Rais fornece informações sobre as características dos vínculos de trabalho ativos, permitindo uma análise mais aprofundada da relação empregatícia dos técnicos ao longo do tempo. Já o CAGED e o Novo CAGED registram apenas as movimentações de admissões e desligamentos, sem abranger os vínculos empregatícios em si.

Figura 84 – Tipo de vínculo dos técnicos no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Ao longo de toda a série histórica, a maioria dos técnicos de enfermagem esteve vinculada ao regime da CLT, predominantemente como trabalhadores urbanos associados a pessoas jurídicas. Observa-se um crescimento contínuo desse tipo de contratação, que, embora amplie o número de profissionais empregados, oferece menos estabilidade, segurança e benefícios em comparação ao regime estatutário. Por outro lado, o número de técnicos servidores estatutários permaneceu praticamente constante ao longo dos anos, sem apresentar crescimento significativo, evidenciando a falta de concursos públicos para a ampliação desses postos.

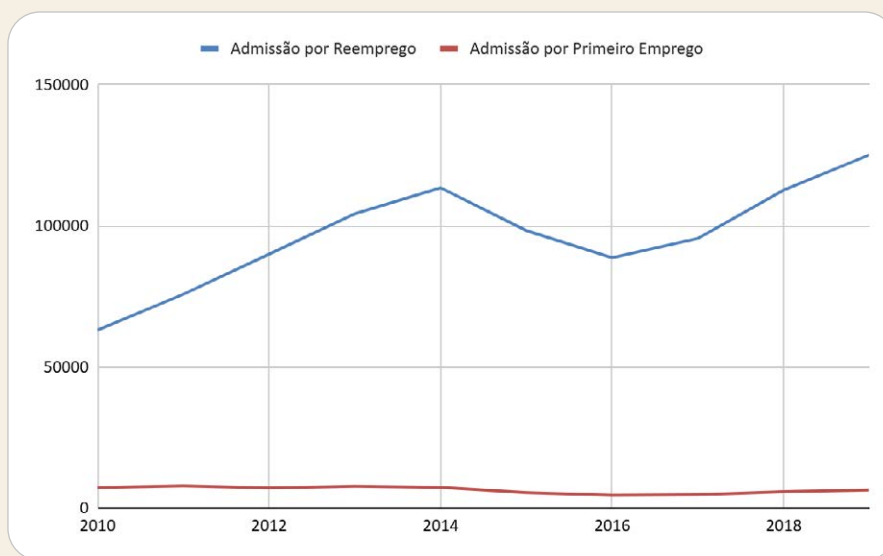
Esse cenário sugere um processo de precarização do trabalho, à medida que a expansão do mercado de trabalho para a enfermagem tem ocorrido principalmente por meio de vínculos mais flexíveis e menos protegidos.

7.2.2.6 Tipo de admissão

Nesta seção, será analisado o tipo de admissão dos técnicos de enfermagem no Brasil. Na Rais, a variável disponível para esse aspecto é “tipo de admissão”, enquanto a variável “tipo de desligamento” não apresenta valores significativos para uma análise consistente e, portanto, não será utilizada. Já nas bases do CAGED e Novo CAGED, a variável equivalente é “tipo de movimentação”, que permite a observação tanto das

admissões quanto dos desligamentos. Neste primeiro momento, serão abordados apenas os tipos de admissão, com foco nos diferentes formatos de entrada dos técnicos no mercado de trabalho. Os tipos de desligamento serão analisados posteriormente, utilizando exclusivamente os dados do CAGED e Novo CAGED.

Figura 85 – Tipos de admissão dos técnicos no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)

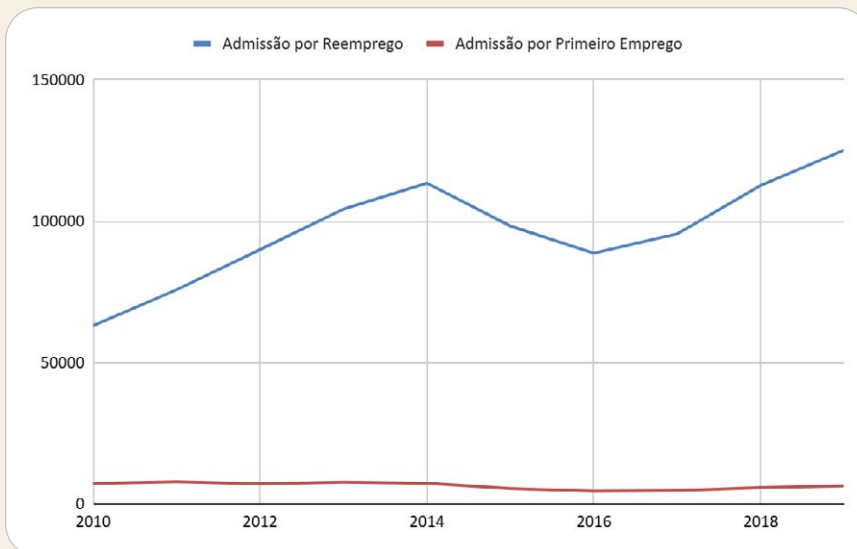


Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais /MTE.

Os dados da Rais expostos na Figura 85 revelam que a maioria das admissões de técnicos no Brasil ocorre por reemprego, ou seja, profissionais que já possuem experiência na área e estão retornando ao mercado de trabalho. Já as admissões por primeiro emprego ocupam a segunda posição, mas com números significativamente menores em comparação à primeira categoria.

Esse cenário evidencia que o mercado de trabalho brasileiro para a técnicos de enfermagem não é tão receptivo para recém-formados, dificultando a inserção de novos profissionais na área.

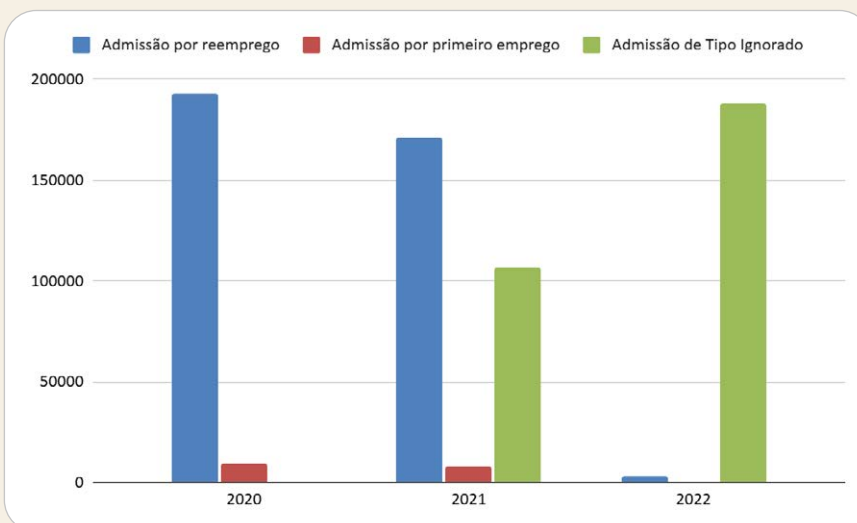
Figura 86 – Tipos de admissão dos técnicos no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Conforme representados na Figura 86 nos dados do CAGED é possível observar um padrão semelhante: as admissões por reemprego ocupam o primeiro lugar, indicando que a maioria dos técnicos contratados já possuía experiência profissional anterior. As admissões por primeiro emprego aparecem em segundo lugar, mas ainda assim com valores muito inferiores às admissões por reemprego, reforçando a dificuldade dos recém-formados em ingressar no mercado de trabalho.

Figura 87 – Tipos de admissão dos técnicos no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

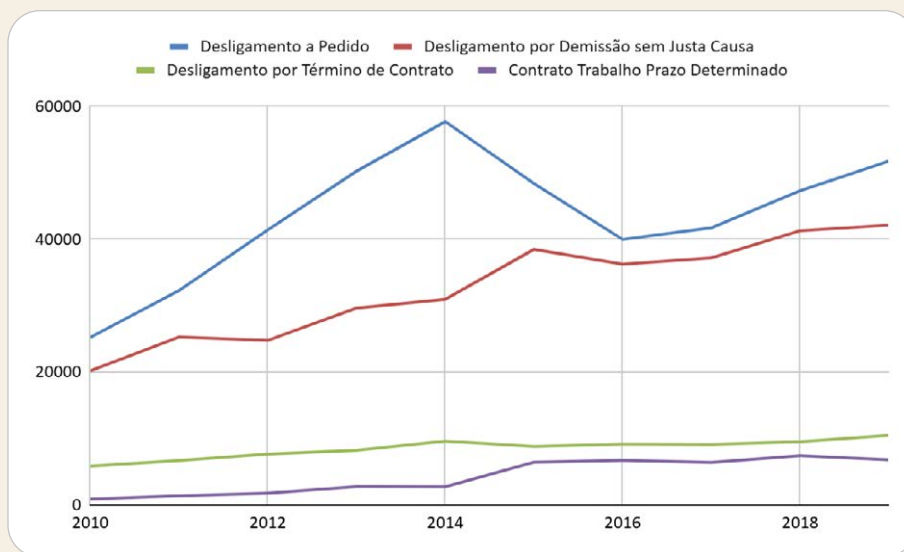
Os dados do Novo CAGED (Figura 87) para a variável “tipo de admissão” confirmam a mesma tendência observada nas bases anteriores, com o número das “admissões por reemprego” sendo muito superiores às “por primeiro emprego”. Esse padrão reflete a dinâmica do mercado de trabalho para técnicos de enfermagem, onde a maior parte das contratações ocorre entre profissionais que já possuem experiência na área.

Uma mudança importante no Novo CAGED foi a inclusão da categoria “admissão de tipo ignorado”. Essa nova categoria, que representou uma parcela significativa das admissões em 2021, englobou quase a totalidade das admissões de técnicos de enfermagem em 2022. Vale registrar que a introdução dessa categoria pode impactar a análise detalhada dos tipos de admissão, dificultando a comparação direta com os anos anteriores e exigindo maior atenção na interpretação dos dados.

7.2.2.7 Tipo de desligamento

Nesta seção, serão analisados os tipos de desligamento dos técnicos de enfermagem no Brasil, com base na variável “tipo de movimentação” disponível no CAGED e Novo CAGED (Figuras 88 e 89). Durante todo o período analisado os desligamentos mais frequentes foram “a pedido”, quando o próprio profissional solicita sua saída, possivelmente por melhores oportunidades ou insatisfação, e “por demissão sem justa causa”, quando o empregador encerra o contrato sem justificativa formal.

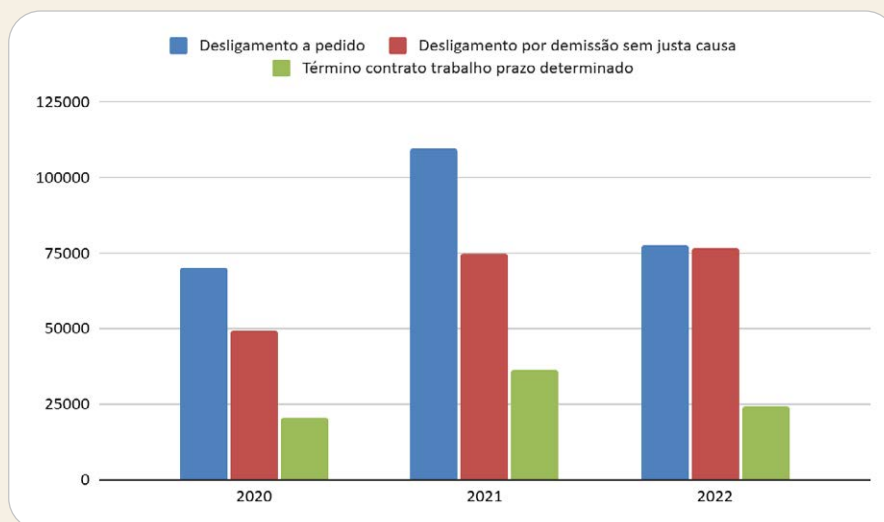
Figura 88 – Desligamentos de técnicos no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

A Figura 89 apresenta a distribuição dos tipos de desligamentos para técnicos de enfermagem no Brasil durante o período pandêmico de 2020 a 2022, com base nos dados do NOVO CAGED. Essa análise permite compreender os principais motivos de saída desses profissionais do mercado de trabalho formal nesse contexto, evidenciando possíveis impactos da pandemia sobre os vínculos empregatícios na categoria.

Figura 89 – Desligamentos de técnicos no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



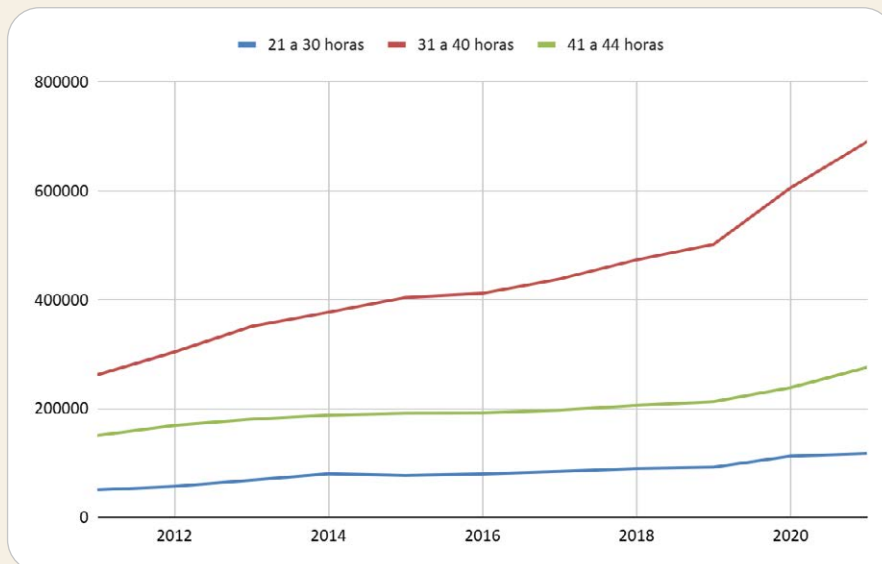
Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

No Novo CAGED, durante o período pandêmico, houve um aumento substancial dos desligamentos “por término de contrato por prazo determinado”, evidenciando a contratação temporária para suprir a demanda emergencial da pandemia. Apesar disso, os desligamentos “a pedido” e “por demissão sem justa causa” permaneceram como as duas principais formas de desligamento, reforçando a alta rotatividade e a precarização do vínculo empregatício na enfermagem.

7.2.2.8 Horas contratuais

A variável “**quantidade de horas contratuais**” indica a carga horária acordada no contrato de trabalho dos enfermeiros no Brasil. A distribuição das horas contratuais nos traz tanto as condições de trabalho quanto a forma de contratação desses profissionais, podendo revelar tendências como a predominância de jornadas integrais ou a presença de vínculos com carga horária reduzida. A Figura 90 apresenta os dados dessa variável na Rais no período pesquisado.

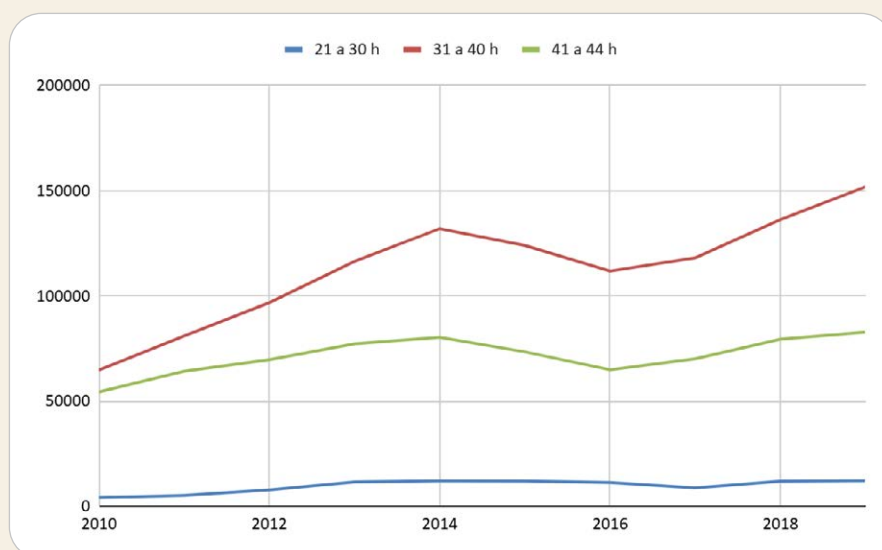
Figura 90 – Quantidade de horas contratuais para técnicos no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

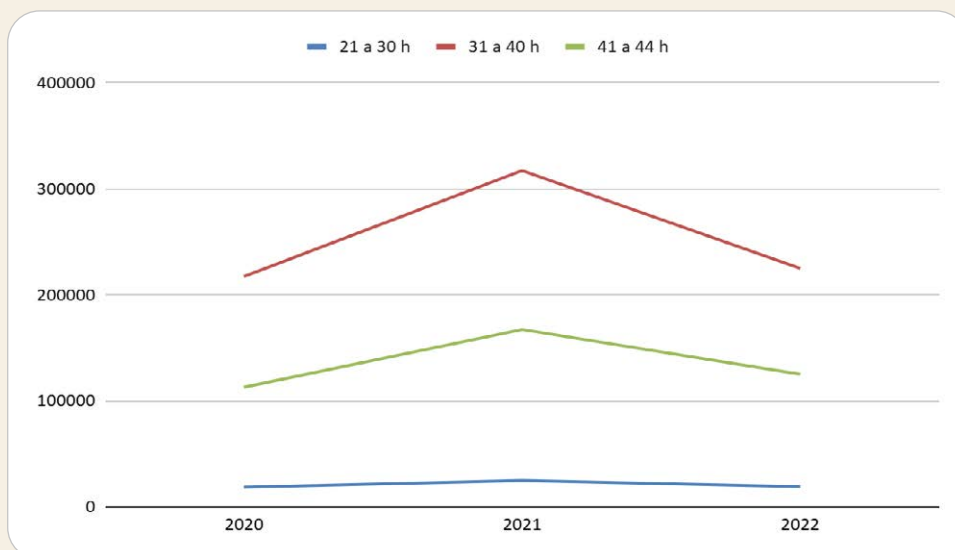
A faixa de horas contratuais mais predominante entre os técnicos de enfermagem no Brasil é a de 31 a 40 horas semanais, seguida pela faixa de 41 a 44 horas semanais. Essa configuração tem se mantido constante em todo período temporal pesquisado, sendo observada tanto nos dados da Rais (Figura 90) quanto no CAGED (Figura 91).

Figura 91 – Quantidade de horas contratuais dos técnicos admitidos/desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Figura 92 – Quantidade de horas contratuais dos técnicos admitidos/desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

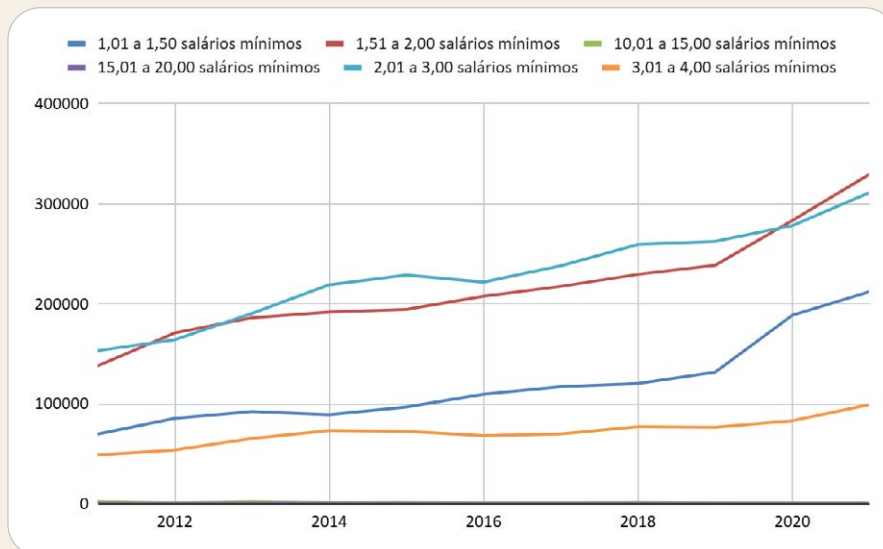
Conforme demonstrado pela Figura 92 dados do NOVO CAGED estão em concordância com os apresentados pela Rais (Figura 90) e o CAGED (Figura 91), evidenciando o mesmo cenário em relação às horas contratuais dos técnicos de enfermagem. A predominância de 31 a 40 horas e 41 a 44 horas semanais é claramente visível em todas as bases de dados, sendo o número de profissionais técnicos contratados para regimes de 30 horas ou menos extremamente baixo em comparação com o total.

Neste sentido, os dados sobre os técnicos não só justificam como validam a luta da enfermagem por uma jornada de trabalho de 30 horas semanais com o objetivo tanto de melhorar as condições de trabalho como garantir a qualidade assistencial.

7.2.2.9 Remuneração média

Por fim, esta seção abordará a variável “**remuneração média**”, analisando a evolução dos salários dos técnicos de enfermagem ao longo do tempo. A partir dos dados disponíveis, será possível identificar tendências de valorização ou estagnação da categoria, bem como possíveis desigualdades salariais dentro do setor. Vale salientar que essa “**remuneração média**” está disposta em número de salários-mínimos e que considera a mudança do valor do salário-mínimo de um ano para o outro.

Figura 93 – Remuneração média dos técnicos no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)

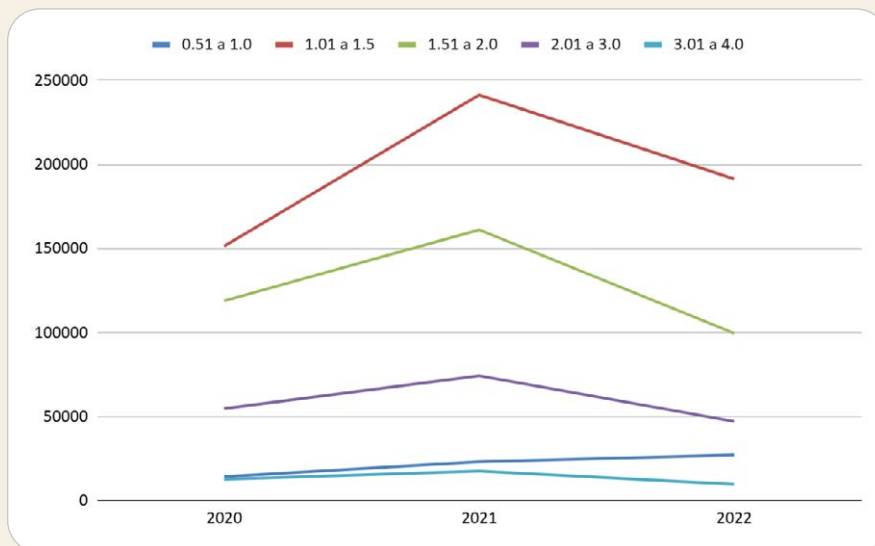


Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Os dados da Rais (Figura 93) sobre a variável “**remuneração média**” para técnicos de enfermagem no Brasil, no período de 2011 a 2021, indicam que a maioria dos profissionais esteve concentrada na faixa salarial de 2 a 3 salários-mínimos. Em seguida, a faixa de 1,5 a 2 salários-mínimos representou o segundo maior grupo ao longo da série temporal, mas, a partir de 2020, ultrapassou a faixa de 2 a 3 salários-mínimos, tornando-se a mais numerosa.

Vale destacar que, mesmo ocupando a terceira posição, ainda há um grande contingente de técnicos de enfermagem que recebem até 1,5 salários-mínimos, evidenciando a presença significativa de remunerações mais baixas dentro da categoria.

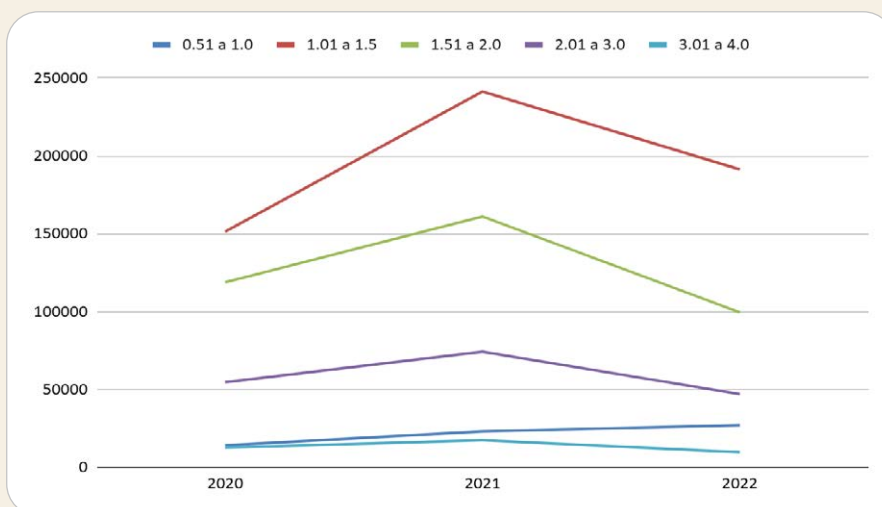
Figura 94 – Remuneração média dos técnicos admitidos/desligados entre 2010 e 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Nos dados do CAGED (Figura 94), a faixa salarial com o maior número de movimentações para técnicos de enfermagem foi a de 1 a 1,5 salários-mínimos, evidenciando uma concentração significativa de admissões e desligamentos nessa faixa de remuneração. Em seguida, a faixa de 1,5 a 2 salários-mínimos ocupou o segundo lugar, enquanto a faixa de 2 a 3 salários-mínimos apareceu em terceiro.

Figura 95 – Remuneração média dos técnicos admitidos/desligados entre 2020 e 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Nos dados do Novo CAGED (Figura 95), durante a pandemia, a maioria das movimentações de técnicos de enfermagem ocorreu na faixa salarial de 1 a 1,5 salários-mínimos, evidenciando que a maior parte das admissões e desligamentos nesse período envolveu profissionais com remunerações mais baixas. Em seguida, a faixa de 1,5 a 2 salários-mínimos ficou em segundo lugar, enquanto a faixa de 2 a 3 salários-mínimos ocupou a terceira posição.

Esse cenário reforça a predominância de salários mais baixos entre os técnicos de enfermagem durante a pandemia, possivelmente refletindo condições salariais menos favoráveis em meio à crise sanitária.

Também em relação aos técnicos as análises legitimam a reivindicação da enfermagem por um piso salarial digno e nacionalmente efetivo conforme os ditames da Lei 14.434/2022.

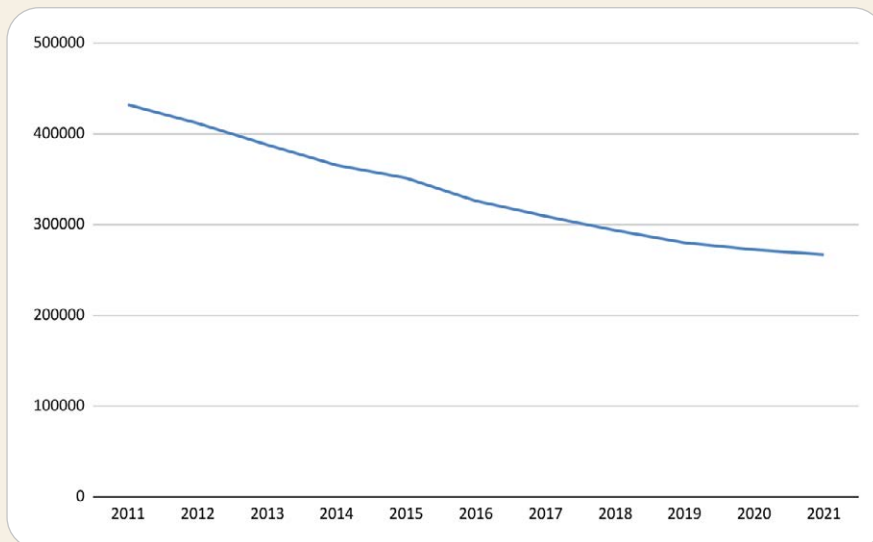
7.2.3 Auxiliares de enfermagem

Nesta seção, são apresentados os principais achados do estudo, com uma análise das variáveis mais relevantes e suas correspondências nas três bases de dados utilizadas: Rais, CAGED e Novo CAGED. Cada variável será discutida de forma objetiva, destacando suas tendências ao longo do período analisado e as possíveis implicações para o mercado de trabalho dos auxiliares de enfermagem no Brasil.

7.2.3.1 CBO ocupação 2002

Os números totais de vínculos empregatícios formais para auxiliares de enfermagem em todo o Brasil foram obtidos a partir da filtragem da variável “**CBO Ocupação 2002**” nos microdados da Rais. Esses dados refletem a evolução do emprego formal na categoria ao longo dos anos e estão apresentados na Figura 96.

Figura 96 – Número total de vínculos dos auxiliares de enfermagem no Brasil (Rais)

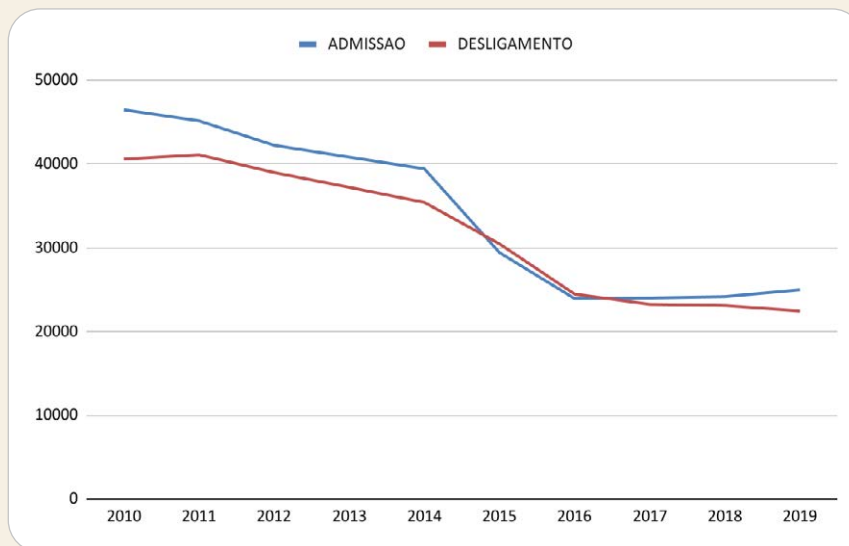


Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

A Figura 96 mostra uma frequência decrescente dos vínculos de auxiliares de enfermagem no período de 2011 a 2021. É possível identificar que houve uma tendência de redução contínua ao longo desse período.

A partir da filtragem da variável “**CBO Ocupação 2002**” nos microdados do CAGED, foram identificadas as movimentações de auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho formal, considerando o número de admissões e desligamentos registrados entre 2010 e 2019. Esses dados permitem analisar a dinâmica da contratação e desocupação de vagas para os profissionais da categoria ao longo do período e estão apresentados Figura 97.

Figura 97 – Número total de auxiliares de enfermagem admitidos e desligados no Brasil, durante o período de 2010 a 2019 (CAGED)



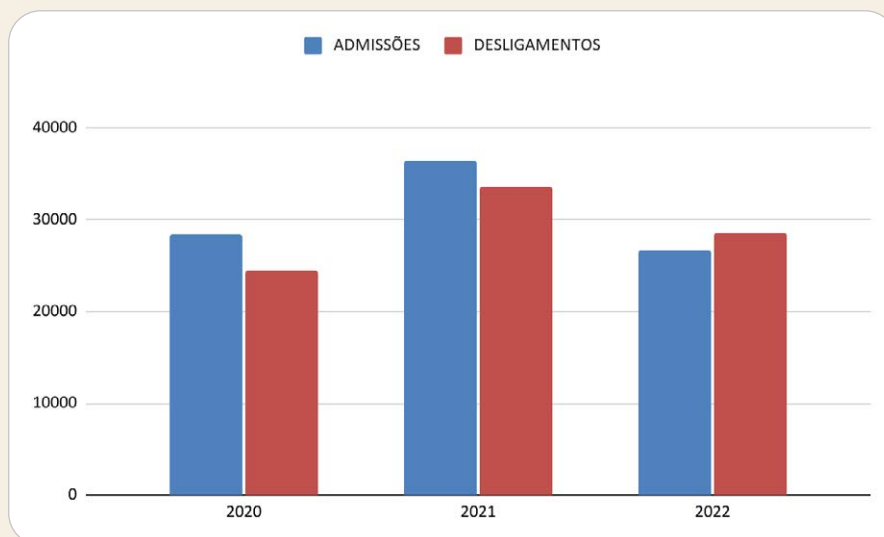
Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Na Figura 97 com os dados do CAGED, durante o período de 2010 a 2019, observou-se uma tendência decrescente no número de admissões e desligamentos de auxiliares de enfermagem. Até 2014, as admissões foram significativamente maiores do que os desligamentos. No entanto, após 2014, houve uma queda brusca tanto em admissões quanto em desligamentos.

Em 2015, as curvas se cruzaram, com os desligamentos superando as admissões pela primeira vez, sinalizando uma redução líquida no número de profissionais empregados formalmente.

Da mesma forma, a variável “**CBO Ocupação 2002**” foi filtrada nos microdados do Novo CAGED, permitindo a identificação das movimentações de admissões e desligamentos de auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho formal entre 2020 e 2022. Esses dados oferecem uma visão sobre a dinâmica do emprego na categoria durante o período pandêmico e estão apresentados na Figura 98.

Figura 98 – Número total de auxiliares de enfermagem admitidos e desligados no Brasil, durante o período de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do Novo CAGED/MTE.

Segundo a Figura 98 no NOVO CAGED, entre 2020 e 2022, durante a pandemia da covid-19, houve um aumento expressivo tanto nas admissões quanto nos desligamentos de auxiliares de enfermagem, revelando uma alta rotatividade e desocupação de vagas na categoria. Esse aumento foi impulsionado pela demanda emergencial por profissionais para atender à crise sanitária.

No contexto da pandemia da covid-19, a dinâmica de contratação e desligamento dos auxiliares de enfermagem apresentou mudanças expressivas. Em 2020, com o agravamento da crise sanitária, observou-se um aumento nas admissões de auxiliares de enfermagem, principalmente como resposta à alta demanda por profissionais para atender à crescente pressão nos serviços de saúde. Essa elevação pode estar associada à estratégia de alguns empregadores em contratar esses profissionais sob o título de “auxiliar de enfermagem”, muitas vezes para pagar salários mais baixos, aproveitando a urgência do momento e a necessidade de reduzir custos, principalmente diante do aumento dos gastos hospitalares.

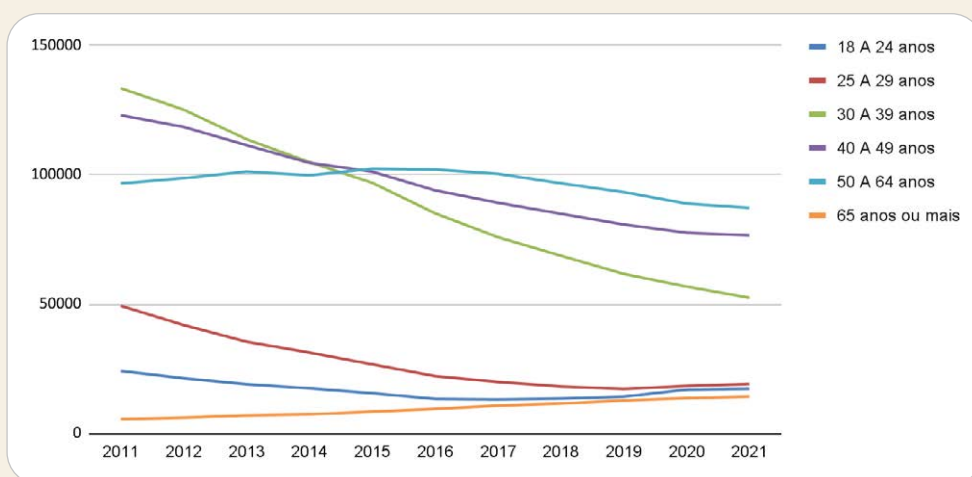
Em 2022, com o alívio da crise sanitária, os desligamentos superaram as admissões, revertendo o quadro de 2020 e 2021. O número de auxiliares de enfermagem atuantes no Brasil voltou a cair, refletindo uma redução das necessidades emergenciais e uma retração nos contratos temporários adotados durante a pandemia. Essa queda

sinaliza que a demanda por esses profissionais retornou a um patamar pré-crise, com uma possível reorganização das contratações por parte dos empregadores.

7.2.3.2 Faixa etária

Nesta seção, será analisada a variável “**Faixa Etária**”, essa análise visa compreender a distribuição etária dos auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho formal ao longo dos anos, e identificar possíveis tendências de envelhecimento ou rejuvenescimento da categoria. A Figura 99 traz as faixas etárias dos auxiliares de enfermagem com vínculos empregatícios formais desde o ano de 2011 a 2021.

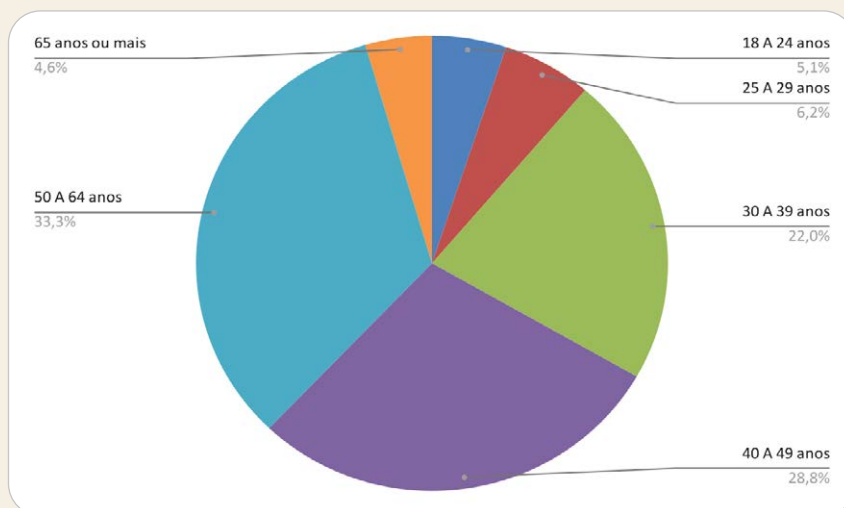
Figura 99 – Faixas etárias dos auxiliares de enfermagem com vínculos de trabalho formais, de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Para fins de comparação, foram elaboradas as Figuras 100 e 101, que ilustram a distribuição da variável “**Faixa Etária**” em diferentes momentos da série temporal. A Figura 100 representa a distribuição etária dos auxiliares de enfermagem no ano de 2011.

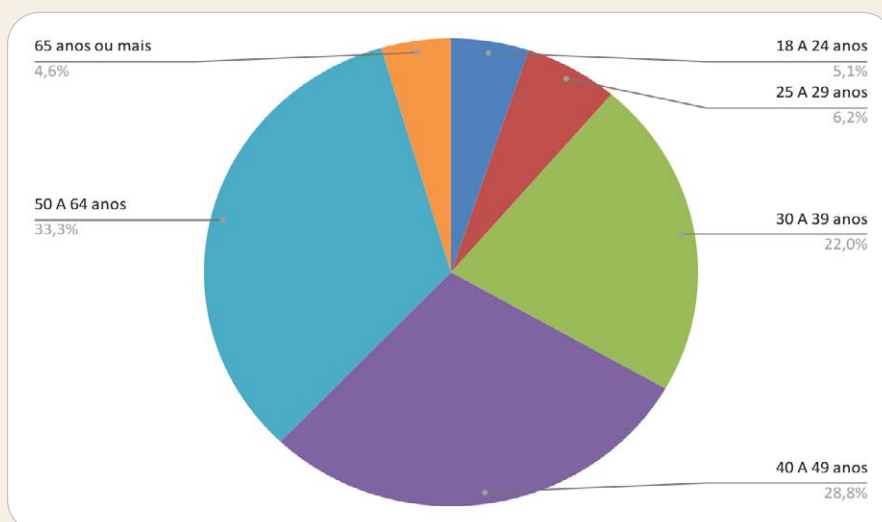
Figura 100 – Faixas etárias dos auxiliares de enfermagem com vínculos de trabalho formais no ano de 2011 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

A Figura 101 apresenta essa mesma distribuição em 2019, permitindo uma análise visual das mudanças ocorridas ao longo da década.

Figura 101 – Faixas etárias dos auxiliares de enfermagem com vínculos de trabalho formais no ano de 2019 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE

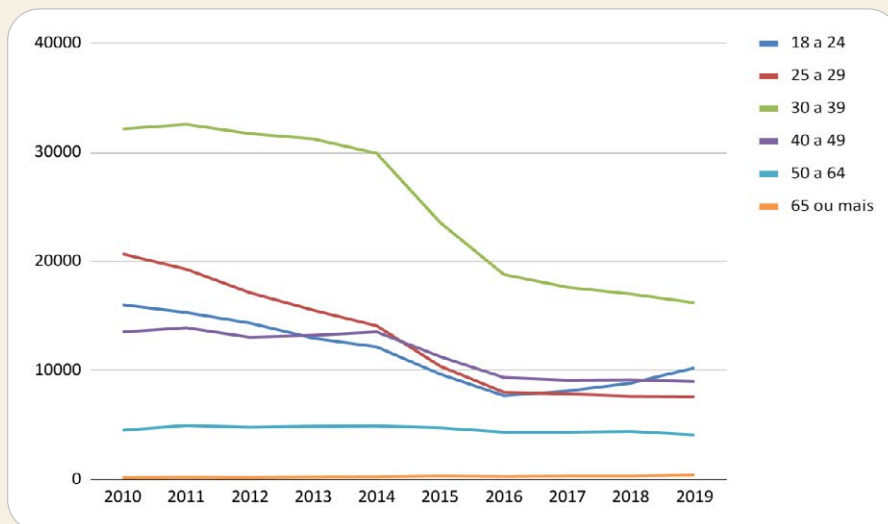
Entre 2011 e 2019, a distribuição etária dos auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho formal passou por mudanças significativas, sugerindo um possível envelhecimento da categoria. Em 2011, 11,4% dos profissionais estavam na faixa de 25 a 29 anos, enquanto em 2019 essa participação caiu para 8,1%, representando uma redução absoluta de 3,3 pontos percentuais e uma queda relativa de aproximadamente 28,9%. Por outro lado, a faixa de 30 a 39 anos, que já era a mais representativa em 2011 com 30,9%, diminuiu para 28,8% em 2019, uma queda relativa de cerca de 6,8%.

A participação de auxiliares entre 40 e 49 anos também apresentou queda, passando de 28,5% em 2011 para 25,9% em 2019, o que representa uma redução absoluta de 2,6 pontos percentuais e uma queda relativa de 9,1%. Por outro lado, a faixa etária de 50 a 64 anos apresentou um aumento significativo, passando de 22,4% em 2011 para 39,0% em 2019 — um crescimento absoluto de 16,6 pontos percentuais e um aumento relativo de 74,1%. A faixa de 65 anos ou mais também cresceu, passando de 1,3% para 5,4%, um aumento absoluto de 4,1 pontos percentuais e um crescimento relativo de 315,8%.

O quantitativo de auxiliares de enfermagem na faixa etária de 18 a 24 anos também apresentou uma redução significativa ao longo do período. Em 2011, essa faixa representava 5,6% do total de vínculos empregatícios formais, enquanto em 2019 essa participação caiu para 4,5%, uma redução absoluta de 1,1 ponto percentual e uma queda relativa de aproximadamente 19,6%. Essa diminuição está diretamente associada à extinção progressiva dos cursos de formação para auxiliares de enfermagem no Brasil, que priorizam a formação técnica em detrimento da formação em auxiliar. Com a redução drástica de cursos específicos para auxiliares, jovens ingressam cada vez mais no mercado como técnicos de enfermagem, tornando-se menos representativos na categoria de auxiliares.

A Figura 102 apresenta os dados coletados no CAGED para a variável “faixa etária”, os quais estão em concordância com os dados encontrados na Rais. Observa-se uma tendência semelhante em ambas as bases, com a redução da massa total de auxiliares mais jovens e aumento dos números em faixas etárias mais velhas.

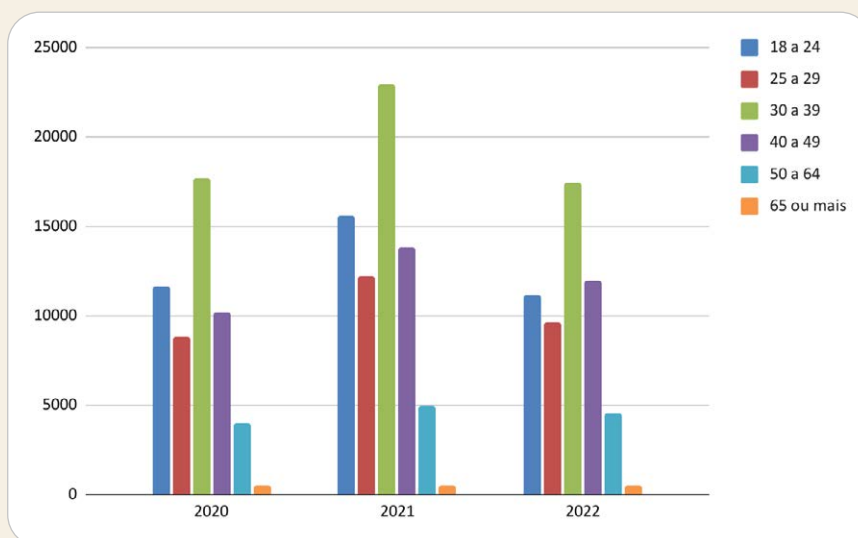
Figura 102 – Faixas etárias dos auxiliares de enfermagem admitidos e desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Ao observarmos a Figura 103, é possível observar que os dados do Novo CAGED estão em consonância com os resultados apresentados anteriormente, evidenciando um aumento expressivo nas movimentações de auxiliares de enfermagem em todo o Brasil durante a pandemia.

Figura 103 – Faixas etárias dos auxiliares de enfermagem admitidos e desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

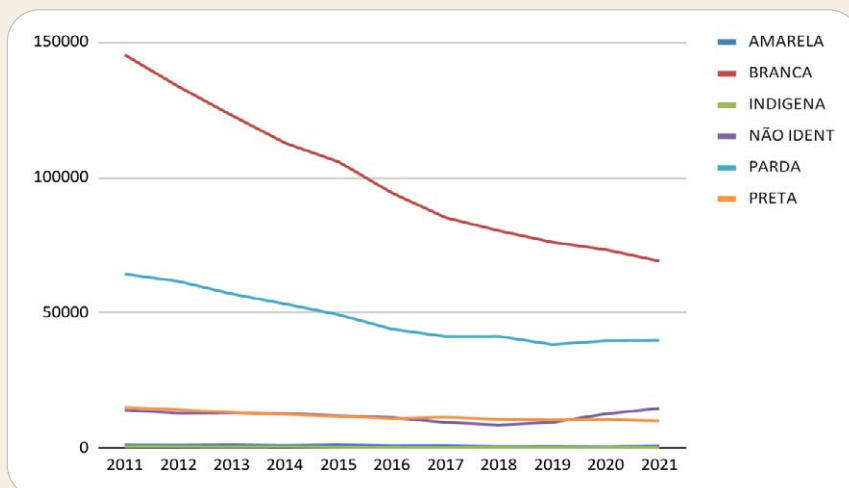
Os dados indicam uma tendência clara de envelhecimento da categoria, refletindo a combinação entre o declínio na formação de novos auxiliares de enfermagem e a permanência de profissionais mais antigos no mercado. Historicamente, cursos de formação em auxiliar de enfermagem eram amplamente acessíveis e populares, resultando em uma grande parcela de profissionais com mais de 40 anos atualmente ativos. No entanto, a extinção gradual desses cursos reduziu drasticamente a entrada de jovens no mercado.

Essa transição educacional explica a queda acentuada na participação de faixas etárias mais jovens (como 18-24 e 25-29 anos), que perderam sua representatividade entre 2011 e 2019. Ao mesmo tempo, a ausência de renovação na força de trabalho faz com que a maioria dos auxiliares ativos hoje tenha mais de 40 anos, com a faixa de 30-39 anos ainda se mantendo como uma das mais representativas, mas com seus profissionais progressivamente avançando para grupos etários superiores (como 40-49 e 50+).

7.2.3.3 Raça/Cor

A variável “**raça/cor**” na Rais, entre 2011 e 2021, revela que a maioria dos auxiliares de enfermagem com vínculos formais no Brasil é branca ao longo de toda a série histórica. Em segundo lugar, encontram-se os profissionais que se autodeclararam pardos, seguidos pelos pretos, que ocupam a terceira posição. Além disso, observa-se um número significativo de registros com raça/cor não identificada, o que indica uma alta subnotificação dessa informação. Esse cenário sugere que muitos empregadores ignoram ou deixam de coletar corretamente essa variável, comprometendo a precisão dos dados sobre a composição racial da categoria. Os dados dessa variável estão dispostos na Figura 104.

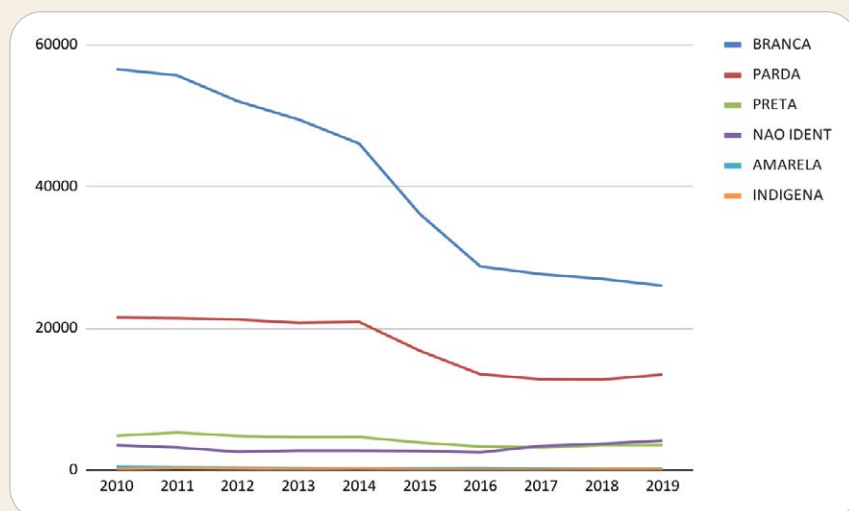
Figura 104 – Raça/cor dos auxiliares de enfermagem com vínculos de trabalho formal no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

A Figura 105 apresenta a realidade da mesma variável, “**raça/cor**”, porém com os dados do CAGED, que se referem aos profissionais admitidos ou desligados. A distribuição observada no CAGED reflete a mesma tendência encontrada na Rais, com a maioria dos auxiliares de enfermagem sendo brancos, seguidos pelos pardos e, em terceiro lugar, pelos pretos. Além disso, também há um número expressivo de registros sem identificação da raça/cor, reforçando a presença de subnotificação e a falta de preenchimento adequado dessa informação por muitos empregadores.

Figura 105 – Raça/cor dos auxiliares de enfermagem admitidos e desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)

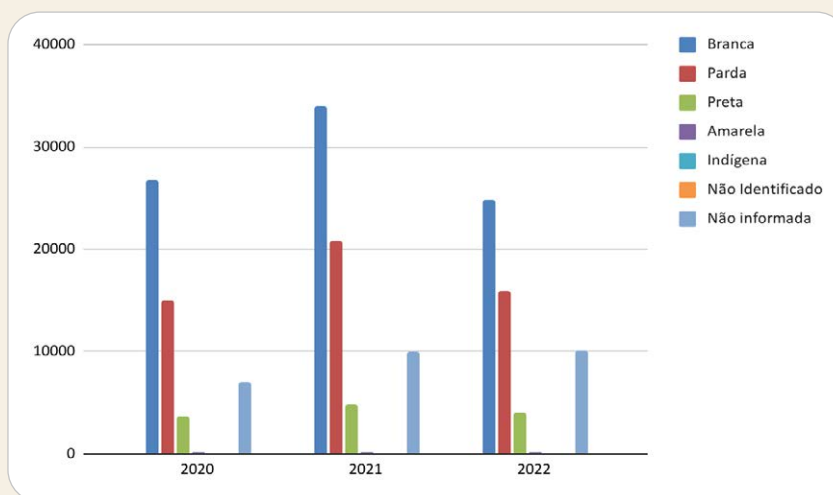


Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE

A Figura 106 apresenta a mesma variável, “**raça/cor**”, porém com dados do Novo CAGED, referente ao período de 2020 a 2022. Diferentemente da Rais e do CAGED, o Novo CAGED inclui duas categorias distintas dentro dessa variável: “não informada” e “não identificado”. Observa-se que o número de indivíduos com raça/cor “não informada” é significativamente maior do que aqueles classificados como “não identificados”.

Esse cenário confirma que o problema não está relacionado à heteroidentificação, mas sim à baixa importância atribuída pelos empregadores ao preenchimento dessa informação, resultando em um alto índice de omissões nos registros.

Figura 106 – Raça/cor dos auxiliares de enfermagem admitidos e desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



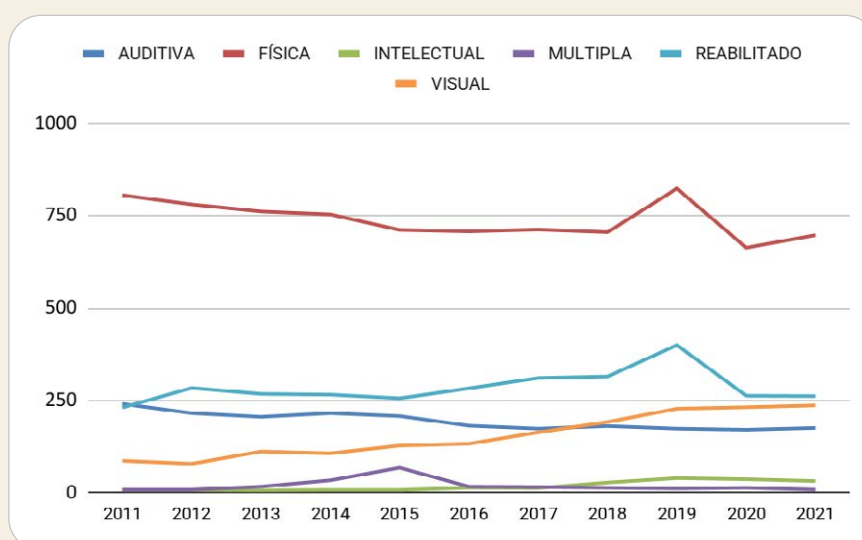
Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Os dados analisados em todas as bases – Rais, CAGED e Novo CAGED – ao longo de toda a série temporal mostram que a maioria dos auxiliares de enfermagem com vínculos formais no Brasil é declaradamente branca, enquanto profissionais autodeclarados pardos e pretos ocupam posições inferiores em número. Dessa forma, é cabível destacar que o acesso aos cursos em enfermagem reflete desigualdades raciais que impactam diretamente as oportunidades de ascensão profissional na área, visto que esse padrão sugere que pessoas brancas têm maior acesso a melhores espaços de escolaridade, o que se traduz em mais oportunidades para inserção e progressão em empregos de nível técnico. Além disso, a elevada subnotificação da variável “**raça/cor**” indica que muitos empregadores não atribuem importância a esse dado, dificultando análises mais precisas sobre desigualdades no mercado de trabalho da enfermagem.

7.2.3.4 Tipo de deficiência

Nesta seção, será discutida a variável “**tipo de deficiência**”, analisando a distribuição dos auxiliares de enfermagem com deficiência no mercado de trabalho formal. A Figura 107 apresenta os dados dessa variável na Rais, no período de 2011 a 2021, permitindo uma análise da inclusão desses profissionais ao longo dos anos.

Figura 107 – Tipo de deficiência dos auxiliares de enfermagem no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

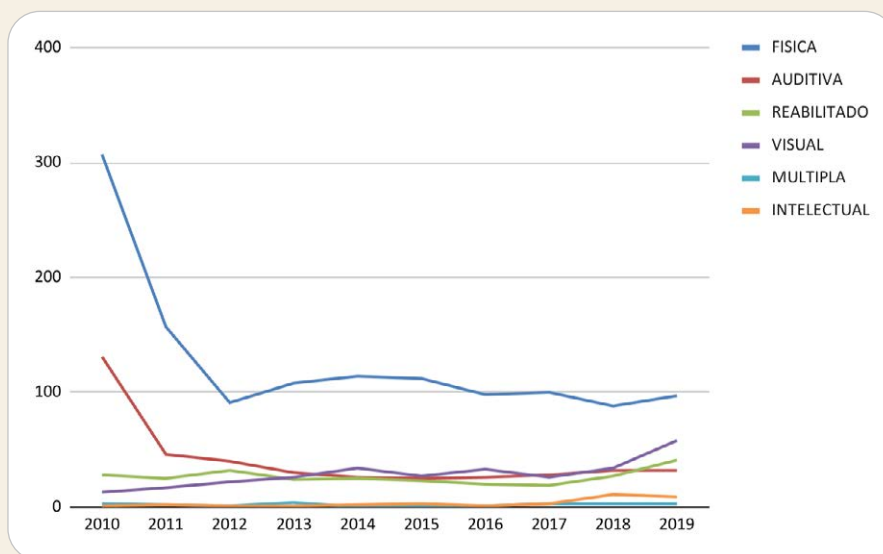
Os dados analisados mostram que a maioria da população de auxiliares de enfermagem com deficiência possui deficiência física, seguida pelos profissionais com deficiência auditiva, enquanto os deficientes visuais ocupam a terceira posição. Observa-se ainda uma leve diminuição no número total de pessoas com deficiência ao longo do tempo, possivelmente causada pela diminuição no número de profissionais no mercado.

Além disso, embora ainda representem uma minoria dentro desse grupo, observa-se uma tendência de crescimento na parcela de auxiliares de enfermagem reabilitados. Esses profissionais passaram por um processo de reabilitação após adquirirem deficiências físicas, relacionadas ao desgaste físico acumulado ao longo dos anos de trabalho na profissão. A alta média etária da categoria (com predominância de profissionais com mais de 40 anos) explica, em parte, esse aumento, já que o desgaste físico crônico, lesões por esforço repetitivo ou condições adquiridas durante a atuação no cuidado aos pacientes tornam mais provável o surgimento de deficiências.

Profissionais reabilitados são reinseridos no mercado de trabalho por meio de adaptações no ambiente de trabalho, readequação de funções ou capacitação para novas atividades, destacando avanços nas políticas de inclusão. Paralelamente, o número absoluto de auxiliares com deficiência física também cresceu, refletindo tanto a maior exposição a riscos ocupacionais quanto a maior visibilidade e reconhecimento dessas condições em uma categoria predominantemente composta por trabalhadores de longa experiência.

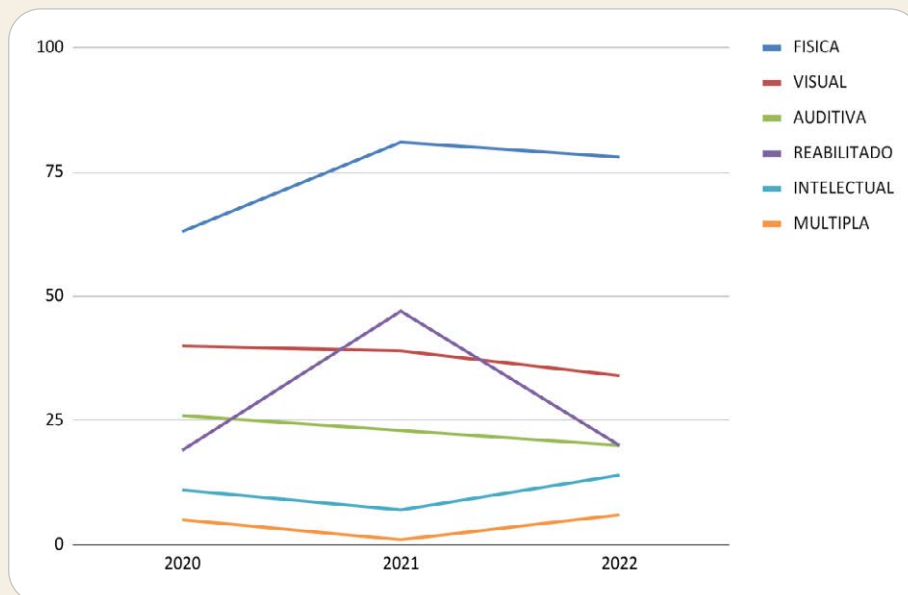
A mesma variável, “**tipo de deficiência**”, analisada no CAGED e no Novo CAGED, apresenta uma realidade semelhante à observada na Rais, reafirmando que a maioria dos auxiliares de enfermagem com deficiência possui deficiência física, seguida pelos deficientes auditivos e, em terceiro lugar, pelos deficientes visuais. As Figuras 108 e 109 trazem a conformação dos dados no CAGED e Novo CAGED, respectivamente.

Figura 108 – Tipo de deficiência dos auxiliares de enfermagem admitidos e desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Figura 109 – Tipo de deficiência dos auxiliares de enfermagem admitidos e desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



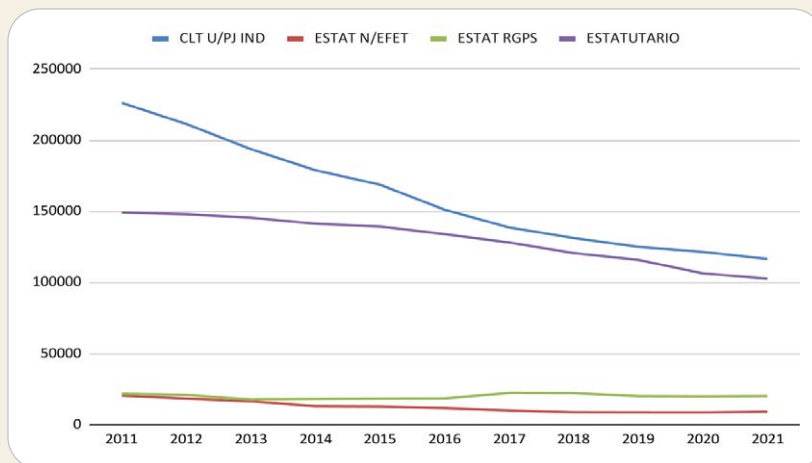
Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Semelhante ao Rais, os dados do CAGED mostram a diminuição moderada do número total de profissionais possuindo algum tipo de deficiência ao longo do tempo. Essa variação pode estar ligada à diminuição de contratação de profissionais auxiliares de enfermagem no mercado formal de trabalho e ao aumento do número de profissionais reabilitados.

7.2.3.5 Tipo de vínculo

Nesta seção, será analisada a variável “**tipo de vínculo**”, que está presente exclusivamente nos dados da Rais (Figura 110). Visto que a Rais fornece informações sobre as características dos vínculos de trabalho ativos, permitindo uma análise mais aprofundada da relação empregatícia dos auxiliares de enfermagem ao longo do tempo. Já o CAGED e o NOVO CAGED registram apenas as movimentações de admissões e desligamentos, sem abranger os vínculos empregatícios em si.

Figura 110 – Tipo de vínculo dos auxiliares de enfermagem no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Ao longo de toda a série histórica, a maioria dos auxiliares de enfermagem esteve vinculada ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), predominantemente como trabalhadores urbanos associados a pessoas jurídicas. No entanto, observa-se uma queda muito mais acentuada nos vínculos CLT em comparação com os contratos estatutários, que são vitalícios. Isso ocorre porque os profissionais estatutários, geralmente contratados por meio de concursos públicos em períodos anteriores, permanecem ativos no mercado até a aposentadoria, resultando em uma redução menos acentuada dessa categoria ao longo dos anos.

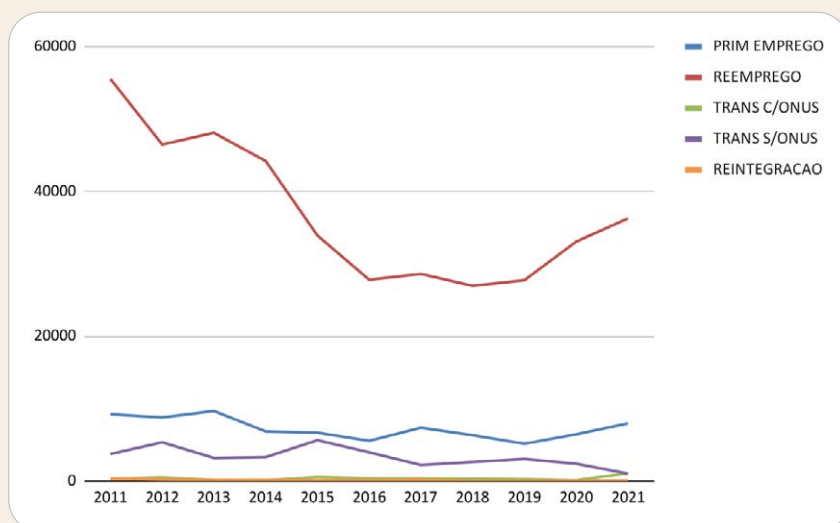
Já os vínculos CLT apresentam uma diminuição mais acentuada, refletindo mudanças nas políticas de contratação e uma demanda menor por esses profissionais no mercado formal. Essa queda é agravada pelo fato de os trabalhadores CLT serem, em sua maioria, jovens, uma vez que as instituições tendem a evitar contratar indivíduos com idade avançada para cargos como auxiliar de enfermagem, uma profissão em processo de extinção, substituída gradualmente por técnicos e profissionais mais qualificados.

7.2.3.6 Tipo de admissão

Nesta seção, serão analisados os “**tipos de admissão**” dos auxiliares de enfermagem no Brasil. Na Rais, a variável disponível para esse aspecto é “**tipo de admissão**” (Figura 111), enquanto a variável “**tipo de desligamento**” não apresenta

valores significativos para uma análise consistente e, portanto, não será utilizada. Já nas bases do CAGED e NOVO CAGED, a variável equivalente é “**tipo de movimentação**”, que permite a observação tanto das admissões quanto dos desligamentos. Neste primeiro momento, serão abordados apenas os “**tipos de admissão**”, com foco nos diferentes formatos de entrada dos auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho. Os “**tipos de desligamento**” serão analisados posteriormente, utilizando exclusivamente os dados do CAGED e Novo CAGED.

Figura 111 – Tipos de admissão dos auxiliares de enfermagem no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



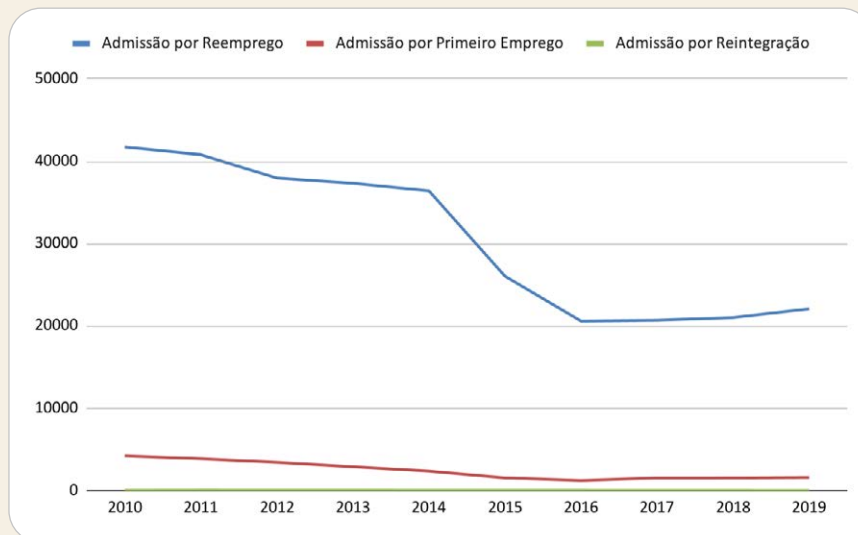
Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais /MTE.

Os dados da **Rais** revelam que a maioria das admissões de auxiliares de enfermagem no Brasil ocorre por reemprego, ou seja, profissionais que já possuem experiência na área e estão retornando ao mercado de trabalho. Em segundo lugar, destacam-se as admissões por primeiro emprego, que representam profissionais ingressando no mercado de trabalho pela primeira vez.

A predominância de “**admissões por reemprego**” sugere que há uma preferência por profissionais com experiência prévia, possivelmente devido à demanda por competências específicas e à necessidade de reduzir os custos associados à formação e integração de novos funcionários. Além da concorrência elevada entre os candidatos e da exigência de qualificações além da formação básica, o aumento das admissões por primeiro emprego observado a partir de 2019, que elevou essa categoria para a segunda

posição, que pode estar diretamente relacionado à contratação de profissionais recém-formados em cursos técnicos ou de enfermagem sob o cargo de “auxiliar de enfermagem”.

Figura 112 – Tipos de admissão dos auxiliares de enfermagem no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



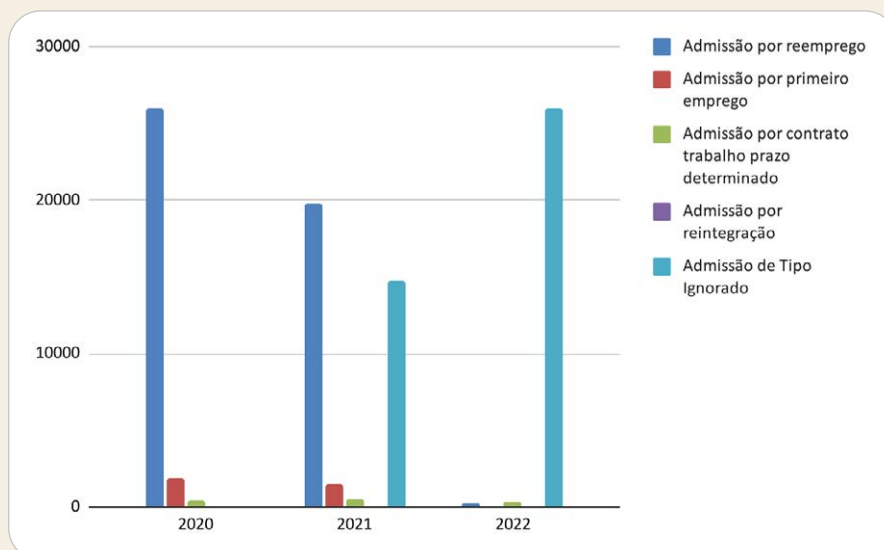
Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Nos dados do CAGED (Figura 112), diferentemente da Rais, as admissões por reintegração foram inexpressivas entre os auxiliares de enfermagem, ou seja, representam uma parcela muito pequena do total. Isso pode ser explicado pelo fato de que o CAGED registra apenas movimentações de empregados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem acompanhar decisões administrativas ou judiciais que levem à reintegração de trabalhadores, como ocorre na Rais.

Ainda assim, observa-se um padrão semelhante: as admissões por reemprego ocupam o primeiro lugar, indicando que a maioria dos auxiliares de enfermagem contratados já possuía experiência profissional anterior. As admissões por reemprego apresentaram um número significativo ao longo dos anos, com um pico em 2010 e uma tendência de queda gradual até 2016, seguida de uma estabilização nos anos seguintes.

Já as admissões por primeiro emprego aparecem em segundo lugar, mas ainda assim com valores muito inferiores às admissões por reemprego, pois não são mais formados auxiliares atualmente. O número de admissões por primeiro emprego diminuiu consideravelmente desde 2010, atingindo níveis mínimos em 2015 e permanecendo baixo nos anos subsequentes.

Figura 113 – Tipos de admissão dos auxiliares de enfermagem no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

No Novo CAGED (Figura 113), que surgiu durante a pandemia da covid-19, o cenário das admissões de auxiliares de enfermagem apresenta particularidades que refletem as demandas emergenciais do período. Diferente do CAGED, o Novo CAGED inclui a categoria “**Admissão por contrato de prazo determinado**”, possivelmente adicionada devido à necessidade urgente de contratação temporária para suprir a alta demanda por profissionais de saúde.

A Figura 113 ilustra a introdução da categoria “**Admissão por Tipo Ignorado**”, que se tornou a segunda principal forma de admissão em 2021 e, em 2022, praticamente englobou todas as admissões registradas. Essa predominância pode estar relacionada a falhas no preenchimento dos dados ou a mudanças nos critérios de categorização das admissões, podendo aparecer tipos de admissão que não eram contemplados pelo Novo CAGED, dessa forma, a maioria se encaixa nessa categoria. A falta de clareza sobre esse tipo de admissão dificulta a análise precisa das tendências de contratação durante esse período.

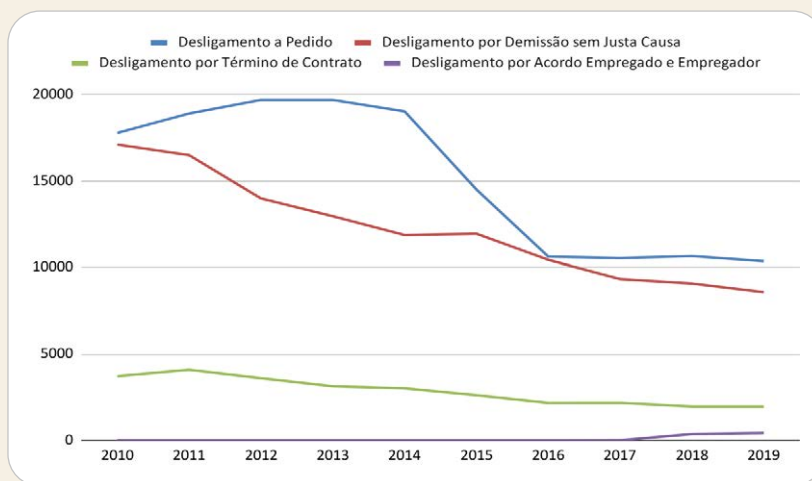
Em resumo, os dados do Novo CAGED revelam um cenário complexo e em constante mudança no mercado de trabalho para auxiliares de enfermagem durante a pandemia. A introdução de novas categorias de admissão, como o contrato de prazo determinado e o tipo ignorado, reflete as demandas emergenciais e as adaptações

necessárias para enfrentar a crise sanitária. No entanto, a predominância da categoria “Tipo Ignorado” limita a capacidade de análise detalhada desses dados, destacando a importância de melhorias na coleta e categorização das informações para uma compreensão mais precisa das tendências de contratação nesse período.

7.2.3.7 Tipo de desligamento

Nesta seção, serão analisados os tipos de desligamento dos auxiliares de enfermagem no Brasil, com base na variável “**tipo de movimentação**” disponível no CAGED (Figura 114) e Novo CAGED (Figura 115). Durante todo o período, os desligamentos mais frequentes foram a pedido, quando o próprio profissional solicita sua saída, possivelmente por melhores oportunidades ou insatisfação, e por demissão sem justa causa, quando o empregador encerra o contrato sem justificativa formal.

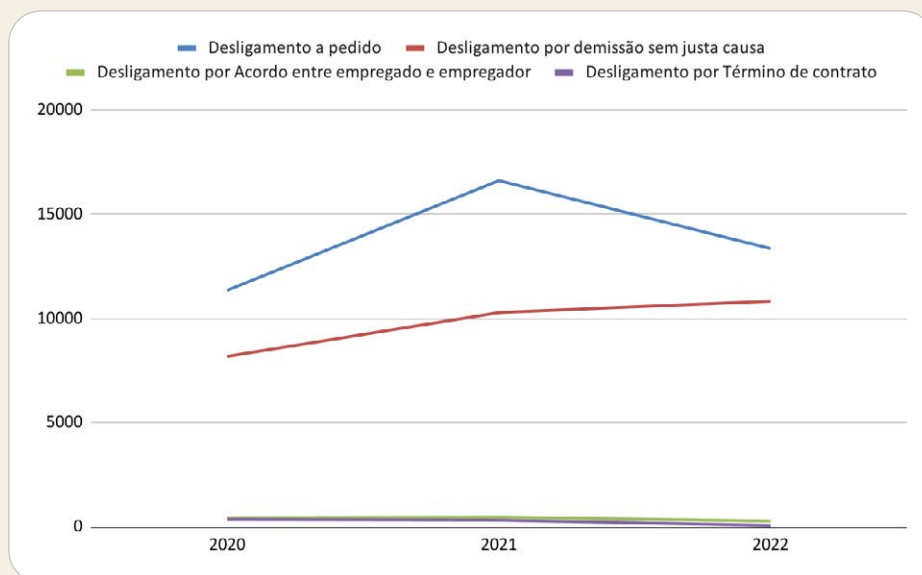
Figura 114 – Desligamentos de auxiliares de enfermagem no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

A Figura 114 mostra que, entre 2010 e 2019, os desligamentos a pedido foram consistentemente superiores aos desligamentos por demissão sem justa causa. Os desligamentos a pedido apresentaram um pico em 2013, seguido por uma tendência de queda gradual até 2019. Já os desligamentos por demissão sem justa causa mantiveram-se relativamente estáveis ao longo do período, com pequenas variações anuais. Além disso, observa-se que os desligamentos por término de contrato e por acordo entre empregado e empregador representaram proporções menores e menos significativas em comparação às duas principais formas de desligamento.

Figura 115 – Desligamentos dos auxiliares de enfermagem no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

No Novo CAGED, durante o período pandêmico (2020-2022), houve um aumento substancial dos desligamentos por término de contrato por tempo determinado, evidenciando a contratação temporária para suprir a demanda emergencial da pandemia. Apesar disso, os desligamentos a pedido e por demissão sem justa causa permanecem como as duas principais formas de desligamento, reforçando a alta rotatividade e a precarização do vínculo empregatício na área de auxiliares de enfermagem.

Na Figura 115, que traz a conformação dos dados no Novo CAGED, observa-se que, em 2020, os “desligamentos a pedido” e “por demissão sem justa causa” continuaram sendo as categorias mais relevantes, embora tenham sofrido algumas variações. Em 2021, houve um aumento nos “desligamentos a pedido”, atingindo um pico, enquanto os “desligamentos por demissão sem justa causa” também cresceram, mas em menor proporção. No entanto, em 2022, ambos os tipos de desligamento diminuíram, indicando uma possível estabilização no mercado de trabalho após o pico da pandemia.

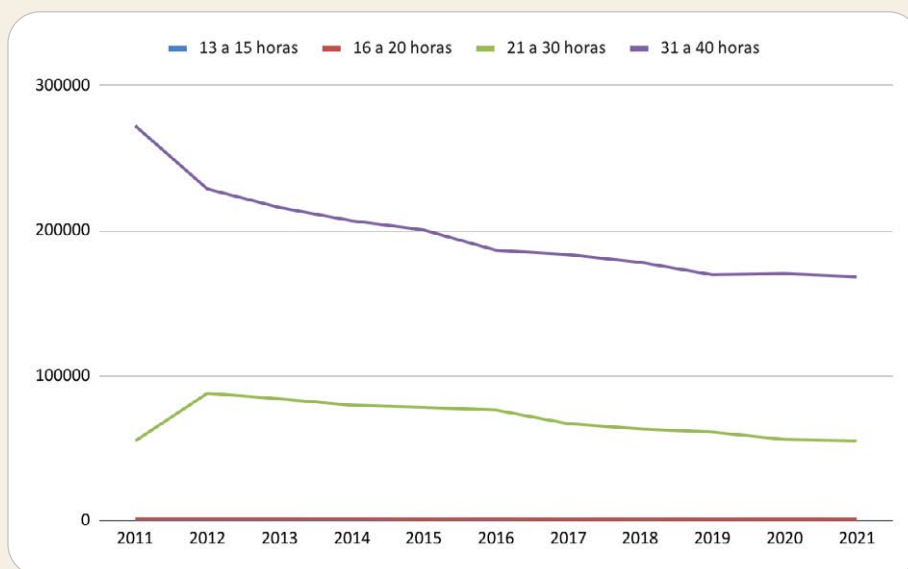
Além disso, é importante notar que os “desligamentos por acordo entre empregado e empregador” e “por término de contrato por tempo determinado” representaram proporções muito menores durante esse período, confirmando que as duas principais formas de desligamento continuaram sendo a pedido e por demissão sem justa causa.

Os dados do CAGED e Novo CAGED revelam que os desligamentos a pedido e por demissão sem justa causa são as formas mais comuns de saída dos auxiliares de enfermagem do mercado de trabalho formal no Brasil. A alta prevalência dessas categorias sugere uma elevada rotatividade e precarização das relações de trabalho nessa categoria profissional. Durante a pandemia, houve um aumento nos desligamentos por término de contrato por tempo determinado, refletindo a contratação temporária para enfrentar a crise sanitária, mas as duas principais formas de desligamento continuaram predominando.

7.2.3.8 Horas contratuais

Agora, será analisada a variável “**quantidade de horas contratuais**”, que indica a carga horária acordada no contrato de trabalho dos auxiliares de enfermagem no Brasil. A distribuição das horas contratuais nos traz tanto as condições de trabalho quanto a forma de contratação desses profissionais, podendo revelar tendências como a predominância de jornadas integrais ou a presença de vínculos com carga horária reduzida. A Figura 116 traz essa variável na Rais.

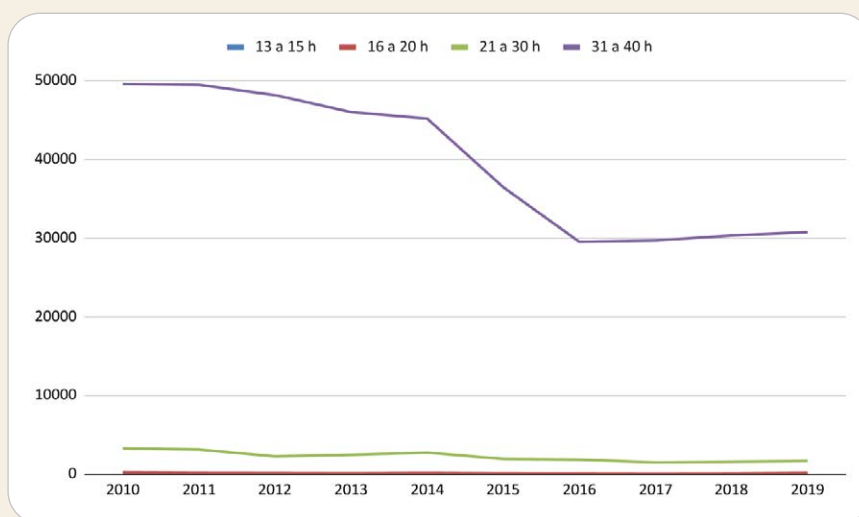
Figura 116 – Quantidade de horas contratuais dos auxiliares de enfermagem no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

A faixa de horas contratuais mais predominante entre os auxiliares de enfermagem no Brasil é a de 31 a 40 horas semanais, seguida pela faixa de 21 a 30 horas semanais. Essa configuração tem se mantido constante desde o início da série temporal até o final, sendo observada tanto nos dados da Rais quanto no CAGED. A faixa de 31 a 40 horas apresentou uma tendência de queda gradual ao longo do período, enquanto a faixa de 21 a 30 horas manteve-se relativamente estável, com pequenas variações anuais. As faixas de 13 a 15 horas e 16 a 20 horas representaram proporções muito menores e menos significativas em comparação às duas principais categorias.

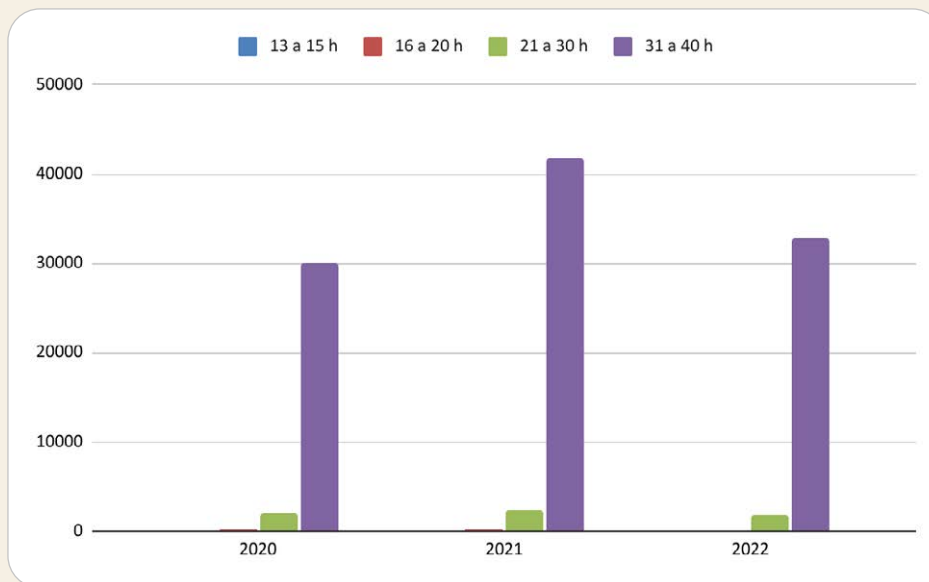
Figura 117 – Quantidade de horas contratuais dos auxiliares de enfermagem admitidos/desligados no Brasil de 2010 a 2019 (CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

Os dados do Novo CAGED estão em concordância com os apresentados pela Rais e o CAGED, evidenciando o mesmo cenário em relação às horas contratuais. A predominância de 31 a 40 horas e 21 a 30 horas semanais é claramente visível em todas as bases de dados, sendo o número de profissionais contratados para regimes de 13 a 15 horas e 16 a 20 horas extremamente baixo em comparação com o total. A Figura 117 mostra que, durante o período de 2010 a 2019, a faixa de 31 a 40 horas foi a mais frequente, seguida pela faixa de 21 a 30 horas, com uma tendência de queda gradual nas admissões e desligamentos nessa categoria.

Figura 118 – Quantidade de horas contratuais dos auxiliares de enfermagem admitidos/desligados no Brasil de 2020 a 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

A Figura 118 mostra que, durante o período pandêmico (2020-2022), a faixa de 31 a 40 horas continuou sendo a mais predominante, seguida pela faixa de 21 a 30 horas. No entanto, houve uma diminuição significativa nas admissões e desligamentos nessas categorias, possivelmente refletindo as mudanças no mercado de trabalho durante a crise sanitária. As faixas de 13 a 15 horas e 16 a 20 horas permaneceram com proporções muito baixas, reforçando a tendência de predominância das jornadas de 31 a 40 horas e 21 a 30 horas.

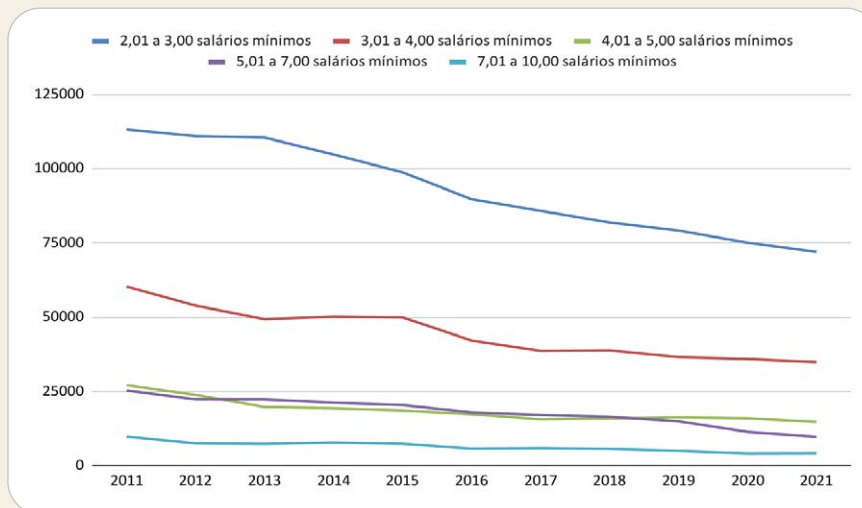
Desta forma, observa-se que as análises da variável “horas contratadas”, em relação aos auxiliares de enfermagem, também justificam a histórica luta da enfermagem para alcançar o regime de 30 horas semanais de forma a garantir melhores condições de trabalho e qualidade da assistência prestada aos pacientes.

7.2.3.9 Remuneração média

Por fim, esta seção abordará a variável “remuneração média”, analisando a evolução dos salários dos auxiliares de enfermagem ao longo do tempo. A partir dos dados disponíveis, será possível identificar tendências de valorização ou estagnação da categoria, bem como possíveis desigualdades salariais dentro do setor. Vale salientar

que essa remuneração média está disposta em número de salários-mínimos e que considera a mudança do valor do salário-mínimo de um ano para o outro.

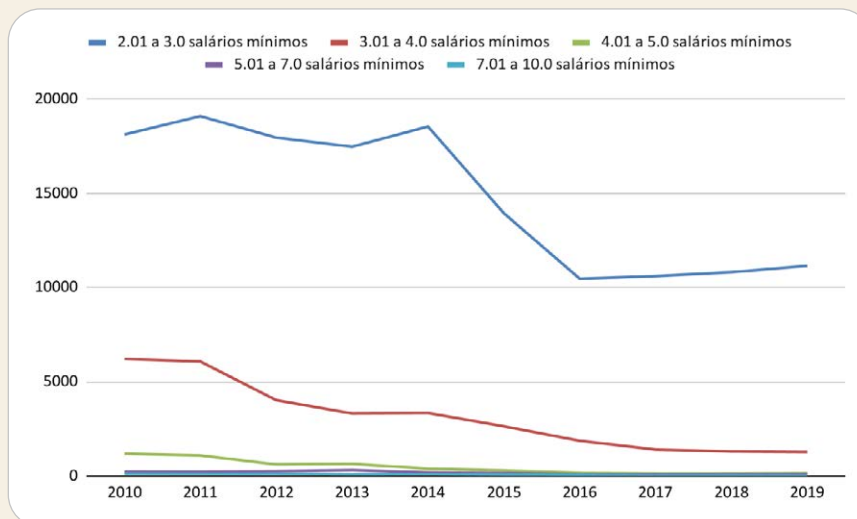
Figura 119 – Remuneração média dos auxiliares de enfermagem no Brasil de 2011 a 2021 (Rais)



Fonte: elaboração própria, com os dados da Rais/MTE.

Conforme mostra a Figura 119 os dados analisados revelam uma estabilidade na distribuição salarial dos auxiliares de enfermagem ao longo do período, com a faixa de 2,01 a 3,00 salários-mínimos, sendo a mais representativa desde o início da série temporal (2011) até 2021. Isso evidencia uma baixa remuneração estrutural da categoria, uma vez que a maioria dos profissionais permaneceu nessa faixa salarial ao longo dos anos. Em segundo lugar, mantendo-se estável, está a faixa de 3,01 a 4,00 salários-mínimos, que nunca superou a primeira posição.

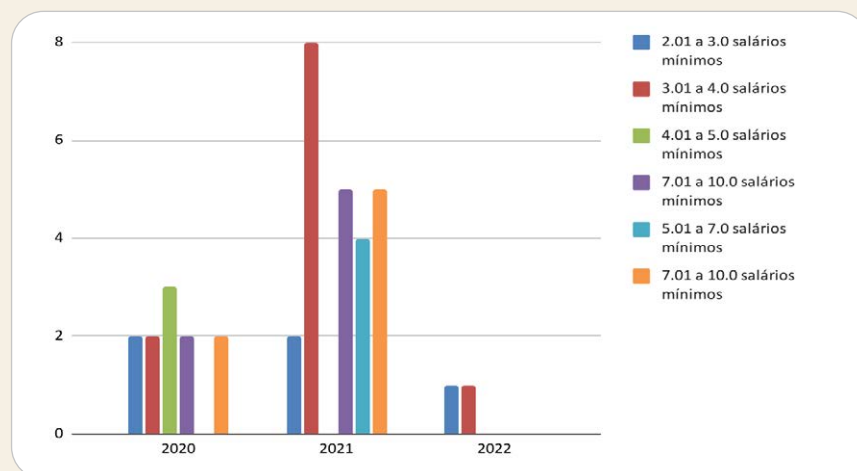
Figura 120 – Remuneração média dos auxiliares de enfermagem admitidos/desligados entre 2010 e 2019 (CAGED)



Fonte: produção própria com os dados do CAGED/MTE.

Os dados do CAGED (Figura 120) confirmam a tendência observada na Rais, evidenciando que a maioria das movimentações salariais dos auxiliares de enfermagem permaneceu concentrada na faixa de 2,01 a 3,00 salários-mínimos ao longo do tempo, o que indica uma remuneração geralmente baixa para a categoria.

Figura 121 – Remuneração média dos auxiliares de enfermagem admitidos/desligados entre 2020 e 2022 (Novo CAGED)



Fonte: elaboração própria, com os dados do CAGED/MTE.

No Novo CAGED (Figura 121) a situação durante a pandemia revelou movimentações significativas em faixas salariais mais altas, além daquelas historicamente predominantes. Durante a crise sanitária, especialmente em 2021, houve um aumento expressivo no número de movimentações (admissões e desligamentos) de auxiliares de enfermagem na faixa de 3,01 a 4,00 salários-mínimos.

No entanto, é importante destacar que essas movimentações não se traduzem necessariamente em mais contratações, mas sim em um fluxo intenso de admissões e desligamentos. Provavelmente aqueles empregados em hospitais ou instituições com remunerações mais elevadas, houve uma movimentação relevante, possivelmente associada a demissões em massa de trabalhadores bem remunerados durante a pandemia. Por exemplo, auxiliares com salários mais altos em hospitais podem ter sido demitidos devido à reorganização de custos, mesmo diante da alta demanda por profissionais.

Esse cenário evidencia uma complexa dinâmica durante a crise sanitária: enquanto a urgência da contratação de profissionais em faixas salariais baixas reflete a precarização do trabalho, as movimentações em faixas mais altas indicam desligamentos de trabalhadores estabelecidos, muitos dos quais atuavam em ambientes hospitalares. A combinação desses fatores cria uma imagem de insegurança generalizada, com precarização para novos contratados e perda de postos para profissionais mais estabelecidos.

De forma geral, vale registrar a importância da Lei n.º 14.434/2022 (Brasil, 2022), que institui o piso salarial da enfermagem como forma de reconhecimento e valorização de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, profissionais, essenciais na operacionalização do sistema nacional de saúde.

No entanto, ressalta-se que apesar da referida lei estabelecer um salarial mínimo específico para estes profissionais, ainda persistem importantes desafios relacionados a sua efetiva aplicação, tais como os impactos financeiros para as instituições públicas e privadas e desigualdades na aplicação do piso entre as diferentes regiões e tipos de vínculos.

7.3 Reflexões finais

Este estudo analisou a evolução do mercado de trabalho da enfermagem no Brasil, englobando enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, ao longo dos últimos anos. Os resultados evidenciam transformações profundas na composição e nas condições de trabalho desses profissionais, refletindo tanto avanços quanto desafios

estruturais que impactam diretamente a qualidade da assistência e a valorização da categoria como um todo.

Observou-se um crescimento expressivo no número de enfermeiros atuantes formalmente no país, impulsionado pela ampliação da formação acadêmica e pela crescente demanda no sistema de saúde. Em contrapartida, os dados revelam uma tendência de redução no número de vínculos formais entre auxiliares de enfermagem, e certa estabilidade, seguida de oscilações, entre os técnicos, o que pode indicar mudanças nas políticas de contratação, substituição por profissionais com maior escolaridade e um processo de reestruturação dos perfis profissionais demandados pelo mercado.

Outro aspecto marcante foi o envelhecimento progressivo da força de trabalho em todas as categorias, especialmente entre técnicos e auxiliares, sugerindo uma menor renovação profissional. Paralelamente, recém-formados enfrentam barreiras para inserção no mercado, especialmente os técnicos e enfermeiros, o que aponta para a necessidade de estratégias que facilitem a transição da formação para o emprego, promovendo maior integração entre as redes de ensino e saúde.

O estudo também identificou a intensificação das jornadas de trabalho e o avanço de vínculos empregatícios mais instáveis, como contratos temporários e terceirizações. Esse cenário de precarização afeta diretamente a segurança no emprego e o planejamento de carreira, com possíveis implicações na saúde física e mental dos profissionais. A remuneração média, especialmente entre auxiliares e técnicos, apresentou estagnação ou queda, acompanhada pela diminuição de vínculos estatutários e o predomínio de formas de contratação menos vantajosas do ponto de vista salarial e de benefícios.

Diante desse panorama, torna-se urgente a adoção de políticas públicas que priorizem o fortalecimento do mercado de trabalho da enfermagem, com foco na valorização das três categorias. Investimentos estruturais na saúde, ampliação de concursos públicos, regulamentação de vínculos empregatícios estáveis, revisão das jornadas e ações voltadas à inserção de novos profissionais são medidas fundamentais para reverter o atual quadro de precarização.

Por fim, é imprescindível que o Estado e os gestores reconheçam o papel estratégico da enfermagem na garantia do direito à saúde e implementem políticas que assegurem condições dignas de trabalho, remuneração justa e estabilidade profissional. Apenas por meio do fortalecimento contínuo da enfermagem será possível garantir um atendimento de qualidade à população e a sustentabilidade de um sistema de saúde mais justo e eficiente.





8 Análise de Recursos Humanos de Enfermagem no Brasil por Níveis de Atenção à Saúde nas Regiões e Estados Brasileiros (2017-2022)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores redes de atendimento público no mundo, cuja estrutura e funcionamento dependem diretamente da disponibilização de profissionais capacitados e bem distribuídos, especialmente na área de Enfermagem que desempenha um importante papel na prestação de cuidados de saúde em todos os níveis de atenção. O dimensionamento e a distribuição desses profissionais, tanto em termos de postos de trabalho quanto de vínculos trabalhistas, são questões fundamentais para a eficácia e eficiência do sistema nacional de saúde. (Silva; Machado, 2020).

Este capítulo tem como objetivo principal mapear e analisar a distribuição dos profissionais de Enfermagem no Brasil entre os diferentes níveis de atenção à saúde (Primária, Secundária e Terciária), considerando variáveis geográficas como município, região e estado, bem como fatores relacionados aos vínculos trabalhistas. A análise se baseia em dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), abrangendo o período de 2017 a 2022. Tais dados permitirão compreender a configuração atual do trabalho de Enfermagem, revelando tanto a distribuição dos profissionais como os padrões de múltiplos vínculos trabalhistas, mobilidade e carga horária, aspectos essenciais para a organização e a gestão do trabalho no SUS.

Em particular, esta pesquisa busca responder a questões como: qual o quantitativo de postos de trabalho da Enfermagem em cada nível de atenção; quantos profissionais mantêm múltiplos vínculos trabalhistas simultâneos; como se distribuem

os vínculos trabalhistas por classe profissional, tipo de unidade e nível de atenção; e como ocorre a movimentação desses profissionais dentro da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, pretende-se analisar a expansão dos estabelecimentos de saúde ao longo do período, observando as variações no número e tipo de unidades de saúde conforme os níveis de atenção.

Este capítulo visa fornecer um panorama detalhado sobre a situação da Enfermagem no Brasil, o que pode subsidiar políticas públicas e estratégias de planejamento e gestão da força de trabalho em saúde, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população. O estudo ainda pretende identificar possíveis lacunas na distribuição de profissionais e em suas condições de trabalho, oferecendo *insights* valiosos para o aprimoramento da gestão da saúde no país.

8.1 Aspectos metodológicos

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza quantitativa, do tipo transversal e descritiva, com recorte temporal compreendido entre os anos de 2017 e 2022. Para a obtenção dos dados, foi utilizada a base de informações do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) referente aos profissionais de saúde.

8.1.1 Processo de ETL da base do CNES

O CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS. Além de automatizar o processo de coleta de dados realizado em estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, o CNES também contempla equipes de saúde da família, fornecendo subsídios para gestores (Ministério da Saúde -MS, Secretarias de Estado de Saúde -SES, Secretarias Municipais de Saúde -SMS etc.) em todo o país no que tange ao planejamento de ações em saúde.

O CNES também dá transparência, por meio de seu portal, a toda a infraestrutura de serviços de saúde, bem como à capacidade instalada existente e disponível. Em conjunto com o Cartão Nacional de Saúde (CNS), constitui o principal elo entre os diversos sistemas do SUS.

O sistema coleta as seguintes informações:

- Informações básicas gerais
- Endereçamento/Localização
- Gestor responsável (SMS, SES, etc.)
- Atendimento prestado (Internação, Ambulatório, etc.)
- Caracterização (Natureza, Esfera, Ret. Tributos, etc.)
- Equipamentos (RX, Tomógrafo, ultra-som, etc.)
- Serviços de Apoio (SAME, Serviço Social, Lavanderia, etc.)
- Serviços Especializados (Cardiologia, Nefrologia, Farmácia, etc.)
- Instalações Físicas (leitos, salas, etc.)
- Profissionais (SUS, Não SUS, CBO, Carga horária, etc.)
- Equipes (ESF, PACS, etc.)
- Cooperativa

Dada a relevância e a abrangência dos dados, essa base foi escolhida como principal fonte para a pesquisa sobre os níveis assistenciais de enfermagem no país. No entanto, surgiram diversos desafios ao longo do processo, demandando estratégias específicas para responder de forma completa e assertiva aos questionamentos propostos. Este capítulo descreve o processo de ETL (*Extraction, Transformation and Loading*) empregado, detalhando como os dados foram extraídos, transformados e carregados para viabilizar análises confiáveis e consistentes.

8.1.2 CNE/ Profissionais – extração da página do DATASUS

Inicialmente, foi executado um processo de raspagem de dados (*web scraping*) na página de consulta pública do DATASUS, que disponibiliza informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) relacionadas aos profissionais de enfermagem. Essa técnica consiste na extração automatizada de informações disponibilizadas em sites, por meio de scripts ou ferramentas específicas, permitindo a coleta em grande escala de dados estruturados e não estruturados.

As variáveis (atributos) obtidas(os) na extração do CNES profissional se caracterizam da seguinte forma:

Quadro 9 – Variáveis CNES

N	Nome da variável	Descrição da variável
1	NOME	Nome do profissional de saúde.
2	CNS	Cartão Nacional de Saúde, identificador único do profissional.
3	SEXO	Sexo do profissional (M para masculino, F para feminino).
4	IBGE	Código do município segundo o IBGE.
5	UF	Unidade Federativa (estado) onde o profissional está registrado.
6	MUNICIPIO	Nome do município onde o profissional atua.
7	CBO	Código Brasileiro de Ocupações, identificando a profissão do profissional.
8	DESCRICAO CBO	Descrição da ocupação conforme o CBO.
9	CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, identificador do estabelecimento.
10	CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do estabelecimento.
11	ESTABELECIMENTO	Nome do estabelecimento de saúde.
12	NATUREZA JURIDICA	Código que identifica a natureza jurídica do estabelecimento.
13	DESCRICAO NATUREZA JURIDICA	Descrição da natureza jurídica do estabelecimento.
14	GESTAO	Tipo de gestão do estabelecimento (federal, estadual, municipal).
15	SUS	Indica se o estabelecimento é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Variável booleano.
16	RESIDENTE	Indica se o profissional é residente. Variável booleano.
17	PRECEPTOR	Indica se o profissional atua como preceptor. Variável booleano.
18	VÍNCULO ESTABELECIMENTO	Tipo de vínculo do profissional com o estabelecimento.
19	VÍNCULO EMPREGADOR	Tipo de vínculo do profissional com o empregador.
20	DETALHAMENTO DO VÍNCULO	Detalhamento adicional sobre o vínculo empregatício do profissional.
21	CH OUTROS	Carga horária semanal em outras atividades além da assistência ambulatorial e hospitalar.
22	CH AMB.	Carga horária semanal em atividades ambulatoriais.
23	CH HOSP.	Carga horária semanal em atividades hospitalares.

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

Foram realizados diversos esforços para acessar os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de forma completa e confiável. No entanto, identificaram-se entraves, como a presença de dados mal estruturados, campos ausentes e discrepâncias em relação à base disponibilizada pelo DATASUS. Esse cenário motivou a adoção da plataforma **ElastiCNES** como solução principal.

O ElastiCNES é uma iniciativa que disponibiliza as informações do CNES em um ambiente otimizado para busca, análise e visualização, utilizando tecnologias de indexação e pesquisa de alta performance, como o Elasticsearch. Em termos práticos, trata-se de um repositório estruturado que consolida as informações dispersas do CNES, possibilitando consultas avançadas e acesso ágil aos dados. Com isso, viabiliza-se a padronização das bases e a atualização periódica das informações, o que facilita o trabalho de equipes de pesquisa e gestão.

Além de permitir buscas complexas (como filtros por categoria de estabelecimento, localização geográfica ou tipo de serviço), o ElastiCNES possibilita análises em larga escala em virtude de sua capacidade de indexação. Essa característica resulta em respostas mais rápidas e confiáveis, fornecendo subsídios para pesquisadores e gestores desenvolverem estudos baseados em evidências.

Após a integração das bases por meio do ElastiCNES, foram selecionados campos específicos que respondem às perguntas centrais do projeto de pesquisa. Esses campos incluem variáveis relacionadas ao estabelecimento (por exemplo, tipo de unidade, natureza jurídica, gestão) e ao profissional (nome, Cartão Nacional de Saúde, Código Brasileiro de Ocupações, carga horária, vínculo, entre outros). A listagem completa das variáveis, bem como suas descrições, encontra-se na seção a seguir, servindo de referência para as análises desenvolvidas.

Quadro 10 – Variáveis estabelecimentos CNES

N	NOME DA VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL
1	dt_ano	Ano de referência ou ano da competência dos dados.
2	dt_comp	Mês/competência dos dados.
3	regiao	Região geográfica do estabelecimento (Norte, Nordeste, etc.).
4	uf	Unidade Federativa (sigla do estado) do estabelecimento.
5	ibge	Código do município segundo o IBGE.
6	municipio	Nome do município onde se localiza o estabelecimento.
7	cnes	Código do estabelecimento no CNES.

continua

conclusão

N	NOME DA VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL
8	nome_fantasia	Nome fantasia do estabelecimento.
9	cnpj_mantenedora	CNPJ da mantenedora do estabelecimento.
10	cnpj	CNPJ do estabelecimento.
11	tipo_unidade	Tipo de unidade (hospitalar, ambulatorial, etc.).
12	subtipo_unidade	Subtipo de unidade, detalhando a categoria do estabelecimento.
13	natureza_juridica	Código da natureza jurídica do estabelecimento.
14	gestao	Tipo de gestão (federal, estadual, municipal).
15	profissional_nome	Nome do profissional de saúde.
16	profissional_cns	Número do Cartão Nacional de Saúde do profissional.
17	profissional_atende_sus	Indica se o profissional atende pelo SUS (booleano).
18	profissional_cbo	Código Brasileiro de Ocupações do profissional.
19	carga_horaria_hospitalar_sus	Carga horária semanal em atividades hospitalares pelo SUS.
20	carga_horaria_ambulatorial_sus	Carga horária semanal em atividades ambulatoriais pelo SUS.
21	carga_horaria_outros	Carga horária semanal em outras atividades.
22	profissional_vinculo	Tipo de vínculo do profissional com o estabelecimento.
23	equipe_ine	Identificação da equipe no CNES.
24	TIPO EQUIPE	Tipo da equipe (por exemplo, Equipe de Saúde da Família).
25	equipe_subtipo	Subtipo de equipe (eventual especificação dentro do tipo principal).
26	equipe_nome	Nome atribuído à equipe.
27	equipe_area	Área geográfica ou temática de atuação da equipe.
28	equipe_dt_ativacao	Data de ativação da equipe.
29	equipe_dt_desativacao	Data de desativação da equipe.
30	equipe_dt_entrada	Data de entrada do profissional na equipe.
31	equipe_dt_desligamento	Data de desligamento do profissional da equipe.
32	atendimento_prestado	Tipo de atendimento prestado pelo profissional ou estabelecimento.
33	nivel_atencao	Nível de atenção à saúde (primário, secundário, terciário).
34	convenio_sus	Indica se há convênio com o SUS (booleano).
35	telefone	Telefone de contato do estabelecimento.
36	logradouro	Logradouro do endereço do estabelecimento.
37	complemento	Informação complementar do endereço (sala, andar, etc.).

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A extração das tabelas de todos os estados brasileiros, relativas ao período de 2017 a 2022, forneceu um conjunto de dados mais amplo e completo em comparação à base inicial do DATASUS. Enquanto as primeiras variáveis contemplavam informações básicas sobre os estabelecimentos e profissionais, as novas variáveis listadas fornecem detalhes adicionais que permitem uma análise mais profunda dos níveis de atenção à saúde.

Alguns fatores que conferem maior poder explicativo às novas variáveis incluem:

Correlação entre Profissional e Estabelecimento: A inclusão de informações como tipo e subtipo de unidade, natureza jurídica, gestão e nível de atenção possibilita relacionar diretamente o profissional ao tipo de serviço prestado, bem como ao perfil da instituição onde atua.

Detalhamento da Carga Horária: Campos específicos sobre a carga horária hospitalar, ambulatorial e em outras atividades permitem identificar em que medida o profissional se dedica a cada nível ou tipo de serviço. Esse detalhamento é essencial para compreender, por exemplo, como está distribuída a força de trabalho nos diferentes cenários de assistência.

Informações sobre Vínculo e Equipes: Variáveis que descrevem o tipo de vínculo do profissional, bem como a relação com equipes específicas (incluindo datas de ativação e desativação), ajudam a mapear com maior precisão a mobilidade e a permanência dos profissionais nas unidades de saúde.

Atualização e Confiabilidade dos Dados: A consolidação via ElastiCNES, aliada às extrações completas de múltiplos períodos, amplia a qualidade e a atualização das informações, superando limitações enfrentadas na base disponibilizada pelo DATASUS (como dados mal estruturados ou discrepâncias em algumas variáveis).

Facilidade de Filtro e Consulta Avançada: O ambiente otimizado do ElastiCNES viabiliza filtros complexos por localização, categoria de estabelecimento, tipo de serviço, entre outros. Essa flexibilidade de consulta se traduz em análises mais direcionadas e robustas, imprescindíveis para caracterizar o panorama dos níveis de atenção à saúde. Dessa forma, a adoção das novas variáveis do ElastiCNES permite tanto aprofundar a compreensão acerca da distribuição e atuação dos profissionais de enfermagem, quanto facilitar a avaliação e a tomada de decisões em políticas de saúde, especialmente no que diz respeito aos níveis primário, secundário e terciário de atenção.

É importante ressaltar as limitações inerentes ao processo de extração dos dados por meio da plataforma ElastiCNES. Em razão de restrições no volume de dados exportável, optou-se por uma estratégia de extração manual, segmentada por região. Em casos específicos — como nos Estados de São Paulo e Minas Gerais, que possuem grande número de municípios e estabelecimentos — foi necessário efetuar extrações individuais por municípios, de modo a garantir que todas as informações fossem compiladas adequadamente.

Além disso, o processo de extração não se mostrou rápido, possivelmente em função de mecanismos complexos de busca e indexação do Elasticsearch, que podem demandar maior tempo para filtrar e disponibilizar grandes volumes de informações. Dessa forma, a estratégia de extração manual por segmentos foi adotada não apenas para contornar as limitações de volume, mas também para mitigar possíveis perdas de dados ou falhas decorrentes de consultas muito extensas.

8.1.3 Processo de transformação e carregamento dos dados

Para o tratamento dos dados, adotou-se a ferramenta *Power BI*, empregada tanto na criação de relacionamentos entre as tabelas quanto na organização dos dados em duas principais dimensões (profissionais e estabelecimentos). Essa abordagem possibilitou a separação entre tabelas de dimensão (que contêm atributos descritivos, como informações de profissionais e estabelecimentos) e tabelas de fato (focadas em registros de eventos ou medidas), facilitando a realização de análises exploratórias, a identificação de inconsistências e a correção de possíveis erros.

As transformações executadas foram, em grande parte, pontuais e envolveram sobretudo mudanças de tipo de dados (por exemplo, de texto para número) e o levantamento da quantidade de valores ausentes (*missing data*).

Constatou-se uma maior concentração de ausências nos seguintes atributos:

- equipe_subtipo
- equipe_nome
- equipe_area
- equipe_dt_ativacao
- equipe_dt_desativacao
- equipe_dt_entrada
- equipe_dt_desligamento

- atendimento_prestado
- nivel_atencao
- convenio_sus
- telefone
- logradouro
- complemento

Apesar disso, verificou-se que o campo “TIPO EQUIPE” é capaz de fornecer, de forma satisfatória, subsídios para responder a questões relacionadas à atenção primária à saúde, compensando, em parte, a ausência de dados em outros campos. Essa informação se mostrou relevante especialmente para identificar a participação de equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e em outras modalidades de assistência primária.

Os dados, após serem tratados e padronizados, foram carregados em um modelo de dados no Power BI. Dessa maneira, foi possível criar relacionamentos entre dimensões (profissionais e estabelecimentos) e fatos (registro de vínculo, carga horária etc.). A capacidade de atualização incremental do Power BI permite que, a cada nova extração, as transformações sejam reproduzidas e o modelo seja atualizado, mantendo a consistência dos relatórios. A partir desse *load*, as análises exploratórias e estatísticas avançadas sobre a distribuição dos profissionais de enfermagem, a identificação de possíveis lacunas em cada nível de atenção e a relação entre oferta e demanda dos serviços de saúde puderam ser conduzidas de modo mais eficaz. Portanto, é correto considerar que boa parte das análises deriva do *load* efetuado no ambiente de *Business Intelligence* (BI).

8.1.4 Limitações e recomendações para uso dos dados

Embora a adoção do ElastiCNES tenha mitigado muitas limitações, a presença de campos incompletos, discrepâncias em formatação e possíveis incoerências permanece sendo um desafio. Usuários devem analisar cuidadosamente a origem e a consistência dos dados antes de realizar inferências.

Tanto o CNES quanto o ElastiCNES sofrem atualizações periódicas. Assim, estudos que dependam de dados atualizados devem verificar a data de extração e considerar possíveis mudanças no intervalo temporal analisado. Há restrições quanto ao volume de dados que podem ser extraídos do ElastiCNES, exigindo soluções segmentadas para garantir a completude da base. Dados mal estruturados ou inconsistências pontuais podem impactar análises que demandam grande granularidade.

Devido a potenciais lacunas (*missings*) ou vínculos não atualizados entre profissionais e estabelecimentos, recomenda-se cautela ao estabelecer conclusões sobre a disponibilidade de recursos humanos e a organização dos serviços de saúde. Indicadores de qualidade (por exemplo, percentual de *missings* ou campos inconsistentes) devem ser calculados a cada atualização para monitorar a evolução da base.

Recomenda-se a implementação de scripts ou processos de verificação automática de consistência, como checagem de CNPJ e CNES duplicados, ou de correlação entre variáveis (ex.: `profissional_cns` e `profissional_nome`).

A adoção de uma estratégia estruturada de ETL (Extração, Transformação e *Loading*) sobre o CNES, aliada ao uso do ElastiCNES, possibilitou uma visão mais completa das informações necessárias para a pesquisa em torno da enfermagem nos diferentes níveis de atenção à saúde. As recomendações apresentadas quanto à validação e ao controle de qualidade dos dados destacam a importância de se manter uma base confiável e atualizada, capaz de subsidiar decisões e políticas públicas.

Com isso, espera-se que esta nota técnica sirva de orientação para equipes interessadas em realizar estudos similares ou aprofundar análises acerca da força de trabalho em saúde e da estrutura dos estabelecimentos no âmbito do SUS.

8.1.5 Análises descritivas dos dados do ElastiCNES

No que diz respeito às análises descritivas, ressalta-se que diversas variáveis do ElastiCNES apresentam natureza predominantemente categórica, de modo que medidas como média, mediana e moda, bem como análises de dispersão (por exemplo, *boxplot*), não se mostram tão pertinentes. Em termos gerais, observou-se a ausência ou indisponibilidade de valores para algumas variáveis—como *equipe_dt_desativacao*, *atendimento_prestado*, *nivel_atencao*, *convenio_sus*, *telefone*, *logradouro* e *complemento*. Em parte, esses campos podem ter sido deixados em branco por conterem informações sensíveis, cujo detalhamento pode ser restringido pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

A falta de registros na variável *nivel_atencao*, em particular, dificultou o trabalho da equipe de pesquisa, que precisou recorrer às variáveis *tipo de equipe* e *tipo de unidade* como “proxy” para definir o nível de atenção. Além disso, a variável *equipe_ine* apresentou quantidade considerável de valores nulos, razão pela qual não se recomenda seu uso em análises mais aprofundadas.

Por outro lado, as demais variáveis disponíveis demonstraram boa completude e consistência, podendo subsidiar adequadamente análises sobre a força de trabalho em saúde e a estrutura dos estabelecimentos no âmbito do SUS, desde que observadas as recomendações de verificação de qualidade e consistência descritas nesta Nota Técnica.

Quadro 11 – Análise descritiva 2017

Tabela	Variável	Contagem de valores	Valores distintos	Contagem de nulos
201712	Nome da Origem	1043833	5	0
201712	dt_ano	1043833	1	0
201712	dt_comp	1043833	1	0
201712	regiao	1043833	5	0
201712	uf	1043833	27	0
201712	ibge	1043833	5571	0
201712	municipio	1043833	5288	0
201712	cnes	1043833	81382	0
201712	nome_fantasia	1043830	74086	3
201712	cnpj_mantenedora	1043833	6075	0
201712	cnpj	1043833	16777	0
201712	tipo_unidade	1043833	36	0
201712	subtipo_unidade	1043833	68	0
201712	natureza_juridica	1043833	3	0
201712	gestao	1043833	3	0
201712	profissional_nome	1043833	842750	0
201712	profissional_cns	1043823	889965	10
201712	profissional_atende_sus	1043833	2	0
201712	profissional_cbo	1043833	23	0
201712	carga_horaria_hospitalar_sus	1043833	99	0
201712	carga_horaria_ambulatorial_sus	1043833	92	0
201712	carga_horaria_outros	1043833	64	0
201712	profissional_vinculo	1043833	48	0
201712	equipe_ine	119357	47325	924476
201712	TIPO EQUIPE	1043833	49	0
201712	equipe_subtipo	1043833	3	0
201712	equipe_nome	119357	37321	924476
201712	equipe_area	119357	3203	924476
201712	equipe_dt_ativacao	119357	6078	924476
201712	equipe_dt_desativacao			1043833
201712	equipe_dt_entrada	119357	4617	924476
201712	equipe_dt_desligamento	265	103	1043568
201712	atendimento_prestado			1043833
201712	nivel_atencao			1043833
201712	convenio_sus			1043833
201712	telefone			1043833
201712	logradouro			1043833
201712	complemento			1043833

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

Quadro 12 – Análise descritiva 2018

Tabela	Variável	Contagem de valores	Valores distintos	Contagem de nulos
201812	Nome da Origem	1097835	5	0
201812	dt_ano	1097835	1	0
201812	dt_comp	1097835	1	0
201812	regiao	1097835	5	0
201812	uf	1097835	27	0
201812	ibge	1097835	5568	0
201812	municipio	1097835	5286	0
201812	cnes	1097835	83775	0
201812	nome_fantasia	1097832	76236	3
201812	cnpj_mantenedora	1097835	6057	0
201812	cnpj	1097835	18051	0
201812	tipo_unidade	1097835	36	0
201812	subtipo_unidade	1097835	69	0
201812	natureza_juridica	1097835	3	0
201812	gestao	1097835	3	0
201812	profissional_nome	1097835	883880	0
201812	profissional_cns	1097825	933454	10
201812	profissional_atende_sus	1097835	2	0
201812	profissional_cbo	1097835	23	0
201812	carga_horaria_hospitalar_sus	1097835	99	0
201812	carga_horaria_ambulatorial_sus	1097835	99	0
201812	carga_horaria_outros	1097835	65	0
201812	profissional_vinculo	1097835	47	0
201812	equipe_ine	123996	48415	973839
201812	TIPO EQUIPE	1097835	48	0
201812	equipe_subtipo	1097835	3	0
201812	equipe_nome	123996	38246	973839
201812	equipe_area	123996	3234	973839
201812	equipe_dt_ativacao	123996	6318	973839
201812	equipe_dt_desativacao			1097835
201812	equipe_dt_entrada	123996	4755	973839
201812	equipe_dt_desligamento	364	120	1097471
201812	atendimento_prestado			1097835
201812	nivel_atencao			1097835
201812	convenio_sus			1097835
201812	telefone			1097835
201812	logradouro			1097835
201812	complemento			1097835

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES

Quadro 13 – Análise descritiva 2019

Tabela	Variável	Contagem de valores	Valores distintos	Contagem de nulos
201912	Nome da Origem	1147406	5	0
201912	dt_ano	1147406	1	0
201912	dt_comp	1147406	1	0
201912	regiao	1147406	5	0
201912	uf	1147406	27	0
201912	ibge	1147406	5570	0
201912	municipio	1147406	5288	0
201912	cnes	1147406	85464	0
201912	nome_fantasia	1147406	77666	0
201912	cnpj_mantenedora	1147406	6040	0
201912	cnpj	1147406	18965	0
201912	tipo_unidade	1147406	39	0
201912	subtipo_unidade	1147406	69	0
201912	natureza_juridica	1147406	3	0
201912	gestao	1147406	3	0
201912	profissional_nome	1147406	922508	0
201912	profissional_cns	1147390	974079	16
201912	profissional_atende_sus	1147406	2	0
201912	profissional_cbo	1147406	23	0
201912	carga_horaria_hospitalar_sus	1147406	83	0
201912	carga_horaria_ambulatorial_sus	1147406	87	0
201912	carga_horaria_outros	1147406	61	0
201912	profissional_vinculo	1147406	40	0
201912	equipe_ine	126823	49108	1020583
201912	TIPO EQUIPE	1147406	47	0
201912	equipe_subtipo	1147406	3	0
201912	equipe_nome	126823	38696	1020583
201912	equipe_area	126823	3259	1020583
201912	equipe_dt_ativacao	126823	6543	1020583
201912	equipe_dt_desativacao	2	1	1147404
201912	equipe_dt_entrada	126823	4920	1020583
201912	equipe_dt_desligamento	318	129	1147088
201912	atendimento_prestado			1147406
201912	nivel_atencao			1147406
201912	convenio_sus			1147406
201912	telefone			1147406
201912	logradouro			1147406
201912	complemento			1147406

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

Quadro 14 – Análise descritiva 2020

Tabela	Variável	Contagem de valores	Valores distintos	Contagem de nulos
202012	Nome da Origem	1294131	5	0
202012	dt_ano	1294131	1	0
202012	dt_comp	1294131	1	0
202012	regiao	1294131	5	0
202012	uf	1294131	27	0
202012	ibge	1294131	5569	0
202012	municipio	1294131	5287	0
202012	cnes	1294131	88929	0
202012	nome_fantaia	1294130	80346	1
202012	cnpj_mantenedora	1294131	6041	0
202012	cnpj	1294131	19524	0
202012	tipo_unidade	1294131	39	0
202012	subtipo_unidade	1294131	69	0
202012	natureza_juridica	1294131	3	0
202012	gestao	1294131	3	0
202012	profissional_nome	1294131	1008301	0
202012	profissional_cns	1293482	1065256	649
202012	profissional_atende_sus	1294131	2	0
202012	profissional_cbo	1294131	23	0
202012	carga_horaria_hospitalar_sus	1294131	89	0
202012	carga_horaria_ambulatorial_sus	1294131	91	0
202012	carga_horaria_outros	1294131	64	0
202012	profissional_vinculo	1294131	31	0
202012	equipe_ine	148904	54248	1145227
202012	TIPO EQUIPE	1294131	18	0
202012	equipe_subtipo	1294131	3	0
202012	equipe_nome	148904	42655	1145227
202012	equipe_area	148904	3394	1145227
202012	equipe_dt_ativacao	148904	6818	1145227
202012	equipe_dt_desativacao			1294131
202012	equipe_dt_entrada	148904	5117	1145227
202012	equipe_dt_desligamento	1036	182	1293095
202012	atendimento_prestado			1294131
202012	nivel_atencao			1294131
202012	convenio_sus			1294131
202012	telefone			1294131
202012	logradouro			1294131
202012	complemento			1294131

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

Quadro 15 – Análise descritiva 2021

Tabela	Variável	Contagem de valores	Valores distintos	Contagem de nulos
202112	Nome da Origem	1424943	5	0
202112	dt_ano	1424943	1	0
202112	dt_comp	1424943	1	0
202112	regiao	1424943	5	0
202112	uf	1424943	27	0
202112	ibge	1424943	5569	0
202112	municipio	1424943	5287	0
202112	cnes	1424943	93370	0
202112	nome_fantasia	1424938	84187	5
202112	cnpj_mantenedora	1424943	6060	0
202112	cnpj	1424943	22152	0
202112	tipo_unidade	1424943	39	0
202112	subtipo_unidade	1424943	68	0
202112	natureza_juridica	1424943	3	0
202112	gestao	1424942	3	1
202112	profissional_nome	1424943	1091752	0
202112	profissional_cns	1424943	1155500	0
202112	profissional_atende_sus	1424943	2	0
202112	profissional_cbo	1424943	23	0
202112	carga_horaria_hospitalar_sus	1424943	93	0
202112	carga_horaria_ambulatorial_sus	1424943	94	0
202112	carga_horaria_outros	1424943	64	0
202112	profissional_vinculo	1424943	31	0
202112	equipe_ine	164101	57195	1260842
202112	TIPO EQUIPE	1424943	13	0
202112	equipe_subtipo	1424943	1	0
202112	equipe_nome	164101	45212	1260842
202112	equipe_area	164101	3492	1260842
202112	equipe_dt_ativacao	164101	7096	1260842
202112	equipe_dt_desativacao			1424943
202112	equipe_dt_entrada	164101	5240	1260842
202112	equipe_dt_desligamento	452	166	1424491
202112	atendimento_prestado			1424943
202112	nivel_atencao			1424943
202112	convenio_sus			1424943
202112	telefone			1424943
202112	logradouro			1424943
202112	complemento			1424943

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

Quadro 16 – Análise descritiva 2022

Tabela	Variável	Contagem de valores	Valores distintos	Contagem de nulos
202212	Nome da Origem	1474851	6	0
202212	dt_ano	1474851	1	0
202212	dt_comp	1474851	1	0
202212	regiao	1474851	5	0
202212	uf	1474851	27	0
202212	ibge	1474851	5569	0
202212	municipio	1474851	5287	0
202212	cnes	1474851	96145	0
202212	nome_fantasia	1474841	86654	10
202212	cnpj_mantenedora	1474851	6062	0
202212	cnpj	1474851	23820	0
202212	tipo_unidade	1474851	38	0
202212	subtipo_unidade	1474851	67	0
202212	natureza_juridica	1474851	3	0
202212	gestao	1474851	3	0
202212	profissional_nome	1474851	1130261	0
202212	profissional_cns	1474851	1196011	0
202212	profissional_atende_sus	1474851	2	0
202212	profissional_cbo	1474851	23	0
202212	carga_horaria_hospitalar_sus	1474851	93	0
202212	carga_horaria_ambulatorial_sus	1474851	91	0
202212	carga_horaria_outros	1474851	66	0
202212	profissional_vinculo	1474851	32	0
202212	equipe_ine	177536	59201	1297315
202212	TIPO EQUIPE	1474851	13	0
202212	equipe_subtipo	1474851	1	0
202212	equipe_nome	177536	46846	1297315
202212	equipe_area	177536	3572	1297315
202212	equipe_dt_ativacao	177536	7354	1297315
202212	equipe_dt_desativacao			1474851
202212	equipe_dt_entrada	177536	5421	1297315
202212	equipe_dt_desligamento	506	178	1474345
202212	atendimento_prestado			1474851
202212	nivel_atencao			1474851
202212	convenio_sus			1474851
202212	telefone			1474851
202212	logradouro			1474851
202212	complemento			1474851

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

Após a coleta, os dados foram organizados e tabulados utilizando o Microsoft Excel 2023, software que também foi empregado para a realização das análises descritivas. A análise da relação entre as variáveis foi conduzida por meio de estatísticas descritivas, com o objetivo de identificar padrões e relações entre as características analisadas.

As variáveis consideradas para este estudo são:

- **UF** (Unidade Federativa)
- **Região** (Região do País)
- **IBGE** (código do município)
- **Município**
- **Tipo de Unidade**
- **Natureza Jurídica**
- **Profissional CBO** (Classificação Brasileira de Ocupações)

A análise detalhada do município e seu respectivo código do IBGE possibilitou a criação da variável “Tipo de Município”, a qual foi categorizada em duas classes: **Capital** e **Interior**, conforme a classificação geográfica dos municípios brasileiros.

A variável “Profissional_CBO” foi tratada por meio de categorização, conforme o Quadro 17 a seguir, no qual foram agrupados os profissionais de saúde de acordo com a sua função e especialização, para facilitar a análise dos dados.

Quadro 17 – Categorias existentes na variável “Profissional_CBO” e a respectiva categorização para análise de dados

Variável	Categorização
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	Auxiliar de Enfermagem
AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	Auxiliar de Enfermagem
AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	Auxiliar de Enfermagem
ENFERMEIRO	Enfermeiro
ENFERMEIRO AUDITOR	Enfermeiro
ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	Enfermeiro
ENFERMEIRO DE BORDO	Enfermeiro
ENFERMEIRO DE CENTRO CIRURGICO	Enfermeiro
ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA	Enfermeiro
ENFERMEIRO DO TRABALHO	Enfermeiro
ENFERMEIRO NEFROLOGISTA	Enfermeiro
ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA	Enfermeiro
ENFERMEIRO OBSTETRICO	Enfermeiro
ENFERMEIRO PSIQUIATRICO	Enfermeiro
ENFERMEIRO PUERICULTOR E PEDIATRICO	Enfermeiro
ENFERMEIRO SANITARISTA	Enfermeiro
TECNICO DE ENFERMAGEM	Técnico em Enfermagem
TECNICO DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	Técnico em Enfermagem
TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA	Técnico em Enfermagem
TECNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	Técnico em Enfermagem
TECNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIATRICA	Técnico em Enfermagem

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) pode revelar a identificação das especialidades na área de enfermagem, detalhando as diversas funções e atribuições dos profissionais. Por exemplo, a CBO 2235-05 refere-se ao “Enfermeiro”, enquanto a CBO 2235-45 especifica o “Enfermeiro obstétrico”, evidenciando diferentes áreas de atuação dentro da profissão. A Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, estabelece em seu Artigo 11 as atividades privativas do enfermeiro, incluindo a direção de órgãos de enfermagem e a consultoria, entre outras. Complementando essa legislação, a Resolução Cofen n.º 581/2018 atualiza os procedimentos para registro de títulos de pós-graduação e aprova uma lista de especialidades reconhecidas, como Enfermagem em Saúde Coletiva, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem em Terapia Intensiva, entre outras. Assim, a CBO, alinhada à legislação vigente e às resoluções do Cofen, reflete as especialidades da enfermagem, orientando a prática profissional e o reconhecimento das diversas áreas de atuação.

A variável “Tipo_Unidade” foi classificada conforme o Quadro 18, com base nos tipos de unidades de saúde e suas respectivas atribuições dentro do sistema de saúde público brasileiro. A classificação das unidades de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária no Brasil é estabelecida pela Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde. Esta portaria define as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturando os serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade para garantir um atendimento integral e eficiente à população.

Desta forma, cada unidade foi associada a um nível de complexidade no atendimento, que pode variar entre Atenção Primária, Secundária e Terciária, além de categorias extras como “Outros” para aquelas unidades com funções específicas.

Quadro 18 – Categorias da variável “Tipo_Unidade” e a categorização para análise de dados

Tipo_unidade	Tipo de Unidade Categorizado
05 HOSPITAL GERAL	Atenção terciária
07 HOSPITAL ESPECIALIZADO	Atenção terciária
68 CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	Outros
02 CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	Atenção Primária
36 CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	Atenção secundária
70 CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	Atenção secundária
04 POLICLINICA	Atenção secundária
73 PRONTO ATENDIMENTO	Atenção secundária
42 UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRÉ-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	Atenção secundária

continua

conclusão

Tipo_unidade	Tipo de Unidade Categorizado
81 CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	Outros
39 UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Atenção secundária
50 UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	Outros
01 POSTO DE SAUDE	Atenção Primária
20 PRONTO SOCORRO GERAL	Atenção terciária
77 SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	Atenção secundária
69 CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	Outros
76 CENTRAL DE REGULACAO MÉDICA DAS URGENCIAS	Outros
15 UNIDADE MISTA	Atenção secundária
72 UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	Atenção Primária
22 CONSULTORIO ISOLADO	Outros
62 HOSPITAL/DIA - ISOLADO	Atenção terciária
60 COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSAO DE TRABALHADORES NA SAUDE	Outros
61 CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO	Atenção terciária
75 TELESSAUDE	Outros
40 UNIDADE MOVEL TERRESTRE	Atenção secundária
43 FARMACIA	Outros
82 CENTRAL DE NOTIFICACAO, CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	Outros
74 POLO ACADEMIA DA SAUDE	Atenção Primária
71 CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	Atenção secundária
80 LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	Outros
67 LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	Outros
32 UNIDADE MOVEL FLUVIAL	Atenção Primária
21 PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	Atenção terciária
83 POLO DE PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	Outros
78 UNIDADE DE ATENCAO EM REGIME RESIDENCIAL	Atenção secundária
79 OFICINA ORTOPEDICA	Atenção secundária
85 CENTRO DE IMUNIZACAO	Outros
84 CENTRAL DE ABASTECIMENTO	Outros
64 CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	Outros

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

O quadro apresentado descreve as categorias da variável “Tipo_Unidade” e sua respectiva categorização dentro dos níveis de atenção à saúde (Primária, Secundária, Terciária) e a classificação “Outros” para as unidades que não se encaixam nas categorias principais. A seguir, será explicado o porquê de algumas unidades estarem classificadas como “Outros”, além de fornecer uma breve explicação sobre cada tipo de unidade.

Classificação dos Tipos de Unidade de Saúde

1. Atenção Primária:

- Centro de Saúde/Unidade Básica (Tipo 02)
- Posto de Saúde (Tipo 01)
- Unidade de Atenção à Saúde Indígena (Tipo 72)
- Polo Academia da Saúde (Tipo 74)
- Unidade Móvel Fluvial (Tipo 32)

Atenção primária é o primeiro nível de contato do indivíduo com o sistema de saúde. As unidades de saúde que se encaixam nesta categoria são aquelas que oferecem serviços gerais de saúde, incluindo prevenção, diagnóstico inicial, acompanhamento de doenças crônicas e promoção da saúde. As unidades básicas como postos de saúde e centros de saúde/unidades básicas são exemplos típicos de unidades de atenção primária, onde o foco é o cuidado continuado e o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde.

2. Atenção Secundária:

- Clínica/Centro de Especialidade (Tipo 36)
- Centro de Atenção Psicossocial (Tipo 70)
- Policlínica (Tipo 04)
- Pronto Atendimento (Tipo 73)
- Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT Isolado) (Tipo 39)
- Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care) (Tipo 77)
- Unidade Mista (Tipo 15)
- Centro de Apoio à Saúde da Família (Tipo 71)
- Unidade de Atenção em Regime Residencial (Tipo 78)
- Oficina Ortopédica (Tipo 79)

A atenção secundária está relacionada ao atendimento especializado que ocorre após a avaliação na atenção primária. Unidades como policlínicas, pronto atendimentos, centros de especialidade e unidades de apoio diagnóstico e terapia oferecem tratamentos mais especializados, como consultas com especialistas e exames complementares. Além disso, serviços de atenção domiciliar (*Home Care*) e unidades mistas entram na atenção secundária, pois são voltados para o atendimento de necessidades mais complexas, porém ainda não em um nível terciário.

3. Atenção Terciária:

- Hospital Geral (Tipo 05)
- Hospital Especializado (Tipo 07)
- Pronto Socorro Geral (Tipo 20)

- Hospital/Dia - Isolado (Tipo 62)
- Centro de Parto Normal - Isolado (Tipo 61)
- Pronto Socorro Especializado (Tipo 21)

A atenção terciária envolve cuidados médicos especializados e complexos, normalmente em hospitais ou unidades altamente especializadas. São os casos que exigem internações prolongadas ou intervenções cirúrgicas complexas, como em hospitais gerais, hospitais especializados, prontos socorros gerais e especializados, além de unidades que oferecem cuidados de alta complexidade, como os centros de parto normal e hospitais/dia.

Classificação “Outros”:

As unidades classificadas como “Outros” são, em sua maioria, unidades de apoio, gestão e serviços especializados que não realizam atendimentos diretos de saúde, mas têm papel crucial na infraestrutura do sistema de saúde como um todo. Elas podem estar ligadas à gestão de serviços, apoio diagnóstico, regulação de atendimentos, vigilância em saúde, promoção de saúde e distribuição de recursos, entre outras funções. Essas unidades são essenciais para o funcionamento e a organização do sistema de saúde, mas seu papel não está diretamente ligado à prestação de cuidados médicos regulares aos pacientes.

A categoria “Outros” também abrange unidades que prestam serviços especializados ou altamente focados, que não têm a amplitude de um hospital, clínica ou unidade básica de saúde. As funções que essas unidades desempenham são complementares, mas igualmente essenciais para garantir a qualidade, organização e acessibilidade no atendimento à saúde pública.

1. Central de Gestão em Saúde (Tipo 68):

- Unidades voltadas para a gestão e regulação da saúde, sem prestar diretamente cuidados clínicos ou hospitalares.

2. Central de Regulação do Acesso (Tipo 81):

- Envolve regulação do acesso aos serviços de saúde, como triagem e encaminhamento para outras unidades, mas não oferece atendimentos diretos.

3. Unidade de Vigilância em Saúde (Tipo 50):

- Responsável por vigilância epidemiológica e sanitária, realizando monitoramento de doenças, prevenção e controle, sem envolvimento direto em consultas ou tratamentos.

4. Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematológica (Tipo 69):

- Unidades específicas para tratamentos relacionados ao sangue e hemoterapia, que não se enquadram diretamente nos níveis de atenção à saúde.

5. Central de Regulação Médica das Urgências (Tipo 76):

- Funciona como central de regulação de urgências e não é um local de atendimento direto a pacientes, mas sim de coordenação e direcionamento.

6. Consultório Isolado (Tipo 22):

- Consultórios isolados ou unidades pequenas sem a característica de um centro de saúde ou posto de saúde, muitas vezes focados em atendimentos pontuais e não contínuos.

7. Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores na Saúde (Tipo 60):

- Refere-se a empresas de trabalho temporário ou cooperativas de profissionais de saúde, sem envolvimento direto na prestação contínua de serviços de saúde a pacientes.

8. Telemedicina (Tipo 75):

- Telemedicina é um serviço de saúde prestado remotamente e, portanto, não se encaixa diretamente nos níveis tradicionais de atenção.

9. Unidade de Apoio à Saúde Pública (Tipo 80 e 67):

- Estas unidades desempenham funções de apoio à saúde pública, como laboratórios e centros de controle de doenças, sem fornecer tratamentos diretos.

10. Outras Unidades e Serviços Específicos (Tipos 43, 82, 83, 84):

- Farmácias, centros de notificação de órgãos, promoção de saúde, centros de prevenção de doenças são serviços complementares que atuam em áreas de suporte ao sistema de saúde, e não em atendimentos médicos diretos.

As unidades classificadas como “Outros” são aquelas que não se inserem nas categorias tradicionais de atenção primária, secundária ou terciária. Elas desempenham papéis importantes no apoio à gestão e infraestrutura do sistema de saúde, como a gestão e regulação de serviços, vigilância em saúde, telemedicina, laboratórios de

saúde pública e outros serviços especializados. Essas unidades, embora essenciais para a saúde pública, não prestam atendimento clínico ou hospitalar diretamente aos pacientes, o que justifica a separação da categorização.

8.2 Resultados e discussão

8.2.1 Evolução geral e total

O total de postos de trabalho aumentou em todos os níveis de atenção, com destaque para a **Atenção Terciária**, que apresentou o maior crescimento absoluto, subindo de 635.838 postos em 2017 para 899.926 em 2022 (crescimento de 41%). A **Atenção Primária** também teve uma evolução significativa, crescendo de 204.704 para 285.145 postos no mesmo período (39,2%). Por outro lado, o nível de atenção classificado como “Outros” registrou o menor número absoluto de postos e um crescimento mais tímido, de 31.708 para 51.148 postos (61%).

8.2.2 Atenção Primária

A **Região Sudeste** concentrou a maior parte dos postos na Atenção Primária (36,9% do total em 2022), com aumento de 32,4% no período. A **Região Nordeste** teve o maior crescimento absoluto, adicionando mais de 24.000 postos em cinco anos, o que reflete esforços de expansão da atenção básica em áreas menos estruturadas. Na **Região Norte**, houve crescimento percentual expressivo (46,8%), embora ainda concentre o menor número de postos (29.680 em 2022).

8.2.3 Atenção Secundária

Apesar de um crescimento moderado entre 2017 e 2021, o total de postos de trabalho **diminuiu levemente em 2022** (de 238.827 para 238.641), indicando possível redistribuição ou priorização de outros níveis de atenção. A **Região Sudeste** concentrou a maior parte dos postos (46,8% em 2022), apresentando um crescimento estável de 42,2% no período. As regiões **Centro-Oeste** (62,5%) e **Sul** (51,8%) apresentaram crescimentos proporcionais acima da média nacional, indicando esforços de fortalecimento da atenção secundária.

8.2.4 Atenção Terciária

A **Atenção Terciária** mostrou o maior crescimento absoluto e percentual em todas as regiões, destacando-se como o principal foco de expansão da força de trabalho. A **Região Sudeste** concentrou 48,6% do total de postos em 2022, com aumento absoluto de mais de 109.000 postos desde 2017. O crescimento no **Nordeste** (54,4%) foi marcante, com a inclusão de mais de 71.000 postos no período, refletindo maior investimento em hospitais e serviços especializados. A **Região Norte** apresentou a menor concentração de postos na Atenção Terciária (6,5% do total em 2022), mas ainda assim teve crescimento percentual expressivo (48%).

8.2.5 Outros níveis de atenção

Este nível apresentou o menor crescimento absoluto e proporcional no período, representando apenas 5,3% do total de postos em 2022. O **Sudeste** liderou em números absolutos, com 15.657 postos em 2022 (30,6% do total desse nível), seguido pelo **Nordeste** (29%). A **Região Sul** apresentou o maior crescimento percentual (103%), refletindo maior diversificação de funções, como gestão, ensino e pesquisa.

8.3 Força de trabalho de enfermagem, níveis assistenciais e disparidades regionais

A **Região Sudeste** concentrou o maior número de postos em todos os níveis de atenção, evidenciando sua maior capacidade econômica e infraestrutura.

As **Regiões Norte e Centro-Oeste** mostraram os menores números absolutos, mas os maiores crescimentos proporcionais em alguns níveis, destacando esforços para reduzir desigualdades regionais.

Majoritariamente, o foco de investimento na expansão da Rede de Atenção à Saúde foca na expansão da Atenção Primária. Isso é constatado desde a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991. Destacam-se a transformação do então Programa de Saúde da Família, este criado em 1994, em Estratégia de Saúde da Família em 2006 (Hone *et al.*, 2020); e a criação do Programa Mais Médicos (Santos *et al.*, 2017).

Entretanto, sabe-se também do investimento na atenção terciária especialmente em condições cardiovasculares (Oliveira *et al.*, 2019) e da abertura significativa para o

capital estrangeiro no setor de saúde brasileiro, especialmente após 2015, o que incluiu hospitais e serviços de saúde (Scheffer; Souza, 2022). A expansão do setor privado, especialmente em cuidados especializados, pode comprometer a universalidade e a equidade do sistema de saúde brasileiro.

A Tabela 17 descreve a distribuição dos postos de trabalho da enfermagem por níveis de atenção nas regiões do Brasil entre 2017 e 2022. No nível primário, o Sudeste é a região com maior número absoluto de enfermeiros, embora sua participação relativa tenha diminuído ligeiramente ao longo do período, passando de 39,3% para 37,4%. O Nordeste, por outro lado, experimentou um crescimento contínuo, consolidando-se como a segunda maior região em termos de postos de trabalho nesse nível. A participação do Norte, Centro-Oeste e Sul permaneceu relativamente estável, com o Sul mostrando um leve aumento na proporção de postos.

No nível secundário, o Sudeste também se manteve dominante, representando 45,7% dos postos em 2017 e 46,8% em 2022. A região Nordeste teve um aumento absoluto no número de postos, mas sua participação relativa caiu de 25,7% para 22,3%, refletindo uma desaceleração no crescimento em comparação com outras regiões. As regiões Centro-Oeste, Norte e Sul apresentaram crescimento modesto, com destaque para o Centro-Oeste, que aumentou sua participação de 7,9% para 9,2%. No nível terciário, o Sudeste continua sendo a região de maior concentração, embora sua participação tenha diminuído de 51,7% para 48,6% ao longo do período. O Nordeste viu um aumento considerável, passando de 20,7% para 22,5%, enquanto as demais regiões, como o Norte e o Sul, observaram crescimento consistente no número absoluto de postos, mantendo uma distribuição relativamente estável em termos percentuais. No nível “outros”, o Sudeste ainda é a região com maior número de postos, mas a participação relativa diminuiu de 31,8% para 30,6%. O Nordeste e o Centro-Oeste aumentaram sua participação nesse nível, com o Nordeste indo de 27,8% para 29,0%. A região Norte, por sua vez, viu uma queda.

Tabela 17 – Descrição dos postos de trabalho da enfermagem por níveis de atenção e regiões do Brasil

Nível de Atenção	Região	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
Primária	CENTRO-OESTE	14.857	7.3%	15.07	7.2%	15.529	7.2%	17.377	7.1%	18.568	7.0%	20.269	7.1%
	NORDESTE	55.635	27.2%	56.931	27.1%	58.45	27.1%	65.322	26.6%	70.787	26.7%	79.87	28.0%
	NORTE	20.193	9.9%	22.123	10.5%	22.799	10.6%	26.569	10.8%	28.039	10.6%	29.678	10.4%
	SUDESTE	80.489	39.3%	81.645	38.9%	83.31	38.7%	93.336	38.1%	100.082	37.8%	106.545	37.4%
	SUL	33.506	16.4%	34.061	16.2%	35.336	16.4%	42.596	17.4%	47.3	17.9%	48.69	17.1%
Total		204.68	100.0%	209.83	100.0%	215.424	100.0%	245.2	100.0%	264.776	100.0%	285.052	100.0%
Secundária	CENTRO-OESTE	13.556	7.9%	15.383	8.4%	17.347	9.0%	18.736	8.7%	21.211	8.9%	22.024	9.2%
	NORDESTE	44.016	25.7%	46.77	25.5%	47.768	24.7%	53.76	24.9%	58.465	24.5%	53.299	22.3%
	NORTE	11.153	6.5%	12.071	6.6%	12.34	6.4%	13.506	6.3%	14.886	6.2%	14.629	6.1%
	SUDESTE	78.445	45.7%	83.055	45.2%	87.558	45.3%	97.691	45.3%	107.966	45.2%	111.605	46.8%
	SUL	24.391	14.2%	26.446	14.4%	28.269	14.6%	32.153	14.9%	36.299	15.2%	37.021	15.5%
Total		171.565	100.0%	183.725	100.0%	193.282	100.0%	215.846	100.0%	238.827	100.0%	238.578	100.0%
Terciária	CENTRO-OESTE	44.588	7.0%	48.626	7.3%	53.332	7.6%	60.153	7.6%	69.089	7.9%	72.785	8.1%
	NORDESTE	131.351	20.7%	139.614	20.8%	149.186	21.3%	172.172	21.7%	192.938	22.1%	202.827	22.5%
	NORTE	39.604	6.2%	42.394	6.3%	43.198	6.2%	51.486	6.5%	55.922	6.4%	58.642	6.5%
	SUDESTE	328.442	51.7%	343.073	51.2%	354.237	50.6%	393.715	49.7%	429.703	49.3%	437.547	48.6%
	SUL	91.736	14.4%	95.969	14.3%	100.705	14.4%	114.25	14.4%	124.142	14.2%	127.796	14.2%
Total		635.721	100.0%	669.676	100.0%	700.658	100.0%	791.776	100.0%	871.794	100.0%	899.597	100.0%
Outros	CENTRO-OESTE	3.138	9.9%	3.436	10.0%	3.532	9.3%	3.798	9.3%	4.425	9.0%	4.714	9.2%
	NORDESTE	8.819	27.8%	9.634	28.0%	11.483	30.4%	11.906	29.0%	14.113	28.7%	14.853	29.0%
	NORTE	4.706	14.8%	5.223	15.2%	5.41	14.3%	6.203	15.1%	6.878	14.0%	5.849	11.4%
	SUDESTE	10.077	31.8%	10.697	31.1%	11.498	30.4%	12.225	29.8%	14.296	29.1%	15.656	30.6%
	SUL	4.964	15.7%	5.406	15.7%	5.869	15.5%	6.919	16.9%	9.457	19.2%	10.067	19.7%
Total		31.704	100.0%	34.396	100.0%	37.792	100.0%	41.051	100.0%	49.169	100.0%	51.139	100.0%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

8.3.1 Unidades Federativas (UF) e níveis de Atenção

A Tabela 18 descreve a distribuição dos postos de trabalho da Enfermagem na Atenção Primária no Brasil, entre 2017 e 2022, por Unidade Federativa. Ao longo do período, o número total de postos aumentou significativamente, de 204.680 em 2017 para 285.145 em 2022, refletindo um crescimento contínuo de cerca de 39%. As unidades federativas com os maiores aumentos absolutos foram São Paulo (SP), Minas Gerais (MG), e Bahia (BA), responsáveis por grandes parcelas do crescimento nacional. Em termos percentuais, destaca-se a estabilidade nas proporções das regiões, com SP, MG e BA dominando o total nacional, enquanto estados como Acre (AC) e Rondônia (RO) mantiveram uma participação constante e menor ao longo dos anos. Observa-se também que alguns estados, como o Ceará (CE) e o Maranhão (MA), apresentaram crescimento constante, enquanto outros, como o Rio de Janeiro (RJ), tiveram leve queda na porcentagem de postos ao longo do período.

Tabela 18 – Distribuição de Postos de trabalho da Enfermagem por Unidade Federativa na Atenção Primária

UF	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
AC	1037	0,5%	1078	0,5%	1073	0,5%	1201	0,5%	1257	0,5%	1421	0,5%
AL	3531	1,7%	3699	1,8%	3752	1,7%	4351	1,8%	4641	1,8%	5606	2,0%
AM	4325	2,1%	5103	2,4%	5477	2,5%	6558	2,7%	6768	2,6%	6746	2,4%
AP	1128	0,6%	1687	0,8%	1541	0,7%	2115	0,9%	2126	0,8%	2555	0,9%
BA	14631	7,1%	15232	7,3%	15934	7,4%	17889	7,3%	18554	7,0%	19720	6,9%
CE	8524	4,2%	8493	4,0%	8682	4,0%	9666	3,9%	11160	4,2%	11667	4,1%
DF	2407	1,2%	2335	1,1%	2401	1,1%	2635	1,1%	2864	1,1%	3336	1,2%
ES	3600	1,8%	3707	1,8%	4078	1,9%	4376	1,8%	4522	1,7%	4919	1,7%
GO	5824	2,8%	5936	2,8%	6173	2,9%	6828	2,8%	7360	2,8%	8126	2,8%
MA	7167	3,5%	7333	3,5%	7401	3,4%	8114	3,3%	9100	3,4%	10305	3,6%
MG	24884	12,2%	25200	12,0%	26233	12,2%	30359	12,4%	32273	12,2%	33623	11,8%
MS	2772	1,4%	2892	1,4%	2961	1,4%	3208	1,3%	3324	1,3%	3458	1,2%
MT	3854	1,9%	3907	1,9%	3994	1,9%	4706	1,9%	5020	1,9%	5349	1,9%
PA	8193	4,0%	8473	4,0%	8821	4,1%	9880	4,0%	10846	4,1%	11208	3,9%
PB	4258	2,1%	4307	2,1%	4392	2,0%	4940	2,0%	5207	2,0%	5796	2,0%
PE	6518	3,2%	6736	3,2%	6809	3,2%	7436	3,0%	8248	3,1%	9994	3,5%
PI	4592	2,2%	4695	2,2%	4775	2,2%	5393	2,2%	5775	2,2%	6958	2,4%
PR	13518	6,6%	13528	6,4%	13733	6,4%	15955	6,5%	17904	6,8%	18492	6,5%
RJ	12080	5,9%	12079	5,8%	11554	5,4%	12724	5,2%	13116	5,0%	14311	5,0%
RN	3818	1,9%	3753	1,8%	3878	1,8%	4334	1,8%	4704	1,8%	6048	2,1%
RO	1758	0,9%	1766	0,8%	1804	0,8%	2085	0,9%	2059	0,8%	2408	0,8%
RR	971	0,5%	1165	0,6%	1074	0,5%	1355	0,6%	1469	0,6%	1739	0,6%
RS	11462	5,6%	11666	5,6%	12110	5,6%	14279	5,8%	15492	5,9%	16797	5,9%
SC	8526	4,2%	8868	4,2%	9493	4,4%	12362	5,0%	13904	5,3%	13401	4,7%
SE	2596	1,3%	2682	1,3%	2827	1,3%	3199	1,3%	3398	1,3%	3777	1,3%
SP	39925	19,5%	40659	19,4%	41445	19,2%	45877	18,7%	50171	18,9%	53692	18,8%
TO	2781	1,4%	2851	1,4%	3009	1,4%	3375	1,4%	3514	1,3%	3601	1,3%
Total	204680	100,0%	209865	100,0%	215424	100,0%	245200	100,0%	264776	100,0%	285145	100,0%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 19 descreve a distribuição dos postos de trabalho da Enfermagem na Atenção Secundária no Brasil entre 2017 e 2022. Ao longo deste período, o número total de postos cresceu de 171.561 em 2017 para 238.578 em 2022, representando um aumento expressivo de cerca de 39%. São Paulo (SP) continua a ser o estado com a maior proporção de postos, chegando a 24,9% em 2022. Outros estados, como Minas Gerais (MG) e Rio de Janeiro (RJ), mantiveram sua participação significativa, mas observou-se uma redução na porcentagem de postos de estados como Pernambuco (PE) e Rio Grande do Norte (RN). Em termos absolutos, BA, PR e GO apresentaram os maiores aumentos ao longo dos anos, enquanto estados como Piauí (PI) tiveram uma diminuição notável no número de postos, especialmente em 2022.

Tabela 19 – Distribuição de postos de trabalho da Enfermagem por Unidade Federativa na Atenção Secundária

UF	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
AC	716	0,4%	689	0,4%	755	0,4%	793	0,4%	793	0,3%	699	0,3%
AL	2462	1,4%	2764	1,5%	2969	1,5%	3156	1,5%	3584	1,5%	3234	1,4%
AM	2450	1,4%	2945	1,6%	2946	1,5%	3155	1,5%	3222	1,3%	3355	1,4%
AP	575	0,3%	678	0,4%	736	0,4%	810	0,4%	1040	0,4%	874	0,4%
BA	10516	6,1%	11620	6,3%	12071	6,2%	13748	6,4%	14703	6,2%	14932	6,3%
CE	4989	2,9%	5451	3,0%	6129	3,2%	7324	3,4%	7556	3,2%	7953	3,3%
DF	2604	1,5%	3114	1,7%	4100	2,1%	4276	2,0%	4983	2,1%	5376	2,3%
ES	3432	2,0%	3733	2,0%	3863	2,0%	4256	2,0%	4786	2,0%	4716	2,0%
GO	5412	3,2%	6072	3,3%	6682	3,5%	7385	3,4%	8298	3,5%	8984	3,8%
MA	4843	2,8%	5052	2,7%	5135	2,7%	5600	2,6%	5978	2,5%	5854	2,5%
MG	17807	10,4%	18659	10,2%	20028	10,4%	22561	10,5%	24209	10,1%	23797	10,0%
MS	2870	1,7%	3301	1,8%	3482	1,8%	3627	1,7%	3837	1,6%	3465	1,5%
MT	2670	1,6%	2896	1,6%	3083	1,6%	3448	1,6%	4093	1,7%	4199	1,8%
PA	4037	2,4%	4294	2,3%	4277	2,2%	4979	2,3%	5554	2,3%	5757	2,4%
PB	4082	2,4%	4221	2,3%	4309	2,2%	4887	2,3%	5623	2,4%	5209	2,2%
PE	9712	5,7%	9877	5,4%	9057	4,7%	10453	4,8%	11689	4,9%	8693	3,6%
PI	2724	1,6%	2845	1,5%	2931	1,5%	2998	1,4%	3200	1,3%	2279	1,0%
PR	9226	5,4%	10112	5,5%	10722	5,5%	12291	5,7%	14396	6,0%	14632	6,1%
RJ	17072	10,0%	18116	9,9%	17253	8,9%	19979	9,3%	22307	9,3%	23735	9,9%
RN	3204	1,9%	3380	1,8%	3359	1,7%	3649	1,7%	3907	1,6%	2929	1,2%
RO	1498	0,9%	1512	0,8%	1548	0,8%	1442	0,7%	1774	0,7%	1554	0,7%
RR	826	0,5%	837	0,5%	912	0,5%	994	0,5%	1113	0,5%	947	0,4%
RS	10009	5,8%	10476	5,7%	11096	5,7%	12321	5,7%	13223	5,5%	13772	5,8%
SC	5156	3,0%	5856	3,2%	6451	3,3%	7541	3,5%	8680	3,6%	8617	3,6%
SE	1484	0,9%	1560	0,8%	1808	0,9%	1945	0,9%	2225	0,9%	2216	0,9%
SP	40134	23,4%	42549	23,2%	46414	24,0%	50895	23,6%	56664	23,7%	59357	24,9%
TO	1051	0,6%	1116	0,6%	1166	0,6%	1333	0,6%	1390	0,6%	1443	0,6%
Total	171561	100,0%	183725	100,0%	193282	100,0%	215846	100,0%	238827	100,0%	238578	100,0%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 20 descreve a distribuição dos postos de trabalho da Enfermagem na Atenção Terciária no Brasil de 2017 a 2022. O total de postos cresceu consideravelmente, passando de 635.721 em 2017 para 899.597 em 2022, um aumento de 41%. São Paulo (SP) manteve-se como o maior contribuinte, com uma participação significativa, embora tenha diminuído ligeiramente de 28,8% em 2017 para 25,7% em 2022. Os estados de Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ), e Bahia (BA) apresentaram aumentos absolutos expressivos, consolidando suas posições de destaque. Por outro lado, estados como São Paulo, apesar de ainda representarem a maior fatia, tiveram um declínio relativo, enquanto outros, como o Amazonas (AM) e a Paraíba (PB), viram um crescimento mais substancial, especialmente no início da década.

Tabela 20 - Distribuição de postos de trabalho da Enfermagem por Unidade Federativa na Atenção Terciária

UF	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
AC	2289	0,4%	2292	0,3%	2446	0,3%	2718	0,3%	3094	0,4%	2699	0,3%
AL	6591	1,0%	6933	1,0%	7521	1,1%	8448	1,1%	9232	1,1%	9608	1,1%
AM	8096	1,3%	8397	1,3%	8548	1,2%	10750	1,4%	11975	1,4%	12178	1,4%
AP	2010	0,3%	2695	0,4%	2657	0,4%	2618	0,3%	2883	0,3%	3890	0,4%
BA	34743	5,5%	37073	5,5%	39166	5,6%	45053	5,7%	49341	5,7%	51927	5,8%
CE	14162	2,2%	15074	2,3%	17522	2,5%	21400	2,7%	27083	3,1%	29583	3,3%
DF	15736	2,5%	17414	2,6%	20031	2,9%	21799	2,8%	24179	2,8%	24709	2,7%
ES	11317	1,8%	12331	1,8%	14061	2,0%	15736	2,0%	16512	1,9%	17085	1,9%
GO	14342	2,3%	15338	2,3%	16058	2,3%	17983	2,3%	21381	2,5%	22816	2,5%
MA	14991	2,4%	16913	2,5%	17888	2,6%	19727	2,5%	22119	2,5%	23767	2,6%
MG	64235	10,1%	67383	10,1%	70673	10,1%	78092	9,9%	86581	9,9%	87958	9,8%
MS	6906	1,1%	7541	1,1%	8294	1,2%	9638	1,2%	11576	1,3%	12222	1,4%
MT	7604	1,2%	8333	1,2%	8949	1,3%	10733	1,4%	11953	1,4%	13038	1,4%
PA	13632	2,1%	14440	2,2%	14926	2,1%	17223	2,2%	18346	2,1%	19484	2,2%
PB	9470	1,5%	10152	1,5%	10522	1,5%	10989	1,4%	11944	1,4%	12215	1,4%
PE	30235	4,8%	31502	4,7%	33095	4,7%	38582	4,9%	41290	4,7%	42837	4,8%
PI	6784	1,1%	7128	1,1%	7582	1,1%	10030	1,3%	11059	1,3%	11332	1,3%
PR	29159	4,6%	30923	4,6%	33227	4,7%	37271	4,7%	40797	4,7%	41996	4,7%
RJ	69489	10,9%	73664	11,0%	72151	10,3%	82469	10,4%	98318	11,3%	101041	11,2%
RN	8201	1,3%	8760	1,3%	9484	1,4%	10514	1,3%	12176	1,4%	12298	1,4%
RO	5105	0,8%	5821	0,9%	5875	0,8%	8006	1,0%	8408	1,0%	8530	0,9%
RR	2402	0,4%	2432	0,4%	2417	0,3%	2832	0,4%	3669	0,4%	4169	0,5%
RS	43601	6,9%	45120	6,7%	46891	6,7%	53711	6,8%	57060	6,5%	57802	6,4%
SC	18976	3,0%	19924	3,0%	20587	2,9%	23268	2,9%	26285	3,0%	27998	3,1%
SE	6174	1,0%	6084	0,9%	6406	0,9%	7429	0,9%	8694	1,0%	9260	1,0%
SP	183401	28,8%	189695	28,3%	197352	28,2%	217418	27,5%	228292	26,2%	231463	25,7%
TO	6070	1,0%	6314	0,9%	6329	0,9%	7339	0,9%	7547	0,9%	7692	0,9%
Total	635721	100,0%	669676	100,0%	700658	100,0%	791776	100,0%	871794	100,0%	899597	100,0%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 21 descreve a distribuição dos postos de trabalho da Enfermagem na Atenção Outros por Unidade Federativa entre 2017 e 2022. O total de postos aumentou de 31.704 em 2017 para 51.139 em 2022, com destaque para São Paulo (SP), que manteve a maior quantidade de postos, apesar da queda na participação percentual. Alagoas (AL) apresentou aumento na participação relativa, enquanto Amazonas (AM) teve redução.

Tabela 21 – Distribuição de postos de trabalho da Enfermagem por Unidade Federativa na Atenção Outros

UF	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
AC	164	0.13	180	0.13	199	0.13	198	0.12	229	0.11	238	0.11
AL	370	0.29	395	0.29	486	0.32	528	0.31	919	0.35	988	0.37
AM	3021	2.38	3292	2.41	3197	2.13	3591	2.15	3820	2.17	2572	1.04
AP	98	0.08	126	0.09	133	0.09	206	0.12	220	0.08	231	0.09
BA	2816	2.21	3154	2.29	3321	2.21	3693	2.22	4450	2.24	4646	1.91
CE	1935	1.52	2183	1.57	3383	2.24	3519	2.12	3689	1.95	3817	1.56
DF	593	0.46	621	0.45	493	0.33	501	0.30	627	0.32	616	0.25
ES	515	0.40	608	0.44	734	0.49	873	0.52	939	0.46	1027	0.42
GO	1133	0.88	1222	0.88	1368	0.91	1535	0.92	1968	0.98	2172	0.87
MA	520	0.41	569	0.41	609	0.40	734	0.44	878	0.43	929	0.37
MG	2750	2.15	2941	2.14	3112	2.06	3403	2.04	4217	2.16	4564	1.83
MS	425	0.33	552	0.40	578	0.38	632	0.38	763	0.38	753	0.30
MT	987	0.77	1041	0.75	1093	0.73	1130	0.68	1067	0.54	1173	0.47
PA	708	0.55	804	0.58	892	0.59	994	0.60	1292	0.66	1398	0.56
PB	450	0.35	445	0.32	463	0.31	538	0.32	614	0.31	620	0.25
PE	1112	0.87	1209	0.88	1421	0.94	1708	1.02	2090	1.06	2101	0.83
PI	908	0.71	933	0.68	959	0.64	268	0.16	319	0.16	344	0.14
PR	2089	1.63	2225	1.61	2321	1.55	2582	1.55	3894	1.98	3975	1.59
RJ	1623	1.26	1531	1.10	1899	1.26	1781	1.06	2168	1.11	2512	1.00
RN	484	0.38	495	0.36	542	0.36	592	0.35	800	0.40	893	0.36
RO	292	0.23	328	0.23	432	0.29	583	0.34	621	0.31	645	0.26
RR	88	0.07	82	0.06	86	0.06	133	0.08	134	0.07	161	0.06
RS	1531	1.19	1705	1.22	2009	1.33	2313	1.38	2728	1.39	3054	1.22
SC	1344	1.05	1476	1.06	1539	1.02	2024	1.21	2835	1.44	3038	1.21
SE	224	0.18	251	0.18	299	0.20	326	0.19	354	0.18	515	0.21
SP	5189	4.04	5617	4.04	5753	3.84	6168	3.72	6972	3.52	7553	3.00
TO	335	0.26	411	0.29	471	0.31	498	0.30	562	0.28	604	0.24
Total	31704	100	34396	100	37792	100	41051	100	49169	100	51139	100

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 22 apresenta a comparação entre os intervalos de anos (2017-2019, 2020-2021, 2021-2022) nas Unidades Federativas Brasileiras, destacando a razão dos valores absolutos em percentuais para os diferentes níveis de atenção à saúde: Atenção Primária, Atenção Secundária, Atenção Terciária e Outros.

Na Atenção Primária, observou-se um aumento geral, com destaque para o período de 2017 a 2019, especialmente em estados como Amazonas (AM) e Amapá (AP), que apresentaram crescimentos notáveis. Já no intervalo de 2020 a 2021, os aumentos foram mais moderados, com exceção de estados como Alagoas (AL) e Piauí (PI), que ainda mostraram boas variações. O último período (2021-2022) apresentou

um crescimento considerável em estados como Alagoas e Pará (PA), enquanto outros, como Rio de Janeiro (RJ), apresentaram uma queda.

Na Atenção Secundária, o crescimento foi mais consistente nos três intervalos, com picos entre 2017-2019, sendo os maiores aumentos registrados em estados como Goiás (GO) e Mato Grosso (MT). No período de 2020-2021, vários estados, como Pernambuco (PE) e Maranhão (MA), apresentaram reduções, refletindo a adaptação das redes de saúde ao cenário da pandemia. No intervalo 2021-2022, o crescimento foi moderado, mas ainda assim significativo em algumas regiões como Minas Gerais (MG) e São Paulo (SP).

Na Atenção Terciária, as variações foram mais instáveis. O período de 2017-2019 observa-se aumentos em estados como Bahia (BA) e Amazonas (AM). Contudo, entre 2020 e 2021, muitos estados observaram quedas, com destaque para Pernambuco (PE) e Alagoas (AL). O período de 2021-2022 seguiu uma tendência de recuperação, mas com variações significativas, como a queda no Amazonas (AM) e a alta no Amapá (AP).

Por fim, na categoria Outros, os resultados foram mais variados, com algumas Unidades Federativas apresentando grandes saltos, como Alagoas (AL), enquanto outras mostraram flutuações menores, como Rio Grande do Sul (RS). O crescimento foi substancial no intervalo de 2020-2021, com a crise sanitária impulsionando a demanda por esses postos, embora alguns estados como Pernambuco e Piauí tenham visto quedas no último período (2021-2022).

Tabela 22 – Comparação entre os intervalos de ano (2017 a 2022) por meio de razão dos valores absolutos, expressos em percentuais, de acordo com as Unidades Federativas Brasileiras

UF	Atenção Primária			Atenção Secundária			Atenção Terciária			Outros		
	2017-2019	2020-2021	2021-2022	2017-2019	2020-2021	2021-2022	2017-2019	2020-2021	2021-2022	2017-2019	2020-2021	2021-2022
AC	3,5%	4,7%	13,0%	5,4%	0,0%	-11,9%	6,9%	13,8%	-12,8%	21,3%	15,7%	3,9%
AL	6,3%	6,7%	20,8%	20,6%	13,6%	-9,8%	14,1%	9,3%	4,1%	31,4%	74,1%	7,5%
AM	26,6%	3,2%	-0,3%	20,2%	2,1%	4,1%	5,6%	11,4%	1,7%	5,8%	6,4%	-32,7%
AP	36,6%	0,5%	20,2%	28,0%	28,4%	-16,0%	32,2%	10,1%	34,9%	35,7%	6,8%	5,0%
BA	8,9%	3,7%	6,3%	14,8%	6,9%	1,6%	12,7%	9,5%	5,2%	17,9%	20,5%	4,4%
CE	1,9%	15,5%	4,5%	22,9%	3,2%	5,3%	23,7%	26,6%	9,2%	74,8%	4,8%	3,5%
DF	-0,2%	8,7%	16,5%	57,5%	16,5%	7,9%	27,3%	10,9%	2,2%	-16,9%	25,1%	-1,8%
ES	13,3%	3,3%	8,8%	12,6%	12,5%	-1,5%	24,2%	4,9%	3,5%	42,5%	7,6%	9,4%
GO	6,0%	7,8%	10,4%	23,5%	12,4%	8,3%	12,0%	18,9%	6,7%	20,7%	28,2%	10,4%
MA	3,3%	12,2%	13,2%	6,0%	6,7%	-2,1%	19,3%	12,1%	7,5%	17,1%	19,6%	5,8%
MG	5,4%	6,3%	4,2%	12,5%	7,3%	-1,7%	10,0%	10,9%	1,6%	13,2%	23,9%	8,2%
MS	6,8%	3,6%	4,0%	21,3%	5,8%	-9,7%	20,1%	20,1%	5,6%	36,0%	20,7%	-1,3%
MT	3,6%	6,7%	6,6%	15,5%	18,7%	2,6%	17,7%	11,4%	9,1%	10,7%	-5,6%	9,9%
PA	7,7%	9,8%	3,3%	5,9%	11,5%	3,7%	9,5%	6,5%	6,2%	26,0%	30,0%	8,2%
PB	3,1%	5,4%	11,3%	5,6%	15,1%	-7,4%	11,1%	8,7%	2,3%	2,9%	14,1%	1,0%
PE	4,5%	10,9%	21,2%	-6,7%	11,8%	-25,6%	9,5%	7,0%	3,7%	27,8%	22,4%	0,5%
PI	4,0%	7,1%	20,5%	7,6%	6,7%	-28,8%	11,8%	10,3%	2,5%	5,6%	19,0%	7,8%
PR	1,6%	12,2%	3,3%	16,2%	17,1%	1,6%	14,0%	9,5%	2,9%	11,1%	50,8%	2,1%
RJ	-4,4%	3,1%	9,1%	1,1%	11,7%	6,4%	3,8%	19,2%	2,8%	17,0%	21,7%	15,9%
RN	1,6%	8,5%	28,6%	4,8%	7,1%	-25,0%	15,6%	15,8%	1,0%	12,0%	35,1%	11,6%
RO	2,6%	-1,2%	16,9%	3,3%	23,0%	-12,4%	15,1%	5,0%	1,5%	47,9%	6,5%	3,9%
RR	10,6%	8,4%	18,4%	10,4%	12,0%	-14,9%	0,6%	29,6%	13,6%	-2,3%	0,8%	20,1%
RS	5,7%	8,5%	8,4%	10,9%	7,3%	4,2%	7,5%	6,2%	1,3%	31,2%	17,9%	12,0%
SC	11,3%	12,5%	-3,6%	25,1%	15,1%	-0,7%	8,5%	13,0%	6,5%	14,5%	40,1%	7,2%
SE	8,9%	6,2%	11,2%	21,8%	14,4%	-0,4%	3,8%	17,0%	6,5%	33,5%	8,6%	45,5%
SP	3,8%	9,4%	7,0%	15,6%	11,3%	4,8%	7,6%	5,0%	1,4%	10,9%	13,0%	8,3%
TO	8,2%	4,1%	2,5%	10,9%	4,3%	3,8%	4,3%	2,8%	1,9%	40,6%	12,9%	7,5%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

8.3.2 Regiões e níveis de atenção por categoria profissional

A Tabela 23 mostra uma tendência de mudança na composição da equipe de saúde na atenção primária, especialmente em relação à distribuição das classes profissionais, com um aumento contínuo na participação dos Técnicos de Enfermagem ao longo dos anos, refletindo uma maior valorização e ampliação desse grupo nas equipes de saúde.

Em 2017, os Técnicos representavam 39% do total de postos de trabalho, alcançando 50% em 2022, com um crescimento particularmente acentuado entre 2019 e 2022. As auxiliares de enfermagem, por outro lado, apresentaram uma queda significativa na sua participação, caindo de 27% para 15% no total nacional, com maior retração em regiões como Sul e Centro-Oeste. A classe de Enfermeiros se manteve relativamente estável em termos de porcentagem (cerca de 35%), mas com variações regionais: no Sul e Sudeste, houve um aumento do número absoluto de enfermeiros, enquanto em outras regiões o crescimento foi mais modesto.

Essa mudança de composição ao longo dos anos pode refletir a evolução das exigências da formação técnica e as modificações na estrutura das equipes de saúde, com maior ênfase em profissionais com formação mais específica e capacitada, como os técnicos de enfermagem.

Tabela 23 – Distribuição de postos de trabalho por classe profissional na atenção primária de acordo com região brasileira (2017-2022)

Região	Classe profissional	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
CENTRO-OESTE	Enfermeiro	5103	34%	5320	35%	5488	35%	6423	37%	6939	37%	7619	38%
	Técnico de Enfermagem	6961	47%	7329	49%	7782	50%	8863	51%	9704	52%	11087	55%
	Auxiliar de Enfermagem	2793	19%	2421	16%	2259	15%	2091	12%	1925	10%	1563	8%
	Total	14857	100%	15070	100%	15529	100%	17377	100%	18568	100%	20269	100%
NORDESTE	Enfermeiro	20892	38%	21615	38%	22013	38%	24830	38%	26714	38%	28394	36%
	Técnico de Enfermagem	22232	40%	23815	42%	25938	44%	30597	47%	35500	50%	42788	54%
	Auxiliar de Enfermagem	12511	22%	11501	20%	10499	18%	9895	15%	8573	12%	8688	11%
	Total	55635	100%	56931	100%	58450	100%	65322	100%	70787	100%	79870	100%
NORTE	Enfermeiro	6335	31%	6835	31%	7071	31%	8337	31%	8652	31%	8975	30%
	Técnico de Enfermagem	11552	57%	13078	59%	13772	60%	16355	62%	17715	63%	19033	64%
	Auxiliar de Enfermagem	2306	11%	2210	10%	1956	9%	1877	7%	1672	6%	1670	6%
	Total	20193	100%	22123	100%	22799	100%	26569	100%	28039	100%	29678	100%
SUDESTE	Enfermeiro	26712	33%	27548	34%	28214	34%	32191	34%	34956	35%	37049	35%
	Técnico de Enfermagem	25616	32%	27276	33%	29678	36%	36281	39%	40959	41%	45522	43%
	Auxiliar de Enfermagem	28161	35%	26821	33%	25418	31%	24864	27%	24167	24%	23974	23%
	Total	80489	100%	81645	100%	83310	100%	93336	100%	100082	100%	106545	100%
SUL	Enfermeiro	11265	34%	11576	34%	12114	34%	14845	35%	16754	35%	17858	37%
	Técnico de Enfermagem	13570	41%	14225	42%	15271	43%	19721	46%	22597	48%	23377	48%
	Auxiliar de Enfermagem	8671	26%	8260	24%	7951	23%	8030	19%	7949	17%	7455	15%
	Total	33506	100%	34061	100%	35336	100%	42596	100%	47300	100%	48690	100%
Total	Enfermeiro	70307	34%	72894	35%	74900	35%	86626	35%	94015	36%	99895	35%
	Técnico de Enfermagem	79931	39%	85723	41%	92441	43%	111817	46%	126475	48%	141807	50%
	Auxiliar de Enfermagem	54442	27%	51213	24%	48083	22%	46757	19%	44286	17%	43350	15%
	Total	204680	100%	209830	100%	215424	100%	245200	100%	264776	100%	285052	100%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 24 revela que, entre 2017 e 2022, houve um crescimento generalizado do número de postos de trabalho na atenção secundária em todas as regiões, com destaque para o aumento da participação dos Técnicos de Enfermagem, que passaram de 52% para 58% do total de postos de trabalho. Esse aumento foi particularmente acentuado nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, refletindo uma tendência de valorização dessa categoria profissional.

Por outro lado, o número de Auxiliares de Enfermagem teve uma queda constante ao longo dos anos, caindo de 20% para 11% no total nacional, com a maior redução ocorrendo nas regiões Nordeste e Centro-Oeste.

O número de Enfermeiros também aumentou, mas de forma menos pronunciada em comparação aos Técnicos, mantendo sua participação estável entre 27% e 32% ao longo dos anos.

Esse movimento reflete uma mudança na composição das equipes de saúde na atenção secundária, com um crescente destaque para profissionais técnicos e uma diminuição da dependência dos auxiliares de enfermagem, o que pode indicar um fortalecimento das funções técnicas e especializadas dentro da atenção secundária.

Tabela 24 – Distribuição de postos de trabalho por classe profissional na atenção secundária de acordo com região brasileira (2017-2022)

Região	Classe profissional	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
CENTRO-OESTE	Enfermeiro	3763	28%	4467	29%	5112	29%	5736	31%	6769	32%	6951	32%
	Técnico de Enfermagem	8381	62%	9558	62%	10810	62%	11735	63%	13316	63%	14063	64%
	Auxiliar de Enfermagem	1412	10%	1358	9%	1425	8%	1265	7%	1126	5%	1010	5%
	Total	13556	100%	15383	100%	17347	100%	18736	100%	21211	100%	22024	100%
NORDESTE	Enfermeiro	12593	29%	13787	29%	14741	31%	17014	32%	18723	32%	17956	34%
	Técnico de Enfermagem	24679	56%	26793	57%	27472	58%	31530	59%	34982	60%	32102	60%
	Auxiliar de Enfermagem	6744	15%	6190	13%	5555	12%	5216	10%	4760	8%	3241	6%
	Total	44016	100%	46770	100%	47768	100%	53760	100%	58465	100%	53299	100%
NORTE	Enfermeiro	2534	23%	2825	23%	3031	25%	3565	26%	4095	28%	4203	29%
	Técnico de Enfermagem	7139	64%	7786	65%	7929	64%	8710	64%	9703	65%	9608	66%
	Auxiliar de Enfermagem	1480	13%	1460	12%	1380	11%	1231	9%	1088	7%	818	6%
	Total	11153	100%	12071	100%	12340	100%	13506	100%	14886	100%	14629	100%
SUDESTE	Enfermeiro	21341	27%	23073	28%	25028	29%	28458	29%	32052	30%	33864	30%
	Técnico de Enfermagem	37035	47%	40397	49%	43080	49%	50114	51%	57100	53%	59767	54%
	Auxiliar de Enfermagem	20069	26%	19585	24%	19450	22%	19119	20%	18814	17%	17974	16%
	Total	78445	100%	83055	100%	87558	100%	97691	100%	107966	100%	111605	100%
SUL	Enfermeiro	6856	28%	7543	29%	8298	29%	9904	31%	11282	31%	11732	32%
	Técnico de Enfermagem	12652	52%	14083	53%	15468	55%	17935	56%	21003	58%	21781	59%
	Auxiliar de Enfermagem	4884	20%	4820	18%	4503	16%	4314	13%	4014	11%	3508	9%
	Total	24392	100%	26446	100%	28269	100%	32153	100%	36299	100%	37021	100%
Total	Enfermeiro	47087	27%	51695	28%	56210	29%	64677	30%	72921	31%	74706	31%
	Técnico de Enfermagem	89885	52%	98617	54%	104759	54%	120024	56%	136104	57%	137321	58%
	Auxiliar de Enfermagem	34589	20%	33413	18%	32313	17%	31145	14%	29802	12%	26551	11%
	Total	171561	100%	183725	100%	193282	100%	215846	100%	238827	100%	238578	100%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 25 demonstra um crescimento geral nos postos de trabalho na atenção terciária entre 2017 e 2022, com destaque para o aumento de Técnicos de Enfermagem, que passaram de 52% para 60% do total de postos. Esse crescimento foi mais expressivo nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, refletindo um maior fortalecimento das funções técnicas.

A presença de Enfermeiros manteve-se estável, com uma leve tendência de aumento de sua participação, variando de 23% a 26%.

Já o número de Auxiliares de Enfermagem diminuiu consistentemente em todas as regiões, representando apenas 14% do total em 2022, uma queda contínua desde 2017.

Essa mudança sugere uma profissionalização crescente da força de trabalho na atenção terciária, com maior ênfase em funções técnicas especializadas.

Tabela 25 – Distribuição de postos de trabalho por classe profissional na atenção terciária de acordo com região brasileira (2017-2022)

Região	Classe profissional	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
CENTRO-OESTE	Enfermeiro	10047	23%	11270	23%	12738	24%	15094	25%	18029	26%	19370	27%
	Técnico de Enfermagem	24986	56%	28310	58%	31970	60%	37097	62%	43234	63%	46155	63%
	Auxiliar de Enfermagem	9555	21%	9046	19%	8624	16%	7962	13%	7826	11%	7260	10%
	Total	44588	100%	48626	100%	53332	100%	60153	100%	69089	100%	72785	100%
NORDESTE	Enfermeiro	32368	25%	35610	26%	39149	26%	47163	27%	53832	28%	57525	28%
	Técnico de Enfermagem	67704	52%	74730	54%	82670	55%	98849	57%	114367	59%	121835	60%
	Auxiliar de Enfermagem	31279	24%	29274	21%	27367	18%	26160	15%	24739	13%	23467	12%
	Total	131351	100%	139614	100%	149186	100%	172172	100%	192938	100%	202827	100%
NORTE	Enfermeiro	8583	22%	9526	22%	10124	23%	12284	24%	13811	25%	14985	26%
	Técnico de Enfermagem	24423	62%	26581	63%	27256	63%	33585	65%	36802	66%	38626	66%
	Auxiliar de Enfermagem	6598	17%	6287	15%	5818	13%	5617	11%	5309	9%	5031	9%
	Total	39604	100%	42394	100%	43198	100%	51486	100%	55922	100%	58642	100%
SUDESTE	Enfermeiro	74796	23%	80180	23%	84223	24%	97971	25%	109031	25%	111756	26%
	Técnico de Enfermagem	156564	48%	170013	50%	180523	51%	207932	53%	237572	55%	246608	56%
	Auxiliar de Enfermagem	97082	30%	92880	27%	89491	25%	87812	22%	83100	19%	79183	18%
	Total	328442	100%	343073	100%	354237	100%	393715	100%	429703	100%	437547	100%
SUL	Enfermeiro	20603	22%	22240	23%	23727	24%	26912	24%	29752	24%	30757	24%
	Técnico de Enfermagem	57252	62%	61240	64%	65360	65%	76564	67%	84610	68%	88177	69%
	Auxiliar de Enfermagem	13881	15%	12489	13%	11618	12%	10774	9%	9780	8%	8862	7%
	Total	91736	100%	95969	100%	100705	100%	114250	100%	124142	100%	127796	100%
Total	Enfermeiro	146397	23%	158826	24%	169961	24%	199424	25%	224455	26%	234393	26%
	Técnico de Enfermagem	330929	52%	360874	54%	387779	55%	454027	57%	516585	59%	541401	60%
	Auxiliar de Enfermagem	158395	25%	149976	22%	142918	20%	138325	17%	130754	15%	123803	14%
Total		635721	100%	669676	100%	700658	100%	791776	100%	871794	100%	899597	100%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 26 mostra um aumento geral no número de postos de trabalho na categoria “outros” entre 2017 e 2022, com destaque para a categoria de Enfermeiros, que passou de 51% para 56% do total, refletindo uma maior valorização da função.

Ao longo dos anos, a participação de Técnicos de Enfermagem manteve-se estável, variando de 32% a 34%, mas houve uma leve diminuição da participação de Auxiliares de Enfermagem, que caiu de 17% para 10%. Isso sugere uma mudança na

composição da equipe, com um crescente foco nas funções de enfermagem e uma redução gradual na contratação de auxiliares.

Regionalmente, o Nordeste e Sudeste apresentaram os maiores aumentos em termos absolutos de postos de trabalho, enquanto a região Norte teve uma queda no total de postos, especialmente nos Técnicos de Enfermagem, que diminuíram de 49% para 37% do total.

Tabela 26 – Distribuição de postos de trabalho por classe profissional no nível de atenção “outros” de acordo com região brasileira (2017-2022)

Região	Classe profissional	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
CENTRO-OESTE	Enfermeiro	1437	46%	1729	50%	1896	54%	2044	54%	2416	55%	2557	54%
	Técnico de Enfermagem	1374	44%	1393	41%	1345	38%	1456	38%	1673	38%	1839	39%
	Auxiliar de Enfermagem	327	10%	314	9%	291	8%	298	8%	336	8%	318	7%
Total		3138	100%	3436	100%	3532	100%	3798	100%	4425	100%	4714	100%
NORDESTE	Enfermeiro	4747	54%	5279	55%	6718	59%	7362	62%	8473	60%	8936	60%
	Técnico de Enfermagem	2656	30%	2923	30%	3287	29%	3075	26%	4240	30%	4567	31%
	Auxiliar de Enfermagem	1416	16%	1432	15%	1478	13%	1469	12%	1400	10%	1350	9%
Total		8819	100%	9634	100%	11483	100%	11906	100%	14113	100%	14853	100%
NORTE	Enfermeiro	2101	45%	2383	46%	2182	40%	3000	48%	3486	51%	3392	58%
	Técnico de Enfermagem	2295	49%	2555	49%	2948	54%	2893	47%	3073	45%	2155	37%
	Auxiliar de Enfermagem	310	7%	285	5%	280	5%	310	5%	319	5%	302	5%
Total		4706	100%	5223	100%	5410	100%	6203	100%	6878	100%	5849	100%
SUDESTE	Enfermeiro	5337	53%	5864	55%	6369	55%	7009	57%	8121	57%	9049	58%
	Técnico de Enfermagem	2405	24%	2440	23%	2970	26%	3006	25%	3874	27%	4259	27%
	Auxiliar de Enfermagem	2335	23%	2393	22%	2159	19%	2210	18%	2301	16%	2348	15%
Total		10077	100%	10697	100%	11498	100%	12225	100%	14296	100%	15656	100%
SUL	Enfermeiro	2513	51%	2735	51%	2978	51%	3431	50%	4563	48%	4858	48%
	Técnico de Enfermagem	1529	31%	1776	33%	2015	34%	2616	38%	3823	40%	4165	41%
	Auxiliar de Enfermagem	922	19%	895	17%	876	15%	872	13%	1071	11%	1044	10%
Total		4964	100%	5406	100%	5869	100%	6919	100%	9457	100%	10067	100%
Total	Enfermeiro	16135	51%	17990	52%	20143	53%	22846	56%	27059	55%	28792	56%
	Técnico de Enfermagem	10259	32%	11087	32%	12565	33%	13046	32%	16683	34%	16985	33%
	Auxiliar de Enfermagem	5310	17%	5319	15%	5084	13%	5159	13%	5427	11%	5362	10%
Total		31704	100%	34396	100%	37792	100%	41051	100%	49169	100%	51139	100%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

Tabela 27 apresenta a comparação dos postos de trabalho de profissionais de enfermagem entre os anos de 2017 e 2022, segmentada por regiões brasileiras e classes profissionais, com ênfase nas variações anuais expressas em percentuais.

No Centro-Oeste, observou-se um crescimento significativo nos postos de enfermeiros e técnicos de enfermagem, principalmente nas áreas de atenção primária e terciária, com destaque para o intervalo de 2020-2021. No entanto, a classe dos auxiliares de enfermagem apresentou uma diminuição contínua, especialmente no período de 2017-2019 e 2020-2021, indicando uma perda de postos de trabalho nesta categoria ao longo dos anos.

No Nordeste, os enfermeiros tiveram um aumento expressivo no período de 2017-2019, especialmente na atenção terciária, mas com desaceleração entre 2020-2021 (-4,1%). Os técnicos de enfermagem mantiveram um crescimento consistente durante todos os períodos, enquanto os auxiliares de enfermagem experimentaram uma diminuição substancial, principalmente entre 2020-2021, refletindo uma redução na demanda por esses profissionais.

Na região Norte, os enfermeiros apresentaram crescimento nos postos de trabalho, com uma desaceleração no intervalo de 2020-2021, enquanto os técnicos de enfermagem também mostraram aumento, mas com queda notável na atenção terciária no último ano (2021-2022). A classe dos auxiliares de enfermagem teve uma diminuição contínua em todos os períodos, com uma acentuada perda de postos de trabalho entre 2020-2021, sugerindo um impacto negativo no setor.

No Sudeste, tanto os enfermeiros quanto os técnicos de enfermagem apresentaram crescimento nos postos de trabalho durante todo o período analisado, com um destaque para o intervalo de 2020-2021, especialmente na atenção terciária. Já os auxiliares de enfermagem registraram uma redução nos postos de trabalho ao longo de todos os anos, embora tenha ocorrido uma leve recuperação no intervalo final (2021-2022), sugerindo um pequeno aumento na demanda.

Finalmente, no Sul, houve um aumento expressivo no número de enfermeiros e técnicos de enfermagem, com um crescimento contínuo entre 2020-2021. A classe dos auxiliares de enfermagem, apesar de uma queda contínua, apresentou uma recuperação no último ano (2021-2022), sugerindo uma leve recuperação dos postos de trabalho nesta categoria.

Tabela 27 – Comparação entre os intervalos de ano (2017 a 2022) por meio de razão dos valores absolutos, expressos em percentuais, de acordo com as regiões brasileiras

Região	Classe Profissional	Primária			Secundária			Terciária			Outros		
		2017-2019	2020-2021	2021-2022	2017-2019	2020-2021	2021-2022	2017-2019	2020-2021	2021-2022	2017-2019	2020-2021	2021-2022
CENTRO-OESTE	Enfermeiro	7,5%	8,0%	9,8%	35,8%	18,0%	2,7%	26,8%	19,4%	7,4%	31,9%	18,2%	5,8%
	Técnico de Enfermagem	11,8%	9,5%	14,3%	29,0%	13,5%	5,6%	28,0%	16,5%	6,8%	-2,1%	14,9%	9,9%
	Auxiliar de Enfermagem	-19,1%	-7,9%	-18,8%	0,9%	-11,0%	-10,3%	-9,7%	-1,7%	-7,2%	-11,0%	12,8%	-5,4%
NORDESTE	Enfermeiro	5,4%	7,6%	6,3%	17,1%	10,0%	-4,1%	20,9%	14,1%	6,9%	41,5%	15,1%	5,5%
	Técnico de Enfermagem	16,7%	16,0%	20,5%	11,3%	10,9%	-8,2%	22,1%	15,7%	6,5%	23,8%	37,9%	7,7%
	Auxiliar de Enfermagem	-16,1%	-13,4%	1,3%	-17,6%	-8,7%	-31,9%	-12,5%	-5,4%	-5,1%	4,4%	-4,7%	-3,6%
NORTE	Enfermeiro	11,6%	3,8%	3,7%	19,6%	14,9%	2,6%	18,0%	12,4%	8,5%	3,9%	16,2%	-2,7%
	Técnico de Enfermagem	19,2%	8,3%	7,4%	11,1%	11,4%	-1,0%	11,6%	9,6%	5,0%	28,5%	6,2%	-29,9%
	Auxiliar de Enfermagem	-15,2%	-10,9%	-0,1%	-6,8%	-11,6%	-24,8%	-11,8%	-5,5%	-5,2%	-9,7%	2,9%	-5,3%
SUDESTE	Enfermeiro	5,6%	8,6%	6,0%	17,3%	12,6%	5,7%	12,6%	11,3%	2,5%	19,3%	15,9%	11,4%
	Técnico de Enfermagem	15,9%	12,9%	11,1%	16,3%	13,9%	4,7%	15,3%	14,3%	3,8%	23,5%	28,9%	9,9%
	Auxiliar de Enfermagem	-9,7%	-2,8%	-0,8%	-3,1%	-1,6%	-4,5%	-7,8%	-5,4%	-4,7%	-7,5%	4,1%	2,0%
SUL	Enfermeiro	7,5%	12,9%	6,6%	21,0%	13,9%	4,0%	15,2%	10,6%	3,4%	18,5%	33,0%	6,5%
	Técnico de Enfermagem	12,5%	14,6%	3,5%	22,3%	17,1%	3,7%	14,2%	10,5%	4,2%	31,8%	46,1%	8,9%
	Auxiliar de Enfermagem	-8,3%	-1,0%	-6,2%	-7,8%	-7,0%	-12,6%	-16,3%	-9,2%	-9,4%	-5,0%	22,8%	-2,5%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 28 mostra a distribuição de profissionais da atenção primária entre capital e interior de 2017 a 2022. Na categoria capital, observa-se um aumento na proporção de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, com os Enfermeiros passando de 33,5% para 35,1% e os Técnicos de Enfermagem aumentando de 25,6% para 41,2%. Em contraste, a participação dos Auxiliares de Enfermagem caiu significativamente de 40,9% para 23,7%, refletindo uma tendência de maior qualificação. Na categoria interior, o número absoluto de profissionais aumentou consideravelmente, com destaque para os Técnicos de Enfermagem, cuja participação subiu de 41,8% para 51,5%.

A participação dos Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem permaneceu relativamente estável, com uma leve queda na participação dos Auxiliares.

Esse padrão reflete um movimento em direção à valorização das funções mais qualificadas, especialmente nas áreas urbanas (capitais) e no interior, acompanhando o crescimento das equipes e o aumento da demanda por profissionais mais especializados.

Tabela 28 – Distribuição dos profissionais por classe profissional de acordo com Município (capital/interior) na atenção primária- 2017 a 2022

Região	Classe Profissional	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
Capital	Enfermeiro	11675	33,5%	12897	33,8%	13045	33,8%	14947	34,7%	17657	36,7%	17113	35,1%
	Técnico de Enfermagem	8949	25,6%	10962	28,7%	11921	30,9%	15067	35,0%	17649	36,7%	20073	41,2%
	Auxiliar de Enfermagem	14265	40,9%	14352	37,6%	13576	35,2%	13041	30,3%	12797	26,6%	11575	23,7%
	Total	34889	100,0%	38211	100,0%	38542	100,0%	43055	100,0%	48103	100,0%	48761	100,0%
Interior	Enfermeiro	58632	34,5%	59997	35,0%	61855	35,0%	71679	35,5%	76358	35,2%	82782	35,0%
	Técnico de Enfermagem	70982	41,8%	74761	43,6%	80520	45,5%	96750	47,9%	108826	50,2%	121734	51,5%
	Auxiliar de Enfermagem	40177	23,7%	36861	21,5%	34507	19,5%	33716	16,7%	31489	14,5%	31775	13,4%
	Total	169791	100,0%	171619	100,0%	176882	100,0%	202145	100,0%	216673	100,0%	236291	100,0%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 29 revela a distribuição dos profissionais de saúde na atenção secundária entre capital e interior de 2017 a 2022.

Nas capitais, destaca-se o crescimento constante da proporção de Enfermeiros, que subiu de 26,1% em 2017 para 30,0% em 2022, refletindo uma maior valorização da profissão. Também houve aumento na participação dos Técnicos de Enfermagem, que subiram de 24,3% para 28,7%. Por outro lado, a participação dos Auxiliares de Enfermagem caiu consideravelmente, de 40,9% para 23,7%, acompanhando uma tendência de qualificação nas equipes.

No interior, os Técnicos de Enfermagem dominaram, com participação aumentando de 41,8% para 51,5%. A presença de Enfermeiros também subiu de 34,5% para 35,0%, enquanto os Auxiliares de Enfermagem tiveram queda semelhante à das capitais, reduzindo sua participação de 23,7% para 13,4%.

Tabela 29 – Distribuição dos profissionais por classe profissional de acordo com Município (capital/interior) na atenção secundária- 2017 a 2022

Região	Classe Profissional	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
Capital	Enfermeiro	12926	26,1%	15016	26,7%	16526	27,7%	18597	28,3%	21591	29,1%	23300	30,0%
	Técnico de Enfermagem	24591	49,6%	28838	51,2%	30811	51,6%	35330	53,8%	41383	55,8%	43725	56,3%
	Auxiliar de Enfermagem	12014	24,3%	12441	22,1%	12341	20,7%	11695	17,8%	11214	15,1%	10626	13,7%
	Total	49531	100,0%	56295	100,0%	59678	100,0%	65622	100,0%	74188	100,0%	77651	100,0%
Interior	Enfermeiro	34161	28,0%	36679	28,8%	39684	29,7%	46080	30,7%	51330	31,2%	51406	31,9%
	Técnico de Enfermagem	65294	53,5%	69779	54,8%	73948	55,3%	84694	56,4%	94721	57,5%	93596	58,2%
	Auxiliar de Enfermagem	22575	18,5%	20972	16,5%	19972	14,9%	19450	12,9%	18588	11,3%	15925	9,9%
	Total	122030	100,0%	127430	100,0%	133604	100,0%	150224	100,0%	164639	100,0%	160927	100,0%

Fonte: elaboração própria. a partir dos dados do CNES.

A Tabela 30 mostra a distribuição dos profissionais na atenção terciária entre capitais e interior de 2017 a 2022.

Nas capitais, observa-se uma crescente valorização dos Enfermeiros, com sua participação subindo de 24,9% em 2017 para 27,1% em 2022. A presença dos Técnicos de Enfermagem também teve aumento significativo, passando de 48,0% para 57,1%, refletindo uma tendência de qualificação das equipes. Por outro lado, os Auxiliares de Enfermagem diminuíram sua participação de 27,1% para 15,8%, alinhando-se com a crescente profissionalização.

No interior, os Técnicos de Enfermagem se mantiveram majoritários, aumentando sua participação de 55,0% para 62,7%. Os Enfermeiros também tiveram um leve aumento em sua proporção, de 21,6% para 25,2%, enquanto a participação dos Auxiliares de Enfermagem diminuiu significativamente de 23,3% para 12,1%.

Tabela 30 – Distribuição dos profissionais por classe profissional de acordo com Município (capital/interior) na atenção terciária- 2017 a 2022

Região	Classe Profissional	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
Capital	Enfermeiro	67089	24,9%	76197	25,5%	80768	25,9%	95299	26,7%	106020	27,0%	110253	27,1%
	Técnico de Enfermagem	129241	48,0%	147673	49,4%	158753	50,9%	191560	53,7%	220509	56,1%	231831	57,1%
	Auxiliar de Enfermagem	72894	27,1%	74957	25,1%	72236	23,2%	70026	19,6%	66635	16,9%	64019	15,8%
	Total	269224	100,0%	298827	100,0%	311757	100,0%	356885	100,0%	393164	100,0%	406103	100,0%
Interior	Enfermeiro	79308	21,6%	82629	22,3%	89193	22,9%	104125	23,9%	118435	24,7%	124140	25,2%
	Técnico de Enfermagem	201688	55,0%	213201	57,5%	229026	58,9%	262467	60,4%	296076	61,9%	309570	62,7%
	Auxiliar de Enfermagem	85501	23,3%	75019	20,2%	70682	18,2%	68299	15,7%	64119	13,4%	59784	12,1%
	Total	366497	100,0%	370849	100,0%	388901	100,0%	434891	100,0%	478630	100,0%	493494	100,0%

Fonte: elaboração própria. a partir dos dados do CNES.

A Tabela 31 revela a distribuição dos profissionais na atenção “outros” entre capitais e interior de 2017 a 2022.

Nas capitais, a participação dos Enfermeiros aumentou de 42,0% para 57,5%, refletindo uma maior valorização da profissão. Em contraste, os Técnicos de Enfermagem tiveram uma redução de 40,8% para 30,7%, o que pode indicar uma possível substituição ou migração para outras áreas de atuação. Já os Auxiliares de Enfermagem mantiveram uma participação estável em torno de 11-17%.

No interior, os Enfermeiros também aumentaram sua proporção, de 56,1% para 55,7%, mas com uma oscilação mais moderada em relação às capitais. A proporção dos Técnicos de Enfermagem subiu de 27,4% para 34,4%, sugerindo uma qualificação crescente nas equipes do interior. Os Auxiliares de Enfermagem apresentaram uma queda consistente de 16,5% para 9,9%, reforçando a tendência de qualificação e substituição de funções menos especializadas por profissionais mais qualificados.

Tabela 31 – Distribuição dos profissionais por classe profissional de acordo com Município (capital/interior) na atenção outros- 2017 a 2022

Região	Classe Profissional	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
Capital	Enfermeiro	4898	42,0%	5813	45,0%	6925	48,9%	8064	54,9%	9690	55,4%	9725	57,5%
	Técnico de Enfermagem	4757	40,8%	5095	39,4%	5516	38,9%	4885	33,2%	5836	33,4%	5194	30,7%
	Auxiliar de Enfermagem	2002	17,2%	2021	15,6%	1725	12,2%	1743	11,9%	1963	11,2%	1984	11,7%
	Total	11657	100,0%	12929	100,0%	14166	100,0%	14692	100,0%	17489	100,0%	16903	100,0%
Interior	Enfermeiro	11237	56,1%	12177	56,7%	13218	55,9%	14782	56,1%	17369	54,8%	19067	55,7%
	Técnico de Enfermagem	5502	27,4%	5992	27,9%	7049	29,8%	8161	31,0%	10847	34,2%	11791	34,4%
	Auxiliar de Enfermagem	3308	16,5%	3298	15,4%	3359	14,2%	3416	13,0%	3464	10,9%	3378	9,9%
	Total	20047	100,0%	21467	100,0%	23626	100,0%	26359	100,0%	31680	100,0%	34236	100,0%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 32 apresenta a comparação dos postos de trabalho dos profissionais de enfermagem entre os anos de 2017 e 2022, segmentados por categoria de “Capital” e “Interior” e por tipo de atenção. A análise dos dados revela padrões distintos de variação nos postos de trabalho entre as diferentes regiões e classes profissionais.

Na “Capital”, os enfermeiros observaram um aumento acentuado entre 2017 e 2019 (11,7%), seguido de um crescimento ainda mais forte entre 2020 e 2021 (18,1%), mas com uma queda de -3,1% no intervalo de 2021 a 2022, refletindo uma desaceleração na demanda ou nas contratações.

Os técnicos de enfermagem apresentaram crescimento considerável entre 2017 e 2019 (33,2%), mas esse ritmo diminuiu nos anos subsequentes, com uma queda significativa de -11,0% no último intervalo (2021-2022), indicando uma possível retração na oferta de postos para essa categoria. Já os auxiliares de enfermagem, que já apresentavam um pequeno declínio entre 2017 e 2019 (-4,8%), sofreram uma queda mais acentuada entre 2020 e 2021 (-9,5%) e uma ligeira recuperação em 2021-2022 (1,1%).

No “Interior”, os enfermeiros apresentaram um crescimento estável ao longo do período, com aumento mais modesto nos intervalos de 2020 a 2021 (6,5%) e 2021 a 2022 (8,4%). Esse crescimento contínuo reflete uma demanda crescente por enfermeiros, embora em ritmo mais moderado.

Em contraste, os técnicos de enfermagem, que já registraram um aumento constante entre 2017 e 2019 (13,4%), sofreram uma desaceleração nos dois últimos intervalos, com uma queda de -1,2% entre 2020 e 2021 e uma recuperação mais modesta em 2021-2022 (8,7%), sugerindo flutuações na contratação dessa classe profissional.

Por fim, os auxiliares de enfermagem apresentaram uma redução constante entre 2017 e 2019 (-14,1%) e 2020 a 2021 (-6,6%), com uma leve recuperação de 0,9% entre 2021 e 2022, o que indica que a demanda por essa categoria é mais volátil e com maior declínio nos postos ao longo dos anos.

Tabela 32 – Comparação entre os intervalos de ano (2017 a 2022) por meio de razão dos valores absolutos, expressos em percentuais, de acordo com a categorização Capita/Interior

Região	Classe Profissional	Primária			Secundária			Terciária			Outros		
		2017 a 2019	2020 a 2021	2021 a 2022	2017 a 2019	2020 a 2021	2021 a 2022	2017 a 2019	2020 a 2021	2021 a 2022	2017 a 2019	2020 a 2021	2021 a 2022
Capital	Enfermeiro	11,7%	18,1%	-3,1%	27,9%	16,1%	7,9%	20,4%	11,2%	4,0%	41,4%	20,2%	0,4%
	Técnico de Enfermagem	33,2%	17,1%	13,7%	25,3%	17,1%	5,7%	22,8%	15,1%	5,1%	16,0%	19,5%	-11,0%
	Auxiliar de Enfermagem	-4,8%	-1,9%	-9,5%	2,7%	-4,1%	-5,2%	-0,9%	-4,8%	-3,9%	-13,8%	12,6%	1,1%
Interior	Enfermeiro	5,5%	6,5%	8,4%	16,2%	11,4%	0,1%	12,5%	13,7%	4,8%	17,6%	17,5%	9,8%
	Técnico de Enfermagem	13,4%	12,5%	11,9%	13,3%	11,8%	-1,2%	13,6%	12,8%	4,6%	28,1%	32,9%	8,7%
	Auxiliar de Enfermagem	-14,1%	-6,6%	0,9%	-11,5%	-4,4%	-14,3%	-17,3%	-6,1%	-6,8%	1,5%	1,4%	-2,5%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 33 revela mudanças significativas na distribuição dos profissionais de enfermagem na Atenção Primária entre 2017 e 2022, considerando a natureza jurídica.

No setor público, houve um aumento expressivo de Técnicos de Enfermagem, que passaram de 39,0% para 49,7%, enquanto a proporção de Auxiliares de Enfermagem caiu de 26,6% para 15,2%. Os Enfermeiros mantiveram participação estável, mas com ligeiro aumento percentual.

No setor privado, a composição percentual se manteve estável, com os Técnicos de Enfermagem representando 55,9% em 2022.

No setor sem fins lucrativos (SFL), a distribuição também se manteve estável, com os Técnicos de Enfermagem mantendo-se como a classe predominante (31,3%).

Tabela 33 – Distribuição dos profissionais por classe profissional de acordo com Natureza Jurídica - 2017 a 2022 na Atenção Primária

Natureza Jurídica	Classe Profissional	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
Público	Enfermeiro	70173	34,4%	72756	34,8%	74768	34,8%	86453	35,3%	93816	35,5%	99534	35,1%
	Técnico de Enfermagem	79705	39,0%	85447	40,8%	92187	42,9%	111504	45,6%	126131	47,8%	141219	49,7%
	Auxiliar de Enfermagem	54331	26,6%	51100	24,4%	47992	22,3%	46624	19,1%	44172	16,7%	43174	15,2%
Total Público		204209	100,0%	209303	100,0%	214947	100,0%	244581	100,0%	264119	100,0%	283927	100,0%
Privado	Enfermeiro	57	27,0%	65	23,6%	66	26,1%	107	27,4%	122	29,8%	204	29,7%
	Técnico de Enfermagem	136	64,5%	184	66,9%	164	64,8%	217	55,6%	237	57,9%	384	55,9%
	Auxiliar de Enfermagem	18	8,5%	26	9,5%	23	9,1%	66	16,9%	50	12,2%	99	14,4%
Total Privado		211	100,0%	275	100,0%	253	100,0%	390	100,0%	409	100,0%	687	100,0%
SFL	Enfermeiro	77	25,3%	73	24,0%	66	25,4%	66	23,3%	77	23,6%	157	26,5%
	Técnico de Enfermagem	90	29,8%	92	30,4%	90	31,9%	96	32,0%	107	31,6%	204	31,3%
	Auxiliar de Enfermagem	93	44,9%	87	45,6%	68	42,7%	67	44,7%	64	44,8%	77	42,2%
Total SFL		260	100%	252	100%	224	100%	229	100%	248	100%	438	100%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 34 mostra variações na composição dos profissionais de enfermagem na Atenção Secundária de 2017 a 2022, de acordo com a natureza jurídica.

No setor público, destaca-se o aumento na proporção de Técnicos de Enfermagem, que subiram de 50,0% para 56,0%, enquanto a participação dos Auxiliares de Enfermagem diminuiu consideravelmente, de 21,6% para 11,7%. O número de Enfermeiros também cresceu, passando de 28,4% para 32,3%.

No setor privado, a tendência foi similar, com os Técnicos de Enfermagem passando de 60,5% para 62,6%, e a participação dos Auxiliares de Enfermagem reduzida de 16,2% para 9,7%.

Já no SFL, a distribuição manteve-se mais equilibrada, com ligeiras flutuações, e os Técnicos de Enfermagem permanecendo como a classe predominante, com 31,3% em 2022.

Tabela 34 – Distribuição dos profissionais por classe profissional de acordo com Natureza Jurídica - 2017 a 2022 na Atenção Secundária

Natureza Jurídica	Classe Profissional	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
Público	Enfermeiro	35619	28,4%	38671	29,1%	41922	29,7%	49150	30,9%	54538	31,5%	54294	32,3%
	Técnico de Enfermagem	62700	50,0%	68223	51,3%	73761	52,3%	85648	53,8%	95650	55,3%	93991	56,0%
	Auxiliar de Enfermagem	27043	21,6%	25996	19,6%	25315	18,0%	24296	15,3%	22801	13,2%	19561	11,7%
	Total Público	125362	100,0%	132890	100,0%	140998	100,0%	159094	100,0%	172989	100,0%	167846	100,0%
Privado	Enfermeiro	9571	23,3%	10840	24,1%	11901	25,8%	12832	25,9%	15402	26,7%	17190	27,7%
	Técnico de Enfermagem	24838	60,5%	27708	61,5%	28074	60,9%	30916	62,5%	36319	63,0%	38872	62,6%
	Auxiliar de Enfermagem	6632	16,2%	6491	14,4%	6106	13,3%	5751	11,6%	5923	10,3%	5997	9,7%
	Total Privado	41041	100,0%	45039	100,0%	46081	100,0%	49499	100,0%	57644	100,0%	62059	100,0%
SFL	Enfermeiro	1897	25,3%	2184	24,0%	2387	25,4%	2695	23,3%	2981	23,6%	3222	26,5%
	Técnico de Enfermagem	2347	29,8%	2686	30,4%	2924	31,9%	3460	32,0%	4135	31,6%	4458	31,3%
	Auxiliar de Enfermagem	914	44,9%	926	45,6%	892	42,7%	1098	44,7%	1078	44,8%	993	42,2%
	Total SFL	5158	100%	5796	100%	6203	100%	7253	100%	8194	100%	8673	100%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 35 revela a evolução da distribuição dos profissionais de enfermagem na Atenção Terciária, por natureza jurídica, entre 2017 e 2022.

No setor público, os Técnicos de Enfermagem aumentaram sua participação de 47,4% para 57,1%, refletindo um crescimento substancial na sua presença na força de trabalho, enquanto a porcentagem de Auxiliares de Enfermagem caiu de 28,4% para 15,3%. Em termos absolutos, tanto os Enfermeiros quanto os Técnicos de Enfermagem apresentaram aumentos contínuos, com a classe dos Técnicos destacando-se.

No setor privado, a participação dos Técnicos de Enfermagem seguiu tendência semelhante, passando de 59,2% para 63,4%, enquanto os Auxiliares de Enfermagem também apresentaram redução em sua proporção, de 18,6% para 11,1%.

No SFL, os Técnicos de Enfermagem mantiveram-se predominantes, embora com um leve declínio em relação ao ano de 2021, variando de 31,9% para 31,3%.

Tabela 35 – Distribuição dos profissionais por classe profissional de acordo com Natureza Jurídica - 2017 a 2022 na Atenção Terciária

Natureza Jurídica	Classe Profissional	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
Público	Enfermeiro	76342	24,3%	80260	24,9%	84859	25,5%	101748	26,7%	113434	27,3%	118617	27,6%
	Técnico de Enfermagem	149005	47,4%	159546	49,4%	169510	50,9%	204968	53,7%	231609	55,8%	245051	57,1%
	Auxiliar de Enfermagem	89222	28,4%	82837	25,7%	78500	23,6%	74915	19,6%	70266	16,9%	65715	15,3%
	Total Público	314569	100,0%	322643	100,0%	332869	100,0%	381631	100,0%	415309	100,0%	429383	100,0%
Privado	Enfermeiro	22895	22,2%	26446	23,3%	30168	24,2%	34933	25,1%	42478	25,4%	45010	25,5%
	Técnico de Enfermagem	60927	59,2%	68003	59,9%	75265	60,4%	85279	61,2%	105262	63,0%	111898	63,4%
	Auxiliar de Enfermagem	19109	18,6%	19123	16,8%	19221	15,4%	19075	13,7%	19414	11,6%	19519	11,1%
	Total Privado	102931	100,0%	113572	100,0%	124654	100,0%	139287	100,0%	167154	100,0%	176427	100,0%
SFL	Enfermeiro	47160	25,3%	52120	24,0%	54934	25,4%	62743	23,3%	68543	23,6%	70766	26,5%
	Técnico de Enfermagem	120997	29,8%	133325	30,4%	143004	31,9%	163780	32,0%	179714	31,6%	184452	31,3%
	Auxiliar de Enfermagem	50064	44,9%	48016	45,6%	45197	42,7%	44335	44,7%	41074	44,8%	38569	42,2%
	Total SFL	218221	100%	233461	100%	243135	100%	270858	100%	289331	100%	293787	100%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 36 apresenta a distribuição dos profissionais de enfermagem na Atenção a Outros, segmentada por natureza jurídica, entre 2017 e 2022.

No setor público, observa-se um aumento tanto no número absoluto quanto na participação relativa de Enfermeiros (58,5% em 2017 para 58,9% em 2022), enquanto a classe dos Técnicos de Enfermagem cresceu significativamente de 24,0% para 30,2%. Já os Auxiliares de Enfermagem apresentaram uma queda na sua representatividade, de 17,5% para 10,9%.

No setor privado, os Enfermeiros aumentaram sua participação de 32,8% para 47,0%, refletindo um crescimento no número absoluto de profissionais, ao passo que os Técnicos de Enfermagem reduziram sua proporção de 51,4% para 43,6%. Os Auxiliares de Enfermagem, por sua vez, mantiveram uma tendência de queda, de 15,7% para 9,5%.

No SFL, os Enfermeiros mostraram um crescimento relativo, passando de 25,3% para 26,5%, enquanto os Técnicos de Enfermagem e Auxiliares apresentaram variações menores, indicando uma estabilidade na distribuição dessas classes.

Tabela 36 – Distribuição dos profissionais por classe profissional de acordo com Natureza Jurídica - 2017 a 2022 na Atenção Outros

Natureza Jurídica	Classe Profissional	2017	2017 (%)	2018	2018 (%)	2019	2019 (%)	2020	2020 (%)	2021	2021 (%)	2022	2022 (%)
Público	Enfermeiro	13266	58,5%	14589	58,9%	15634	59,8%	17776	59,4%	21083	57,8%	22710	58,9%
	Técnico de Enfermagem	5438	24,0%	6229	25,2%	6586	25,2%	7972	26,7%	11013	30,2%	11639	30,2%
	Auxiliar de Enfermagem	3957	17,5%	3939	15,9%	3918	15,0%	4164	13,9%	4383	12,0%	4209	10,9%
Total Público		22661	100,0%	24757	100,0%	26138	100,0%	29912	100,0%	36479	100,0%	38558	100,0%
Privado	Enfermeiro	2533	32,8%	3025	36,7%	4044	40,5%	4303	44,5%	4878	45,1%	4988	47,0%
	Técnico de Enfermagem	3965	51,4%	3966	48,2%	4943	49,5%	4505	46,5%	5022	46,5%	4623	43,6%
	Auxiliar de Enfermagem	1214	15,7%	1241	15,1%	1004	10,0%	871	9,0%	905	8,4%	1004	9,5%
Total Privado		7712	100,0%	8232	100,0%	9991	100,0%	9679	100,0%	10805	100,0%	10615	100,0%
SFL	Enfermeiro	336	25,3%	376	24,0%	465	25,4%	767	23,3%	1098	23,6%	1094	26,5%
	Técnico de Enfermagem	856	29,8%	892	30,4%	1036	31,9%	569	32,0%	648	31,6%	723	31,3%
	Auxiliar de Enfermagem	139	44,9%	139	45,6%	162	42,7%	124	44,7%	139	44,8%	149	42,2%
Total SFL		1331	100%	1407	100%	1663	100%	1460	100%	1885	100%	1966	100%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

A Tabela 37 apresenta a comparação dos postos de trabalho dos profissionais de enfermagem entre 2017 e 2022, de acordo com a Natureza Jurídica (Público, Privado e SFL), segmentado por tipo de atenção.

A análise dos dados revela variações distintas no crescimento ou declínio das vagas em cada categoria ao longo dos anos.

No Setor Público, os enfermeiros observaram crescimento estável entre 2017 e 2019 (6,5%) e 2020 a 2021 (8,5%), mas uma desaceleração no último período (2021-2022), com um crescimento de apenas 6,1%. Os técnicos de enfermagem apresentaram aumento consistente entre 2017 e 2019 (15,7%) e 2020 a 2021 (13,1%), mas uma diminuição de -1,7% em 2021-2022, refletindo uma desaceleração na demanda. Já os auxiliares de enfermagem continuaram a experimentar uma queda nos postos de

trabalho, com uma redução de -11,7% entre 2017 e 2019, de -5,3% entre 2020 e 2021 e de -2,3% entre 2021 e 2022, sinalizando uma retração constante na oferta para essa categoria no setor público.

No Setor Privado, os enfermeiros apresentaram um aumento acentuado de 67,2% entre 2021 e 2022, após um crescimento mais moderado de 14,0% entre 2020 e 2021, refletindo uma recuperação significativa da demanda. Já os técnicos de enfermagem, embora com forte crescimento de 20,6% entre 2017 e 2019, viram uma queda de -7,9% entre 2021 e 2022, indicando uma diminuição na oferta de postos nos últimos anos. Os auxiliares de enfermagem, por sua vez, experimentaram flutuações significativas, com aumento expressivo de 27,8% entre 2017 e 2019, seguidas de uma queda drástica de -24,2% entre 2020 e 2021, mas com uma recuperação robusta de 98% no último intervalo (2021-2022).

Na Natureza Jurídica Sem Fins Lucrativos (SFL) os enfermeiros apresentaram uma recuperação considerável entre 2021 e 2022 (103,9%), após uma queda de -14,3% entre 2017 e 2019. Essa recuperação, juntamente com o crescimento contínuo no período de 2020 a 2021 (16,7%), sugere uma recuperação acentuada da demanda. Os técnicos de enfermagem também mostraram aumento significativo de 90,7% entre 2021 e 2022, após um crescimento mais modesto nos anos anteriores, refletindo uma forte recuperação de postos de trabalho. Já os auxiliares de enfermagem, embora com uma redução significativa de -26,9% entre 2017 e 2019, apresentaram uma recuperação parcial nos últimos anos, com aumento de 20,3% entre 2021 e 2022.

Tabela 37 – Comparação entre os intervalos de ano (2017 a 2022) por meio de razão dos valores absolutos, expressos em percentuais, de acordo com Natureza Jurídica

Região	Classe Profissional	Primária			Secundária			Terciária			Outros		
		2017 a 2019	2020 a 2021	2021 a 2022	2017 a 2019	2020 a 2021	2021 a 2022	2017 a 2019	2020 a 2021	2021 a 2022	2017 a 2019	2020 a 2021	2021 a 2022
Público	Enfermeiro	6,5%	8,5%	6,1%	17,7%	11,0%	-0,4%	11,2%	11,5%	4,6%	17,9%	18,6%	7,7%
	Técnico de Enfermagem	15,7%	13,1%	12,0%	17,6%	11,7%	-1,7%	13,8%	13,0%	5,8%	21,1%	38,1%	5,7%
	Auxiliar de Enfermagem	-11,7%	-5,3%	-2,3%	-6,4%	-6,2%	-14,2%	-12,0%	-6,2%	-6,5%	-1,0%	5,3%	-4,0%
Privado	Enfermeiro	15,8%	14,0%	67,2%	24,3%	20,0%	11,6%	31,8%	21,6%	6,0%	59,7%	13,4%	2,3%
	Técnico de Enfermagem	20,6%	9,2%	62,0%	13,0%	17,5%	7,0%	23,5%	23,4%	6,3%	24,7%	11,5%	-7,9%
	Auxiliar de Enfermagem	27,8%	-24,2%	98,0%	-7,9%	3,0%	1,2%	0,6%	1,8%	0,5%	-17,3%	3,9%	10,9%
SFL	Enfermeiro	-14,3%	16,7%	103,9%	25,8%	10,6%	8,1%	16,5%	9,2%	3,2%	38,4%	43,2%	-0,4%
	Técnico de Enfermagem	0,0%	11,5%	90,7%	24,6%	19,5%	7,8%	18,2%	9,7%	2,6%	21,0%	13,9%	11,6%
	Auxiliar de Enfermagem	-26,9%	-4,5%	20,3%	-2,4%	-1,8%	-7,9%	-9,7%	-7,4%	-6,1%	16,5%	12,1%	7,2%

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do CNES.

8.4 Reflexões finais

8.4.1 Aumento da demanda por profissionais qualificados

O crescimento no número de enfermeiros e técnicos de enfermagem, especialmente no setor público, reflete o fortalecimento das políticas de expansão e qualificação da saúde durante o período analisado. Na atenção primária, por exemplo, o aumento de 42% no número de enfermeiros e 77% de técnicos no setor público demonstra o esforço para ampliar o alcance da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Silva; Machado, 2020) e o enfrentamento de desafios como a pandemia da covid-19 (Schlosser *et al.*, 2022).

No setor privado, o aumento significativo de 258% no número de enfermeiros na atenção primária e 97% na terciária evidencia o fortalecimento da saúde suplementar e da demanda por serviços especializados. Tal fato deve-se a impulsionada por mudanças demográficas e econômicas, como por exemplo, o aumento da morbimortalidade cardiovascular (Oliveira *et al.*, 2019).

8.4.2 Redução no número de auxiliares de enfermagem

A redução do número de auxiliares de enfermagem em todos os níveis de atenção, especialmente no setor público (-21% na atenção primária e -28% na secundária), indica uma transição gradual para equipes mais qualificadas, com ênfase na formação técnica e superior. Isso pode ser associado a políticas de incentivo à capacitação profissional, ao mesmo tempo que reflete mudanças nas exigências das práticas de saúde (Costa *et al.*, 2008).

8.4.3 Diferenças entre os setores público e privado

As análises revelaram que o setor público ainda concentra a maior parte da força de trabalho em saúde, mas o setor privado apresentou taxas de crescimento proporcionalmente mais altas em todas as categorias profissionais. O setor privado de saúde no Brasil tem experimentado um crescimento significativo, caracterizado por uma dinâmica de concentração de capital e expansão de serviços. Este crescimento é impulsionado por estratégias de financeirização, como fusões e aquisições, e pela diversificação em áreas como ensino e gestão de unidades públicas (Andrietta; Monte-Cardoso, 2022; Silva; Travassos, 2022).

Vale ressaltar que a Emenda Constitucional n.º 95/2016, que instituiu o teto de gastos, limitou os investimentos públicos em saúde, impactando a expansão e melhoria dos serviços oferecidos pelo SUS. Paralelamente, a Lei n.º 13.097/2015 permitiu a entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde, impulsionando a financeirização e a expansão do setor privado. Esse cenário criou uma dualidade em que o setor público enfrenta restrições orçamentárias, enquanto o setor privado, com aporte internacional, cresce e consolida sua influência. Como resultado, há um risco de ampliação das desigualdades no acesso e na qualidade da assistência em saúde no Brasil.

8.4.4 Impactos da pandemia da Covid-19 (2020-2022)

Os dados de 2020 em diante mostram aumentos significativos na contratação de enfermeiros e técnicos, sobretudo no setor público. Esse movimento é compatível com a necessidade de ampliação da resposta à pandemia, que exigiu investimentos em equipes para atender à alta demanda por serviços hospitalares, unidades de terapia intensiva e vacinação em massa (David *et al.*, 2023).

Por outro lado, a desaceleração ou queda nas contratações em 2022, como observado no número de auxiliares, pode refletir cortes orçamentários após o período emergencial.

8.4.5 Expansão do setor SFL (Sem Fins Lucrativos)

Embora menor em volume absoluto, o setor SFL apresentou crescimento expressivo em determinadas categorias e níveis de atenção. Na categoria “Outros”, houve um aumento de 226% no número de enfermeiros, possivelmente associado à ampliação de parcerias entre organizações filantrópicas e o SUS para atender a demandas regionais e projetos específicos de saúde.

A Lei n.º 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), prevê a possibilidade de contratação complementar de serviços de saúde quando a rede pública não é suficiente para atender à demanda da população. Essa medida permite que o SUS estabeleça parcerias com entidades privadas e filantrópicas, ampliando sua capacidade de prestação de serviços e cobertura assistencial. No contexto analisado, esse mecanismo pode explicar o expressivo aumento de 226% no número de enfermeiros na categoria “Outros” do setor SFL, refletindo a crescente colaboração entre o SUS e organizações filantrópicas para suprir necessidades regionais e fortalecer projetos específicos de saúde.

8.4.6 Regionalização e desigualdade no acesso à saúde

A redistribuição de postos de trabalho pode também estar relacionada a iniciativas de regionalização da saúde, visando reduzir as desigualdades no acesso, especialmente em regiões menos favorecidas seja por fatores geográficos (Arruda; Maia; Alves, 2018) como também por fatores socioeconômicos dos usuários (Santos *et al.*, 2019). No entanto, a redução de postos de auxiliares e o menor crescimento em categorias de menor qualificação podem exacerbar desigualdades em regiões que ainda dependem de mão de obra menos qualificada.

8.4.7 Mudanças demográficas e envelhecimento populacional

O crescimento do setor terciário, com aumento de 60% no número de enfermeiros e 64% no de técnicos de enfermagem, reflete o impacto do envelhecimento da população brasileira e da maior demanda por serviços especializados e complexos, como cuidados em oncologia e doenças crônicas. A multimorbidade é comum entre os idosos brasileiros, com 52% apresentando duas ou mais condições crônicas, como doenças cardiovasculares e obesidade, aumentam o risco de complicações graves (Nunes *et al.*, 2020).





9 Estrangeiros Atuantes na Enfermagem no Brasil

A garantia do direito à saúde está intrinsecamente ligada à disponibilidade e à qualificação dos profissionais de saúde, elemento central para a cobertura universal e para a qualidade dos serviços prestados (WHO, 2024a). Nos últimos anos, a intensificação da mobilidade internacional de pessoas, impulsionada por fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, tem repercutido diretamente na migração de trabalhadores da saúde, incluindo os profissionais da enfermagem (WHO, 2023b, 2024b). Compreender essas dinâmicas torna-se essencial para orientar políticas públicas eficazes e fortalecer os sistemas de saúde em escala global.

Apesar dos avanços em registros migratórios, persistem lacunas significativas no que se refere aos fluxos de profissionais da saúde e aos efeitos das políticas migratórias sobre os serviços de saúde (WHO, 2024a). Essa deficiência decorre da ausência de definições padronizadas, da complexidade dos contextos de mobilidade e da carência de mecanismos globais de monitoramento (WHO, 2023b). O crescimento contínuo desses fluxos exige atenção, visto que há um descompasso crescente entre a oferta e a demanda de trabalhadores da saúde (WHO, 2017).

As disparidades salariais, as condições laborais e as oportunidades de crescimento profissional são fatores que historicamente impulsionam a migração de profissionais da saúde, intensificada após a pandemia da covid-19 (WHO, 2024b). Para uma compreensão mais acurada do fenômeno no contexto brasileiro, é necessário distinguir os conceitos de mobilidade, migração e deslocamento humano.

A mobilidade abrange todos os tipos de deslocamento entre territórios, incluindo movimentações temporárias como o turismo. O deslocamento diz respeito à saída forçada por conflitos, desastres ou violações de direitos. Enquanto a migração envolve a mudança de país de residência por um período superior a um ano, podendo ser

voluntária ou forçada, regular ou irregular (IBGE, 2013; OIM, 2024; Nações Unidas, 1998). Dentro deste espectro, a imigração refere-se à entrada de pessoas em um país, enquanto a emigração trata da saída de indivíduos de seu país de origem (Sironi; Bauloz; Emmanuel, 2019).

No contexto da enfermagem, Vieira, Garcia e Silva (2006) classificam os profissionais estrangeiros atuantes no Brasil em dois grupos principais: os “imigrantes profissionais”, formados no exterior e que migraram por razões laborais, e os “imigrantes para a profissionalização”, que buscaram o país para formação em níveis técnico, auxiliar ou superior. A migração laboral, predominante no primeiro grupo, reflete as dinâmicas do mercado de trabalho da saúde, enquanto o segundo grupo envolve motivações políticas, econômicas e sociais.

A migração de profissionais de enfermagem de forma globalizada impacta profundamente os mercados de trabalho, promovendo escassez de pessoal nos países de origem e, simultaneamente, suprimindo lacunas nos sistemas de saúde dos países de destino (Guerreiro, 2020). A OMS ressalta a urgência de investimentos na produção de evidências e no fortalecimento da governança migratória, com vistas a garantir a sustentabilidade e a equidade dos cuidados em saúde em escala global (WHO, 2022).

No Brasil, dados recentes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicam a presença de 13.736 profissionais estrangeiros atuando na saúde em 2024, dos quais 73,04% estavam inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2024c).

De uma forma em geral, dados confiáveis e oportunos sobre a mobilidade de trabalhadores da saúde são imprescindíveis para que se possa compreender, medir, monitorar e gerenciar os fluxos migratórios e formular propostas de políticas, além de avaliar o impacto desses processos migratórios na força de trabalho em saúde.

Frente ao exposto, este capítulo tem por objetivo apresentar os dados referentes aos estrangeiros que detêm o registro definitivo junto ao Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) proporcionando um panorama detalhado sobre essa categoria profissional considerando-se o período de análise de 1973 a 2023.

9.1 Aspectos metodológicos

9.1.1 Disposição, tratamento e análise dos dados

Foram utilizados dados disponibilizados pelo Cofen, entidade responsável pelo registro e regulação dos profissionais de enfermagem no país. A base de dados do Cofen reúne informações detalhadas sobre o registro dos profissionais, permitindo a construção de um perfil abrangente da categoria. Entre as informações contidas nesse banco de dados, destacam-se aspectos demográficos e profissionais, como idade, sexo, local de registro, além de outras variáveis relevantes para a compreensão do perfil da força de trabalho em enfermagem (Santoro *et al.*, 2024).

O processo de coleta dos dados ocorreu entre maio e setembro de 2024, abrangendo as informações de todos os profissionais de enfermagem registrados no Cofen desde a fundação, em 1973, até fevereiro de 2024, obtendo-se o número total de 4.727.043 de profissionais. Deste total foram excluídos os profissionais cujo campo de nacionalidade continha a indicação “Não se aplica”, resultando em um contingente de 2.655.782 registros válidos. Em seguida, foram removidos da amostra os profissionais que nasceram no Brasil ($n=2.653.402$), restando na amostra apenas aqueles que possuíam nacionalidade estrangeira. Dessa forma, a amostra final foi composta por 2.380 profissionais de enfermagem com nacionalidade estrangeira, registrados como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de obstetristas.

Os dados coletados contemplaram diversas variáveis sociodemográficas, como país de nascimento, sexo, faixa etária, categoria profissional e unidade federativa de atuação dos profissionais estrangeiros. No entanto, uma limitação da base de dados utilizada foi a impossibilidade de distinguir entre profissionais formados no exterior e aqueles que realizaram sua formação profissional no Brasil. Ou seja, não foi possível diferenciar a “imigração profissional”, caracterizada por profissionais estrangeiros que já possuíam formação prévia, da “imigração para a profissionalização”, que inclui aqueles que migraram para o Brasil em busca de formação acadêmica ou técnica. Apesar dessa restrição, a base de dados apresenta um potencial significativo para a análise do perfil dos estrangeiros que atuam na enfermagem no Brasil.

Os dados foram organizados em planilhas no Microsoft Excel® para facilitar o gerenciamento das informações. Posteriormente, foi realizada a análise estatística descritiva utilizando o *software* SPSS® versão 22.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). As variáveis foram sintetizadas por meio de frequências absolutas e relativas, expressas em porcentagens, permitindo uma interpretação clara e objetiva dos dados.

Para a apresentação dos resultados, foram elaborados tabelas e figuras, possibilitando uma visualização estruturada e de fácil compreensão dos achados da pesquisa.

9.2 Resultados e discussão

A análise dos dados referentes aos registros definitivos de profissionais estrangeiros no Cofen de 1973 a fevereiro de 2024, revela a presença de 2.380 imigrantes atuando na enfermagem no Brasil. Conforme apresentado na Tabela 9.1, esse contingente está distribuído entre as quatro categorias regulamentadas pelo Cofen, sendo: 840 enfermeiros (32,46%), 1.206 técnicos de enfermagem (46,6%), 533 auxiliares de enfermagem (20,6%) e 9 obstetrizas (0,35%).

A Tabela 38 e a Figura 122, que mostram respectivamente a distribuição numérica e o percentual dos profissionais por categoria e país de nascimento, apontam uma predominância de estrangeiros nas categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem, que somam 1.739 profissionais (67,2%) do total de registros analisados. Esses dados evidenciam uma tendência de inserção mais expressiva de imigrantes nas atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participação no planejamento da assistência de enfermagem (Brasil, 1986).

A relevância da enfermagem como eixo estruturante dos sistemas de saúde é amplamente reconhecida, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade, como nos países periféricos e em desenvolvimento (Varella; Pierantoni, 2007; WHO, 2020). Nesse cenário, a contribuição dos profissionais de enfermagem estrangeiros se torna ainda mais significativa. Corroborando esse aspecto, a revisão sistemática conduzida por Pressley *et al.* (2022), sinaliza que os profissionais de enfermagem que migram para exercer suas atividades laborais em países distintos de sua origem desempenham um papel essencial no fortalecimento das forças de trabalho em saúde ao nível global, mitigando lacunas nos sistemas receptores.

Dessa maneira, é válido apontar que os estrangeiros atuantes na enfermagem no Brasil colaboram para a força de trabalho nacional, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS), quanto no setor suplementar de saúde do país.

Tabela 38 – Quantidade de estrangeiros por categoria profissional com registros definitivos no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Brasil, 2024

Categoria profissional*	n	%
Enfermeiro	840	32,46%
Técnico de Enfermagem	1.206	46,60%
Auxiliar de Enfermagem	533	20,60%
Obstetrizes	9	0,35%
Total	2.588	100,00%

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Cofen.

*Obs.: O mesmo profissional pode ter registro em mais de uma categoria.

Documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) revela que, dos 27,9 milhões de trabalhadores da enfermagem existentes no mundo, 19,3 milhões (69%) pertencem à categoria de enfermeiros e 6 milhões (22%) são profissionais de nível médio (WHO, 2020).

No contexto das Américas, a composição da força de trabalho em enfermagem é diversa, conforme a formação profissional. De acordo com Cassiani *et al.* (2018), os profissionais se distribuem entre: (a) enfermeiros licenciados, (b) tecnólogos e técnicos de enfermagem e (c) auxiliares ou auxiliares de enfermagem básica. Ainda que essa estrutura seja comum, observa-se grande variação entre os países desta região, o que reforça a necessidade de instrumentos que permitam estimar com precisão a força de trabalho e planejar ações para alcançar a cobertura universal em saúde, subsidiando decisões estratégicas de gestão.

Constata-se que a formação em enfermagem na América Latina apresenta distintos níveis, geralmente organizados em três categorias: profissional, técnico (ou formação intermediária) e auxiliar de enfermagem. Entretanto, há variações significativas entre os países. Na Colômbia, Chile, Equador e Uruguai, por exemplo, a estrutura formativa contempla apenas dois níveis, profissional e técnico. Por outro lado, em países como México, Nicarágua e Porto Rico, identificam-se entre quatro e seis níveis distintos de formação (Luengo-Martínez; Sanhueza-Alvarado, 2016).

Soma-se a isso a pluralidade no processo de formação no ensino de graduação em enfermagem. Pesquisa mais especificamente desenvolvida na América Latina

aponta que há diferentes formas de configuração do currículo, além de diferentes inclinações pedagógicas adotadas pelas instituições de ensino superior nos países latino-americanos (Vasconcelos; Backes; Gue, 2011).

Considerando a diversidade existente, torna-se desejável um consenso quanto à estrutura curricular, carga horária, níveis e tempo de formação, visto que tais aspectos poderiam favorecer a mobilidade acadêmica tanto em âmbito nacional quanto internacional. Em um contexto globalizado, a padronização e o reconhecimento mútuo de títulos são fundamentais para facilitar o trânsito de estudantes e profissionais, promovendo a integração e o fortalecimento da força de trabalho em enfermagem.

Diante desses dados, cabe destacar que o processo migratório internacional de trabalhadores de saúde, apesar de não ser um movimento novo, modificou-se ao longo do tempo. Na enfermagem, por exemplo, esse deslocamento deixou de ser interpretado apenas como uma estratégia de adaptação a novos contextos, sendo também compreendido como uma forma de geração de capital por meio da venda da força de trabalho, contribuindo para a lógica de acumulação de bens e fortalecimento do modelo capitalista contemporâneo (Carneiro *et al.*, 2023).

As correntes migratórias, em sua maioria, ocorrem entre países com acentuadas diferenças econômicas, o que caracteriza um padrão de deslocamento de regiões menos desenvolvidas para aquelas com melhores condições econômicas e institucionais (Varella; Pierantoni, 2007). Tal dinâmica pode ser observada nos dados apresentados na Figura 122, que revelam a origem da maior parte dos estrangeiros atuantes na enfermagem no Brasil em países com menor nível de desenvolvimento, como Angola, Guiné-Bissau e outras nações latino-americanas. Uma das exceções é Portugal, país de renda média-alta, com destaque numérico na presença de enfermeiros.

Como ilustrado na Figura 122, há fluxo migratório entre os países membros do Mercado Comum do Sul (Mercosul). Desde sua criação, o bloco estabeleceu como princípios básicos de integração a livre circulação de bens, serviços, capitais e pessoas, o que inclui os trabalhadores da saúde (Rodríguez; Angelica-Munoz; Hoga, 2014; Vieira *et al.*, 2023a). No entanto, esse processo é permeado por desafios estruturais, como a falta de garantias mínimas de direitos, as assimetrias econômicas e sociais, as disparidades das legislações trabalhistas e as diferenças na formação profissional. Além disso, permanece como óbice a ausência de uma institucionalidade sólida entre os países membros no bloco para garantias do deslocamento de trabalhadores (Vieira *et al.*, 2023a).

A migração de enfermeiros na América do Sul, entre 1992 e 2015, foi investigada por Vieira e Machado (2017), e teve como principal motivação a busca por melhores condições diante de crises econômicas e políticas em seus países. Contudo, muitos profissionais migrantes se depararam com vínculos de trabalho precários, contratos temporários e jornadas laborais extenuantes, o que impediu, em muitos casos, a concretização das expectativas de melhoria na qualidade de vida.

Nessa lógica, a migração profissional tem sido movida principalmente pela busca de postos de trabalho mais atrativos e mais bem remunerados, sendo impulsionada por fatores como o baixo desenvolvimento econômico, condições de vida inadequadas e escassez de oportunidades de crescimento profissional nos países de origem (Varella; Pierantoni, 2007).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2021) destaca que, entre 188 países analisados, 20 apresentaram elevadas taxas de emigração de enfermeiros, predominantemente oriundos da África, América Latina e Pacífico Ocidental. Um caso emblemático é a Guiana, onde 28% dos enfermeiros formados migraram para exercer a profissão em outros países. Em dez outras nações, essas taxas variaram entre um terço e metade do total de profissionais formados localmente.

A migração de trabalhadores da saúde influencia diretamente na qualidade, equidade e sustentabilidade dos serviços de saúde, refletindo, ao mesmo tempo, falhas estruturais na distribuição equitativa da força de trabalho em saúde globalmente (Aluttis; Bishaw; Frank, 2014), como, por exemplo, a distribuição do número de profissionais por habitantes.

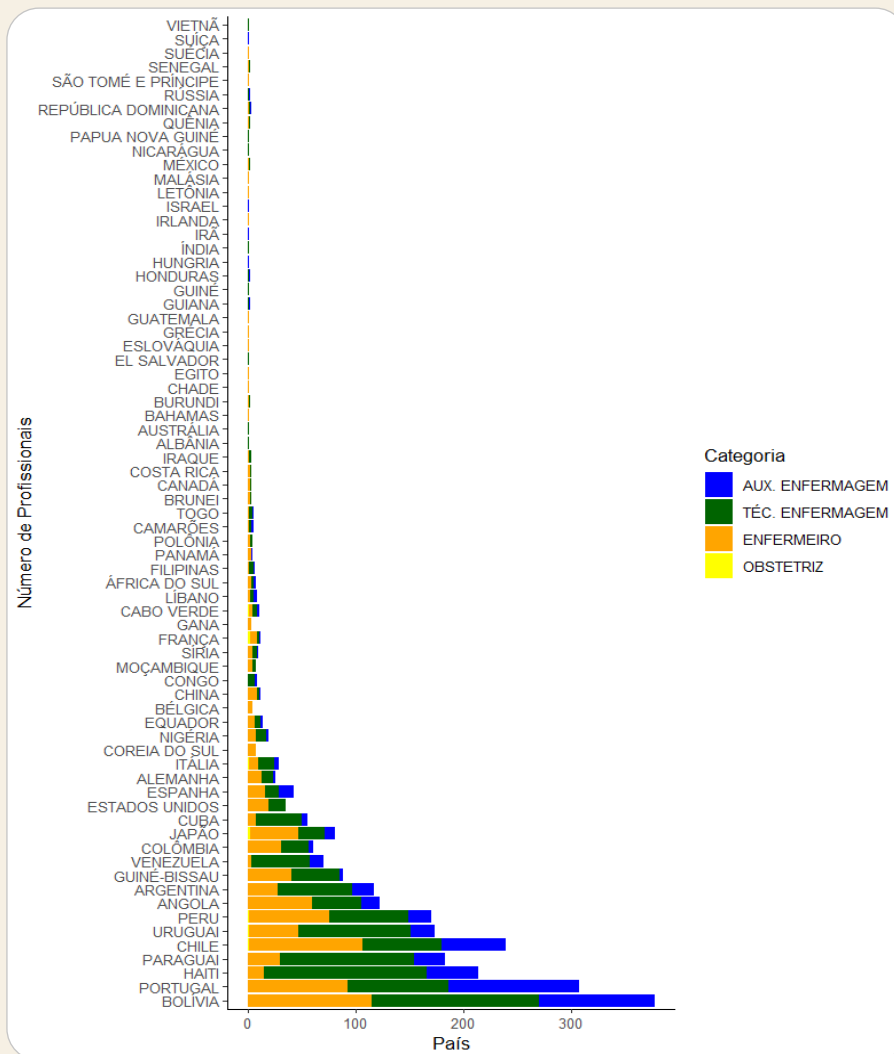
Complementarmente, cabe apontar que a pandemia da covid-19 exacerbou a escassez global de enfermeiros e médicos, destacando a necessidade de os países buscarem maior autossuficiência em sua força de trabalho em saúde em vez de depender de recrutamento estrangeiro para atender ao excesso de demanda (Botezat; Incaltarau; Nijikamp, 2024).

A situação de países como Bolívia e Haiti, por exemplo, é ilustrativa. Conforme apresentado na Figura 122, um número expressivo de profissionais de enfermagem que atuam atualmente no Brasil é originário desses países. No entanto, segundo dados da OPAS (Cassiani *et al.*, 2018), essas nações apresentam baixos índices de profissionais por habitante: 5,10 enfermeiros por 10 mil habitantes na Bolívia e 3,50 no Haiti, enquanto a OMS recomenda um mínimo de 40 enfermeiros para cada 10 mil pessoas para alcançar bons resultados em saúde (WHO, 2020).

Outro aspecto que requer um olhar minucioso é o elevado número de profissionais portugueses registrados no Brasil: 93 enfermeiros, 93 técnicos e 121 auxiliares de enfermagem. Esses dados podem indicar uma tendência de migração motivada pela profissionalização, especialmente nas categorias de nível médio, o que pode estar relacionado a oportunidades formativas ou às condições de empregabilidade no Brasil frente ao contexto europeu.

Nesse sentido, cita-se notícia veiculada no site do Ministério da Saúde sobre o destaque do Brasil no compromisso internacional de proteção de trabalhadores em migração. A reportagem aponta que, conforme os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2024, há uma parcela significativa de trabalhadores estrangeiros no SUS. Segundo os dados do CNES, 11.601 profissionais não brasileiros trabalham no sistema público de saúde, enquanto os outros 4.313 não atuam no Sistema Complementar. Médicos, técnicos em enfermagem e dentistas são as categorias de profissionais com maior número de estrangeiros atuantes no país (Brasil, 2024c).

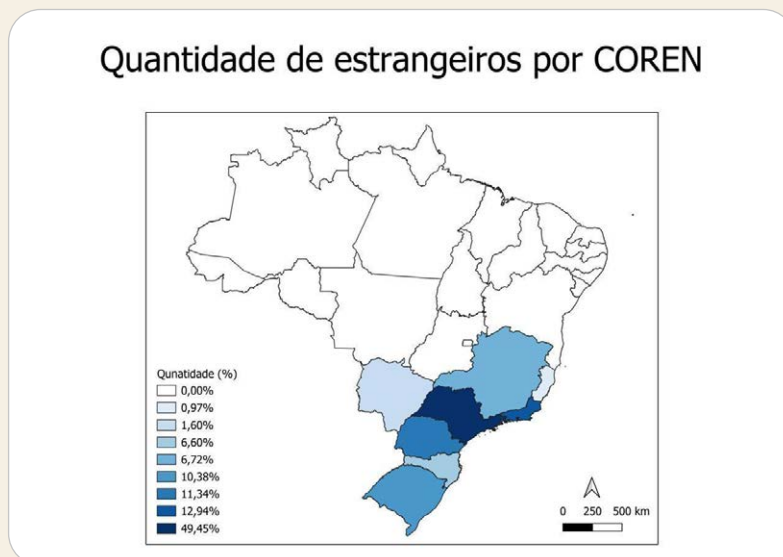
Figura 122 – Distribuição do percentual de estrangeiros no Brasil, conforme país de nascimento e categoria profissional e com inscrição definitiva no Conselho Federal de Enfermagem, Brasil, 2024



Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Cofen.

O texto da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020) e o estudo brasileiro (Marinho; Queiroz, 2023) discorrem sobre a disponibilidade e a distribuição da força de trabalho na enfermagem no Brasil. O painel dos profissionais da enfermagem contribui substancialmente para a compreensão e o desenvolvimento de políticas públicas que garantam acesso aos serviços de saúde, em especial nos contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica. Dessa maneira, chama-se a atenção para a Figura 123 que apresenta a distribuição do percentual de estrangeiros no Brasil.

Figura 123 - Distribuição do percentual de estrangeiros no Brasil, conforme registro definitivo no Conselho Federal de Enfermagem, Brasil, 2024



Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Cofen.

A análise da distribuição regional dos profissionais de enfermagem estrangeiros, com base nos dados fornecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e apresentados na Figura 123, revela uma concentração significativa na região Sudeste, seguida pela região Sul. Em contrapartida, as regiões Norte e Nordeste não registraram nenhum profissional estrangeiro com registro definitivo, evidenciando um padrão desigual de inserção territorial desses trabalhadores no país.

Os resultados do percentual de profissionais na região Sudeste e na região Norte convergem para os mesmos apresentados em estudos já desenvolvidos no Brasil, sobre a distribuição de profissionais da enfermagem no país, independentemente da sua nacionalidade (Machado *et al.*, 2016a, 2016b; Oliveira *et al.*, 2024; Santos *et al.*, 2023).

Esse cenário reflete os desafios estruturais e regionais da saúde no Brasil, considerando que a força de trabalho é um fator determinante na “produção” e prestação de cuidados de saúde. O movimento de profissionais de enfermagem, seja para dentro ou para fora de determinadas regiões, pode gerar desequilíbrios locais na oferta e na demanda de serviços, além de impactar o crescimento e a sustentabilidade das economias regionais (Varella; Pierantoni, 2007; WHO, 2020).

Além dos efeitos diretos na assistência, os fluxos migratórios de profissionais têm implicações nas políticas de formação, na legislação profissional e na organização

dos mercados de trabalho. Do ponto de vista econômico, tais deslocamentos geram consequências para os sistemas de saúde, exigindo a adaptação de recursos humanos, materiais e organizacionais, com vistas a absorver e qualificar os profissionais em mobilidade.

Nessa perspectiva, o indicador de densidade profissional — número de profissionais por 10 mil habitantes — constitui uma métrica importante para compreender a distribuição da força de trabalho. A região Sudeste, embora tenha apresentado a menor taxa de crescimento no período analisado, possui a maior densidade de profissionais da enfermagem no país. Destaca-se, sobretudo, na densidade de profissionais de nível médio e técnico, com ênfase na categoria de auxiliares de enfermagem (34,87 por 10 mil habitantes), ainda que essa categoria esteja em processo de desaceleração. Em relação à densidade de enfermeiros, a região Centro-Oeste é a primeira, mesmo possuindo o quarto menor número absoluto desses profissionais, o que indica uma distribuição mais equilibrada em termos proporcionais.

As Tabelas 39 e 40 apresentam a distribuição dos profissionais de enfermagem por sexo, segundo os países de origem. Com base nesses dados, dentre os países de origem com maior número de profissionais de enfermagem, o que apresentou a maior proporção entre os sexos foi Guiné-Bissau.

A respeito dessa variável, os profissionais estrangeiros, com registros definitivos no Brasil, majoritariamente são do sexo feminino ($n=1.950$; 81,76%), conforme os dados presentes na Tabela 39. Esses resultados reafirmam que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina e, mesmo que o número de homens atuando na enfermagem tenha crescido nos últimos anos, ainda representa uma porcentagem pequena.

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde de 2020, há cerca de 28 milhões de profissionais da enfermagem pelo mundo; desses, cerca de 90% são mulheres (WHO, 2020). Dessa maneira, os estrangeiros atuantes na enfermagem no Brasil não diferem do cenário mundial.

Revisão integrativa alerta que tanto homens quanto mulheres na enfermagem sofrem discriminação de gênero no local de trabalho de forma semelhante, em muitos países do mundo. Entretanto, é válido reforçar que as formas e as consequências dessa discriminação diferem substancialmente por gênero. Enquanto para os homens a discriminação decorre da perpetuação de expectativas normativas socializadas de masculinidade, no caso das mulheres elas recebem, em geral, tratamento diferenciado

na progressão da carreira e são menos aceitas por gerentes e outros profissionais de saúde (Gauci *et al.*, 2023). Corroborando esse estudo, Souza *et al.* (2021) afirmam que as disparidades salariais e de acesso a posições destacadas no mercado entre homens e mulheres podem ser explicadas/fundamentadas a partir de uma análise histórico-estrutural da proletarização feminina.

Tabela 39 – Distribuição dos estrangeiros com registros no Conselho Federal de Enfermagem por sexo, Brasil, 2024

Sexo	n	%
Feminino	1.950	81,93
Masculino	430	18,07
Total	2.380	100,00

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Cofen.

A Tabela 40 elenca a distribuição de profissionais por sexo segundo o país de nascimento. Ao analisar os dados, Guiné-Bissau é o país em que a proporção entre os profissionais do sexo feminino e do sexo masculino é mais próxima.

Tabela 40 – Distribuição dos estrangeiros com registros com inscrição definitiva no Conselho Federal de Enfermagem, por sexo, Brasil, 2024

País	Sexo	
	Feminino	Masculino
África do Sul	5	1
Albânia	1	0
Alemanha	23	1
Angola	77	36
Argentina	91	16
Austrália	1	0
Bahamas	1	0
Bélgica	2	2
Bolívia	269	50
Brunei	3	0
Burundi	1	0
Cabo Verde	7	2
Camarões	3	1
Canadá	3	0
Chade	1	0
Chile	174	46
China	10	2
Colômbia	53	5
Congo	4	2

continua

conclusão

País	Sexo	
	Feminino	Masculino
Coreia do Sul	6	1
Costa Rica	6	0
Cuba	35	18
Egito	1	0
El Salvador	1	0
Equador	10	1
Eslováquia	1	0
Espanha	38	5
Estados Unidos	33	2
Filipinas	5	1
França	10	0
Gana	2	1
Grécia	1	0
Guatemala	1	0
Guiana	2	0
Guiné	1	0
Guiné-Bissau	50	32
Haiti	155	39
Honduras	1	0
Hungria	1	0
Índia	1	0
Irã	0	1
Iraque	3	0
Irlanda	1	0
Israel	1	0
Itália	24	4
Japão	70	6
Letônia	1	0
Líbano	6	1
Malásia	1	0
México	2	0
Moçambique	5	2
Nicarágua	1	0
Nigéria	13	5
Panamá	3	1
Papua Nova Guiné	1	0
Paraguai	153	17
Peru	122	34
Polônia	4	0
Portugal	249	42
Quênia	2	0
República Dominicana	2	0
Rússia	1	0
São Tomé e Príncipe	1	0
Senegal	2	0
Síria	7	2
Suécia	1	0
Suíça	1	0
Togo	1	2
Uruguai	140	26
Venezuela	45	22
Vietnã	1	0

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Cofen.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a força de trabalho da enfermagem apresenta, globalmente, um perfil etário relativamente jovem. Estima-se que 38% dos profissionais tenham menos de 35 anos, enquanto 17% possuem 55 anos ou mais (WHO, 2020). Essa tendência também se reflete no perfil dos profissionais estrangeiros da enfermagem que atuam no Brasil, conforme demonstrado na Tabela 41, que aponta uma maior concentração nas faixas etárias entre 26 e 45 anos.

Esse dado pode expressar a vontade de os jovens estrangeiros buscarem novas oportunidades de trabalho e/ou de formação. No entanto, ao se depararem com a realidade dos processos de trabalho no país, esses estrangeiros necessitam compreender e também lidar com os inúmeros desafios no exercício dos profissionais de enfermagem no país que partem de injustiças históricas e os diferentes tipos de desigualdade que afetam e causam a vulnerabilidade da profissão: as disparidades salariais e de acesso a posições destacadas no mercado entre homens e mulheres; as desigualdades combinadas entre nações e regiões na oferta do mercado de trabalho; o aumento da exploração dos profissionais mais velhos, no contexto de restrição de acesso aos direitos de aposentadoria e trabalhistas; e a exposição à violência e ao assédio, associada ao potencial de desgaste da sobrecarga e intensificação do trabalho (Santos *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2021).

Adicionalmente, no contexto internacional, as estratégias de recrutamento de profissionais de enfermagem revelam uma dinâmica cada vez mais complexa e orientada por interesses comerciais. O estudo de Merz *et al.* (2024), que analisou o fluxo migratório de enfermeiros entre Índia e Reino Unido, evidencia a atuação de intermediários privados no processo de educação, formação e recrutamento desses profissionais. Tais agentes moldam os currículos com ênfase internacional, intermediam treinamentos clínicos e linguísticos, e produzem tanto “enfermeiros genéricos e emigratórios” quanto profissionais personalizados, adaptados para suprir carências específicas do sistema de saúde britânico.

Tabela 41 – Distribuição dos estrangeiros com inscrição definitiva no Conselho Federal de Enfermagem por faixa etária, Brasil, 2024

Faixa etária	n	%
[<=25]	216	9,08
[>=26 a <=45]	1.111	46,68
[>=46 a <=65]	674	28,32
[>65]	379	15,92
Total	2.380	100,00%

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Cofen.

Estudo brasileiro sobre estoque, composição e distribuição da força de trabalho de enfermagem no Brasil realizou uma construção histórica sobre a idade dos profissionais da enfermagem e revelou que, durante o período de 2010 a 2019, a distribuição etária dos profissionais de enfermagem, teve predomínio de profissionais entre 36 e 55 anos. Todavia, entre 2017 e 2019, constatou-se a diminuição no percentual de profissionais com idade inferior aos 35 anos. Esses dados revelam que os profissionais com menos de 35 anos representavam mais de 35% em todos os anos estudados, variando de 35,70% a 45,90%, enquanto aqueles com 56 anos ou mais representavam mais de 6% do total de profissionais de enfermagem, com percentuais entre 6,09% e 9,81% (Oliveira *et al.*, 2024).

Estudo de Vieira *et al.* (2023b) demonstrou que ainda há uma lacuna sobre pesquisas que busquem analisar não somente a descrição dos dados sociodemográficos (idade, sexo, país de origem), ou seja, o perfil dos profissionais, mas também compreender a motivação dos enfermeiros para imigrar para o Brasil.

Outra análise que se faz pertinente é investigar as ações e políticas desenvolvidas pelos países acerca dos processos de migração. Países da comunidade Europeia e da OCDE, por exemplo, implementaram várias medidas destinadas a suprir a escassez de força de trabalho em saúde e manter a autossuficiência, por exemplo, facilitando o recrutamento de pessoal estrangeiro, facilitando sua mobilidade transfronteiriça, reconhecendo qualificações estrangeiras e ajudando-os a obter autorizações de trabalho (OECD, 2020).

A partir dos dados do Cofen, percebe-se que a migração de enfermeiros exige que as nações e as organizações de saúde continuem a trabalhar para entender

melhor os modelos de força de trabalho, considerando aspectos como disponibilidade de emprego, integração, assimilação e regulamentação de uma força de trabalho de enfermagem nacional e internacionalmente. Várias questões permanecem importantes, incluindo as competências técnicas, culturais e de qualidade/segurança necessárias para que os enfermeiros trabalhem além das fronteiras.

Dessa forma, o desafio universal continua sendo como levar os enfermeiros às áreas e locais onde eles são mais necessários. Para tanto, exige reestruturação e colaboração contínuas das entidades mundiais da área e relacionadas à profissão, além da colaboração interdisciplinar e internacional para atender às necessidades dos sistemas de saúde.

9.2.1 Limitações do estudo

Neste estudo, não foi possível distinguir os chamados “*imigrantes profissionais*” — aqueles formados no exterior e que migraram por razões laborais — dos “*imigrantes para a profissionalização*”, que ingressaram no país com o objetivo de obter formação nos níveis técnico, auxiliar ou superior em enfermagem (Vieira; Garcia; Silva, 2006), devido à limitação dos dados disponíveis. Essa distinção seria relevante para compreender melhor os perfis migratórios e seus impactos no mercado de trabalho da enfermagem no Brasil.

Vale ressaltar que o *International Center for Nurse Migration* tem enfatizado a necessidade de priorizar a sustentabilidade da força de trabalho em enfermagem como elemento estratégico para a gestão dos recursos humanos em saúde (Buchan; Catton; Shaffer, 2022). Entre as diretrizes propostas pela instituição, figura a adoção de um indicador nacional de “autossuficiência”, que visa mensurar a capacidade de um país em formar e reter internamente seus profissionais de enfermagem.

Esse indicador é calculado com base na proporção de profissionais formados no exterior em relação ao total de trabalhadores de enfermagem atuantes no país. Percentuais mais elevados indicam menor autossuficiência, sinalizando uma dependência significativa da migração internacional para suprir a demanda local (Botezat; Incaltarau; Nijikamp, 2024). Nesse sentido, o indicador se apresenta como uma ferramenta relevante para avaliar a autonomia, a resiliência e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, subsidiando o planejamento de políticas públicas orientadas à formação, retenção e distribuição equitativa da força de trabalho em enfermagem.

9.3 Reflexões finais

Como mostram os resultados, a maioria dos profissionais estrangeiros atuantes no Brasil é do sexo feminino, originalmente de países da América do Sul, da categoria profissional de técnicos de enfermagem, de profissionais jovens e se concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Em linhas gerais, esses resultados possibilitam afirmar que a inserção de profissionais estrangeiros na força de trabalho de enfermagem brasileira segue as tendências internacionais, essencialmente, considerando-se as características sociodemográficas (idade, sexo e distribuição dos profissionais por áreas geográficas).

O planejamento e o gerenciamento dos recursos humanos em saúde pelas instituições de saúde, seja em relação ao SUS ou ao Sistema Suplementar de Saúde, devem considerar a inserção desses profissionais estrangeiros para além dos aspectos da profissão, ou seja, tendo em vista as características culturais, sociais e econômicas dos países de destino e origem.

Pontua-se que a análise de imigrantes deve ser feita exclusivamente na modalidade de censo para a enfermagem, com a obtenção de uma base de dados robusta, considerando-se inclusive, o cruzamento entre diferentes bases de dados. Dessa forma, dados mais sólidos poderão minimizar as chances de erros metodológicos que possam superestimar os dados obtidos por meio de levantamentos amostrais, onde a expansão da amostra eleva exponencialmente a informação quantitativa de imigrantes.

Algumas pesquisas incorrem nesses equívocos, realizando análises que englobam amostras gerais ou considerando todos os imigrantes, sem especificar os profissionais estrangeiros, além de utilizarem simultaneamente diferentes abordagens metodológicas. Tais abordagens não seguem uma linha purista acadêmica, mas visam a oferecer uma análise mais assertiva de um fenômeno global relevante: a migração de profissionais qualificados, que pode representar uma significativa perda para os países de origem.



Referências

ADAMY, E. K. *et al.* Panorama nacional da formação em enfermagem: diretrizes curriculares nacionais da formação técnica e da graduação. *In*: ADAMY, E. K. *et al.* **Os sentidos da inovação tecnológica no ensino e na prática do cuidado em enfermagem**: reflexões do 18º SENADEN e 15º SINADEN. Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem, 2023. p. 12-20. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.23.e20c2>. Acesso em: 15 maio 2025.

AFONSO, S. da R.; NEVES, V. R. Criação e implantação dos cursos técnicos em enfermagem no Brasil. **Temperamentvm**: Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero, [S. l.], v. 14, e11722e, 2018. Disponível em: <https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e11722p/e11722p>. Acesso em: 2 nov. 2024.

ALMEIDA JUNIOR, A. *et al.* Parecer CFE n.º 977/65, aprovado em 3 dez. 1965. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 162-173, set./dez. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782005000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/NsLTtFBTJtpH3QBFhxFgm7L/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

ALUTTIS, C.; BISHAW, T.; FRANK, M. W. The workforce for health in a globalized contexto: global shortages and international migration. **Global Health Action**, Stockholm, v. 7, n. 1, e:23611, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23611>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v7.23611>. Acesso em: 17 out. 2025.

ANDRIETTA, L. S.; MONTE-CARDOSO, A. Análise das demonstrações financeiras de empresas do setor de saúde brasileiro (2009-2015): concentração, centralização de capital e expressões de financeirização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, e00006020, 2022. Suplemento 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00006020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/f8TdLgy7G98ptsKyHpb5CsB/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

ANGELI-SILVA, L.; SANTOS, H. S.; MELARAGNO, A. L. P. **Nota técnica**: desenvolvimento das especialidades em Enfermagem no Brasil: pressupostos para um estudo demográfico. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2025. Versão v.0.1. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15344905>. Disponível em: <https://zenodo.org/records/15344905>. Acesso em: 17 out. 2025.

ARIELI, D. The academization of nursing: implications for Arab enrolled nurses in Israel. **International Nursing Review**, Oxford, v. 54, n. 1, p. 70-77, Mar.

2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-7657.2007.00537.x>. Acesso em: 17 set. 2024.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00213816, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zMLkvHqzMQQHjQFt3D534x/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

AUERBACH, D. I. *et al.* Projecting the future registered nurse workforce after the COVID-19 pandemic. **JAMA Health Forum**, Chicago, v. 5, n. 2, e235389, Feb. 2024. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2023.5389. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2815057>. Acesso em: 17 set. 2024.

BADUGE, M. S. de S. P. *et al.* Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis. **eClinicalMedicine**, London, v. 67, p. 1-13, Jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102354>. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(23\)00531-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00531-X/fulltext). Acesso em: 17 out. 2025.

BASSINELLO, G. A. H.; BAGNATO, M. H. S. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, p. 620-626, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wbP4VdmyfDLMRPjBXrmjm4M/>. Acesso em: 14 maio 2025.

BOANAFINA, A.; BOANAFINA, L.; WERMELINGER, M. A educação profissional técnica de nível médio em saúde na rede federal de educação. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 73-93, jan./abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00034>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ShSSmwcNw8N3Jc6gLMTQwNy/?lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2025.

BORGES, F. T. *et al.* Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 977-987, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a20.pdf>. Acesso em: 14 maio 2025.

BOTEZAT, A.; INCALTARAU, C.; NIJIKAMP, P. Nurse migration: long-run determinants and dynamics of flows in response to health and economic shocks. **Work Development**, Amsterdam, v. 174, e106445, Feb. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2023.106445>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X23002632?via%3Dihub>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRANDFORD, A.; BRANDFORD-STEVENSON, A. Going Up!: exploring the phenomenon of the glass escalator in nursing. **Nursing Administration Quarterly**,

Philadelphia, v. 45, n. 4, p. 295-301, Oct./Dec. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000489>.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. **Lei n.º 775 de 6 de agosto de 1949**. Dispõe sobre ensino de enfermagem no País e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1949a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/542345/publicacao/34619317>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. **Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968**. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1968. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5540-28-novembro-1968-359201-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. **Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 1981. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-6932-7-julho-1981-357276-norma-pl.html>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Plano Nacional de Educação 2014-2024**: Lei n.º 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. 2. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2015a. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/blob/baixar/32890>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior**: Cadastro e-MEC. Brasília, DF: MEC, 2025. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/emec/nova>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica – SISTEC**. Brasília, DF: MEC, 2024a. Disponível em: <https://sistec.mec.gov.br>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil é destaque no compromisso internacional de proteção de trabalhadores em migração**. Brasília, DF: MS, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/brasil-e-destaque-no-compromisso-internacional-de-protecao-de-trabalhadores-em-migracao#:~:text=Brasil%20%C3%A9%20destaque%20no%20compromisso%20internacional%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o%20de%20trabalhadores%20em%20migra%C3%A7%C3%A3o,-Profissionais%20da%20sa%C3%BAde&text=Durante%20as%20discuss%C3%B5es%20no%20G20,o%20cen%C3%A1rio%20escasso%20de%20profissionais>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF: MS, 2024c. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Catálogo nacional de cursos técnicos**. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sktes/diretrizes-para-formacao-tecnica-na-saude/publicacoes/catalogo-nacional-de-cursos-tecnicos.pdf/view>. Acesso em: 14 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.604, de 18 de outubro de 2023**. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1604_20_10_2023.html. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 6.019, de 10 de dezembro de 2024**. Aprova, no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), o Plano de Ação Regional do Distrito Federal. Brasília, DF: MS, 2024e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6019_12_12_2024.html. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 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: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, DF: MS, 2009. v. 2. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume2.pdf. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Portaria n.º 1.428, 5 de fevereiro de 2018**. Estabelece procedimentos e prazos para solicitação de alterações orçamentárias, no exercício de 2018, e dá outras providências. Brasília, DF: MPDG, 2018a. Disponível em: https://www.gov.br/servidor/pt-br/siass/centrais_conteudo/manuais/portaria-no-1-428-2018-sof-mp.pdf/view. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **CBO – Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília, DF: MTE, c2007-2017. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual de orientação**: RAIS: Relação Anual de Informações Sociais: anos anteriores. Brasília, DF: MTE, 2024f. Disponível em: http://www.rais.gov.br/sitio/rais_ftp/ManualRAIS2023.pdf. Acesso em: 4 dez. 2024.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **O que é o novo CAGED?** Brasília, DF: MTE, 2024g. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/estatisticas-trabalho/o-pdet/o-que-e-o-novo-caged>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relação Anual der Informações Sociais – RAIS**. Brasília, DF: MTE, [202-?]. Disponível em: <https://www.rais.gov.br/sitio/index.jsf>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 5.154 de 23 de julho de 2004**. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 9.057 de 25 de maio de 2017**. Regulamenta o art. 80 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: PR, 2017a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9057.htm. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 9.235 de 15 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. Brasília, DF: PR, 2017b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9235.htm. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 10.854, de 10 de novembro de 2021**. Regulamenta disposições relativas à legislação trabalhista e institui o Programa Permanente de Consolidação, Simplificação e Desburocratização de Normas Trabalhistas Infralegais e o Prêmio Nacional Trabalhista, e altera o Decreto n.º 9.580, de 22 de novembro de 2018. Brasília, DF: PR, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/decreto/d10854.htm. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 27.426, de 14 de novembro de 1949**. Aprova o Regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. Brasília, DF: PR, 1949b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27426-14-novembro-1949-452834-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 76.900, de 23 de dezembro de 1975.** Institui a Relação Anual de Informações Sociais – RAIS e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d76900.htm. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977.** Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 1977. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm#:~:text=DECRETO%20No%2080.281%2C%20DE,M%C3%A9dica%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Brasília, DF: PR, 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 4.024, de 20 de dezembro de 1961.** Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: PR, 1961. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4024.htm. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: PR, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional

da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2005. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-publicacaooriginal-30355-pl.html>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 11.788, de 25 de setembro de 2008.** Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2008a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 11.892, de 29 de dezembro de 2008.** Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2008b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11892.htm. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.097, de 19 de janeiro de 2015.** Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; prorroga os benefícios previstos nas Leis nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.440, de 14 de março de 1997, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.196, de 21 de novembro de 2005, 12.024, de 27 de agosto de 2009, e 12.375, de 30 de dezembro de 2010; altera o art. 46 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõe sobre a devolução ao exterior ou a destruição de mercadoria estrangeira cuja importação não seja autorizada; altera as Leis nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.546, de 14 de dezembro de 2011, 12.973, de 13 de maio de 2014, 9.826, de 23 de agosto de 1999, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004, 11.774, de 17 de setembro de 2008, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 12.249, de 11 de junho de 2010, 10.522, de 19 de julho de 2002, 12.865, de 9 de outubro de 2013, 10.820, de 17 de dezembro de 2003, 6.634, de 2 de maio de 1979, 7.433, de 18 de dezembro de 1985, 11.977, de 7 de julho de 2009, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.076, de 30 de dezembro de 2004, 9.514, de 20 de novembro de 1997, 9.427, de 26 de dezembro de 1996, 9.074, de 7 de julho de 1995, 12.783, de 11 de janeiro de 2013, 11.943, de 28 de maio de 2009, 10.848, de 15 de março de 2004, 7.565, de 19 de dezembro de 1986, 12.462, de 4 de agosto de 2011, 9.503, de 23 de setembro de 1997, 11.442, de 5 de janeiro de 2007, 8.666, de 21 de junho de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 5.991, de 17 de dezembro de 1973, 12.850, de 2 de agosto de 2013, 5.070,

de 7 de julho de 1966, 9.472, de 16 de julho de 1997, 10.480, de 2 de julho de 2002, 8.112, de 11 de dezembro de 1990, 6.530, de 12 de maio de 1978, 5.764, de 16 de dezembro de 1971, 8.080, de 19 de setembro de 1990, 11.079, de 30 de dezembro de 2004, 13.043, de 13 de novembro de 2014, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, 10.925, de 23 de julho de 2004, 12.096, de 24 de novembro de 2009, 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, o Decreto-Lei nº 745, de 7 de agosto de 1969, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; revoga dispositivos das Leis nº 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 7.789, de 23 de novembro de 1989, 8.666, de 21 de junho de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 10.150, de 21 de dezembro de 2000, 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.973, de 13 de maio de 2014, 8.177, de 1º de março de 1991, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004 e 9.514, de 20 de novembro de 1997, e do Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941; e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2015b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.429, de 31 de março de 2017.** Altera dispositivos da Lei n.º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília, DF: PR, 2017c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm. Acesso em: 8 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.467, de 13 de julho de 2017.** Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n.º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF: PR, 2017d. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em: 4 dez. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.643, de 3 de abril de 2018.** Regulamenta as profissões de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo, e de Técnico em Estética. Brasília, DF: PR, 2018b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13643.htm. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Brasília, DF: PR, 2018c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.853, de 8 de julho de 2019.** Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras

providências. Brasília, DF: PR, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13853.htm#art1. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 14.434, de 4 de agosto de 2022**. Altera a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Brasília, DF: PR, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14434.htm. Acesso em: 17 maio 2025.

BUCHAN, J.; CAMPBELL, J.; MCCARTHY, C. Research to support evidence-informed decisions on optimizing the contributions of nursing and midwifery workforces. **Human Resources for Health**, London, v. 18, p. 23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-0459-0>. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-020-0459-0>. Acesso em: 17 out. 2025.

BUCHAN, J.; CATTON, H.; SHAFFER, F. A. **Sustain and retain in 2022 and beyond**: the global nursing workforce and the Covid-19 pandemic. Philadelphia: International Council of Nurses, 2022. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (org.). **Cuidar, verbo transitivo**: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11842>. Acesso em: 17 out. 2025.

CARNEIRO, S. M. D. *et al.* Reflexão sobre a migração de enfermeiras mundialmente. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Madri, v. 16, n. 11, p. 26212-26221, 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-086>. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3091>. Acesso em: 17 out. 2025.

CASSIANI, S. H. B. *et al.* A situação da educação em Enfermagem na América Latina e no Caribe rumo à saúde universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2913, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2232.2913>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/SxKSdcjJTgcPcTXs64NxQxp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

CASSIANI, S. H. B. *et al.* Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región delas Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, D.C., v. 42, e72, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34993>. Acesso em: 17 out. 2025.

CAVERNI, L. M. R. **Curso técnico de enfermagem**: uma trajetória histórica e legal - 1948 a 1973. 2005. 200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola

de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.7.2005.tde-31012006-111530>. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-31012006-111530/publico/DissertacaoLeila_caverni.pdf. Acesso em: 2 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **MEC abre consulta pública sobre EaD em Enfermagem**. Brasília, DF: Cofen, 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/mec-abre-consulta-publica-sobre-ead-em-Enfermagem/#:~:text=Entre%202017%20e%202022%2C%20a,Sa%C3%BAde%20e%20dos%20conselhos%20profissionais>. Acesso em: 17 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **[Portal do Conselho Federal de Enfermagem]**. Brasília, DF: Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/>. Acesso em: 29 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Quantitativo de profissionais por regional**. Brasília, DF: Cofen, 2025. Disponível em: https://descentralizacao.cofen.gov.br/sistema_SC/grid_resumo_quantitativo_profissional_externo/grid_resumo_quantitativo_profissional_externo.php. Acesso em: 17 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução Cofen n.º 581/2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós - Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília, DF: Cofen, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018/>. Acesso em: 17 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução Cofen n.º 683/2021**. Define os critérios para o registro profissional dos Técnicos de Enfermagem, titulados por Instituição, na modalidade “Certificação Profissional por Competência” e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-683-2021/>. Acesso em: 17 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Básica. **Resolução n.º 2, de 15 de dezembro de 2020**. Aprova a quarta edição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Brasília, DF: CNE, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2-de-15-de-dezembro-de-2020-294347656>. Acesso em: 14 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Básica. **Resolução n.º 3, de 9 de julho de 2008**. Dispõe sobre a instituição e implantação do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Brasília, DF: CNE, 2008. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/media/seb-1/pdf/leis/resolucoes_cne/rceb003_08.pdf. Acesso em: 12 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Básica. **Resolução n.º 3, de 30 de setembro de 2009.** Dispõe sobre a instituição Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (SISTEC), em substituição ao Cadastro Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio (CNCT), definido pela Resolução CNE/CEB n.º 4/99. Brasília, DF: CNE, 2009. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb003_09.pdf. Acesso em: 28 jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Básica. **Resolução n.º 6, de 20 de setembro de 2012.** Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Brasília, DF: CNE, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/media/seb-1/pdf/leis/resolucoes_cne/rceb006_12.pdf. Acesso em: 12 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. **Resolução n.º 1, de 8 de junho de 2007.** Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização. Brasília, DF: CNE, 2007. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. **Resolução n.º 1, de 6 de abril de 2018.** Estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação *lato sensu* denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, conforme prevê o Art. 39, § 3º, da Lei n.º 9.394/1996, e dá outras providências. Brasília, DF: CNE, 2018. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=85591-rces001-18&category_slug=abril-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 17 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001.** Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília, DF: CNE, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.º 443/202, de 3 de julho de 2024.** Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, licenciatura e bacharelado. Brasília, DF: CNE, 2024. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=264151-pces443-24&category_slug=julho-2024&Itemid=30192. Acesso em: 17 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Conselho Pleno. **Resolução n.º 1, de 5 de janeiro de 2021.** Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica. Brasília, DF: CNE, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/resolucoes/resolucoes-cp-2021>. Acesso em: 12 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n.º 573, de 31 de janeiro de 2018**. Dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. Brasília, DF: CNS, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0573_06_11_2018.html. Acesso em: 17 set. 2024.

COSTA, C. C. C. *et al.* Curso técnico de enfermagem do PROFAE-Ceará: a voz dos supervisores. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 706-713, out./dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SwnKMxmFChPy6mpDzmFMB4R/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2025.

CUNHA, C. L. F.; SANTOS, B. M. P. dos; GOMES, A. M. F. Demografia da enfermagem: subsídio para tomada de decisões e formulação de políticas públicas. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 14, e-EDT20230003, 2023. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2023.v14.e-edt20230003>. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-14-e-EDT20230003/2357-707X-enfoco-14-e-EDT20230003.pdf. Acesso em: 20 out. 2025.

DAL POZ, M. R. *et al.* (ed.). **Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health**: with special applications for low-and-middle-income countries. Geneve: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241547703>. Acesso em: 10 jul. 2024.

DAL POZ, M. R.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 3, p. 187-233. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

DAMIANI, B.; CARVALHO, M. D. O adoecimento de trabalhadores de Enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 214-223, 2021. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/1601/pt-BR/o-adoecimento-de-trabalhadores-de-enfermagem--uma-revisao-de-literatura>. Acesso em: 20 out. 2025.

DAVID, H. *et al.* Social support and professional networks of nurses and nursing technicians in coping with COVID-19: a sectional study in two Brazilian cities. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 18, n. 1, e0280357, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280357>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0280357>. Acesso em: 17 out. 2025.

DAVID, H. M. S. L.; MARINHO, G. L.; SILVA, K. L. Enfermagem brasileira e pertencimento étnico-racial: o que sabemos, e o que precisamos saber? **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 28 jul. 2021. Saúde em Público. Disponível em: <https://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2021/07/28/enfermagem-brasileira-e-pertencimento-etnico-racial-o-que-sabemos-e-o-que-precisamos-saber/>. Acesso em: 17 out. 2025.

DINIZ, R. V.; GOERGEN, P. L. Educação Superior no Brasil: panorama da contemporaneidade. **Avaliação**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 573-593, set./nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772019000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/KWJWLBPHPFJBKbzSXw7TStb/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

FEHN, A. C.; ALVES, T. S.; DAL POZ, M. R. Higher education privatization in Nursing in Brazil: profile, challenges and trends. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, e3417, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4725.3417>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hqTkyL83B3MnztggQFYwZvs/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

FERNANDES, J. D. *et al.* Expansion of higher education in Brazil: increase in the number of Undergraduate Nursing courses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1-8, June 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Mxnr99VnQ74vgxYMJHfZdtj/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

FROTA, M. A. *et al.* Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 25-35, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bxhbs99CZ8QgZN9QCnJZTPr/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

GAUCI, P. *et al.* Workplace gender discrimination in the nursing workforce – an integrative review. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 32, n. 17-18, p. 5693-5711, Sept. 2023. DOI: 10.1111/jocn.16684. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16684>. Acesso em: 17 out. 2025.

GRUPO DE FOZ. **Métodos demográficos**: uma visão desde os países de língua portuguesa. São Paulo: Blucher, 2021. Disponível em: <https://pdf.blucher.com.br/openaccess/9786555500837/completo.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

GUERREIRO, J. F. G. **O regresso dos enfermeiros emigrados ao mercado de trabalho portugueses**: experiências profissionais no Reino Unido e em Portugal. 2020. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Trabalho e Relações Laborais) – Centro

de Investigação e Estudos de Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2020. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/21470/4/master_joana_godinho_guerreiro.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

HONE, T. *et al.* Primary healthcare expansion and mortality in Brazil's urban poor: a cohort analysis of 1.2. million adults. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 17, n. 10, e1003357, Oct. 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7598481/>. Acesso em: 20 out. 2025.

HUMEREZ, D. C. de *et al.* Normativas regulatórias dos cursos de enfermagem a distância: ações e reações do conselho federal de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 142-148, 2019. DOI: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2338. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-10-02-0142/2357-707X-enfoco-10-02-0142.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

IBGE. Glossário. *In*: IBGE. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. p. 209-213. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/209_213_Glossario_ATLASDEMO%202010.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

IBGE. **De 2010 a 2022, população brasileira cresce 6,5% e chega a 203,1 milhões**. Rio de Janeiro: IBGE, 28 jun. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes>. Acesso em: 17 out. 2025.

IBGE. **PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html>. Acesso em: 17 out. 2025.

INEP. Diretoria de Estatísticas Educacionais. **Censo da Educação Superior, 2022**. Brasília, DF: Inep, 2023. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2022/apresentacao_censo_da_educacao_superior_2022.pdf. Acesso em: 17 set. 2024.

JESUS, L. A. de *et al.* Panorama de distribuição dos cursos técnicos em enfermagem ofertados pela Rede Federal de Educação Profissional. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, Natal, v. 1, n. 25, e15684, mar. 2025. DOI: <https://doi.org/10.15628/rbept.2025.15684>. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/15684/4417>. Acesso em: 12 maio 2025.

JONES, C. B.; SHERWOOD, G. The globalization of the nursing workforce: pulling the pieces together. **Nursing Outlook**, Philadelphia, v. 62, n. 1, p. 59-63, Jan./Feb.

2014. DOI: 10.1016/j.outlook.2013.12.005. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655413002467>. Acesso em: 17 out. 2025.

KARAN, A. *et al.* Size, composition and distribution of human resource for health in India: new estimates using National Sample Survey and Registry data. **BMJ Open**, London, v. 9, e025979, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025979>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/4/e025979.full.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

KHARAZMI, E.; BORDBAR, N.; BORDBAR, S. Distribution of nursing workforce in the world using Gini coefficient. **BMC Nursing**, London, v. 22, n. 1, p. 151, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01313-w>. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01313-w>. Acesso em: 17 out. 2025.

KORNDÖRFER, A. P. A atuação da Fundação Rockefeller na formação de quadros em saúde pública através dos Fellowship Cards (Brasil, 1917-1951). **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 148-155, jan./jun. 2016. Disponível em: https://www.sbh.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=2788. Acesso em: 17 out. 2025.

KOVNER, C. COVID-19 and the supply and demand for Registered Nurses. **International Nursing Review**, Hoboken, v. 69, n. 2, p. 118-120, June 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12759>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12759>. Acesso em: 17 set. 2024.

KREIN, J. D. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. **Tempo Social**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 77-104, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/WBdDJRLGTC5XffZDqPTnbs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2024.

LAFAVE, F. **Nurses are leading the COVID-19 response around the globe**. Baltimore: JHU, 2020. Disponível em: <https://hub.jhu.edu/2020/05/13/patricia-davidson-nursing-covid-19/>. Acesso em: 17 out. 2025.

LANA, F. C. F. *et al.* **Nota técnica**: análise de recursos humanos de Enfermagem no Brasil por níveis de atenção à saúde nas regiões e estados brasileiros (2017-2022). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, maio 2025. Disponível em: <https://zenodo.org/records/15373827>. Acesso em: 17 out. 2025.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.

71, n. 2, p. 413-423, Mar./Apr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H5KSSxTn68HGqwbWsqPXWvG/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

LEONELLO, V. M.; MIRANDA NETO, M. V. de; OLIVEIRA, M. A. de C. A formação superior de Enfermagem no Brasil: uma visão histórica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1774-1779, dez. 2011. Número especial 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9GyNX65VTNf4q6BhVDMWHjQ/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

LIMA, J. C. F. Breve história das disputas em torno do processo de regulamentação profissional e educacional das profissões em saúde: do Brasil colonial à primeira República. In: MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* **Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 49-81.

LIMA, J. C. F.; RAMOS, M. N.; LOBO NETO, F. J. D. S. Regulamentação profissional e educacional em saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo. In: MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* **Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 83-119.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. História da Especialização em Saúde Pública no Brasil: nota introdutória. In: LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; SANTOS, P. R. E. (org.). **Uma escola para a saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 25-38. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/d48x7>. Acesso em: 17 out. 2025.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 24, p. 105-125, jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/W4mKrfz7znsdGBdJxMHsGPG/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

LUENGO-MARTÍNEZ, C. E.; SANHUEZA-ALVARADO, O. Formación del licenciado en Enfermería en América Latina. **Aquichan**, Chía, v. 16, n. 2, p. 240-255, abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.11>. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4756/pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

MACHADO, C. V.; SILVA, G. A. Struggles for a universal health system in Brazil: successes, obstacles and setbacks. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 30, Sept. 2020. Supplement 5. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.1051>. Disponível em: https://academic.oup.com/eurpub/article/30/Supplement_5/ckaa165.1051/5915328. Acesso em: 17 out. 2025.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 6, n. 1-4, p. 11-17, 2016a. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/caracteristicas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-socio-demografico/>. Acesso em: 17 out. 2025.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho em Enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 56, p. 52-69, dez. 2016b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884409>. Acesso em: 10 jul. 2024.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://www.Cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2024.

MARINHO, G. L. *et al.* Enfermagem no Brasil: análises socioeconômicas com foco na composição racial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 2, e20201370, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1370>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4w9WGfMG9fLTmzTt8JJZkv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

MARINHO, G. L.; PAZ, E. P. A.; JOMAR, R. T. Brazilian Nurses' Sociodemographic Changes in the First Decade of the 21st Century. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180198, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0198>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HqQzCskrFmpr66W4hjkyBDt/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

MARINHO, G. L.; QUEIROZ, M. E. V. Cobertura populacional de enfermeiros no Brasil: estimativas com base em diferentes fontes de dados. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, e00916202, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs916>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YHp7xfrKdXhV3HbwwmJC9Ty/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

MARIZ, A. *et al.* Baixos salários e sobrecarga de trabalho da enfermagem. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 16 jun. 2021. Saúde em Público. Disponível em: <https://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2021/06/16/baixos-salarios-e-sobrecarga-de-trabalho-da-enfermagem/>. Acesso em: 17 out. 2025.

MÉDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 409-422, dez. 1986. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dHh6Yc5vrSXXzXSM8pm78Hk/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

MELO, C. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENEGARDE, M.; RODRIGUES, R. M.; CONTERNO, S. F. R. Avaliação da formação no curso técnico em enfermagem de um centro estadual de educação profissional. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 40, e37629, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-469837629>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/Cj4nqKBXXhw4xD48BxJyD6v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

MERZ, S. *et al.* Market making and the production of nurses for export: a case study of India–UK health worker migration. **BMJ Global Health**, London, v. 9, n. 2, e014096, Feb. 2024. DOI: 10.1136/bmjgh-2023-014096. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10910680/>. Acesso em: 17 out. 2025.

MONTEIRO NETO, A.; CASTRO, C. N. de; BRANDÃO, C. A. (org.). **Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7450>. Acesso em: 17 out. 2025.

MOYSES, N. M. N.; VIEIRA, A. S. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 401-414, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711305>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mkGtJZDqKxwFQkYT9jdsqpw/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

MUKHERJEE, A.; PARASHAR, R. Impact of the COVID-19 pandemic on the human resources for health in India and key policy areas to build a resilient health workforce. **Gates Open Research**, Londres, v. 15, n. 4, p. 159, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13196.1>. Disponível em: <https://gatesopenresearch.org/articles/4-159/v1>. Acesso em: 17 out. 2025.

NAÇÕES UNIDAS. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. **Recommendations on Statistics of International Migration**. New York, 1998. Revision 1. (Statistic Papers. Series M, n. 58). Disponível em: https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm_58rev1e.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

NUNES, B. *et al.* Multimorbidity and population at risk for severe COVID-19 in the brazilian longitudinal study of aging. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, e00129620, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129620>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkKfX3gWgfTjNnvMtQwrqNy/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* O estado da enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3404, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8787.202003404>.

org/10.1590/1518-8345.0000.3404. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nwPZbvkYp6GNLsZhFK7mGwd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Stock, composition and distribution of the nursing workforce in Brazil: a snapshot. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 32, e4287, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6937.4287>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8HH5RGTVPxTWxk3wCDFNYG/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

OLIVEIRA, P. R. de *et al.* Public-private relation in the Brazilian policy of tertiary care for cardiovascular conditions. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, July/Aug. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170179x>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/M5VKn3npYdKqwVLzCgzKLPQ/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries**. Paris: OECD Publishing, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/2f7bace2-en>. Acesso em: 17 out. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 to 2018**: developments in countries of destination and impact on countries of origin. Paris: OECD Publishing, 2021. (OECD Health Working Papers, n. 125). Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/international-migration-and-movement-of-nursing-personnel-to-and-within-oecd-countries-2000-to-2018_b286a957-en.html. Acesso em: 17 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Who is a migrant?** Geneva: IOM, 2024. Disponível em: <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>. Acesso em: 29 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Contas nacionais da força de trabalho em saúde**: um manual. Brasília, DF: Opas, 2020a. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52728>. Acesso em: 17 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde. **Fotografia da enfermagem no Brasil**. [S. l.]: Opas, 2020b. Disponível em: <https://www.observatoriorh.org/pt/infografico-fotografia-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 17 out. 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Situación de la enfermería en el mundo 2020**: resumen de orientación. [S. l.]: OMS, 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/331675>. Acesso em: 12 abr. 2024.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-939, jun. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232008000300015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RDxsWfBfpYDBRppvBxVjyC/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2025.

PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Capitalismo e pandemia da covid-19: desafios para o conhecimento científico e a luta dos trabalhadores. *In*: PINA, J. A. *et al.* (ed.). **Saber operário: construção de conhecimento e a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 323-363.

POZO-MARTIN, F. *et al.* Health workforce metrics pre- and post-2015: a stimulus to public policy and planning. **Human Resources for Health**, London, v. 15, p. 14, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0190-7>. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0190-7>. Acesso em: 17 out. 2025.

PRESSLEY, C. *et al.* Global migration and factors that support acculturation and retention of international nurses: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies Advances**, Amsterdam, v. 4, 100083, Dec. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100083>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X22000224?via%3Dihub>. Acesso em: 17 out. 2025.

RAFAEL, R. de M. R.; MARINHO, G. L.; COSTA, D. de O. F. da. **Nota técnica**: perfil demográfico dos postos de trabalho ocupados pela equipe de enfermagem (2010-2021). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, jan. 2025. Disponível em: <https://zenodo.org/records/14834401>. Acesso em: 17 out. 2025.

RAFAEL, R. M. *et al.* Relógio dos privilégios, branquitude e gênero: inovando a visualização das disparidades salariais da enfermagem brasileira. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 16, e-2025057, 2025. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2025.v16.e-2025057>. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2537-707x-enfoco-16-e-2025057/2537-707x-enfoco-16-e-2025057.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

RAMOS, M. N.; CORRÊA FILHO, I. de O. Educação profissional em saúde na Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (2017-2023). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 23, e03148287, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/ywSNDLpDZnk8wp6p367c6CP/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 30 jun. 2025.

RIBEIRO, C. A. C. Mobilidade e estrutura de classes no Brasil contemporâneo. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 16, n. 37, p. 178-217, set./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/4J5x8gDNfwfWpBMxLyM7xFP/>. Acesso em: 17 set. 2024.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002.

RODRÍGUEZ, G.; ANGÉLICA-MUÑOZ, L.; HOGA, L. A. K. Cultural experiences of immigrant nurses at two hospitals in Chile. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 187-196, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2980.2401>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8BHLy6bcN6RLmnK7FgCwmhH/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

ROSS, F. Social mobility – what does it mean in nursing education? **British Journal of Nursing**, London, v. 22, n. 13, p. 787, July 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24261096/>. Acesso em: 17 set. 2024.

RYAN, C. M. *et al.* Ageing in the nursing workforce – a global challenge in an Irish context. **International Nursing Review**, Oxford, v. 66, n. 2, p. 157-164, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12482>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12482>. Acesso em: 17 out. 2025.

SANTORO, F. de O. *et al.* **Nota técnica**: descrição e análise do mercado de trabalho para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem no Brasil: RAIS, CAGED e Novo CAGED. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, maio 2025. Disponível em: <https://zenodo.org/records/15587512>. Acesso em: 17 out. 2025.

SANTORO, F. O. *et al.* **Nota técnica**: descrição e análise das bases de dados para pesquisas sobre a demografia e o mercado de trabalho em enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, dez. 2024. DOI: 10.5281/zenodo.14569171. Disponível em: <https://zenodo.org/records/14661174>. Acesso em: 17 out. 2025.

SANTOS, A. C. Educação superior a distância no Brasil: democratização da oferta ou expansão do mercado. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 167-188, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.21573/vol34n12018.82470>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rbpae/article/view/82470/48883>. Acesso em: 17 out. 2025.

SANTOS, A. *et al.* Income-related inequality and inequity in children's health care: A longitudinal analysis using data from Brazil. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 224, p. 127-137, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.040>.

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619300309?via%3Dihub>. Acesso em: 17 out. 2025.

SANTOS, B. M. P. *et al.* Perfil e essencialidade da enfermagem no contexto da pandemia da covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2785-2796, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.09772023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pKyr8tjqxVDbjC8XV7zDjNj/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

SANTOS, J. *et al.* Work environment of hospital nurses during the COVID-19 pandemic in Brazil. **International Nursing Review**, Oxford, v. 68, p. 228-237, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12662>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8014554/>. Acesso em: 21 out. 2025.

SANTOS, L. *et al.* Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 95, p. 103-112, 2017. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.16.178236> Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5327934/pdf/BLT.16.178236.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

SARAIVA, A. K. M. *et al.* Expansion of undergraduate nursing courses: distance education scenario, interests, and challenges. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e03784, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020009903784>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CBvs4hxKcx4vvdBCKqfc6SG/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

SCHEFFER, M. (coord.). **Demografia médica no Brasil 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

SCHEFFER, M. (coord.). **Demografia médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP; AMB, 2023b. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

SCHEFFER, M.; SOUZA, P. A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, e00239421, 2022. Supplement 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00239421>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mzhD5mWdTzvQYt7dFRcZF5B/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

SCHLOSSER, F. *et al.* Strategies for talent engagement and retention of Brazilian Nursing professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022v75n6refl>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PDDsPQh6M7rPBNxTyMCgHCB/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

SILVA, G. T. R. (org.). **Marcos legais da educação profissional técnica de nível médio em enfermagem**: compêndio de 1931 a 2021. Brasília, DF: Editora Aben, 2021. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.21.e07>. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/ebooks/marcos-legais-da-educacao-profissional-tecnica-de-nivel-medio-em-enfermagem-compendio-de-1931-a-2021>. Acesso em: 18 out. 2024.

SILVA, G. T. R. *et al.* Marcos históricos e legais da educação profissional técnica de nível médio em enfermagem no Brasil ao longo de 90 anos. **História da Enfermagem**: Revista Eletrônica (HERE), Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, e01, 27 out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.51234/here.2022.v13n2.e01>. Disponível em: <https://periodicos.abennacional.org.br/here/article/view/84/69>. Acesso em: 11 out. 2024.

SILVA, M. C. N. da; MACHADO, M. H. Health and work system: challenges for the nursing in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqFyYK4y49f8WZPmkvrwVsQ/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 out. 2025.

SILVA, M.; TRAVASSOS, C. A dinâmica capitalista no setor hospitalar privado no Brasil entre 2009 e 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, e00188721, 2022. Suplemento 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00188721>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YY44jxNW6Sfs74H8NrwPYDq/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

SILVA FILHO, R. L. L. e; LOBO, M. B. de C. M. **Esclarecimentos metodológicos sobre os cálculos de evasão**. [Mogi das Cruzes]: Instituto Lobo, 2012. Disponível em: https://www.institutolobo.org.br/core/uploads/artigos/art_078.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

SILVEIRA, D. T.; MARIN, H. F. Conjunto de dados mínimos de enfermagem: construindo um modelo em saúde ocupacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 218-227, jun. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Q9hFnJHFC8gqS7Y48ftSb9k/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

SILVEIRA, L. **Imputação da informação de raça / cor na Rais para o setor público brasileiro**. [Brasília, DF]: Ipea, nov. 2022. (Nota Técnica, n. 59). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11580>. Acesso em: 17 out. 2025.

SIRONI, A.; BAULOZ, C.; EMMANUEL, M. (ed.). **Glossary on migration**. Geneva: IOM, 2019. (International Migration Law, n. 34). Disponível em: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf. Acesso em: 29 out. 2025.

SOARES, F. A. *et al.* Cenário da educação superior à distância em saúde no Brasil: a situação da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, e20200145, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0145>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/GR5d3wMTnNdn4nGD9QBqMtz/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

SOUSA, A.; DAL POZ, M. R.; CARVALHO, C. L. Monitoring inequalities in the health workforce: the case study of Brazil 1991–2005. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 7, n. 3, e33399, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033399>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0033399>. Acesso em: 17 out. 2025.

SOUZA, H. S. *et al.* A força de trabalho de enfermagem brasileira frente às tendências internacionais: uma análise no Ano Internacional da Enfermagem. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 31, n. 1, e310111, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310111>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/9LWQsVhYPbjYLkm8fsKqncf/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2024.

SOUZA, I. M. de; ARAÚJO, E. M. de; SILVA-FILHO, A M. da. Tendência temporal da incompletude do registro da raça/cor nos sistemas de informação em saúde do Brasil, 2009-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e05092023, mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05092023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ltrw8MwFtyc57P5RGPSH6XN/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

STATACORP. **Stata Statistical Software**: Release 17.0. Texas, USA: College Station, 2024.

THE R FOUNDATION. **The R Project for Statistical Computing**. Vienna: The R Foundation, 2025. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 21 out. 2025.

TREZZA, M. C. A. F.; SANTOS, R. M. dos; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, p. 904-908, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TTsS93vLyVr4mgbBgGmjhKL/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. A migração de enfermeiros: um problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 199-211, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/nCFq7WpGjyy8t7CG5yGXnGj/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

VASCONCELOS, C. M. C. B.; BACKES, V. M. S.; GUE, J. M. Avaliação no ensino de graduação em enfermagem na América Latina: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, v. 10, n. 23, p. 118-139, 2011. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/pt_docencia2.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

VIEIRA, A. L. S. *et al.* Brasil. In: CORREA BETANCOUR, M. *et al.* **Migración internacional de enfermeras/os de América Latina 2010-2019**. Santiago: DE/FM/UCh, 2023a. p. 76-113.

VIEIRA, A. L. S. *et al.* Enfermeiros imigrantes no Brasil: de 1973 a 2021. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 14, e-202328, 2023b. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-14-e-202328/2357-707X-enfoco-14-e-202328.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

VIEIRA, A. L. S.; GARCIA, C. L. L. M.; SILVA, C. de A. da. **Imigrantes no Brasil: o caso da enfermagem**. [S. l.: s. n.], 2006. Disponível em https://dev.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/iiienc_migra_uru_dic10/imigrantes_no_Brasil_ana.luiza.stiebler.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

VIEIRA, A. L. S.; MACHADO, M. H. Migração de enfermeiros sul-americanos e mercosulinos: conceitos, determinantes e a produção de conhecimento. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 57, p. 106-120, dez. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-880463>. Acesso em: 17 out. 2025.

VIEIRA, S. L. *et al.* Mapeamento da oferta de cursos técnicos de nível médio em enfermagem na Bahia. **Revista Estudos IAT**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 240-257, 2021. Disponível em: <https://estudiosiat.educacao.ba.gov.br/index.php/estudiosiat/article/view/274>. Acesso em: 13 maio 2025.

WARNECKE, R. B.; PARSONS, J. A. Longitudinal research: panel retention. In: SMELSER, N. J.; BALTES, P. B. (ed.). **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. Oxford: Pergamon, 2001. p. 9067-9071. DOI: <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/00749-X>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B008043076700749X?via%3Dihub>. Acesso em: 17 out. 2025.

WERMELINGER, M. C. M. W. *et al.* A formação do técnico em enfermagem: perfil de qualificação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 67-78, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27652019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NMJgTdWJZyMydJbbVyyrsHQ/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2024.

WERMELINGER, M.; VIEIRA, M.; MACHADO, M. H. Evolução da formação na equipe de enfermagem: para onde aponta a tendência histórica? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 134-147, dez. 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/884448/evolucao-da-formacao-na-equipe-de-enfermagem-para-onde-aponta-a_UjVCGQ9.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

WOO, B. F.; GOH, Y. S.; ZHOU, W. Understanding the gender gap in advanced practice nursing: a qualitative study. **Journal of Nursing Management**, Hoboken, v. 30, n. 8, p. 4480-4490, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13886>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13886>. Acesso em: 17 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A dynamic understanding of health worker migration**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/a-dynamic-understanding-of-health-worker-migration>. Acesso em: 17 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bilateral agreements on health worker migration and mobility**: maximizing health system benefits and safeguarding health workforce rights and welfare through fair and ethical international recruitment. Geneva: WHO, 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073067>. Acesso em: 17 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health labour market analysis guidebook**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035546>. Acesso em: 21 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health workforce**: migration. Geneva: WHO, 2024b. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-workforce/migration>. Acesso em: 21 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National health workforce accounts**: a handbook. 2nd ed. Geneva: WHO, 2023a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081291>. Acesso em: 17 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resolution WHA54.12. Strengthening nursing and midwifery**. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/ea54r12.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Resolution WHA59.23. Rapid scaling up of health workforce production. *In*: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifty-Ninth World Health Assembly**: Geneva, 22-27 May 2006: resolutions and decisions: annexes. Geneva: WHO, 2006. p. 37-38. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R23-en.pdf. Acesso em: 17 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the world's nursing 2020**: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em: 20 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strengthening the collection, analysis and use of health workforce data and information**: a handbook. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058712>. Acesso em: 17 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on global health worker mobility**. Geneva: WHO, 2023b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240066649>. Acesso em: 17 out. 2025.

ZHANG, Y. *et al.* The impact of distance education on nursing students course performance in a sino-foreign cooperative program during the onset of COVID-19: a quasi-experimental study. **BMC Nursing**, London, v. 22, n. 1, p. 16, 2023. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-01136-1>. Acesso em: 17 set. 2024.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SCHVEITZER, M. C. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, p. 695-703, maio/jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nQL7dvfwkLdxR8Z9HwS7hqg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2025.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Clique aqui e responda a pesquisa.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

