

RIO DE JANEIRO, N. 56- ISSN 0103-4383 - DEZEMBRO 2016

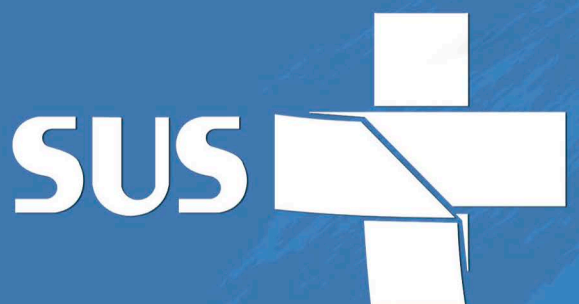


REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

A ENFERMAGEM NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015-2017)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015-2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa Isabela Soares Santos Liz Duque Magno Lucia Regina Fiorentino Souto Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:	Ary Carvalho de Miranda José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luísa Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Helena Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Lígia Giovanella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ),

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (ENSP)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Mangueiras
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista Divulgação em Saúde para Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Eliane dos Santos de Oliveira - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Mônica Wermelinger - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Neyson Pinheiro Freire - Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Brasília (DF), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamís Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Anna Lú Sales
Luíza Nunes

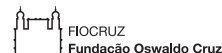
INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

A revista Divulgação em Saúde para Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



cebes





REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 56 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO 2016



- 4 **EDITORIAL** | *EDITORIAL*
- 8 **APRESENTAÇÃO** | *PRESENTATION*
- ARTIGO DE DEBATE** | *DEBATE ARTICLE*
- 14 **A violência invisível**
Invisible violence
Maria Helena Machado, Manoel Carlos Neri da Silva
- DEBATE DO ARTIGO** |
DEBATE OF THE ARTICLE
- 16 **Trabalho, saúde e violência: categorias de uma rotina laboral de trabalhadores da saúde**
Labor, health and violence: categories of a working routine of health workers
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
- ARTIGO ORIGINAL** |
ORIGINAL ARTICLE
- 19 **As características geopolíticas da enfermagem brasileira**
The geopolitical characteristics of Brazilian nursing
Marcelo Felipe Moreira Persegona, Eliane dos Santos de Oliveira, Vencelau Jackson da Conceição Pantoja
- 36 **A formação do auxiliar e do técnico em enfermagem: a 'era SUS'**
The education and training of the nursing assistant and technician: the 'SUS age'
Mônica Wermelinger, Júlio César França Lima, Monica Vieira
- 52 **Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**
Labor market in nursing in the SUS: an approach from the research Nursing Profile in Brazil
Maria Helena Machado, Eliane dos Santos de Oliveira, Waldirlando Rosa Lemos, Wagner Ferraz de Lacerda, Everson Justino
- 70 **Condições de trabalho da enfermagem no Brasil: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**
Working conditions of nursing in Brazil: an approach from the research Nursing Profile in Brazil
Maria Helena Machado, Maria Ruth dos Santos, Mônica Wermelinger, Monica Vieira, Wilson Aguiar Filho
- 79 **Práticas Avançadas em Enfermagem: o debate para a construção de um modelo brasileiro**
Advanced Practices in Nursing: the debate for the construction of a Brazilian model
Nádia Mattos Ramalho, Cibele Rodrigues Paes Leme
- 90 **Acesso à informação na enfermagem e aprimoramento profissional: contribuições da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**
Access to information in nursing and professional development: contributions of the study Nursing Profile in Brazil
Neyson Pinheiro Freire, Maria Clara Marques Fagundes
- 98 **Mercado de trabalho: condições gerais do trabalho da enfermagem**
Labor market: general conditions of nursing work
Solange Aparecida Caetano, Juvenal Tadeu Canas Prado

-
- ENSAIO | ESSAY**
- 106** **Grandes programas e políticas do SUS: desafios e perspectivas para os profissionais de saúde**
Major problems and policies of the SUS: challenges and perspectives for health professionals
 Maria Helena Magalhães de Mendonça
- 118** **Atividades de enfermagem: trabalhando de A a Z**
Nursing activities: working from A to Z
 Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio, Caroline Sampaio Franco, Irene do Carmo Alves Ferreira, Mirna Albuquerque Frota, Gabryella Garibalde Santana Resende
- 126** **Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para a prática assistencial**
Dimensioning of nursing professionals: implications for the care practice
 Fernanda Maria Togeiro Fugulin, João Lucas Campos de Oliveira, Anair Lazzari Nicola, Adriana Sávia de Souza Araujo, Antônio de Magalhães Marinho, Cleide Mazuela Canavezi, Jane Isabel Biehl
- REVISÃO | REVIEW**
- 134** **Evolução da formação na equipe de enfermagem: para onde aponta a tendência histórica?**
Evolution of training in the nursing staff: to where does the historical trend point?
 Mônica Wermelinger, Monica Vieira, Maria Helena Machado
- 148** **Contribuições da pós-graduação em enfermagem à formação do profissional do século XXI**
Contributions of postgraduate studies in nursing to the education and training of the twenty-first Century professional
 Mirna Albuquerque Frota, Karla Maria Carneiro Rolim, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Amanda Emília Nunes Quezado Praxedes, Orlene Veloso Dias
- ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE**
- 162** **Enfermeiros formados na modalidade a distância: preocupação do Conselho Federal de Enfermagem**
Nurses with distance learning education: concerns of the Federal Council of Nursing
 Manoel Carlos Neri da Silva, Dorisdaia Carvalho de Humerez, Valdelize Elvas Pinheiro, Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 171** **Estratégias defensivas no trabalho dos profissionais da saúde de uma emergência no Nordeste brasileiro**
Defensive strategies at work of health professionals of an emergency in the Northeast Brazil
 Angela Maria Uchôa Rodrigues, Regina Yoshie Matsue, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, Leocarlos Cartaxo Moreira, Mirna Albuquerque Frota
- 179** **Acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem: um estudo de caso**
Occupational accidents among nursing professionals: a case study
 Clodoaldo da Silva Almeida, David Lopes Neto, Antônio Levino, Yêda Maria Boaventura Corrêa Arruda

Editorial

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE é um tema permanente na agenda setorial tanto em nível nacional como internacional. Na América Latina, pode-se identificar, como ponto de partida, a década de 1950, quando a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) realizou as primeiras análises sobre a formação médica. Nos anos de 1960, a preocupação foi para identificar a força de trabalho existente, e, nos anos de 1980, ganhou destaque o tema do planejamento dos Recursos Humanos em Saúde (RHS). Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou 2006 – 2016 como a década dos RHS, reconhecendo ser este um problema central a ser enfrentado por todos os países para o êxito dos sistemas de saúde.

Em maio de 2016, ao comemorar o aniversário de nascimento de Florence Nightingale e o Dia Internacional de Enfermagem, a diretora da Opas/OMS, Carissa F. Etienne, chamou a atenção universais.

Enfermeiras e enfermeiros são fundamentais para os sistemas de saúde, fornecendo a grande maioria dos serviços. No entanto, nossa região está enfrentando uma grave escassez de profissionais e nós não estamos tirando proveito da força de trabalho de enfermagem que temos. (OPAS; OMS, 2016).

No Brasil, desde a década de 1960, vêm sendo realizadas análises e discussões relacionadas com o tema dos RHS. Em todas as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a começar pela 3ª, realizada em 1963, o tema foi abordado com maior ou menor destaque. Também foram realizadas três conferências específicas sobre RHS (1986, 1993 e 2006), foi elaborada uma Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB-RH 1990) e criada, no âmbito do Ministério da Saúde, em 2002, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). São fatos que revelam a importância do tema, não só para os envolvidos no setor, mas para toda a sociedade, na medida em que o trabalho em saúde tem especificidades que colocam o usuário e o trabalhador em constante interação.

As análises sobre o tema dos RHS referem-se, entre outros aspectos, à formação, identificada como não adequada às necessidades do sistema, exigindo do Estado um maior protagonismo neste campo; à distribuição, reconhecendo a escassez em algumas regiões do País e sobreoferta em outras; e à gestão do trabalho em saúde, apontando a importância do planejamento da força de trabalho, em todos os níveis do sistema, para assegurar a atenção à saúde de acordo com as necessidades da população.

No entanto, essas análises não podem estar desarticuladas de análises mais gerais que discutam as mudanças no mundo do trabalho e das orientações políticas atuais, que podem favorecer ou retroceder na construção de sistemas universais de saúde e na proteção de direito dos trabalhadores em todas as áreas.

A Proposta de Emenda Constitucional nº 241, que congela por 20 anos os gastos públicos com saúde, é fatal para o Sistema Único de Saúde (SUS) e atingirá todos os trabalhadores da área, especialmente os servidores públicos; mas não só estes, todos os trabalhadores serão vítimas do ajuste fiscal, pois já está em elaboração a reforma da previdência, que amplia o valor da contribuição do trabalhador e a idade mínima para aposentadoria, além da reforma trabalhista, que tira direitos conquistados e fragiliza, ainda mais, as relações de trabalho.

O ajuste fiscal em curso, assumidamente neoliberal, joga sobre os ombros do trabalhador a solução da crise econômica, que não é só brasileira, mas mundial. Os bancos e o capital financeiro internacionalizado, mais uma vez, serão os grandes beneficiários da crise socializada para a população.

Devemos reconhecer, contudo, que os riscos que o SUS corre são resultado, em grande medida, da nossa incapacidade enquanto trabalhadores, gestores e defensores do SUS de traduzir para o conjunto da população brasileira o significado da conquista do direito à saúde e os ganhos que a criação do SUS representou em termos de avanço civilizatório. Se isso tivesse sido incorporado subjetivamente pela população brasileira, certamente haveria mais resistência ao desmonte do SUS.

Grande parte dos trabalhadores sindicalizados preferiram e preferem negociar planos privados de saúde a aderir ao SUS, e parte significativa da população almeja o acesso a esses planos. Não fomos capazes de mostrar aos trabalhadores que a opção por plano privado de saúde fragiliza o SUS e só lhes garante acesso enquanto inseridos no mercado de trabalho (no momento que mais necessitam de atenção à saúde, ou seja, quando estão fora do mercado de trabalho ou aposentados, só têm ao SUS para recorrer). Não fomos capazes de popularizar a discussão acadêmica sobre os entraves à construção do SUS, como, por exemplo, o financiamento, a regionalização do sistema, a relação público/privado, a formação de RDS e o controle social. Portanto, os desafios são enormes para todos os envolvidos com a saúde.

A enfermagem brasileira, assim como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), sempre esteve presente nos momentos decisivos da história. Participou ativamente do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que culminou com a criação do SUS e participa cotidianamente de sua construção. Este é um momento decisivo da história brasileira. Todos os trabalhadores da enfermagem estão convocados a reagir ao fim do SUS, à perda de direitos, ao retrocesso em termos de políticas sociais, as quais foram responsáveis por tirar o Brasil do mapa da fome. Não podemos observar passivamente o fim do SUS, temos um compromisso com a população brasileira, com o cuidado à saúde, com a defesa da vida.

[...] Há tempo de esperar. E tempo de decidir. Tempos de resistir. Tempos de explodir. Tempo de criar asas, romper as cascas porque é tempo de partir. Partir partido, parir futuros, partilhar amanheceres há tanto tempo esquecidos. Lá no passado tínhamos um futuro. Lá no futuro tem um presente pronto pra nascer só esperando você se decidir [...]

Mario Iasi

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Diretora de Política Editorial do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

Referência

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *OPAS/OMS insta Estados-Membros a transformar educação em enfermagem nas Américas*. 2016. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>

[index.php?option=com_content&view=article&id=5095%3Aopasoms-insta-estados-membros-a-transformar-educacao-em-enfermagem-nas-americas&Itemid=381](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5095%3Aopasoms-insta-estados-membros-a-transformar-educacao-em-enfermagem-nas-americas&Itemid=381)>. Acesso em: 24 out. 2016.

Editorial

HEALTH WORKFORCE IS A PERMANENT THEME on the sector agenda at both the national and international levels. In Latin America, the 1950s can be identified as a starting point, when the Pan American Health Organization (Paho) carried out the first analyses of medical training. In the 1960s, the concern was to identify the existing workforce, and in the 1980s, the theme of the planning of Human Resources in Health (HRH) was highlighted. More recently, the World Health Organization (WHO) has decreed 2006 – 2016 as the decade of the HRH, recognizing that this is a central problem to be faced by all countries for the success of health systems.

In celebrating the birthday of Florence Nightingale and the International Nursing Day in May 2016, director of Paho/WHO, Carissa F. Etienne, drew universal attention.

Nurses are critical to health systems, providing the vast majority of services. However, our region is facing a serious shortage of professionals and we are not taking advantage of the nursing workforce we have. (PAHO; WHO, 2016).

In Brazil, since the 1960s, analyses and discussions related to the theme of HRH have been carried out. In all the National Health Conferences (CNS), starting with the 3rd, held in 1963, the theme was approached more or less prominently. Three specific HRH conferences were also held (1986, 1993 and 2006), a Basic Operational Standard on Human Resources (NOB-RH 1990) was created, and within the Ministry of Health, in 2002, the Secretariat of Labor Management And Health Education (SGTES) was created. These are facts that reveal the importance of the theme, not only for those involved in the sector, but for the whole of society, since health work has specificities that put the user and worker in constant interaction.

The analyses on the subject of HRH refer, among other aspects, to training, identified as not adequate to the needs of the system, requiring from the State a greater role in this field; to distribution, recognizing scarcity in some regions of the country and oversupply in others; and to health work management, pointing to the importance of workforce planning at all levels of the system to ensure health care according to the needs of the population.

However, these analyses can not be disjointed from more general analyses that discuss the changes in the world of work and the current political guidelines that can favor or recede in the construction of universal health systems and in the protection of workers' rights in all areas.

The proposed Constitutional Amendment N^o. 241, which freezes public health expenditures for 20 years, is fatal to the Unified Health System (SUS) and will affect all workers in the area, especially public servants; but not only those, all workers will be victims of the fiscal adjustment, since the pension reform is already in preparation, which increases the value of the contribution of the worker and the minimum retirement age, in addition to the labor reform, which takes away rights conquered and weakens, even more, the labor relations.

The ongoing fiscal adjustment, admittedly neoliberal, throws on the shoulders of the worker the solution to the economic crisis, which is not only Brazilian, but global. Banks and internationalized financial capital, once again, will be the major beneficiaries of the crisis socialized for the population.

We must recognize, however, that the risks that the SUS runs are largely a result of our incapacity as SUS workers, managers and defenders to translate the meaning of the achievement of the right to health care into the Brazilian population and the gains that the creation of the SUS represented in terms of civilizational advancement. Had that been subjectively incorporated by the Brazilian population, there would certainly be more resistance to the dismantling of the SUS.

Most unionized workers preferred and prefer to negotiate private health plans to joining the SUS, and a significant part of the population wants access to those plans. We were not able to show workers that the option for private health insurance weakens the SUS and only guarantees them access as they enter the labor market (at the moment they most need health care, that is, when they are out of the job market or retired, they only have the SUS to appeal). We were not able to popularize the academic discussion about the obstacles to the construction of the SUS, such as financing, regionalization of the system, public/private relations, HRH training, and social control. So, the challenges are huge for everyone involved in health.

Brazilian nursing, as well as the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), has always been present at the decisive moments of history. It has actively participated in the Sanitary Reform Movement (MRS), which culminated in the creation of the SUS, and participates daily in its construction. This is a turning point in Brazilian history. All nursing workers are called to react to the end of the SUS, to loss of rights, to regression in terms of social policies, which were responsible for removing Brazil from the hunger map. We can not passively observe the end of the SUS, we have a commitment to the Brazilian population, to health care, to the defense of life.

[...] There is time to wait. And there is time to make decisions. Times to resist. Times to explode. Time to create wings, break the shells because it's time to leave. Crash parties, give birth to futures, share sunrises so long forgotten. There in the past we had a future. There in the future there is a present ready to be born just waiting for you to decide [...]

Mario Iasi

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Director of Editorial Policy of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes)

Reference

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *OPAS/OMS insta Estados-Membros a transformar educação em enfermagem nas Américas*. 2016. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>

[index.php?option=com_content&view=article&id=5095%3Aopasoms-insta-estados-membros-a-transformar-educacao-em-enfermagem-nas-americas&Itemid=381](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5095%3Aopasoms-insta-estados-membros-a-transformar-educacao-em-enfermagem-nas-americas&Itemid=381)>. Acesso em: 24 out. 2016.

Apresentação

A PROPOSIÇÃO DO NÚMERO TEMÁTICO da revista *Divulgação em Saúde para Debate*, com o tema ‘A enfermagem no âmbito do Sistema Único de Saúde’, tem por objetivo proporcionar um espaço de discussão, debate e divulgação de análises e reflexões sobre a enfermagem brasileira, com destaque para os resultados da pesquisa *Perfil da Enfermagem no Brasil* realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), responsável pelo financiamento desta. A pesquisa contou com apoio do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Degerts/SGTES), Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS), Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) e da Associação Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (Anaten). Contou ainda com o apoio da Rede ObservaRH e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

O *Perfil da Enfermagem no Brasil* é um levantamento amostral do contingente de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em atividade no País no ano de 2013. Abrange aspectos sociodemográficos, formação profissional, acesso à informação técnico-científica, o mundo do trabalho e aspectos político-ideológicos. Para isso, baseou-se em dados de todas as unidades da federação e, posteriormente, de cada região brasileira, para então traçar o perfil nacional. O conjunto das três categorias profissionais que compõe a equipe de enfermagem, segundo a pesquisa (MACHADO *ET AL.*, 2015), é constituída de 1.804.535 profissionais, sendo 414.712 enfermeiros e 1.389.823 técnicos e auxiliares de enfermagem. A enfermagem representa a metade da força de trabalho em saúde, sendo impossível imaginar, hoje, um serviço de saúde sem a presença desse profissional.

É exatamente este o foco da presente edição, ou seja, demonstrar a importância da profissão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando as principais características da enfermagem: perfil formativo, distribuição geográfica dos enfermeiros, técnicos e auxiliares, atividades que desenvolvem e outros aspectos relacionados com o trabalho que esse contingente de trabalhadores realiza.

Os dois primeiros artigos debatem a violência invisível evidenciada a partir de relatos da vida cotidiana do trabalho em enfermagem, cujos dados mostram a existência de violência institucional, mas também entre pares e da própria população.

A demografia da enfermagem, a sua distribuição desigual no território nacional com grande concentração nas capitais e na região Sudeste, segue o mesmo modelo espacial de distribuição dos serviços de saúde no País. Esse tema é tratado com muita ênfase e demonstrado por meio de figuras, gráficos, tabelas e quadros no artigo 3.

As características fundamentais da formação do auxiliar e do técnico de enfermagem desveladas pela pesquisa *Perfil da Enfermagem no Brasil* são discutidas no artigo 4, indicando privatização do ensino, cursos noturnos e concentração em determinados estados da federação.

O artigo 5 procura descrever a situação atual e a natureza do trabalho da enfermagem

estabelecendo inter-relações causais entre as diversas dimensões que compõem o mercado de trabalho de enfermagem, notadamente no tocante à inserção nos setores público, privado e filantrópico, entre outros aspectos, que conformam a dinâmica desse mercado.

A enfermagem, como as demais profissões, enfrenta precarização das relações de trabalho, baixos salários e condições de trabalho inadequadas. A terceirização predomina entre os vínculos empregatícios, com perda de direitos e vantagens trabalhistas, o que leva à falta de estímulo, ao desgaste excessivo e à baixa qualidade da assistência; desse assunto trata o artigo 6.

A criação de um modelo de práticas avançadas em enfermagem, genuinamente brasileiro, construído a partir de iniciativa do Cofen, dos Conselhos Regionais (Corens), e com a participação das universidades e entidades representativas de enfermagem, é possível. O País tem condições de construir um modelo próprio, ampliando a formação em promoção da saúde, afirmam as autoras do artigo 7, além de considerarem que a enfermagem brasileira realiza muitas práticas avançadas já adotadas na formação americana e canadense. Para compreender essa tendência mundial, destaca-se o conceito do International Council of Nurses (ICN) para a prática avançada de enfermagem: pressupõe que os enfermeiros incluam na sua formação conhecimento especializado, habilidades e competências para a tomada de decisão em situações complexas em diversos cenários de prática (OMS, 2003).

O acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) pelos profissionais de enfermagem é limitado no ambiente de trabalho, criando, para a maioria deles, obstáculos à educação permanente e a uma melhor qualificação. No artigo 8, os autores discorrem sobre a importância do uso de tecnologias nos serviços de saúde e sobre os benefícios para o cuidado ao paciente, podendo reduzir erros médicos e proporcionar um atendimento mais rápido nas emergências.

Os aspectos positivos e negativos do mercado de trabalho para a equipe de enfermagem, no que tange às condições de trabalho e à satisfação profissional, são debatidos no artigo 9. A intenção dos autores é contribuir para a elaboração de roteiro investigativo por parte dos atores sociais envolvidos nas discussões sobre as condições de trabalho dessas categorias, a fim de construir indicadores que ajudem a identificar as vulnerabilidades sociais.

No artigo 10, a autora faz uma abordagem panorâmica das políticas e programas do governo federal, discute os principais desafios para o fortalecimento do SUS, especialmente os relativos à precarização das relações de trabalho a partir dos anos 1990.

A enfermagem se destaca como o primeiro contato da população em qualquer unidade de saúde. É uma das poucas profissões na área da saúde que está presente desde a entrada até a alta do paciente, indo além da atuação no ambiente hospitalar. No artigo 11, os autores trazem esse assunto à tona, ressaltando os novos desafios que os profissionais de enfermagem enfrentam, como a inserção em novos campos e formas de atuação colaborativa, com outros atores sociais que compõem a equipe de saúde.

O dimensionamento é uma atividade/habilidade gerencial do enfermeiro, que envolve a previsão de pessoal sob os enfoques quantitativo e qualitativo, com vista a um melhor atendimento que preserve a segurança do paciente. Os autores, no artigo 12, realizam uma reflexão sobre o tema, suscitando a conscientização e a adesão de gerentes e de enfermeiros dos mais diversos espaços assistenciais à prática do cuidado qualificado e seguro, favorecido pelo adequado dimensionamento de profissionais de enfermagem.

A evolução da formação da equipe de enfermagem é apresentada no artigo 13, em que as autoras recuperam a constituição das primeiras escolas, cursos e especialidades, destacando os percalços que marcaram o processo de profissionalização da enfermagem brasileira.

As tendências da pós-graduação da enfermagem na modalidade *stricto sensu* são analisadas

no artigo 14, no qual as autoras fazem um estudo de revisão da literatura de uma década.

Com a finalidade de garantir um cuidado seguro ao paciente, o Cofen vem mantendo uma vigília contínua na expansão dos ‘cursos a distância’. Esse tema tão árduo e polêmico é tratado no artigo 15 com muita propriedade pelos autores, que discorrem sobre a posição do Cofen e sobre a sua preocupação com uma formação de qualidade, exercício profissional com segurança e qualidade no cuidado livre de riscos e danos, imperícia, imprudência e negligência,

Por fim, dois relatos de experiência: o texto 16, que discute as dificuldades vivenciadas e as estratégias de defesa utilizadas pelos profissionais da saúde na emergência em um hospital situado em Fortaleza (Ceará); e o 17, em que os autores analisam os padrões de distribuição espacial do acidente de trabalho por exposição a material biológico em profissionais de enfermagem em Manaus.

Como vimos, os resultados oriundos da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil são amplos e vastos e podem servir como instrumento orientador para a pauta de reivindicações das entidades representativas das categorias e também para a elaboração de políticas públicas voltadas ao reconhecimento e à valorização da enfermagem brasileira nos próximos anos.

Agradecemos ao Conselho Federal de Enfermagem pelo financiamento da pesquisa e da presente edição. Conhecer a realidade da profissão é essencial para transformá-la.

Eliane dos Santos de Oliveira

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Mônica Wermelinger

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Neyson Pinheiro Freire

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasília (DF), Brasil.

Referências

MACHADO, M. H. (Coord.) *et al. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Cofen, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).

Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília, DF: OMS, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

Presentation

THE PURPOSE OF THIS ISSUE of the periodic ‘Divulgação em Saúde para Debate’ (Divulcation in Health for Debate), with the theme ‘Nursing within the Unified Health System’, aims to provide a space for discussion, debate and dissemination of analyzes and reflections on Brazilian nursing, highlighting the results of the research Nursing Profile in Brazil, a study carried out by the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), on the initiative of the Federal Council of Nursing (Cofen), responsible for its financing. The research was supported by the Ministry of Health, through the Department of Management and Regulation of Work in Health of the Secretariat of Labor Management and Health Education (Degerts/SGTES), the National Federation of Nurses (FNE), the Brazilian Association National Confederation of Social Security Workers (CNTSS), the National Confederation of Health Workers (CNTS), and the National Association of Nursing Assistants and Technicians (Anaten). It also counted on the support of Rede ObservaRH and the Pan American Health Organization (Paho).

The Nursing Profile in Brazil is a sample survey of the contingent of nurses, technicians and nursing auxiliaries active in the country in the year 2013. It covers sociodemographic aspects, professional training, access to technical and scientific information, the world of work, and political-ideological aspects. For that, it was based on data from all the units of the federation and, later, from each Brazilian region, to then draw the national profile. According to the research (MACHADO *ET AL.*, 2015), the set of three professional categories that make up the nursing team consists of 1,804,535 professionals, of which 414,712 are nurses and 1,389,823 nursing technicians and assistants. Nursing represents half of the health workforce, and it is impossible to imagine a health service today without the presence of such professional.

This is precisely the focus of the present edition, that is, to demonstrate the importance of the profession within the Unified Health System (SUS), presenting the main characteristics of nursing: training profile, geographical distribution of nurses, technicians and auxiliaries, activities developed by them, and other aspects related to the work that this contingent of workers performs.

Nursing demography, its unequal distribution in the national territory with great concentration in the capitals and in the Southeast region, follows the same spatial model of distribution of health services in the Country. That theme is treated with great emphasis and demonstrated through figures, graphs, tables and charts in article 3.

The fundamental characteristics of the training of the nursing assistant and technician revealed by the research Nursing Profile in Brazil are discussed in article 4, indicating privatization of teaching, night courses and concentration in certain states of the federation.

Article 5 seeks to describe the current situation and the nature of nursing work by establishing causal interrelations between the various dimensions that make up the nursing work market, especially in relation to the inclusion in the public, private and philanthropic sectors, among other aspects, that conform the dynamics of such market.

Nursing, like other professions, faces precarious labor relations, low wages and inadequate working conditions. Outsourcing is predominant among employment relationships, with loss of rights and labor advantages, which leads to lack of stimulation, excessive wear and poor

quality of care; article 6 deals with that matter.

The creation of a model of advanced nursing practice, genuinely Brazilian, built from the initiative of Cofen, Regional Councils of Nursing (Corens), and with the participation of universities and representative nursing entities, is possible. The Country is able to build its own model, expanding training in health promotion, say the authors of article 7, in addition to considering that Brazilian nursing carries out many advanced practices already adopted in the American and Canadian training. In order to understand this worldwide trend, the International Council of Nurses (ICN) concept for advanced nursing practice stands out: it presupposes that nurses include in their training specialized knowledge, skills and competences for decision-making in complex situations in several practice scenarios (WHO, 2003).

Access to Information and Communication Technologies (ICT) by nursing professionals is limited in the work environment, creating for most of them obstacles to a permanent education and better qualification. In article 8, the authors discuss the importance of the use of technologies in health services and the benefits to patient care, which can reduce medical errors and provide faster care in emergencies.

The positive and negative aspects of the labor market for the nursing team, in terms of working conditions and job satisfaction, are discussed in article 9. The intention of the authors is to contribute to the elaboration of an investigative script by the social actors involved in the discussions on the working conditions of those categories, in order to build indicators that help identify social vulnerabilities.

In article 10, the author gives an overview of the policies and programs of the federal government, discusses the main challenges for the strengthening of the SUS, especially those related to the precariousness of labor relations since the 1990s.

Nursing stands out as the first contact of the population in any health unit. It is one of the few professions in the health area that is present from the entrance to the discharge of the patient, going beyond the action in the hospital environment. In article 11, the authors bring this subject to the fore, highlighting the new challenges that nursing professionals face, such as the insertion in new fields and forms of collaborative action, with other social actors that make up the health team.

Dimensioning is a managerial activity/skill of the nurse, which involves the prediction of personnel under the quantitative and qualitative approaches, aiming at a better care that preserves patient safety. The authors, in article 12, make a reflection on the subject, raising the awareness and the adhesion of managers and nurses from the most diverse care spaces to the practice of qualified and safe care, favored by the adequate dimensioning of nursing professionals.

The evolution of the training of the nursing team is presented in article 13, where the authors recover the first schools, courses and specialties, highlighting the mishaps that marked the professionalization process of Brazilian nursing.

Nursing post-graduate trends in the *stricto sensu* modality are analyzed in article 14, in which the authors do a review of the literature of a decade.

In order to ensure safe patient care, Cofen has been maintaining a continuous vigil in the expansion of 'distance learning' courses. This very arduous and controversial topic is dealt with in article 15 with great propriety by the authors, who discuss the position of Cofen and its concern for quality training, professional practice with safety, and quality in care free of risks and damages, recklessness and negligence.

Finally, two reports of experience: text 16, which discusses the difficulties experienced and the strategies of defense used by health professionals in the emergency in a hospital located in

Fortaleza (Ceará); and text 17, in which the authors analyze the patterns of spatial distribution of work accidents due to exposure to biological material in nursing professionals in Manaus.

As we have seen, the results of the research Nursing Profile in Brazil are broad and wide and can serve as a guiding tool for the list of claims of the entities representing the categories as well as for the elaboration of public policies aimed at the recognition and valorization of Brazilian nursing in the next years.

We thank the Federal Council of Nursing for funding the research and the present edition. Knowing the reality of the profession is essential to transform it.

Eliane dos Santos de Oliveira

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), Center for Studies and Research in Human Resources (NERHUS) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Mônica Wermelinger

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Neyson Pinheiro Freire

Federal Council of Nursing (Cofen) – Brasília (DF), Brazil.

References

MACHADO, M. H. (Coord.) *et al. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Cofen, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados inovadores para as condições crônicas:*

componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília, DF: OMS, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

A violência invisível

Invisible violence

Maria Helena Machado¹, Manoel Carlos Neri da Silva²

É costume associar, quase sempre, violência a atos que atentam contra a integridade física. Nesse sentido, o caso recente ocorrido no Hospital de Emergência Souza Aguiar, na cidade do Rio de Janeiro, este ano, é emblemático: bandidos fortemente armados adentram abruptamente o hospital, resgatam o colega-bandido-paciente. Quem se contrapor à isso, estará sujeito à violência extrema, com risco de perda da vida. É exatamente isso que aconteceu: trabalhadores da saúde perdendo vidas em nome da bandidagem. Cena carioca que se multiplica em todo os grandes centros urbanos do País.

Contudo, não é dessa violência que se quer falar, e sim da ‘violência invisível’, institucional, a que mais de 3,5 milhões de trabalhadores de saúde que prestam assistência à população brasileira estão submetidos, cotidianamente.

A recente pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (MACHADO ET AL., 2015)^{*}, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), apresenta dados sobre esse contingente de mais de 1,8 milhão que leva a afirmar que há uma violência instituída que produz efeitos deletérios afetando não só a saúde física desses profissionais como também sua saúde mental e emocional. Observe algumas evidências:

Os pesquisadores analisaram os dados sobre mercado de trabalho e mostram que

[...] a Enfermagem vem demonstrando, ao longo do tempo, problemas de empregabilidade plena. Os dados aqui apresentados atestam essa situação quando 10,1% declararam ter experimentado a condição de ‘desemprego’ nos últimos 12 meses, ou seja, mais de 182 mil. Essa situação é agravada entre os enfermeiros, apresentando índices de 12,4%, ou seja, mais de 51 mil afirmam ter experimentado ficar desempregado nos últimos 12 meses. (MACHADO ET AL., 2016, P. 57).

A questão do trabalho inseguro e precário é um fato que atinge milhares de trabalhadores da enfermagem provocando efeitos nocivos à vida desses trabalhadores.

Motivo de alerta é o fato de ter sido detectado em torno de 59 mil trabalhadores (3,3%) em situação de ‘subjornada de trabalho’, trabalhando igual ou menos de 20 horas semanais, considerando, como dito acima, todas as suas atividades no âmbito da enfermagem. É possível detectar mais de 31 mil que declaram menos de 10 horas semanais, ou seja, 1,8% do total do contingente. Essa ‘subjornada’ encontrada, como foi dito anteriormente, está associada ao trabalho em forma de ‘bico’, no qual o profissional trabalha, quando há oportunidade, no formato ‘hora trabalhada’, seja na assistência ou em outras áreas da enfermagem. Neste sentido, não se configura em um emprego formal. (MACHADO ET AL., 2016, P. 39).

¹ Socióloga. Doutora em sociologia. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora-geral da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem - Cofen). machado@ensp.fiocruz.br

² Enfermeiro. Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) - Brasília (DF), Brasil. nericoren@gmail.com

^{*} Para mais críticas, ver o Relatório final da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, Fiocruz-Cofen, Rio de Janeiro, 2015. Volume 1.

Por outro lado, o rendimento mensal declarado da equipe de enfermagem pelas atividades e vínculos que praticam indica uma categoria profissional com pouco reconhecimento no mercado de trabalho, apesar de ser uma profissão essencial para o sistema de saúde, seja público ou privado. É o que informa a pesquisa:

Considerando a renda mensal total de todos os empregos e atividades que a equipe exerce, constata-se que: Primeiro, mesmo com a soma de todas as atividades, tem-se 1,8% da equipe (em torno de 32 mil pessoas) percebem menos de 1 SM (à época equivalente 680 reais /2013) por mês; os dados da pesquisa mostram um número elevado de pessoas (17,6%) que declara ter renda mensal de até 1.000 reais, reforçando a hipótese de subemprego quando o maior percentual encontrado entre eles é na faixa salarial de 1.001 - 2.000 reais, que, junto com a faixa anterior vai representar 47,6% de todo o contingente. Registra-se que 63,6% percebem salário de até 3.000 reais e 70,4% de até 4 mil reais. Há outras atividades autônomas remuneradas da enfermagem, como a assistência domiciliar. No entanto, tal fato não muda realidade salarial, pois o que se torna determinante são os vínculos nos setores público, privado, filantrópico e ensino. (MACHADO ET AL., 2016, P. 51).

Outra informação importante que gera essa violência invisível é que apenas 29%

se sentem protegidos em seu ambiente de trabalho; 53% (metade) são maltratados, chegando à violência física, pela população usuária; 20%, ou seja, 360 mil trabalhadores, sofreram violência (física /psicológica) nos últimos 12 meses; 11% foram acometidos de acidentes de trabalho nesses últimos meses; 56%, ou seja, mais da metade do contingente, adoeceram recentemente, e tiveram que procurar atendimento médico; 77% são, declaradamente, sedentários; 66% se sentem com desgaste profissional.

Apesar de sua essencialidade no sistema de saúde, esses profissionais não recebem a devida atenção e respeito nas instituições de saúde, 60% afirmam que não são atendidos na própria instituição que trabalham, quando necessitam de atendimento médico. Da mesma forma, independentemente da modalidade de sua jornada de trabalho (noturno ou diurno), mais da metade (55%) denuncia que não dispõe de qualquer infraestrutura de descanso durante sua extensa jornada de trabalho.

A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil mostra ainda que, apesar de jornadas longas, têm salários extremamente baixos, configurando em clara condição de subsalários. É possível afirmar que essa violência instituída no cotidiano deles é uma violência institucionalizada, que se torna nociva para a saúde desses trabalhadores responsáveis pela assistência direta à população. ■

Referência

MACHADO, M. H. et al. (Coord.). *Relatório Final da Pesquisa da Enfermagem no Brasil*. 28 v. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Cofen, 2015.

Trabalho, saúde e violência: categorias de uma rotina laboral de trabalhadores da saúde

Labor, health and violence: categories of a working routine of health workers

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto¹

O artigo 'A violência invisível', da professora Maria Helena Machado – pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – e do presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Manoel Carlos Neri da Silva, construído a partir de relatos da vida cotidiana do trabalho em saúde, assim como baseado nos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pela Fiocruz no ano de 2015, por iniciativa do Cofen, apresenta evidências da existência de violência institucional, que afeta o processo saúde-doença-trabalho-cuidado dos profissionais da enfermagem (MACHADO, 2015).

Os trabalhadores da enfermagem, assim como os demais trabalhadores do setor saúde, estão expostos (vulneráveis/suscetíveis) a diversas formas de violência nos espaços de trabalho, sejam aquelas relativas ao desenvolvimento do processo de trabalho em equipe multiprofissional, ao agir em saúde com a clientela – famílias, sujeitos e comunidades –, ou por conta da inserção da unidade da saúde em territórios dominando por violência comunitária armada. No entanto, entre os inúmeros tipos de violência no trabalho em saúde, categoriza-se aqui cinco tipos, que são: o assédio moral e sexual, a violência unidisciplinar e multiprofissional, a violência contratual de gestão do trabalho, a violência conjuntural da atenção, assistência e cuidado e a violência armada comunitária.

O assédio moral e sexual ocorre pelo exercício de condição hierárquica superior ou para obter vantagens sobre terceiros, além de sofrer influências da divisão social, técnica e sexual do trabalho, em que os profissionais, gestores e gerentes que carregam maior poder de coação, expõem e/ou submetem determinados trabalhadores de modo frequente a constrangimento, humilhação, punição, abuso, entre outros. As diversas formas de assédio são um fenômeno destrutivo do espaço de trabalho que influi na qualidade de vida no trabalho e na saúde biopsicossocial e espiritual dos sujeitos vitimados, tendo diversas consequências, como o aumento dos conflitos internos da equipe, queda na produtividade, absenteísmo e adoecimento constante do trabalhador (SCHLINDWEIN, 2013).

Quanto à violência unidisciplinar e multiprofissional, esta decorre de conflitos de racionalidades e da divisão social e técnica vertical no trabalho, instituída histórica e socialmente no setor saúde, por conta do poder hegemônico de determinadas categorias de trabalhadores sobre outras, que separam e subordinam a produção manual da intelectual. A violência unidisciplinar decorre do poder exercido por profissionais de uma mesma categoria entre si, por assumirem funções hierárquicas de maior competência técnica e/ou gerencial sobre os

¹ Enfermeiro sanitário.
Doutor em ciências.
Docente da Universidade
Estadual do Vale do Acaraú
(UVA) – Sobral (CE), Brasil.
rosemironeto@gmail.com

demais e utilizarem-se de práticas constrangedoras ou de abuso de poder. Quanto à violência derivada no trabalho em equipe multiprofissional, ocorre pelo abuso do poder hegemônico de subordinação e humilhação dos demais trabalhadores, como forma de manutenção de determinado status quo profissional (XIMENES NETO, 2013).

No caso da violência contratual de gestão do trabalho, esta se dá pelas formas precarizadas de contratualização dos trabalhadores, seja por contrato temporário de prestação de serviço, por organização social ou por outras formas que não garantam estabilidade e os direitos trabalhistas, que acabam gerando insegurança no trabalho. Os trabalhadores quase sempre são submetidos à sobrecarga de trabalho, subemprego, baixos salários, a riscos ocupacionais e doenças relacionadas com o trabalho. No setor público, ainda se acresce o fisiologismo político e o clientelismo, em que as relações de poder submetem os trabalhadores a trocas de favores político-partidários para se manterem empregados, sendo que nem sempre estes possuem autonomia, por conta das restrições impostas e das ameaças de perda do emprego.

Já a violência conjuntural da atenção, assistência e cuidado vem crescendo na última década, devido aos usuários nem sempre terem acesso às ações e serviços da rede de atenção à saúde ou por demorem horas nas filas de espera e de serem desrespeitados em seus direitos e garantias constitucionais. A conjuntura política e social do setor saúde a que está exposta a clientela usuária tem

motivado reações diversas e adversas com os trabalhadores da saúde, que vão desde um simples desacato ou humilhação pública até a agressão física,

A violência armada comunitária, por conta do crime organizado, narcotráfico, seja nas regiões metropolitanas ou pequenos conglomerados urbanos, tem vulnerabilizado os trabalhadores da saúde, durante o resgate de bandidos em unidades hospitalares ou então expulsando-os dos locais de trabalho, ou sitiando-os nas unidades da saúde, seja durante a guerra entre gangues, seja como forma de demonstrar poder na comunidade na qual estão inseridos.

Acresce-se ainda o que se pode considerar como uma prática de violência autoinfligida dos trabalhadores da saúde, por conta da dupla ou tripla jornada de trabalho, devido aos baixos salários, estes se submetem a todas as formas e horários de trabalho, quase sempre sem terem tempo para descanso pessoal, convívio familiar e vida social.

A violência no contexto do trabalho em saúde se assemelha a diversos outros setores, sendo que esta se exacerba por conta do cotidiano social e do vínculo institucional que as equipes sanitárias estabelecem com sua clientela. O processo de trabalho em saúde, por ser socialmente determinado e por estar carregado de subjetividade e envolvimento em diferentes relações de poder, de forças de confronto e coexistência, submete os trabalhadores a diversos determinantes, entre eles a violência; situação esta que os leva a um processo de adoecimento. ■

Referências

MACHADO, M. H. (Coord.). *Relatório da pesquisa perfil da Enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen, 2015.

SCHLINDWEIN, V. L. D. C. Histórias de vida marcadas por humilhação, assédio moral e adoecimento no trabalho. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, 2003, p. 430-439.

XIMENES NETO, F. R. G. *Trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde no Brasil: recortes históricos e desafios profissionais*. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

As características geopolíticas da enfermagem brasileira

The geopolitical characteristics of Brazilian nursing

Marcelo Felipe Moreira Persegona¹, Eliane dos Santos de Oliveira², Vencelau Jackson da Conceição Pantoja³

RESUMO O artigo analisa as características geopolíticas dos profissionais de enfermagem – um segmento que agrega mais de 1,8 milhão de trabalhadores. Os dados empíricos são oriundos da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em convênio com o Conselho Federal de Enfermagem. Utilizou-se, para estudar a demografia da enfermagem, o georreferenciamento das informações que tem grande utilidade para a criação de mapas temáticos. O estudo conclui que a enfermagem é um contingente bem representativo na equipe de saúde. No entanto, a sua distribuição é bem desigual no território nacional – há uma concentração bem acentuada na região Sudeste e capitais. É um segmento profissional jovem, com grande presença de mulheres. Os resultados disponíveis da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil permitirão aos gestores pensarem políticas públicas que valorizem essa profissão tão essencial ao Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Análise estatística. Recursos humanos de enfermagem. Provisão & distribuição.

ABSTRACT *The article analyzes the geopolitical characteristics of nursing professionals – a segment that adds more than 1.8 million workers. Empirical data are from the research Nursing Profile in Brazil conducted by the Oswaldo Cruz Foundation in partnership with the Federal Council of Nursing. To study the demographics of nursing, we used georeferencing of information that is very useful for creating thematic maps. The study concludes that nursing is a very representative contingent in the health team. However, its distribution is very uneven throughout the country – there is a very marked concentration in the Southeast and capitals. It is a young professional segment, with great presence of women. The available results of the research Nursing Profile in Brazil will allow managers to think public policies that enhance the profession as essential to the Unified Health System.*

KEYWORDS *Statistical analysis. Nursing staff. Supply & distribution.*

¹ Cientista da computação. Doutor em desenvolvimento sustentável. Assessor de Planejamento e Gestão do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasília (DF), Brasil. marcelo.persegona@cofen.gov.br

² Nutricionista sanitária. Mestre em saúde pública. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora adjunta da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen). oliveira@ensp.fiocruz.br

³ Enfermeiro. Pós-Graduado em gestão de sistema e serviços de saúde. Conselheiro do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasília (DF), Brasil. pantoja-pantoja@cofen.gov.br

Introdução

A importância da enfermagem

A enfermagem já vem sendo estudada por muitas décadas. A primeira pesquisa de abrangência nacional foi o 'Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem', realizada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) no período de 1956/1958, (ABEN, 1980). O segundo estudo, 'O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil', resultou em dois volumes – 'Força de trabalho de enfermagem' (vol. I) e 'Enfermagem no contexto institucional' (vol. II) – e foi realizado por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) juntamente com a ABEn entre 1982/1983, (COFEN, 1985).

Durante anos, esse estudo se manteve como fonte de referência imprescindível de consulta para análises do exercício profissional da enfermagem. Destaca-se, ainda, o estudo de Vieira (2006), que constitui uma referência importante no campo que compara a enfermagem brasileira com a dos demais países do Mercosul, no que tange a recursos humanos, formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde.

Recentemente, têm-se os resultados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2016), que disponibiliza uma riqueza de dados sobre a equipe, considerada nesta pesquisa, como os enfermeiros, técnicos e

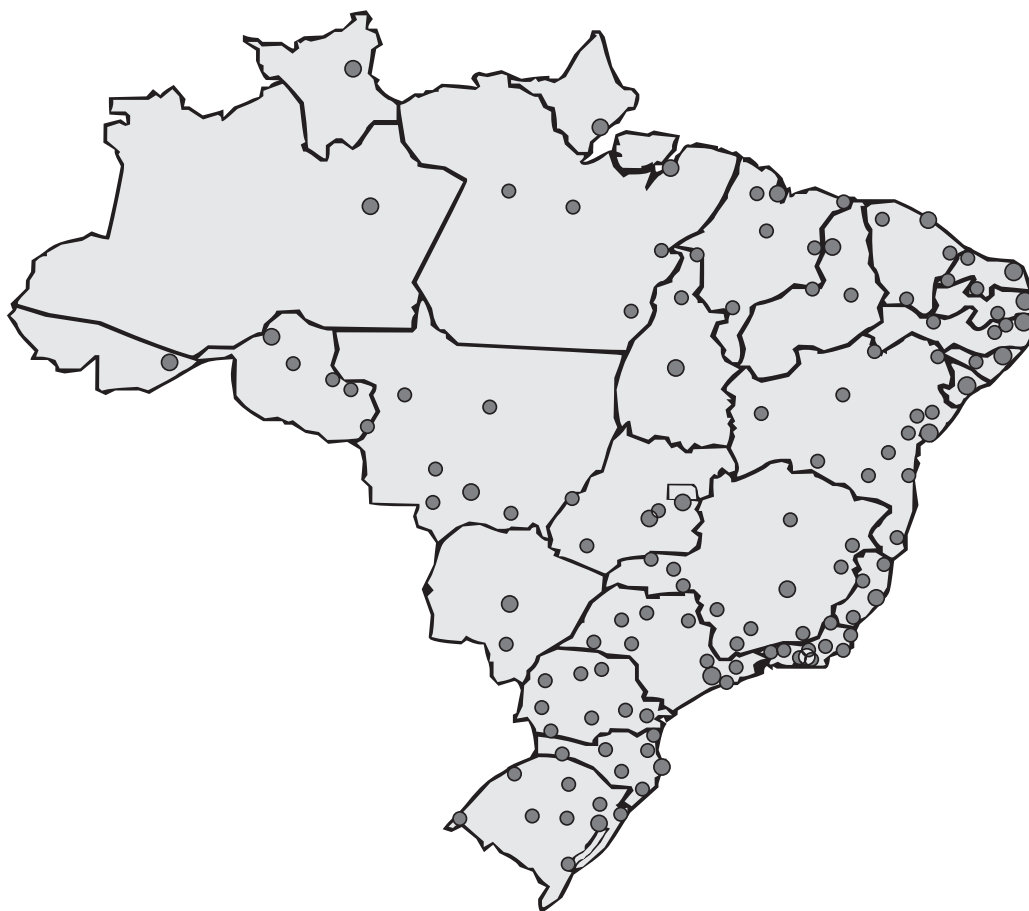
auxiliares de enfermagem cadastrados no Cofen em dezembro de 2013. Além de este estudo constituir uma referência nacional e internacional, espera-se que os resultados contribuam para a formulação de políticas públicas tanto no setor saúde quanto no setor de educação, no que se refere aos aspectos da gestão, da formação e regulação da enfermagem. Suas informações são importantes ferramentas para defesa da profissão e para o empoderamento desta quanto aos gestores.

A enfermagem é essencial a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade e está alicerçada em um processo de trabalho moderno. Atividade historicamente associada à caridade cristã, ela transforma-se em profissão centenária no início do século XIX, sem, contudo, desvencilhar-se do 'cuidar' cujo trabalho requer, portanto, valorização por parte da sociedade e dos demais profissionais de saúde.

O Sistema Cofen-Conselhos Regionais de Enfermagem

O Sistema Cofen-Conselhos Regionais de Enfermagem está composto pelo Conselho Federal localizado na cidade de Brasília, Distrito Federal, por 27 Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens) localizados nas capitais de cada estado e por mais 107 subseções distribuídas pelo território nacional (*figura 1*).

Figura 1. Cartograma: Sistema Cofen-Conselhos Regionais de Enfermagem - Brasil



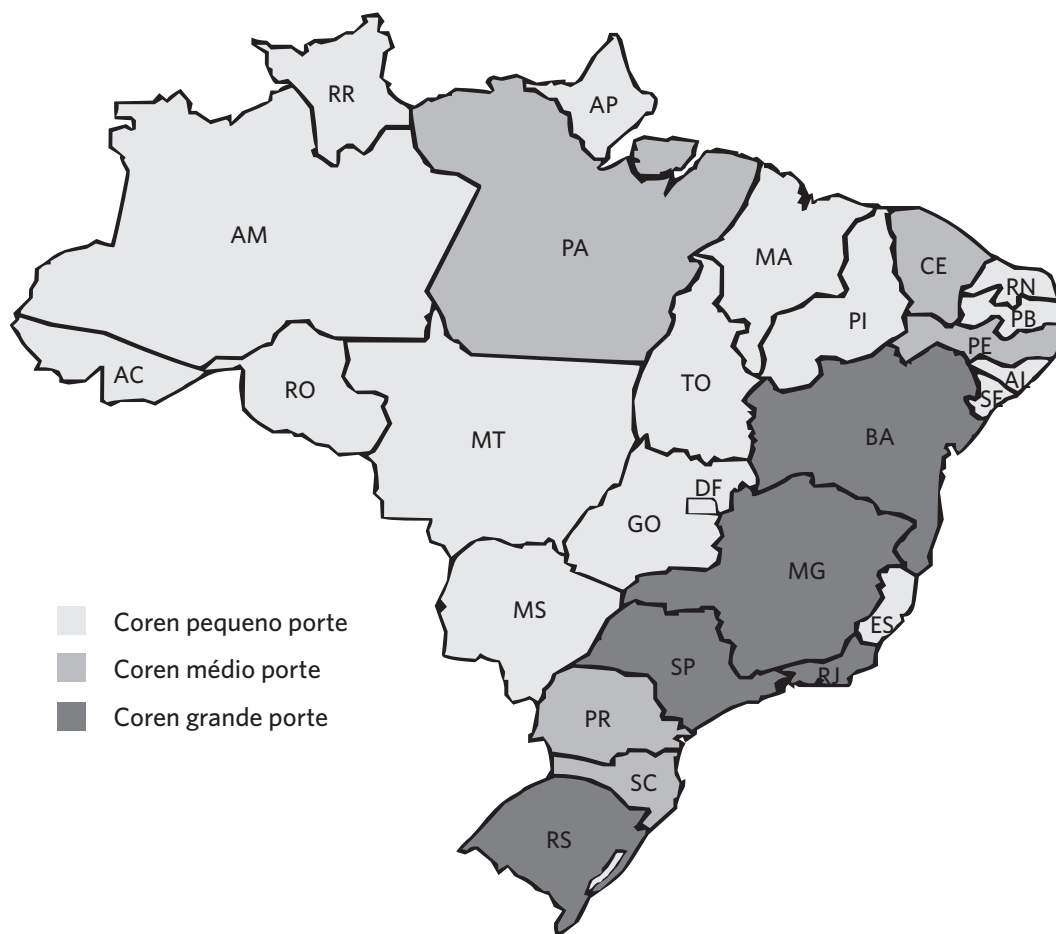
Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, (2011).

A grande maioria dos Corens possui subseções localizadas em vários municípios do estado para estarem mais próximos daqueles profissionais de enfermagem que não residem ou trabalham nas capitais. A responsabilidade pelos dados dos profissionais inscritos é dos Corens, cabendo ao Cofen a fiscalização e acompanhamento da emissão das carteiras profissionais.

Os Corens são classificados pelo Cofen

em três categorias: grande, médio e pequeno porte, como pode ser observado na *figura 2*. Para realizar essa classificação, é considerada a quantidade de profissionais inscritos no Coren: até 50 mil profissionais é de pequeno porte, representado pelo cinza-claro; mais de 50 mil até 100 mil profissionais é de médio porte, representado pela cor cinza-médio; e acima de 100 mil profissionais é de grande porte representado pelo cinza-escuro.

Figura 2. Cartograma: Sistema Cofen-Conselhos Regionais de Enfermagem - Brasil



Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, (2011).

Por sua vez, os profissionais de enfermagem são inscritos em três quadros distintos:

- a) Quadro I – Enfermeiro e Obstetriz;
- b) Quadro II – Técnico de Enfermagem;
- c) Quadro III – Auxiliar de Enfermagem e Parteira.

As habilitações e qualificações dos profissionais de enfermagem estão regulamentadas pela Lei nº 7.498/1986, a qual define os seguintes tipos de profissionais: enfermeiro, obstetriz, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira (COFEN, 1986).

A inscrição é o ato pelo qual o Coren confere habilitação legal ao profissional para o exercício da atividade de enfermagem. Ela ocorre por meio da emissão de carteiras

profissionais, podendo ser (COFEN, 2013):

- Carteira Principal: é aquela que jurisdição o domicílio profissional do interessado e que confere habilitação legal para o exercício permanente da atividade na área dessa jurisdição e para o exercício eventual em qualquer parte do Território Nacional.
- Carteira Secundária: é a concedida para o exercício permanente e cumulativo em área não abrangida pela jurisdição do Coren da Inscrição Definitiva Principal.
- Carteira Remida: é a concedida ao profissional de enfermagem com idade igual ou superior a 60 anos, que tenha no mínimo 30 anos de inscrição no Sistema Cofen-Conselhos Regionais e ainda que nunca tenha sido penalizado em processo ético e/ou administrativo no Sistema Cofen-Conselhos Regionais.

Aspectos metodológicos

O material empírico utilizado no presente artigo faz parte da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) financiada pelo Cofen entre os anos de 2013 e 2015. Contou com o apoio da Secretaria de Gestão e Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES-MS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) por meio da Rede de Observatório de Recursos Humanos (ObservaRH) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Ensp, recebendo o número: Protocolo de Pesquisa – CEP-Ensp – nº 09/10. CAAE-0009.0.031.000.

Serão utilizados neste artigo os itens referentes aos aspectos demográficos do Bloco 1 do questionário utilizado na pesquisa.

Notas conceituais

A demografia é uma ciência que tem por finalidade o estudo de populações humanas, enfocando aspectos como sua evolução no tempo, seu tamanho, sua distribuição espacial, sua composição e outras características gerais. Uma preocupação fundamental no estudo das populações humanas é com o seu tamanho em determinado momento e com os possíveis fenômenos que determinam ou afetam esse tamanho, tais como os nascimentos, os óbitos e fenômenos migratórios. É importante investigar de que modo cada um desses componentes pode ser afetado por mudanças e demais fenômenos se relacionam entre si.

Pode-se dizer que a demografia da enfermagem é o estudo da população ativa de enfermeiros, determinada pela idade, pelo sexo, pelo tempo de formação, pela inserção no mercado de trabalho, mas também condicionada pelas dinâmicas demográficas (migração, oferta, demanda, atividade profissional,) e por fatores externos que interferem no trabalho da enfermagem, como oferta de postos e oportunidades de trabalho e emprego, políticas de saúde, condições de saúde e de vida da população, necessidades e dinâmicas sociais (MACHADO, 1995).

Toda profissão evolui quantitativamente, a essa dinâmica podemos chamar de ‘movimento demográfico’ que, por sua vez, deriva de alguns fatores fundamentais: a oferta de vagas pelo sistema educativo; o fluxo migratório – incluindo imigração e emigração de profissionais –; a dinâmica do mercado de trabalho; as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população; a incorporação de tecnologias e a reestruturação dos processos de trabalho; a expansão do sistema de saúde e a disponibilidade de oportunidades e postos de trabalho e emprego de enfermagem; os marcos e as práticas da regulação profissional, dentre outros.

A importância do estudo da demografia de enfermagem para os gestores, governantes e entidades representativas da enfermagem consiste no fato de que, além de ser o maior segmento da saúde, é o elemento estratégico e essencial para os serviços de saúde.

Para representar os dados que serão utilizados no artigo, serão adotados os instrumentos da cartografia, entendida como sendo a ciência que trata dos estudos e das operações científicas, artísticas e técnicas resultantes de observações e medidas diretas ou explorações de documentos visando à obtenção de dados e informações para a elaboração de representações gráficas, bem como de sua utilização (PERSEGONA, 2010). As representações mais usuais são: plantas, cartas, mapas, cartogramas, gráficos, diagramas e outras formas de expressão.

Optou-se pelos cartogramas temáticos para representar os dados da pesquisa Perfil da Enfermagem do Brasil, por ser o método mais adequado como auxílio à síntese e análise visual dos dados, agregando efetividade ao processo de obtenção de conhecimento.

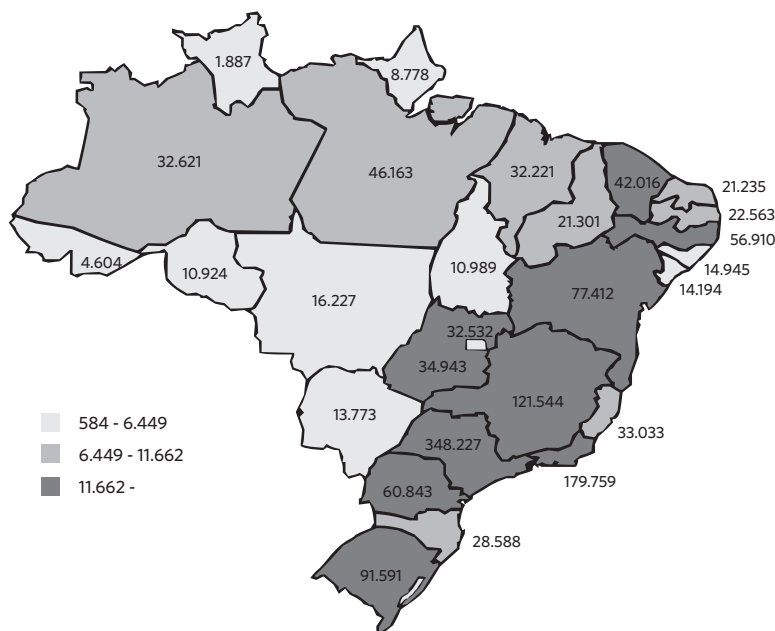
Discussão dos resultados – A enfermagem no Brasil

Concentração regional

A pesquisa Perfil da Enfermagem do Brasil abrange 1.804.535 profissionais de enfermagem, sendo 414.712 enfermeiros e 1.389.823 técnicos e auxiliares de enfermagem, para detalhamento por regiões e estados. As figuras 3 e 4 apresentam os quantitativos de profissionais de enfermagem por estado. A coloração dos cartogramas indica onde estão a menor e a maior concentração de profissionais de enfermagem: quanto mais clara a cor, menor a quantidade de profissionais; quanto mais escura a cor, maior a quantidade de profissionais.

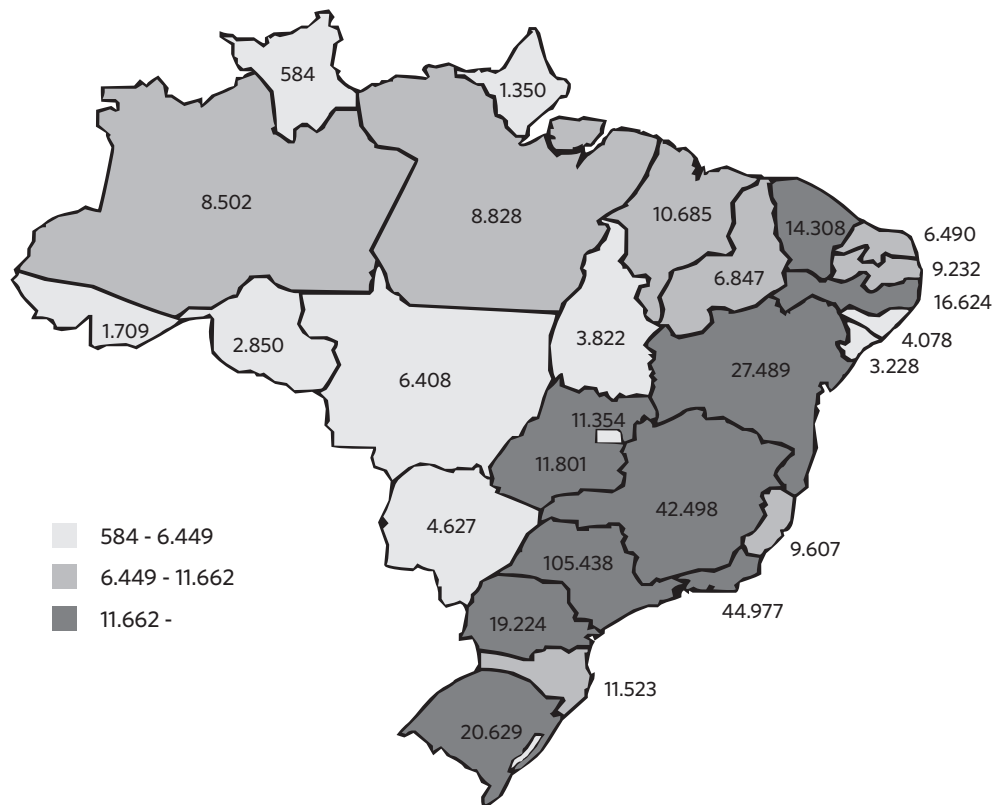
A tabela 1 mostra a concentração com quase a metade dos profissionais na região Sudeste (49%), Nordeste (22,3%), Sul (13,4%); e Centro-Oeste e Norte com 8% em média. Os estados da região Norte apresentam o menor quantitativo de profissionais: Amapá, Acre e Roraima.

Figura 3. Cartograma: Quantidade de técnicos e auxiliares de enfermagem por Unidades da Federação – Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Figura 4. Enfermeiros por Unidades da Federação - Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Tabela 1. Equipe de enfermagem por grandes regiões - Brasil

Brasil e Grandes Regiões	Equipe de Enfermagem		Enfermeiros		Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	
	N	%	N	%	N	%
Brasil	1.804.535	100,0	414.712	100,0	1.389.823	100,0
Norte	143.611	8,0	27.645	6,7	115.966	8,3
Nordeste	401.768	22,3	98.981	23,9	302.787	21,8
Sudeste	885.093	49,0	202.520	48,8	682.573	49,1
Sul	242.398	13,4	51.376	12,4	191.022	13,7
Centro-Oeste	131.665	7,3	34.190	8,2	97.475	7,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

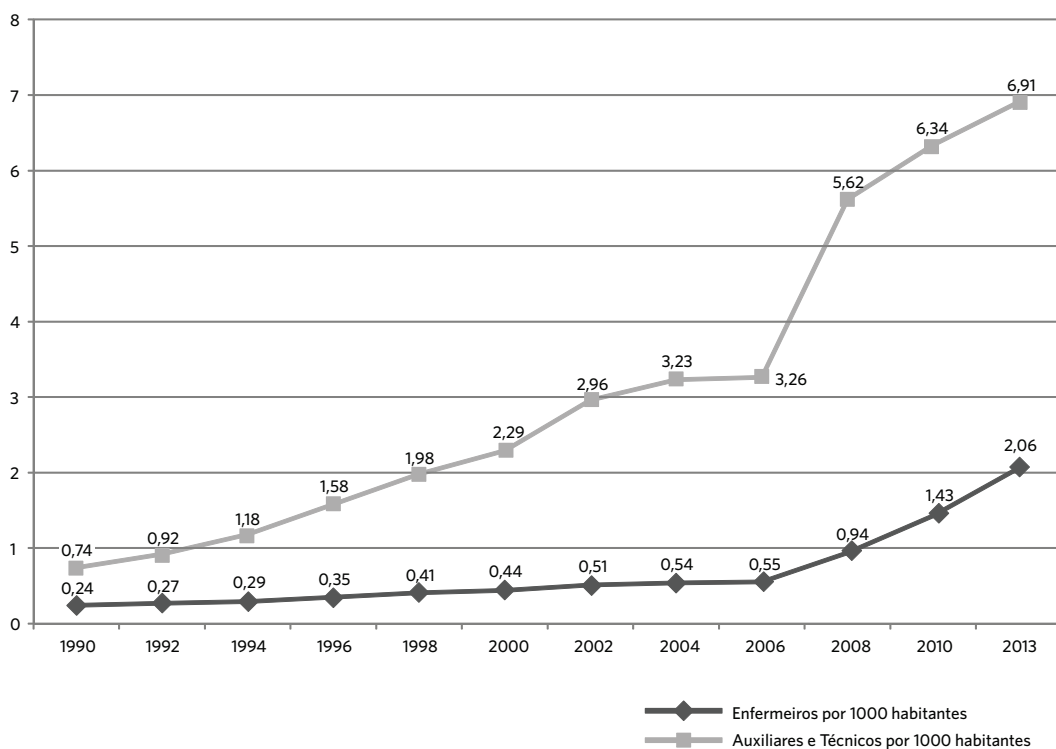
A expansão dos profissionais de enfermagem

O gráfico 1 mostra a relação de profissionais de enfermagem por 1.000 habitantes para o Brasil. Verifica-se que toda a equipe apresenta um forte incremento no período de 1990-2013, principalmente nos últimos anos. Os enfermeiros variaram de 0,24 para 2,06 profissionais por 1.000 habitantes

– um crescimento de 758%. Já os ‘técnicos e auxiliares de enfermagem’ passaram de 0,74 para 6,91 profissionais por 1.000 habitantes – uma expansão um pouco maior, 834% no período.

A tendência é que os enfermeiros continuem crescendo, tendo em vista a expansão do ensino. Em 2014, havia 881 cursos de graduação que formam anualmente cerca de 30 mil profissionais (INEP, 2014).

Gráfico 1. Evolução da equipe de enfermagem - Brasil, 1990-2013



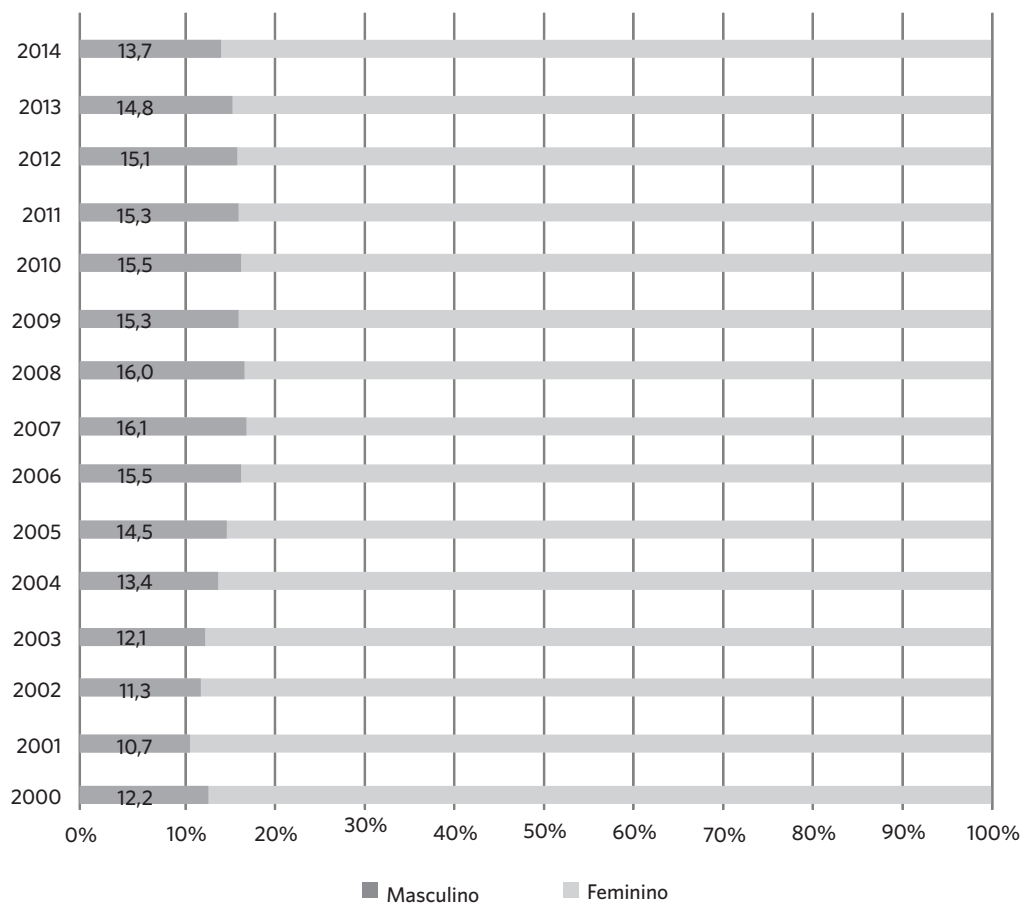
Fonte: Ministério da Saúde, dados fornecidos pelo Cofen (vários anos). IBGE, censos demográficos, estimativas populacionais intercensitários (vários anos).

A participação masculina na equipe

A enfermagem, por tradição e cultura, sempre contribuiu para a feminilização da saúde. Os dados da pesquisa confirmam essa assertiva. A equipe é predominantemente feminina, *gráfico 2*, ou seja, 85,1%.

Os dados do *gráfico 2* evidenciam a participação dos homens entre os enfermeiros concluintes dos cursos de graduação no período de 2000 a 2014 – em média 13% são do sexo masculino. A masculinização se visualiza de forma mais acentuada após o ano de 2005.

Gráfico 2. Evolução da participação do homem na conclusão dos cursos de graduação em enfermagem – Brasil

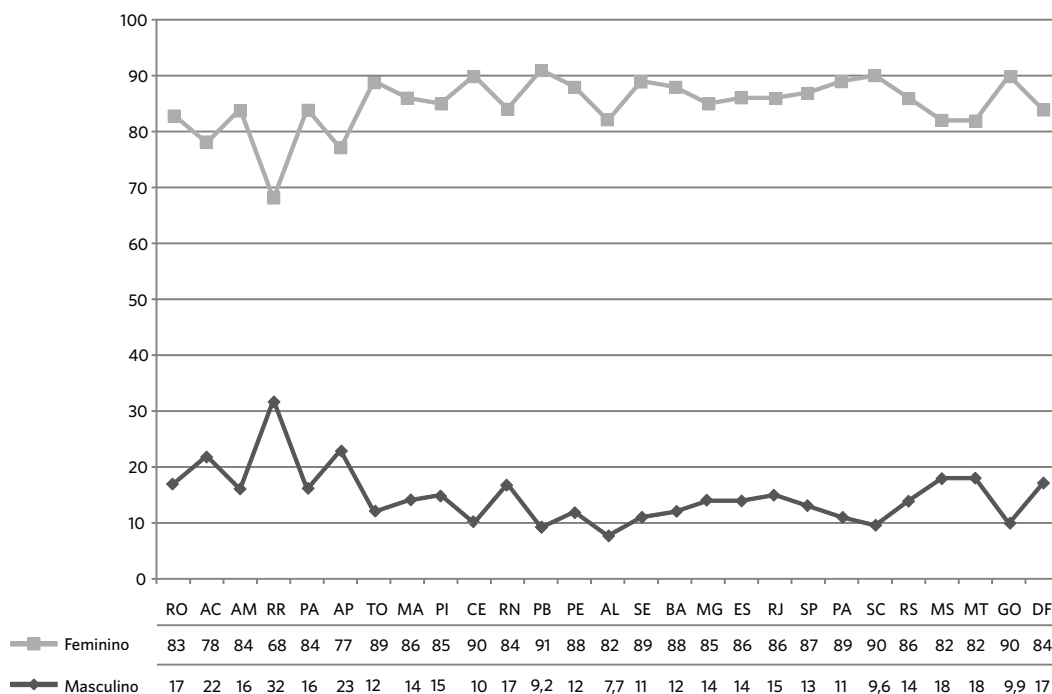


Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponíveis do Censo da Educação Superior (INEP, 2014).

No *gráfico 3*, observa-se que a maior quantidade de enfermeiros do sexo masculino se concentra nos estados do Norte, com destaques para Roraima (31,8%), Amapá (23,2%) e Acre (21,9%), enquanto a maior concentração de enfermeiras está em Alagoas (92,3%), Paraíba (90,8%) e Santa Catarina (90,4).

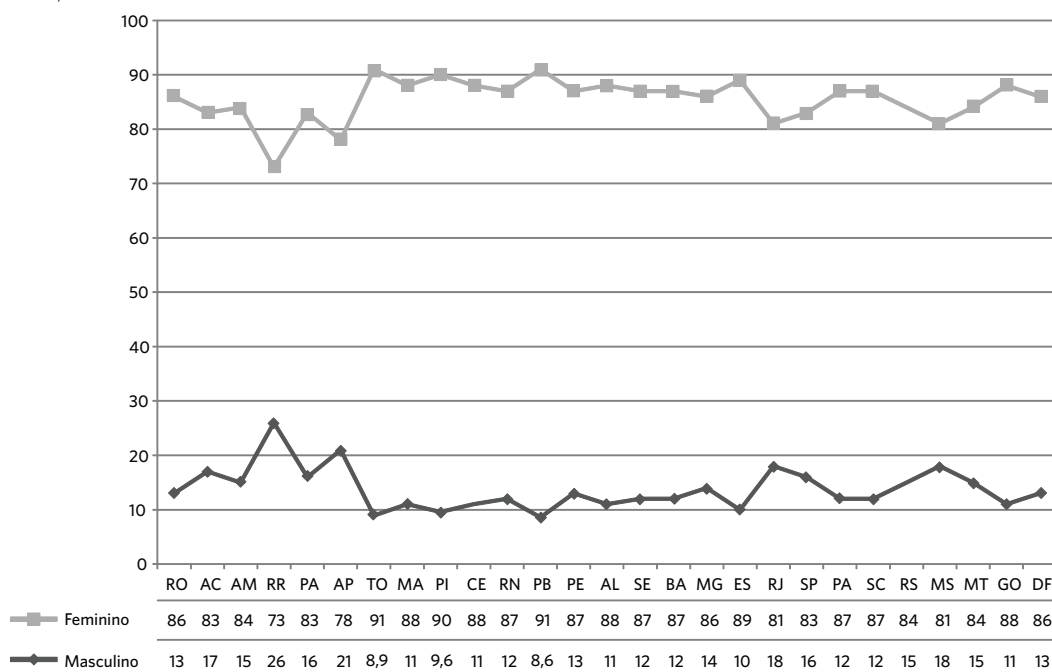
Entre os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem, a presença dos homens é mais expressiva, de acordo com os dados do *gráfico 4*. Nos estados do Norte se evidenciam Roraima (26,7%), o Amapá (21,7%) e o Acre (17%), e na região Centro-Oeste destaca-se o Mato Grosso do Sul (18,7%).

Gráfico 3. Distribuição percentual de enfermeiros por sexo segundo Unidades da Federação – Brasil, 2013



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Gráfico 4. Distribuição percentual de técnicos e auxiliares de enfermagem por sexo segundo Unidades da Federação – Brasil, 2013



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Jovialidade dos profissionais de enfermagem

É fato que a enfermagem é uma profissão que tem uma força de trabalho jovem.

Registra-se: 45% do seu contingente com idade entre 26 e 35 anos; 34,6% encontram-se entre 36 e 50 anos; 2,3% com idade acima de 61 anos. Por outro lado, tem-se 61,7% do total, representando mais de 1,1 milhão de trabalhadores até 40 anos, o que confirma a tese da jovialidade (*quadro 1*).

Quadro 1. Profissionais de enfermagem por faixa etária - Brasil, 2013

Enfermeiros		Faixa Etária	Técnico e Auxiliares de Enfermagem	
N	%		N	%
29.423	7,1	Até 25 anos	107.218	7,7
94.300	22,7	26-30 anos	225.417	16,2
92.670	22,3	31-35 anos	273.495	19,7
60.062	14,5	36-40 anos	231.240	16,6
43.488	10,5	41-45 anos	195.243	14,0
39.880	9,6	46-50 anos	153.954	11,1
27.587	6,7	51-55 anos	106.894	7,7
15.783	3,8	56-60 anos	55.911	4,0
6.749	1,6	61-65 anos	21.782	1,6
1.542	0,4	66-69 anos	4.749	0,3
1.224	0,3	70 anos e mais	2.234	0,2

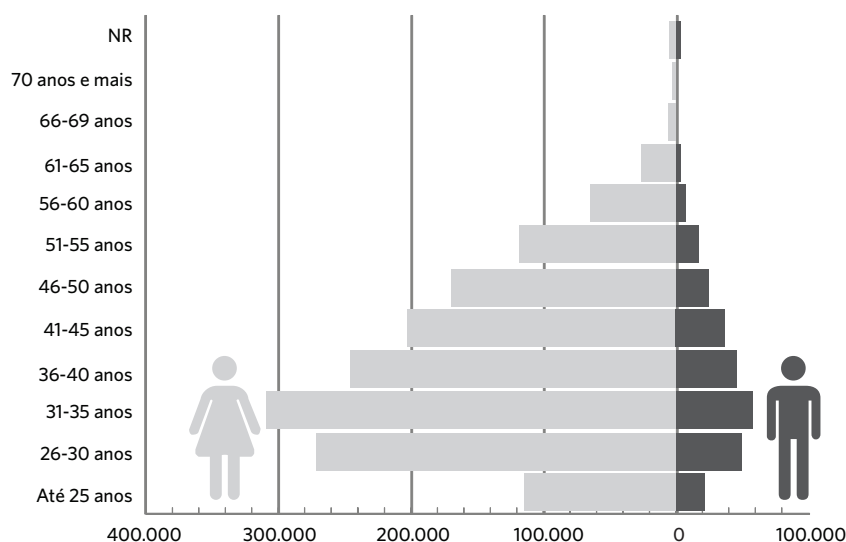
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Nota: 13.691 profissionais não responderam (2.004 enfermeiros e 11.687 técnicos e auxiliares de enfermagem).

Entre os enfermeiros, a faixa etária que prevalece é de menos de 40 anos – 66,6%, o que equivale a 276.455 profissionais –, e no segmento dos técnicos e auxiliares – 60,2%,

representando quantitativamente 837.370 profissionais. Verifica-se na *figura 5* que apenas 2% têm mais de 60 anos nas duas categorias.

Figura 5. Equipe de enfermagem por sexo segundo faixas etárias-Brasil, 2013



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Cor/raça dos profissionais de enfermagem

Ao estudar a cor/raça declaradas pelos profissionais segundo nomenclatura do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nota-se que 57,9% (a maioria dos enfermeiros) se consideram brancos, 31,3% pardos, 6,6% pretos e 2,5% amarelos, a soma dos pardos e pretos representa 37,9%.

É importante destacar a existência de 1.200 enfermeiros indígenas (IBGE, 2011).

Visualiza-se uma situação com perfil diferente entre os técnicos e auxiliares de enfermagem: há uma menor participação de profissionais brancos, 37,6%; e os que declararam cor ou raça preta e parda somam 57,4%, mas, observa-se que a participação de indígenas é maior, isto é, são quase 9 mil profissionais (tabela 2).

Tabela 2. Profissionais de enfermagem segundo cor ou raça - Brasil, 2013

Cor/Raça	Enfermeiros		Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	
	N	%	N	%
Branca	240.153	57,9	522.314	37,6
Preta	27.500	6,6	179.336	12,9
Parda	129.701	31,3	619.042	44,5
Amarela	10.237	2,5	24.773	1,8
Índigena	1.171	0,3	8.961	0,6
NR	5.950	1,4	35.399	2,5
Total	414.712	100,0	1.389.823	100,0

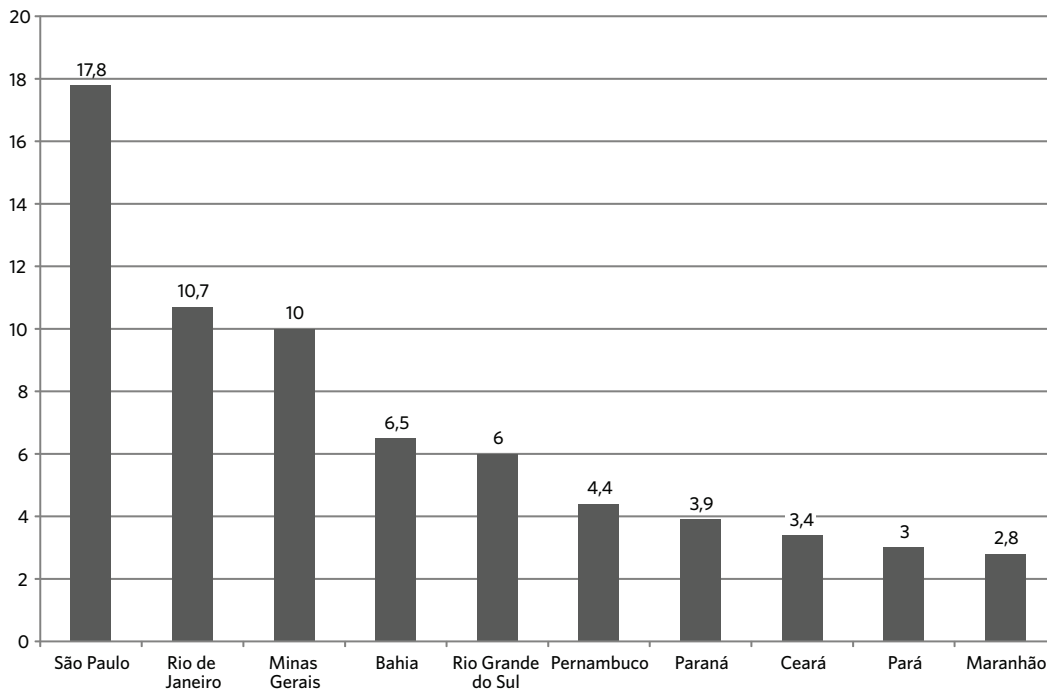
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

A origem dos profissionais de enfermagem - De onde vêm?

A naturalidade declarada pelos profissionais de enfermagem demonstra que a maioria é natural de estados da região Sudeste segundo os dados do *gráfico 5*,

destacando-se: São Paulo (17,8%); Rio de Janeiro (10,7%); Minas Gerais (10,0%); Bahia (6,5%) e Rio Grande do Sul (6%). Estes cinco estados fornecem a mão de obra que soma 51% da força de trabalho da enfermagem, ou seja, mais da metade dos mais de 1,8 milhão de trabalhadores.

Gráfico 5. Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem segundo estados de origem - Brasil, 2013



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

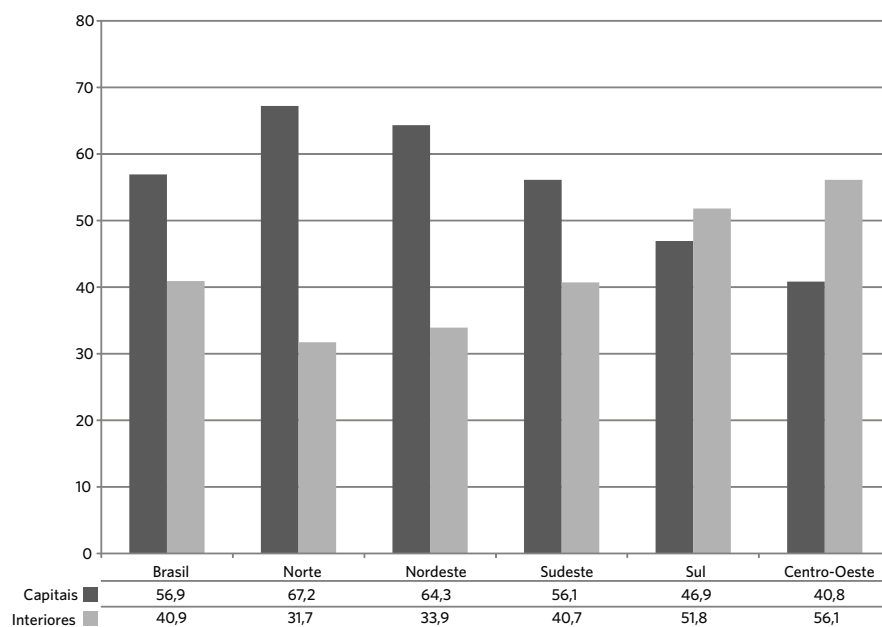
Concentração nos grandes centros: a hegemonia regional

Apesar de a equipe ser numericamente expressiva, com quase 1,9 milhão de profissionais, há um cenário de desigualdade na distribuição, fixação e acesso do trabalho da enfermagem, confirmando a mesma distorção observada para os médicos¹ e outros profissionais de saúde no Brasil, *gráfico 6*. Os dados da pesquisa reforçam a

concentração de mão de obra da enfermagem nos grandes centros urbanos, com predominância de profissionais residentes na capital (56,9%) em relação aos do interior (40,9%), com destaque para as regiões norte e nordeste, que têm as situações mais dramáticas: concentram mais de 65% da equipe nas capitais. Já os estados do Sul e Centro-Oeste têm uma distribuição mais equitativa dos profissionais entre capitais e interiores (MACHADO, 2015).

¹ Maiores detalhes sobre a distribuição dos médicos no território nacional ver Scheffer, M. et al., 'Demografia Médica no Brasil 2015'.

Gráfico 6. Distribuição percentual da equipe de enfermagem segundo local da residência - Brasil, 2013



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Em relação aos estados, a maioria dos profissionais tem local de residência majoritariamente na região Sudeste: São Paulo (25,1%), Rio de Janeiro (12,5%) e Minas Gerais (9,1%) concentram juntos 46,7% do

total da equipe, *quadro 2*. Destacam-se igualmente em menor proporção como local de residência dos profissionais os três estados do Sul – Rio Grande do Sul (6,2%), Paraná (4,4%) e Santa Catarina (2,8%).

Quadro 2. Equipe de enfermagem segundo local de residência - Brasil, 2013

Estados com maior concentração	Nº de profissionais	% do total
São Paulo	453.665	25,1
Rio de Janeiro	224.746	12,5
Minas Gerais	164.042	9,1
Rio Grande do Sul	112.220	6,2
Bahia	104.901	5,8
Paraná	80.067	4,4
Pernambuco	73.534	4,1
Ceará	56.324	3,1
Pará	54.991	3,0
Santa Catarina	50.111	2,8

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Participação dos estrangeiros na equipe de enfermagem

A equipe de enfermagem é brasileira, os estrangeiros somam 2.300 profissionais, ou seja, 0,1% do total. Estes são provenientes do

Uruguai (14%), o segundo país de origem é o Peru (12,6%), seguido de Portugal (8,5%), Guiné-Bissau (7,4%) e França (7,2%). Na *tabela 3*, destaca-se ainda a presença de profissionais na equipe oriundos de mais 18 países de outros continentes.

Tabela 3. Equipe de enfermagem segundo país de origem - Brasil

Países	N	%
Uruguai	320	14,0
Peru	290	12,6
Portugal	195	8,5
Guiné-Bissau	170	7,4
França	165	7,2
Alemanha	141	6,2
Colômbia	134	5,9
Itália	114	5,0
Outros países	678	29,4
NR	87	3,8
Total	2.294	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Algumas considerações

O Cofen é o maior conselho de classe do Brasil, com 1.804.535 de profissionais de enfermagem inscritos ativos no Sistema Cofen-Conselhos Regionais de Enfermagem.

A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil evidenciou a necessidade de uma base única nacional para extração de relatórios analíticos para acompanhamento da evolução tanto da quantidade de inscrições quanto da quantidade de profissionais de enfermagem em todo o Brasil.

Também é necessária a definição de

períodos de coleta dos dados para sistematizar uma análise periódica do perfil dos profissionais de enfermagem para poder acompanhar a evolução dessa classe profissional.

Os principais achados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil são coerentes com os problemas identificados pela OMS (2006) para países em desenvolvimento na área de saúde, como, por exemplo:

- Formação desordenada, imprópria ou inadequada dos profissionais de enfermagem;
- Distribuição desigual dos profissionais de

enfermagem pelo território nacional;

- Políticas e práticas insuficientes para o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem mais jovens;
- Baixa integração dos Conselhos Regionais e do Cofen com o setor privado para acolhimento de demandas.

Por fim, é de fundamental importância destacar o papel do Cofen no desenvolvimento de políticas públicas de saúde para que a

sociedade tenha profissionais aptos e qualificados ao exercício da profissão, obedecendo aos preceitos éticos da categoria, contribuindo para a valorização e reconhecimento do trabalho realizado pela enfermagem.

Nesse sentido, a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil se apresenta como um grande avanço e um importante instrumento para auxiliar o Sistema Cofen-Conselhos Regionais nas suas funções precípuas de controle, monitoramento e fiscalização da enfermagem no Brasil. ■

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEN). *Diretrizes para a enfermagem no Brasil: relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil: 1956-1958*. Brasília, DF: ABEN, 1980. p. 401.

BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 15 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 28 set. 2016.

COSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais*. Brasília, DF: Cofen, 2011.

_____. *O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982-1983*. Rio de Janeiro: ABEN, 1985.

_____. *Resolução nº 479/2015 de 14 de abril de 2015*. Estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema

Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. E dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04792015_30971.html>. Acesso em: 27 set. 2016.

_____. *Resolução nº 448/2013 de 5 de novembro de 2013*. Aprova e adota o Manual de Procedimentos Administrativos para registro e inscrição de profissionais. Brasília, DF: Cofen, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04482013-3_23054.html>. Acesso em: 28 set. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Primeiros dados do Censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php>. Acesso em: 8 mar. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). *Censo da Educação Superior 2012: Resumo Técnico*. Brasília, DF: INEP, 2014. Disponível em: <<http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2012/>>

resumo_tecnico_censo_educacao_superior_2012.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de saúde, uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995. 193p.

MACHADO M. H. et al. (Coord.) *Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Cofen: 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial de Saúde 2006: Trabalhando juntos pela Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 210p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

PERSEGONA, M. F. M. *Cadastro Nacional de Inadimplentes Ambientais: Fundamentos e Modo de Operação*. 2010. 260 f. Tese (Doutorado em Política e Gestão Ambiental) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010.

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo: Universidade de São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2015.

VIEIRA, A. L. S. Os enfermeiros no Mercosul: recursos humanos, regulação e formação profissional comparada. *Relatório final*. Rio de Janeiro: Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006.

A formação do auxiliar e do técnico em enfermagem: a ‘era SUS’

The education and training of the nursing assistant and technician: the ‘SUS age’

Mônica Wermelinger¹, Júlio César França Lima², Monica Vieira³

RESUMO O artigo tem como objetivo discutir as políticas de formação profissional durante a concepção, a implementação e a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, indutoras do atual perfil de formação profissional do contingente de mais de 1,8 milhão de trabalhadores da enfermagem, desvelado pela pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Pretende-se aprofundar o debate sobre a privatização histórica e crescente da formação profissional de nível técnico e, por fim, mas não menos importante, falar um pouco desse indivíduo, o auxiliar ou técnico de enfermagem, sua formação e seus desejos e metas nesse campo. Auxiliares e técnicos de enfermagem no Brasil realizaram, majoritariamente, sua formação profissional no setor privado e em cursos noturnos. Os dados relativos à formação destes quase 1,4 milhão de profissionais mostram, ainda, que mais de um terço cursou ou está cursando graduação; desses, 11,5% já concluíram o nível superior, e a maior parte demonstra interesse em continuar os estudos na própria área. Os dados dão conta de que as políticas públicas não têm sido efetivas no sentido de desconcentrar o aparelho formador dessa força de trabalho fundamental para o sistema de saúde. Buscar-se-á, por fim, explicitar as características fundamentais da formação profissional do auxiliar e do técnico de enfermagem desveladas pela pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: privatização, cursos noturnos e concentração em determinados estados; além de um perfil prospectivo e subjetivo desses profissionais: seus desejos e metas no campo formativo.

PALAVRAS-CHAVE Educação em enfermagem. Formação profissional. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The article aims to discuss the professional training policies during the conception, implementation and consolidation of the Unified Health System in Brazil, inducing the current profile of professional education and training of the contingent of more than 1.8 million nursing professionals, unveiled by research Nursing Profile in Brazil. It is intended to deepen the debate on the historical and growing privatization of the technical level of training and, last but not least, talk a little bit about that individual, the nursing assistant or technician, their training and their desires and goals in this field. Nursing auxiliaries and technicians in Brazil held, mostly, their professional training in the private sector and evening courses. Data on the education and training of these almost 1.4 million professionals also show that more than one-third attended or is attending tertiary education institutions; of these, 11.5% have completed tertiary level, and most show interest in continuing their studies in their own areas. Data show that public policies*

¹ Bióloga. Doutora em saúde pública. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen).

mowermelinger@gmail.com

² Enfermeiro. Doutor em políticas públicas e formação humana. Pesquisador em saúde pública da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

jcfflima@gmail.com

³ Socióloga. Doutora em saúde coletiva. Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen).

monicavi@fiocruz.br

have not been effective in order to decentralize the forming apparatus of such workforce that is essential to the health system. We intend, at last, to clarify the fundamental characteristics of the professional training and education of the nursing assistant and technician unveiled by the research Nursing Profile in Brazil: privatization, evening courses and concentration in certain states; as well as a prospective and subjective profile of those professionals: their desires and goals in the training field.

KEYWORDS *Education, nursing. Professional education and training. Unified Health System.*

Políticas públicas na 'era SUS' e a formação de nível fundamental e médio em enfermagem

A década de 1980 foi um período muito fértil no Brasil. Apesar da crise econômica, o processo de redemocratização da sociedade brasileira revelou a vitalidade de diversos movimentos sociais e as disputas entre projetos sociais diferentes. Na agenda política, sobressaem as temáticas da igualdade, solidariedade, dependência e dívida externa, a urgência das reformas sociais e a universalização de políticas públicas, com ênfase para a saúde e educação. Esse processo de reconstrução democrática foi o que permitiu sedimentar referências conceituais fundamentais para a construção e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovado na Constituição Brasileira, em 1988, na qual a saúde é definida como direito de todos e dever do Estado.

O SUS nasce sob a defesa da necessidade de mudanças conceituais em relação ao conceito de saúde e à formação de seus trabalhadores, assim como de mudanças estruturais no modelo de saúde visando um sistema único e universal. Sob o primeiro aspecto, a

primeira observação é que o conceito ampliado de saúde construído na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, é tributário do pensamento social em saúde de base marxiana. Essa concepção ampliada define um processo no qual a própria doença não é mais reduzida ao corpo biológico, na medida em que inclui o corpo socialmente investido ou a necessidade de verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade, antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade (DONNANGELO, 1976).

Sob essa referência, foram construídas, nos anos 1980, as estratégias para a formação dos trabalhadores do SUS, em especial os de nível fundamental e médio em saúde. A primeira estratégia é tributária da experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal do Ministério da Saúde (PPREPS/MS), mais conhecida como Projeto Larga Escala, voltado para a qualificação dos trabalhadores em atividade ou em vias de ingresso no SUS, nos diversos municípios brasileiros, sob a inspiração da integração ensino-serviço de base freireana. A segunda é tributária das discussões em torno da reestruturação da formação profissional em saúde em Cuba e Nicarágua e da produção intelectual da área trabalho-educação no País, que se organiza em torno da proposta de educação politécnica de ensino, de base marxiana, com

atuação voltada predominantemente para a formação de novos quadros para o SUS e para a integração da formação geral com a formação profissional em saúde.

Efetivamente, a primeira estratégia é reconhecida como a estratégia político-pedagógica para a formação dos trabalhadores técnicos em saúde, ante as necessidades de ampliação de cobertura e do grande quantitativo de trabalhadores sem formação profissional exercendo atividades no interior do SUS. Estimava-se, à época, a existência de 300 mil trabalhadores empregados, que representavam aproximadamente 50% da força de trabalho de saúde, tanto na administração (gerência de material, de pessoal e de finanças) como na assistência (enfermagem, nutrição, odontologia, laboratório, fisioterapia e vigilância sanitária e meio ambiente). Desses trabalhadores técnicos, as atendentes de enfermagem representavam o maior quantitativo sem qualificação profissional, que, a partir de 1986, com a aprovação da nova Lei do exercício do profissional de enfermagem (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986), ficam proibidas de serem contratadas pelos serviços públicos e privados de saúde, estabelecendo o prazo de 10 anos para que só exercessem a enfermagem os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Sob o Larga Escala, inicia-se a constituição de uma rede governamental denominada Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) para fazer frente aos esforços de formação nos diversos estados brasileiros.

Entretanto, as profundas mudanças que se verificam na década de 1990, no Brasil e no mundo, com o impacto do novo modo de acumulação do capital sob a hegemonia do capital financeiro e da nova base técnica de produção microeletrônica, frustram de modo geral as tentativas de se implantarem políticas de saúde e de educação na ótica do trabalho. Seguindo as diretrizes do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM), o governo Collor (1990-1992) inicia o desmonte do Estado desenvolvimentista. A

partir daí, a desmobilização do setor público assume papel central na agenda governamental, tornando-se instrumento-chave do processo de ajuste fiscal. Com isso, o Estado vai deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento socioeconômico, afastando-se das funções de produção de bens e serviços, e a burguesia passa a ser a principal promotora da dinâmica econômica capitalista. Essa perspectiva de construção do Estado Regulador ou Estado Gerente se consolida com a reforma do Estado promovida pelo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) no período de seus dois mandatos (1995-1998 e 1999-2002).

Nesse contexto, os anos iniciais da década de 1990 foram de descontinuidade e paralisia da operacionalização do Larga Escala, decorrente de dificuldades de ordem política e financeira. Sua implementação nos estados e municípios sempre dependeu do grau de compromisso dos governadores, prefeitos e políticos setoriais com a proposta, isto é, sempre esteve à mercê da conjuntura política ou da correlação de forças locais para o desenvolvimento das suas ações. No final dos anos 1980, já enfrentava dificuldades para a criação de Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no âmbito das secretarias estaduais/municipais de saúde. Entre os obstáculos, podem-se enumerar as objeções quanto ao papel formador dos serviços de saúde e a vulnerabilidade das equipes locais de supervisão às injunções políticas locais que criavam dificuldades para mudanças mais consistentes nas práticas e nos serviços. Agregue-se a isso o fato de que o setor privado de ensino também disputou e até bloqueou, em alguns estados, a consolidação de ETSUS (LIMA, 2010; PIRES; PAIVA, 2006; BRASIL, 1986).

Em face desses problemas, a equipe técnica do Projeto conseguiu instituir na gestão do então ministro da educação Carlos Sant'Anna (16/01/1989 a 14/03/1990) um Grupo Técnico de Saúde no âmbito da Secretaria de Ensino de Segundo Grau, para criar nas estruturas organizacionais das

Escolas Técnicas Federais (ETF) e Centros Federais de Educação Tecnológica (Cefet) as Unidades Descentralizadas para o Ensino Técnico de Saúde, com financiamento do Programa de Expansão e Melhoria do Ensino Técnico (Protec). Entretanto, esse projeto foi abortado na vigência do governo Collor (LIMA, 2010, 2016).

No final dos anos 1990, o Larga Escala dá lugar ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que amplia em escala o que o primeiro não alcançou, ao mesmo tempo que contribuiu para difundir a pedagogia das competências no interior do setor saúde, com a organização do Sistema de Certificação de Competências do Auxiliar de Enfermagem (SCC-Profae).

Elaborado inicialmente para ser um projeto de requalificação dos atendentes em auxiliares de enfermagem, o Profae assumiria também a tarefa de requalificar os auxiliares em técnicos de enfermagem. Com a aprovação do Parecer CNE/CEB nº 10, de 04 de abril de 2000, abre-se a possibilidade de realizar o curso de complementação da carga horária teórica e prática e a conclusão do ensino médio para se tornar técnico de enfermagem. Dessa forma, o Profae vai responder às pressões e demandas oriundas de diversos setores da sociedade civil, como a corporação de enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem – Cofen; Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn e sindicatos de enfermagem), que vinham lutando para garantir, de fato, a eliminação dos atendentes como profissionais da área, e das instituições públicas e privadas de saúde, que estavam requerendo força de trabalho de maior qualificação, notadamente de técnico de enfermagem, isto é, profissionais com ensino médio completo, tendo em vistas as mudanças que estavam se operando nas relações sociais de produção, de maneira geral, e no trabalho de enfermagem, em particular (PIRES, 1998).

Financiado com recursos do Banco

Interamericano de Desenvolvimento (BID) (US\$ 185 milhões), do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) por meio do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT) (US\$ 185 milhões), no valor total de US\$ 370 milhões, foi um projeto ambicioso de formação profissional em saúde em âmbito nacional que ganhou repercussão internacional por sua concepção, pelo seu formato de organização e pelos resultados alcançados. Segundo as metas acordadas com o BID, comprometeu-se a qualificar 180 mil auxiliares de enfermagem dos 225 mil trabalhadores previstos e a formar 72 mil técnicos de enfermagem dos 90 mil auxiliares de enfermagem previstos (BRASIL, 2006). Foi um desdobramento direto da experiência do Larga Escala, utilizando-se das mesmas estratégias de integração ensino-serviço, descentralização dos cursos para os municípios brasileiros e articulação com o ensino supletivo, dentro do quadro referencial da modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA), segundo o Parecer CNE/CEB nº 11, de 10 de maio de 2000.

A sua concepção foi baseada fundamentalmente na perspectiva de construir a capacidade de governança do MS e correlativamente das instâncias subnacionais para exercerem as funções de regulação e coordenação das políticas de formação dos trabalhadores técnicos de saúde de maneira geral e dos auxiliares de enfermagem em particular. Sua arquitetura de operacionalização envolveu uma complexa rede de instituições públicas e privadas organizadas como agências regionais, operadoras e executoras da formação profissional em todo o território nacional, na sua maioria privadas, por meio de processos licitatórios, critérios de elegibilidade das instituições e avaliação das propostas pedagógicas segundo pré-requisitos estabelecidos, dentre outros aspectos.

Nesse sentido, é um exemplo bem-sucedido da organização da 'competição administrada' no interior do MS. Assim como a proposta de reforma bresseriana para o SUS,

o Profae foi organizado de forma a passar de um sistema de financiamento baseado na oferta de serviços educacionais a outro baseado na demanda de serviços – isto é, a formação profissional dos auxiliares e técnicos de enfermagem não seria executada pelas ETSUS, mas segundo o sistema de concorrência entre estas e as escolas privadas (LIMA, 2010).

Projetado para ser operacionalizado entre 2000 e 2003, foi prorrogado até 2007, considerando que, em setembro de 2002, estavam cadastradas no Sistema de Informação Gerencial do Profae 461.318 pessoas, ou seja, uma demanda que superava muito a meta inicial. Após a sua extinção, o MS começou a discutir a ampliação dessa experiência e seu modelo de formação para outras áreas profissionais, com a criação do Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps), conforme a Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009, o incluindo como uma das diretrizes estratégicas do Mais Saúde – Direito de Todos (2008-2011). Diferentemente do Profae, a execução técnica-pedagógica dos cursos técnicos volta a ser, prioritariamente, das ETSUS, escolas de saúde pública e centros formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde.

Portanto, pode-se dizer que, a partir da década de 1980, o setor saúde acionou diversas iniciativas que visaram qualificar os trabalhadores técnicos de saúde, principalmente aqueles engajados no interior dos serviços de saúde e da área de enfermagem. Todavia, deixou de lado a perspectiva de construir uma política pública de educação profissional em saúde no País, apoiando-se basicamente em projetos circunstanciais. O esforço realizado nessas quase quatro décadas não impediu, por exemplo, o avanço vigoroso do mercado educativo em saúde. Por outro lado, as ETSUS na sua maioria não se transformaram em unidades com autonomia administrativa e financeira.

Em relação à área de enfermagem, a

grande novidade nesse início do século XXI é a tendência para que o técnico de enfermagem e o enfermeiro sejam os únicos profissionais responsáveis pelo trabalho simples e complexo na área, principalmente após a emissão da Resolução Cofen nº 276, de 16 de junho de 2003. Essa resolução concede por até cinco anos após o registro, renováveis a cada ano, apenas a inscrição provisória dos auxiliares de enfermagem, com base na consideração de que não se trata de um profissional habilitado, mas apenas qualificado, segundo a legislação educacional.

Em outras palavras, após 60 anos (1923-1983) de institucionalização da enfermagem moderna no País, com a criação da Escola de Enfermeiras do antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), nos anos 1980, o patamar de escolarização para o trabalho na área era de quatro anos, com a presença maciça das atendentes de enfermagem como a principal força de trabalho, apesar dos indícios de aumento de escolaridade na área naquele momento (LIMA, 2016). No entanto, em 20 anos (1983-2003), ainda que pese a presença de um grande contingente de auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho setorial, verifica-se a tendência de extinção dessa categoria profissional tal qual ocorreu com as atendentes a partir de 1986, pelo estabelecimento do ensino médio como patamar mínimo de escolarização para registro no conselho profissional e de ingresso no mercado de trabalho.

A mercantilização da formação profissional em enfermagem

Conforme já foi sinalizado anteriormente, tratar da hegemônica presença do setor privado na formação de auxiliares e técnicos de enfermagem no Brasil pressupõe considerar que a dinâmica do mercado de trabalho, a estruturação dos postos de trabalho,

a qualificação de trabalhadores e a configuração da força de trabalho são aspectos profundamente dependentes das relações sociais presentes em um dado momento histórico (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013).

A contribuição da educação para a empregabilidade de trabalhadores excluídos dos postos de trabalho formais ganha força a partir dos anos de 1990, a partir de um discurso que afirma que uma maior qualificação do trabalhador acompanharia o crescimento da produtividade e atenderia às exigências do mercado de trabalho (SAVIANI, 2007; RAMOS, 2001).

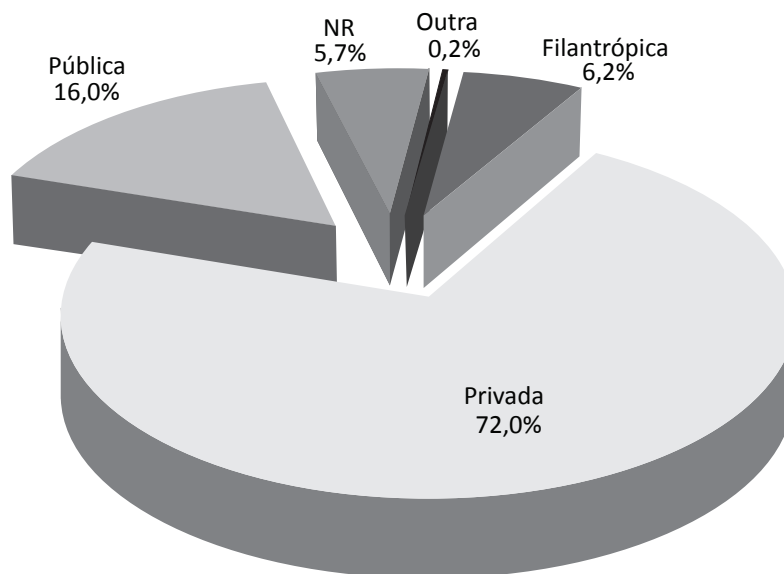
Esse contexto baliza a discussão acerca da expansão do acesso à educação no Brasil que promoveu o aumento da escolaridade média nos últimos 20 anos. Assim, a expansão do setor privado e o esforço crescente dos indivíduos em se qualificar acompanham a crença de que trabalhadores mais capacitados se constituem em fator de ampliação da produtividade e maiores ganhos para o trabalhador mediante ampliação de seu 'capital pessoal'. Nessa lógica, seriam os próprios indivíduos os responsáveis pela desigualdade no campo da educação e do trabalho, já que não teriam alcançado as credenciais disponíveis para disputar melhor inserção profissional. Frigotto (1984, 2001) vem apontando para o caráter ideológico desse pensamento, que termina por destacar os atributos pessoais na aquisição das competências profissionais e não leva em consideração os aspectos estruturais que condicionam os diferentes momentos do desenvolvimento das economias capitalistas, bem como os seus limites.

No caso do crescimento da oferta de

cursos técnicos na área da saúde com destaque para a enfermagem, cabe chamar atenção para o crescimento do setor de serviços, em parte devido ao deslocamento dos empregos da indústria, e a expressiva expansão daqueles ligados as atividades de atenção à saúde (DEDECCA, 2008). A educação profissional não está imune a esse processo, e no caso da formação em saúde, a enfermagem é emblemática da acelerada luta por qualificação de milhões de trabalhadores que, nas últimas décadas, vêm buscando acesso ao mercado de trabalho brasileiro. A grande maioria dos auxiliares e técnicos de enfermagem (72%) realizou sua formação profissional em instituições privadas (PERFIL DA ENFERMAGEM NO BRASIL, 2013) (*gráfico 1*). Essa distribuição acompanha os dados do Censo Escolar (BRASIL, 2014) disponibilizados pelo Ministério da Educação (MEC) que sinaliza que, de forma geral, a educação profissional em saúde no País é, mais do que em outras áreas, ofertada pelo setor privado. A compreensão de que esse fenômeno mais específico do comportamento do setor saúde é multideterminado passa pela consideração de aspectos que se relacionam ao precário investimento de políticas públicas de formação técnica em saúde; origem social desses alunos e inserção mais tardia na formação profissional de nível técnico em saúde, entre outros.

Assim, enquanto a área da indústria foi objeto de políticas educacionais específicas desde os anos de 1940, a formação profissional na área da saúde só tem início com o Projeto Larga Escala em meados dos anos de 1980, já em clara associação ao processo de constituição do SUS e à municipalização da saúde, conforme analisado anteriormente.

Gráfico 1. Auxiliares e técnicos de enfermagem segundo natureza da instituição formadora - Brasil



Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Em 1999, o setor privado era responsável por 62% das matrículas na formação técnica de nível médio em saúde e cresceu nos dez anos seguintes alcançando quase 75% em 2009 (VIEIRA ET AL., 2013). No caso da enfermagem, em 2015, o percentual de matrículas no setor privado alcança 79,5%. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), entre todos os cursos da educação profissional em 2013, a enfermagem foi o que apresentou o maior quantitativo de matrículas no setor privado, correspondente a 17,6% do total.

A privatização da oferta de formação técnica em saúde está associada à concentração de cursos na região Sudeste (tabela 1). De acordo com o Censo Escolar, a região Sudeste apresenta mais da metade do total de matriculados no Brasil. Como a formação técnica em enfermagem é a que puxa os percentuais

da educação profissional em saúde, seus percentuais acabam confirmando os resultados para a área da saúde como um todo. Assim, a formação profissional em saúde é realizada, majoritariamente, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, responsáveis por 36% do total. Essa concentração chega a quase 50% quando somados os percentuais de Minas Gerais e Espírito Santo. É necessário, no entanto, sinalizar mudanças na concentração regional, com a diminuição da participação da região Sudeste no total de alunos matriculados da educação profissional em saúde (VIEIRA ET AL., 2014).

De acordo com os dados do Inep de 2015, a região Sudeste é a que apresenta os percentuais mais altos de matrículas nos cursos técnicos de enfermagem no setor privado, maior que 85% e alcançando 100% no Espírito Santo.

Tabela 1. Auxiliares e técnicos de enfermagem segundo região da formação técnica – Brasil

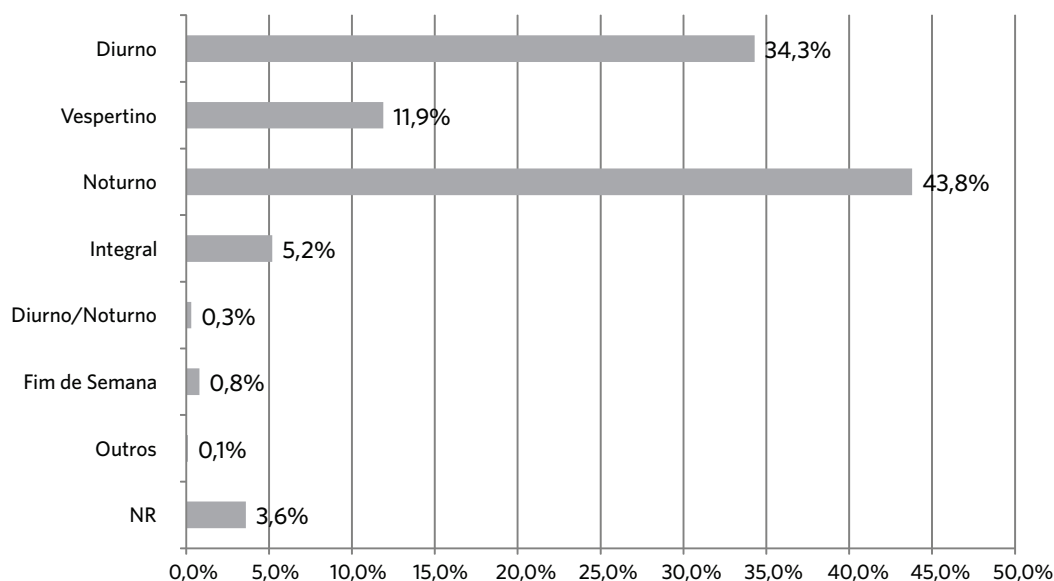
Regiões	V. Abs.	%
Brasil	1.389.823	100,0
Região Norte	108.831	7,8
Região Nordeste	293.268	21,1
Região Sudeste	646.602	46,5
Região Sul	182.155	13,1
Região Centro-Oeste	87.206	6,3
NR	71.760	5,2

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

A privatização da oferta de cursos de formação técnica em enfermagem é acompanhada pelo elevado quantitativo de 610 mil trabalhadores que realizaram sua formação em período noturno, o que representa um percentual de 43,8% (*gráfico 2*). Esse fenômeno é mais bem compreendido quando se analisa a construção das trajetórias educacionais e ocupacionais de trabalhadores de nível médio em saúde no Brasil. Estudos empíricos (VIEIRA ET AL., 2014) constataam que agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de saúde bucal, agentes da vigilância em saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem iniciam a formação técnica na área da saúde após um percurso educacional e ocupacional instável. A origem social desses trabalhadores é, em geral, subalterna, e parte deles teve que interromper os estudos, quase

sempre no momento de transição para o ensino médio, visando à inserção no mercado de trabalho, diante da necessidade de contribuir com a renda familiar. O retorno à escola e, portanto, à formação técnica tende a ser mais tardio, e essa retomada parece viabilizada pela maior oferta privada de cursos noturnos. Os alunos dos cursos da área da saúde apresentam faixas etárias mais elevadas do que a média dos alunos das demais formações técnicas (VIEIRA ET AL., 2014). Assim, diferentes padrões caracterizam os alunos da formação profissional em enfermagem: há aqueles que ‘estudam para trabalhar’, aqueles que ‘trabalham para estudar’. Boa parte desses alunos trabalha e estuda concomitantemente e busca a formação profissional na saúde como uma tentativa de inserção mais estável no mercado de trabalho.

Gráfico 2. Auxiliares e técnicos de enfermagem segundo modalidade do curso de formação técnica - Brasil



Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Esses dados também sugerem um retorno à escola de trabalhadores em busca de uma formação técnica que poderia facilitar-lhes o acesso a postos de trabalho mais qualificados e mais bem remunerados e parece confirmar uma transição do trabalho para a escola (COMIN; BARBOSA, 2011), na perspectiva de progredir no mercado de trabalho.

Desejos e metas no campo formativo: ‘O que vou ser quando...?’

É verdade que grande parte dos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem possui escolaridade superior à exigida para atuar nos seus respectivos postos de trabalho. Segundo dados da pesquisa Perfil da

Enfermagem no Brasil, mais de um terço (34,3%) desses trabalhadores já concluíram ou estão cursando o nível superior de ensino (tabela 2). De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expansão do acesso à educação no Brasil promoveu tanto o aumento da escolaridade média quanto a redução da desigualdade educacional dos últimos 20 anos. Esse levantamento indicou aumento na média de anos de estudo em todas as regiões brasileiras. A média nacional passou de 7,5 anos, em 2012, para 7,6 anos, em 2014, tempo que é ainda maior entre as mulheres, atingindo 7,8 anos¹.

Destaca-se que a literatura vem sinalizando o fenômeno da ‘superqualificação’ de trabalhadores, crescente a partir dos anos

¹ Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20802:pesquisa-aponta-queda-do-analfabetismo-e-aumento-na-escolaridade&catid=222&Itemid=86>. Acesso em: 28 ago. 2016.

2000 e associado à ampliação do acesso ao ensino superior, sem a equivalente expansão da oferta de postos de trabalho mais qualificados.

No caso da saúde, os dados da pesquisa Assistência Médico-Sanitária do IBGE mostram que, desde a década de 1980, os empregos de nível elementar vêm decrescendo, ao mesmo tempo que os empregos

de nível auxiliar e técnico crescem, especialmente, no setor público. Tal fato se deveu, já desde a década de 1990, à expansão da atenção básica, que passa a se constituir como principal locus empregador desse segmento de trabalhadores (Agentes Comunitários de Saúde – ACS, endemias, saúde bucal, bem como de auxiliares e técnicos de enfermagem).

Tabela 2. Auxiliares e técnicos de enfermagem segundo nível de escolaridade – Brasil

Escolaridade	V. Abs.	%
Primeiro Grau Incompleto	3.215	0,2
Primeiro Grau Completo	25.126	1,8
Segundo Grau Incompleto	50.747	3,7
Segundo Grau Completo	801.613	57,7
Nível Superior Incompleto	316.975	22,8
Nível Superior Completo	159.421	11,5
NR	32.725	2,4
Total	1.389.823	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

É preciso aprofundar a análise de modo a correlacionar a 'superqualificação' com faixas etárias e regiões do País, para facilitar a compreensão desse fenômeno crescente e subsidiar decisões a nível de gestão local da força de trabalho em enfermagem.

A pesquisa mostra que a maioria (63,7%) dos trabalhadores, auxiliares e técnicos que fez ou está fazendo alguma graduação o faz na própria área de enfermagem. Tal fato

sugere forte interesse na ascensão profissional por meio da construção de uma carreira na área. Aqui está se falando de um contingente de aproximadamente 251 mil trabalhadores se capacitando em enfermagem, apesar de atuar como auxiliar/técnico. Ainda na área da saúde, a segunda profissão de destaque é o serviço social, seguido da biologia, fisioterapia, psicologia, educação física e biomedicina (tabela 3).

Tabela 3. Auxiliares e técnicos de enfermagem que realizaram curso superior segundo a área - Brasil

Área	V. Abs.	%
Enfermagem	251.832	63,7
Serviço Social	29.515	7,5
Biologia	11.932	3,0
Fisioterapia	11.181	2,8
Psicologia	9.598	2,4
Educação Física	5.096	1,3
Biomedicina	4.674	1,2
Farmácia	3.989	1,0
Nutrição	2.345	0,6
Outras graduações da saúde	3.682	0,9
Direito	11.108	2,8
Pedagogia	9.431	2,4
Administração	8.968	2,3
Letras	3.709	0,9
Teologia	2.992	0,8
Engenharia	2.316	0,6
Ciências Contábeis	1.642	0,4
Outras graduações	15.056	3,8
Tecnólogo	458	0,1
Outro Curso Técnico	1.290	0,3
NR	4.751	1,2
Total	395.562	100,0

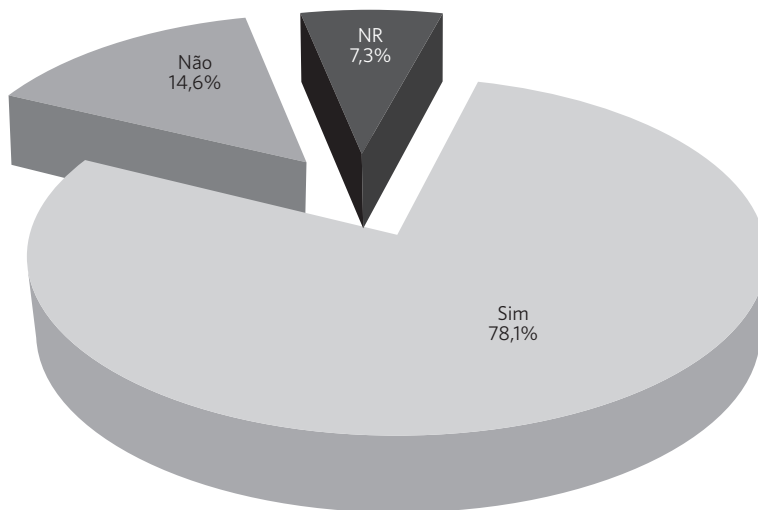
Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Por outro lado, observando o *ranking*, pode-se notar a presença de várias profissões, que são ou serão novas áreas de atuação profissional desse enorme contingente de mais de 395 mil auxiliares e técnicos, quais sejam: serviço social, biologia, fisioterapia, direito, psicologia, pedagogia e administração.

Apesar de se considerar elevado o nível de formação desses trabalhadores para ocuparem um posto de trabalho que exige, no

máximo, o nível médio de escolaridade, a pesquisa Perfil da Enfermagem descortinou outra informação interessante: a imensa demanda reprimida caracterizada pelo desejo e pretensão de continuar os estudos, expresso por 78,1% dos auxiliares e técnicos, o que parece confirmar a valorização que a educação vem recebendo como fator decisivo na melhoria da inserção no mercado de trabalho (*gráfico 3*).

Gráfico 3. Auxiliares e técnicos de enfermagem segundo pretensão de continuar os estudos – Brasil



Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Deve-se considerar que essa questão é um dado de realidade importante para as políticas atuais e para as propostas que envolvem a categoria de enfermagem: seja a exclusão do atendente do mercado – que já ocorreu –; seja a política progressiva de extinção dos auxiliares de enfermagem em andamento no âmbito dos Conselhos da categoria; ou ainda a redução da jornada para 30 horas/semanais, todas têm impacto e são impactadas diretamente pela necessidade e pela tendência de termos profissionais de enfermagem com nível de escolaridade cada vez maior.

Também é importante considerar que as análises prospectivas implicam um trabalho repleto de incertezas. Os cenários prospectivos são imagens de futuro, ou jogos coerentes de hipóteses, em que se tem um conjunto formado pela descrição de uma situação de origem, mas que se opõe às concepções determinísticas ou fatalistas do futuro, assumindo como pressuposto que os processos de mudanças são incertos e indeterminados e que os atores sociais têm diante de si, a

cada instante, alternativas múltiplas e diversas (BOUDON, 1981).

Assim, há que se considerar que, apesar do desejo expresso de continuar os estudos da imensa maioria dos auxiliares e técnicos de enfermagem, e da concepção de que a ação dos homens tem potencial para influir na história e que esta pode assumir percursos diversos de acordo com as conjunturas políticas e os condicionamentos estruturais, é necessário dispor de lucidez para compreender que nenhum cenário será exatamente aquele apontado, uma vez que a história evolui incorporando traços de diversas possibilidades e trazendo ainda para o contexto situações inusitadas (PORTO; RÉGNIER, 2003). Entretanto, o primeiro passo, que cabe aos gestores e às instituições, é exatamente o de proporcionar conjunturas políticas e condicionamentos estruturais adequados a essa busca pelo conhecimento.

A maioria dos auxiliares e técnicos que pretendem continuar os estudos tem a intenção de permanecer na própria área (59,3% desejam

fazer graduação em enfermagem), o que pode confirmar o interesse no crescimento por meio de uma trajetória profissional. Esse dado reforça a necessidade de se ter políticas públicas que regularizem a situação da ascensão funcional, tão requerida no âmbito da saúde.

Tendo como base o ranking dos 10 cursos mais procurados, chama atenção o volume de trabalhadores auxiliares e técnicos de enfermagem que pretendem seguir estudos

na área da saúde, além, naturalmente, da enfermagem. Os cursos mais frequentemente citados foram: serviço social, psicologia, nutrição, medicina, biologia e biomedicina. Fora da área de saúde, despontam: direito, administração, pedagogia, além da cosmetologia, engenharia etc. Registra-se igualmente outros cursos técnicos no âmbito da saúde que também são mencionados como nova área de interesse (*tabela 4*).

Tabela 4. Auxiliares e técnicos de enfermagem com pretensão de continuar os estudos segundo a área – Brasil

Área	V. Abs.	%
Enfermagem	643.923	59,3
Serviço Social	52.549	4,8
Psicologia	27.749	2,6
Direito	24.382	2,2
Nutrição	19.348	1,8
Medicina	18.849	1,7
Administração	17.049	1,6
Pedagogia	14.169	1,3
Biologia	12.765	1,2
Biomedicina	12.349	1,1
Engenharia	10.151	0,9
Cosmetologia	7.750	0,7
Terapia Ocupacional	7.326	0,7
Odontologia	6.214	0,6
Fisioterapia	4.608	0,4
Medicina Veterinária	4.356	0,4
Educação Física	4.352	0,4
Fonoaudiologia	3.184	0,3
Recursos Humanos	2.999	0,3
Letras	2.943	0,3
Gastronomia	2.904	0,3
Gestão Políticas Públicas	2.091	0,2
Teologia	2.039	0,2

Tabela 4. (cont.)

Sistema Informação	1.960	0,2
Farmácia	1.656	0,2
Ciências Contábeis	1.655	0,2
Tecnólogo	1.133	0,1
Outro Curso Técnico	12.898	1,2
Outra graduação	20.293	1,9
NR	141.419	13,0
Total	1.085.062	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Notas finais

A problemática da formação profissional diante de uma realidade de mudanças constantes remete, compulsoriamente, à reflexão sobre o modo como a sociedade se organiza e se conforma na relação entre dominantes e dominados, reflexão que deve sinalizar uma direção que não se contenta apenas com o processo de ensino-aprendizagem em dado espaço e contexto, mas que tenha por horizonte uma sociedade transformada. Ou seja: uma reflexão comprometida com um projeto de sociedade, “que possa ser, simultaneamente, democrática, participativa, transparente, ágil e eficiente”, tendo o homem como prioridade essencial e centro das preocupações (AMÂNCIO FILHO, 1997 APUD AMÂNCIO FILHO; TELLES, 2003, P. 2).

Entretanto, caso se analisem as escolas que formaram esses auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como as escolhas ou aspirações desses trabalhadores, à luz de uma filosofia da educação crítica e comprometida com a emancipação do educando, terá que se considerar a pequenez de suas opções, tão condicionadas estão – pessoas e instituições – a reproduzir o que está dado (BOURDIEU, 2015).

Os ‘desejos de formação’ dos auxiliares e técnicos de enfermagem não podem ser encarados como determinantes de um cenário futuro hipotético, mesmo que todas as condições objetivas e subjetivas sejam dadas. Inicialmente, porque esse ‘desejo de busca pelo conhecimento’ reflete menos a vontade do indivíduo do que uma ‘verdade moral’, cultural e socialmente construída e valorizada, por isso mesmo, só aparentemente independente. Adicionalmente, porque não existe busca pelo conhecimento desvinculada dos interesses práticos que, de fato, a comandam. Segundo Bourdieu (2015, P. 179),

o valor vinculado, do ponto de vista objetivo e subjetivo, a um título escolar só se define na totalidade dos usos sociais que dele podem ser feitos.

Nesse sentido, a tendência à exigência de uma escolarização cada vez maior na categoria da enfermagem e a existência de um imenso exército de reserva, possuidor do mesmo diploma, tornam-se fortes propulsores da busca por um maior grau de conhecimento ou por outro tipo de conhecimento que permitam ao trabalhador acesso a outros

nichos do mercado. Essa percepção justifica a um indivíduo

abandonar a tempo os ramos de ensino ou as carreiras desvalorizados para se orientar em direção de ramos de ensino ou carreiras de futuro. (BOURDIEU, 2015, P. 179).

Esses aspectos, somados à falta de políticas setoriais que incluam a possibilidade de ascensão funcional, compõem o pano de fundo de fenômenos como o da superqualificação dos auxiliares e dos técnicos em enfermagem, como também o da busca de outros cursos de graduação fora da enfermagem e, até, da área da saúde.

Esses trabalhadores esperam, ao ter acesso

ao nível superior de escolaridade, o que este proporcionava no tempo em que estavam excluídos desse ensino. Infelizmente, a defasagem entre as aspirações que o sistema de ensino produz e as oportunidades que o mercado oferece é geradora de um desencantamento, um profundo mal-estar

comum a toda uma geração: e isso se exprime por meio de formas insólitas de luta, de reivindicação ou de evasão, frequentemente malcompreendidas pelas organizações tradicionais de luta sindical ou política, é porque têm por objeto outra coisa e mais do que o posto de trabalho – a ‘situação’, como se dizia outrora. (BOURDIEU, 2015, P. 181). ■

Referências

AMÂNCIO FILHO, A.; TELLES, J. L. Formação de recursos humanos para a saúde: antigos problemas, novos desafios. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED. 26., 2003, Poços de Caldas, MG. *Anais...* Poços de Caldas, MG, 2003. Disponível em: <26reuniao.anped.org.br/trabalhos/antenoramanciofilho.rtf>. Acesso em: 22 out. 2016.

BOUDON, R. *A desigualdade das oportunidades*. Brasília, DF: UnB, 1981.

BOURDIEU, P. *Escritos de educação*. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio

Teixeira. *Censo escolar da educação básica 2013: resumo técnico*. Brasília, DF: Inep, 2014. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2013.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Sinopses estatísticas da educação básica*. Brasília, DF: Inep, 2016. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse-sinopse>>. Acesso em: 2 ago. 2016

_____. Ministério da Saúde. *Conferência nacional de recursos humanos para a saúde, 1: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

- _____. Ministério da Saúde. *Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, 2000-2007*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- CHINELLI, F.; VIEIRA, M.; DELUIZ, N. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. et al. (Org.). *Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2013. p. 23-48.
- COMIN, A.; BARBOSA, R. J. Trabalhar para estudar: sobre a pertinência da noção de transição escola-trabalho no Brasil. *Novos Estudos – CEBRAP*, São Paulo, n. 91, p. 75-95, 2011.
- DEDECCA, C. S. O trabalho no setor saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 87-103, jul./dez. 2008.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FRIGOTTO, G. *A produtividade da escola improdutiva*. São Paulo: Cortez, 1984.
- _____. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: FRIGOTTO, G. (Org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- LIMA, J. C. F. Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem. 2010. 454 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- _____. Trabalho e Educação Profissional em Saúde no Brasil. In: BRAGA, I. F. et al. (Org.). *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; EPSJV, 2016. [no prelo].
- PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.
- PIRES, F. A.; PAIVA, C. H. A. *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- PORTO, C.; RÉGNIER, K. *O ensino superior no mundo e no Brasil – condicionantes, tendências e cenários para o horizonte 2003-2025: uma abordagem exploratória*, dez. 2003. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/ensinosuperiormundobrasiltendencias-cenarios2003-2025.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2015.
- RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez Editora, 2001.
- SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 152-180, jan./abr. 2007.
- VIEIRA, M. et al. Dinâmica da formação técnica e da ocupação de postos de trabalho em saúde: Brasil anos 2000. In: MOROSINI, M. V. G. C. et al. (Org.). *Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2013. p. 121-148.
- VIEIRA, M. et al. *Trajetórias educacional e ocupacional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil: relatório de pesquisa*. Rio de Janeiro: Faperj, 2014.

Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil

Labor market in nursing in the SUS: an approach from the research Nursing Profile in Brazil

Maria Helena Machado¹, Eliane dos Santos de Oliveira², Waldirlando Rosa Lemos³, Wagner Ferraz de Lacerda⁴, Everson Justino⁵

¹ Socióloga. Doutora em Sociologia. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora-geral da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen). machado@ensp.fiocruz.br

² Nutricionista sanitária. Mestre em saúde pública. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora adjunta da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen). oliveira@ensp.fiocruz.br

³ Tecnólogo em recursos humanos. Especialista em gestão do trabalho. Pesquisador colaborador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen). waldirlando@gmail.com

* Para maiores detalhes ver MACHADO, M. H. Notas metodológicas. Enfermagem em Foco, Brasília, DF, n. esp., p. 6-8, 2016.

RESUMO O presente artigo aborda algumas dimensões estruturais do mercado de trabalho da enfermagem, focalizando a importância desse segmento na organização e no desenvolvimento das atividades no âmbito do Sistema Único de Saúde. Utilizou-se os dados provenientes da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em convênio com o Conselho Federal de Enfermagem (2015) e outras fontes secundárias disponíveis. Trata-se de um estudo transversal, abrangendo todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares inscritos no Sistema Cofen/Conselhos Regionais no ano de 2013, possuindo, portanto, abrangência nacional. As dimensões analisadas referem-se: a) à inserção nos setores público, privado e filantrópico; b) a vínculos trabalhistas; c) a jornadas de trabalho; c) à renda mensal, entre outras que conformam a dinâmica do mercado de trabalho. O texto conclui que o setor público é o grande empregador da enfermagem; que esses profissionais têm jornadas extensas, acima de 40 horas semanais; no entanto, têm rendas mensais baixas etc. Como contribuição ao entendimento dessa realidade, este artigo procura descrever a situação atual e a natureza do trabalho da enfermagem estabelecendo inter-relações causais entre essas dimensões.

PALAVRAS-CHAVE Mercado de trabalho. Enfermagem. Força de trabalho.

ABSTRACT *This article discusses some structural dimensions of the nursing labor market, focusing on the importance of this segment in the organization and development of activities under the SUS. We used data from the research Nursing Profile in Brazil conducted by Oswaldo Cruz Foundation in partnership with the Federal Council of Nursing (Cofen) (2015) and other secondary sources. This is a cross-sectional study, covering all nurses, technicians and auxiliaries enrolled in the Cofen/Corens (Regional Council of Nursing) System in 2013, having thus nationwide coverage. The analyzed dimensions refer to: a) the inclusion in the public, private and philanthropic sectors; b) labor relationships; c) working hours; c) monthly income, among others that make up the dynamics of the labor market. The text concludes that the public sector is the major employer of nursing; these professionals have long hours, over 40 hours per week; however, they have low monthly incomes, etc. As a contribution to the understanding of this fact, this article aims to describe the current situation and the nature of nursing work, establishing causal interrelationships between these dimensions.*

KEYWORDS Job market. Nursing. Labor force.

Introdução

De modo geral, ao abordar questões referentes às atividades do setor de serviços, recorre-se à conceituação funcional adotada por Berger e Offe (1991) que consideram esse setor como aquele que se insere em um processo global de reprodução de uma estrutura social – ou seja, a satisfação social e as condições físicas de sobrevivência – por meio da produção em si e das atividades que servem à manutenção e modificação das formas de preenchimento dessa força.

Esses serviços prestados compreendem a manutenção das condições físicas da vida social, dos sistemas de normas culturais e legais, a transmissão e o desenvolvimento de acervo de conhecimento de uma sociedade, seus sistemas de informação e circulação. A educação, a segurança pública, de bens de consumo sociais (comércio, lazer, cultura, esporte etc.), serviços administrativos da burocracia estatal, bem como a saúde, são atividades que, na opinião de Offe (1991, p. 14), exercem “funções de proteção e resguardo”. Portanto, são entendidos como ‘metatrabalho’ ou trabalho reflexivo. Enfim, têm eles a função, inclusive, de dar condições necessárias para que os membros da sociedade possam atuar como tais. Educação, saúde e segurança da mão de obra operária, lazer e cultura são alguns exemplos.

O mercado de saúde faz parte dessa modalidade de prestação de bens de manutenção social a que se refere. De especial valor para a sociedade é o trabalho da equipe de enfermagem, que, por essa razão, requer proteção, atenção e controle do Estado. São estabelecidas regras e sancionadas leis protecionistas com vistas ao resguardo desses serviços, para que eles sejam prestados por profissionais aptos técnica e legalmente.

Ao traçar a trajetória da evolução do sistema de saúde brasileiro, percebe-se esse processo de institucionalização da saúde, em particular dos serviços de enfermagem. Especialmente a partir da década de 1980, diversos estudiosos – dentre eles, Cordeiro

(1984); Luz (1984); pode-se afirmar que Melo (1984); Oliveira e Campos (1996) e Moysés (1986) – analisaram como se deu e se consolidou o sistema de saúde brasileiro.

O setor saúde tem sido analisado por estudiosos, como Girardi, (1999); Machado (1997, 2012); Nogueira (1987); Médici *et al.* (1992): por uma série de traços ditos estruturais e interligados. Trata-se de um setor constituído por atividades, eminentemente, intensivas em mão de obra, a despeito mesmo do intenso dinamismo com que novas tecnologias são crescentemente incorporadas às práticas do setor, é o primeiro diferencial. O segundo distintivo é a sua importante representatividade no sistema econômico, emprega 5,6% da população ocupada no País. O terceiro traço estrutural das atividades do setor de serviços de saúde está relacionado com a preponderância da força de trabalho feminina, fenômeno observado em todas as categorias, especialmente naquelas atividades que envolvem o trato e o cuidado das pessoas, como a enfermagem. O setor de serviços de saúde é o que mostra a maior participação de mulheres na composição do emprego entre todos os setores de atividade econômica no País (WERMELINGER *ET AL.*, 2010).

O tamanho do mercado de saúde

O setor de saúde no Brasil está estruturado com uma rede de 139.382 estabelecimentos de saúde, 453 mil leitos e absorve um contingente que corresponde a 7% do total da força de trabalho ocupada no Brasil, ou seja, 6,049 milhões de pessoas. Destes, 3,257 milhões são trabalhadores de saúde, ou seja, 53,5% (atividades de assistência), como médicos, enfermeiros, médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos, atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros, *tabela 1*. Os demais trabalhadores (46,5%) estão inseridos em outros setores não vinculados a saúde diretamente, como indústria farmacêutica, prestadores de serviços etc.

⁴ Pedagogo. Especialista em gestão de saúde. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen).
wagnerfl@ensp.fiocruz.br

⁵ Analista de sistemas. Especialista em análises de sistemas. Auxiliar de pesquisa do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional Sergio Arouca (Ensp) de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Cofen).
everson_justino@hotmail.com

Tabela 1. Empregos de saúde por esfera administrativa segundo regiões - Brasil, dez./2013

Regiões	Federal	Estadual	Municipal	Público	Privado	Total
Brasil	96.390	427.918	1.474.918	1.999.226	1.258.149	3.257.375
Norte	5.298	55.258	114.393	174.949	37.962	212.911
Nordeste	16.806	110.747	421.733	549.286	188.220	737.506
Sudeste	42.723	190.950	641.528	875.201	687.072	1.562.273
Sul	22.665	24.256	194.614	241.535	260.323	501.858
Centro-Oeste	8.898	46.707	102.650	158.255	84.572	242.827

Fonte: Ministério da Saúde, CNES, situação em dezembro de 2013.

O perfil do sistema de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, abrangendo os 5.570 municípios das cinco regiões brasileiras. No entanto, a forma como foi historicamente estruturado o modelo de assistência à saúde no Brasil reforçou as desigualdades regionais e a divisão de ‘mercados de serviços’ entre as esferas pública e privada. A capacidade instalada está composta de 76.568 estabelecimentos de saúde públicos, representando 54,9%, e 62.814 privados com e sem lucrativos, que correspondem a 45,1% (BRASIL, 2014). A conformação da oferta de serviços de saúde provoca uma grande desigualdade no sistema: de um lado, tem-se uma rede ambulatorial, predominantemente Copública, constituída de postos, centros de saúde e postos de assistência médica destinados à prestação dos serviços em clínicas básicas; de outro, tem-se a hegemonia do setor privado com 8.842 estabelecimentos com internação (hospitais) e responsável pela metade dos leitos existentes no País.

Ao se analisar os dados, na perspectiva das políticas públicas de saúde, observa-se o ‘encolhimento progressivo’ na criação de novos hospitais nessas últimas décadas. A

literatura revela ainda que o setor público tem negligenciado seu papel não só de provedor e produtor de serviços de saúde como também de responsável pela formação e capacitação de recursos humanos (MACHADO, 2012).

Em contrapartida, assiste-se a uma forte expansão do mercado de trabalho de saúde que, nesta última década, alteraram de forma marcante a dinâmica do setor. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no início da década de 1990, o Brasil detinha um volume de empregos da ordem de mais de 1 milhão; em 2014, registra-se a triplicação da capacidade de absorção em apenas uma década, passando para cerca de 3,3 milhões de empregos. Nesse período, o emprego em saúde cresceu de forma mais acelerada no setor público (5,6% ao ano) do que no privado (3,8% ao ano), ocorrendo uma perda relativa da hegemonia do setor privado; como resultado da política de fortalecimento da rede pública, em especial, a rede ambulatorial que passa a ser a maior detentora de mão de obra. Em 1992, por exemplo, o setor privado respondia por 496.678, e o público por 537.688 empregos, já na década seguinte (2014), visualiza-se uma expansão sem precedentes: o público passa a absorver 1.293.407 e a rede privada 2.032.336

de empregos (MACHADO, 2012).

Pode-se dizer que a municipalização é o grande avanço do SUS no período e altera, definitivamente, o perfil da assistência no País. Em 1992, o setor público estadual era responsável por 315.328 empregos, e o municipal por 306.505 empregos, a grande virada se dá após a implementação do SUS. Os municípios assumem a liderança dos empregos públicos – totalizando cerca de 1,4 milhões de empregos em 2014.

A elevação da escolaridade da equipe é outro fator positivo que ocorreu no mercado de saúde nesse período. Em 1992, o Brasil contava com 1.438.708 empregos de saúde; excluindo os empregos administrativos, tem-se a seguinte configuração: 451.303 (43,6%) de nível superior, 310.219 (30%) de nível técnico/auxiliar e 272.846 (26,4%) de nível elementar. Já em 2014, esses percentuais se alteram passando para: 1.888.744 (62%) de nível superior, 785.893 (25,8%) de nível técnico/auxiliar e 370.276 (12,2%) de qualificação elementar. Afirma Machado (2012, P. 268):

De qualquer modo, o fenômeno do aumento da escolarização vem produzindo efeitos positivos na composição da força de trabalho em saúde, que mostra visíveis aumentos da escolaridade.

A análise feita por categorias profissionais elucida melhor o comportamento da expansão dos empregos de saúde no País. Por exemplo, em 2009, o Brasil contava com 636.017 empregos médicos, 163.099 enfermeiros e 94.136 odontólogos. Estes números se modificam fortemente em 2014 e passam a ter a seguinte configuração: 976 mil empregos médicos, 237 mil enfermeiros, 173 mil odontólogos.

Ao longo do período, o quantitativo de empregos experimentou acréscimo em todas as categorias da equipe de saúde. Pode-se dizer, sem sombras de dúvidas, que o trabalho em saúde tem sido desenvolvido por equipes

multiprofissionais e multidisciplinares, requerendo cada vez mais a incorporação de novas especialidades. A centralidade médica deu lugar à interdisciplinaridade, evocando profissões a atuarem em áreas nunca imagináveis. Para Machado (2000, P. 138):

A equipe profissional que produz assistência à saúde é hoje formada em grande parte pela equipe de enfermagem, médicos, odontólogos, farmacêuticos, biólogos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais. Além das recentes inserções que irão incorporar-se à equipe, como os engenheiros biomédicos, economistas, sociólogos, entre outros.

Ademais, o mercado de trabalho de saúde é muito complexo e amplo, permitindo análises de vários ângulos e perspectivas. Aqui, a abordagem estará na equipe de enfermagem, em seus trabalhadores, constituído por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O mercado de trabalho de enfermagem

O mercado de trabalho de enfermagem no Brasil se desenvolveu nos últimos anos a partir de um contexto demográfico, econômico, social e político de crescentes demandas por serviços de saúde. Do ponto de vista demográfico, destacam-se o crescimento e o envelhecimento da população como explicativos dessa demanda. Do ponto de vista socioeconômico, a recuperação do mercado de trabalho e a ascensão social de parte significativa da população que estimularam o consumo dos planos de assistência médica, gerando fortes pressões para a produção de bens, serviços e tecnologias de saúde mais diversificados e qualificados. Já do ponto de vista político, destaca-se a própria consolidação do SUS e o avanço das políticas públicas da área, sobretudo da Estratégia

Saúde da Família (ESF), principal responsável por descentralizar e expandir o mercado de trabalho da enfermagem e mudar o foco da assistência hospitalar para ambulatorial, domiciliar e comunitária.

Segundo dados dos Censos Demográficos, de 2000 a 2010, os enfermeiros foram a categoria profissional da saúde que mais cresceu (14,6%), ou seja, passando de 91.211 para 355.383. Pode-se dizer que esse incremento seguiu a mesma intensidade de expansão do ensino de enfermagem durante o período, o que poderia provocar uma maior abertura de oportunidades no mercado. No entanto, como já comentado anteriormente, há um excedente significativo de profissionais fora do mercado. Do total de enfermeiros existentes, apenas 46,7% encontravam-se ocupados na função, 34,8% em outras funções, 13,1% não economicamente ativos (Política Nacional de Educação Ambiental – PNEA¹) e 5,4% desempregados (IBGE, 2010).

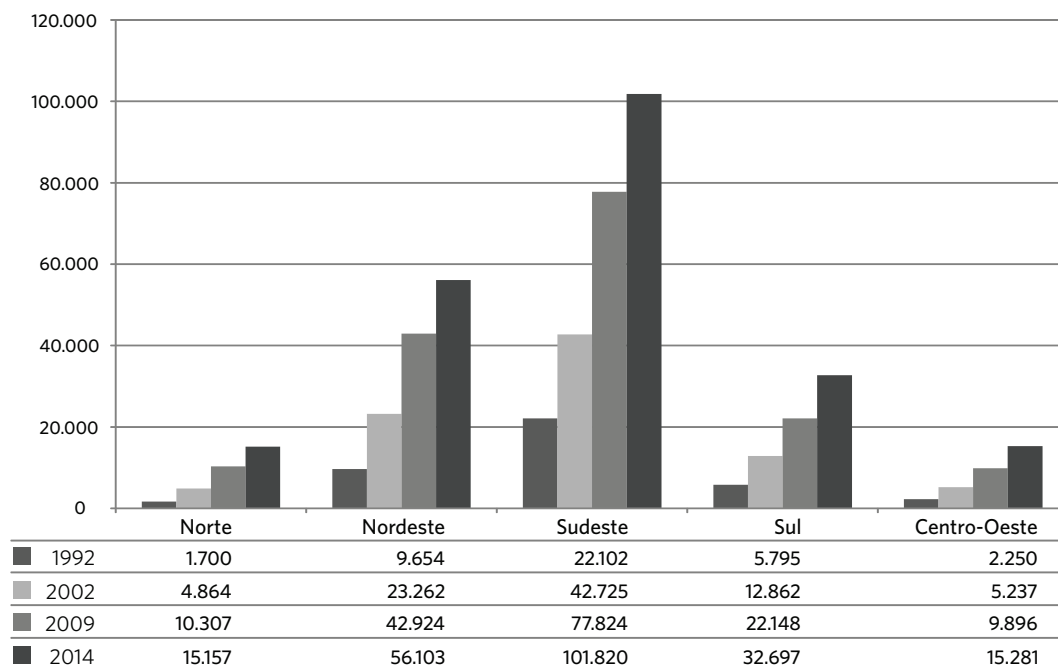
É importante dizer que os dados e informações aqui analisados, doravante, se utilizarão de quatro fontes de dados: a) Censo Demográfico; b) a pesquisa Assistência Médico Sanitária (AMS), ambos disponibilizados pelo IBGE em 2010; c) Perfil da

Enfermagem no Brasil (2015), banco de dados a partir de uma pesquisa nacional; e d) o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Contudo, sabe-se das críticas de não se constituir a melhor fonte para medir o emprego em saúde, por isso, o estudo disponibiliza dados atuais importantes que podem ser recortados por categorias profissionais (OLIVEIRA; MACHADO, 2010).

Uma imagem atualizada da equipe de enfermagem no que tange à empregabilidade permite apontar a grandeza desse contingente. Dos 3.257.906 empregos existentes, 938.902 são da enfermagem: 221.058 de enfermeiros e 717.844 de técnicos e auxiliares. O Sudeste detém a maior parte (46,4%), seguido do Nordeste (22,8%), do Sul (15,9%), do Centro-Oeste (8,2%) e do Norte (6,7%), (gráficos 1 e 2). A análise por categorias aponta crescimento dos enfermeiros, no período de 1992 – 2014, na ordem de 432%, ou seja, 19,6% ao ano. A situação dos empregos de técnicos e auxiliares não é diferente, observa-se também uma expansão de 268%, 12,1% ao ano, aquém da taxa apresentada pelos enfermeiros.

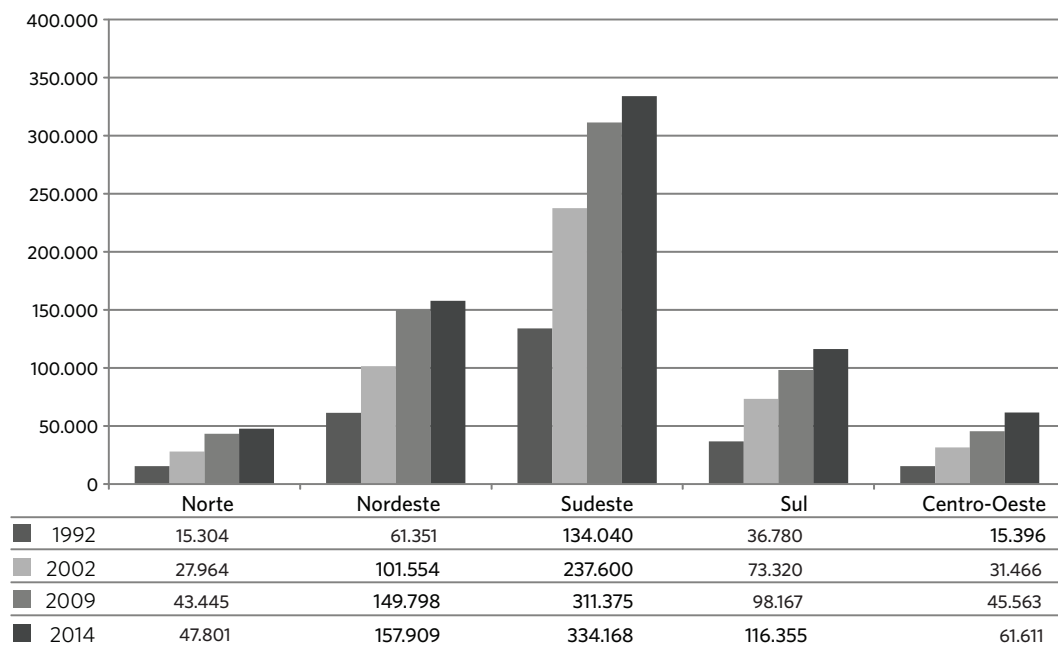
¹ Forma o grupo de profissionais que não são classificados como ocupados e nem como desocupados. O alto índice da PNEA pode estar associado ao desalento, ou seja, profissionais que simplesmente desistiram de procurar emprego após várias tentativas (IBGE, 2010).

Gráfico1. Empregos de enfermeiros segundo regiões por anos selecionados - Brasil



Fonte: 1. Ministério da Saúde, CNES. Situação em dez./2013. 2. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (vários anos), IBGE.

Gráfico 2. Empregos de técnicos e auxiliares de enfermagem segundo regiões por anos selecionados - Brasil



Fonte: 1. Ministério da Saúde, CNES. Situação em dez./2013. 2. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (vários anos), IBGE.

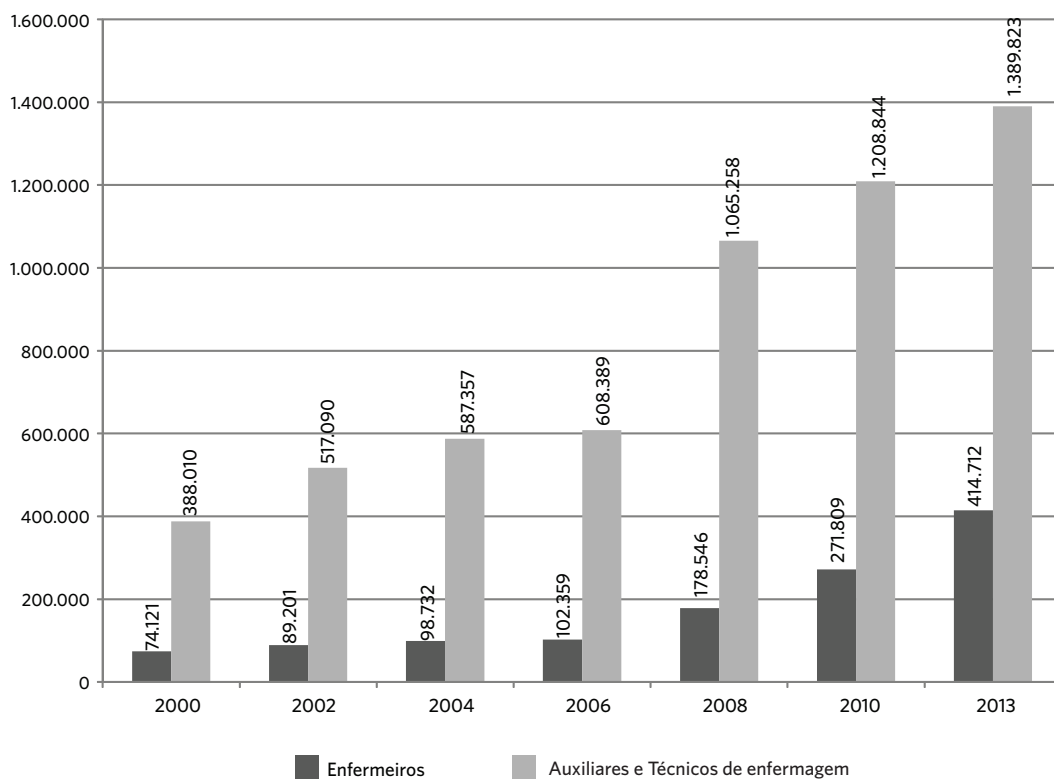
A equipe de enfermagem – quantos são?

O contingente de enfermagem vem se expandindo com intensidade desde os anos 1990 com a implementação do SUS e a abertura de novos cursos de graduação no País. Dessa forma, no período de 2000 a 2004, assisteu-se um crescimento de 459% no número de enfermeiros e de 358,1% no quantitativo de técnicos e auxiliares, ou seja, 35,3% e 27,5% ao ano, respectivamente (*gráfico 3*). Observa-se uma maior participação dos enfermeiros, que passou de 16% em 2000 para 22,9% em 2014, na composição no âmbito da equipe. A

maior qualificação da enfermagem constitui uma tendência no mercado de trabalho observada nos últimos 10 anos.

Segundo dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2015), existiam em 2013: 1.804.535 profissionais, sendo 414.712 enfermeiros e 1.389.823 técnicos e auxiliares de enfermagem. O presente texto trata da inserção desse contingente nos setores que estruturam o mercado de trabalho em seus diversos aspectos, como: número de profissionais, entidade mantenedora, vínculos, tipos de instituições que desenvolvem suas atividades, regime de trabalho, renda mensal e horas trabalhadas.

Gráfico 3. Enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem por anos selecionados – Brasil



Fonte: 1. Dados fornecidos pelo Cofen ao Ministério da Saúde (2000-2010). 2. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

A inserção no setor público

O setor público é composto por 75.319 estabelecimentos, sendo sua maior parte constituída de unidades de assistência ambulatorial, que oferecem assistência essencialmente nas especialidades básicas (75,3%), como postos e centros de saúde (44.971), e 24,7% unidades que atendem em múltiplas especialidades, tais como clínicas, policlínicas e Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia (SADTs). Dados do Ministério da Saúde mostram que os estabelecimentos com internação (hospitais) totalizam 2.393 unidades com 173.442 leitos. A oferta desses serviços é bem diversificada na sua composição: 476 Unidades de Terapia Intensiva (UTI)/Centros de Terapia Intensiva (CTI), 223 unidades de tratamento intensivo neonatal e 1.543 serviços de atendimento de partos (maternidades). Sobressaem-se, ainda, outros de alta complexidade – referência do setor público, como: os especializados em Aids (188), em cirurgia cardíaca (66) e os que lidam com área de transplantes e congêneres (67). Os Hospitais Universitários (HU) federais contribuem para o ensino e pesquisa e, no campo da assistência à saúde, são centros de referência de média e alta complexidade. Mostram ainda que os estabelecimentos com internação (hospitais) totalizam 2.393 unidades com 173.442 leitos.

Vale notar que a rede de hospitais universitários federais é constituída por 47 unidades vinculadas as 33 universidades públicas. A capacidade instalada desse setor agrega 1,7 milhão de empregos, sendo 40,9% de nível superior, 27,6% técnico e auxiliar e 31,5% em funções administrativas.

Observando o comportamento da enfermagem, nota-se que ela é uma categoria institucionalizada, e o setor público incorpora 1.063.694 profissionais, que equivalem a mais da metade do total: são 270.991 enfermeiros e 792.703 técnicos e auxiliares, (*quadro I*). A atuação da equipe nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal)

apresenta o seguinte cenário: os estados se destacam como o principal empregador tanto dos enfermeiros (41,7%) como para o pessoal técnico e auxiliar (38,7%); os municípios absorvem quase 39%, ou seja, 122.170 enfermeiros e 339.461 técnicos e auxiliares – 47% do total. A esfera federal não reduziu nas proporções que previa com a entrada do SUS e, para a enfermagem, é um mercado em plena atividade, a pesquisa registra mais de 60 mil empregos de enfermeiros e 125.652 de técnicos e auxiliares, isto significa 19,3% e 14,3% do total, respectivamente.

Tipos de vínculos

O setor público abrange um contingente de 1.063.694 profissionais da enfermagem com uma tipologia bem diversificada de vínculos trabalhistas: os estatutários constituem a maioria dos vínculos dos enfermeiros, 49,7% são regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), 20% celetistas, 9,7% contratados por tempo determinado, 6,4% prestadores de serviços, 2% cooperativados e 12,3% têm inserções mais precárias, são contratados por meio de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), Organizações Sociais (OS) e fundações. A situação dos técnicos e auxiliares em relação à dos enfermeiros é mais crítica, tendo em vista que há menos contratos por meio das Oscips, OS e fundações (9,2%), totalizando 75.551 nessas condições, por outro lado, 21,2% são prestadores de serviços, e 2,8% cooperativados.

Vale destacar que a inserção da enfermagem no mercado por cooperativas não é tão ampla como a dos médicos, no entanto, é provável que constitua uma tendência para os próximos anos, tendo em vista que a categoria vislumbra as cooperativas como saída para o trabalho autônomo (PIRES, 2008).

Modalidade da instituição

A equipe de enfermagem desenvolve suas atividades majoritariamente em hospitais,

sejam os enfermeiros (51,1%), sejam os técnicos e auxiliares (58,3%), o que equivale a mais de 800 mil profissionais.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) concentram o segundo maior quantitativo de profissionais: 20,1% enfermeiros e 17,4% dos técnicos e auxiliares, totalizando mais de 261 mil vínculos. É nesse tipo de atendimentos que se atende a mais de 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais. É sabido que a UBS é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade.

Já as urgências e emergências públicas servem de suporte e apoio aos hospitais, possuem uma força de trabalho composta de 8,9% de enfermeiros e 11,7% de técnicos e auxiliares o que representa cerca de 160 mil. Os ambulatórios, clínicas, policlínicas e unidade mista, entre outros serviços que não possuem leitos para internação, envolvem 88.121 mil, sendo 17.520 mil enfermeiros e 70.601 técnicos e auxiliares. Os SADTs, constituem unidades de grande importância para todos os procedimentos da área da saúde, como: laboratório de análises clínicas, diagnóstico por imagem, laboratório de anatomia patológica e banco de sangue – agregam 3.228 enfermeiros (0,9%) e 1,5% técnicos e auxiliares, um total de mais de 19 mil trabalhadores.

As atividades de ensino e pesquisa são desempenhadas por 33.263 enfermeiros, o que representa 8,9% do contingente. Os técnicos e auxiliares atuam pouco nessa área (1,9%), juntos, são ao todo 53.671. Na área de Gestão e Regulação, os enfermeiros têm uma maior participação, com 4% dos profissionais, e 0,6% dos técnicos e auxiliares atuam pouco nesse campo – somam 21.663 profissionais ao todo. Foram declaradas por 1,4% dos enfermeiros e 2% dos técnicos e auxiliares outras áreas de atuação como cooperativas e assistência domiciliar (*home care*).

Regime de trabalho

O plantão é o regime de trabalho mais utilizado nos serviços públicos pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, 62,7%, um total de 480.149 profissionais. Os enfermeiros somam 40,5%, um pouco mais de 113 mil. A modalidade de ‘trabalho diário’, representam um percentual maior de enfermeiros (58,6%) contra 36,8% da inserção dos técnicos e auxiliares.

Jornada de trabalho

A jornada de trabalho tanto dos enfermeiros como os técnicos e auxiliares é inerente ao regime de trabalho declarado anteriormente, a maioria (64,9%) tem jornadas entre 31-60 horas semanais. Um pequeno quantitativo (9%) faz períodos mais longos, entre 61-80 horas semanais, e 1,1% dos enfermeiros e 1,8% dos técnicos trabalham mais de 80 horas.

Por outro lado, 1,7% dos técnicos e auxiliares de enfermagem declarou que atua no setor público com carga horária igual ou inferior a 20 horas, correspondendo a 13 mil profissionais, ou seja, tem ‘subjornadas de trabalho’. Mais especificamente, 0,6% declarou ter jornada semanal de menos de 10 horas, o que representa mais de 4 mil trabalhadores. Assim, é possível afirmar que há indícios de subemprego na categoria neste setor.

Na prática, a jornada ideal de trabalho da enfermagem não é regulamentada em lei, valendo a livre negociação, que varia entre 30 horas semanais, geralmente, adotada no serviço público, e 40-44 horas, praticada, com mais frequência, nas instituições hospitalares privadas.

Por ser tratar de um contingente majoritariamente feminino e jovem, a extenuante carga de trabalho da equipe de enfermagem pode interferir na qualidade de vida desse contingente. Sabe-se que as atividades físicas, culturais, sociais, entre outras, ficam olvidadas a segundo plano.

Renda mensal

Os rendimentos mensais no setor público apresentam uma variação importante e, aparentemente, não compatíveis com a carga de trabalho das atividades executadas pela equipe de enfermagem. Os dados da pesquisa mostram que 37% dos enfermeiros e 71,4% dos técnicos e auxiliares, um total de 665.982 trabalhadores, têm renda mensal de até R\$ 3.000 por mês. A distribuição dos rendimentos nesse setor aponta para uma configuração

aparentemente mais positiva para os enfermeiros do que para os técnicos e auxiliares: a) na faixa de R\$ 3.000 – R\$ 5.000, encontram-se 36,1% dos enfermeiros e 6,9% de técnicos; b) na renda acima de R\$ 5.001, têm-se 14,2% dos enfermeiros e apenas 0,4% da equipe técnica. Pode-se afirmar que há grandes desigualdades intracategorias da enfermagem no setor público. Na condição de subsalário, ou seja, ganham menos de R\$ 1.000, encontram-se 1,9% dos enfermeiros e 18,8% dos técnicos e auxiliares, ou seja, ao todo são 153.946.

Quadro 1. Atuação no setor público - enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, Brasil

Inserção no setor público	Enfermeiros	%	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	%
Nº de profissionais	270.991	65,3	792.703	57,0
Entidade mantenedora				
Federal	60.616	19,3	125.652	14,3
Estadual	130.612	41,7	412.282	47,0
Municipal	122.170	39,0	339.461	38,7
Vínculos				
Estatutário	150.782	49,7	411.517	50,0
Celetista	60.640	20,0	138.273	16,8
Por tempo determinado	29.390	9,7	64.698	7,9
Prestador de serviços	19.381	6,4	76.043	9,2
Cooperativado	6.073	2,0	22.955	2,8
Outros (Oscips, OS, Fundações)	37.303	12,3	109.086	13,3
Modalidades de instituições				
Hospitais	191.022	51,1	626.313	58,3
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	75.091	20,1	186.592	17,4
Unidades de Urgência/Emergência	33.123	8,9	125.784	11,7
Unidades Ambulatoriais/Policlínicas	17.520	4,7	70.601	6,6
Serviços de Apoio e Diagnose e Terapia (SADTs)	3.228	0,9	16.259	1,5
Ensino e Pesquisa	33.263	8,9	20.408	1,9
Gestão	14.946	4,0	6.717	0,6
Outras	5.388	1,4	21.226	2,0

Quadro 1. (cont.)

Regime de trabalho				
Trabalho diário	163.908	58,6	281.817	36,8
Plantão	113.187	40,5	480.149	62,7
Por horas trabalhadas	602	0,2	2.266	0,3
Horas semanais trabalhadas				
Menos de 10 horas	1.100	0,4	4.420	0,6
10-20 horas	6.671	2,4	8.723	1,1
21-30 horas	44.733	16,5	136.670	17,2
31-40 horas	112.568	41,5	313.591	39,6
41-60 horas	63.403	23,4	161.475	20,4
61-80 horas	21.473	7,9	60.829	7,7
Mais de 80 horas	2.971	1,1	14.034	1,8
Renda mensal				
Menos de 680 reais	1.711	0,6	34.704	4,4
681 - 1.000 reais	3.502	1,3	114.029	14,4
1001 - 3.000 reais	95.069	35,1	416.967	52,6
3001 - 5.000 reais	97.955	36,1	55.017	6,9
Mais de 5.001 reais	38.123	14,2	3.349	0,4

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

A inserção no setor privado

O setor privado é formado por 61.306 estabelecimentos, 58.321 ambulatorios (95%) e 2.985 com internação (hospitais), que incorporam 279.104 leitos (69,1% do total). Pode-se dizer que os serviços de saúde privados são em sua maioria com fins lucrativos (90,6%), entretanto, 67,2% da rede mantém vínculos com o SUS. A rede ambulatorial do setor privado é constituída por 18.287 clínicas, policlínicas e ambulatorios. Possui 391 unidades móveis de urgência e 19.502 SADTs existentes. Uma situação bem diferente anteriormente apresentada para o setor público.

Ele concentra 1,4 milhão de empregos de saúde, sendo 72% de nível superior, 18,4% técnico e auxiliar e 9,5% de empregos em funções administrativas. Agrega 571.100, sendo 123.099 enfermeiros e 448 mil técnicos e auxiliares (MACHADO ET AL., 2016). A maioria trabalha em instituições com fins lucrativos (71,5%), já no setor sem fins lucrativos tem um contingente menor, 16,6% do total (quadro 2).

Tipos de vínculos

O vínculo com o setor privado que predomina entre os enfermeiros é a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) (70,6%), já entre o

segmento dos técnicos e auxiliares a conformação é mais precária, 51,9% têm contratos CLT, e 33,9% são prestadores de serviços. Os dados apontam que 22.592 enfermeiros são prestadores de serviços, 4,4% têm contratos por tempo determinado e 1,9% atua por conta própria. As demais formas existentes são 2,5% cooperativados, e 1,7% declarou ser sócio ou proprietário de empresas, hospitais ou similares. Entre os técnicos e auxiliares, os cooperativados destacam-se entre os precarizados (6,5%), com os contratos por tempo determinado, somam juntos 11%.

Modalidade da instituição que atuam

A equipe de enfermagem atua em diversas modalidades de instituições privadas, no entanto, os hospitais se destacam como o principal locus de trabalho, tanto para enfermeiros como para os técnicos e auxiliares. Mais da metade dos profissionais atua em hospitais (54%), o que significa em torno de 467 mil.

Nas UBS, encontram-se inseridos 1,2% dos enfermeiros e 2,5% dos técnicos e auxiliares, um total de cerca de 19 mil. Os serviços de urgência e emergência têm 8.564 enfermeiros e 57.140 técnicos e auxiliares atuando em sua rede. As unidades ambulatoriais e policlínicas agregam 7,1% dos enfermeiros e 10,1% dos técnicos e auxiliares somando mais de 78 mil. Os SADTs, um segmento importante da capacidade instalada do setor privado, têm em suas atividades agregados ao todo 67 mil profissionais, 4,7% enfermeiros e 9% técnicos e auxiliares.

Nas atividades de ensino e pesquisa em escolas e faculdades de enfermagem, atuam aproximadamente 18 mil, sendo, 19,4% de enfermeiros e 4,2% de técnicos e auxiliares. Há poucos atuando nas áreas de gestão (nível central): 758 enfermeiros e 3.516 técnicos e auxiliares. Nas demais modalidades (seguro, medicina de grupo e *homecare*), atuam 5,5% dos enfermeiros e 7,2% dos técnicos e auxiliares (*quadro 2*).

Regime de trabalho

A execução das atividades no setor privado apresenta algumas particularidades: 59,8% dos enfermeiros executam na modalidade de trabalho diário, 33,8% em regime de plantão e 5,4% por horas trabalhadas. Entretanto, os técnicos e auxiliares em grande parte executam seu trabalho por plantão (61,1%), como trabalho diário tem-se 38,2% do total, e no tipo por 'horas trabalhadas' 0,3%. Pode-se dizer que o plantão é a modalidade mais utilizada pelos técnicos e auxiliares para exercer suas atividades, são 244 mil, enquanto os enfermeiros fazem menos plantão e ocupam uma posição melhor na execução de trabalho diário.

Diante do perfil desenhado do regime de trabalho declarado anteriormente, a maioria dessa força de trabalho (64,8%) tem jornada de trabalho de 31-60 horas semanais. Com clareza, verifica-se que os técnicos e auxiliares têm uma carga horária mais pesada – com mais de 61 horas trabalhadas tem-se o seguinte cenário: 12,2% contra 6,2% de enfermeiros; e em uma jornada intensa, ou seja, os que praticam mais de 81 horas semanais, 3,6% do total de técnicos e auxiliares e 1% dos enfermeiros (MACHADO ET AL., 2016). Nota-se que 9,8% dos enfermeiros e 2,2% dos técnicos e auxiliares têm 'subjornadas de trabalho' no setor privado, perfazendo uma carga horária igual e/ou inferior a 20 horas semanais, o que representa mais de 21 mil profissionais. Acrescenta-se ainda que 2,4% dos enfermeiros praticam menos de 10 horas semanais.

Renda média mensal

O perfil da renda mensal declarada pelos profissionais que atuam no setor privado é de penúria. Preocupa que 126.299 do contingente percebem até R\$ 1.000 reais. Quando estratificada, a faixa de renda mensal de até 1 salário mínimo na época (2013), situam-se 1,2% dos enfermeiros e 2,8% dos técnicos e auxiliares, totalizando 14 mil. Seguindo com

a descrição de renda, sobressaem 44,4% dos enfermeiros e 46,6% dos auxiliares e técnicos na faixa de R\$ 1.001 – R\$ 3.000. Evidencia uma situação mais confortável dos enfermeiros nas faixas mais elevadas – 25,9% percebem de R\$ 3.001 – R\$ 5.000 contra uma minoria de 3% de técnicos e auxiliares. Ganhando mais de R\$ 5.001 de

renda, encontram-se 7.615 enfermeiros e 2.437 profissionais técnicos e auxiliares. Pode-se dizer que em situação de ‘subsalarário’ encontram-se 27% da força de trabalho com rendimentos declarados iguais ou inferiores a R\$ 1.000. É possível associar que há também indícios de subemprego entre os técnicos e auxiliares.

Quadro 2. Atuação no setor privado - enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, Brasil

Inserção no setor privado	Enfermeiros	%	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	%
Nº de profissionais	123.099	29,7	448.001	32,2
Entidade mantenedora				
Com fins lucrativos	89.046	72,3	319.336	71,3
Sem fins lucrativos	25.242	20,5	69.571	15,5
Vínculos				
Celetista	84.959	70,6	213.776	51,9
Prestador de Serviços	22.592	18,8	139.819	33,9
Por tempo determinado	5.256	4,4	18.491	4,5
Sócio/Proprietário	2.094	1,7	4.574	1,1
Cooperativado	2.997	2,5	26.718	6,5
Por conta própria	2.341	1,9	7.866	1,9
Modalidades de instituições				
Hospitais	83.698	53,7	384.165	57,4
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	1.863	1,2	17.041	2,5
Unidades de Urgência/Emergência	8.564	5,5	57.140	8,5
Unidades Ambulatoriais/Policlínicas	11.057	7,1	67.586	10,1
Serviços de Apoio e Diagnose e Terapia (SADTs)	7.271	4,7	59.942	9,0
Ensino e Pesquisa	30.302	19,4	28.333	4,2
Gestão	758	0,5	3.516	0,5
Demais modalidades (seguro/medicina de grupo, <i>homecare</i> e outras)	8.626	5,5	48.079	7,2
Regime de trabalho				
Trabalho diário	67.854	59,8	152.442	38,2
Plantão	38.393	33,8	243.915	61,1
Horas trabalhadas	6.092	5,4	1.372	0,3

Quadro 2. (cont.)

Horas semanais trabalhadas				
Menos de 10 horas	2.997	2,4	3.820	0,9
10-20 horas	9.099	7,4	5.967	1,3
21-30 horas	11.080	9,0	17.327	3,9
31-40 horas	44.326	36,0	167.538	37,7
41-60 horas	33.702	27,4	122.229	27,5
61-80 horas	6.362	5,2	38.225	8,6
Mais de 81 horas	1.278	1,0	16.208	3,6
Renda mensal				
Menos de 680 reais	1.511	1,2	12.395	2,8
681 - 1.000 reais	4.179	3,4	108.214	24,2
1001 - 3.000 reais	54.571	44,4	208.548	46,6
3001 - 5.000 reais	31.889	25,9	13.037	3,0
Mais de 5001 reais	7.615	6,2	2.437	0,5

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Inserção no setor filantrópico

O setor filantrópico constitui um importante prestador de serviços para o SUS e para o setor da saúde suplementar. Sua rede é composta por 2.853 estabelecimentos, 721 hospitais, 1.388 ambulatorios (clínicas, policlínicas especializadas) e 180 SADTs. Esse setor é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no País (138.570) e possuem 305 hospitais das Santas Casas, referência para convênio e programas especiais do Ministério da Saúde e grandes hospitais privados. Emprega 473.167 profissionais, sendo 57,2% de nível superior, 31,9% de nível técnico e auxiliar e 10,8% em funções administrativas. Na área de enfermagem, o setor filantrópico concentra 278.282 profissionais: 47.858 enfermeiros (11,5%) e 230.424 técnicos e auxiliares (16,6%).

Tipos de vínculos

Os principais tipos de contratações no filantrópico são os vínculos CLT (76,9% dos enfermeiros e 58% dos técnicos e auxiliares) e por prestação de serviços (17,4% e 33,1% respectivamente). As duas modalidades somam juntas 91,6%, representando 228 mil profissionais. As outras formas de contratos mais expressivas têm o seguinte perfil: para os enfermeiros, 2% são contratados por tempo determinado e, 2,1% declararam atuar por conta própria (MACHADO ET AL., 2016). A distribuição entre os técnicos e auxiliares de enfermagem é mais diversificada: 4,3% são contratados por tempo determinado, 2,3% são cooperativados, 0,5% declararam ser sócios e/ou proprietários e, 1,6% atua por conta própria (quadro 3).

Modalidades da instituição que atuam

As equipes de enfermagem atuam fortemente em hospitais, 75,3% dos enfermeiros e 63,6% técnicos e auxiliares desenvolvem suas atividades nessa modalidade; numericamente, ao todo são 240 mil profissionais. As unidades ambulatoriais/clínicas somam 8,8% dos enfermeiros e 12,6% dos técnicos e auxiliares, acrescendo um total 43 mil profissionais, aproximadamente. Os SADTs agregam em torno de 47 mil profissionais, sendo 8,1% enfermeiros e 13,9% técnicos e auxiliares.

Atuam nas instituições de ensino e pesquisa 2,8% dos enfermeiros e 0,6% de técnicos e auxiliares. Em asilos, abrigos e centros de recuperação, encontram-se vinculados 451 enfermeiros e 2.034 técnicos e auxiliares de enfermagem, 1,5% do total.

Regime de trabalho

Mais da metade dos enfermeiros exercem suas atividades em regime de ‘trabalho diário’, são 30 mil profissionais; 34,2% são plantonistas, e menos de 1% tem regime como ‘hora trabalhada’. No entanto, os técnicos e auxiliares em sua maioria executam seu trabalho por plantão (58,5%), no regime trabalho diário, tem-se 40,8%, e no tipo por ‘horas trabalhadas’, 0,2%. Quando se trata das horas semanais trabalhadas, o cenário é

desumano: evidencia-se que 71,3% dos enfermeiros e 69,7% dos técnicos e auxiliares têm jornada de trabalho de 31-60 horas semanais. Agrava mais quando existem cerca de 18 mil técnicos e auxiliares com uma carga horária mais pesada, ou seja, mais de 61 horas trabalhadas por semana. Na condição de ‘subjornadas de trabalho’ no setor filantrópico, encontram-se 3,7% dos enfermeiros e 2,1% dos técnicos e auxiliares perfazendo uma carga horária igual e ou inferior a 20 horas semanais, o que representa quase 7 mil profissionais. Destaca-se ainda que 1,8 % dos enfermeiros e 1,4% dos técnicos e auxiliares praticam menos de 10 horas semanais.

Rendimento mensal

Os enfermeiros declararam rendas mensais superiores às observadas para as categorias de nível médio: 44,8% tem renda entre R\$ 1.001 – R\$ 3.000; 26,6% de R\$ 3.001 – R\$ 5.000. Ainda, 4% encontram-se na faixa salarial superior, ou seja, acima de R\$ 5.001. A questão da renda mensal dos técnicos e auxiliares no filantrópico é preocupante tendo em vista que nesse setor encontram-se os grandes hospitais privados de referência do País, conforme os números: 28,2% declararam renda até R\$ 1.000; 46,8% recebem até R\$ 3.000; 1,6% na faixa de R\$ 3.000 – R\$ 5.000 e 0,3% acima de R\$ 5.001. Na condição de ‘subsalarário’, tem-se um percentual de 1,7% enfermeiro e 28,2% de auxiliares e técnicos.

Quadro 3. Atuação no setor filantrópico – enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem, Brasil

Inserção no setor filantrópico	Enfermeiros	%	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	%
Nº de profissionais	47.858	11,5	230.424	16,6
Vínculos				
Celetista	33.554	76,9	119.284	58,0
Por tempo determinado	863	2,0	8.913	4,3
Sócio/Proprietário	350	0,8	1027	0,5
Prestador de serviço	7.595	17,4	68.092	33,1
Cooperativado	133	0,3	4.669	2,3
Por conta própria	926	2,1	3.217	1,6
Modalidades de instituições				
Hospitais/Casas de Parto/Casa de Saúde	42.751	78,4	217.060	71,3
Unidades Ambulatoriais/Clinicas	4.782	8,8	38.225	12,6
Serviços de Apoio e Diagnose e Terapia (SADTs)	4.403	8,1	42.348	13,9
Instituição de ensino/Escolas	1.508	2,8	1.739	0,6
Asilos/Abrigos/Centro de Recuperação	451	0,8	2.034	0,7
Regime de trabalho				
Trabalho diário	29.092	64,5	88.310	40,8
Plantão	15.397	34,2	126.735	58,5
Horas Trabalhadas	341	0,8	378	0,2
Horas semanais trabalhadas				
Menos de 10 horas	880	1,8	3.303	1,4
10-20 horas	875	1,9	1.758	0,7
21-30 horas	3.023	6,3	5.363	2,3
31-40 horas	20.185	42,2	92.020	40,1
41-60 horas	13.941	29,1	67.851	29,6
61-80 horas	1.665	3,5	13.886	6,1
Mais de 80 horas	321	0,7	3.981	1,7
Renda mensal				
Menos de 680 reais	291	0,6	4.613	2,0
681 - 1.000 reais	536	1,1	60.470	26,2
1001 - 3.000 reais	21.428	44,8	107.756	46,8
3001 - 5.000 reais	12.717	26,6	4.217	1,8
Mais de 5001 reais	1.955	4,0	606	0,3

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Notas finais

Utilizando os achados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, em seu artigo, Machado *et al.* (2016, p. 53) afirmam que:

A primeira observação importante refere-se à representatividade da enfermagem em relação ao total de ocupados da saúde, que engloba 3,5 milhões de pessoas, representando mais da metade de todos os trabalhadores.

Afirmam ainda que:

Mesmo sendo o trabalho de enfermagem, principalmente, dentro do hospital, desgastante e exaustivo, é nesse locus que a equipe concentra as suas principais atividades.

Como já foi dito, mais de 1 milhão atua nas três esferas de governo. O setor público tomou um significado particular e diferenciado dos demais, que envolvem a produção de bens e serviços da enfermagem, sendo o maior empregador da categoria, seguido dos setores privados, filantrópicos e ensino. Setor público, hospitais, plantão, jornadas extensas, rendas baixas formam o perfil de mais da metade desse contingente. As modalidades institucionais declaradas nas quais realizam atividades com mais frequência são nos hospitais e seus setores, como urgência, emergência e CTI, um campo de saber e consequente poder. Nesse cenário, o hospital pode ser classificado como um sistema organizado que cuida da saúde, embora imponha poder normativo, estrutura funcional e hierarquia para assegurar a sua produção (MACHADO *ET AL.*, 2016, p. 53).

Em consonância com Pires (2008), há uma mudança do cenário do padrão da composição de força de trabalho assalariada para o trabalho precário ao referir-se que os contratos ou trabalhos realizados sem garantias trabalhistas visam diminuir os custos com bens e serviços e consequentemente reduzindo os gastos com a remuneração de força de trabalho.

Entre as situações desfavoráveis, cabe destacar que as taxas de desemprego são elevadas e que há uma parcela importante de trabalhadores em condições de inserção precária, especialmente em contratações flexibilizadas e informais, os quais, conjuntamente, totalizam quase a metade da força de trabalho da enfermagem. Parte desses problemas constitui legado histórico da própria estruturação do mercado de trabalho de outros períodos que foram ampliados ou emergiram no contexto das transformações recentes da economia e do trabalho.

Pelos números apresentados por Machado *et al.* (2016), há um perfil de desemprego na ordem de 10% – sem precedentes na história recente do País e que tende a crescer nos próximos anos, em especial para os recém-formados. Por outro lado, vê-se um exército de reserva que não consegue entrar no mercado por inúmeros motivos, ou por apresentarem os requisitos pessoais necessários, ou pela má formação e/ou qualificação para atender às exigências da demanda. Esse cenário provoca dois descompassos inéditos: há desemprego na enfermagem, como apontado pela pesquisa, e escassez de mão de obra qualificada simultaneamente no mercado de trabalho.

Os autores concluem que mais da metade do contingente de profissionais da enfermagem no País vive em condições precárias de sobrevivência com subsalários, subempregos e subjornadas nos três setores estudados (público, privado e filantrópico). Pode-se dizer que os baixos salários conjugados com as extenuantes jornadas de trabalho declaradas pelos profissionais não refletem e nem condizem com a importância e com a essencialidade do trabalho da enfermagem na sociedade. Afinal, é uma categoria imprescindível aos serviços de saúde que precisa ter as suas necessidades mínimas de sobrevivência atendidas para que possam exercer a sua profissão com plenitude e segurança. ■

Referências

- BERGER J.; OFFE, C. A dinâmica do desenvolvimento do setor de serviços. In: OFFE, C. (Org.). *Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “sociedade do trabalho”*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. v. 2, p. 11-53.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sus. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>. Acesso em: 10 de jun. 2016
- CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.
- GIRARDI, S. N. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN, 1999. p. 125-150.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- LUZ, M. T. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. v. 3.
- MACHADO, M. H. Gestão do Trabalho em Saúde em contexto de mudanças. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 136-146, 2000.
- _____. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- _____. Notas Metodológicas. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 7, p. 6-8, 2016.
- _____. Trabalho e Emprego em Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 259-278.
- MACHADO, M. H. et al. Características Gerais da Enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 7, p. 9-14, 2016.
- MACHADO, M. H. et al. Mercado de Trabalho da Enfermagem: aspectos gerais. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 7, p. 35-53, 2016.
- MACHADO M. H. et al. (Coord.). Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. *Relatório final*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen, 2015. s.d.
- MÉDICI, A. C. et al. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1992.
- MELO, C. G. A medicina previdenciária. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- MOYSÉS, N. M. N. *Cuidados primários de saúde, uma estratégia?*, 1986. Dissertação (Mestrado) – Niterói, Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, 1986
- NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. In: MÉDICI, A. C. (Org.). *Textos de apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: Ensp; Abrasco, 1987a. p. 13-18.
- OLIVEIRA, E. S.; CAMPOS, M. Os empregos de saúde e a municipalização no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. (Mimeo).
- OLIVEIRA, E. S.; MACHADO, M. H. Para Medir o Trabalho em Saúde no Brasil: Principais Fontes de Informações. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 105-125, 2010.
- PIRES, D. E. P. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em Saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000.
- _____. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2 ed. São Paulo: AnnaBlume; CNTSS, 2008.
- WERMELINGER, M. C. M. W. et al. A feminilização do mercado de trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, 2010.

Condições de trabalho da enfermagem no Brasil: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*

Working conditions of nursing in Brazil: an approach from the research Nursing Profile in Brazil

Maria Helena Machado¹, Maria Ruth dos Santos², Mônica Wermelinger³, Monica Vieira⁴, Wilson Aguiar Filho⁵

* Artigo produzido com base nos dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, Fiocruz-Cofen, 2015.

¹ Socióloga. Doutora em sociologia. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora-geral da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen). machado@ensp.fiocruz.br

² Farmacêutica. Doutora em saúde pública. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ruthsantosjf@gmail.com

RESUMO O artigo apresenta dados concernentes às condições de trabalho da equipe de enfermagem no País, que congrega mais de um 1,8 milhão de trabalhadores, a partir dos resultados obtidos pela pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Trata-se de um estudo transversal, abrangendo todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares inscritos no Sistema Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)/Conselhos Regionais (Corens) no ano de 2013, possuindo, portanto, abrangência nacional. A pesquisa mostrou que, se por um lado, existe um clima de confiança e respeito entre os colegas, por outro, tal não é encontrado quando a questão é reportada para a população usuária dos serviços de saúde. Mostra também que, embora exista confiança dos seus chefes com o seu trabalho, estes se mostram distantes e inacessíveis, quer quando o profissional necessita de ajuda, quer para expressarem suas opiniões ou queixas sobre o trabalho. Os profissionais reportam também a existência de violência e discriminação no ambiente de trabalho, constatando-se elevado percentual de desgaste profissional, com expressivo número de licenças médicas e/ou necessidade de atendimento médico, sendo que a maioria assinala que, quando adoecem, não são atendidos na própria instituição em que atuam. Os dados apontam para a necessidade de adoção urgente de políticas públicas, capazes de reverter o sério quadro encontrado, referentes às condições de trabalho, uma vez que tais questões acarretam enormes prejuízos para a qualidade da assistência prestada à população.

PALAVRAS-CHAVE Condições de trabalho. Pesquisa em enfermagem. Profissionais da saúde.

ABSTRACT *The article presents data concerning the nursing staff working conditions in our country, which brings together more than one million and eight hundred thousand workers, from the results obtained by the research Nursing Profile in Brazil. This is a cross-sectional study, covering all nurses, technicians and auxiliaries enrolled in the Federal Council of Nursing (Cofen)/Regional Council of Nursing (Corens) System in 2013, having thus nationwide coverage. Research has shown that, on the one hand, there is a climate of trust and respect among colleagues, but on the other hand that is not found when the matter is reported to the user population of health services. It also shows that while there is confidence in their leaders with their work, they seem to be distant and inaccessible, whether when the professional needs help, or when they want to express their opinions or complaints about the work. The professionals also report the existence of violence and discrimination in the workplace, noting a high percentage of professional wearing, with*

with a significant number of medical licenses and / or need for medical care, and the majority points out that, when they get sick, they are not served in the institution where they work. The data point to the need for urgent adoption of public policies that can reverse the serious situation found relating to working conditions, since these issues entail huge losses to the quality of care provided to the population.

KEYWORDS Working conditions. Nursing research. Health personell.

Introdução

O impacto que as condições de trabalho acarretam sobre os profissionais que integram a equipe de enfermagem – enfermeiros, técnicos e auxiliares – se constitui em tema de recorrente discussão e estudos de profissões, especialmente se considerar que o trabalho de enfermagem está

presente 24h/dia nas instituições de saúde com internação e durante toda a jornada em outras instituições de saúde, o que torna mais intenso o impacto das condições de trabalho. (FELLI, 2012, P. 178).

Com efeito, pode-se estabelecer que condições de trabalho

representa o conjunto de fatores – exigências, organização, remuneração e ambiente de trabalho – capaz de determinar a conduta do trabalhador,

sendo que

satisfação, conforto, carga de trabalho, fadiga, doenças e acidentes são as consequências dessa resposta individual sobre o estado físico, mental e psicológico. (ABENRIO, 2006, P. 24).

Em 2011, no Fórum sobre Recursos

Humanos na América Latina, realizado em Quito (Equador), evento promovido pelo Conselho Internacional de Enfermagem, com a colaboração da Federación Ecuatoriana de Enfermeras e da Federación Panamericana de Profissionais de Enfermería, com a finalidade de analisar as condições de trabalho da categoria na América Latina, foi destacada, dentre outras questões, a degradação das condições de trabalho no contexto de mudança das políticas de governo, bem como o impacto de diferentes acordos sobre o mercado de trabalho, que afetam a segurança, a renda e o ambiente de trabalho. Foram levantadas e identificadas, também, evidências que afetam a profissão, tais como ambientes

[...] desfavoráveis para a prática profissional, devido à precariedade do processo de trabalho e terceirização; sobrecarga de trabalho e diminuição da renda; falta de segurança no ambiente de trabalho; aumento da violência contra enfermeiros nos locais de trabalho, gerando altos níveis de estresse e insegurança para o exercício da profissão. (BARRETO; HUMEREZ; KREMPPEL, 2011, P. 252).

Apesar de nos últimos anos ter havido um incremento na produção científica sobre esse assunto, eles estão mais voltados para aspectos pontuais, sobretudo relacionando

³ Bióloga. Doutora em saúde pública. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen).
monicaw@fiocruz.br

⁴ Socióloga. Doutora em saúde coletiva. Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen).
monicavi@fiocruz.br

⁵ Enfermeiro. Mestre em saúde pública. Pesquisador colaborador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem – Cofen).
aguia.wilson@gmail.com

condições de trabalho e violência, e também com adoecimento da Força de Trabalho (FT). Neste campo, os estudos apontam que os principais problemas de saúde encontrados entre os profissionais estão relacionados com a coluna vertebral (lombalgias) e outros de cunho ortopédico – decorrentes da sobrecarga física a que são submetidos –, doenças do aparelho geniturinário, problemas reumatológicos, hipertensão arterial e acidentes, como contusões e entorses e com material perfurocortante (GRECO; MOURA, 2013). Entretanto, outras questões também relacionadas com esse processo parece que não têm sido suficientemente investigadas, considerando-se a inexistência de um estudo capaz de fornecer um diagnóstico mais abrangente sobre as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, nacionalmente.

Nesse sentido, a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil buscou conhecer a realidade onde eles atuam, por meio da inserção de questões pertinentes às condições de trabalho, contidas no Bloco 6 da pesquisa, que trata da satisfação no trabalho e relacionamento¹. Embora questões sobre acidentes de trabalho sofridos e motivos que levaram a procurar atendimento médico tenham sido pontuados, os resultados não são aqui apresentados, ficando para trabalhos próximos, permitindo, dessa forma, oferecer subsídios para futuras análises nesse campo.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, que teve como principal objetivo conhecer a

situação atual da enfermagem no País, no recente contexto socioeconômico e político brasileiro. Envolveu um número importante de profissionais – mais de 1,8 milhão de trabalhadores, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, que possuem registro ativo no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que foram representados por meio de amostragem e selecionados aleatoriamente.

O levantamento foi de base nacional, e a amostra representada segundo variáveis selecionadas como as das categorias profissionais, sexo, idade, município de residência, entre outras, sendo o seu instrumento de coleta um questionário que foi postado para todos os respondentes da amostra. Após o pré-teste, o questionário passou a ter sete blocos, dos quais um deles se refere à situação das condições em que os trabalhadores da enfermagem atuam, incluindo variáveis em relação às condições laborais e relacionamentos que se estabelecem no mundo do trabalho².

Resultados e discussão

A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil buscou captar a percepção que os enfermeiros, técnicos e auxiliares têm em relação às condições de trabalho e de relacionamento a que estão submetidos nos ambientes em que desempenham as suas atribuições. Em um primeiro momento, avaliou um conjunto de variáveis que dizem respeito a como os profissionais se sentem nos seus locais de trabalho, como pode ser visto no *quadro 1*.

¹ A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil foi fruto de parceria entre o Conselho Federal de Enfermagem e a Fundação Oswaldo Cruz, por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos na Saúde do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (NERHUS/Daps/Ensp/Fiocruz). Os blocos constantes do instrumento utilizado para a realização da pesquisa foram os seguintes: 1. Identificação socioeconômica; 2. Formação profissional (enfermeiros); 3. Formação profissional (auxiliares e técnicos de enfermagem); 4. Acesso à informação técnico-científica; 5. Mercado de trabalho; 6. Satisfação no trabalho e relacionamento; 7. Participação sociopolítica. Os relatórios com os resultados foram entregues ao Cofen, sendo composto de 28 volumes, incluídos o Brasil e os 27 estados da Federação (MACHADO *et al.*, 2015).

² Para maior descrição da metodologia empregada para a realização da pesquisa, consultar Machado (2016).

Quadro 1. Relacionamento e relações no trabalho dos enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem – Brasil, 2013

Variáveis	Enfermeiros (% sim)	Aux./Téc de Enfermagem (% sim)
1. Tratamento com cordialidade e respeito pelos seus superiores	72,2	65,4
2. Tratamento com cordialidade e respeito pela equipe de saúde	72,2	66,9
3. Tratamento com cordialidade e respeito pelos demais membros da equipe de enfermagem	74,4	66,6
4. Tratamento com cordialidade e respeito pela população usuária	59,9	43,4
5. População, familiares e pacientes demonstram satisfação com seu trabalho	75,4	74,7
6. Clima de confiança entre os colegas de trabalho	61,0	59,5
7. Conduta profissional dia-a-dia é respeitada pelos seus colegas	76,4	73,1
8. Disponibilidade do chefe em ajudá-lo em situações de dificuldades	62,9	63,0
9. Liberdade de se expressar com seus superiores (chefia, coordenação, direção etc.)	66,2	60,6
10. Confiança de seu chefe em seu trabalho	79,7	70,1

Chama a atenção que, dos dez itens relacionados, em oito, os percentuais de respostas positivas dos auxiliares e técnicos são inferiores aos dos enfermeiros. Os quatro primeiros itens abordados referem-se ao tratamento recebido pelos profissionais por distintos segmentos. Os dados mostram que a maioria (embora com percentuais menores para os auxiliares e técnicos) considera que é tratada com cordialidade e respeito, tanto pelos superiores quanto pela equipe de saúde, assim como pelos próprios membros da equipe de enfermagem.

Situação que merece atenção e preocupação refere-se à percepção dos enfermeiros e dos auxiliares e técnicos quanto à população usuária (seus pacientes), nos quais apenas 60% e 43,1%, respectivamente, afirmam receber tratamento cordial e respeitoso daqueles que são atendidos por eles. Contraditoriamente, a maioria (75,3% dos enfermeiros e 74,2% dos auxiliares e técnicos) sente que a população, os familiares e os próprios pacientes

demonstram satisfação com o trabalho prestado, embora essa mesma população mostre desrespeito e baixa cordialidade com esses profissionais.

Machado *et al.* mostra que é

Importante observar que essa ‘pouca cordialidade e respeito’ da população usuária do sistema de saúde, de um modo geral, para com a equipe, reflete na verdade, uma forma descortês e pouco respeitosa desses usuários e familiares com a equipe de saúde como um todo. Relatos e denúncias são recorrentes descrevendo situações em que médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais enfim, toda a equipe, especialmente aqueles mais da linha de frente do atendimento, são frequentemente agredidos, física e verbalmente, tendo que recorrer, muitas vezes, à ajuda policial. Esse clima é inadmissível no ambiente de saúde, requerendo das autoridades públicas medidas protetoras e inibidoras destas situações para com a equipe de saúde. (MACHADO ET AL., 2016, P. 65).

No entanto, apesar de a maioria ter reportado sentimento de tratamento cordial e respeitoso e, considerando a necessidade de que todos aqueles que fazem parte das relações de trabalho na saúde (superiores, equipe de saúde e de enfermagem, usuários etc.), tratem uns aos outros com respeito, cordialidade e urbanidade, os dados da pesquisa sugerem um ambiente de trabalho que precisa melhorar no que tange à adoção de comportamentos respeitosos e cordiais.

Os cinco últimos itens pesquisados retratam a dinâmica estabelecida entre eles em seu ambiente de trabalho. Chama a atenção que o quesito referente ao clima de confiança entre os colegas de trabalho é o pior avaliado por eles, enquanto a confiança do chefe no trabalho desenvolvido é a melhor posicionada. No entanto, fica claro que, apesar dessa confiança, os profissionais não obtêm dele a proteção e a disponibilidade em momentos de dificuldades (pouco mais de 60% para ambos: enfermeiros e auxiliares e técnicos) e muito menos se sentem com liberdade para expressarem o que pensam em relação às questões do trabalho (ambos com 66,2%).

As ações dos profissionais de enfermagem estão alicerçadas nos valores da profissão e no Código de Ética de Enfermagem, dessa forma, os percentuais de 76,6% para os enfermeiros e de 72,8% para os auxiliares e técnicos revelam a existência entre os pares de um clima de respeito profissional em relação às condutas adotadas.

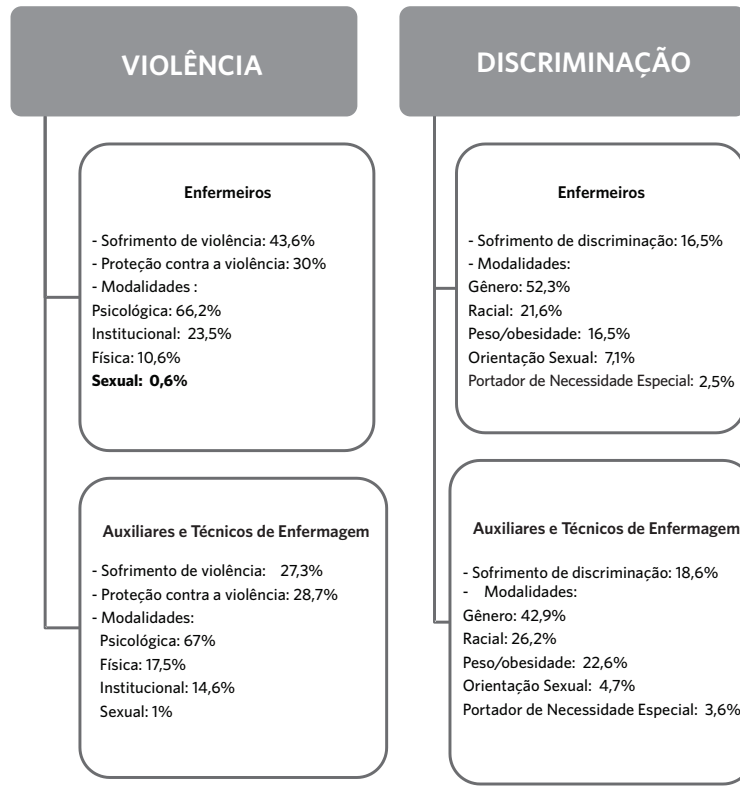
No que concerne à percepção da proteção contra qualquer modalidade de violência no trabalho, somente 30% dos enfermeiros e 28,7% dos auxiliares e técnicos revelam se sentir seguros, evidenciando uma realidade preocupante no que tange à desproteção do trabalhador e dos ambientes onde atuam.

O Ministério da Saúde, ao elaborar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, conceituou como violência quaisquer ações e eventos praticados por pessoas, classes, grupos ou nações que possam ocasionar danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros – por exemplo, agressão física, abuso sexual, violência psicológica ou institucional (BRASIL, 2000).

Para a Organização Internacional do Trabalho, a violência no local de trabalho é qualquer ação, incidente ou comportamento baseado em uma conduta voluntária do agressor, em consequência da qual um profissional é agredido, ameaçado, ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto, do seu trabalho (OIT, 2016).

O setor saúde situa-se entre aqueles que apresentam maior número de estudos sobre a violência no trabalho (CAMPOS, 2003). Tais estudos mostram que, em todo mundo, a saúde apresenta elevado potencial para a ocorrência de agressões a trabalhadores, e a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil confirma essa triste realidade, conforme pode ser visto pelos dados da *figura 1*, abaixo.

Figura 1. Percepção da violência e da discriminação pelos enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem – Brasil, 2013



Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Quando foram perguntados se sofrem ou já sofreram, nos últimos 12 meses, alguma violência relacionada ao ambiente de trabalho, 43,6% dos enfermeiros e 27,3% dos auxiliares e técnicos de enfermagem responderam afirmativamente, o que se constitui em um expressivo contingente atingidos pela violência no local onde trabalham (MACHADO ET AL., 2016).

A violência opera no cotidiano das instituições sob múltiplas modalidades: psicológica, institucional, física e sexual. Entre os enfermeiros, os dados apontam com maior frequência a psicológica (66,2%); seguida pela institucional com 23,5%; pela física, com 10,6%; sendo a violência sexual a menos citada, com apenas 0,6%.

Quanto aos auxiliares e técnicos, deve ser observado que a violência psicológica também é o destaque com 67%, mas de

preocupação ainda maior é a presença da violência física ser a segunda maior incidência, acometendo mais de 240 mil (os auxiliares e técnicos, representam 77% da equipe de enfermagem, totalizando quase 1,4 milhão de trabalhadores)³.

No que diz respeito ao sofrimento de discriminação, ao serem indagados se já sofreram discriminação no ambiente de trabalho, 16,5% dos enfermeiros e 18,6% dos auxiliares e técnicos de enfermagem afirmam que já foram vítimas de alguma discriminação. Ao analisar a tipologia das discriminações, quais sejam: gênero, orientação sexual, racial, peso/obesidade e por ser portador de necessidade especial, é possível afirmar que, os auxiliares e técnicos de enfermagem que declaram ter sofrido alguma discriminação, sofrem mais de um tipo, ou seja, dos 18,6%

³ Para mais informações, consultar Machado et al. (2016).

(cerca de 260 mil profissionais) que afirmaram sofrer discriminação, foram reportadas mais de 230 mil discriminações.

Dentre os tipos de discriminação destacam-se, tanto para os enfermeiros quanto para os auxiliares e técnicos: a discriminação por gênero, que atinge mais de 50% dos enfermeiros e mais de 40% dos auxiliares e técnicos; seguida pela racial, com mais de 20% em ambos os segmentos e a discriminação por peso/obesidade, que representa 16,5% para os enfermeiros e 22,6% para os auxiliares e técnicos. É curioso que uma profissão fundamentalmente feminina aponte como principal tipo de discriminação a de gênero.

Diante deste quadro de violência e discriminação, acredita-se ser imperativo tanto para a equipe quanto para a segurança dos usuários, dos profissionais, dos serviços de saúde e da sociedade de forma geral a eliminação de todas as modalidades de violência nas relações laborais, sendo consideradas inaceitáveis quaisquer situações de ofensa à cidadania, que exponham os trabalhadores a realidade injusta que é a das múltiplas violências e discriminações a que são submetidos no mundo do trabalho.

A *figura 2*, abaixo, traz informações referentes à saúde no trabalho dos profissionais de enfermagem e levanta algumas questões consideradas críticas, vinculadas à saúde dos trabalhadores. Os números contabilizados para o desgaste não deixam dúvidas quanto à natureza das ações e das condições experimentadas por eles. Registra-se que 64,2% dos auxiliares e técnicos consideram sua atividade desgastante. No entanto, proporcionalmente, esse segmento apresenta-se com menor desgaste se comparado aos enfermeiros (71,7%). Tal fato implica a necessidade de compreensão dos múltiplos e variados fatores presentes no processo e no ambiente de trabalho desencadeadores desse desgaste.

A pesquisa revelou ainda que, independentemente do setor analisado – público, privado, filantrópico ou ensino –, a presença dos acidentes de trabalho é um fato. No entanto, é

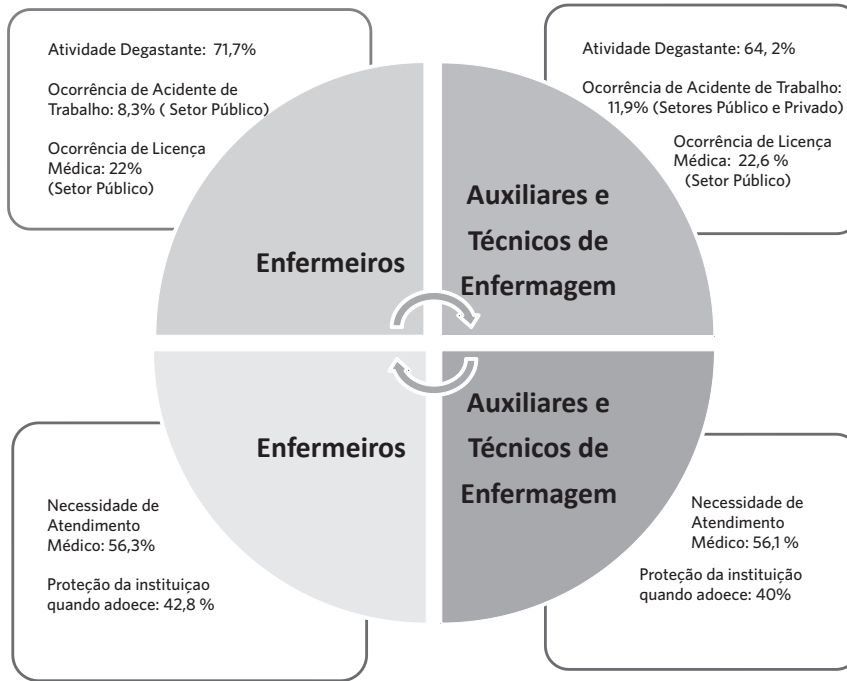
no público que os auxiliares e técnicos foram vítimas do maior número de acidentes de trabalho nos últimos 12 meses, representando 8,3%. Para os enfermeiros, tanto no setor público quanto no privado, a frequência de acidentes de trabalho nos últimos 12 meses foi de 11,9%, número este que demonstra um quadro expressivo de potenciais incapacidades temporárias ou permanentes, além de severos prejuízos causados à qualidade de vida dos trabalhadores e, ainda, para a necessidade de redução da incidência de acidentes nos ambientes de trabalho.

Quanto aos afastamentos por licença médica dos enfermeiros e auxiliares e técnicos nos últimos 12 meses, registra-se um número expressivo de profissionais (22% e 22,6% respectivamente) nessa situação no setor público. Esses percentuais representam quase um quarto de todo o contingente que atua nesse setor. Outro dado revelado reforça um ‘certo adoecimento’ dos enfermeiros e dos auxiliares e técnicos e confirmam os achados dos afastamentos por licença médica, quando mais da metade do contingente, ou seja, mais de 56% de ambos os segmentos declaram ter tido necessidade de atendimento médico nos últimos 12 meses.

Tais dados se revelam de grande importância, pois impactam diretamente sobre a assistência prestada aos usuários do sistema de saúde, uma vez que levam ao afastamento de profissionais do seu trabalho, causando sobrecarga nos que permanecem, bem como acarretando um custo elevado decorrente desses afastamentos para as instituições.

No entanto, nesse contexto de doenças, agravos e acidentes decorrentes de condições inadequadas de trabalho, tanto os enfermeiros quanto os auxiliares e técnicos informam que apenas um pouco mais 40% do contingente são assistidos pela própria instituição na qual trabalham quando adoecem, ou seja, embora lidem diretamente com o cuidado e com a saúde das pessoas, os profissionais não conseguem amparo institucional quando se trata do cuidado com a própria saúde.

Figura 2. Saúde no trabalho dos enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem – Brasil, 2013



Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, 2013. Fiocruz/Cofen.

Considerações finais

Este estudo mostrou algumas variáveis em relação às condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e apontou necessidades de mudanças na organização do trabalho em função dos achados da pesquisa. Essas transformações requeridas visam relações mais saudáveis e dignas e apontam para a necessidade de promoção de mudanças nas condutas e práticas que se estabelecem no contexto do mundo do trabalho.

Assim, é essencial buscar a eliminação de todas as formas de condições inadequadas e insatisfatórias nas relações laborais, sendo consideradas inaceitáveis quaisquer situações de ofensa à cidadania e que exponha os trabalhadores a realidades injustas e inseguras no mundo do trabalho.

Ao se analisar os parâmetros encontrados

para quesitos presentes no relacionamentos, condutas e relações que persistem no trabalho, assim como os números apurados para a ocorrência de práticas violentas e discriminatórias e de desproteção e insegurança na saúde, vários desses itens foram considerados críticos.

Isso demonstra um cenário preocupante no mundo do trabalho da enfermagem, que traz à tona concepções e práticas negativas existentes nas relações de trabalho, que balizam a organização, o funcionamento e o *modus operandi* dos serviços de saúde e que devem ser modificados, por serem potencialmente causadores de insatisfações, riscos, danos, inseguranças e adoecimentos no trabalho.

Nesse sentido, a adoção de medidas relativas à transformação organizacional e ao trabalhador – como maior cooperação entre os membros da equipe de enfermagem e

equipe multiprofissional, melhora da comunicação entre eles, implementação de ações de saúde ocupacional voltadas para apoiar os profissionais na superação da carga psíquica e mental decorrentes do trabalho, acesso a equipamento de proteção individual como forma de reduzir os acidentes de trabalho etc. –, embora não venham a solucionar todos os problemas, podem em muito colaborar para a superação de alguns deles aqui apontados.

Em suma, ao disponibilizar uma série de dados relativos às condições de trabalho a qual estão submetidos enfermeiros, técnicos

e auxiliares, que em seu conjunto, constituem a maior parcela de profissionais da área da saúde e que, em sua maioria, atuam nos serviços 24 horas/dia, a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil espera colaborar com as instituições representativas de classe e com o governo, em seus três níveis, para a busca efetiva de soluções ante os problemas levantados e para a implementação de políticas públicas voltadas para esses profissionais, no intuito de superá-los, de modo que eles possam ter condições dignas para atuarem, fortalecendo, assim, a profissão e seu exercício no País. ■

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – SEÇÃO RIO DE JANEIRO (ABENRIO). *Cartilha do Trabalhador de Enfermagem: saúde, segurança e boas condições de trabalho*. Rio de Janeiro: ABEn, 2006.

BARRETO, I. S.; HUMEREZ, D. C.; KREMPEL, M. C. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 2, n. 4, p. 251-254, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v. 4, n. 34, p. 427-430, ago. 2000.

CAMPOS, A. S. Violência e trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 1641-1655.

FELLI, V. E. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 3, n. 4, p. 178-181, 2012.

GRECO, R. M.; MOURA, D. C. A *Condições de trabalho em enfermagem*. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013, p. 1-23.

MACHADO, M. H. Notas metodológicas. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 7, n. esp., p. 6-8, 2016.

MACHADO, M. H. et al. Condições de Trabalho da Enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 7, n. esp., p. 63-71, 2016.

MACHADO, M. H. et al. (Coord.). *Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP; Brasília, DF: COFEN, 2015.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *O que é trabalho decente*. Disponível em: <www.oit.org.br/content/o-que-e-trabalho-decente>. Acesso em: 13 set. 2016.

Práticas Avançadas em Enfermagem: o debate para a construção de um modelo brasileiro

Advanced Practices in Nursing: the debate for the construction of a Brazilian model

Nádia Mattos Ramalho¹, Cibele Rodrigues Paes Leme²

RESUMO As mudanças econômicas, sociais, políticas, culturais e ambientais, influem na reorganização das áreas do conhecimento, e das práticas dentre essas mudanças, tem-se as Práticas Avançadas em Enfermagem. Este artigo tem como objetivo ampliar o debate sobre a construção de um modelo de práticas avançadas em enfermagem brasileiro. Optou-se, como método, por uma análise descritiva das práticas avançadas existentes no protocolo de enfermagem da cidade do Rio de Janeiro, relacionando-o com as práticas avançadas das enfermeiras canadenses e norte americanas. Conclui-se que é possível a criação um modelo de Práticas Avançadas em Enfermagem genuinamente brasileiro, construído com a participação do Conselho Federal de Enfermagem, dos Conselhos Regionais, das universidades e das demais associações de enfermagem. Com a participação, principalmente, dos profissionais e estudantes de enfermagem, a discussão deve também considerar a expertise desenvolvida pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família; além de considerar que a enfermagem brasileira já realiza muitas práticas avançadas, constantes na formação americana e canadense, tendo condições de construir um modelo próprio, ampliando a formação em promoção da saúde e promovendo uma maior autonomia para pensar, apreender e agir em enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE Congressos como assunto . Enfermagem. Formação profissional.

ABSTRACT *Economic, social, political, cultural and environmental changes influence on the reorganization of the areas of knowledge, and from the practices among those changes we have the Advanced Practices in Nursing. Objective: To broaden the debate on the construction of an advanced practice model in Brazilian nursing. Method: we chose a descriptive analysis of the advanced practices in the nursing protocol of the city of Rio de Janeiro, relating it to the advanced practices of Canadian and North American nurses. Conclusion: It is possible to create a genuinely Brazilian advanced practice model, built with the participation of the Federal Council of Nursing, the Regional Councils, the universities and other nursing associations, and especially with the participation of professionals and nursing students. The discussion should also consider the expertise developed by professionals working in the Family Health Strategy. In addition to considering that Brazilian nursing already performs many advanced practices, which are constant in American and Canadian training, being able to build its own model, expanding the training in health promotion, and promoting a greater autonomy to think, learn, and act in nursing.*

KEYWORDS *Congresses as topic. Nursing. Staff development.*

¹Enfermeira. Especialista em pneumologia sanitária. Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (Abefaco), Brasil. Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) - Brasília (DF), Brasil. nadimramalho@gmail.com

²Enfermeira. Mestre em saúde da família. Vice-presidente da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (Abefaco), Brasil. enfermagememaps@gmail.com

Introdução

As mudanças econômicas, sociais, políticas, culturais e ambientais, que influem na reorganização das áreas do conhecimento e das práticas, assim como os avanços tecnológicos e a utilização de redes socioculturais, que ampliam o acesso a informação, vêm se configurando em novos desafios, na busca de inovações e modos de pensar, apreender e agir.

Entre as inovações no pensar, apreender e agir, tem-se as Práticas Avançadas em Enfermagem (PAE). As bases internacionais apresentam pesquisas sobre enfermeiros exercendo funções avançadas. Diversos trabalhos destacam evidências ao examinar a eficácia desses profissionais desenvolvendo suas práticas em funções avançadas (BUCHAN, 2013). Em 2015, O presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Manoel Carlos Neri da Silva, e a vice-presidente, Irene Ferreira, participam de uma importante reunião na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em Washington, para discutir a enfermagem em prática avançada, com base nas experiências canadense e americana, que vêm sendo implementadas desde a década de 1960 nesses países (COFEM, 2015).

A Opas discute estratégias para implementar a enfermagem de prática avançada no Brasil, voltada para a Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo é aumentar o escopo de práticas do enfermeiro, desenvolvendo e aprofundando o trabalho interprofissional na atenção básica com uma formação na qual o perfil profissional apresente alta resolubilidade, preferencialmente, para a Opas, em nível de mestrado profissional com residência vinculada.

Neste artigo, fez-se uma breve análise descritiva das práticas avançadas existentes no protocolo de enfermagem da cidade do Rio de Janeiro, comparando-as com as práticas avançadas das enfermeiras canadenses e americanas, por meio de uma abordagem qualitativa, com um delineamento de estudo de caso, com o objetivo de ampliar o debate em torno da construção do modelo brasileiro.

Referencial teórico

Enfermeiros em APS na cidade do Rio de Janeiro

A cidade do Rio de Janeiro conta com 1.011 enfermeiros (*tabela 1*) atuando diretamente nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). Observou-se que as práticas destes já demonstram uma transformação nas atribuições da enfermagem na APS. Nessa cidade, o instrumento norteador da prática, o protocolo de enfermagem na APS (RIO DE JANEIRO, 2012), foi concebido em 2012, esse instrumento apresenta um desenho que segue uma configuração próxima ao modelo americano.

Esse protocolo de certa de forma influi na resolubilidade das práticas clínicas dos enfermeiros repercutindo na melhoria do acesso a atenção a saúde, porém, ainda não atinge o nível de resolubilidade em enfermagem almejada. Os profissionais enfermeiros, muitas vezes, não utilizam esse instrumento norteador, certamente, devido à falta de atualização/capacitação para a utilização dele.

Tabela 1. Quantitativo de enfermeiros atuando na saúde da família

AP	População	ESF completas	ESF incompletas	Total equipes	% ESF completas	Cobertura (%)	Cobertura total (ESF+EACS)	Total ESB	% ESB completas
10	313.102	55	0	55	100%	60.64%	40.60%	14	100%
21	641.909	66	1	67	99%	35.47%	36.01%	23	100%
22	373.216	31	0	31	100%	28.66%	20.44%	7	100%
31	900.477	173	4	177	94%	66.28%	67.01%	65	98.46%
32	572.206	90	2	92	98%	54.26%	55.47%	31	96.77%
33	948.800	147	2	149	99%	53.45%	54.10%	56	96.43%
40	1.026.039	56	1	59	98%	19.50%	19.04%	14	100%
51	676.844	122	10	132	92%	62.19%	67.28%	44	98%
52	705.758	133	0	133	100%	65.02%	45.02%	62	100%
53	397.692	115	1	116	99%	99.76%	100.63%	77	100%
Total	6.556.043	990	21	1011	98%	52.10%	52.10%	393	98.73%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, março de 2016.

Consulta de enfermagem: pré-natal e puericultura

O Rio de Janeiro disponibiliza as informações sobre a consulta pré-natal e de puericultura realizadas por enfermeiros e médicos, além de outros dados (RIO DE JANEIRO, 2016). Verificou-se que, no primeiro trimestre de 2016, foram realizadas pelos enfermeiros 44.965 consultas de pré-natal e 102.797 consultas de puericultura. Os enfermeiros são responsáveis por 50,6% das consultas de pré-natal e por 73,9% das consultas de puericultura, além das demais atribuições destes profissionais.

Pode-se afirmar, com base nos números apresentados, que as consultas de enfermagem impactam no acesso dos usuários cadastrados nas unidades de ESF no município do Rio de Janeiro, principalmente, em relação à saúde da criança e à assistência pré-natal, não sendo essa a realidade a nível nacional.

As práticas avançadas ampliam o papel da enfermagem na APS. Entretanto, existe

a necessidade urgente de capacitação para os enfermeiros nas pós-graduações *stricto sensu*, que assegure aos profissionais de enfermagem acesso a um maior número de horas de formação em disciplinas, tais como: farmacologia, fisiopatologia e fisiologia humana e, principalmente, a promoção da saúde. Tal ampliação desses conhecimentos aproxima a enfermagem brasileira do modelo americano e do canadense. Por outro lado, será imprescindível que a sociedade tome conhecimento dessas práticas avançadas, devendo ser maciçamente divulgado pelas redes de comunicação, visando ao reconhecimento não só dos usuários como dos demais profissionais de saúde.

Existe uma dificuldade em reconhecer e adotar práticas de educação permanente, essa dificuldade colabora para que o Rio de Janeiro fique incluído no grupo de estados que apresentam um grau de regionalização incipiente e institucionalidade da Educação Permanente em Saúde (EPS) Baixa. Em

termos de educação continuada (uma das práticas de educação permanente) (RIO DE JANEIRO, 2012), a liberação do profissional enfermeiro para aperfeiçoamento é dificultada devido à demanda de atendimento nas unidades, criando um círculo vicioso, fazendo com que as unidades não consigam diminuir a procura por consultas de atenção primária, cuja capacidade dos profissionais que realizam esses mesmos procedimentos, nesse primeiro trimestre de 2016, foi de 26,1% para consultas de puericultura e de 49,4% para o pré-natal nessa cidade.

Não se pode pensar em uma tenção de enfermagem baseada somente na redução dos custos de investimentos ou para suprir o déficit de outros profissionais, as ações da enfermagem devem sempre ser precedidas de um embasamento teórico-científico. Por isso, necessita-se da implementação de uma política de formação não só para a utilização dos algoritmos existentes neste instrumento, mas também para o avanço dessas práticas, com maior independência desse profissional. Ao mesmo tempo, é necessário um fortalecimento das equipes interdisciplinares, terminando de uma vez por todas com as vaidades, trabalhando somente para a melhoria das condições de saúde da cidade, do estado e do País.

Segundo Leme (2015), a formação dos enfermeiros e demais membros da equipe de ESF apresenta lacunas, principalmente, no que diz respeito à promoção da saúde. Esses autores identificaram os pontos a serem melhorados em caráter de urgência, entre eles, formação acadêmica e profissional voltados para competência em promoção da saúde, considerando os instrumentos norteadores da atenção básica e das ações que devem ser exercidas pelo enfermeiro. Em virtude dessa normatização, o protocolo, equivocadamente, não faz menção à promoção da saúde, delineando, de certa forma, que não deve ser feita e afastando a enfermagem do modelo canadense.

De acordo com Mintzberg (2003, p. 191): os profissionais da área da saúde apresentam

uma dificuldade para aderirem a esses instrumentos

[...] a estrutura dessas organizações (Organizações de Saúde) é essencialmente burocrática, e sua coordenação [...] é obtida pelo delineamento e por padrões que predeterminam o que é para ser feito.

Protocolo de enfermagem - instrumento para práticas avançadas

Observa-se que o protocolo de enfermagem da cidade do Rio de Janeiro apresenta um modelo próximo das práticas avançadas, que estão sendo discutidas pela Opas. Entretanto, a enfermagem necessita de maior independência para atuar nessas práticas, que deverão ser garantidas pela formação; alguns impedimentos poderão ser verificados a seguir com base nos algoritmos presentes no protocolo.

Apresentam-se dois exemplos a seguir:

- Tratamento da criança com verminose

O relato de eliminação de vermes e/ou prurido anal apresenta dois encaminhamentos. O primeiro, prescrição, preferencialmente, de Albendazol dose única, na falta deste, utilizar mebendazol. A segunda direção, cuidados de enfermagem e tratamento com a seguinte conduta: utilização de água tratada ou fervida; lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com Hipoclorito 2% (2 gotas por litro) por 30 minutos; comer carne bem cozida ou assada. Nunca comer carne crua; manter as unhas curtas e limpas; manter as mãos sempre limpas, principalmente, antes das refeições e após evacuações e ao preparar os alimentos, e proteger os alimentos contra poeira, mosca e outros animais; não havendo melhora do quadro, “o enfermeiro deve encaminhar para consulta médica e solicitar exame parasitológico” (BRASIL, 2010, p. 51).

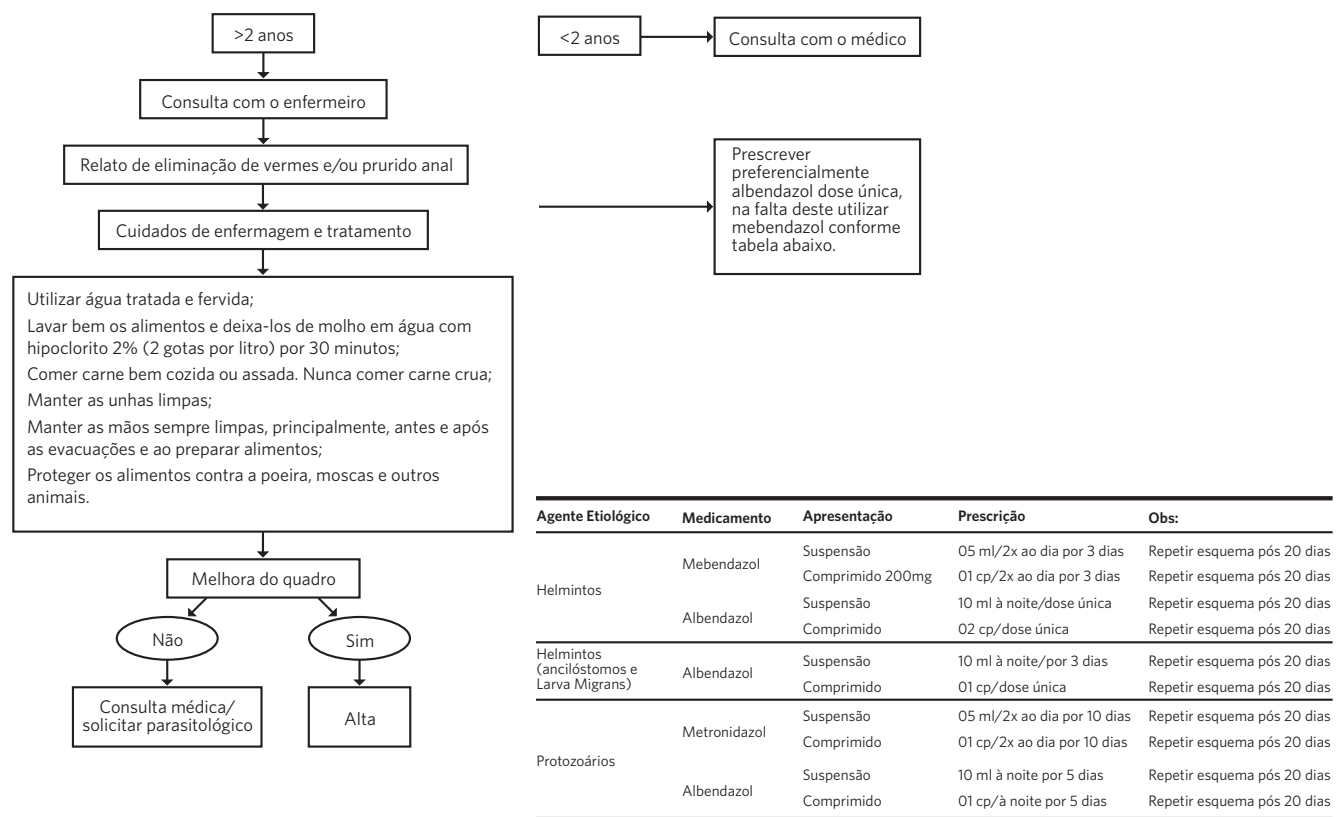
Considera-se que os protozoários são parasitas unicelulares que se multiplicam no

interior do corpo humano. Eles são microscópicos na natureza, a maioria das infecções é assintomática e ocorre tanto em adultos quanto em crianças. A infecção sintomática pode apresentar-se de forma aguda, com diarreia, acompanhada de dor abdominal (enterite aguda) ou de natureza crônica, caracterizada por fezes amolecidas, com aspecto gorduroso, fadiga, anorexia, flatulência e distensão abdominal e com o diagnóstico diferencial para: enterites causadas por bactérias ou outros agentes infecciosos (BRASIL, 2010).

Nas infecções por helmintos, parasitas grandes o suficiente para serem vistos a

olho nu quando se tornam adultos, o quadro clínico apenas não a distingue de outras verminoses, havendo, portanto, necessidade de confirmação do achado de ovos nos exames parasitológicos de fezes e com diagnóstico diferencial para: estrogiloidíase, amebíase, apendicite, pneumonias bacterianas, outras parasitoses. Deve-se ficar alerta, pois o medicamento Albendazol e seu substituto sofrem alterações na dosagem, de acordo com o agente etiológico (figura 1). De posse do resultado do exame laboratorial, o enfermeiro irá realizar uma conduta medicamentosa, apropriada, sem ter que encaminhar para consulta médica.

Figura 1. Atenção à criança com verminose > de 2 anos



Fonte: Protocolo de enfermagem da cidade do Rio de Janeiro - 2012.

Outro fator importante é reconhecer as reações adversas desse fármaco, por exemplo, dor epigástrica ou abdominal, dor de cabeça, vertigem, enjoo, vômito ou diarreia, alergias e elevações dos níveis de algumas enzimas do fígado, vermelhidão da pele, síndrome de Stevens-Johnson, descamação da pele e lesões, com possibilidade de sintomas sistêmicos graves.

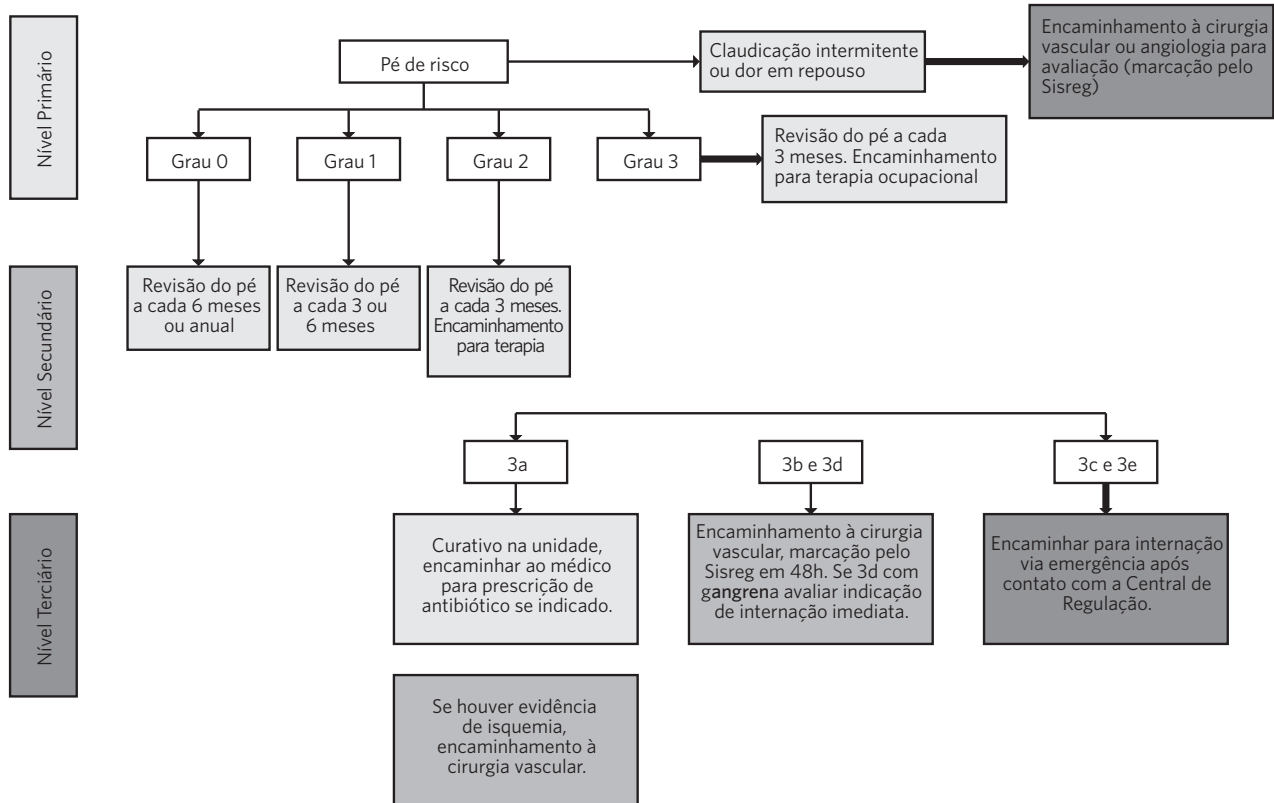
Assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes

No algoritmo que trata da avaliação do pé de risco pelo enfermeiro (figura 2), o protocolo,

tanto a nível primário quanto a nível terciário da evolução do agravo, direciona que o enfermeiro o encaminhe via sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório da rede básica à atenção secundária e internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (Sistema de Regulação – Sisreg).

Foi observado, porém, durante a construção do sistema informatizado, que o campo obrigatório para a inserção no sistema só permite a inserção com diagnóstico do profissional médico, com isso o enfermeiro não pode inserir paciente para avaliação da cirurgia vascular, e, ao mesmo tempo, o protocolo da regulação pede que a inserção seja feita pelo profissional que avaliou o usuário.

Figura 2. Avaliação do pé de risco pelo enfermeiro



Fonte: Protocolo de enfermagem da cidade do Rio de Janeiro - 2012.

O sistema informatizado não contempla nenhum sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem no Brasil, o que traz algumas dúvidas, primeiro: gestores responsáveis pela construção do sistema de informação conhecem as atribuições de enfermagem em atenção básica? A enfermagem na atenção básica realiza a consulta de enfermagem com base na sistematização da assistência de enfermagem, que é composta por: histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem conforme Resolução Cofen nº 358/2009, essas

questões necessitam de análises mais aprofundadas (COFEN, 2009).

Neste artigo, listaram-se as atribuições dos enfermeiros canadenses e americanos em saúde da família e comunidade em práticas avançadas, relacionando-as com as atribuições contidas no protocolo de enfermagem da cidade do Rio de Janeiro, que apresenta alguns preceitos análogos relativo à competência dos enfermeiros americanos e canadenses, com o objetivo de iniciar discussão sobre a implementação de práticas avançadas no Brasil.

Conforme pode-se observar nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1. Modelo americano

Estados Unidos da América

- Desenvolvimento de planos de tratamento para doenças agudas e crônicas;
- Educar e orientar os pacientes sobre prevenção de doenças e hábitos de vida saudável;
- Promoção da saúde;
- Tratamento dos idosos, pois compreendem as alterações em todo o processo de envelhecimento;
- Solicitação de exames;
- Realização de testes diagnósticos, de avaliação e de triagem;
- Gerenciar o cuidado geral do paciente em relação às questões de estilo de vida e desenvolvimento;
- Realizar cuidados preventivos
- Tratamento de doenças/diagnóstico e prescrever medicamentos

Fonte: Georgetown University School of Nursing & Saúde - 2016.

Quadro 2. Modelo canadense

Canadá

- Enfermeiros em Práticas Avançadas na Atenção Primária à Saúde (Nurse Practitioners - PN), são enfermeiros com formação avançada que lhes permite fornecer funções de cuidados primários adicionais à promoção da saúde, tratamento de doenças, prevenção de doenças e agravos e outros serviços;
- Prestar cuidados de bem-estar, diagnosticar e tratar doenças e lesões menores;
- Acompanhar a presença de doenças crônicas e monitorar pacientes com doença crônica estável;
- Prescrever medicamentos, interpretar os resultados do rastreio e testes de diagnóstico;
- Trabalham de maneira autônoma iniciando cuidados através de monitoramento dos resultados dos pacientes e colaboram com outros provedores de saúde em centros comunitários de saúde, postos de enfermagem, unidades especializadas, clínicas, serviços de emergência, e instalações de cuidados de longo prazo;
- Realizam funções adicionais - Seu papel dentro dos complementos profissionais de enfermagem não substitui outros prestadores de saúde;
- Enfermeiros em práticas avançadas não são médicos de segunda classe e nem assistentes médicos.

Fonte: Canadian Nurses Association - 2016.

Quadro 3. Protocolo de enfermagem da cidade do Rio de Janeiro

Brasil

- Humanização, acesso e acolhimento na atenção primária;
- Cuidados e tratamentos para a saúde;
- Cuidados e tratamentos para a saúde do adolescente (idade entre 10 e 19anos)
- Administração da sala de vacina;
- Cuidados e tratamento para a saúde da mulher;
- Acompanhamento das doenças cardiovasculares e diabetes na atenção primária;
- Cuidados e tratamento de algumas doenças sexualmente transmissíveis;
- Cuidado e tratamento de pacientes com tuberculose;
- Acompanhamento e cuidado integral da hanseníase e cuidados e tratamento para dengue.

Fonte: Protocolos de enfermagem na APS Rio de Janeiro - 2012.

Enfermeiros em práticas avançadas - Estados Unidos da América

Segundo a Georgetown University School of Nursing & Saúde, USA, os profissionais são habilitados para atuar com práticas avançadas de forma autônoma ou em colaboração com outros profissionais de saúde para fornecer assistência à família-focalizado. Dada à natureza bastante ampla de pacientes, enfermeiras em saúde da família, em práticas avançadas, oferecem uma gama de serviços de saúde que giram em torno da unidade familiar; de promoção da saúde e prevenção de doenças, direcionando o cuidado e aconselhamento ao longo da via.

De acordo com a American Nurses Association (ANA) (ANA, 2016), os enfermeiros em práticas avançadas nos Estados Unidos trabalham em cargos de liderança em todos os níveis de gestão de enfermagem e na administração de unidades de saúde. São altamente qualificados e assumem papéis tecnicamente focados, responsáveis pela informação em saúde, pesquisadores e consultores legais. Atuam como preceptores, cujos esforços incansáveis garantem que os estudantes que transitam da sala de aula para o ambiente de prática sejam bem preparados para os desafios que os esperam.

Segundo a Georgetown University School

of Nursing & Saúde (2016), os enfermeiros em práticas avançadas possuem uma educação de pós-graduação,

bem como formação clínica em medicina de família, eles são qualificados para o diagnóstico e tratamento de doenças complexas da saúde do corpo e da mente.

Dessa forma, podem trabalhar em uma variedade de configurações, incluindo consultórios próprios, clínicas, casas particulares, escolas ou hospitais. Enfermeiros em práticas avançadas colocam uma forte ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, mas também fornecem tratamento clínico medicamentoso, desde doenças leves até graves condições que afetam qualquer membro da família, desde crianças até idosos, educam e orientam os pacientes sobre prevenção de doenças e hábitos de vida saudável.

Enfermeiros em práticas avançadas - Canadá

No Canadá, o primeiro programa de educação foi iniciado na Universidade de Dalhousie (Halifax, Nova Escócia), em 1967, para enfermeiros que trabalhavam em postos de enfermagem do norte. Durante a década de 1970, vários relatos apoiaram um papel

expandido para enfermeiros na APS, um desenvolvimento que continuou até a próxima década. Apesar disso, durante os anos 1980, as iniciativas de práticas avançadas terminaram devido a um excesso de oferta percebida de médicos e à falta de: um mecanismo de remuneração; legislação aplicável; sensibilização da opinião pública sobre o papel dos enfermeiros e apoio entre medicina e enfermagem.

Desde a década de 1970, os enfermeiros atuam em práticas avançadas, e hoje trabalham na maioria das províncias e territórios distantes. Os canadenses são mais propensos a receber cuidados de um enfermeiro quando vivem em áreas com dificuldade em atrair médicos, por exemplo, áreas rurais e remotas, isso gerou a percepção de que os enfermeiros devem atuar somente quando um médico não pode ser acessado. Atualmente, a enfermagem é valorizada como uma solução para melhorar o acesso do público a cuidados de saúde de qualidade em todo território canadense.

Esse país também tem uma longa experiência de enfermeiros em funções avançadas na prática. Existem duas grandes categorias de enfermeiras de prática avançadas no Canadá: 1) Enfermeiros que trabalham com práticas avançadas em APS; (escopo deste estudo) e 2) Enfermeiros especialistas clínicos (trabalham principalmente em hospitais).

Mesmo estando os enfermeiros de práticas avançadas legalmente estabelecidos no Canadá, questões cruciais relativas a legislação, o âmbito da prática, proteção do título, informações de registro e licenciamento, educação e aprovação de programas de educação para enfermeiros sofrem variações entre províncias e territórios. As jurisdições estão em vários estágios na sua consideração do papel dos enfermeiros dentro de prestação de cuidados de saúde.

O mandato da iniciativa canadense da enfermeira pela Associação Canadense de Enfermagem (financiado pelo Fundo

de Transição da Health Canada Atenção Primária à Saúde) inclui o desenvolvimento de recomendações e estratégias de cinco componentes estratégicos: 1) legislação e regulamentação; 2) a prática e avaliação; 3) planejamento de saúde de recursos humanos; 4) educação; e, 5) de gestão da mudança, 'marketing social e comunicação estratégica'. Dezoito instituições de ensino oferecem programas: dois em Alberta; um em Manitoba, Nova Brunswick, Nova Escócia e Quebec; dois em Terra Nova e Labrador; e dez em Ontario. A graduação de enfermeiros nos programas em todo o Canadá mais do que duplicou entre 2001 (70) e 2002 (159).

Conclusão

No Brasil, especialmente no Rio de Janeiro, as práticas em enfermagem sofreram grandes mudanças com a implantação da ESF, como se pode constatar pelos números das consultas de pré-natal e puericultura. Inegavelmente, estas propiciaram o acesso a esses cuidados primários e a um reconhecimento pelos usuários.

Entretanto, não houve alteração no modelo hegemônico nem mesmo se configurou uma equipe linear. Na prática, o que se observa nas equipes de saúde da família é um enfermeiro com maiores atribuições, com uma agenda estafante e com um salário inferior ao de um profissional com o mesmo nível de formação (nível superior com pós-graduação em saúde da família), além de ser responsável pela supervisão do técnico de enfermagem, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da sala de vacina, dos curativos, da coleta de material para o colpocitológico, realizar visitas domiciliares, assumir a preceptoria dos residentes em enfermagem, realizar ações de prevenção de doenças, ações nas escolas, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, atender e acompanhar o tratamento diretamente observado dos pacientes com tuberculose e realizar

consultas para todos os ciclos de vida, realização de testes rápidos e, infelizmente, realizar poucas ações de promoção da saúde, ação esta prioritária para as enfermeiras em práticas avançadas canadenses.

Sabe-se que as subjetividades acompanham a cultura local, e nesse sentido, a formação, por muitas vezes, tende a direcionar o profissional de enfermagem para a manutenção do modelo hegemônico.

As práticas avançadas, voltadas para a atenção integral com foco na promoção da saúde, fazem com que os enfermeiros apresentem um perfil profissional autônomo com uma formação avançada, que a leva a prestar serviços essenciais de saúde baseados em padrões profissionais, éticos e legais, já incorporados pela enfermagem do Brasil, faltando ampliar seus conhecimentos teórico-científicos em: promoção da saúde, fisiopatologia e farmacologia, com isto, passarão a fornecer serviços abrangentes de saúde e de tratamento das doenças com o componente humano de toque e cuidado característico desses profissionais.

Com isto, afirma-se que o sistema de saúde canadense, universal, é mais próximo da realidade brasileira, ou do que pretende-se para ela, e tem em seu escopo, como prioridade, a promoção da saúde, cujo princípio fundamental é a solidariedade; felicidade; ética; respeito às diversidades; a humanização;

corresponsabilidade; justiça social e a inclusão social, a equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersectorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e a territorialidade.

Acredita-se que, pela prática obtida na ESF e pela competência dos profissionais de educação em enfermagem e dos profissionais das disciplinas, cuja carga horária deverá ser complementada, essa formação poderia ser feita por meio de uma pós-graduação *stricto sensu*.

Por fim, defende-se um modelo de Práticas Avançadas em Enfermagem genuinamente brasileiro, construído com a participação do Cofen, dos Conselhos Regionais (Corens), das universidades e das demais associações de enfermagem com a participação dos profissionais e estudantes de enfermagem. A discussão deve, também, considerar, principalmente, a expertise desenvolvida pelos profissionais que atuam na ESF, devendo ser os primeiros a complementarem sua formação. Além de considerar que esses profissionais, de certa maneira, já realizam muito das práticas avançadas, constantes na formação americana e canadense, acredita-se que a enfermagem brasileira possui condições de construir um modelo próprio, ampliando a formação e promovendo uma maior autonomia para pensar, apreender e agir em enfermagem. ■

Referências

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). *ANA's Nurses by the Numbers*. 2016. Disponível em: <<http://assets.1440n.net/16-150/>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 4/2001. 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 9 nov. 2001. Disponível

em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8. ed. Brasília, DF: MS, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BUCHAN, J. E. A. Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 38-46, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700006>. Acesso em: 30 set. 2016.

LEME, C. R. P. *Promoção da Saúde: conhecimentos e práticas das equipes da estratégia da saúde da família numa área programática da Cidade do Rio de Janeiro*. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, abril 2015.

CNA NURSE.CA. *Certification Program*. 2016. Disponível em: <<https://nurseone.ca/en/certification>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

CNA NURSE.CA. *Specialties*. 2016. Disponível em: <<https://nurseone.ca/en/certification/what-is-certification/competencies-per-specialty-area>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Cofen discute práticas avançadas de Enfermagem na OPAS*. Cofen, 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-discute-praticas-avancadas-de-enfermagem-na-opas_35458.html>. Acesso em: 30 set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução Cofen-358/2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 25 out. 2015.

DELAMAIRES, M.; LAFORTUNE, G. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation in 12 Developed Countries*. OECD Health Working Papers n. 54. Paris, França: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.

GEORGETOWN UNIVERSITY'S NURSING. *Family Nurse Practitioner*. Disponível em: <<https://nhs.georgetown.edu/nursing>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

CANADA. Health Canada. Office of Nursing Policy. *Nursing Issues: Primary HealthCare Nurse Practitioners*. Ontario: Health Canada, 2008. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgpps/pdf/nurs-infirm/2006-np-ip-eng.pdf>. Acesso em: 29 maio 2016.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estrutura em Cinco Configurações*. São Paulo: Atlas, 2003.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. *Painel de indicadores. 2012*. Disponível em: <https://subpav.org/painel/painel.php?admi=painel&g=p_esf>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <docs.google.com/file/d/0B4Cug69w7jkxWtNZ0ZMaEFFVfk/edit?pli=1>. Acesso em: 1 set. 2016.

SOUTH-PAUL J. E.; MATHENY, S. C.; LEWIS, E. L. *Medicina de família e comunidade*. 3. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

ZANETTI, M. L. Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. [editorial]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 779-780, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00779.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

Acesso à informação na enfermagem e aprimoramento profissional: contribuições da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil

Access to information in nursing and professional development: contributions of the study Nursing Profile in Brazil

Neyson Pinheiro Freire¹, Maria Clara Marques Fagundes²

RESUMO O artigo apresenta os dados de acesso de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e aprimoramento profissional, produzidos pela pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa documental que abrange 1,8 milhão de profissionais cadastrados nos Conselhos Regionais de Enfermagem no ano de 2013. Os resultados mostram que os profissionais de enfermagem fazem amplo uso das TIC em ambiente doméstico, todavia, relatam haver limitação de uso no ambiente de trabalho, o que cria obstáculos à educação permanente para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE Acesso à informação. Informática em enfermagem. Sistemas de informação em saúde. Tecnologia da informação. Comunicação em saúde.

ABSTRACT *This article presents data regarding access of nurses, technicians and auxiliary nurses to Information and Communications Technologies (ICTs), collected by the project Nursing Profile in Brazil, conducted by the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) on the initiative of the Federal Council of Nursing (Cofen). It consists of a documental survey covering 1.8 million professionals registered at the Regional Councils of Nursing in 2013. Results show that nursing professionals widely use the ICTs in domestic setting. They report, however, limited access at working environment, which creates obstacles to permanent education aiming to improve the quality of nursing assistance.*

KEYWORDS *Access to information. Nursing informatics. Health information systems. Information technology. Health communication.*

¹ Jornalista. Assessor de comunicação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) - Brasília (DF), Brasil.
neyson.freire@cofen.gov.br

² Jornalista. Analista de comunicação social do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) - Brasília (DF), Brasil.
clara.fagundes@cofen.gov.br

Introdução

A produção e distribuição de saberes tem papel central na contemporaneidade. O domínio da utilização de novas tecnologias de informação pelos profissionais de saúde é de fundamental importância para os novos processos de diagnóstico e terapia, para o controle e acompanhamento dos usuários no sistema, além de constituir-se na fonte de mais fácil e rápido acesso a novos conhecimentos úteis para a vida desses indivíduos.

Não há dúvidas de que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) conduzem a uma nova era, a era da conexão, contudo não se pode deixar de se preocupar com os limites da difusão dessas tecnologias e sua importância para a melhoria da saúde (RODRIGUES FILHO; XAVIER; ADRIANO, 2001).

Um dos pioneiros na análise do conhecimento como recurso econômico, o austro-americano Fritz Machlup, propôs, na obra seminal 'A produção e distribuição do conhecimento nos Estados Unidos', de 1962, o conceito de 'sociedade do conhecimento' ou 'sociedade da informação', no qual a produção e distribuição de saberes adquire papel central. A difusão do acesso às TIC é um dos pilares para o desenvolvimento desta Nova Economia (MACHLUP, 1962).

A convergência tecnológica e a informatização total das sociedades, observadas nas últimas décadas do século XX, inauguram a 'era da informação', marcada pela ampliação, em escala global, da sociedade do conhecimento. Atualmente, a 'era da informação' passa por uma nova etapa, com a emergência da computação ubíqua e pervasiva, como destaca André Lemos (2005):

O que está em jogo nesse começo de século XXI é o surgimento de uma nova fase da sociedade da informação [...] a partir da popularização dos telefones celulares, das redes de acesso à internet sem fio ('Wi-Fi' e 'Wi-Max') e das redes caseiras de proximidade com a tecnologia 'bluetooth'. (P.1-2).

Nesse contexto, o acesso à informação emerge como direito de cidadania. Essa perspectiva se materializa por meio da Lei nº 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. A Lei de Acesso à Informação implicou ajustes nos órgãos públicos, com o entendimento mais amplo do princípio constitucional da publicidade (VENTURA, 2013). O acesso à informação passa a ser regra; e o sigilo, exceção.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD – 2014), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), reporta que 54,9% das residências têm acesso à internet. A cada cinco domicílios, quatro usam telefone móvel para se conectar. É nesse contexto que os profissionais de enfermagem brasileiros entram na chamada 'era da conexão' (IBGE, 2015).

Na saúde, as tecnologias da informação e comunicação têm desdobramentos operacionais, com o desenvolvimento de sistemas de gestão, de integração de prontuários, entre outros. Em paralelo à evolução dos novos tratamentos de saúde que vêm surgindo em todo o mundo, a Tecnologia da Informação (TI), voltada a essa área, caminha com a mesma velocidade.

Cada vez mais inovadora, a TI passou a transformar a forma com que o paciente é tratado, reduzindo erros médicos e proporcionando um atendimento mais rápido nas emergências. Atualmente, as instituições ligadas a esse setor já têm a consciência de que um bom tratamento de saúde não se restringe apenas a bons médicos e hospitais. As tecnologias móveis permitem que os médicos recebam informações sobre as condições dos pacientes em tempo real. Por meio desses recursos, é possível traçar um diagnóstico antes do paciente chegar ao hospital, promovendo um tratamento mais ágil.

Não se pode associar a TI para saúde simplesmente com o armazenamento eletrônico de registros de saúde, na verdade, ela é muito mais transformativa e proporciona dados

analíticos e inovações de processos que já estão revolucionando a maneira como as pessoas recebem e gerenciam seus cuidados em comunidades por todo o País.

Outra vantagem é a autonomia que o paciente e sua família ganham para planejar o tratamento. Já que eles têm acesso às informações médicas, é possível tomar decisões em relação ao melhor tratamento, mesmo que o paciente não esteja em condições de opinar, como em um caso de coma, por exemplo.

Todas essas vantagens permitem que a saúde seja trabalhada de forma preventiva, pois ao ter acesso ao prontuário eletrônico do paciente, com todo o seu histórico de doenças, medicamentos usados, alergias etc., o corpo clínico tem em mãos informações que serão vitais para a introdução de programas de prevenção e de redução de custos, evitando hospitalizações desnecessárias.

No Brasil, o uso de tecnologias era menos massivo – levando em consideração o fato de que apenas 23% dos estabelecimentos de saúde do País faziam o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), enquanto 45% ainda fazem o registro totalmente em papel –, no entanto, desde os últimos 10 anos, o crescimento do uso da digitalização na saúde vem se expandindo; como, por exemplo, as tecnologias de monitoramento remoto e vídeo por conferência, em cursos a distância, que permitem que profissionais de todos os municípios do País até os mais distantes tenham acesso à informação. Em 2010, o Ministério da Saúde lançou o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), voltado para a educação permanente com cursos a distância em diversas áreas, visando à resolução de problemas presentes no dia a dia dos profissionais de saúde que atuam no SUS (LIVEHCM, 2015).

Diante do exposto, este artigo busca conhecer o acesso à informação pelos profissionais de enfermagem, com especial atenção às TIC, que remodelam os processos produtivos e a experiência humana.

Métodos

O material empírico utilizado no presente artigo faz parte da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil – um estudo transversal que teve como principal objetivo conhecer a situação atual da enfermagem no País. Envolveu mais de 1,8 milhão de trabalhadores: entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com registros ativos na base de dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). A amostra foi selecionada aleatoriamente entre as categorias, seguindo algumas variáveis pré-selecionadas como: sexo, idade e município de residência. A pesquisa foi financiada com recursos do Cofen, Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

Para a contextualização do tema, os dados específicos foram trabalhados estatisticamente em números absolutos e percentuais, com posterior disposição em forma gráfica, oriundos do Bloco 4 – Acesso à Informação Técnico-Científica, que traz perguntas inerentes a frequência e o local de acesso à internet e tipos de sites mais acessados (FIOCRUZ; COFEN, 2015), e objeto de debate na Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem (ENFERMAGEM EM FOCO, 2016).

Resultados e discussão

Os dados sobre o acesso das equipes de enfermagem às TIC permitem identificar potenciais e fragilidades para o aprimoramento profissional, bem como aperfeiçoar políticas de gestão do trabalho. Considerando a amplitude das informações disponíveis, inclusive geradas e gerenciadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasis), esses dados representam importantes subsídios para políticas institucionais de repactuação do uso das redes em atividades direta ou indiretamente relacionadas

com o cuidado e com a promoção da saúde.

A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil aponta que 61% dos profissionais de enfermagem têm acesso diário à internet, 16%, uma vez por semana, e 13,8% relatam que raramente ou nunca acessam a internet.

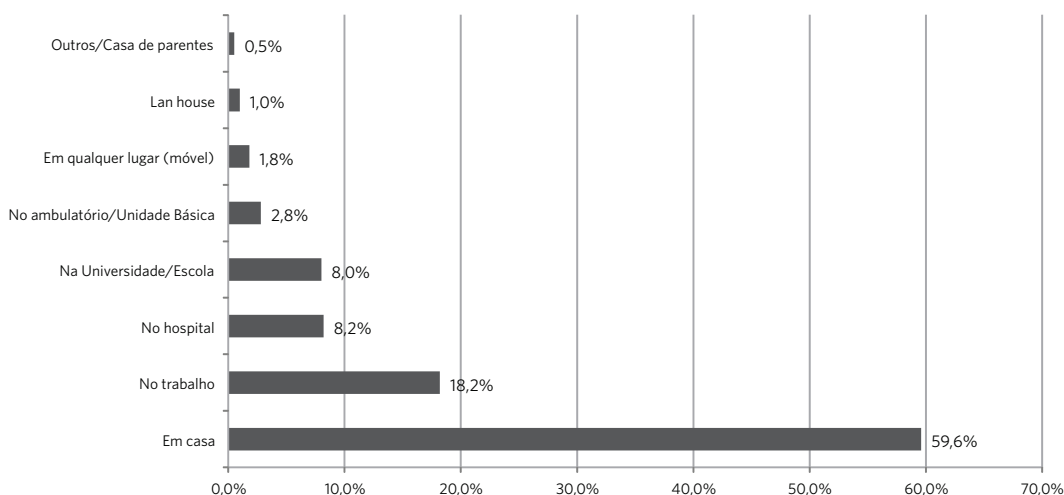
Apesar da frequência diária ser relativamente alta, a comunicação ubíqua e pervasiva característica da ‘era da conexão’ parece não estar disseminada integralmente às equipes de enfermagem no País (tabela 1).

Tabela 1. Equipe de enfermagem por frequência de acesso à internet – Brasil

Acessa a internet	V. Abs.	%
Todos os dias	1.101.407	61,0
Uma vez por semana	288.483	16,0
Raramente/Nunca	249.924	13,8
NR	164.721	9,1
Total	1.804.535	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (FIOCRUZ; COFEN, 2013).

Gráfico 1. Equipe de enfermagem segundo local de acesso à internet – Brasil (admite-se mais de uma resposta)



Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (FIOCRUZ; COFEN, 2013).

A maioria da equipe de enfermagem acessa a internet com mais frequência em ambiente domiciliar, 18,2% têm acesso no trabalho, principalmente em hospitais (8,2%), observa-se que, nas Unidades Básicas de Saúde e ambulatorios, a equipe tem baixíssimo índice de conectividade (2,8%).

Um dado importante é que 8% das equipes de enfermagem declararam que têm acesso nas universidades e em escolas em que trabalham, é um bom indicador apesar de atingir um pouco mais de 150 mil profissionais que estão inseridos no ensino (*gráfico 1*).

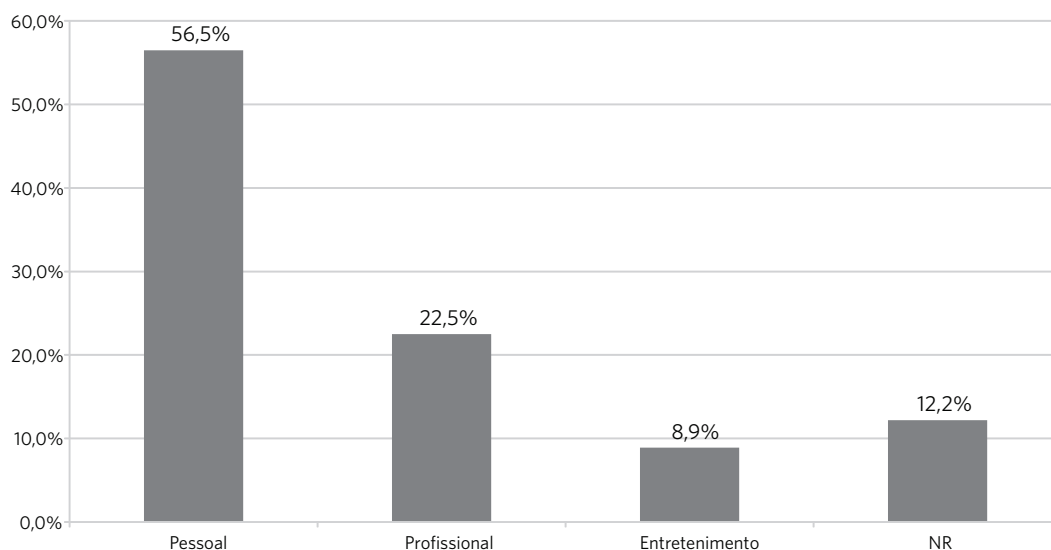
Por outro lado, a necessidade de recorrer

às *lan houses* é realidade de um contingente ainda menor (0,3%) desses profissionais.

A concentração dos acessos em ambiente domiciliar se reflete no uso que as equipes de enfermagem fazem da internet. *Sites* pessoais são os mais acessados por 56,5% dos profissionais – somado aos acessos a *sites* de entretenimento, o percentual chega a 65,4%.

O acesso com maior frequência a *sites* profissionais é reportado por 22,5%. No entanto, apenas 1,8% dos profissionais relatam acessar a rede ‘em qualquer lugar’, por meio de dispositivos móveis (*smartphones, tablets* e outros dispositivos) (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Equipe de enfermagem por tipos de *sites* mais acessados - Brasil, 2013



Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (FIOCRUZ; COFEN, 2013).

A pesquisa mostra, contudo, que em termos de utilização da internet como ferramenta de acesso à informação técnico-científica, visando ao aprimoramento profissional da equipe de enfermagem, ainda é pouco significativa.

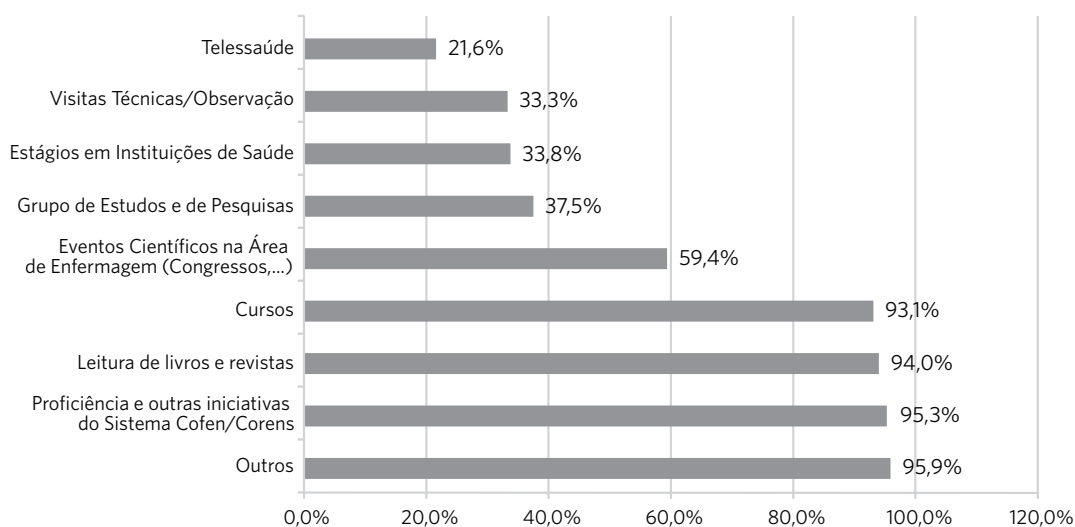
O mundo virtual é uma realidade e ferramenta essencial, hoje em dia, para se informar e se aperfeiçoar. Em se tratando da equipe de enfermagem, que tem jornadas longas e extenuantes, recorrer à internet é uma solução para adquirir conhecimento e atualização profissional. Todavia, se por um lado a equipe tem acesso à internet, o fazem por conta própria, sem suporte institucional. Mostra, ademais, o baixíssimo investimento das instituições, públicas, privadas, filantrópicas e até mesmo de ensino, em prover suas estruturas com equipamentos tecnologicamente capazes de universalizar ou, pelo

menos, facilitar o acesso à internet aos seus trabalhadores da saúde.

Aprimoramento profissional

As equipes de enfermagem não realizam aprimoramento profissional com frequência, apenas a metade (47%) do contingente realizou algum tipo nos últimos 12 meses. Os profissionais de enfermagem declararam que as modalidades mais frequentes utilizadas para seu aprimoramento, são: os cursos de proficiência ofertados pelo Cofen (95,3%); leitura de livros e revistas (94,0%); cursos (93,1%); internet (86,6%); eventos científicos na área de enfermagem, congressos (59,4%); grupos de estudos e de pesquisas (37,5%); telessaúde (21,6%), entre outros (gráfico 3).

Gráfico 3. Equipe de enfermagem por modalidades de aprimoramento mais frequente – Brasil, 2013



Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (FIOCRUZ; COFEN, 2013).

A leitura on-line se destaca com o uso frequente da internet como fonte de aprimoramento profissional, principalmente quando se sabe que o não uso da internet pela população se deve em grande parte à falta de qualificação no manuseio dos equipamentos. Isso permite criar um olhar mais amplo sobre o seu uso potencial, expandindo o acesso à informação na enfermagem para surgir um novo cenário no campo da saúde, com profissionais mais atualizados e qualificados para o atendimento aos cuidados de saúde.

Algumas considerações

O estudo aponta que mais da metade dos profissionais de enfermagem tem dificuldades ao acesso às inovações tecnológicas, especialmente nos seus locais de trabalho, evidenciando um descompasso entre a ampla gama de informações, sistemas e oportunidades de qualificação supostamente

disponíveis e o que efetivamente utilizam no seu dia a dia de trabalho. Essa restrição constitui-se em obstáculo ao uso das tecnologias de comunicação e informação como instrumento de formação continuada.

O não acesso a informação em local de trabalho, incluindo estágios, visitas técnicas e de observação, pode comprometer a difusão de boas práticas, afetando a qualidade da assistência prestada à população e a sintonia entre a qualificação das equipes de enfermagem e as necessidades efetivas da saúde coletiva.

A análise realizada neste artigo pode servir de alerta geral e especialmente aos gestores de serviços de saúde, no sentido de ressaltar o quanto esse déficit de acesso tecnológico dos profissionais de saúde – e especificamente do grande contingente da enfermagem – diminui a resolutividade, a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde, além disso, os resultados do estudo podem contribuir para formulação de políticas públicas voltadas esse seguimento. ■

Referências

- ENFERMAGEM EM FOCO. Brasília, DF, v. 7, n. esp., 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/issue/view/21>>. Acesso em: 28 nov. 2016.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: NERHUS; DAPS; Ensp; Fiocruz; Cofen, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2013-2014*. Brasília, DF: IBGE, 2015.
- LEMOS, A. Cibercultura e Mobilidade: a era da conexão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO. 28., 2005, Rio de Janeiro, RJ. *Anais...* Rio de Janeiro, RJ: UERJ, 2005. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2005/resumos/r1465-1.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2016.
- LIVEHCM. *EHR avança lentamente no Brasil, diz estudo*. São Paulo: Live Healthcare Media, 2015. Disponível em: <http://saudebusiness.com/noticias/ehr-avanca-lentamente-no-brasil-diz-estudo/>. Acesso em: 3 ago. 2016.
- MACHLUP, F. *The production and distribution of knowledge in the United States*. Princeton: Princeton University Press, 1962.
- RODRIGUES FILHO, J.; XAVIER, C. B.; ADRIANO, A. L. A tecnologia da informação na área hospitalar. *RAC*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 105-120, jan./abr., 2001.
- VENTURA, M. Acesso à informação, privacidade e pesquisa em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 636-638, abr. 2013.

Mercado de trabalho: condições gerais do trabalho da enfermagem

Labor market: general conditions of nursing work

Solange Aparecida Caetano¹, Juvenal Tadeu Canas Prado²

RESUMO Este artigo objetiva discutir os aspectos positivos e negativos do mercado de trabalho para enfermeiros no que tange às condições de trabalho e sua respectiva satisfação profissional. Trata-se de um artigo de reflexão a partir de análise de dados secundários, provenientes da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Conselho Federal de Enfermagem/Fundação Oswaldo Cruz). O número de profissionais de enfermagem disponíveis para o mercado de trabalho é majoritariamente constituído de técnicos e auxiliares de enfermagem do gênero feminino, sendo que o desemprego entre os profissionais da área já é uma realidade, inferindo ainda que a equipe é submetida a uma carga horária de trabalho semanal de 31 a 40 horas, o que corresponde a 34,7% dos sujeitos da pesquisa; sendo que chama a atenção o fato de 14,3% dos técnicos e auxiliares de enfermagem relatarem que trabalham mais de 61 horas semanais. Conclui-se que as condições de trabalho impostas pelo mercado de trabalhos aos profissionais de enfermagem estão ainda aquém das condições favoráveis e dignas que a categoria merece e almeja.

PALAVRAS-CHAVE Mercado de trabalho. Equipe de enfermagem. Satisfação no trabalho.

ABSTRACT *This article aims to discuss the positive and negative aspects of the labor market for nurses regarding their work conditions and their professional satisfaction. It is an article for reflection based on the analysis of secondary data, provided by the research Nursing Profile in Brazil Federal Council of Nursing/Oswaldo Cruz Foundation). The number of nursing professionals available to the labor market is largely constituted by female nursing technicians and assistants, where the unemployment among the professionals of this area is already a reality, inferring yet that the staff is submitted to a labor workload of 31 to 40 hours weekly, which corresponds to 34,7% of the researched public; it comes to attention the fact that 14,3% of the nursing technicians and assistants reported working more the 61 hours weekly. We conclude that the work conditions imposed by the labor market to nursing professionals are still short of the favorable and worthy conditions that the category deserves and aims.*

KEYWORDS *Job market. Nursing team. Job satisfaction.*

¹Enfermeira. Mestranda em saúde pública. Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) - Brasília (DF), Brasil. Presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (Seesp) - São Paulo (SP), Brasil. presidencia@portalfne.com.br

²Enfermeiro. Mestre em educação. Docente dos cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Paulista (Unip). pctj@uol.com.br

Introdução

O mercado de trabalho brasileiro vive ainda reflexos oriundos da crise econômica e política pós-*impeachment*. Isso pode ser constatado pela perda do poder de compra, aumento do desemprego, diminuição do trabalho com carteira assinada e em uma situação de estagnação na qual nem mesmo o mercado informal consegue mais absorver os trabalhadores que perderam emprego.

Dentro deste contexto nacional tem-se os profissionais de enfermagem em todo o território nacional que até setembro de 2016, totalizam 1.916.830, sendo destes, 450.338 enfermeiros (COFEN, [S.D.]), os quais constituem parte da gama de profissionais de saúde laboralmente ativos, que prestam serviços em diversas áreas do sistema de saúde, seja público ou privado.

Torna-se relevante, portanto correlacionar às relações de emprego dos profissionais de enfermagem estabelecidas entre trabalho e capital no processo produtivo, pois esta relação pode ser satisfatória ou não para as condições gerais do trabalho da enfermagem.

Portanto, este artigo objetiva discutir os aspectos positivos e negativos do mercado de trabalho para enfermeiros, no que tange às condições de trabalho e sua respectiva satisfação profissional.

Esta discussão deve contribuir para a elaboração de roteiro investigativo por parte dos atores sociais envolvidos das condições de trabalho desta categoria, a fim de construir indicadores que ajudem a identificar as vulnerabilidades sociais, contribuindo assim para a formulação de ações e políticas específicas que atendam à peculiaridade destes profissionais (ASSUNÇÃO; MACHADO; ARAÚJO, 2012).

Metodologia

Trata-se de um artigo de reflexão a partir de análise de dados secundários, provenientes da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil

(Conselho Federal de Enfermagem/Fundação Oswaldo Cruz – Cofen/Fiocruz) (MACHADO ET AL., 2015), com a finalidade de clarificar as relações do mercado de trabalho com as condições gerais do trabalho da enfermagem.

A amostragem da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil foi constituída em um universo de cerca de 1,8 milhão de profissionais, dos quais 414.712 enfermeiros e 1.389.823 técnicos e auxiliares. Obtiveram, destes, uma amostra final de 35.916 participantes, por meio de questionários online e abordagem de campo, obtendo um índice de resposta de 83,2% e índice de recusa de 12,6% (COFEN, 2015).

Destaca-se que esta pesquisa se configura como um diagnóstico detalhado da situação dos profissionais de enfermagem em atuação no Brasil, sendo que nela, foram entrevistados profissionais em cerca de 50% dos municípios brasileiros e em todas as unidades da federação. Os resultados, detalhados por unidade federativa, permitem uma compreensão mais precisa das realidades locais do cotidiano destes trabalhadores da enfermagem (ASSUNÇÃO; MACHADO; ARAÚJO, 2012).

Os dados desta pesquisa institucional estão separados por categoria profissional e por áreas temáticas. Neste artigo, para sistematizar o raciocínio, utilizam-se o cruzamento e a inferência sobre os dados dos blocos que tratam do mercado de trabalho (bloco 5) e satisfação no trabalho e relacionamento (bloco 6).

Resultados

O número de profissionais de enfermagem disponíveis para o mercado de trabalho atualmente é majoritariamente constituído de técnicos e auxiliares de enfermagem (77%), conforme visualizamos na *tabela 1*. Entretanto, vale ressaltar que, quando se compara o número de enfermeiros que constituem a equipe (23%) com os enfermeiros (19,8%) disponíveis em 2010, nota-se um crescimento significativo de 127.593 enfermeiros em um recorte temporal de 5 anos (COFEN, 2011).

Tabela 1. Equipe de enfermagem segundo categoria profissional. Brasil.

Categoria	V. Abs.	%
Enfermeiro	414.712	23,0
Técnico e/ou auxiliar de enfermagem	1.389.823	77,0
Total	1.804.535	100

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. Fiocruz/Cofen.

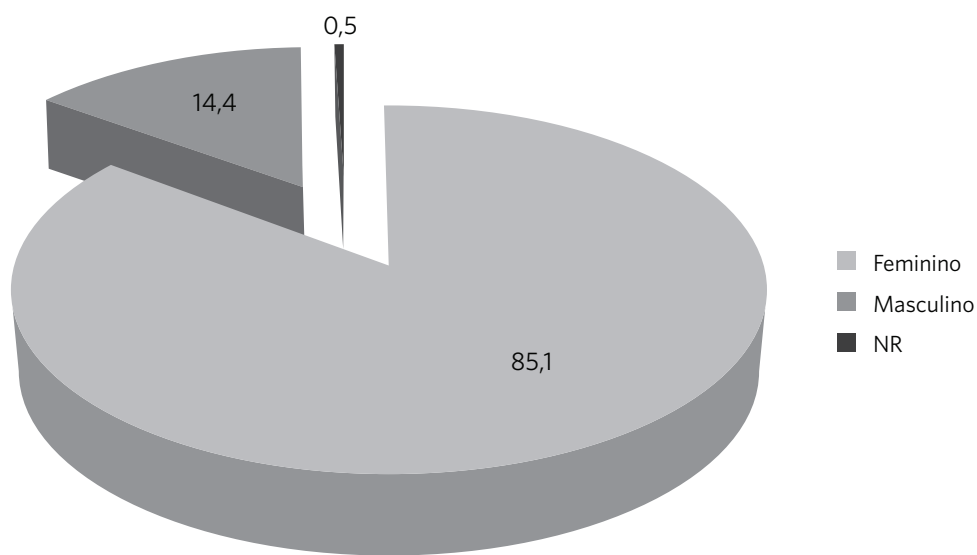
Deve-se considerar que um dos fatores que contribui para esta tendência de expansão dos enfermeiros é o fato de que para técnicos e auxiliares de enfermagem a graduação em enfermagem constitui uma oportunidade de ascensão profissional e social que o diploma de curso superior pode proporcionar por meio de construção individual de mudanças nos relacionamentos, crenças, rotinas e adaptação a novas funções.

No que se refere ao gênero a profissão é, desde sua origem, comandada por mulheres.

Os homens também estão ingressando na ocupação, com aumentos gradativos no passar dos anos, mas a maioria ainda é feminina, com 85,1% dos profissionais registrados, conforme *gráfico 1*.

Torna-se importante apresentar que ao se comparar o quantitativo de gênero masculino atual na profissão (14,4%) com o quantitativo de 2010 (12,76%), nota-se neste período de 3 anos uma tendência à masculinização da categoria, o que poderá ser confirmada sua contínua ascendência, ou não, com o passar dos anos.

Gráfico 1. Equipe de enfermagem segundo gênero. Brasil



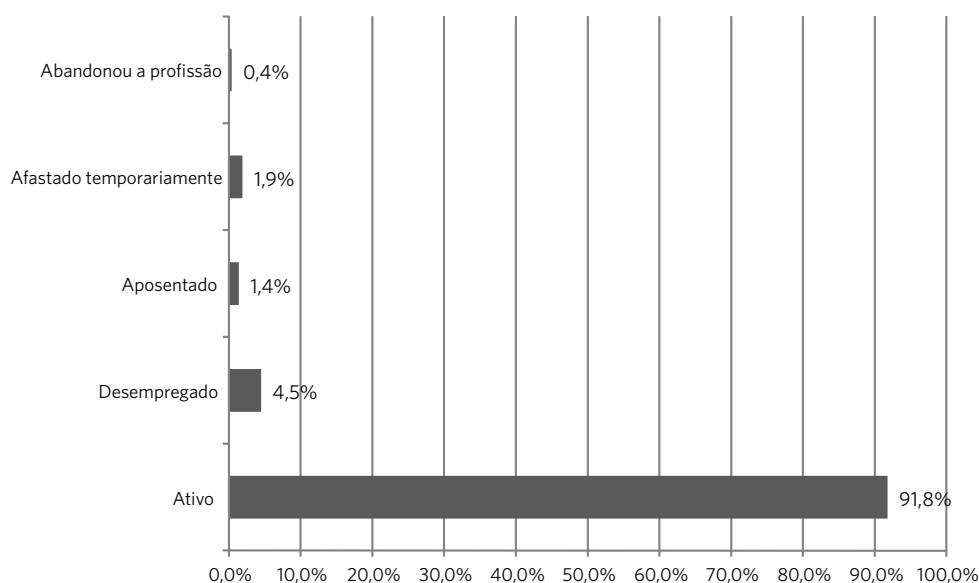
Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. Fiocruz/Cofen.

É importante informar que os profissionais de enfermagem se configuraram uma categoria profissional ativa economicamente, pois 91,8% dos profissionais que participaram da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil declararam-se ativos laboralmente.

Entretanto pode-se perceber no *gráfico 2* que o desemprego entre os profissionais da

área em decorrência da estagnação econômica atual atrelada à saturação do mercado de trabalho na enfermagem já é uma realidade, pois 4,5% deste contingente está desempregado com declaração explícita e 1,9% dos profissionais afastados temporariamente do mercado de trabalho.

Gráfico 2. Equipe de enfermagem segundo situação profissional. Brasil



Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. Fiocruz/Cofen.

Necessita-se considerar que, dentre os ativos na profissão, tem-se ainda a situação de um número significativo de técnicos e auxiliares de enfermagem que já concluíram o curso de graduação em enfermagem, e, portanto, são enfermeiros, mas são absorvidos pelo mercado de trabalho como profissionais de nível técnico. Isto ocorre pelo fato da demanda de vagas no mercado de trabalho ainda ser maior para o nível técnico quando

comparada à absorção de enfermeiros.

Ao se estratificar os dados que se referem apenas à situação da empregabilidade dos profissionais de enfermagem, conforme *tabela 2*, e ao se comparar entre as categorias profissionais, verifica-se que o desemprego, a mudança de emprego e a dificuldade de encontrar emprego nos últimos doze meses são maiores para os enfermeiros do que para os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Tabela 2. Empregabilidade dos profissionais de enfermagem segundo categoria profissional. Brasil.

Situação profissional nos últimos doze meses	Enfermeiros	Técnicos e auxiliares de enfermagem
Desempregado	12,4%	9,4%
Dificuldade de encontrar emprego	78,9%	61,9%
Mudança de emprego	22,8%	20,6%

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. Fiocruz/Cofen.

Nesta amostra de pesquisa os motivos declarados pela equipe de enfermagem acerca dos problemas de conseguir emprego, que foi a falta de experiência profissional com 18,9%, vão de encontro descrito por outros autores (SILVA; FERREIRA, 2011; JESUS ET AL., 2013). Entretanto, outros fatores também foram evidenciados, como a falta de concursos públicos apontados por 18,1% e a pouca oferta de empregos em tempo parcial para 16,9% dos entrevistados.

Este é um momento político em que as políticas neoliberais assumem a pro-atividade da pauta da pseudo reestruturação do trabalho como justificativa de não avanço aos direitos trabalhistas e até de riscos para a retirada de direitos historicamente construídos e conquistados. Isto pode ser exemplificado pelas dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores da área da saúde, especialmente a enfermagem, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), em que se vivencia baixa de postos de trabalho sem reposição, ausência de investimentos em ampliação de tecnologias aplicáveis ao

atendimento de saúde, déficit de recursos para custeio de atendimentos básicos e previsão sombria de aprovação da Proposta de Emenda Constitucional – PEC 241/2016, que na prática limitará e engessarará os gastos do governo com setores essenciais, como saúde e educação, em nome do ajuste fiscal.

Caso esta PEC seja aprovada, os governos não poderão conceder, nos próximos 20 anos, aumentos reais ao orçamento das áreas sociais, o que poderá tornar impraticável a inclusão de novos segmentos vulneráveis da população nesses programas.

Este panorama apresentado impacta nas condições gerais do trabalho da enfermagem, pois este avanço neoliberal tentará justificar a manutenção da falácia da não aprovação ao projeto de piso salarial nacional da enfermagem e da jornada de trabalho das 30 horas, com a desculpa de que o impacto financeiro destas medidas desestruturará as contas públicas e, conseqüentemente, levará os gestores a desrespeitar a lei de responsabilidade fiscal.

Tabela 3. Horas semanais trabalhadas pelos profissionais de enfermagem. Brasil.

Horas semanais	Equipe de enfermagem	Enfermeiros	Técnicos e auxiliares
Até 20 horas	3,3%	4,3%	3%
De 31 a 40 horas	34,7%	35,4%	34,5%
De 41 a 60 horas	24,7%	28,6%	23,6%
Mais de 61 horas	13,9%	12,9%	14,3%
NR	23,4%	18,8%	24,6%
Total	100%	100%	100%

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. Fiocruz/Cofen.

Na *tabela 3* observa-se que a equipe de enfermagem é submetida a uma carga horária de trabalho semanal de 31 a 40 horas, que corresponde a 34,7%, sendo que chama a atenção o fato de 14,3% dos técnicos e auxiliares de enfermagem relatarem que trabalham mais de 61 horas semanais.

A sobrecarga de trabalho tem trazido aos profissionais de enfermagem falta de tempo para descansar, ter lazer, estar com a família, refletir sobre o seu agir profissional e buscar novos conhecimentos. Esta sobrecarga acaba desencadeando um desgaste físico e emocional acentuado, o que interfere em sua prática profissional.

Os resultados desta pesquisa comprovam este comprometimento físico e emocional apontado na literatura em decorrência da atividade laboral excessiva, pois a equipe de enfermagem entrevistada apontou, em 65,9%, a presença deste desgaste. Quando se olha o percentual de desgaste apontado somente pelos enfermeiros estes números aumentam para 71,7%.

Deve-se considerar que este desgaste se agrava em detrimento das situações atreladas à situação de carga horária excessiva de trabalho, tais como dimensionamento insuficiente de profissionais, do trabalho pouco reconhecido e mal remunerado, bem como a complexidade técnica e tecnológica do processo de cuidar.

Outro item a ser considerado nas condições de trabalho destes profissionais é a existência de infraestrutura para descanso dos profissionais de enfermagem. Estes apontam para o fato de que as instituições privadas possuem esta estrutura em 49,9%, enquanto as instituições públicas são citadas como adequadas por 47,3% dos entrevistados, seguidos de 38,9% de condições dignas para descanso nas instituições filantrópicas.

Em todos os tipos de instituições de saúde, infelizmente, ainda se tem mais de 50% das instituições sem ofertar condições de descanso digna aos profissionais de enfermagem submetidos a plantões e, portanto, não demonstram preocupação em preservar a integridade física dos mencionados trabalhadores e das pessoas por eles atendidas, pois se faz necessário considerar que a fadiga física e/ou mental do profissional de enfermagem tem o potencial lesivo de causar danos à integridade física e psíquica daqueles que necessitam dos serviços fornecidos pelas instituições de saúde.

Tem ainda dados nesta pesquisa que permitem reflexão sobre a violência no ambiente de trabalho, pois na *tabela 4* verifica-se que nesta amostra 19,7% dos profissionais de enfermagem declaram ter sido vítimas de violência laboral, sendo que no caso só dos enfermeiros tem-se 23,9% dos entrevistados relatando ocorrência de algum tipo de violência laboral.

Tabela 4. Existência de violência e respectivos tipos vivenciados pelos profissionais de enfermagem. Brasil.

Violência	Equipe de enfermagem	Enfermeiros	Técnicos e auxiliares
Vivenciou	19,7%	23,9%	18,5%
Tipo			
Psicológica	66,5%	65,2%	67%
Institucional	17,1%	23,5%	14,6%
Física	15,6%	10,6%	17,5%
Sexual	0,9%	0,61%	1,0%
Total	100%	100%	100%

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. Fiocruz/Cofen.

A violência psicológica foi o tipo predominante em toda a equipe de enfermagem, seguido de violência institucional tendo, principalmente, enfermeiros como vítimas.

A violência psicológica caracteriza-se pelo uso proposital de poder contra outro indivíduo, procurando controlar as suas ações ou comportamentos, causando intencionalmente danos para o desenvolvimento das dimensões: física, mental, moral ou social da vítima (LIMA; SOUSA, 2015).

O estudo também apontou para o fato de que não há proteção adequada no ambiente de trabalho contra a violência. Na percepção dos entrevistados, geralmente tem-se a própria população atendida como os principais agressores, mas tem-se também as relações conflituosas entre os membros da própria equipe de enfermagem que acabam por vezes se transformando em violência laboral.

Conclusões

As relações entre as pessoas em um ambiente de trabalho apresentam-se de forma dinâmica, e, portanto para estas relações estarem

em harmonia adequada com o trabalho é preciso que esse ambiente ofereça condições saudáveis, para promover sensação de bem-estar.

Entretanto, a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil nos mostra que as condições de trabalho impostas pelo mercado aos profissionais de enfermagem estão ainda aquém das condições favoráveis e dignas que a categoria merece e almeja, para que sua respectiva satisfação profissional traga reflexos positivos na assistência prestada aos pacientes/clientes/usuários e consequentemente na qualidade de vida deste profissional.

Acredita-se que todas as entidades representativas da enfermagem devem unir-se e buscar o consenso de uma pauta única e desejada há muitos anos pelos profissionais de enfermagem para que, com os trabalhadores, órgãos reguladores, instituições de ensino formadoras, Poder Legislativo, Poder Executivo e Poder Judiciário dividam a responsabilidade dos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem entregues à sociedade brasileira, no contexto da segurança e proteção para o profissional e para a sociedade. ■

Referências

- ASSUNÇÃO, A. A.; MACHADO, A. F.; ARAÚJO, T. M. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. *Rev. bra. est. popul.*, São Paulo, v. 29, n. 1, 2012, p. 147-167.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Comissão de Business Intelligence: análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais*. Brasília, DF: Cofen, 2011. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.
- _____. *Enfermagem em números*, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 3 out. 2016.
- _____. *Políticas Públicas para a Enfermagem com base nos dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: relatório*. Brasília, DF: Cofen, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.
- JESUS, B. H. *et al.* Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 336-345, 2013.
- LIMA, G. H. A.; SOUSA, S. M. A. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. *Rev. Bra. Enfer.*, Brasília, v. 68, n. 5, p. 817-823, 2015.
- MACHADO, M. H. *et al.* (Coord.). *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Relatório final*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen, 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 3 out. 2016.
- SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev. Bra. Enf.*, v. 64, n. 1, p. 98-105, 2015.

Grandes programas e políticas do SUS: desafios e perspectivas para os profissionais de saúde

Major problems and policies of the SUS: challenges and perspectives for health professionals

Maria Helena Magalhães de Mendonça¹

RESUMO Este trabalho teve como foco apresentar o cenário político e institucional em que se deu a Reforma Sanitária como um projeto político abrangente que se voltou para a sociedade e para a ampliação de direitos de cidadania definidos no âmbito do Estado democrático e da seguridade social. Ao mesmo tempo, voltou-se para a especificidade de a saúde exigir uma reforma conceitual, institucional, relacional e de valores que regesse a formulação de nova política de saúde e a implementação de nova organização dos serviços de saúde que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS se configurou como sistema de saúde de acesso universal, equânime e inclusivo, ao romper com a lógica de contribuição social, oferecer serviços de saúde públicos, gratuitos a toda a população com recursos do orçamento fiscal. Neste, a Estratégia Saúde da Família foi entendida como uma experiência exitosa que apresentou diversos avanços em seu objetivo principal de dar orientação e sustentação institucional, técnica e financeira à Atenção Primária à Saúde como eixo principal de estruturação do sistema de saúde, representando uma mudança no investimento em saúde por parte do Estado. Com uma abordagem panorâmica que destacou políticas e programas de governo no âmbito federal, o artigo tratou os principais desafios para o fortalecimento do SUS, especialmente os relativos à precarização das relações de trabalho nos anos 1990 e à restrição dos gastos públicos com recuo na expansão do funcionalismo nas esferas de governo, em resposta a uma reforma administrativa, que impôs novos mecanismos e instrumentos de gestão dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Programas. Política de saúde pública. Profissionais da saúde.

ABSTRACT *This study focused on presenting the political and institutional setting in which the Sanitary Reform occurred as a comprehensive political project that turned to the society and to the expansion of citizenship rights defined under the democratic State and of social. At the same time, we turned to the specificity that health requires a conceptual, institutional, relational, and values reform that would guide the formulation of new health policy and the implementation of new organization of health services which resulted in the creation of the Unified Health System (SUS). The SUS was configured as a health system of universal access to care, equitable and inclusive, by breaking with the logic of social contribution, providing public health services, free to the entire population with funds from the fiscal budget. In such system, the Family Health Strategy was seen as a successful experiment that showed many advances in its main objective of providing guidance and institutional, technical and financial support to primary health care as*

¹ Socióloga. Doutora em sociologia. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mhelenam@ensp.fiocruz.br

the main axis of structuring the health system, representing a change in the investment in health by the State. With a panoramic approach that emphasized policies and government programs at the federal level, the article discussed the main challenges for the strengthening of the SUS, especially those relating to casualization of labor relations in the 1990s and the restriction of public spending with a decline in the expansion of functionalism in the spheres of government, in response to an administrative reform, which imposed new mechanisms and tools for the management of health services.

KEYWORDS *Programs. Public health policy. Health personnel.*

Introdução

A reforma do setor saúde brasileiro em seu sentido mais amplo, que se denomina Reforma Sanitária, deu-se simultaneamente ao processo de democratização no País pela transição de um regime autoritário lenta e gradual até o processo de redefinição constitucional, que promoveu a democratização do Estado e da sociedade brasileira (PAIM, 2008).

Nesse contexto, a democratização da saúde representou um projeto político de longo alcance que foi se definindo nas décadas de 1970 e 1980, no âmbito do aparelho formador de profissionais de saúde articulado a várias entidades representativas de gestores dos serviços de saúde, de profissionais de saúde e de movimentos sociais urbanos, de base popular, cuja base conceitual e político-institucional foi amplamente debatida na VIII Conferência Nacional de Saúde. Ali, onde se cunhou a concepção de saúde como um direito de todos e um dever do Estado, foi iniciado o processo de formulação de uma nova política nacional de saúde que teve seu ápice na implementação dessa definição na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2008).

Paim refletiu sobre a tese de Arouca de que

a Reforma Sanitária teria algumas dimensões que iam além da dimensão de reforma setorial ou das instituições produtivas de bens e serviços de saúde: uma dimensão específica de saúde que se expressava no impacto positivo sobre os indicadores sociais e de saúde; uma dimensão ideológica que promovia mudanças de valores, juízos, concepções sobre o valor da saúde em dado contexto e uma dimensão das relações, ou seja, da organização social e produtiva de uma sociedade que considerava as situações de risco e a possibilidade do fenômeno saúde/doença (PAIM, 2008).

Paim ainda recuperou os primeiros estudos sobre a Reforma Sanitária (FLEURY, 1989) que a projetou como uma proposta específica e social, que pretendia mudanças estruturais no âmbito das relações políticas e econômicas, que surgiram da sociedade e na sociedade e pressupunha a recuperação da cidadania (SANTOS, 1979). Para os autores revistos, a Reforma Sanitária aparece como um projeto estratégico em movimento pela superação de um dado campo de forças no âmbito da produção do conhecimento, da organização dos serviços e da formação profissional que sustentava a assistência médica previdenciária, subsector hegemônico na

saúde brasileira até então, e que propunha um projeto para toda a sociedade independentemente de classe, grupo e estratos sociais (PAIM, 2008; FLEURY, 1989; GALLO; NASCIMENTO, 1989).

Definiu uma mudança nas práticas de saúde por parte dos profissionais, com base na conceituação da saúde e da doença segundo as necessidades de saúde relativa à ampliação desse conceito (DAMASO, 1989). As mudanças nas práticas de saúde se estruturaram nos eixos conceituais de determinação social das doenças e do processo de trabalho em saúde, que foram amplamente revistos nas décadas que se seguiram conforme a Reforma Sanitária se implementava nos estados e municípios.

A radicalização da descentralização da política deu margem ao desenvolvimento de modelo de atenção voltado para a qualidade de vida e para a humanização do cuidado, em que o tema do trabalho em saúde e sua gestão se desenvolveu bem mais rápido do que o da determinação da saúde. Paim entende que o comprometimento da epidemiologia social no Brasil, em seu viés economicista, só seria recuperado no século XXI com a constituição da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais, em 2006 (PAIM, 2008).

O primeiro movimento para concretização dessa reforma foi a incorporação da saúde como um direito de cidadania inscrito na nova ordem social que se elaborou, que propunha um conjunto de ações organizadas sistemicamente denominado de seguridade social, que abrangia as políticas de previdência social, saúde pública e assistência social. A questão central, naquele momento, era tomar a saúde como parte da questão social e política dentro da esfera pública, ou seja, implementar uma cidadania ampliada, que incluísse a criação de um sistema de seguridade social, em que o sistema público de saúde tinha caráter universal, equânime e gratuito. Entretanto, a regulamentação da seguridade social foi adiada e realizada entre as suas três áreas constitutivas de forma isolada

e em tempos diferenciados (MENDONÇA, 2002).

Boa parte das medidas de regulamentação dos princípios constitucionais contida na Lei Orgânica da Saúde especificava as atribuições e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização política e organizacional, universalização do acesso, integração assistencial e integralidade do cuidado, participação social foram princípios e diretrizes garantidas nas disputas de projetos políticos a favor ou contra o SUS, apesar de alguns constrangimentos em sua essência.

Esse processo político esteve vinculado a questões maiores do processo de transição política, como a configuração do novo Pacto Federativo, que deu aos municípios maior autonomia e expandiu os recursos repassados pelo nível federal. Por sua vez, essa mudança exigiu mais controle das instâncias de governo e de governança, como os conselhos representativos e comissões gestoras nos diversos níveis de governo, resultado da institucionalização e radicalização da descentralização setorial e da formulação da política de saúde. Em ambos os casos, foram de fundamental importância a presença dos fundos e conselhos de saúde, criados em todos os níveis de governo para apoiar a condução das políticas de saúde.

As dificuldades para efetivação do ordenamento jurídico regulamentar refletiram a crise econômica que se seguiu nos 1990, com a demanda por uma política de ajuste econômico e fiscal e a sempre presente tensão entre os setores privado e público para reorganização do setor. Para este último aspecto, contribuíam a condição de forte concentração dos serviços, profissionais de saúde e das instituições de formação em regiões mais desenvolvidas, indicando desigualdades regionais e sociais. Os vazios políticos e as novas organizações do setor privado em empresas de planos de saúde tencionaram para ampliar sua participação no sistema e influenciar as demandas dos diferentes grupos sociais afetados pelo subfinanciamento do

setor e pela abrangência e qualidade da assistência ofertada.

Essa tensão apontava para a perspectiva de redefinição das funções de Estado, ou seja, sua natureza e caráter, com foco no tratamento da questão do processo de trabalho reorientado para maior resolutividade e impacto na saúde das famílias e da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde ao longo das duas últimas décadas (MENDONÇA ET AL., 2010).

Reorganização da atenção primária como porta de entrada do sistema público de saúde e processo de trabalho em saúde

Uma estratégia governamental exitosa ao longo do período transcorrido conduzida pelo Ministério da Saúde foi a reorganização da atenção no SUS, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). O Programa de Saúde da Família (PSF) respaldado por normas operacionais (1994 e 1998), que induziram o processo de descentralização dos serviços de saúde subsidiados por financiamento específico, especialmente a definição do Piso de Atenção Básica, e por normas assistenciais (2000 e 2002), que implantaram a regionalização da saúde, redefiniram processos e mecanismos de planejamento e gestão da saúde (HEIMAN; MENDONÇA, 2005).

O PSF fundiu diversas funções, como superar a má distribuição de recursos de saúde no País, interiorizar e municipalizar a atenção, a partir da apresentação de um modelo de organização do trabalho em saúde mais adequado às premissas da Reforma Sanitária, que eram a incorporação do paradigma da determinação social e da promoção em saúde, ênfase no trabalho multiprofissional em equipe nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na abordagem territorial e familiar, voltada para a comunidade e para

a participação social (HEIMAN; MENDONÇA, 2005).

As normas mencionadas foram conformando a transição do PSF, de um programa focalizado, responsável por um modelo paralelo de atenção à dimensão de Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo da gestão descentralizada da saúde, de formas de financiamento e repasses de recursos para a atenção básica à saúde e outros níveis de atenção. Com isso, buscou-se criar o acesso aos serviços básicos de saúde, onde não houvessem estruturas, e reorganizar e ampliar onde houvessem serviços funcionando tradicionalmente, de modo a renovar e expandir a cobertura populacional com ênfase na cobertura vacinal para crianças e idosos; oferta de assistência pré-natal e a crianças de 0-7 anos e atendimento às populações mais carentes ou de alto risco com tratamento para as doenças crônicas e melhorar a dispensação de medicamentos.

A inovação deu ênfase à reorganização dos serviços para que se concentrassem nas famílias e comunidades e integrassem nas unidades básicas a assistência médica com a promoção e as ações preventivas com base no diagnóstico de saúde da comunidade e monitoramento dos indicadores de saúde do território na população adscrita.

À medida que se implementou a ESF também nos grandes centros urbanos, avançou o investimento nesse nível de atenção e, posteriormente nos de urgência e emergência (SAMU, 2003 e UPA, 2008, respectivamente), com vistas a articular em rede a coordenação do cuidado e expandir a cobertura para níveis mais complexos no setor público. Nesse sentido, a criação e o fortalecimento de estruturas regulatórias nas secretarias municipais de saúde e nas UBS deram forma a sistemas regulatórios descentralizados e informatizados que respondem pelos fluxos de pacientes para os serviços especializados que integram o cuidado primário à rede de serviços ou rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Muitos outros mecanismos de integração

foram criados nesse processo de construção de uma assistência integral, coordenada e equitativa, como prontuários eletrônicos, diretrizes clínicas para agravos de risco, sistemas de informação que visavam a melhor notificação de estatísticas vitais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), internações hospitalares e seguimento de doenças crônicas como HiperDia, que viriam a se juntar ao banco da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da assistência ambulatorial de média complexidade, oriundos do sistema de saúde anterior ao SUS.

Somente, em 2006, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) revista em 2011, consolidaram-se no plano nacional as diretrizes de organização desse nível, considerando-se uma perspectiva de rede integrativa de referência e contrarreferência regionais, com a ampliação do escopo da atenção básica, no sentido clínico, por meio da criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Este também é composto de equipes multiprofissionais associados às Equipes de Saúde da Família (EqSF), além da educação permanente em saúde (BRASIL, 2011).

Com essas medidas, buscou-se dar conta de uma abordagem abrangente da atenção primária

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011).

Para a PNAB, as EqSF são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro

generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ainda contemplar a saúde bucal com a presença de cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e ou técnico em saúde bucal. Essa formação básica tem sido monitorada permanentemente pelo Sistema de Informação da Atenção Básica, facultando o recebimento do incentivo federal, a implementação e consolidação da ESF, pela preservação da composição plena da equipe e sua habilitação para o efetivo funcionamento.

Um avanço dessa nova organização do modelo assistencial trouxe embutida em si mudanças para as práticas assistenciais, fortalecendo a formação especializada de médicos e enfermeiras na perspectiva de uma abordagem familiar e comunitária (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015). Outro aspecto importante da PNAB e seus desdobramentos para a valorização da APS foi a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), em 2011, que veio a se somar a iniciativas anteriores de estudos de avaliação e monitoramento que integram o ponto de vista de gestores, profissionais e usuários, com a colaboração de instituições de pesquisa e ensino quanto à dimensão político-institucional, organizativa e técnico-assistencial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Os estudos de avaliação têm cotejado a dinâmica da ESF com o modelo tradicional de APS em UBS, apontando progressos quanto à promoção da equidade, à ampliação das possibilidades de oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, inclusive para a saúde bucal, operando no sentido da integralidade da atenção. Seus principais problemas estão ligados à garantia do acesso e da continuidade da atenção a partir da referência da Unidade de Saúde da Família (USF), ou seja, a sua posição de porta de entrada no sistema de saúde, a integração da ESF à rede assistencial, ao planejamento e à participação social.

Do ponto de vista macropolítico, o financiamento ainda foi insuficiente, e a formação profissional nem sempre esteve voltada para atender às necessidades de atenção do modelo centrado na APS. Quanto à gestão do trabalho, há também a precarização do vínculo profissional com as instituições (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016; PAIM ET AL., 2013).

Contudo, a ESF ainda tem sido uma forte aliada para o trabalho multidisciplinar valorizando o enfoque familiar e novas práticas, como o acolhimento, o vínculo, à humanização e à orientação comunitária, esta última favorecendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar. Observa-se ainda que o processo de trabalho aumenta a adesão às ações para tratamento da hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e de doenças sexualmente transmissíveis (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Os indicadores de produção apontam o aumento do número de consultas pré-natais, de puericultura, de orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, da coleta de colpocitologia oncótica e das internações hospitalares ou de saúde, como a redução de nascidos com baixo peso, da mortalidade infantil, indicadores estes que atendem às prioridades do Pacto de Saúde pela Vida (PAIM ET AL., 2013)

O papel da enfermagem nos programas e políticas de reorientação da atenção à saúde no SUS

Ao longo da história do capitalismo, o trabalho em saúde (PAIM ET AL., 2013; MACHADO, 1995) foi uma atividade característica do setor terciário da economia, que se tem desenvolvido em instituições de natureza diversa e assumido formas distintas nos sistemas sociais em que se inseriu. A produção de serviços de saúde

faz uso intensivo de recursos humanos e de incorporação de tecnologia e pode ser um trabalho intenso e extenso dependendo do espaço (hospital, serviços primários etc.) e tempo em que se realiza (jornada de trabalho integral, parcial). É um trabalho que envolve muitos atos ou processos parciais de distintos meios, instrumentos e profissionais.

Na atenção primária e nos programas de atenção primária, o trabalho em saúde passou por uma mudança em sua organização conforme se voltou para a população rural ou para marginalizados urbanos, pois se implantaram onde se observou maior insuficiência ou dificuldades em fixar profissionais de saúde, em especial os médicos. Com tal condição, tradicionalmente, facultou-se a ampliação das competências da enfermagem para o âmbito da promoção de saúde, assistência obstétrica, conforme a capacidade de pagamento das instituições e as demandas por extensão de cobertura. Essas condições puderam, por um lado, oferecer maior autonomia profissional e impacto na gestão dos projetos de saúde participativos, no campo da promoção e prevenção de enfermidades, onde o conhecimento sobre as relações saúde-sociedade, contudo, se faziam mais frágeis.

Outro aspecto importante da divisão técnica foi o contraste entre um trabalho com bastante autonomia e largo poder institucional do médico e a coordenação do trabalho de equipe da enfermagem entre várias áreas de apoio e forte normatização, que geraram conflitos intergrupos, dificultaram a convivência e exercício profissional com base no respeito dos direitos dos doentes e usuários dos serviços. Essa divisão se consagrou na ESF em que a enfermeira assumiu a coordenação do trabalho em equipe, sem a resolução de conflitos e carências já mencionados.

Os processos de trabalho em enfermagem podem se voltar para o controle da enfermidade no âmbito social segundo modelos de organização que se desenvolvem por meio de instrumentos diversos, como o diagnóstico

das situações de saúde em populações a partir do levantamento epidemiológico e das necessidades de saúde; como a planificação ou intervenção da vida e do trabalho, da educação para a saúde e desenvolvimento de ações de prevenção da enfermidade e promoção da saúde. Toda uma gama de ações que compõe o campo da saúde coletiva e sua abordagem multidisciplinar.

Ou ainda buscar a recuperação dos enfermos no plano individual por meio da intervenção clínica sobre o corpo humano com apoio de instrumentos científicos-técnicos e administrativos de modo a prestar uma atenção integral, contínua e resolutive em uma organização complexa que combina muitos processos de diferentes graus tecnológicos e um trabalho em equipe multiprofissional (MACHADO, 1995; AGUDELO, 1995). A fusão dessas abordagens levou a um esforço de trabalho em equipe fundamental, seja no âmbito social, seja no individual, que possibilita uma visão mais global e coletiva do cuidado, reforça o compartilhamento de tarefas e necessidade de cooperação segundo as habilidades dos membros potencializadas no processo de trabalho pelas dimensões complementares de trabalho e interação/comunicação (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Assim, é a soma dos diferentes saberes e conhecimento de uma equipe multiprofissional que incidirá sobre os resultados da intervenção do processo saúde/doença, ou seja: a integralidade das ações de saúde condicionada ao trabalho em equipe.

Os críticos do processo de trabalho de enfermagem centrado em hierarquia e especialização entre coordenação e operação indicam que, em tese, o trabalho interdisciplinar proposto pela ESF, em que cada ator sabe suas potencialidades e limites e trabalha de forma horizontal e recíproca para a obtenção de um resultado comum, é uma das possibilidades dessa inovação. Outra seria buscar a qualidade da atenção compatível com a ampliação do acesso a serviços de

saúde com resolutividade e continuidade; em que a coordenação entre profissionais e técnicos dentro da instituição enfatize a satisfação das necessidades de saúde, permitindo e respeitando a participação dos usuários e familiares na tomada de decisão e acompanhamento do processo saúde-doença.

A qualidade da atenção deve refletir a satisfação do usuário, do profissional e do serviço, implicando a combinação de oportunidade do atendimento, condições de trabalho adequadas e indicadores de resultados condizentes com os objetivos traçados. A garantia da qualidade da atenção se sustenta na composição adequada da equipe e dos componentes da organização dos serviços de saúde – estrutura, processo e resultados que devem passar por permanente avaliação (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Mesmo que se venha repensando e atualizando os programas de formação profissional da equipe de enfermagem nessas últimas décadas, necessita-se acrescentar mais pesquisa e articulação docência-serviços para avançar na reformatação das práticas sociais em novo contexto, especialmente na atenção primária e nas propostas de consolidar a regionalização e as redes de saúde (AGUDELO, 1995).

Nos tempos de reforma e revisão do modelo de atenção, a abordagem multiprofissional se engaja na recuperação do setor público de saúde, com resgate de funções formuladora e implementadora de política de saúde, especialmente a construção do SUS – universal, equânime, integral, descentralizado e hierarquizado para responder às necessidades de saúde, o que implica ainda uma prática gerencial integrada ao novo sistema. Neste, o sanitário, que não é mais só o médico, passa a se integrar à equipe, que agrega o planejador, o epidemiólogo, o administrador e o cuidador, a partir de uma formação em saúde coletiva para além do campo restrito da medicina científica.

A PNAB, em sua revisão em 2011, buscou intervir em um dos pontos críticos do PSF

que era a força de trabalho parcialmente em razão dos contratos temporários, da alta rotatividade dos profissionais, em especial os médicos, ou seja, de uma gestão do trabalho excessivamente heterógena quanto a salários e jornada de trabalho nos municípios em que busca intervir.

Essa fragilidade da política limitava o desempenho das ações de saúde, dificultava a fixação do profissional em sua equipe de trabalho e gerava a rotatividade profissional com consequências negativas para o trabalho em equipe, um dos princípios da estratégia, baseada no vínculo entre profissionais e os usuários das UBS estruturadas a partir de EqSF. Esse vínculo é fundamental para o funcionamento do modelo de atenção, pois pode sustentar a continuidade do cuidado e a incorporação dos determinantes sociais e do contexto de vida familiar na prática dos membros das equipes.

Com essa reorganização da assistência, fez-se necessário investir na expansão de recursos humanos e rever a qualificação dos mesmos para atender as novas necessidades de saúde. Nesse sentido, pode-se identificar uma série de programas e políticas voltados para a formação, a interiorização e fixação dos profissionais de saúde nos anos 1990. Destacou-se o Projeto de Profissionalização de Profissionais na Área de Enfermagem (Profae) que se ocuparia da capacitação técnica e da educação em saúde dos profissionais dessa área, empregando mais de 13 mil enfermeiros e formando mais de 200 mil auxiliares.

As alterações na força de trabalho deveriam ser mais bem acompanhadas pelos gestores municipais, bem como pelo governo estadual. Essas ações não podem se restringir à verificação da composição mínima da EqSF, mas devem, principalmente, monitorar os vínculos empregatícios adotados, salários e benefícios pagos, planos de carreiras, cargos e salários criados e medidas de educação permanente implantadas, de modo a fundamentar a discussão a respeito da

rotatividade profissional, bem como outros problemas na gestão do trabalho, e auxiliar nas tomadas de decisão (MENDONÇA, 2010; LIMA, 2012).

Somente com um adequado diagnóstico e acompanhamento dos diversos fatores que influenciam na rotatividade profissional poderão ser adotadas estratégias de gestão do trabalho mais condizentes com a realidade e que atuem de forma eficaz na resolução dessa problemática. A realização dessas ações pelas diversas esferas de gestão do SUS poderá trazer resultados mais próximos aos desejáveis por toda a sociedade, reduzindo a desigualdade de acesso e contribuindo para a garantia da saúde como um direito universal (LIMA, 2012).

Desafios da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde e restrição à expansão do funcionalismo público nas três esferas

Nos anos 1990, um forte contraponto ao projeto político da Reforma Sanitária foi a Reforma Administrativa do Estado, que apontou para um novo cenário político, econômico e ideológico, com impacto na implantação do SUS, na sua concepção constitucional da seguridade social ou bem-estar, responsável por produzir políticas públicas. No contexto de seguridade social, o Estado é o responsável pela provisão dos bens e serviços por meio de um modelo de administração pública meritocrático-burocrático para o atendimento das necessidades da população.

A flexibilização da administração pública em relação aos princípios organizativos da burocracia moderna introduziu a terceirização da provisão dos serviços públicos, especialmente de educação, saúde e cultura, e abriu para a participação da iniciativa privada, em nome de maior agilidade e

eficiência no atendimento das necessidades da sociedade (PAIM, 2008; VIANA; SILVA, 2012).

Essa agenda de reforma no âmbito do Estado, considerada de cunho liberal, já ocorrera em inúmeros países nos anos 1970 e 1980, e influenciou o Brasil, nos anos 1990, quando se preconizava a implantação de um Estado de proteção social. Sua implementação originou respostas diferenciadas aos órgãos de controle público de cada país em sua organização federativa ou não, pois provocou descentralização de responsabilidades para os governos estaduais e municipais e introduziu novos mecanismos gerenciais que visavam mais o controle do desempenho institucional que da qualidade das ações e serviços ofertados.

A perspectiva desse projeto foi reduzir o aparelho de Estado, conter as demandas da sociedade, que implicavam aumento de impostos e excessivo gasto público, e reduzir a regulação sobre o mercado, especialmente de trabalho, com vista à atuação compartilhada (ABRUCIO, 1998; COSTA, 2010).

Esse novo modelo de administração pública denominado genericamente de gerencial dispensou mecanismos formais de recrutamento, carreira e avaliação de desempenho dos servidores públicos, aumentou a autonomia dos gestores para contratualizar metas e resultados com seus novos operadores, as Organizações Sociais (OS), que seriam objeto do controle público em vista da satisfação do cidadão (VIANA; SILVA, 2012; AZEVEDO; LOUREIRO, 2003).

Nisso se pode ver uma ruptura com a concepção de administração pública adotada na Constituição Federal de 1988, em questões de princípios e atribuições específicas e com a concepção de seguridade social, que buscava consolidar o Estado social implementador de direitos sociais.

A normatização das OS que as definiam bem como sua atuação no âmbito das políticas sociais, com base no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), sob a condução do Ministério

da Administração Federal e da Reforma do Estado (BRASIL, 1995), apoiou-se em lei específica do poder executivo, tramitada e aprovada no Congresso. OS são

entidades de direito privado sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo, e assim ter direito a dotação orçamentária. (BRASIL, 1995, P. 46-47).

Foi fortemente contestada por partidos políticos, entidades representativas apoiadoras do projeto da Reforma Sanitária, em processo no Supremo Tribunal de Justiça que defendia a inconstitucionalidade da medida.

O processo no Supremo Tribunal Federal, conduzido por 15 anos ou mais sem solução definitiva, não foi capaz de barrar o movimento de estados e municípios, alinhados com a orientação gerencialista, em implementar suas próprias normatizações para a criação de OS na área da saúde (CARRUBA, 2016), com foco inicial na APS, urgência e emergência, bases organizativas do projeto de reorganização da assistência.

Um ponto importante da chamada estratégia da publicização das parcerias entre o setor público e o privado implementada no PDRAE, que teve forte rejeição, foi a abrangência do processo de transferência de bens e serviços públicos da responsabilidade do setor público para o privado que incluía a cessão de servidores públicos e a transferência de equipamentos e bens públicos, como hospitais e ambulatórios, a essas organizações.

Com tal normatização, as OS passaram a fixar a remuneração de sua diretoria e dos seus contratados, dispensar licitação de compras e serviços, bem como a realizar concurso público para a contratação de pessoal, criando uma diferenciação entre trabalhadores dentro do mercado de trabalho em saúde e duplicidade de mecanismos de gestão com forte impacto na execução dos serviços de saúde.

O alto grau de tensão entre projetos políticos no âmbito das políticas públicas conduziu a disputa para o âmbito das relações entre os poderes políticos – Executivo, Judiciário, incluindo-se os Ministérios Públicos do nível federal e estadual –, que passaram a oferecer estratégias diferenciadas e não padronizadas de se contrapor a essa publicização, em face das ameaças à proteção social da saúde do cidadão (MENDONÇA, 2002; CARRUBA, 2016).

Considerações finais

As três décadas que marcaram a efetivação do SUS trouxeram diversas mudanças nos valores e atitudes da população quanto à educação pública, à saúde pública e à nutrição, especialmente voltada para o enfrentamento da fome, da pobreza e da falta de acesso a bens públicos presentes ao final dos 1980. Observou-se um avanço da cidadania social ainda que permaneça uma significativa desigualdade social e regional, no âmbito do sistema público de saúde, agravada pela transição demográfica e epidemiológica que representa um desafio a sua base organizacional de serviços de saúde (PAIM ET AL., 2013).

Apesar da forte normatização da ESF, os processos de trabalho em saúde são determinados por múltiplos fatores, e diversos interesses historicamente construídos

tornam difícil a mudança. O crescimento da porcentagem do orçamento federal para a saúde sofreu restrições quanto ao reforçamento da infraestrutura de serviços e recursos humanos, e a composição das despesas com saúde nos últimos 30 anos ainda mostrou um aumento da contribuição dos planos de saúde nos gastos com ela (PAIM ET AL., 2013).

A indefinição do componente de financiamento teve algum alívio pontual com a criação da Contribuição Provisória e Movimentação Financeira, em 1996, que se destinava a complementar o financiamento setorial e revogada, em 2007, sem renovação de outros fundos, e com a Ementa Constitucional nº 29/2000, que definiu as responsabilidades dos três níveis de governo, visando à estabilidade de financiamento do SUS por contribuições governamentais.

Já as medidas organizacionais que visavam ao trabalho articulado dos níveis de atenção em rede como mecanismos de reforço da reorganização da assistência no Brasil, não só ainda funcionem como algum paralelismo, dificultando a coordenação e continuidade do cuidado, foram medidas que criaram uma sinergia positiva e deram maior visibilidade ao SUS, aos seus princípios democráticos e, no que se refere à ESF, indicam sua centralidade no âmbito da política nacional de saúde (ALMEIDA ET AL., 2010). ■

Referências

- ABRUCIO, F. L. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (Org.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*, v. 4. Rio de Janeiro: FGV, 1998. p. 173-199.
- AGUDELO, M. C. C. El trabajo en enfermaria. In: MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 149-161.
- ALMEIDA P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, maio 2016.
- AZEVEDO, C. B.; LOUREIRO, M. R. Carreiras públicas em uma ordem democrática: entre os modelos burocrático e gerencial. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 54, n. 1, p. 47-61, jan./mar. 2003.
- BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. *História da clínica e a Atenção Básica: o desafio da ampliação*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 28 set. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. *Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado*. Brasília, DF: Ministério da Administração Federal, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpe-reira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.
- CARRUBA, C. *O Ministério Público e o modelo de gestão por meio de Organizações Sociais na saúde*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2016.
- COSTA, F. L. *Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista*. Rio de Janeiro: FGV, 2010.
- DAMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: FLEURY, S. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Abrasco, 1989. p. 61-90.
- FLEURY, S. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Abrasco, 1989.
- GALLO, E.; NASCIMENTO, P. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY, S. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Abrasco, 1989. p. 91-118.
- HEIMAN, L. S.; MENDONÇA, M. H. M. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.
- LIMA, F. L. T. *Gestão do trabalho na Estratégia da Saúde da Família: questão da rotatividade profissional*. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

- MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- MENDONÇA, M. H. M. Sistema Único de Saúde no Brasil: entre o formal e o real, as vicissitudes da construção de uma intervenção pública moderna. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 9-24, jan./abr. 2002.
- MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355- 2365, 2010.
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição e crítica*. Salvador; Rio de Janeiro: Edufba; Fiocruz, 2008. p. 153-174.
- PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, Londres, Saúde no Brasil, v. 1, 2013. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.
- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-340, abr./jun. 2013.
- SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013.
- VIANA, A. L. D'A.; SILVA, H. P. Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In: MACHADO, C.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 31-60.

Atividades de enfermagem: trabalhando de A a Z

Nursing activities: working from A to Z

Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio¹, Caroline Sampaio Franco², Irene do Carmo Alves Ferreira³, Mirna Albuquerque Frota⁴, Gabryella Garibalde Santana Resende⁵

¹ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) - Brasília (DF), Brasil.
fatima_sampaio@bol.com.br

² Enfermeira. Especialista em enfermagem do trabalho. Residente em enfermagem obstétrica da Universidade Federal do Piauí (UFPI) - Teresina (PI), Brasil.
xcarolsampaio@hotmail.com

³ Enfermeira. Advogada. Especialista em saúde mental. Vice-Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) - Brasília (DF), Brasil.
irene.ferreira@cofen.gov.br

⁴ Enfermeira. Pós-doutorado em saúde coletiva. Docente titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Unifor) - Fortaleza (CE), Brasil. Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) - Brasília (DF), Brasil.
mirnafrota@unifor.br

⁵ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Assessora técnica do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) - Brasília (DF), Brasil.
gabryella.coren-se@hotmail.com

RESUMO O estudo apresenta reflexão teórica acerca das práticas de trabalho de enfermagem que despontam e o papel na construção ou desconstrução de um novo modelo de enfermagem, observando se a legislação profissional da enfermagem acompanha esse novo modelo. Parte das observações referente ao crescimento na busca de aprimoramento por meio de especializações, cujo foco visa o bem-estar do paciente, da família e da comunidade. Expõe que o grande desafio da enfermagem atual é permanecer com a característica essencial, mesmo diante das mudanças tecnológicas, portanto promovendo uma atenção diferenciada, qualificada e especializada ao paciente/cliente.

PALAVRAS-CHAVE Enfermagem. Modelos de enfermagem. Difusão de inovações.

ABSTRACT *The studies presents theoretical reflection about the nursing work practices that stand and their role in the construction or deconstruction of a new nursing model, observing whether the professional legislation of nursing accompanies this new model. It starts from the comments concerning the growth in the search for improvement through specialization, whose focus is aimed at the well-being of the patient, the family, and the community. It states that the major challenge of the current nursing model is to remain with the essential characteristic, even in the face of technological changes, thus promoting a differentiated attention, qualified and specialized to the patient/client.*

KEYWORDS *Nursing. Models, nursing. Diffusion of innovation.*

Introdução

O mercado de trabalho e a população revelam uma exigência por uma assistência digna e qualificada em constante crescimento, fator que gera a necessidade do profissional de enfermagem ir à procura de uma melhor qualificação. Para assegurar seu papel e compromisso diante dessa nova perspectiva, a enfermagem tem adotado uma nova forma de pensar e de redefinir suas funções.

A prática da enfermagem deve se ajustar às exigências de saúde da população, atualizando-se por meio das inovações científicas e tecnologias apropriadas. Diante disso, torna-se imprescindível uma prática cada vez mais baseada em evidências científicas, fazendo com que a uniformidade para o desempenho das atividades seja essencial para o profissional de enfermagem. Para tanto, torna-se vital uma visão aprofundada sobre o conhecimento embasado nas teorias de enfermagem, trabalhando com as 'práticas avançadas em enfermagem' ou 'enfermagem avançada'.

Nessa vertente, pode-se conceituar que um profissional enfermeiro prático ou enfermeiro de prática avançada é aquele que adquiriu uma base de conhecimentos especializados, com habilidades para tomada de decisões complexas e competências clínicas para a prática avançada, cujas características são moldadas pelo contexto e/ou país em que ela está credenciada (SOUSA, 2016).

Ressalta-se que as práticas avançadas na enfermagem surgem de um novo mercado de trabalho, mais centrado na desinstitucionalização, fazendo com que o indivíduo necessite de cuidados especializados fora do ambiente hospitalar. Nesse contexto de mudanças, acompanhando a globalização, é primordial o desenvolvimento de conhecimento, por meio da implantação da política do saber e fazer crítico, tornando o enfermeiro um profissional capaz de resolver desafios do cotidiano (AGUIAR ET AL., 2005).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área de

saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca de 50% atuam na enfermagem (COFEN, 2015).

Ressalta-se no estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que a enfermagem possui 1,8 milhão de profissionais, composta por um quadro de 80% de técnicos e auxiliares e 20% de enfermeiros. De acordo com os dados dessa pesquisa, 66% dos entrevistados se encontram desgastados profissionalmente; situação que traz uma preocupação e uma reflexão sobre a mudança de atitude desses profissionais ante esse desgaste (COFEN, 2015).

Ao considerar a temática em questão, propõe-se como objetivo analisar as práticas de trabalho de enfermagem que despontam na atualidade e o seu papel na construção ou desconstrução de um novo modelo de enfermagem, observando se a legislação profissional da enfermagem acompanha esse novo modelo.

Aspectos metodológicos

Trata-se de ensaio teórico acerca das práticas de trabalho de enfermagem na atualidade com ênfase nos novos modelos da profissão. A obtenção dos dados realizou-se por meio de pesquisas de capítulos de livros, Resoluções do Cofen e artigos científicos de enfermagem, tendo como critérios de inclusão aqueles que contemplassem o tema 'práticas em enfermagem'.

Discussão

A enfermagem e as práticas de trabalho

Embora os dados apontados pela pesquisa Perfil da Enfermagem demonstrem que mais de 70% dos enfermeiros atuantes no Brasil

realizaram algum curso de especialização, a mesma pesquisa observou que apenas 51% afirmam possuir o título de especialista (MACHADO *ET AL.*, 2016).

Esses dados corroboram o que é apontado por outros autores, os quais evidenciaram que o profissional de enfermagem brasileiro, apesar de esforços realizados para vivenciar uma enfermagem baseada em evidências, necessita ampliar o rigor metodológico nos estudos, a fim de que as ações realizadas pelo enfermeiro sejam pautadas em evidências científicas, visando garantir uma melhor assistência. Destarte, ressalta-se que esse estudo descreve como primordial a utilização de pesquisas no cotidiano do profissional, a fim de romper a barreira que existe entre a assistência e a pesquisa (PEREIRA; CARDOSO; MARTINS, 2012).

Ao analisar as novas tendências da enfermagem moderna, observa-se que existe um crescimento na procura por aprimoramento por intermédio das especializações, cujo foco visa o bem-estar do paciente, da família e da comunidade. O grande desafio da enfermagem atual é permanecer com a característica essencial diante das mudanças tecnológicas, promovendo uma atenção diferenciada, qualificada e especializada ao paciente/cliente em paralelo à evolução tecnológica.

O foco das práticas de enfermagem direciona-se de forma efetiva para o cuidar do paciente, mudando a lógica inicial de cuidados de enfermagem centrada no modelo biomédico, no qual se priorizavam sinais e sintomas, para uma lógica mais conceitual, considerando-se prioritariamente as ‘respostas humanas’ em resposta ao processo de cuidar. Mais uma vez, o exercício da enfermagem esbarra na falta de uma prática baseada em evidência científica, que integre os conhecimentos, valores e preferências dos pacientes, considerando as características dos profissionais e do que é essencial ao cuidado do paciente (SOUSA, 2016).

Propôs-se comentar a ‘enfermagem de A-Z’ considerando uma profissão que

apresenta tendências atuais e diferenciadas, destacando-se algumas das áreas da enfermagem de evidência pela prestação de assistência especializada e diferenciada.

Cooperativas de enfermagem

A Cooperativa está embasada pela Lei do Cooperativismo: Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências (BRASIL, 1971). As cooperativas de enfermagem surgem como alternativa ao concorrido mercado de trabalho, tendo como características: infraestrutura completa, que permite a reposição imediata de profissionais, garantindo aos hospitais, ambulatórios e domicílios a continuidade das atividades, tanto nas empresas como de pessoa física (trabalhos autônomos).

A garantia de uma assistência prestada por profissionais especializados aliada à otimização de custos, pois a contratação desse tipo de serviço trás para a empresa a redução de encargos sociais, fazem com que cada vez mais esse tipo de serviço seja procurado. Deve-se levar em consideração que esses profissionais participam constantemente de cursos e treinamentos promovidos pela Cooperativa, garantindo assim uma assistência qualificada (GURGEL, 2010).

Enfermagem na estética

A enfermagem na estética surge como mais uma opção do profissional para o mercado de trabalho. O enfermeiro possui formação para contribuir nessa área. Por meio da capacitação, este pode realizar tratamentos estéticos, curativos pós-cirúrgico de plásticas, procedimentos de enfermagem no intraoperatório, aplicação de laser de baixa potência, laser de CO₂, depilação a laser, entre outros, mediante prescrição médica ou com protocolo da instituição aprovada pelo Conselho de Enfermagem.

O Conselho Federal se manifestou por meio do Parecer nº 197/2014, posicionando-se que não se deve limitar ou restringir as abordagens estéticas, evidenciando como fundamental o crescimento do profissional nas diversas áreas do cuidar, resguardada a devida qualificação profissional (COFEN, 2014).

Enfermagem forense

Segundo a International Association of Forensic Nursing (IAFN), a enfermagem forense é definida como a aplicação da ciência da enfermagem ao público e à justiça, relacionando-se com a investigação científica da morte e/ou tratamento do trauma de vítimas e agressores, atividades criminais, acidentes traumáticos e abuso físico, emocional e sexual (SILVA; SILVA, 2009). Em alguns países, como os Estados Unidos, Canadá, China, Itália, Inglaterra, a enfermagem forense é prática rotineira, nesses países, o enfermeiro examina, coleta evidências e presta cuidados a vítimas de violência, por meio da observação clínica contínua do estado biopsicossocial dos indivíduos.

O enfermeiro forense pode atuar desde hospitais até o tribunal de justiça, como consultor em casos em que há suspeita de abuso e negligência, em serviços hospitalares e na comunidade, contribuindo em comitês de ética de serviços de saúde, atividades educativas para indivíduos ou grupos com comportamentos de risco, abuso de álcool e drogas e ainda na organização de campanhas contra a violência (SILVA; SILVA, 2009).

No Brasil, a enfermagem forense ainda é pouco conhecida, o que se vê são profissionais trabalhando com vítimas de violência, muitas vezes sem o devido preparo técnico e emocional. Em 2012, foi solicitado um parecer ao Cofen sobre a atuação do profissional de enfermagem na área forense, porém o parecer foi pela impossibilidade de o Sistema Cofen/Conselhos Regionais normatizar as atribuições desse profissional, haja vista que não se reconhecia no Brasil

a enfermagem forense como especialidade (COFEN, 2013). Entretanto, nos últimos anos, com a realização de eventos na área, observa-se o crescimento do número de profissionais no mercado e o início da organização de uma sociedade da especialidade em busca de reconhecimento desse campo de atuação dos profissionais de enfermagem.

Enfermagem obstétrica

Essa especialidade vem ganhando destaque, haja vista os direitos da mulher e da criança a um atendimento humanizado que respeitassem a autonomia da mulher e seus direitos, bem como ao nascimento seguro; assim, o Ministério da Saúde lançou, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que assegura a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (SENA ET AL., 2012).

O modelo de cuidado prestado pelo enfermeiro obstetra baseia-se no princípio de que o parto e nascimento são eventos naturais, fisiológicos, dessa forma, esse profissional atua no bem-estar físico, emocional, espiritual e social da mulher/família ao longo do ciclo gravídico-puerperal dando uma assistência continuada durante todo esse período. Esse modelo de cuidado é centrado na mulher e no nascimento saudável (QUINTANILLA; ROZALEN, 2014).

O papel do enfermeiro na assistência ao processo parir/nascer é indispensável do ponto de vista macroestrutural, objetivando a superação da cultura biomédica que sustenta o processo de medicalização do parto e, conseqüentemente, atuando de forma mais humanizada (SENA ET AL., 2012). Dessa forma, a atuação do enfermeiro obstetra vem ganhando cada dia mais espaço, exigindo desse profissional qualificação e atualização para acompanhar os avanços que vêm ocorrendo na assistência ao parto e puerpério.

O Ministério da Saúde, por meio de

programas de políticas públicas, vem abrindo cada vez mais espaços para esse profissional, como a inclusão do parto realizado por enfermeira obstetra na tabela de pagamentos dos SUS e a instituição de centros de parto normal sob a coordenação de enfermeiras obstétricas.

Home Care

O *Home Care* é uma assistência domiciliar de enfermagem, ou seja, uma opção à hospitalização, consistindo em cuidados e assistência ao paciente e/ou família diretamente no domicílio. Essa modalidade de assistência já muito utilizada em países mais desenvolvidos vem ganhando expansão no Brasil. É uma modalidade de atendimento que leva o profissional a adquirir um olhar holístico ao paciente, levando em consideração sua cultura e suas crenças, tornando o cuidado qualificado e único (URIEL, S.D.).

Off-Shore

O *Off-Shore* é um termo em inglês que significa ‘afastado da costa’. Trata-se de um ramo da enfermagem do trabalho no qual o profissional de enfermagem desempenha suas atividades em navios ou plataformas em alto mar. Para desempenhar essa função, ele deve ser especialista em enfermagem do trabalho, sendo essa categoria regulamentada pelo Cofen, porém o *Off-Shore* ainda não tem regulamentação específica.

Para atuar como enfermeiro *Off-Shore*, o profissional precisa, além da especialização, possuir habilidades baseadas no valor humano e na qualidade de vida do trabalhador proporcionando a este em alto mar uma estabilidade biopsicossocial (PORTAL EDUCAÇÃO, S.D.).

Práticas integrativas na enfermagem

A população brasileira apresenta-se cada vez mais exigente em relação ao atendimento e às demandas relacionadas à saúde. Nesse

contexto, as práticas integrativas na enfermagem surgem como um despertar das dimensões individuais, cujo objetivo é estudar como se traduz a inter-relação do cuidado de enfermagem no âmbito da representação social em que o enfermeiro está inserido (GOMES; OLIVEIRA, 2008).

O campo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) tem enfoque no estímulo aos mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, utilizando práticas seguras, tendo como alicerce uma escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Aborda ainda uma visão ampliada do processo saúde-doença e do autocuidado (BRASIL, 2006).

Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH)

Sobre esse serviço, pode-se afirmar que é o atendimento à vítima antes de ela chegar ao hospital, podendo ser em locais habitados normalmente (ruas, residências, comércios etc.), locais de difícil acesso como buracos, galerias fluviais, escombros e outros. Nesses locais, é iniciada a prestação do serviço de saúde básico ou avançado. Após estabilização, a vítima é encaminhada para o hospital por meio do melhor recurso disponível, entre eles ambulância, helicóptero ou lancha (GARCIA, 2012).

Destacam-se nos serviços de atendimento Pré-Hospitalar os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), que é um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada (BRASIL, 2012).

Na mesma Portaria supracitada, destaca-se que, no Samu, o profissional deve estar em constante treinamento para atuar nos diversos serviços móveis. Destaca-se alguns: Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; Equipe de Embarcação: composta por no mínimo dois ou três profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução dessa embarcação e Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Regulamentação profissional

A enfermagem brasileira encontra-se em ascensão, atuando em várias frentes de trabalho, tendo reconhecimento social e autonomia profissional. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) lutou pela regulamentação da profissão, culminando com a criação do conselho profissional da categoria, o Cofen, considerado um dos conselhos de classe mais atuantes no País (COFEN, 2013).

O Cofen tem acompanhado a evolução profissional dando amparo legal às novas atividades de enfermagem, regulamentando e normatizando por meio de resoluções, normas e portarias o exercício profissional da enfermagem. A luta pela aprovação do

Projeto de Lei nº 2295/00 que regulamenta a jornada de trabalho de 30 horas semanais é uma das grandes iniciativas do Cofen, pois este entende como nobre a profissão de enfermagem e merecedora de condições mais dignas de trabalho (COFEN, 2013).

Nos últimos cinco anos, várias resoluções foram editadas buscando garantir aos profissionais amparo legal para exercerem suas atividades, destacam-se algumas resoluções que dão respaldo e asseguram mais autonomia profissional, dentre elas:

- Resolução Cofen nº 358/09 – Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências
- Resolução Cofen nº 375/11 – Dispõe sobre a presença do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido.
- Resolução nº 390/11 – Normatiza a execução, pelo enfermeiro, da punção arterial tanto para fins de gasometria como para monitorização de pressão arterial invasiva.
- Resolução Cofen nº 423/12 – Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos.
- Resolução Cofen nº 439/12 – Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em enfermagem obstétrica e dá outras providências.
- Resolução Cofen nº 464/14 – Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar (*Home Care*).
- Resolução Cofen nº 468/14 – Normatiza a

atuação do enfermeiro em aconselhamento genético.

- Resolução Cofen nº 500/15 – Dispõe sobre o estabelecimento e reconhecimento de terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, e dá outras providências.
- Resolução Cofen nº 501/15 – Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências.
- Resolução Cofen nº 516/16 – Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e dá outras providências

Algumas considerações

A evolução do cuidar vem crescendo em ritmo acelerado, isso requer do profissional abordagens inovadoras. Observa-se os avanços do profissional de enfermagem, mudanças no modelo de cuidar da população, bem como o surgimento de novos campos de atuação e alterações da legislação do exercício profissional para acompanhar esta evolução.

É primordial atender a esta dinâmica de mudanças, no entanto, o órgão regulamentador da profissão deve acompanhar a evolução profissional, dando amparo legal e normatizando as novas áreas de atuação da enfermagem, visando ao crescimento profissional dos avanços e anseios da sociedade, mas amparado legalmente em sua atuação.

A enfermagem é uma profissão que surgiu para o cuidado dos doentes, utiliza avançadas técnicas e procedimentos no desempenho de suas funções. Todavia, o que é relevante é que permanece intocável, em sua essência, no sublime ato do cuidar. ■

Referências

AGUIAR, A. B. *et al.* Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 318-326, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_09.htm>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic>

pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 16 dez. 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L5764.htm>. Acesso em: 21 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

(COFEN). Parecer nº 12/2013, de 12 de setembro de 2012. Legislação profissional, atribuições do enfermeiro e do técnico de enfermagem nos serviços de instituto médico legal e do instituto de análise forense. *Cofen*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/10/PARECER-CTLN-N-12-2013-ENFERMEIRO-E-T%C3%89CNICO-NOS-SERVI%C3%87OS-DE-INSTITUTO-M%C3%89DICO-LEGAL-E-AN%C3%81LISE-FORENSE.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

_____. Parecer nº 197/2014, de 26 de setembro de 2014. Parecer pedido de vistas de conselheiros COFEN nº 197/2014. *Cofen*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/10/PARECER-DE-CONSELHEIRO-197_2014.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. *Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem*. Brasília, DF: Cofen, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 1 out. 2016.

GARCIA, A. M. Atendimento Pré-Hospitalar (APH). *Portal da Enfermagem*, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=77>. Acesso em: 5 jul. 2016.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A Enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 156-161, abr./jun. 2008.

GURGEL, N. Cooperativa de enfermagem. *Portal da Enfermagem*, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=45>. Acesso em: 2 out. 2016.

MACHADO, M. H. *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. *Enfermagem em foco*, Brasília, DF, v. 7, n. esp., p. 15-34, 2016.

PEREIRA, R. P. G.; CARDOSO, M. J. S. P. O.; MARTINS, M. A. C. S. C. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. 3, n. 7, p. 55-62, jul. 2012.

PORTAL EDUCAÇÃO. *Enfermagem Off Shore, o que é?* Campo Grande: Portal Educação, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/50009/enfermagem-offshore-o-que-e#ixzz4D4TVmkSk>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

QUINTANILLA, R. M. P.; ROZALEN, A. R. Importância histórica e atual das parteiras. In: SABATINO, H. (Org.). *Atenção ao nascimento humanizado – Baseado em evidências científicas: paradigmas educacionais*. Manaus: Grafisa, 2014, s.p.

SENA C. D. *et al.* Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 523-529, set./dez. 2012.

SILVA, K. B.; SILVA, R. C. Enfermagem forense: uma especialidade a conhecer. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 564-568, jul./set. 2009.

SOUSA, P. A. F. *Enfermagem avançada: um guia para a prática*. Salvador: Sanar, 2016.

URIEL, N. A. *Enfermagem no Home Care*. Cursos Aprendiz, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.curso-saprendiz.com.br/artigo/48/enfermagem-no-home-care>>. Acesso 30 jun. 2016.

Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para a prática assistencial

Dimensioning of nursing professionals: implications for the care practice

Fernanda Maria Togeiro Fugulin¹, João Lucas Campos de Oliveira², Anair Lazzari Nicola³, Adriana Sávia de Souza Araujo⁴, Antônio de Magalhães Marinho⁵, Cleide Mazuela Canavezi⁶, Jane Isabel Biehl⁷

¹Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem (EEUSP) da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. ffugulim@usp.br

²Enfermeiro. Doutorando da Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Maringá (PR), Brasil. Docente colaborador da Universidade do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil. enfjoalcampos@yahoo.com.br

³Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora associada do colegiado da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil. anairlu@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Mestranda em saúde da família. Docente do Centro Universitário Uninovafapi – Teresina (PI), Brasil. adrianasavia@yahoo.com.br

⁵Enfermeiro. Mestre em enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. dfe.marinho@hotmail.com

⁶Enfermeira. Especialista em saúde pública. Coordenadora da Câmara Técnica de Legislação e Normas do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasília (DF), Brasil. cleidemazu@gmail.com

⁷Enfermeira. Mestre em assistência de enfermagem. Docente do Instituto de Administração Hospitalar em Ciências da Saúde (IAHCS) – Porto Alegre (RS), Brasil. janebiehl@hotmail.com

RESUMO Este ensaio teórico objetivou refletir criticamente sobre a temática dimensionamento de profissionais de enfermagem, evidenciando sua importância para a viabilização da qualidade do cuidado. Aborda construtos teórico-metodológicos que envolvem o dimensionamento, bem como fatores que devem ser considerados em associação à sua operacionalização. A principal contribuição do ensaio consiste na proposição de reflexão sobre o tema abordado, suscitando a conscientização e adesão de gerentes e de enfermeiros dos mais diversos espaços assistenciais à prática do cuidado qualificado e seguro, favorecido pelo adequado dimensionamento de profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE Enfermagem. Carga de trabalho. Dimensionamento. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT *The present theoretical essay aimed to critically reflect about the theme of dimensioning of nursing professionals, highlighting its importance for the viability of the quality of care. It discusses theoretical and methodological constructs involving the dimensioning, as well as factors that should be considered in association with its operation. The main contribution of the essay is the proposition of reflection on the topic discussed, raising awareness and compliance of managers and nurses from various care spaces to the practice of qualified and safe care, favored by the proper dimensioning of nursing professionals.*

KEYWORDS *Nursing. Workload. Dimensioning. Quality of health care.*

Introdução

A dinâmica globalizada e competitiva que as organizações prestadoras de serviços de saúde estão envoltas estabelece mudanças nos processos de trabalho, exigindo a implementação de práticas inovadoras de gestão, capazes de sustentar melhorias contínuas na atenção e na qualidade assistencial, em consonância com os padrões de excelência almejados pelos pacientes/clientes e pelas instituições de saúde.

Contudo, a deficiência das políticas de recursos humanos e a deterioração das condições de trabalho em saúde, caracterizadas por restrições orçamentárias, precarização dos vínculos empregatícios, problemas no processo de formação, qualificação, provisão e retenção dos profissionais, têm impactado, de forma substancial, a qualidade dos serviços e a segurança dos usuários (ROGENSKI, 2014).

A gestão da força de trabalho representa um desafio para os sistemas de saúde, configurando-se em tema polêmico e centro de debates em nível global, uma vez que a insuficiência numérica e qualitativa de profissionais, em todo o mundo, tem sido apontada como um dos principais empecilhos para o alcance das metas de saúde e desenvolvimento, propostas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013).

Inserida nesse complexo cenário, a equipe de enfermagem tem sido alvo frequente das medidas de austeridade econômica adotadas nas instituições de saúde e, particularmente, nas hospitalares, por representar o maior componente das despesas operacionais destas organizações (AIKEN ET AL., 2014).

Perante esse contexto, considera-se que os enfermeiros necessitam buscar conhecimentos, habilidades e competências que sustentem a negociação do quadro de profissionais, demonstrando que, embora sua adequação acarrete elevação dos custos operacionais, pode contribuir para a diminuição dos gastos advindos de resultados negativos na assistência prestada, em decorrência da

insuficiência numérica e/ou qualitativa da equipe de enfermagem (FUGULIN ET AL., 2011).

Nessa perspectiva, acredita-se que, além do dimensionamento, sua interface com a qualidade da assistência merece ser continuamente debatida, pesquisada e explicitada, tendo em vista a relevância para a prática profissional de enfermagem.

Este ensaio teórico tem o objetivo de analisar criticamente a temática, evidenciando sua importância para a viabilização da qualidade do cuidado. Espera-se contribuir para a reflexão, conscientização e adesão de gerentes e de enfermeiros dos mais diversos espaços assistenciais à prática do cuidado integral, qualificado e seguro, favorecido pelo dimensionamento de profissionais de enfermagem adequado às necessidades dos pacientes/clientes.

Dimensionamento de pessoal de enfermagem: construtos teórico-metodológicos e interface com a qualidade do cuidado

A gestão em saúde compreende um conjunto de instrumentos técnicos próprios que apoiam a execução das atividades gerenciais, tais como o planejamento, o dimensionamento, o recrutamento e a seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho, o monitoramento dos indicadores de qualidade, entre outros (FELLI; PEDUZZI, 2012).

Dessa forma, o gerenciamento de recursos humanos apresenta-se como questão essencial para a consecução dos objetivos assistenciais, requerendo que os enfermeiros desenvolvam competências para utilizar as ferramentas e estratégias gerenciais que alicerçam a qualidade do cuidado, objeto de seu trabalho, a fim de buscar a segurança e a satisfação dos pacientes, dos profissionais de enfermagem e das próprias instituições

de saúde, reduzindo os riscos inerentes à assistência.

Na saúde, qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao paciente-cliente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (OMS, 1981).

Ao longo dos anos, o conceito qualidade na saúde vem evoluindo, e seu significado pode ser expresso para atribuir uma conotação positiva a um produto ou serviço, objetivando atender ou superar as necessidades e expectativas dos pacientes (TRONCHIN, 2011; BIANCHINI, 2015).

Na realidade dos serviços de saúde do Brasil, a inadequação numérica e qualitativa de profissionais de enfermagem tem sido indicada, continuamente, como o principal obstáculo para a revisão e implantação de medidas que favoreçam a qualidade do atendimento como, por exemplo, a aplicação do Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE). Esse cenário evidencia a importância do processo de dimensionamento de profissionais de enfermagem como subsídio para a tomada de decisão acerca do planejamento, provisão e distribuição de profissionais, de forma a promover condições adequadas para o desenvolvimento do cuidado humanizado, seguro e eficaz.

Define-se dimensionamento de pessoal de enfermagem como

[...] um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal necessário para prover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos pacientes/clientes e dos profissionais de enfermagem. (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012, P. 124).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, tendo em vista que se relaciona,

diretamente, com o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem (COFEN, 2004; BRASIL, 1986).

Entretanto, as dificuldades instrumentais e a falta de domínio sobre o significado e comportamento das variáveis que integram os métodos de dimensionamento fragilizam as justificativas e as argumentações dos enfermeiros na negociação do quadro de pessoal de enfermagem com os administradores das instituições de saúde, permitindo, muitas vezes, que esses profissionais interfiram na sua determinação.

Atualmente, o desafio que se apresenta para os enfermeiros consiste em apreender o significado da adequação do quadro de pessoal e das variáveis intervenientes na operacionalização dos métodos de dimensionamento identificando, além dos aspectos técnicos, as implicações legais, sociais, assistenciais, éticas e políticas que interferem na determinação do quantitativo e qualitativo de profissionais de enfermagem.

Entre as variáveis do dimensionamento, a carga de trabalho, representada pelo tempo médio diário de assistência requerido para o atendimento das necessidades dos pacientes, constitui o principal elemento dos métodos de dimensionamento e a chave para a determinação do quadro de profissionais de enfermagem (GAIDZINSKI, 1998; CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2003).

Na operacionalização dos métodos de dimensionamento em unidades de internação hospitalares, a carga de trabalho de enfermagem é obtida pela

[...] soma do produto da quantidade média diária de pacientes/clientes assistidos, segundo grau de dependência da equipe de enfermagem, pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizada, por paciente, de acordo com o grau de dependência. (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012, P. 125).

Dessa forma, para a determinação dessa

variável, considera-se necessário classificar os pacientes, de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem, por meio da adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), entre os disponíveis na literatura, que mais se adequa à realidade da instituição e da unidade de internação (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012).

O SCP pode ser entendido como forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicossocioespirituais do paciente (GAIDZINSKI, 1998).

A adoção do SCP contribuiu para o aperfeiçoamento dos modelos empregados na determinação da carga de trabalho, uma vez que evidencia a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias de cuidado (FUGULIN ET AL., 1994; FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005).

Todavia, o tempo médio despendido no atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes representa o principal obstáculo para a operacionalização dos métodos de dimensionamento (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio da Resolução nº 293/04, estabeleceu parâmetros para dimensionar o “quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde”, referendando o SCP de Fugulin *et al.* (1994) como uma forma de classificar o grau de dependência do paciente em relação à assistência de enfermagem (COFEN, 2004). A partir dessa classificação, o Cofen indicou as horas mínimas de assistência, bem como a distribuição percentual dos profissionais de enfermagem, por categoria, para cada tipo de cuidado.

Corroborando os resultados encontrados em estudos anteriores, pesquisa recente,

realizada pelo Grupo de Trabalho instituído pelo Conselho Regional de Enfermagem – Seção São Paulo (Coren-SP), objetivando avaliar e propor adequações nos parâmetros preconizados na Resolução Cofen nº 293/04, com base na realidade evidenciada nas unidades de internação de instituições públicas e privadas de 158 municípios do estado de São Paulo, verificou que o valor médio das horas de assistência prestada aos pacientes das diferentes categorias de cuidado referendam os tempos médios de assistência de enfermagem recomendados pelo Cofen (COREN-SP, 2016).

No entanto, no que diz respeito à proporção de enfermeiros, o percentual de unidades que apresentaram quantitativo inferior à proporção indicada pelo Cofen atingiu mais de 97% das unidades públicas e privadas fiscalizadas pelo Coren-SP (COREN-SP, 2016).

Diversos estudos, realizados, sobretudo, no cenário internacional, têm procurado demonstrar que o número inadequado de profissionais de enfermagem, além de interferir na qualidade e nos custos da assistência à saúde, contribui para o aumento das taxas de mortalidade, de infecções hospitalares, do tempo de hospitalização e dos índices de eventos adversos (NEEDLEMAN ET AL., 2002; LANKSHEAR; SHELDON; MAYNARD, 2005; BUTLER ET AL., 2011; BRAY ET AL., 2014). Ademais, tal deficiência pode, também, repercutir na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores, elevando os riscos de sobrecarga de trabalho, exaustão emocional, insatisfação no trabalho, estresse e *burnout*, com conseqüente impacto nos índices de absenteísmo, de rotatividade e dos custos com pessoal (AIKEN ET AL., 2002; AIKEN ET AL., 2014; LAKE ET AL., 2016).

Investigação realizada com o objetivo de verificar se os hospitais com adequada organização da atenção, tais como recursos humanos e ambiente da prática, podem afetar o atendimento ao paciente e a estabilidade da força de trabalho dos profissionais de enfermagem concluiu que melhores condições de trabalho e de proporção de

pacientes por profissional foram associadas com o aumento da qualidade da assistência e satisfação do paciente (AIKEN *ET AL.*, 2012).

Na mesma direção, estudo multicêntrico avaliou o impacto da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem sobre a mortalidade em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foram analisadas informações relativas a pacientes de UTI de quatro hospitais universitários na França no período de janeiro a dezembro de 2013. O risco de morte foi aumentado de 3,5 vezes quando a proporção de paciente por enfermeiro foi maior do que 2,5, sendo que as razões mais elevadas ocorreram, com maior frequência, durante os finais de semana (NEURAZ *ET AL.*, 2015).

Na operacionalização do método de dimensionamento, além da carga de trabalho, há de se considerar, ainda, a jornada de trabalho da equipe, os dias de funcionamento da unidade assistencial e o índice de segurança técnico (COFEN, 2004; FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012). O Índice de Segurança Técnico (IST) significa um acréscimo no quadro de pessoal dimensionado (resultado final do cálculo) para suprir as ausências previstas e não previstas comuns no cotidiano laboral da equipe de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012).

A Resolução do Cofen nº 293/04 recomenda o emprego do IST de 15%, salvo em unidades cujo quadro de profissionais de enfermagem seja constituído por 60% ou mais de pessoas com idade superior a 50 anos, quando deverá ser acrescido 10% ao IST (COFEN, 2004).

A despeito dessas recomendações, o Conselho Internacional de Enfermagem (International Council Nursing) refere que os profissionais e associações de enfermagem têm a responsabilidade de manter uma postura ativa na busca da qualidade do cuidado de enfermagem, reivindicar melhor dimensionamento da equipe e desenvolver mecanismos que colaborem para a excelência da prática profissional e para a promoção da segurança do paciente (ICN, 2012).

Assim, considerando a crescente complexidade dos serviços de saúde no Brasil e a necessidade de atualizar a norma que rege o dimensionamento de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas, o Cofen instituiu comissão para revisão e atualização da Resolução nº 293/04 (COFEN, 2004).

A referida Resolução, desse modo, passou por reformulações que emergiram de cuidadosa análise e discussão das pesquisas sobre o tema, por um grupo de especialistas na área, com inclusão de questões que não eram supridas pela regulação vigente, ao exemplo da atenção de enfermagem em saúde mental, atenção básica e outras unidades que careciam de parâmetros específicos. A nova normativa sobre os parâmetros de dimensionamento entrará em vigor ao final do ano de 2016, após consulta pública e aprovação dos representantes oficiais.

Apesar de todas as considerações realizadas anteriormente, cabe ressaltar que, mesmo que o número de profissionais e a proporção de cada categoria profissional de enfermagem envolvida no cuidado interfira, diretamente, na qualidade e segurança dos pacientes, profissionais e instituições de saúde, a adequação quantitativa e qualitativa de profissionais de enfermagem, por si só, não garante a excelência da assistência.

Nessa direção, é imperativo que os enfermeiros observem outros elementos que, associados ao dimensionamento, favorecem a consecução dos padrões de qualidade almejados. Assim, é necessário realizar também a revisão e avaliação dos processos de trabalho utilizados, retirando aqueles que não agregam valor ou que podem ser realizados por profissionais de outras áreas, por não exigirem a capacitação específica do profissional de enfermagem.

A execução de atividades não específicas de enfermagem utiliza, continuamente, tempo que os profissionais poderiam estar realizando cuidado aos pacientes. Assim, enquanto o quadro é dimensionado para

o cuidado, os profissionais são desviados das atividades próprias da profissão para a execução de tarefas que poderiam ser designadas para escriturários, ou agentes de outras categorias profissionais da área da saúde.

Os programas de treinamento e desenvolvimento também influenciam a qualidade das ações desenvolvidas, capacitando os profissionais para o exercício da prática mais qualificada. Contudo, muitas instituições de saúde têm negligenciado esses programas e, até mesmo, as orientações que deveriam ocorrer no período admissional.

A Política de Educação Permanente em Saúde articula as necessidades de aprendizagem às realidades do trabalho, possibilitando, além da atualização técnica, a reflexão e a análise crítica dos processos desenvolvidos, facilitando a identificação e proposição de resolução de problemas do cotidiano do trabalho, considerando as experiências de cada um, promovendo, assim, transformações na prática profissional e na própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Da mesma forma, o desenvolvimento de protocolos assistenciais e a supervisão ainda recebem pouca atenção dos enfermeiros e gerentes de enfermagem, incorrendo em desajustes na organização e na forma de realização das atividades.

No que diz respeito, ainda, à consecução dos objetivos organizacionais, estima-se que a elevada rotatividade de profissionais de enfermagem pode estar relacionada com a sobrecarga de trabalho, em decorrência do déficit de profissionais, além da dinâmica mercadológica do setor saúde, devendo ser diagnosticada e corrigida, pois também

constitui um fator que interfere na qualidade do cuidado.

Considerações finais

O sistema de saúde brasileiro ainda carece de investimentos e atenção dos órgãos oficiais, bem como dos gestores e administradores das instituições de saúde, no sentido de promover e garantir condições apropriadas para o desenvolvimento dos processos assistenciais, de forma qualificada e eficaz.

Nesse sentido, cabe salientar a relevância e a necessidade de pesquisas que contribuam para ampliar a compreensão do significado e dos riscos potenciais relacionados à redução do quadro de profissionais de enfermagem, bem como para produzir evidências técnicas e científicas que comprovem o seu impacto na qualidade da assistência e na segurança dos pacientes, dos profissionais e das instituições de saúde.

Da mesma forma, é imperativo que os enfermeiros se apropriem de fato do conhecimento acerca do processo de dimensionamento, adquirindo competências para o desempenho eficiente na negociação do quadro de pessoal, bem como para a participação no direcionamento das políticas de recursos humanos das instituições de saúde.

A principal contribuição deste ensaio consiste na proposição de reflexão sobre o tema abordado, suscitando a conscientização e adesão de gerentes e de enfermeiros dos mais diversos espaços assistenciais à prática do cuidado qualificado e seguro, favorecido pelo adequado dimensionamento de profissionais de enfermagem. ■

Referências

- AIKEN, L. H. *et al.* Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, Chicago, v. 288, n. 16, p. 1987-1993, out. 2002.
- AIKEN, L. H. *et al.* Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, Londres, v. 383, n. 9931, p. 1824-1830, maio 2014.
- AIKEN, L. H. *et al.* Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *The BMJ*, London, v. 20, n. 344 e 1717, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>>. Acesso em: 24 out. 2016.
- BIANCHINI, S. M. *Avaliação do evento queda do paciente no âmbito hospitalar: um estudo de caso*. 2015. 194 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- BRASIL. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF), 1986. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 25 de jun. de 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>. Acesso em: 3 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 3 out. 2016.
- BRAY, B. D. *et al.* Associations between stroke mortality and weekend working by stroke specialist physicians and registered nurses: prospective multicenter cohort study. *PLoS Med.*, São Francisco, v. 19, n. 8, ago. 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001705>>. Acesso em: 21 out. 2016.
- BUTLER, M. *et al.* Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.*, Oxford, v. 6, n. 7, p. 327-345, jul. 2011.
- CANADIAN NURSES ASSOCIATION. Measuring nurses' workload. *Nursing Now*, Ottawa, v. 15, n. 1, p. 1-4, 2003.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN nº 293/2004*, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro dos profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. Rio de Janeiro: Cofen, 2004. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/RESOLUCAO2932004.PDF>>. Acesso em: 3 out. 2016.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). *Relatório das atividades desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria Coren-SP/DIR/158/2013, de 12 de março de 2013*. São Paulo: Coren, 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/234L1FF>>. Acesso em: 3 out. 2016.
- FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. El trabajo gerencial em enfermería. In: KURCGANT, P. (Coord.). *Gerenciamiento en Enfermería*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1-12.
- FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dotación del personal de enfermería en las instituciones de salud. In: KURCGANT, P. (Coord.). *Gerenciamiento en Enfermería*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 123-37.
- FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 72-78, 2005.
- FUGULIN, F. M. T. *et al.* Custo da adequação

quantitativa de profissionais de enfermagem em unidade neonatal. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. esp., p. 1582-1588, dez. 2011.

FUGULIN, F. M. T. *et al.* Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da Universidade de São Paulo. *Rev. Med HU-USP*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 63-68, 1994.

GAIDZINSKI, R. R. *O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática*. 1998. 259 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *Patient safety*. Geneva, 2012. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf>. Acesso em: 3 out. 2016.

LAKE, E. T. *et al.* Higher quality of care and patient safety associated with better NICU work environments. *J Nurs Care Qual.*, Frederick, v. 31, n. 1, p. 24-32, jan./mar. 2016.

LANKSHEAR, A. J.; SHELDON, T. A.; MAYNARD, A. Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Adv Nurs Sci.*, v. 28, n. 2, p. 163-174, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.jblearning.com/samples/0763744379/LankshearSheldonMaynard.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2016.

NEEDLEMAN, J. *et al.* Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med.*, New England, v. 346, n. 22, p. 1715-1722, maio 2002.

NEURAZ, A. *et al.* Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter observational study. *Crit Care Med.*, New York, v. 43, n. 8, p. 1587-1594, ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde*. Genebra: OMS, 1981.

ROGENSKI, K. E. *Carga de trabalho de enfermagem em unidade de pediatria*. 2011. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

TRONCHIN, D. M. R. *Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura*. 2011. 252 f. Tese (Livre-docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A universal truth: no health without a workforce*. Genebra, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a-universal_truth_report.pdf?ua=1>. Acesso em: 3 out. 2016.

Evolução da formação na equipe de enfermagem: para onde aponta a tendência histórica?

Evolution of training in the nursing staff: to where does the historical trend point?

Mônica Wermelinger¹, Monica Vieira², Maria Helena Machado³

¹Bióloga. Doutora em saúde pública. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem - Cofen).
monicaw@fiocruz.br

²Socióloga. Doutora em saúde coletiva. Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Participou da equipe técnica da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem - Cofen).
monicavi@fiocruz.br

³Socióloga. Doutora em sociologia. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora-geral da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Conselho Federal de Enfermagem - Cofen).
machado@ensp.fiocruz.br

RESUMO Este artigo tem como objetivo discutir a historicidade da conformação da equipe de enfermagem no Brasil, no sentido de compreender seu processo de profissionalização e o 'lugar' ocupado na equipe multiprofissional de saúde, hoje, pelos profissionais de cada uma das categorias da enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. Para tanto, retoma o início da história da enfermagem brasileira no período da colonização como uma atividade caracterizada pelos cuidados prestados aos enfermos. Recupera a constituição das primeiras escolas, cursos, especialidades e, portanto, das ênfases que marcam o processo de profissionalização da enfermagem brasileira, salientando a ausência de 'convencimento' da sociedade de valores estruturantes da profissão como a orientação para o serviço. Tem como pano de fundo as políticas de saúde da época e as tensões oriundas das definições das atribuições das diferentes categorias da enfermagem que coexistiam, mas não constituíam, de fato, uma equipe. O artigo, ao explicitar fatos relativos à profissão, à regulação de sua formação e à regulamentação de seu exercício profissional, permite desvelar as tensões da integração de profissionais com maior e menor nível de formação, as demandas do mercado e a divisão do trabalho na enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE Educação em enfermagem. Equipe de enfermagem. Prática profissional.

ABSTRACT *This article aims to discuss the historicity of the training of the nursing staff in Brazil, in order to understand its process of professionalization and the 'place' it takes in the multidisciplinary team of health in the present by professionals in each of the nursing categories: nurses, technicians and assistants. In order to do so, it turns to the beginning of the history of Brazilian nursing in the colonization period as an activity characterized by the care for the sick. It retrieves the establishment of the first schools, courses, specialties and, therefore, of the emphases that marked the professionalization of the Brazilian nursing process, highlighting the absence of 'convincing' of society about the structuring values of the profession as the service orientation. Its background is that of the health policies of the time and the tensions arising from the definitions of the functions of the different categories of nursing that coexisted but did not constitute, in fact, a staff. The article, by clarifying facts related to the profession, to the regulation of their training and to the regulation of their professional practice, allows the unveiling of the tensions of integrating professionals with higher and lower levels of education, the demands of the market and the division of labor in nursing.*

KEYWORDS Education, nursing. Nursing team. Professional practice.

Introdução

A história das instituições, da regulação da formação e do próprio ensino da enfermagem no País reveste-se de relevância quando se busca compreender as atuais concepções de formação profissional nessa área. A formação desses profissionais, histórica e politicamente construída, aponta, hoje, para a formação do Doutor-Enfermeiro ou do profissional capacitado para realizar “ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples, sem requererem conhecimento científico”, que “requerem destreza manual” e “se restringem a situações de rotina e de repetição” (COFEN, 1995B).

Para começar esta análise, faz-se mister recordar que a primeira escola de enfermagem só foi criada no Rio de Janeiro, em 1890, após a libertação dos escravos, já na conjuntura republicana. Entretanto, a história da enfermagem brasileira começa no período da colonização não como uma profissão, mas como uma atividade caracterizada pelos cuidados prestados aos enfermos. Nesses primórdios, eram os escravos que se encarregavam dessas atividades.

Essa mão de obra eminentemente masculina, que caracterizava aqueles grupos que prestavam assistência aos doentes no início da colonização e eram treinados, principalmente, pelos padres Jesuítas, não poderia atender às necessidades das mulheres da Corte durante o trabalho de parto e outras moléstias. Nesses casos, as escravas, mesmo sem nenhum tipo de treinamento ou formação, começaram a acompanhar as sinhás no momento do parto. Apenas em 1832, na Lei Imperial que transforma as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia em faculdades de medicina, houve a determinação de que as parteiras seriam formadas, nessas instituições, em curso especial, dado pelo professor de partos.

Assim, a obstetrícia foi o primeiro ramo ou especialidade da enfermagem a possuir um curso formal no País. As exigências para

as candidatas, definidas em 1854, eram:

Para o Curso obstetricio: - leitura e escripta, as quatro operações da arithmetica e francez. As pessoas do sexo feminino que frequentarem este Curso deverão ter pelo menos 21 annos de idade, e apresentar, sendo solteiras, licença de seus paes ou de quem suas vezes fizer, e, sendo casadas, o consentimento de seus maridos. (BRASIL, 1854).

Sobre o currículo desse curso, de dois anos, sabe-se muito pouco, mas ele consistia na frequência:

[...] da cadeira de partos do 4º anno medico; e mais na da respectiva Clinica da Santa Casa da Misericordia, fazendo-se os exercicios em enfermaria especial; ou, sempre debaixo da direcção do respectivo Lente, em huma casa de maternidade que o Governo creará. (BRASIL, 1854)

A Reforma Leôncio de Carvalho, de abril de 1879, deu novos rumos ao curso de obstetrícia, determinando que:

O curso obstretrico se comporá das materias seguintes:

Anatomia descriptiva.

Physica geral.

Chimica geral.

Physiologia.

Obstetricia.

Pharmacologia.

Clinica Obstretrica e gynecologica. (BRASIL, 1879).

Passou a ser obrigatório, ainda, que houvesse um curso de obstetrícia anexo a cada uma das faculdades de medicina existentes no País. Os candidatos tinham que obter aprovação em português, francês, aritmética, álgebra e geometria e comprovar ter sido vacinados há, no máximo, 4 anos. Apenas nesse momento, a formação passou a ser extensiva aos homens, que deveriam ter entre 18 e 30 anos para se candidatarem (as mulheres, a partir dos 18 anos, não tinham limite

de idade). O aluno aprovado no curso de obstetrícia recebia o título de parteiro ou de mestre em obstetrícia (BRASIL, 1879).

Apesar dessas iniciativas Imperiais, foi apenas em setembro de 1890 que o Marechal Deodoro da Fonseca criou, no Hospício Nacional de Alienados, a primeira escola de enfermagem do Brasil, denominada ‘Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras’ (BRASIL, 1890).

Inicialmente, essa escola foi comandada por enfermeiras francesas, que vieram para o Brasil com a finalidade de suprir a demanda de mão de obra especializada no serviço de enfermagem do Hospício Nacional de Alienados, motivada pela saída das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo do hospital, abandonando as atividades que desempenhavam até então. Essa crise foi gerada pelo confronto entre dois modelos de assistência em enfermagem: o modelo religioso – que grassava no País até então, em que o pessoal médico era subordinado ao pessoal religioso – e o modelo positivista e cientificista, claramente afinado com os ideais republicanos – que garantia a autonomia profissional médica –, tendo sido, claramente vitorioso, o modelo médico-cientificista (BARREIRA ET AL., 2011).

A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE) passou por várias modificações até adquirir, em 1942, o nome de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, hoje pertencente à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). Desde a sua fundação, e durante 53 anos, a EPEE foi dirigida por médicos psiquiatras do Hospital Nacional de Alienados, do Serviço de Assistência a Psicopatas e da Colônia Feminina do Engenho de Dentro. Apenas após esse longo período, a Direção dessa escola passa a ser exercida por uma enfermeira diplomada (enfermeira Maria de Castro Pamphiro – egressa, em 1925, da primeira turma da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola de Enfermagem Anna

Nery – EEAN) (GONÇALVES; AMORIM; PORTO, 2013). Entretanto, é indiscutível que foi na EPEE que, já no final do século XIX, se iniciaram a organização dos serviços de enfermagem e o treinamento sistematizado de pessoas para trabalhar em hospitais (MOREIRA, 1990).

Os primeiros cursos de enfermagem

No início do século XX, a assistência de enfermagem no mundo estava polarizada entre os modelos americano e francês. Enquanto o modelo americano “preconizava profissionais instruídas, bem pagas e colaboradoras eficientes dos médicos”, o modelo francês “se satisfazia em admitir pessoas do povo, sem preparo, mal pagas e simplesmente ajudantes dos médicos” (SECAF; COSTA, 2007, P. 39). No Brasil, esses dois modelos hegemônicos se refletem nos projetos de formação em enfermagem desde os primórdios da formação escolar sistematizada para a assistência em enfermagem.

O currículo do curso ofertado aos alunos da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras apresentava uma formação, com duração mínima de dois anos, constando de:

- 1º, de noções praticas de propedeutica clinica;
- 2º, de noções geraes de anatomia, physiologia, hygiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiaes a certas categorias de enfermos e applicações balneotherapicas;
- 3º, de administração interna e escripturação do serviço sanitário e econômico das enfermarias. (BRASIL, 1890).

Por outro lado, com o advento da Primeira Guerra Mundial, a Cruz Vermelha Brasileira criou, em São Paulo (1914) e no Distrito Federal (1916), escolas práticas de enfermeiras, como objetivo de “ministrar às pessoas do sexo feminino a instrução teórico-prática à profissão de enfermeiras” Essas escolas, que eram vinculadas a hospitais e subordinadas

ao Ministério da Guerra, não adotavam o modelo de enfermagem moderna – já conhecido e adotado em vários países da América do Sul – e não estavam integradas ao sistema oficial de ensino (BARREIRA ET AL., 2011, P. 223).

Até essa época, segundo Barreira e colaboradores,

[...] a enfermagem era no Brasil uma ocupação de religiosas católicas, enfermeiras diplomadas estrangeiras (filhas de diplomatas ou de pastores protestantes), um pequeno quantitativo de pessoal treinado na escola profissional do Hospital Nacional de Alienados e nas escolas da Cruz Vermelha brasileira, visitadoras preparadas por médicos sanitaristas, leigos de pouca instrução, ex-escravos e seus descendentes. (BARREIRA ET AL., 2011, P. 224).

O que se poderia chamar de primeira política de saúde do Brasil, na década de 1920, veio, na realidade, da necessidade de controle de salubridade, exigência de países que estavam se tornando grandes importadores de produtos brasileiros. Assim, foi aprovado o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que trouxe uma profunda reformulação dos serviços de saúde, passando esse Departamento, por intermédio da Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina, a ser responsável pela fiscalização do exercício profissional de médicos, farmacêuticos, dentistas, parteiras, massagistas, enfermeiros e optometristas (BRASIL, 1923).

Nesse período, Carlos Chagas viajou aos Estados Unidos e combinou a vinda ao Brasil, mediante acordo com a Fundação Rockefeller, de uma Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no País, a ser chefiada por Ethel Parsons – enfermeira de saúde pública americana. Essa missão tinha por objetivo fazer um diagnóstico da situação da enfermagem no Rio de Janeiro e propor a implantação de um modelo de escola, nos moldes das mais modernas escolas de enfermagem

americanas, que formasse “enfermeiras de saúde pública” – solução vista com muitos bons olhos por médicos e sanitaristas, no sentido de se desincumbirem da visita domiciliar, percebida por eles como pouco científica e inadequada ao status da medicina (BARREIRA, 2011, P. 226).

Segundo Barreira *et al.* (2011, P. 227-228):

Ao contrário da expectativa da maioria dos médicos do DNSP, que desejavam apenas resolver um problema imediato, o projeto da Missão Parsons visava à criação de uma sólida base para a introdução de uma nova categoria profissional no campo da saúde no Brasil. [...] O fato é que a emergência da nova categoria profissional resultou de iniciativa governamental e não correspondia a um consenso social, uma vez que, exceto o grupo do DNSP, ‘a sociedade brasileira não tinha uma clara noção do propósito ou do significado de uma escola de enfermagem’. (BARREIRA, 2011, P. 227-228)

Isso significa dizer que a enfermagem no Brasil, enquanto profissão, foi criada sem que houvesse o necessário ‘convencimento’ da sociedade de que, naquele grupo, a orientação para o serviço era uma regra. Em consequência disso, a sociedade como um todo não se comporta como ‘aliada’ da profissão, naquele momento histórico, e a Missão Parsons e suas obras tornaram-se alvos de críticas e oposições, quer por grupos que se sentiam diretamente afetados pela introdução de uma nova profissional na área da saúde, quer por inimigos do governo ou, ainda, por defensores da ‘moral e dos bons costumes’ – que não achavam apropriado que uma mulher (enfermeira de saúde pública) fizesse, desacompanhada, visitas aos domicílios (BARREIRA ET AL., 2011). Assim, a enfermagem brasileira carrega, na gênese de seu processo de profissionalização, a dificuldade de convencer a população da necessidade de garantir a ela – enfermagem – “mais autonomia e liberdade em relação à supervisão e ao

controle dos não profissionais” (GOODE, 1966, P. 37).

Dessa forma, o Regulamento do DNSP definiu, também, questões como o funcionamento do Serviço de Enfermeiras e a criação da Escola de Enfermeiras do DNSP. Essa escola constitui o começo da implementação, no Brasil, do modelo anglo-americano de assistência de enfermagem e reintroduziu a formação em enfermagem restringida às mulheres (GONÇALVES; AMORIM; PORTO, 2013).

As exigências para a matrícula na Escola de Enfermeiras do DNSP eram:

- a) certidão de idade, por onde fique provado não ter menos de 20 nem mais de 35 annos;
- b) documento que prove ser brasileira;
- c) attestado official do Departamento Nacional de Saude Publica, que prove ter sido recentemente revaccinada contra a variola;
- d) attestado passado por medico do Hospital Geral da Assistencia, no qual se declare não soffrer de doença contagiosa, nem de defeito physico ou functional que a inhabilite para os trabalhos de enfermeira;
- e) attestado de boa conducta, passado pelas autoridades policiaes competentes ou por duas pessoas idoneas, a juizo da directora da escola e da superintendencia geral do Serviço de Enfermeiras;
- f) diploma de uma escola normal, ou documento, que prove ter instrucção secundaria bastante, a criterio da directora, podendo, na hypothese de recusa, ser levado o facto á decisão do Director Geral do Departamento.

§ 1º. A candidata poderá também apresentar quaesquer documentos que provem sua experiencia anterior em serviço educativo ou commercial.

§ 2º. Attendendo a casos especiaes, poderá a superintendente geral do Serviço de Enfermeiras acceitar candidatas de idade superior a 35 ou inferior a 20 annos.

Art. 412. As candidatas á matricula na primeira série, que não puderem satisfazer a exigencia da alinea f do art. 414 serão submettidas a exame preliminar, perante uma commissão

constituída por tres professores, designados pela directora da escola e sob sua presidencia, exame que constará do seguinte:

- a) composição escripta, em vernaculo, sobre assumpto commum;
- b) problemas relativos ás quatro operações fundamentaes (sobre inteiros, fracções ordinarias e decimaes), proporções e systema metrico;
- c) noções geraes de geographia e historia do Brasil;
- d) noções elementares sobre sciencias physicas e naturaes. (BRASIL, 1923).

Assim, não havia imperiosa necessidade de apresentação de diploma equivalente ao que hoje se chama de Ensino Médio para ser aceita como aluna da Escola de Enfermeiras do DNSP. É importante, também, frisar que, em todo o período da Primeira República, a organização dos ensinos primário, secundário e superior no Brasil passou por várias reformas: Reforma Benjamin Constant (1891)¹, Reforma Epitácio Pessoa (1901)², Reforma Rivadávia Corrêa (1911)³, Reforma Carlos Maximiliano (1915)⁴ e a Reforma João Luiz Alves (1925)⁵. Entretanto, segundo o que foi estabelecido e regulamentado em todo esse período, ao curso de enfermagem não era dado o *status* de ensino superior. O acesso aos cursos de nível superior dava-se por: aprovação no exame de madureza do Ginásio Nacional, não sendo aceito o título de habilitação ao magistério, outorgado pela Escola Normal (1891); pela apresentação do título de bacharel em ciências e letras ou certificado de conclusão dos estudos secundários (1901); obtenção de certificado de aprovação em todas as matérias que constituíam o curso ginasial do Colégio Pedro II (ou institutos a ele equiparados) e aprovação no exame vestibular (1915); ou ainda, o certificado de aprovação ao 5º ano do curso secundário e aprovação no exame vestibular (1925). Os cursos superiores existentes e regulamentados no País, até então, eram direito, engenharia, medicina, farmácia e odontologia.

¹Decreto nº 981 de 08/11/1890; Decreto nº982 de 08/11/1890; Decreto nº 1.075 de 22/11/1890 e Decreto nº 1.232 G de 02/01/1891.

²Decreto nº 3.890 de 01/01/1901 e Decreto nº 3.914 de 26/01/1901.

³Decreto nº 8.659 de 05/04/1911 e Decreto nº 8.660 de 05/04/1911.

⁴Decreto nº 11.530 de 18/03/1915.

⁵Decreto nº 16.782 A de 13/01/1925.

O curso da Escola de Enfermeiras do DNSP, em si, tinha duração de dois anos e quatro meses, era dividido em cinco séries e ocorria, em parte, nas enfermarias, salas de operação e ambulatórios do Hospital Geral de Assistência do DNSP (atual Hospital São Francisco de Assis), em parte na escola – construída em terreno anexo ao hospital. As quatro primeiras séries do curso eram destinadas à parte geral, e a última, realizada em quatro meses, era destinada às especializações: Enfermagem Clínica, Enfermagem de Saúde Pública ou Administração Hospitalar. O programa dos quatro primeiros anos continha os seguintes conteúdos:

Princípios e métodos da arte de enfermeira;
 Bases históricas, éticas e sociais da arte de enfermeira;
 Anatomia e fisiologia;
 Higiene individual;
 Administração hospitalar;
 Terapêutica, farmacologia e matéria médica;
 Métodos gráficos na arte de enfermeira;
 Física e química aplicadas;
 Patologia elementar;
 Parasitologia e microbiologia;
 Cozinha e nutrição.
 Arte de enfermeira:
 em clínica médica;
 em clínica cirúrgica;
 em doenças epidêmicas;
 em doenças venéreas e da pele;
 em tuberculose;
 em doenças nervosas e mentais;
 em ortopedia;
 em pediatria;
 em obstetria e ginecologia;
 em otorrinolaringologia;
 em oftalmologia;
 Higiene e saúde pública;
 Radiografia;
 Campo de ação da enfermeira – Problemas sociais e profissionais. (BRASIL, 1923).

Da análise da evolução dos currículos

propostos nesse período histórico, sobressai o esforço em transformar os cursos de enfermagem em algo mais do que a frequência a algumas cadeiras da medicina. Assim começam a aparecer nos currículos conteúdos distantes da prática médica, mas necessários às atividades desempenhadas pelas enfermeiras em sua prática diária, como, por exemplo, a administração.

Profissionalização e a ‘equipe’ de enfermagem

Após a formatura da primeira turma da Escola de Enfermagem do DNSP – 1923/1925, foi criada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ANEDB), já em 1926, que teve seu nome alterado para Escola de Enfermeiras Anna Nery (SECAF; COSTA, 2007), passando a ser considerada como escola oficial padrão, à qual as demais escolas teriam que ser equiparadas (BRASIL, 1931).

Para conseguir essa equiparação, aquelas escolas que tivessem, pelo menos, dois anos de funcionamento deveriam requerê-la ao Ministério da Educação e Saúde Pública e submeter-se à inspeção realizada por uma enfermeira indicada pela Escola Anna Nery.

Nessa oportunidade, o Governo Getúlio Vargas dispôs sobre o ensino e o exercício da enfermagem no País e determinou que somente poderiam usar o título de Enfermeiro Diplomado os profissionais oriundos de escolas oficiais ou equiparadas à EEAN (BRASIL, 1931). Essa normatização causou forte reação entre os que já trabalhavam na enfermagem, e estes conseguiram permanecer exercendo-a por meio da autorização contida no Decreto nº 22.257/32, que concedeu, às irmãs de caridade que comprovassem mais de seis anos de prática efetiva até a data do Decreto, direitos iguais aos das enfermeiras de saúde pública.

Outros grupos pressionaram o Governo e tiveram seu direito de exercer a profissão

reconhecido por meio da autorização contida no Decreto nº 23.774 de 1934. Assim, outorgou-se o direito de inscrição no DNSP como enfermeiros-práticos aos que já vinham exercendo a profissão, desde que contassem com mais de cinco anos de prática efetiva e após submeterem-se à prova de habilitação. A mesma norma autorizou, ainda, que Enfermeiros Diplomados por estabelecimentos idôneos tivessem seus títulos registrados no DNSP, desde que expedidos até junho de 1931.

Desde 1937, a EEAN passou a integrar a Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro), sem, entretanto, ser alçada às categorias de ‘Faculdade’ ou ‘Instituto’. Nesse contexto, eram tratadas como instituições complementares,

[...] as escolas profissionais ou de ensino comum (necessárias como elementos auxiliares do ensino superior), o Colégio Universitário (destinado ao ensino secundário complementar) e a Escola Ana Neri (destinada ao ensino de enfermagem e de serviço social). (BRASIL, 1937).

Na década de 1940, mesmo com as várias normas legais dispostas sobre a regulamentação do exercício da profissão, os práticos, sem nenhum preparo formal, continuavam a atuar majoritariamente na enfermagem. Além disso, entre as Enfermeiras Diplomadas, havia um grupo preocupado com “a deficiência numérica de enfermeiras causada, especialmente, pelo fato de seu preparo ser dispendioso e demorado” e que defendia a ideia de formar auxiliares de enfermagem, sugerindo “que fossem criados cursos regulares e de curta duração, permitindo, assim, preparar pessoal em larga escala para a assistência direta aos internados em hospitais”, ideia essa que consta, inclusive, do Regimento da Escola de Enfermagem Carlos Chagas, de 1934 (SECAF; COSTA, 2007, P. 48).

A falta de capacidade do sistema formativo, à época, para titular tantos profissionais

quanto os serviços de saúde demandavam era um fato. Tanto que, em 1943, dez anos após a criação da Escola de Enfermagem do DNSP (posteriormente, EEAN),

[...] os 11 estabelecimentos de ensino especializado, então existentes no país, haviam formado apenas 1.533 enfermeiras, isto é, uma média de 76 por ano e cerca de 7 por estabelecimento. E em 1963 – outros vinte anos decorridos – as 38 escolas em funcionamento tinham diplomado 5.744 enfermeiras, o que dá uma média anual de 287 profissionais, e ainda os mesmos 7 por estabelecimento. (CFE, 1976).

Nesse contexto, após decisão da Vice-Presidente da Divisão de Educação da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (Abed) (nome da ANEDB a partir de 1944) – Laís Moura Netto dos Reis – que ocupava, também, o cargo de Diretora da EEAN, foi criado nessa Escola, em 1941, o primeiro curso formal de auxiliar de enfermagem no Brasil (SECAF; COSTA, 2007).

Nessa mesma década, ocorreu uma expansão da saúde pública, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em 1942, decorrente do acordo entre os Estados Unidos e o Brasil, com objetivo inicial de prestar assistência à população amazônica, combatendo a malária e garantindo a saúde dos trabalhadores que atuavam na extração da borracha.

Como um contraponto ao início da formação de auxiliares de enfermagem, a EEAN é alçada a Estabelecimento de Ensino Superior, na Universidade do Brasil (BRASIL, 1945). Esse fato ocorre praticamente ao mesmo tempo que foi criada, no quadro permanente do Ministério da Educação e Saúde, a carreira de auxiliar de enfermagem, bem como tornado obrigatório, para ingresso nas carreiras de enfermeiro ou de auxiliar de enfermagem, do quadro permanente, a apresentação dos respectivos diplomas, conferidos pela EEAN ou por estabelecimentos a ela equiparados (BRASIL, 1946A).

Nesse conturbado contexto, em que se completavam 20 anos da formação da primeira turma de enfermeiras no modelo ‘Nightingaliano’ pela EEAN (1925), ainda havia uma imensa tensão entre as Enfermeiras Diplomadas em conformidade com o Decreto nº 20.109/31 e os que exerciam atividades de enfermagem de forma leiga ou mesmo os que tinham sido formados em escolas anteriores à fundação da EEAN ou em escolas que, simplesmente, não obtiveram a equiparação de que trata o mesmo Decreto.

Para tentar contornar essas tensões, ainda em 1946, foram criados exames de habilitação para os auxiliares de enfermagem e parteiras práticas, que poderiam submeter-se a provas para obtenção do certificado de ‘prático de enfermagem’ e ‘parteira prática’, respectivamente, desde que possuíssem mais de dois anos de efetivo exercício de enfermagem (BRASIL, 1946B). O primeiro objetivo foi, certamente, o de apaziguar as relações entre um grande número de trabalhadores que, historicamente, prestavam assistência em enfermagem e as Enfermeiras Diplomadas. Entretanto, não se pode desconsiderar que esses exames de habilitação contribuíam, também, e de forma significativa, para a ampliação da mão de obra existente na enfermagem brasileira, uma vez que a formação de profissionais pelas escolas de enfermagem oficiais ou equiparadas ainda era, numericamente, insuficiente para atender às demandas dos serviços de saúde.

Na virada entre as décadas de 1940 e 1950 é que, de fato, pode-se dizer que ocorreu a consolidação do ensino da enfermagem em moldes mais próximos aos que se tem hoje no País. O ensino passou a compreender apenas dois cursos: enfermagem e auxiliar de enfermagem, com 36 meses e 18 meses de duração respectivamente. Além disso, foi estabelecido que passaria a ser exigido, a partir de 1956, o certificado de conclusão do curso secundário para o ingresso no curso de enfermagem (BRASIL, 1949). Entretanto, esse prazo

foi estendido pelo presidente Juscelino Kubitschek, no final de 1956, passando o certificado do curso secundário a ser exigido apenas após 13 de agosto de 1961 (BRASIL, 1956A).

Até 1955, tinham-se quatro categorias atuando na enfermagem – Enfermeiro Diplomado, Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro Prático Licenciado e Prático de Enfermagem –, e cada uma delas era regulada por legislação própria. Assim, existiam:

- (a) Enfermeiro Diplomado – regulamentado pelos Decretos nº 20.109/31 e nº 21.141/32, Lei nº 775/49 e Decreto nº 27.426/49;
- (b) Auxiliar de Enfermagem – regulamentado pela Lei nº 775/49 e Decreto nº 27.426/49;
- (c) Enfermeiro Prático Licenciado – regulamentado pelos Decretos nº 22.257/32 e nº 23.774/34;
- (d) Prático de Enfermagem – regulamentado pelo Decreto nº 8.778/46

É bom esclarecer, aqui, o ‘equipe’ – entre aspas do subtítulo do texto. Ele deve-se à compreensão de que essas categorias, co-existent na aquele determinado momento histórico, não constituíam, de fato, uma equipe. Não havia hierarquia definida entre essas quatro categorias, tampouco trabalho solidário entre elas. Na sua maioria, a relação era de competição por reserva de mercado.

Quanto à profissionalização, por outro lado, ainda que, desde a implantação do modelo Nightingale de formação, na Escola de Enfermeiras do DNSP, a maioria do corpo docente dos cursos de enfermagem tenha passado a ser constituído por enfermeiras (BARREIRA ET AL., 2011, P. 230), foi apenas em meados dos anos de 1950 que a fiscalização dos cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem passou a ser feita por Enfermeiros itinerantes subordinados à Diretoria de Ensino Superior, de acordo com instruções oriundas do Ministério da Educação e Saúde (BRASIL, 1949).

Outra característica formal da profissão que se concretiza na década de 1950 é a da

capacidade de ela mesma propor a existência de regras para controle do exercício profissional elaboradas pelo grupo por meio de entidades que os representem na sociedade. Após a divulgação do Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953), no relatório do VIII Congresso de Enfermagem (1955), a Comissão de Legislação recomendou que a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn – novo nome da Abed, desde 1954) adotasse o código internacional, o que foi aceito provisoriamente. Esse fato não foi bem aceito pela União Católica das Enfermeiras do Brasil e deu origem às discussões que culminaram com a elaboração do Código de Ética da ABEn (SECAF; COSTA, 2007, P. 91-114).

Essas características, em conjunto, revelam-se como uma etapa sociológica importante no desenvolvimento da profissão, no sentido de aproximar a enfermagem do almejado modelo de profissão autônoma e autorregulada, além de capaz de formar seus próprios membros (FREIDSON, 2009, P. 93-106).

Ainda na década de 1950, a ABEn iniciou um trabalho para criação de cursos de auxiliares de enfermagem, vindo ao encontro da política educacional da época que orientava, por meio das Leis Orgânicas do Ensino (Reforma Capanema), a formação de pessoal de nível técnico. Assim, proliferavam os cursos de auxiliar de enfermagem, como reflexo da necessidade de mão de obra. Considerando que os auxiliares não podiam se associar à ABEn – que, obedecendo normalização do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), exigia que seus sócios fossem exclusivamente Enfermeiros Diplomados – e o rápido aumento no número desses profissionais, foi criada a Associação Nacional de Auxiliares de Enfermagem (Anae).

Por outro lado, várias normas legais permitiram a continuidade do trabalho do prático, visto que os profissionais egressos das escolas de enfermagem ainda eram em número insuficiente para atender às

exigências dos serviços de saúde. Às portas do séc. XXI, o próprio Conselho Federal de Enfermagem permite a execução de ‘atividades elementares de enfermagem’ por práticos que já realizavam atividades de enfermagem em 25 de junho de 1986 – e define quais seriam essas tarefas elementares de enfermagem:

Art. 2º - As atividades elementares de Enfermagem, executadas pelo Atendente de enfermagem e assemelhados são as seguintes:

I - Relacionadas com a higiene e conforto do cliente:

- a) Anotar, identificar e encaminhar roupas e/ou pertences dos clientes;
- b) preparar leitos desocupados.

II - Relacionadas com o transporte do cliente:

- a) auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de clientes de baixo risco;
- b) preparar macas e cadeiras de rodas.

III - Relacionadas com a organização do ambiente:

- a) arrumar, manter limpo e em ordem o ambiente do trabalho;
- b) colaborar, com a equipe de enfermagem, na limpeza e ordem da unidade do paciente;
- c) buscar, receber, conferir, distribuir e/ou guardar o material proveniente do centro de material;
- d) receber, conferir, guardar e distribuir a roupa vinda da lavanderia;
- e) zelar pela conservação e manutenção da unidade, comunicando ao Enfermeiro os problemas existentes;
- f) auxiliar em rotinas administrativas do serviço de enfermagem.

IV - Relacionadas com consultas, exames ou tratamentos:

- a) levar aos serviços de diagnóstico e tratamento, o material e os pedidos de exames complementares e tratamentos;
- b) receber e conferir os prontuários do setor competente e distribuí-los nos consultórios;
- c) agendar consultas, tratamentos e exames, chamar e encaminhar clientes;
- d) preparar mesas de exames.

V – Relacionados com o óbito:

a) ajudar na preparação do corpo após o óbito. (COFEN, 1995B).

A atuação desses práticos, autorizada com esse formato, traz à luz uma questão importante sobre o ‘fazer’ da enfermagem. A corporação, ainda na virada do milênio, não conseguiu eliminar atividades de hotelaria, limpeza, almoxarifado, estafeta e secretariado básico do ‘rol de atividades’ definidas pela corporação como atividades próprias a alguns membros da equipe. Essa inclusão de atividades tão básicas no escopo de atividades da profissão desqualifica o saber de enfermagem, aproximando-o da primeira tentativa histórica de unificação paradigmática na profissão, traduzida no primeiro currículo norte-americano – Standard Curriculum for Schools of Nursing, de 1917, que centraliza todo o processo formativo nas práticas de enfermagem. Assim, o saber de enfermagem, nesses primórdios, estava restrito à capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos resultantes da prescrição médica, sem nenhuma elaboração de princípios científicos. Segundo Lima:

[...] até então, a enfermagem era considerada uma profissão não-científica. Em outras palavras, era considerada um saber prático que se organiza com base nas técnicas de enfermagem, que sempre estiveram presentes em outros momentos históricos como simples rituais de cuidados domésticos dispensados pelas famílias às crianças e seus doentes, tais como troca de roupa de cama, curativo e higiene do ambiente. (2010, p. 14).

Voltando à constituição de uma ‘equipe’ de enfermagem, entre 1956 e 1957, foi permitido que portadores de diplomas de enfermeiro, expedidos por escolas não equiparadas à Escola Anna Nery até o ano de 1950, se registrarem como auxiliares de enfermagem (BRASIL, 1956B).

O exercício profissional da enfermagem

era, no final da década de 1950, permitido a seis grupos de profissionais: 1) enfermeiro; 2) obstetritz; 3) auxiliar de enfermagem; 4) parteira; 5) enfermeiro prático; e 6) parteira prática, estando submetido à fiscalização do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina. Ou seja, ainda que a fiscalização dos cursos de enfermeiro e auxiliar fosse feita por enfermeiras, como dito acima, a fiscalização do exercício profissional da enfermagem estava a cargo do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, em cujos quadros de pessoal não havia enfermeiros. O que corrobora que, nesse ponto histórico, a profissão ainda não tinha superado questões sociais e políticas que a levassem a ter o direito – concedido pela sociedade e regulamentado pelo Estado – de se autorregular.

Em 1961, a regulação do exercício da enfermagem e de suas funções auxiliares também não inclui a figura de um ‘técnico de enfermagem’ (BRASIL, 1961). Apenas após a promulgação, em 1962, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 4.024, que organiza a educação no Brasil em três níveis de ensino e permite a profissionalização, no segundo grau, em outras áreas além das agrícola, industrial e comercial –, passa a ser possível a formação desse profissional no País. Assim, após a ABEn enviar às autoridades competentes, em 1963, um documento que tratava da formação em enfermagem no Brasil, sugerindo a criação de um curso técnico de nível médio, em 1966, é criado o primeiro Curso Técnico em Enfermagem, na EEAN.

Em 1977, o Conselho Federal de Educação instituiu os cursos de técnico e auxiliar de enfermagem como habilitações referentes ao Segundo Grau (atual Ensino Médio) e permitiu que o auxiliar de enfermagem fosse preparado no nível de Primeiro Grau (atual Ensino Fundamental) em caráter emergencial (CFE, 1977).

Finalmente, em 1986, por meio da Lei de Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498, a atuação dos vários profissionais que

compõem a equipe de enfermagem passa a ser reconhecida e regulamentada. Essa lei determina que a enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas, privativamente, pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação e submetidos à inscrição no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Se por um lado, é sociologicamente relevante o avanço do profissionalismo na categoria, com a elevação do título de ‘Enfermeiro Diplomado’ ao nível de qualquer outro profissional de nível superior – obtido com a exigência do certificado de conclusão do curso secundário para se candidatar a uma vaga no curso de enfermagem, a partir do ano letivo de 1962 –, por outro, também é relevante apontar que a prática nos estabelecimentos de saúde e, mesmo, as normas da categoria arrebanham para a equipe de enfermagem um sem-número de atividades que

[...] compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples, sem requererem conhecimento científico, adquiridas por meio de treinamento e/ou da prática; requerem destreza manual, se restringem a situações de rotina e de repetição, não envolvem cuidados diretos ao paciente, não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou a saúde do executante. (COFEN, 1995B).

A história parece indicar que, à cada

vez maior exigência de escolaridade para a atuação na enfermagem, não tem correspondido um aumento do ‘status’ social desses profissionais. Nesse contexto, talvez o desenrolar dos fatos relativos à profissão, à regulação de sua formação e à regulamentação de seu exercício profissional, tenha sido, indelevelmente, marcado por decisões, de uma pequena parcela da categoria, de proporcionar a integração de profissionais com menor nível de formação e, assim, atender às demandas – sempre emergenciais – do mercado, ou de perpetuar uma realidade de divisão vertical do trabalho em enfermagem.

O risco, no qual a profissão vem incorrendo, e que já foi, há muito, apontado por estudiosos e identificado pelos próprios profissionais da categoria, é o de delegar a ‘enfermagem’ propriamente dita, “tudo que se refere ao assistir” ao pessoal de nível médio (TEIXEIRA, 1988, P. 42), esquecendo-se de que

a função de um profissional se explica na medida que ele desenvolve suas atividades. Assim, o que importa não é o que ele sabe, ensina, delega; o que importa é o que ele faz. (CASTRO ET AL., 1985 APUD TEIXEIRA, 1988, P. 67)

Dessa forma, há quem acredite que um processo de desprofissionalização está em andamento e que, se “aquilo que correntemente é designado por assistência de enfermagem, não é, na sua grande maioria, praticado por enfermeiros”, a enfermagem, enquanto profissão de nível superior, estaria correndo o risco de extinção (NAKAMAE, 1987 APUD TEIXEIRA, 1988, P. 17). ■

Referências

- BARREIRA, I. A. et al. Primeira República: a implantação da enfermagem laica e seus desdobramentos (1889-1930). In: PADILHA, M. I. et al. (Org.). *Enfermagem: história de uma profissão*. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011. 219-252 p.
- BRASIL. Decreto nº 1.387, de 28 de abril de 1854. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1854. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1387-28-abril-1854-590272-publicacaooriginal-115439-pe.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879. Reforma o ensino primário e secundário no município da Côrte e o superior em todo o Império. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1879. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-norma-pe.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.
- _____. Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa, as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1931. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20109.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Decreto nº 22.257, de 26 de dezembro de 1932. Confere às irmãs de caridade, com prática de enfermeiras ou de farmácia, direitos iguais às enfermeiras de saúde pública ou práticas de farmácia, para o fim de exercerem essas funções em hospitais. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 26 dez. 1932. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D50387.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.
- _____. Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934. Torna extensiva aos enfermeiros práticos as regalias concedidas aos farmacêuticos e dentistas práticos quanto ao exercício de suas respectivas funções. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D23774.htm>. Acesso em: 10 out. 1934.
- _____. Decreto nº 50.387 de 28 de março de 1961. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 28 mar. 1961. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D50387.htm>. Acesso em: 10 mar. 1961.
- _____. Decreto-Lei nº 8.393, de 17 de dezembro de 1945. Concede autonomia, administrativa financeira, didática e disciplinar, à Universidade do Brasil, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Rio de Janeiro, RJ, 17 dez 1945. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8393-17-dezembro-1945-458284-norma-pe.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.
- _____. Decreto-Lei nº 8.772, de 22 de janeiro de 1946a. Altera as carreiras de Enfermeiro dos Quadros Permanente e Especial do Ministério da Educação e Saúde, cria a carreira de auxiliar de enfermagem no Quadro Permanente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Rio de Janeiro, RJ, 22 jan. 1946. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8772-22-janeiro-1946-416398-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.
- _____. Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946b. Regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas. *Diário Oficial [da] União*. Rio de Janeiro, RJ, 22 jan. 1946. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8778-22-janeiro-1946-416419-norma-pe.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Lei nº 452, de 05 de julho de 1937. Organiza a Universidade do Brasil. *Diário Oficial [da] União*. Rio de Janeiro, RJ, 05 jul. 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0452.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Rio de Janeiro, RJ, 06 ago.1949. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L775.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Lei nº 2.995, de 10 de dezembro de 1956a. Prorroga o prazo que restringe as exigências para instruir matrícula aos cursos de enfermagem, nos termos do parágrafo único do art. 5º da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 10 dez. 1956. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2995-10-dezembro-1956-354551-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Lei nº 2.282, de 14 de julho de 1956b. Dispõe sobre o registro de diploma de enfermeiro, expedido até o ano de 1950, por escolas estaduais de enfermagem não equiparadas nos termos do Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, e da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 14 jul. 1956. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L2822.htm>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Lei Imperial de 03 de outubro de 1832. Dá nova organização às actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1832. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-publicacaooriginal-87775-pl.html>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 1923. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/>

decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO (CFE). Parecer nº 3.814, de 12 de novembro de 1976. Núcleo-comum para os currículos do ensino de 1º e 2º graus. A doutrina do currículo Lei 5.692. In: *Documenta nº 132*. Rio de Janeiro. 1971. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/fontes_escritas/7_Gov_Militar/parecer%20n.%20853-1971%20n%FAcleo%20comum%20para%20os%20curr%EDculos....pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

_____. *Resolução nº 9, de 18 de abril de 1977*. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3170216/pg-25-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-24-05-1977>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução 185, de 20 de julho de 1995*. Dispõe sobre a Autorização para a execução de tarefas elementares de Enfermagem pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei e estabelece critérios. Brasília, DF, 20 jul. 1995a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1851995_4247.html>. Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. *Resolução 186, de 20 de julho de 1995*. Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de Enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei. Brasília, DF, 20 jul. 1995b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html>. Acesso em: 11 nov. 2016.

FREIDSON, E. *Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.

GONÇALVES, B. M.; AMORIM, W.; PORTO, F. O movimento religioso na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (1943-1949). In: PORTO, F.; AMORIM, W. (Org.). *História da Enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos*. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2013.

GOODE, W. J. The Librarian: From Occupation to profession?. In: VOLLMER, H. M.; MILLS, D. L. (Org.). *Professionalization. Englewood Cliffs*. New Jersey: Prentice-Hall, 1966, p. 37.

LIMA, J. C. F. *Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem*. 2010. 454 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MOREIRA, A. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto: 100*

anos de história. 1990. 453 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 1990.

SECAF, V.; COSTA, H. C. B.V. A. *Enfermeiras do Brasil: história das pioneiras*. São Paulo: Martinari, 2007.

TEIXEIRA, E. M. R.; LINS, L. C. S.; LIRA, I. V. *Apreciação Crítica da Profissão de Enfermagem: seu dilema e sua crise existencial*. Recife: Editora Rodovalho, 1988.

Contribuições da pós-graduação em enfermagem à formação do profissional do século XXI

Contributions of postgraduate studies in nursing to the education and training of the twenty-first Century professional

Mirna Albuquerque Frota¹, Karla Maria Carneiro Rolim², Luiza Jane Eyre de Souza Vieira³, Amanda Emília Nunes Quezado Praxedes⁴, Orlene Veloso Dias⁵

¹ Enfermeira. Pós-doutorado em saúde coletiva. Docente titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil. Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Brasília (DF), Brasil.
mirnafrota@unifor.br

² Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Coordenadora do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil.
karlarolim@unifor.br

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil.
janeeyre@unifor.br

⁴ Enfermeira. Mestranda em saúde coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (PPGSC/Unifor), Ceará (CE), Brasil.
amandaemilia@gmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Curso em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (MG). Conselheira Federal Suplente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasília (DF), Brasil.
enfermagem@unimontes.br

RESUMO Este estudo objetivou analisar a tendência da pós-graduação da enfermagem brasileira, na modalidade *stricto sensu*, no período de uma década. Trata-se de um estudo de revisão da literatura. O desenvolvimento envolveu a elaboração do problema; busca em bases de dados; avaliação, análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados e conclusões. O problema surgiu a partir da formulação de uma questão norteadora sobre como está se construindo o campo de conhecimento da enfermagem mediante as dissertações e teses defendidas em programas de pós-graduação brasileiros. A busca ativa dos resumos e textos completos se deu por meio do portal da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. O material de análise resultou em 71 produções; que após análise prévia, permaneceu uma amostra de 58 produções científicas. Da organização dos conteúdos manifestos, emergiram os eixos nucleares: avaliação profissional; processo de trabalho na atenção à saúde; formação e o exercício da liderança e processo de ensino e pesquisa. Os resultados mostram que a tendência seguida pelos programas de pós-graduação em enfermagem revela a tentativa de responder a demandas sociais do País. Conclui-se que a produção científica da enfermagem cumpre um papel primordial no campo da saúde para qualificar a prática profissional.

PALAVRAS-CHAVE Educação de pós-graduação. Enfermagem. Ensino. Pesquisa. Ciências da saúde.

ABSTRACT *This study aimed to analyze the tendencies of postgraduate studies on Brazilian nursing in the stricto sensu mode, in the period of a decade. This is a literature review study. The development involved the elaboration of the problem; databases search; evaluation, analysis and interpretation of data; presentation of results and conclusions. The problem arose from the formulation of a guiding question about how the nursing field of knowledge is being built through the dissertations and theses defended in Brazilian graduate programs. The active search for full text and abstracts took place through the portal of the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations. The analysis material resulted in 71 productions, after previous analysis there remained a sample of 58 scientific publications. From the organization of the content emerged the following nuclear axes: professional evaluation; work process in health care; training and*

exercise of leadership, and teaching and research process. The results show that the trend followed by graduate programs in nursing reveal the attempt to answer social demands of the country. It is concluded that the scientific production of nursing plays a key role in the health field to qualify the professional practice.

KEYWORDS Education, graduate. Nursing. Education. Teaching. Search. Health sciences

Introdução

A pós-graduação no Brasil teve seu início na década de 1960, quando foi aprovada no Conselho Federal de Educação, por meio do parecer Sucupira nº 977/65, e instituída pela Reforma Universitária em 1968. Na década de 1990, ocorreu sua expansão, com a abrangência das suas áreas de conhecimento, buscando responder à necessidade de formação de docentes qualificados para atender à expansão do ensino superior no País, como também para ampliar a capacidade investigativa das universidades, por meio da formação de novos pesquisadores (BALBACHEVSKY; VELLOSO, 2002).

Há 40 anos, era criado no Brasil o primeiro programa de pós-graduação *stricto sensu* na área da enfermagem, com o primeiro mestrado iniciado em 1972, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Dez anos depois, em 1982, iniciava-se o primeiro doutorado em enfermagem, com o Programa Interunidades de Doutorado, por meio da parceria entre duas instituições da Universidade de São Paulo (USP) e a Escola de Enfermagem da capital e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Em 2002, teve início o primeiro mestrado profissional em enfermagem assistencial, sob a responsabilidade da Escola de Enfermagem Aurora

de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense (UFF) (SCOCHI; MUNARI, 2012).

Esse aumento elevou o País, em 2009, ao 13º lugar no *ranking* entre os países com maior número de artigos científicos e ao 15º lugar em produção de artigos de revisão. Há também o estímulo à internacionalização da ciência brasileira e incentivo ao acesso à informação científica, tendo a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) papel relevante nesse processo, principalmente por meio do Portal de Periódicos (ALMEIDA, 2013; ALMEIDA; GUIMARÃES, 2013).

A consolidação e a visibilidade da pós-graduação em enfermagem vêm sendo construídas pela ampliação do número de cursos que resultam na formação de recursos humanos qualificados, acompanhando o cenário da pós-graduação brasileira, no incremento da pesquisa e da produção intelectual. A consolidação firma-se também pelo número de Grupos de Pesquisa cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ampliação da produção científica, qualificação dos periódicos, bem como programas com notas cinco e seis, registrando indicadores de excelência nacional e internacional (SCOCHI; MUNARI, 2012).

O grande investimento nesse processo se

deve à comunidade acadêmica representada pelos coordenadores, docentes, discentes dos programas e aos coordenadores da área enfermagem com atuação na Capes, os quais se dedicam à gestão do crescimento, expansão e qualidade dos programas de pós-graduação em enfermagem (SCOCHI ET AL., 2014).

No entanto, apesar da expansão dos cursos de pós-graduação, em 2003, ainda persistia uma assimetria entre as regiões do Brasil, considerando-se que a região Sudeste concentra 54,9% dos cursos de mestrado e 66,6% dos cursos de doutorado. Em seguida, encontram-se as regiões Sul (19,6% e 17,1%), Nordeste (15,6% e 10,3%), Centro-Oeste (6,4% e 4,1%) e Norte (3,5% e 1,8%). Entretanto, no período de 1987 a 2003, o crescimento foi maior na região Norte (15% ao ano), seguido das regiões Centro-Oeste (12%), Sul (12%), Nordeste (9,6%) e Sudeste (6,3%) (PROENÇA; NENEVÉ, 2004).

Essa variação, contudo, foi insuficiente para alterar as lacunas existentes entre estados e regiões. Sabe-se que cada região tem potencialidades, fragilidades e necessidades específicas, no que se refere ao desenvolvimento científico, técnico e cultural, apresentando diferentes níveis de desenvolvimento (PROENÇA; NENEVÉ, 2004).

A partir da primeira metade da década de 1970, conforme as diretrizes emanadas do I Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) e com a expansão na oferta de vagas e na criação de novos cursos de graduação em enfermagem para o País, observou-se a necessidade de uma melhor formação do corpo docente, respondendo às necessidades de capacitação do enfermeiro para o exercício da docência, assistência e pesquisa. Iniciou-se, assim, a partir da segunda metade dessa década, a oferta de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, que já eram estimulados, desde 1968, com a Reforma Universitária – Lei nº 5.540, no item b, do seu artigo (RODRIGUES ET AL., 2007).

O Ministério da Educação, a Capes e o então Departamento de Assuntos

Universitário (DAU), buscando suprir essa necessidade, promoveram encontros com as diversas escolas de enfermagem da região Nordeste, com o propósito de assessorar grupos de trabalhos dessas escolas. Nessa perspectiva, e no bojo da oferta de cursos de pós-graduação *stricto sensu* para atender à demanda da área tecnológica e do setor produtivo, foram criados os primeiros cursos de mestrado na área de enfermagem na região Nordeste: nas escolas de enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Universidade Federal da Paraíba (UFPA), cujas atividades foram iniciadas em 1979. Somente em 1993, surge o terceiro curso de mestrado em enfermagem no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Em 2000, foi credenciado o Curso do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) (RODRIGUES ET AL., 2007).

As necessidades atuais da pós-graduação *stricto sensu* no Nordeste apontam para ações direcionadas à consolidação e expansão da pós-graduação nessa região, buscando a superação das desigualdades institucionais e regionais, no que tange à formação de competências para o ensino pós-graduado e para a pesquisa. Entende-se aqui que a pós-graduação é construída de acordo com os limites e possibilidades do seu espaço histórico cultural que, por sua vez, não é estático e está sujeito a transformações contínuas.

Nesse constructo, questiona-se de que modo a tendência da pós-graduação da enfermagem brasileira, na modalidade *stricto sensu*, está sendo construída para qualificar o(a) profissional enfermeiro(a) ante as demandas sociais e intersetoriais do século XXI. Essas demandas exigem um conhecimento amplo, conectado com o cenário da saúde global, com a transição epidemiológica e aumento da longevidade repercutindo na seguridade social e sistemas de saúde. Soma-se a este 'leque', o desafio de promover a saúde em países em desenvolvimento, acrescida da reorganização dos serviços de

saúde circunscritos em um instável cenário político e econômico.

Ante o exposto, reafirma-se a importância deste artigo, na medida em que se delimita possibilidades de confrontar as áreas contempladas na formação do profissional que se destaca nos níveis da atenção e da gestão da saúde das populações. Com vistas a contribuir com os debates nesse processo de formação e qualificação do profissional, este artigo elege como objetivo analisar a tendência da pós-graduação da enfermagem brasileira, na modalidade *stricto sensu*, no período de uma década.

Métodos

Trata-se de um estudo de revisão da literatura buscando a tendência do conhecimento em temática específica, com formulação de pergunta, identificação, seleção e análise crítica de estudos (dissertações e teses). A partir desse processo, o estudo permite apontar e discutir lacunas, pautando-se nas publicações impressas ou eletrônicas encontradas sobre a temática (COUGHLAN; CRONIN; RYAN, 2013).

A sequência de desenvolvimento desta revisão sobre a tendência do conhecimento produzido pela área da enfermagem em programas de pós-graduação *stricto sensu* envolveu a elaboração do problema; busca em bases de dados; avaliação dos dados encontrados; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados e conclusões. O problema surgiu a partir da formulação de uma questão norteadora sobre como está se construindo o campo de conhecimento da enfermagem mediante as dissertações e teses defendidas em programas de pós-graduação brasileiros.

Inicialmente, elegeu-se o Banco de Teses e Dissertações da Capes como instrumento de captação de produtos a serem analisados. Entretanto, essa ideia foi declinada porque em virtude da criação da Plataforma

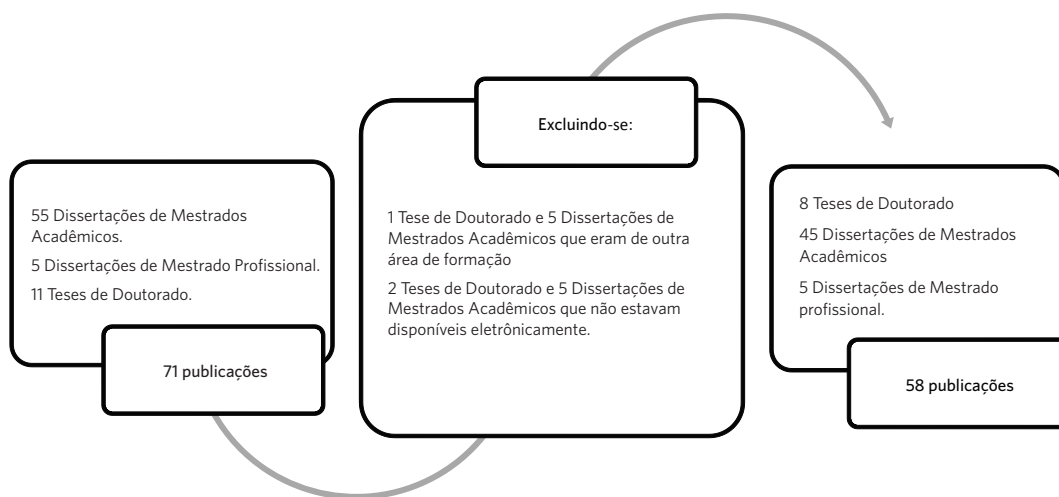
Sucupira, o acesso ao *download* do texto completo reportava-se à produção cadastrada após o ano de 2013. Em virtude dessa limitação temporal, a busca ativa dos resumos e textos completos se deu por meio do portal da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), concebida e mantida pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict), no âmbito do Programa da Biblioteca Digital Brasileira (BDB), com apoio da Financiadora de Estudos e Pesquisas (Finep) e lançamento oficial no final do ano de 2002.

Como critérios de inclusão, o estudo pautou-se em resumos, dissertações e teses com *free download* dos programas de pós-graduação registrados de 2011 ao primeiro semestre de 2016. Foram excluídos os trabalhos que não se enquadraram nos critérios mencionados. Utilizando-se os descritores 'formação profissional' e 'enfermeiro', concretizou-se a coleta do material de análise, ocorrida nos meses de julho e agosto de 2016.

Justifica-se a delimitação temporal no período de 2011 a 2016, considerando que nos últimos cinco anos ampliaram-se os cursos de enfermagem no território brasileiro, argumentando-se a urgência de qualificar o profissional enfermeiro(a) reforçando a imprescindível formação contínua desse profissional para contribuir na melhoria dos indicadores em saúde da população brasileira, além de possibilitar reconhecimento social centrado em profissionais titulados como mestres e doutores.

A busca do material de análise resultou em um total de 71 produções entre teses (11) e dissertações (60); a partir da leitura prévia dos títulos e resumos das produções e confrontando com os critérios de inclusão, excluíram-se 13 produções, permanecendo uma amostra de 58 produções científicas (45 dissertações de mestrados acadêmicos, 5 dissertações de mestrados profissionais e 8 teses de doutorado), disponíveis em suporte eletrônico e de autoria exclusiva de enfermeiros (*figura 1*).

Figura 1. Fluxo da seleção, inclusão e exclusão de teses e dissertações disponibilizadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), 2011-2016



Fonte: Elaboração própria.

Para o mapeamento de tais produções científicas, utilizou-se um quadro de análise constituído das variáveis: título, ano de publicação da produção, instituição de ensino, objetivos e origem do programa de pós-graduação que fomentou a pesquisa.

Os dados foram analisados mediante leitura minuciosa dos resumos, extraídos os núcleos de sentido e confrontados com os objetivos deste estudo. Posteriormente, realizou-se o *download* do material e, a partir de leitura flutuante, organização dos conteúdos manifestos, identificou-se os eixos nucleares: avaliação profissional; processo de trabalho na atenção à saúde; formação e o exercício da liderança e processo de ensino e pesquisa. Os resultados foram submetidos a confrontações com a literatura e com as realidades compartilhadas a partir das experiências das autoras entre a polaridade que se estabelece no decorrer do ensino acadêmico e os desafios que são superados no desenvolvimento de uma prática social exercida

pelo(a) enfermeiro(a).

Resultados

Neste tópico, descreve-se a tendência investigativa do(a) enfermeiro(a) em programas de pós-graduações brasileiros formatada em dissertações de mestrados acadêmicos, profissionais e em teses de doutoramento.

Atributos da produção

Entre as produções analisadas (58/100,0%), destaca-se o mestrado acadêmico (45/77,6%), acompanhado dos cursos de doutorado (8/13,8%) e mestrados profissionais (5/8,6%). No tocante aos mestrados acadêmicos (40/100,0%), enfatiza-se 2014 (11/27,5%), seguido de 2012 (09/22,5%) e 2013 (07/17,5%) como os anos de conclusão dessas produções (quadro 1). Quanto às regiões brasileiras, predominam a Sudeste

(15/37,5%), Nordeste (12/30,0%) e a Sul (11/27,5%). O estado de São Paulo (09/60,0%) detém o maior número da produção da região Sudeste; Santa Catarina (6/54,5%) e Paraná (4/36,4%), na região Sul. No tocante à região Nordeste, o estado do Ceará (4/33,3%) destaca-se no período analisado.

A escolha pelo programa centra-se nos de enfermagem (27/67,5%), seguido das ciências da saúde (5/12,5%), saúde coletiva (4/10,0%) e outras áreas de conhecimento

(4/10,0%), que perpassam pela gerontologia e atenção e gestão em saúde.

Quanto aos objetos de estudo, as inquietações que circundam o desempenho de uma prática profissional qualificada resultam, na maioria (31/77,5%), das dissertações acadêmicas. Ao se estratificar esses objetos, registra-se: prática profissional (17/42,5%), ensino e pesquisa (8/20,0%); conhecimento/competências em enfermagem (10/25,0%) e formação profissional (5/12,5%).

Quadro 1. Ano, instituição, programa, título e objetivos de dissertações acadêmicas disponibilizadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), 2011-2016

N	Ano	Instituição	Programa	Título	Objetivo
01	2016	Universidade de São Paulo	Ciências da Saúde	Contribuições de experiências de estágio em Caps III para a formação interdisciplinar em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.	Investigar e refletir sobre as experiências dos estudantes que realizaram estágio no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no tocante à formação profissional em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.
02	2016	Universidade de Brasília	Enfermagem	As necessidades espirituais no cuidado de enfermagem: um estudo à luz da teoria transpessoal de Jean Watson.	Analisar as vivências de enfermeiros e pacientes acerca da abordagem da dimensão religiosa/espiritual nos cuidados de enfermagem com vistas a sua integralidade.
03	2015	Universidade Estadual de Londrina	Enfermagem	Estratégias de ensino aprendizagem em um currículo integrado de enfermagem: diferentes formas de construir conhecimento.	Compreender as estratégias de ensino-aprendizagem no currículo integrado (CI), no processo de construção do conhecimento pelo estudante do curso de enfermagem.
04	2015	Universidade de São Paulo	Ciências da Saúde	Processos ético-disciplinares julgados pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: 2012-2013.	Identificar, descrever e analisar as características dos processos ético-disciplinares (PED) e dos profissionais de enfermagem envolvidos.
05	2015	Universidade Federal de Sergipe	Educação	A formação em enfermagem no Brasil e as imposições do capital em crise.	Analisar, à luz da dialética materialista histórica, as determinações do capital em crise estrutural na formação profissional de enfermeiros brasileiros.
06	2015	Universidade Estadual de Londrina	Enfermagem	A investigação científica na formação do enfermeiro em um currículo integrado.	Compreender como a abordagem do tema investigação científica pode contribuir para o desenvolvimento da competência científica do estudante do curso de enfermagem.
07	2015	Universidade de São Paulo	Enfermagem	Práticas de liderança em enfermagem executadas por enfermeiros em organizações hospitalares.	Caracterizar as práticas de lideranças executadas pelos enfermeiros de instituições hospitalares.
08	2014	Universidade Federal de Santa Catarina	Enfermagem	Tutoria em um curso de educação a distância: contribuições à formação <i>stricto sensu</i> em enfermagem.	Compreender como a atividade de tutoria de um curso em educação a distância contribui à formação profissional de enfermeiros estudantes de pós-graduação <i>stricto sensu</i> .

Quadro 1. (cont.)

09	2014	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Enfermagem	Singularidades de gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack: contribuições para a enfermagem.	Analisar o cuidado psicossocial às mulheres usuárias de crack e cocaína e discutir a abordagem das singularidades do gênero feminino neste cuidado.
10	2014	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Enfermagem	Estágio supervisionado em enfermagem: visão de preceptores.	Analisar a visão de preceptores de um hospital universitário acerca do estágio supervisionado em enfermagem.
11	2014	Universidade de São Paulo	Enfermagem	Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços e seus conhecimentos sobre políticas em saúde mental.	Identificar o perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental, conhecer as atividades desenvolvidas nessas equipes e sua opinião sobre a aplicação das políticas de saúde mental.
12	2014	Universidade Federal de Santa Catarina	Enfermagem	A cultura de segurança do paciente na ótica dos acadêmicos de enfermagem.	Identificar as dimensões presentes na cultura de segurança do paciente e a ótica dos acadêmicos em enfermagem.
13	2014	Universidade Federal de Minas Gerais	Enfermagem	A defesa da saúde e a atuação política do enfermeiro: competências para a promoção da saúde na formação profissional.	Analisar a abordagem da advocacia em saúde como competência para a promoção da saúde na formação do enfermeiro.
14	2014	Universidade Federal de Santa Maria	Enfermagem	Percepções de enfermeiros docentes sobre a interface saúde e meio ambiente na formação profissional.	Conhecer a percepção de enfermeiros docentes sobre a abordagem da interface saúde e meio ambiente na formação profissional em enfermagem.
15	2014	Universidade Federal de Sergipe	Enfermagem	Enfermeiros que trabalham em UTI: enfrentamento de conflitos e prestação de uma assistência ética.	Conhecer como são atendidos os princípios éticos na prestação dos cuidados pelos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
16	2014	Universidade Federal do Pernambuco	Enfermagem	Prática dos enfermeiros na atenção à saúde auditiva infantil.	Avaliar a prática dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção à saúde auditiva infantil.
17	2014	Universidade Federal de Juiz de Fora	Enfermagem	A prática dos grupos educativos por enfermeiros na atenção primária à saúde.	Analisar o contexto da prática dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.
18	2014	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde, formação e perfil profissional: o caso de Duque de Caxias, RJ.	Analisar o perfil de trabalho e descrever a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
19	2013	Universidade Federal de Santa Catarina	Gestão do Cuidado em Enfermagem	Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade.	Propor diretrizes fundamentadas no princípio da integralidade para o plano de alta hospitalar qualificada de enfermagem.
20	2013	Universidade de São Paulo	Enfermagem	Gerenciamento da segurança do paciente nos serviços de enfermagem hospitalar.	Analisar o gerenciamento da segurança do paciente nos serviços de enfermagem de hospitais.
21	2013	Universidade Federal de Goiás	Enfermagem	Percepção dos trabalhadores de saúde sobre a exposição a micro-organismos multirresistentes.	Analisar a percepção de trabalhadores de saúde relacionada à exposição ocupacional por micro-organismos multirresistentes em uma Unidade de Terapia Intensiva Infantil.

Quadro 1. (cont.)

22	2013	Universidade de São Paulo	Enfermagem	Comportamento da pressão arterial como indicador de estresse entre profissionais de enfermagem atuantes em CTI.	Identificar o efeito do estresse laboral sobre o comportamento da pressão arterial de profissionais de enfermagem atuantes em um Centro de Terapia Intensiva (CTI).
23	2013	Universidade Estadual de Londrina	Enfermagem	O internato de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina e suas contribuições para a formação do enfermeiro.	Analisar a trajetória do internato de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) da concepção até 2012.
24	2013	Universidade Federal de Sergipe	Ciências da Saúde	A formação dos profissionais das equipes de saúde da família que assistem usuários de álcool e outras drogas.	Conhecer, na perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (EqSF), a contribuição da sua formação ante as demandas específicas dos pacientes e familiares que convivem com a problemática do álcool e outras drogas.
25	2013	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Enfermagem	Ensino do processo de enfermagem: significados percepções docentes na formação do enfermeiro.	Analisar os significados e percepções atribuídos por docentes de graduação em enfermagem sobre o ensino do processo de enfermagem na formação do enfermeiro.
26	2012	Universidade Federal de Pernambuco	Enfermagem	Entre as amarras do medo e o dever socio-sanitário: notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede na atenção primária.	Identificar os fatores que influenciam a notificação da violência contra crianças e adolescentes sob a perspectiva de rede pelos profissionais de saúde de nível superior atuantes na EqSF da cidade de Olinda (PE)
27	2012	Universidade de Fortaleza	Saúde Coletiva	Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da estratégia saúde da família.	Analisar a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática dos profissionais da ESF.
28	2012	Universidade Estadual de Campinas	Gerontologia	Formação profissional do técnico de enfermagem: competências para o cuidado da pessoa idosa.	Descrever e analisar os conhecimentos, habilidades e atitudes do técnico de enfermagem necessárias para o cuidado de idosos.
29	2012	Universidade Federal de Santa Catarina	Enfermagem	Tecendo significados na gestão colegiada de um curso de graduação de enfermagem na perspectiva da complexidade.	Compreender os significados atribuídos pelos membros às deliberações colegiadas em um curso de graduação em enfermagem e construir um modelo teórico explicativo.
30	2012	Universidade Estadual de Londrina	Enfermagem	Atuação profissional de enfermeiros egressos do currículo integrado de uma universidade pública do norte do Paraná.	Analisar a atuação profissional de enfermeiros egressos do CI do curso de enfermagem da UEL.
31	2012	Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Enfermagem	Vulnerabilidade de enfermeiros no cuidado a pacientes com HIV/Aids: um estudo de representações sociais.	Analisar as representações sociais construídas por enfermeiros acerca de sua vulnerabilidade no contexto do cuidado que exercem.
32	2012	Universidade de Fortaleza	Mestrado em Saúde Coletiva	Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em cinco regiões de saúde do Ceará.	Analisar o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes a partir da prática de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF, bem como identificar as características sociodemográficas de formação profissional.

Quadro 1. (cont.)

33	2012	Universidade de São Paulo	Ciências da Saúde	Opinião dos profissionais das equipes de um município paulista sobre a assistência psiquiátrica.	Identificar a opinião de profissionais de nível superior e de técnicos/auxiliares de enfermagem sobre a assistência em saúde mental.
34	2012	Universidade Federal de Santa Catarina	Enfermagem	Enfermeira(o) docente na atividade prática supervisionada: a biossegurança prescrita e realizada.	Identificar, a partir das expressões de docentes do ensino técnico de enfermagem, o entendimento de biossegurança e as facilidades e dificuldades encontradas para a realização de práticas biosseguras.
35	2011	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Atenção à Saúde	Conhecimento dos profissionais de saúde acerca das recomendações propostas para a prevenção e controle da infecção.	Analisar domínios de conhecimento dos profissionais de saúde acerca das recomendações propostas para a prevenção e controle da infecção hospitalar (IH).
36	2011	Universidade Federal da Paraíba	Modelos de Descrição em Saúde	Estratégias ou táticas alternativas: procurando novos caminhos para a promoção da saúde entre modelos assistenciais e processos de trabalho.	Apreender as características dos modelos de atenção à saúde a partir dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros das EqSF.
37	2011	Universidade de Fortaleza	Saúde Coletiva	Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde de Fortaleza, Ceará acerca do programa de humanização do pré-natal e nascimento.	Avaliar conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde dos centros de saúde da família acerca do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.
38	2011	Universidade de São Paulo	Enfermagem	Centros de Atenção Psicossocial da região macrorregional noroeste de Minas Gerais - descrição do perfil profissional de suas equipes e de suas práticas.	Descrever o perfil e as práticas dos profissionais que compõem as equipes de cinco Caps responsáveis pelo atendimento em saúde mental.
39	2011	Universidade Federal de Santa Catarina	Enfermagem	Grupos de pesquisa em história da saúde: um recorte no campo científico brasileiro.	Conhecer os grupos de pesquisa que possuem a linha de pesquisa história da saúde quanto à produção e difusão do conhecimento produzido.
40	2011	Universidade de Fortaleza	Saúde Coletiva	Acolhimento de gestantes na prática de profissionais da ESF em Fortaleza (CE).	Identificar a prática do acolhimento com as gestantes, realizada pelos profissionais na EqSF, em Fortaleza (CE).

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o *quadro 2*, em relação às dissertações dos mestrados profissionais (5/100,0%), o ano de conclusão acompanha o mesmo dos mestrados acadêmicos (2/40,0%); os demais anos (2011, 2012 e 2015) registram uma defesa/ano (1/20,0%). O ano de 2013 não há registro, bem como no primeiro semestre de 2016. É recorrente o

domínio da região Sudeste (4/80,0%) na produção do conhecimento, bem como a opção pelos mestrados profissionais no campo da enfermagem (3/60,0%).

Os objetos de investigação distribuem-se em avaliação do desempenho/prática profissional (3/60,0%) e a formação profissional (2/40,0%).

Quadro 2. Ano, instituição, programa, título e objetivos de dissertações de mestrados profissionais disponibilizadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), 2011-2016

N	Ano	Instituição	Programa	Título	Objetivo
01	2015	Universidade Estadual de Campinas	Saúde Coletiva	Práticas integrativas e complementares de enfermeiros na atenção básica em saúde.	Identificar o conhecimento e os sentidos atribuídos pelos enfermeiros atuantes na atenção básica sobre as práticas integrativas e complementares em saúde.
02	2014	Universidade Estadual Paulista	Enfermagem	Promoção da segurança no cuidado de enfermagem pediátrica: contribuições para o ensino técnico.	Elaborar proposta sistematizada para subsidiar o planejamento de ensino técnico de enfermagem sobre promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas.
03	2014	Faculdade de Medicina de Botucatu	Enfermagem	Planejamento, implantação e gestão de um curso a distância a partir da percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde.	Conhecer a percepção dos enfermeiros da atenção básica e planejar, implementar e gerir um curso a distância sobre a integralidade na saúde para enfermeiros da atenção básica.
04	2012	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Enfermagem	Avaliação da estrutura e dos processos na Atenção Primária à Saúde em Chapecó: um estudo de adequação.	Avaliar, em um município de médio porte, a adequação da estrutura e dos processos da Atenção Primária à Saúde às orientações disponíveis.
05	2011	Universidade Estadual Paulista	Pesquisa e Desenvolvimento	Educação continuada do Hospital Amaral Carvalho/Universidade Corporativa Amaral Carvalho (Ucac): Descrição/Avaliação.	Avaliação do aproveitamento do curso de educação continuada em enfermagem.

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o *quadro 3*, no tocante às teses (8/100,0%) – conclusão a cada três ou quatro anos –, salientam-se os anos de 2013 (4/50,0%) e 2015 (3/37,5%), sem registro em 2011 e os seis primeiros meses de 2016. Essas teses evidenciam a participação equitativa das regiões Sudeste (4/50,0%) e Sul (4/50,0%).

Os programas de doutoramento em enfermagem reafirmam-se como maioria (6/75,0%); os programas em educação

(1/12,5%) e em história (1/12,5%) ampliam a formação do profissional diante da construção histórica e social da ciência da enfermagem, acrescida dos desafios postos sobre as questões educacionais.

Como eleição dos objetos de estudos, destacou-se: história da enfermagem (1/12,5%); atenção à saúde (1/12,5%); liderança (1/12,5%) e questões inerentes ao ensino (5/62,5%).

Quadro 3. Ano, instituição, programa, título e objetivos de teses de doutorados disponibilizadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), 2011-2016

N	Ano	Instituição	Programa	Título	Objetivo
01	2015	Universidade Federal de Santa Catarina	Enfermagem	O ensino do cuidado profissional em urgência/emergência em um curso de graduação em enfermagem do Rio Grande do Norte.	Compreender o processo de ensino na formação em urgência/emergência em um curso de graduação em enfermagem.
02	2015	Universidade Federal de Santa Catarina	Enfermagem	Educar - brincar - cuidar: uma proposta problematizadora de ensino no brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem.	Compreender o processo de ensino-aprendizagem do brinquedo terapêutico (BT) para a formação profissional do enfermeiro.
03	2015	Universidade de São Paulo	Enfermagem	Pesquisa-ação com alunos do curso de graduação em enfermagem sobre o processo de doação de órgãos.	Analisar a formação, o preparo e o enfrentamento dos problemas relativos ao processo de doação de órgãos, identificando esses elementos com os graduandos em enfermagem.
04	2013	Universidade Federal de Uberlândia	Educação	Docência universitária no curso de enfermagem: formação profissional, processo de ensino-aprendizagem, saberes docentes e relações interpessoais, associados ao princípio da integralidade.	Conhecer, estudar e analisar o grau de importância que o enfermeiro enquanto docente universitário atribui às categorias: formação profissional, concepção do processo ensino-aprendizagem, saberes docentes e relações interpessoais.
05	2013	Universidade de Santa Catarina	Enfermagem	Revelando as práticas de liderança do enfermeiro no complexo contexto da atenção básica à saúde.	Compreender o significado da liderança exercida pelos enfermeiros inseridos nos serviços de atenção básica à saúde.
06	2013	Universidade de São Paulo	Enfermagem	Curativo do cateter venoso central: subsídios para o ensino e a assistência de enfermagem.	Avaliar a prática de curativo do cateter venoso central (CVC).
07	2013	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Enfermagem	Compreensões de jovens universitários sobre a violência: sob o olhar da corporeidade, da vulnerabilidade e do cuidado.	Entender de que modo a violência é compreendida pelos jovens em seu vivido e as repercussões desse fenômeno em sua corporeidade, na perspectiva da vulnerabilidade.
08	2012	Universidade Federal de Minas Gerais	História	De práticos a enfermeiros: os caminhos da enfermagem em Belo Horizonte - 1897-1933.	Analisar a enfermagem no período pré-profissional na cidade, desde 1897 até 1933.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

É importante ressaltar que os órgãos governamentais devem promover o progresso científico e tecnológico nas demais regiões do País. Observa-se uma enorme concentração de investimentos públicos, em que a capacidade instalada de recursos humanos qualificados e de infraestrutura

preexistentes é consideravelmente elevada. Fato este que aponta para a necessidade de que melhores condições sejam oferecidas para grupos estabelecidos ou em formação em regiões com menor densidade de grupos de pesquisa ou lacunas em algumas áreas do conhecimento, estratégicas para o desenvolvimento da ciência e tecnologia (RODRIGUES ET AL., 2007).

Para tanto, faz-se necessário superar a formulação de políticas baseada nos interesses de uma pequena parte da sociedade, considerando que, em situação de desigualdade e de iniquidade, somente alguns estão representados nos espaços da formulação das políticas (SENA; SILVA, 2007).

É mister saber que em qualquer que seja a região, é necessário consolidar a pós-graduação para garantir sua qualidade e assegurar seu papel como instrumento de desenvolvimento científico, tecnológico, social, econômico e cultural. Para isto, é necessária a diminuição das desigualdades regionais.

A sociedade está pautada no conhecimento, e o papel da pós-graduação stricto sensu tem sido fundamental para o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação, motores da transformação econômica e social. Seguindo a evolução social, ocorreu um crescimento significativo nos últimos anos do sistema de pós-graduação brasileiro, traduzido pelo aumento do número de cursos e programas e por números de recursos humanos capacitados, gerando novos conhecimentos que são difundidos por meio da publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais. Tais fatos promoveram um aumento significativo da produção científica brasileira, com uma taxa média de crescimento anual de 10,7%, representando cinco vezes mais do que a média mundial. A pesquisa em enfermagem é fundamental para preservar, promover e renovar o fundamento científico ante o dinamismo do social (SCOCHI; MUNARI, 2012; HILL ET AL., 2014).

Ainda são grandes, porém, os desafios e necessidades para a consolidação da ciência da enfermagem em nosso País. O primeiro deles refere-se à necessidade da quebra de endógena e redução das assimetrias, haja vista os esforços que devem ser envidados para o desenvolvimento das regiões Centro-Oeste e Norte, assegurando-se a qualidade e a sustentabilidade dos programas de pós-graduação em enfermagem, em consonância com o Plano Nacional de Pós-Graduação

– PNPG 2011-2020 e com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Constitui-se ainda como desafio: fomentar a produção científica em sintonia com as diretrizes traçadas pelos organismos/agências nacionais e internacionais e as políticas de ciência, tecnologia e inovação, além da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ALMEIDA, 2013).

Nessa lógica, as ações dos pesquisadores devem ser arrojadas e proporcionar visibilidade às investigações científicas da enfermagem, com produtos eficientes que contribuam para reorientar a prática profissional e fomentar novas modelagens de cuidar e de gerenciar a atenção à saúde. Nessa direção, urge, sobretudo, alavancar projetos de pesquisa que promovam a inovação e tenham como foco a transferência dos resultados de pesquisa para os serviços de saúde, em consonância com as políticas públicas rumo à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com promoção da qualidade de vida por meio da excelência do cuidado de enfermagem.

Machado *et al.* (2016) ressaltam que os programas de mestrados e doutorados criados há 50 anos ganharam relevância somente a partir da década de 1990. Complementam ainda, destacando que o expressivo percentual de enfermeiros com pós-graduação (80%) é um dado que não pode ser analisado de forma isolada, que se deve refletir à ampliação de vagas e facilitação do acesso ao ensino superior experimentados nos últimos anos. Para tanto, Victória (2011) chama atenção que os Ministérios da Saúde e da Educação estão investindo pesadamente no aumento de programas de pós-graduação nas áreas médicas, de enfermagem e odontologia, com ênfase na atenção primária, sobretudo visando à perspectiva de proposta do SUS.

Assim sendo, os programas de pós-graduação em enfermagem revelam a tentativa de responder a essa demanda do País por meio de questões sociais. Sabe-se que a enfermagem é um campo de conhecimento da saúde e tem uma dimensão ampliada que perpassa

disciplinas de temáticas de promoção e prevenção de saúde, qualidade de vida, além de temas envolvendo a prática profissional.

A pós-graduação ainda tem muito trabalho a seguir, pois precisa gerar conhecimentos para superar a inquietação do profissional com a prática revelada pela pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que mostra a enfermagem segregada, desvalorizada, mal remunerada, sem reconhecimento social, imersa em uma precarização generalizada da força de trabalho da enfermagem (MACHADO ET AL., 2016).

Destarte, as teses e dissertações encontradas não ‘retratam’ a pós-graduação em enfermagem do Brasil, haja vista que a busca se deu somente nas produções disponíveis no portal da BDTD, limitação deste estudo. Recomenda-se, baseado nos resultados encontrados, a utilização pelos pesquisadores em enfermagem da utilização dos demais portais para incrementar a acessibilidade e ressaltar a visibilidade da produção científica.

Conclusão

Para a plena formação do profissional

enfermeiro(a) do século XXI, faz-se necessária a criação de centros de excelência em ensino e pesquisa de padrão internacional que sejam capazes de perpassar as fronteiras do ensino superior, para contribuir efetivamente com o movimento de inovação em saúde, atentando tanto para as necessidades de recursos humanos quanto para o desenvolvimento tecnológico e inovador da enfermagem.

De fato, a produção científica em enfermagem está em pleno desenvolvimento e ascensão e segue a tendência de tentar responder às demandas sociais, impostas pela dura realidade vivenciada pelos profissionais da enfermagem. Ficou evidente a discrepância da oferta de programas de pós-graduação entre as regiões do Brasil, fator este que impacta de forma deficitária a produção de pesquisas na região Centro-Oeste e Norte do País.

Conclui-se que a pesquisa em enfermagem é essencial para a prática segura da profissão; e cabe ao governo e às entidades de classe apoiar a produção do conhecimento em enfermagem de forma equânime, na busca de ‘pistas’ para o desenvolvimento pleno da enfermagem em todo cenário brasileiro. ■

Referências

- ALMEIDA, E. C. E. *A evolução da produção científica nacional, os artigos de revisão e o Portal de Periódicos da CAPES*. 2013. 137 f. Tese (Doutorado em Educação em Ciências) –Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- ALMEIDA, E. C.; GUIMARÃES, J. A. Brazil's growing production of scientific articles – how are we doing with review articles and others qualitative indicators? *Scientometrics*, Amsterdã, 2013, v. 97, n. 2, p. 287-315. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s11192-013-0967-y>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- BALBACHEVSKY, E.; VELLOSO, J. Atividades editoriais, comitês e trajetórias profissionais. In: Velloso J. (Org.). *Formação no país ou no exterior?* Doutores na pós-graduação de excelência. Brasília, DF: Fundação CAPES, 2002. p. 201-16.
- COUGHLAN, M.; CRONIN, P.; RYAN, F. *Doing a literature review in nursing, health and social care*. Nova York: SAGE Publications, 2013.
- FAWCETT, J.; DE SANTO, M. *Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. 3rd Philadelphia: Davis Company, 2013. 149 p.
- HILL, N. L. *et al.* What it takes: perspectives from developing nurse scientists. *J Nurs Educ.*, Nova York, v. 53, n.7, p. 403-9, 2014.
- MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Revista Enfermagem em Foco*. Brasília, DF, v. 7, n. esp., 15-76, 2016.
- OLIVEIRA, D. C. *et al.* Classificação das áreas de conhecimento do CNPq e o campo da Enfermagem: possibilidades e limites. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 66, n. esp. p. 60-5, 2013.
- PROENÇA, M.; NENEVÉ, M. Descentralizando a educação e diminuindo as disparidades regionais: uma experiência bem-sucedida em pós-graduação. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, Brasília, DF, n. 1, p. 86-100, 2004.
- RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil e no Nordeste. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p.70-8, 2007.
- SCOCHI, C. G. S.; MUNARI, D. B. A pós-graduação em Enfermagem brasileira faz quarenta anos: avanços, desafios e necessidades de novos empreendimentos. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 215-218, 2012.
- SCOCHI, C. G. S. *et al.* Desafios e estratégias dos programas de pós-graduação em Enfermagem para a difusão da produção científica em periódicos internacionais. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 5-10, 2014.
- SENA, R. R.; SILVA, K. L. Políticas e Práticas de Saúde rumo à equidade. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 41, n. esp., 771-6, 2007.
- VICTORA, C. G. *et al.* Health conditions and health policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9782, p. 2042-53, 2011.

Enfermeiros formados na modalidade a distância: preocupação do Conselho Federal de Enfermagem

Nurses with distance learning education: concerns of the Federal Council of Nursing

Manoel Carlos Neri da Silva¹, Dorisdaia Carvalho de Humerez², Valdelize Elvas Pinheiro³, Carmen Lúcia Lupi Monteiro Garcia⁴

Introdução

Os cursos de graduação em enfermagem na modalidade de Educação a Distância (EAD) têm sido criados e autorizados pelas universidades e centros universitários, por terem autonomia, formalizando ao Ministério da Educação (MEC) apenas o registro para inserção no sítio e-MEC.

Uma profissão que cuida da vida, desde a concepção até a morte, incluindo os cuidados no ciclo grávido-puerperal, de recém-nascidos, crianças, adultos e idosos, exige uma relação face a face, relacional e não pode ser ensinada a distância. A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e legais, que se processa pelo ensino e assistência relacional entre humanos, relações interpessoais cuidador-cuidado.

Como podemos confiar nossas vidas e a de nossos familiares, muitas vezes em risco de morte, a um enfermeiro formado a distância? Procedimentos como sondagem nasogástrica, aspiração orotraquial, drenos, tubos, cateter venoso central com inserção periférica de longa permanência (PICC), entre tantos outros realizados por enfermeiros, são complexos e, se mal executados, podem representar risco de morte, representando as atividades privativas do enfermeiro, constituídas de procedimentos complexos, que não podem ser delegados a outros membros da equipe.

A Lei nº 7.498/86 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; como integrante da equipe de saúde: participação no planejamento, execução e avaliação da

¹Enfermeiro. Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasília (DF), Brasil. nericoren@gmail.com.

²Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil. Coordenadora da Comissão Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)/Ministério da Educação (MEC) – Brasília (DF), Brasil. doris_daia@yahoo.com.br

³Enfermeira. Membro da Comissão Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)/Ministério da Educação (MEC). Conselheira do Cofen – Brasília (DF), Brasil. valdelize.elvas@gmail.com

⁴Enfermeira. Membro da Comissão Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)/Ministério da Educação (MEC) – Brasília (DF), Brasil. carmenlupi@hotmail.com

programação de saúde; participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto, execução do parto sem distorção; educação visando à melhoria de saúde da população (BRASIL, 1986).

As exigências do exercício do enfermeiro, previstas na lei, são complexas e, se executadas sem competência, habilidades e atitudes, podem acarretar imperícia, imprudência e negligência, causando danos a pessoa até risco de morte (BRASIL, 1986).

A assistência de enfermagem segura deve ser centrada na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem sejam aliados dos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.

A assistência de enfermagem exige o contato com o paciente, família, comunidade, com estabelecimento de empatia, vínculos possibilitando os cuidados com orientações efetivas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, exigindo conhecimentos técnicos, humanísticos e práticos necessários para cuidar de pessoas já fragilizadas.

É função precípua do enfermeiro assegurar à pessoa, família e coletividade, um cuidado seguro, livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, o que só pode ser aprendido quando no processo de formação que ocorre na convivência com outros, os pares enfermeiros, cuidando cotidianamente de pacientes, pessoas particularmente, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preveem as

Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de enfermeiros, contida na Resolução CNE/CES nº 3/2001 (BRASIL, 2001).

Com a finalidade de garantir um cuidado seguro ao paciente, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) mantém vigilância contínua no processo de formação dos profissionais de enfermagem, que serão inseridos no mercado de trabalho para que possam exercer a enfermagem com segurança e qualidade no cuidado livre de riscos e danos, imperícia, imprudência e negligência.

Políticas e programas da educação a distância

No Brasil, a modalidade de educação a distância obteve respaldo legal para sua realização com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece, em seu artigo 80:

O poder público incentivará o desenvolvimento e a veiculação de Programas e Ensino a Distância, em todos os níveis e modalidades de ensino e de Educação Continuada. (BRASIL, 1996).

Em continuidade, surgiram o Decreto nº 2.494, de 10/2/1998, o Decreto nº 2.561, de 27/4/1998, a Portaria GM nº 301/1998, do MEC, estabelecendo os critérios para o credenciamento de Instituições de Ensino Superior (IES) para o EAD e o formulário eletrônico de verificação *in loco* das condições institucionais para o credenciamento (BRASIL, 1998A; BRASIL, 1998B; BRASIL, 1998C).

Em 2002, foi designada pelo MEC uma comissão para a elaboração de uma proposta de alteração das normas do EAD, cujo relatório foi publicado em agosto de 2002. Em setembro de 2004, é criado pelo MEC um grupo de estudos para formular ações estratégicas para o EAD, cujo relatório foi publicado em janeiro de 2005, basicamente integrando os instrumentos de avaliação entre EAD e presencial. Ainda em 2004, no mês de dezembro,

foi criada a Portaria nº 4.059, que introduziu até 20% da carga horária total em disciplinas EAD nos cursos presenciais (BRASIL, 2004).

Em 19 de dezembro de 2005, é promulgado o Decreto nº 5.622 (BRASIL, 2005), estabelecendo que as bases do EAD simplificada, devem obedecer as Diretrizes Curriculares e toda a legislação do curso presencial, quanto à avaliação (presencial), aulas práticas em laboratório, atividades complementares, trabalho de conclusão de curso, estágios supervisionados, sistema de controle de frequência, existência de bibliotecas, duração do curso, enfim, todas as exigências do ensino presencial, inclusive atendimento a alunos com necessidades especiais, participação no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), entre outros.

O Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, dispõe sobre as funções de regulação, supervisão e avaliação das IES e cursos superiores, e o EAD está incluído da mesma forma que o presencial (BRASIL, 2006).

O Decreto nº 6.303, em 2007, ao revogar e atualizar o Decreto nº 5622/2005, utiliza nova redação definindo o ‘polo de apoio presencial’ como a “unidade operacional, no País ou no exterior, para o desenvolvimento descentralizado de atividades pedagógicas e administrativas relativas aos cursos e programas ofertados a distância”, sendo dotados de salas de aulas, bibliotecas adequadas, inclusive com acervo eletrônico remoto e acesso por meio de redes de comunicação e sistemas de informação, com regime de funcionamento e atendimento adequados aos estudantes de educação a distância, laboratórios, necessários ao desenvolvimento das atividades presenciais (BRASIL, 2005, 2007).

Relevante destacar que o Art. 13 do referido Decreto explicita que os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e programas na modalidade a distância deverão:

I - obedecer às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), estabelecidas pelo Ministério da Educação para os respectivos níveis e

modalidades educacionais;

II - prever atendimento apropriado a estudantes portadores de necessidades especiais;

III - explicitar a concepção pedagógica dos cursos e programas a distância, com apresentação de: currículos; número de vagas propostas; Sistema de Avaliação do estudante, incluindo avaliações presenciais e avaliações a distância; e descrição das atividades presenciais obrigatórias, tais como Estágios Curriculares, defesa presencial de Trabalho de Conclusão de Curso e das atividades em laboratórios científicos, bem como o sistema de controle de frequência dos estudantes nessas atividades, quando for o caso. (BRASIL, 2007).

A Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de março de 2016, estabelece as diretrizes e normas nacionais para a oferta de programas e cursos de educação superior na modalidade a distância, ratificando no art. 2º que

[...] a educação a distância é caracterizada como modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica, nos processos de ensino e aprendizagem, ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com pessoal qualificado, políticas de acesso, acompanhamento e avaliação compatíveis, entre outros, de modo que se propicie, ainda, maior articulação e efetiva interação e complementariedade entre a presencialidade e a virtualidade ‘real’, o local e o global, a subjetividade e a participação democrática nos processos de ensino e aprendizagem em rede, envolvendo estudantes e profissionais da educação (professores, tutores e gestores), que desenvolvem atividades educativas em lugares e/ou tempos diversos [...] § 1º que a modalidade educacional definida no caput deve compor a política institucional das IES, constando do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), do Projeto Pedagógico Institucional (PPI) e dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC), ofertados nessa modalidade, respeitando, para esse fim, o atendimento

às políticas educacionais vigentes, às Diretrizes Curriculares Nacionais, ao Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) e aos padrões e referenciais de qualidade, estabelecidos pelo Ministério da Educação (MEC), em articulação com os comitês de especialistas e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). (BRASIL, 2016).

Operação EAD – situação do ensino de enfermagem a distância

Historiando o processo, temos que, no mês de junho de 2015, o presidente do Cofen recebeu o ofício LLO/PRDF/MPF nº 2.896/2015 do Ministério Público Federal solicitando o posicionamento oficial da Autarquia quanto à situação do EAD da enfermagem em âmbito nacional, no que se refere a eficiência da atuação fiscalizatória desenvolvida, no âmbito dos cursos de enfermagem, pelo MEC nas IES; eventual necessidade de regulamentação complementar do ensino superior da enfermagem; adequabilidade da aplicação nas áreas da saúde, da modalidade EAD.

Diante dessa demanda, foi operacionalizada a Operação EAD pelo Cofen, constituída através de portaria com designação de dois conselheiros federais para planejar a referida operação, a ser executada pelo Setor de Fiscalização dos Conselhos Regionais, com a finalidade de conhecer os Polos de Apoio Presencial EAD em enfermagem cadastrados no e-MEC, em todos os estados da federação, centrando nas instalações físicas e tecnológica de suporte e atendimento aos estudantes e professores; laboratórios, bibliotecas e acervo; atendimento a portadores de necessidades especiais; sistema de avaliação presencial; descrição das atividades presenciais obrigatórias como estágio curricular supervisionado, trabalho de conclusão de curso, controle de frequências dos alunos.

Os fiscais dos Conselhos Regionais de Enfermagem foram conhecer todos os Polos de Apoio Presencial, dos cursos de enfermagem existentes naquela época, revelaram um panorama assustador de como a formação de enfermeiros na modalidade da EAD estava configurada, conforme detalhamento no ‘Relatório consubstanciado da operação EAD’, disponível no portal Cofen (www.portalfcofen.gov.br), de livre acesso.

Foi constatado que a maioria dos Polos cadastrados no Sistema e-MEC não estava ministrando cursos de graduação em enfermagem por falta de demanda. Foram detectadas turmas em funcionamento em polos localizados em municípios não constantes no portal e-MEC, caracterizando cursos clandestinos.

Na lista de docentes comprometidos nos cursos, foram identificados enfermeiros recém-graduados. Ressalta-se relatos de cenários precários, sem bibliotecas, e as encontradas, sem o acervo mínimo e necessário para a formação do enfermeiro. Também foi constatada a inexistência de documentos formalizando convênios com hospitais ou rede de atenção básica, para a realização dos estágios, ainda a inexistência de laboratórios específicos, o que poderá ser confirmado no Relatório acima nominado (www.portalfcofen.gov.br).

Esta situação foi considerada extremamente grave, visto que os Polos de Apoio Presencial não ofereciam condições mínimas de apoio para a operacionalização das atividades presenciais. Alguns localizados em pequenos municípios, sem equipamentos de saúde necessários e suficientes para a realização de aulas práticas e estágios curriculares obrigatórios, muitas vezes sem um leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conforme exigência das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem – Resolução CNE/CES nº 3/2001 (BRASIL, 2001).

Ressalta-se que o País não enfrenta carências de enfermeiros para que sejam formados na modalidade EAD. Os enfermeiros estão distribuídos em todos os municípios do território brasileiro.

Panorama do ensino de enfermagem presencial

A enfermagem é reconhecida como a maior

força de trabalho na área da saúde, com 1.878.797 profissionais, o que representa mais da metade dos trabalhadores da saúde no Brasil, conforme visualizado na *tabela 1*.

Tabela 1. Número de profissionais de enfermagem segundo categorias - Brasil, 2016

Categorias	Total	%
Enfermeiro	439.719	23,2
Técnico de enfermagem	996.693	53,3
Auxiliar de enfermagem	434.139	23,5
Obstetizes	246	0,01
Total	1.878.797	100,0

Fonte: Cofen (2016).

A *tabela 2* mostra o quantitativo de IES que ofertam cursos de enfermagem, segundo Censo realizado em 2013, mostrando que

a enfermagem é a profissão da saúde com maior quantidade de cursos, detendo a maior oferta de vagas/ano.

Tabela 2. Profissões da área da saúde, número de cursos, vagas, ingressantes - Brasil, 2016

Áreas	Nº de Cursos	Nº de Vagas	Ingressantes
Assistência social	358	39.290	21.853
Biologia	816	75.179	33.146
Biomedicina	210	26.940	12.537
Educação física	395	48.127	18.534
Enfermagem	851	133.752	70.145
Farmácia	462	51.979	25.356
Fisioterapia	513	68.939	28.700
Fonoaudiologia	90	7.364	2.608
Medicina	187	16.752	17.275
Veterinária	178	18.147	11.816
Nutrição	356	42.987	20.329
Odontologia	209	20.861	16.636
Psicologia	543	71.550	39.092
Terapia ocupacional	57	3.588	1.467

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos em emec.mec.gov.br (BRASIL, 2016).

A *tabela 3* ilustra a oferta de cursos no setor público e no setor privado, notando-se que as vagas ofertadas pelas IES particulares representam mais de 10 vezes as vagas ofertadas pelas IES públicas. O quantitativo de ingressantes e a quantidade de evasão

representam em torno de 50% do quantitativo de vagas ofertadas, permitindo inferir que o curso de enfermagem apresenta um percentual relevante de evasão, caracterizando vagas subutilizadas no ensino presencial.

Tabela 3. Oferta de cursos no setor público e privado - Brasil, 2016

Descrição	Público	Privado	Total
IES com enfermagem	107	563	670
Nº de cursos	169	682	851
Vagas	9.377	124.375	133.752
Candidatos	137.087	187.257	324.344
Ingressantes	8.750	70.145	78.895
Matriculas	34.403	194.112	228.515
Evasão	5.501	64.215	69.416
Concluintes	4.999	27.240	32.239

Fonte: Cofen (2016).

A formação do enfermeiro exige competência técnica, relacional e gerencial. O enfermeiro é o único profissional que já inicia sua trajetória como gestor da equipe de enfermagem. Habilidades relacionais, com a equipe, com os pacientes e familiares, devem permear a formação do enfermeiro com integralização mínima de cinco anos e carga horária mínima de quatro mil horas.

Dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pelo Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2015, por iniciativa do Cofen, apontam que os profissionais de enfermagem, por estarem na linha de frente do atendimento, absorvem em grande medida a frustração com a função da baixa qualidade do atendimento prestado em unidades de saúde, sofrendo agressões verbais e até mesmo físicas de pacientes e familiares. O profissional precisa, cada vez mais, estar preparado e acostumado a conviver com

situações reais que acontecem no cotidiano do seu trabalho, e não atrás de um computador (COFEN, 2016).

Temos que considerar que a enfermagem não produz bens a serem comercializados, mas serviços consumidos no ato da produção, ou seja, o cuidado ao ser humano na prestação da assistência. O enfermeiro lida, cotidianamente, com as mazelas do ser humano, como secreções, fezes, escarros, odores humanos, e torna-se obrigatório estar preparado para vivenciar inesperadamente com circunstâncias que nunca podem ser simuladas a distância. Esta vivência precisa ser praticada no dia a dia do acadêmico, ambientando-o e habilitando-a a enfrentar com serenidade e profissionalismo situações como estado mental alterado de paciente, senilidade, frustração, fluídos corporais, limitações operacionais, entre outros.

Dados atuais da formação de enfermeiros na EAD

Existem cerca de 1.971 Polos de Apoio Presencial, registrados no sítio e-MEC, instalados em todas as cidades brasileiras, ofertando mais de 50 mil vagas para cursos de graduação em enfermagem, na

modalidade de EAD, criadas no período de junho de 2015 a junho de 2016, autorizadas pelas universidades e centros universitários, com alguns Polos já reconhecidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)/MEC (e-MEC, 2016). Os dados são apresentados na *tabela 4*.

Tabela 4. Dados comparativos entre o quantitativo de oferta de cursos de enfermagem nas modalidades presencial e EAD

Cursos Presenciais	Cursos EAD
Quantidade de cursos: 851	1.971 polos de apoio presencial
Vagas/ano: 133.752	Vagas/ano: 85.855
Vagas ociosas: 69.416 = 51,9%	

Fonte: Cofen (2016).

Possibilidades, limitações e inconsistências/fragilidades da EAD

Com base nestes dados, o Cofen infere que os polos considerados parcela do curso (sede) com avaliação *in loco* por amostragem não garante a qualidade de formação do enfermeiro, pois no caso em tela, o polo representa a parcela mais importante do curso, e a avaliação não oferece o controle necessário para garantir uma formação mínima de qualidade, exigida para o atendimento da população, em desacordo com as DCN para a formação de enfermeiros (BRASIL, 2001), não atendendo as condições legalmente exigidas, sem serviços de saúde adequados ou suficientes para atender esse número de acadêmicos em formação.

O enfermeiro tem que cuidar com responsabilidade da pessoa que está em situação de grande fragilidade, decorrente do

comprometimento de sua saúde, respeitando o paciente e sua família, e essa relação não se dá a distância, mas na efetivação do cuidado de enfermagem seguro. A oferta de vagas para os cursos presenciais está notadamente sendo subutilizada, com considerável quantitativo de vagas que não são preenchidas, realidade que corrobora o posicionamento do Cofen, contrário a formação de enfermeiros na modalidade EAD. Com esta formação, poderão advir erros e danos na assistência à população brasileira, que estará sob cuidados destes enfermeiros.

Considerações finais

Como autarquia responsável pela fiscalização do exercício profissional e pela fiscalização dos aspectos éticos, das competências e habilidades na assistência de enfermagem, o Cofen, com a missão de garantir o direito à saúde segura da população e o cuidado livre de danos por imperícia, negligência e

imprudência à população, considera a formação de enfermeiros na modalidade EAD como inconsistente, considerando que os critérios legais para a efetivação dessa modalidade de ensino não se coadunam com

as propostas de formação ora em desenvolvimento, colocando em risco a qualidade da formação, que, conseqüentemente, poderá colocar em risco a vida da população já tão fragilizada no País. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 2.494, de 10 de fevereiro de 1998. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1998a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2494.htm>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. Portaria nº 301, de 7 de abril de 1998. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1998b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/port301.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. Decreto nº 2.561, de 27 de abril de 1998. Altera a redação dos arts. 11 e 12 do Decreto nº 2.494, de 10 de fevereiro de 1998, que regulamenta o disposto no art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1998c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www2.mec.gov.br/sapiens/portarias/dec5773.htm>>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. Portaria nº 4.059, de 10 de dezembro de 2004. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/nova/acs_portaria4059.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 1, de 11 de março de 2016. Estabelece Diretrizes e Normas Nacionais para a Oferta de Programas e Cursos de Educação Superior na Modalidade a Distância. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.unesp.br/nead/Home/regulamentacao/07112016_ead_resolucao_n_1_11032016.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Educação. *Base de dados*. Disponível em: <emec.mec.gov.br>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. Presidência da República. Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as

diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5622.htm>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.303, de 12 de dezembro de 2007. Altera dispositivos dos Decretos nos 5.622, de 19 de dezembro de 2005, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e 5.773, de 9 de maio de 2006, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/decreto/D6303.htm>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 7498, de 25 junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1986. Disponível

em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 1 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/http://andromeda.ensp.fiocruz.br/perfildaenfermagem>. Acesso em: 1 jun. 2016.

_____. *Relatório Consubstanciado da Operação EAD*, 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/09/Relatorio-Final-Operacao-EAD.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2016.

Estratégias defensivas no trabalho dos profissionais da saúde de uma emergência no Nordeste brasileiro

Defensive strategies at work of health professionals of an emergency in the Northeast Brazil

Angela Maria Uchôa Rodrigues¹, Regina Yoshie Matsue², Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu³, Leocarlos Cartaxo Moreira⁴, Mirna Albuquerque Frota⁵

¹Enfermeira. Mestre em saúde coletiva. Docente da Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil.
angeluchoa@unifor.br

²Antropóloga social. Doutora em antropologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unochapecó, Santa Catarina (SC), Brasil.
rymatsue08@yahoo.com

³Enfermeira. Doutora em biotecnologia. Docente do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil.
rita_neuma@yahoo.com.br

⁴Enfermeiro. Doutor em filosofia, saúde e sociedade. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil. Conselheiro do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasília (DF), Brasil.
leocarloscartaxo@gmail.com

⁵Enfermeira. Pós-doutorado em saúde coletiva. Docente titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil. Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) – Brasília (DF), Brasil.
mirnafrota@unifor.br

RESUMO Objetivou-se analisar as dificuldades vivenciadas e as estratégias de defesa utilizadas pelos profissionais da saúde na emergência. Estudo de natureza qualitativa, realizado em um hospital de emergência situado em Fortaleza (Ceará), no período de abril à julho de 2013. Foram efetuadas técnicas de observação participante e entrevistas semiestruturadas. Quanto aos aspectos negativos, as condições de trabalho representam o principal fator gerador de estresse/sofrimento: dificuldade na gestão de recursos humanos e materiais; dimensionamento de pessoal inadequado, que, por vezes, gera absenteísmo; e fragilidade nas relações interpessoais influenciada pelo clima organizacional. Para enfrentar as situações de estresse, os participantes citaram: pequenas pausas durante o horário de trabalho, banalização do sofrimento do outro e despersonalização da assistência prestada.

PALAVRAS-CHAVE Medicina. Emergências. Enfermagem.

ABSTRACT The objective was to analyze the difficulties experienced and the defense strategies used by health professionals in the emergency. Qualitative study, carried out in an emergency hospital in Fortaleza (Ceará), held between April and July 2013. Techniques of participant observation and semi-structured interviews were carried out. On the negative side, the working conditions are the main factor generating stress/pain: difficulty in managing human and material resources; sizing inadequate personnel, which sometimes generates absenteeism; and weakness in interpersonal relationships influenced by organizational atmosphere. To cope with stressful situations participants mentioned: taking short breaks during working hours, trivialization of the other's suffering, and depersonalization of care.

KEYWORDS Medicine. Emergency. Nursing.

Introdução

No ambiente hospitalar, dentre os setores críticos que necessitam de profissionais especializados, destaca-se a unidade de emergência. Essa unidade é considerada como um ambiente estressante, onde constantemente se admitem pacientes com risco de morte iminente, o que exige dos profissionais que atuam nesse serviço ações rápidas e específicas.

É, portanto, um setor multidisciplinar de especialistas com perícia para tratar pacientes em estado grave (RICHARDSON, 2003). Nos estudos envolvendo a equipe de enfermagem, percebeu-se que a dinâmica da assistência ao paciente está focada no fazer saúde. Muitas vezes, com o intuito de preservar a vida de pacientes com risco iminente de morte, os profissionais se esquecem da manutenção da sua integridade, expondo-se aos riscos inerentes ao atendimento (SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008).

As unidades de atendimento de urgência e emergência apresentam na sua rotina situações que expõem os trabalhadores à dor e ao sofrimento. A carga horária semanal é superior a 40 horas, inclusive nos finais de semana e períodos noturnos, com exposição a produtos químicos e radiações ionizantes, entre outros (ALVES, 2005). Além disso, esses profissionais são afastados da vida social por um período de tempo considerável, sendo submetidos a uma estrutura rígida com normas e regras inflexíveis comparadas às dos conventos (CORDEIRO, 2010). Segundo Gaudine *et al.* (2011), o conflito acontece devido a essa vivência, com aumento da sobrecarga e das responsabilidades sobre os profissionais da saúde. Dessa forma, identificam-se condições de sobrecarga de trabalho que causam estresse e condições insatisfatórias no trabalho.

Dejours (1992) trata o absenteísmo como uma fuga do trabalhador, uma busca por equilíbrio diante da insatisfação no trabalho, uma alternativa quando se chega ao limite.

Nesse prisma, pode-se pensar o absenteísmo como uma forma de resistência ante as demandas de um trabalho adoeedor. É uma forma encontrada pelo trabalhador para resistir, escapar, utilizando a estratégia defensiva ao lidar com a situação. Assim sendo, acredita-se que, diante das características desfavoráveis à saúde no exercício de suas atribuições, o trabalhador desenvolve defesas que permitem que o sofrimento não seja instalado ou não venha a causar de imediato o adoecimento. As estratégias defensivas são estruturadas socialmente e tendem a se tornar aspectos da realidade externa com as quais os membros da instituição acordam (DAL PAI; LAUTERT, 2009).

O interesse neste estudo surgiu devido à experiência enquanto enfermeiros da emergência do maior hospital de trauma do estado do Ceará. Assim, objetivou-se analisar as dificuldades vivenciadas e as estratégias de defesa utilizadas pelos profissionais da saúde que atuam em uma emergência do Nordeste.

Metodologia

O desenho da pesquisa foi baseado na abordagem qualitativa e descritiva. Nessa perspectiva, o pesquisador deve possuir conhecimento profundo acerca da ambiência do sujeito, oportunizando maiores possibilidades para o alcance dos objetivos propostos, principalmente quando estes tratam de experiências individuais (ZANELI, 2002).

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital de emergência situado na Região Metropolitana de Fortaleza (Ceará). Possui estrutura física moderna, do tipo vertical, com oito andares. É ponto de referência para o atendimento de clientela em situação de emergência e urgência, considerado como de maior complexidade para traumas da capital e de todos os municípios do estado do Ceará. Também

recebe pacientes de outros estados do Nordeste. Comporta 440 leitos, no entanto excede sempre a sua capacidade. Esses leitos destinam-se às mais diversificadas especialidades, com exceção de obstetrícia.

A emergência desse hospital é uma unidade de trauma que atende a pacientes clínicos. Funciona 24 horas com equipes de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, bioquímicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. A média de atendimento diário no período da semana é de 201 pacientes, enquanto nos finais de semana esse número duplica. Agregam-se à emergência as seguintes especialidades: otorrinolaringologia, oftalmologia, odontologia e endoscopia digestiva e respiratória. As especialidades dão apoio ao atendimento emergencial. Elas funcionam em regime de plantão.

Participantes

A população deste estudo foi composta de 20 profissionais da saúde, sendo 5 médicos, 05 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem que atendem e se encontram lotados na unidade da emergência. Nesse conjunto, há servidores com período de trabalho que varia de 7 a 20 anos.

O critério de exclusão à participação nesta pesquisa foi desconsiderar os servidores que se encontravam em período de férias, licença-prêmio, licença para tratamento de saúde e para estudo. Foram determinados os seguintes critérios de inclusão: ser médico, ser enfermeiro, ser técnico de enfermagem da instituição, ter uma experiência de trabalho de no mínimo um ano, e estar lotado na unidade de emergência. Semanalmente, 5 equipes se revezam no trabalho da emergência; cada equipe é composta por 2 clínicos, 4 especialistas, 7 enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem. Vale ressaltar, entretanto, que o fechamento amostral foi feito por saturação teórica, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador,

certa redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A opção por entrevistar apenas os profissionais da saúde médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem – e não incluir outros profissionais do serviço de emergência – deve-se à escolha de privilegiar concepções, falas e condutas desses atores sociais que se encontram na linha de frente do atendimento emergencial, em consonância com o objetivo da pesquisa. Optou-se por incluir na pesquisa o acompanhamento aprofundado e as entrevistas individuais com membros de uma equipe de final de semana, especificamente do sábado. O atendimento nesse período gera dois aspectos problemáticos: grande demanda por parte dos usuários e ausência dos profissionais gestores. Justifica-se a inclusão dessa equipe pelo fato de a pesquisadora fazer parte dela, o que facilita a inserção, a interação e a observação participante.

Coleta dos dados

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de abril à julho de 2013. Como instrumento de coleta de dados, utilizaram-se técnicas de observação participante e entrevistas semiestruturadas. As questões norteadoras foram direcionadas aos profissionais da saúde. Foi utilizado um gravador para a coleta e o processamento dos dados, como uma forma de fidedignidade às respostas dos entrevistados, após autorização prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Após a gravação, as fitas foram colocadas à disposição do entrevistado, para que ele ouvisse e, caso desejasse, pudesse modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento. O roteiro de observação de campo seguiu os itens norteadores: os profissionais envolvidos no trabalho, as condições de trabalho, as dificuldades na realização do trabalho e outras observações. Ressalta-se, ainda, que as falas obtidas pela entrevista foram transcritas de forma fidedigna mediante as respostas dos

participantes. Houve, durante todo o percurso da pesquisa, a garantia do anonimato e a livre escolha de participar ou não da pesquisa. A duração, em média, de cada entrevista foi de 30 minutos.

Organização e interpretação de dados

Optou-se pela técnica de análise de conteúdo. Tal análise comporta um feixe de relações sociais que podem ser estruturadas a partir da organização por repetições de palavras, frases ou resumos. Utilizou-se análise na qual o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIN, 2010). Os 18 participantes entrevistados manifestaram considerar importante a realização desta pesquisa, cujas respostas contribuíram para a construção das categorias de análise a seguir apresentadas.

Para o tratamento dos resultados, foram realizadas inferências e interpretação dos achados, com sustentação da revisão de literatura abordando a temática. De acordo com Campos e Turato (2009), o pesquisador que faz uso da análise de conteúdos deve dar voz aos dados por meio da atividade interpretativa repousada sobre informações já sedimentadas na literatura.

Com o intuito de manter o anonimato acerca da identidade dos sujeitos, as falas que ilustram as categorias advindas das entrevistas foram codificadas de acordo com as iniciais de cada profissional. Por exemplo, o Relato M diz respeito às entrevistas com médicos, o Relato E, entrevistas com enfermeiros e o Relato TE, entrevistas com técnicos de enfermagem, seguidos da numeração de acordo com a ordem das entrevistas.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu o que preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional

de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Ela foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o título: Trabalho, Sofrimento e Estratégias Defensivas entre os Profissionais da Saúde na Emergência, sob o número do CAAE. 15477113.2.0000.5052, no período 26/08/2013. Neste trabalho, está sendo apresentada apenas parte da pesquisa.

Resultados e discussão

O lidar com as situações geradoras de estresse e a utilização de estratégias defensivas

O estresse enfrentado por alguns profissionais de saúde da emergência é nocivo ao processo de cuidar do paciente, pois influencia a qualidade do cuidado prestado. Muitos profissionais recorrem às estratégias defensivas para lidar com o estresse do dia a dia, como observa-se nos recortes:

Procuro solucionar os problemas sem me estressar. Não costumo levar o estresse para casa nem deixo ele tomar de conta de mim aqui. Sou um cara tranquilo demais, até por natureza. Resolvo como eu puder, depois tento resolver aquelas carências, mas na hora, 'me viro nos 30'. A minha estratégia, talvez seja um pouco de negação do problema, ou se é que sou tranquilo demais. (M1).

É uma luta mesmo. Para aliviar o estresse, se faz difícil, não tem como aliviar isso, por exemplo, a falta de tubos para um paciente. E sobre a falta de medicamentos, tentamos pedir para o pessoal superior ou o próprio paciente providenciar, mas [...]. Como estratégia positiva: rodízio entre os médicos para gerar escala de horário, mas sempre ficamos na retaguarda para nos relaxarmos. (M3).

Na situação vivenciada dentro de uma emergência, o convívio com o agente estressor induz a uma resposta adaptativa. Segundo Vasconcellos (1992), o estresse é um processo que identifica as alterações psicofisiológicas que estão ocorrendo no organismo. O estressor é um agente estimulante ou desencadeante de alterações orgânicas. A reação de estresse define o comportamento que o organismo manifesta diante de uma situação específica. O estresse pode ter efeitos devastadores sobre a equipe de saúde e seu ambiente de trabalho (SIKHAN; COMEZ; DANIS, 2004). A respeito dos processos defensivos que o sujeito utiliza para se proteger do sofrimento, Martins (2011) afirma que os trabalhadores não são passivos diante dos constrangimentos organizacionais, pois são capazes de se proteger das situações que prejudicam a sua saúde construindo processos defensivos contra o sofrimento.

Questões de imprevisibilidade, sobrecarga de trabalho e dificuldade de comunicação entre a equipe são reclamações frequentes dos trabalhadores da emergência. Estes optam por estratégias de defesa individual para tentar lidar com patologias corporais e mentais. Isso fica explícito nos relatos a seguir:

Aqui dentro é muito difícil conseguir aliviar seu estresse, só quando você sai mesmo do plantão. Aqui não há nem uma sala adequada onde você possa descansar uma meia hora, não tem uma copa para fazer um lanche, a nossa cantina é imunda, você vai para lá, é suja, não temos onde comer direito... Não temos um lugar onde recarregar energias para voltar ao trabalho [...]. (E2).

Normalmente às vezes damos uma saidinha para tentar melhorar [...] Eu acho muito difícil lidar com as estratégias de defesa, a gente acaba absorvendo muito... Mesmo tendo esse comportamento de não discutir, você absorve isso ali, eu percebo que fico muito estressada, somatizo, etc., então eu acho que as minhas estratégias

acabam não surtindo muito efeito, e o estresse é grande. (E3).

Respiro fundo e peço a Deus misericórdia, e a cada paciente é uma nova história, e vou tentando ajudar da melhor maneira possível. (T.E2).

Às vezes eu sento, conversar um pedacinho pra esquecer o que tá me angustiando muito, né? Às vezes você se angústia por uma coisa que você quer fazer e não dá certo, um paciente que você quer ajeitar e não tem como, você fica angustiada [...]. (T.E4).

Saio um pouco, venho pra cá, sento um pedacinho, converso, respiro fundo e volto e pronto é só o que tem que fazer mesmo [...]. (T.E4).

Segundo Lipp e Malagris (1998), não é possível eliminar o estresse da vida das pessoas, mas existem muitos meios para evitar que ele se torne excessivo e, conseqüentemente, acarrete tantos outros problemas para os indivíduos. Por essa razão, ressalta-se a importância do conhecimento acerca desse processo, de suas fases e de suas manifestações para que seja possível controlar seus efeitos negativos. A capacidade do ser humano em se adaptar a situações adversas, seja por meio de comportamentos aprendidos por regras ou diretamente pela exposição às contingências, possibilita meios para evitar e/ou enfrentar situações estressoras.

Os relatos desses profissionais confirmam que a sobrecarga de trabalho gera como estratégia de defesa negativa: a banalização do sofrimento do outro e a despersonalização da assistência prestada, como se pode observar nos relatos a seguir:

Ignorar um óbito, ironizar nos momentos difíceis, etc. [...] diminui a atenção para diagnosticar e atender os pacientes, devido também à

sobrecarga de trabalho mesmo. O tempo mal dá para assistir um paciente, mas damos um jeito. (M3).

A demanda é muito grande e isso já dificulta a assistência com qualidade, você não tem como atender todo esse pessoal como se deve, e ainda, às muitas vezes estamos estressadas e perdemos a concentração para fazer um trabalho legal, então isso acaba atrapalhando os nossos objetivos, da nossa assistência, é de fato [...]. (E3).

É complicado, no início eu sentia mais, a gente vê tanto que se torna um pouco fria. Passava dias pensando naquelas perdas, como é rotineiro a gente não sente tanto mais com estas perdas. (T.E3).

O profissional da saúde, diante da situação vivenciada, procura não se envolver de maneira muito próxima com as demandas cotidianas do trabalho, como tentativa de amenizar a sua angústia, possibilitando, assim, que continue a desenvolver as atividades que a função requer. Percebe-se que, dentre os mecanismos de defesa individuais negativos expressos pelos profissionais da saúde em questão, existem evidências de excessivo autocontrole e presença de descaço perante as demandas, como o se eximir de responsabilidade/comprometimento no processo de trabalho. Desta forma, ocorre a chamada despersonalização, que é mais comumente observada por meio do distanciamento, na maneira como os técnicos interagem com os pacientes sob seus cuidados e com os colegas de trabalho.

Importa destacar que a natureza do trabalho de enfermagem aglutina múltiplas e diversificadas facetas tanto em relação ao volume trabalho quanto à complexidade do cuidado, isso, forçosamente, impõe ao sujeito trabalhador a adoção de formas de agir, interagir ou de banalizar o seu objeto de trabalho. Nessas circunstâncias, tem sido

frequente a assunção de condutas defensivas, notadamente em situações contingenciais quando emergem episódios de conflitos contra os profissionais de saúde e de modo particular os de enfermagem por lidarem direta, continua e exaustivamente com a clientela usuária, na maioria das vezes por não conseguirem resolutividade nos processos de adoecimento. Tal situação, também, foi fortemente evidenciada nos dados recentes da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, que revelou resultados preocupantes em face de pontos críticos decorrentes de relações afrontosas e ameaçadoras alusivas às condições de trabalho, causando sofrimento, desgaste psicoemocional e frustrações ao trabalhador de enfermagem (MOREIRA, 2016).

Para Dejours (1992), o sofrimento, em geral, está associado a ações mecânicas, relacionadas com os conteúdos ergonômicos da tarefa, sendo que o psiquismo é afetado pela insatisfação originada pelo significado da tarefa a ser executada. Nessas situações, o trabalhador passa a utilizar estratégias defensivas contra o sofrimento, tentando modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer. Todavia, essas estratégias apenas amenizam, mas não modificam os aspectos geradores do sofrimento presentes na situação de trabalho, e ainda favorecem certa alienação do indivíduo em relação à condição desfavorável. Entre essas estratégias, está não investimento de energia nas tarefas que precisam desenvolver, a perda de sentido do trabalho que realizam e a indiferença com os seus resultados.

Diante do exposto, é preciso considerar que esta pesquisa se dá no contexto histórico e social de um hospital público, organizado segundo o modelo clínico individual, biomédico, desenvolvido por tarefas, na maioria dos setores, o que é inerente ao processo de produção capitalista, hierarquizado. Com essa imperiosa exigência de atenção à saúde, há as demandas da administração geral da instituição, as do controle social crescente do Sistema Único de Saúde (SUS) e as da

academia, que buscam condições favoráveis para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa.

Considerações finais

Os dados encontrados mostraram que, quanto aos aspectos negativos, as condições de trabalho representam o principal fator gerador de estresse/sofrimento: dificuldade na gestão de recursos humanos e materiais; dimensionamento de pessoal inadequado, que, por vezes, gera absenteísmo; e fragilidade nas relações interpessoais influenciada pelo clima organizacional.

Percebeu-se que os trabalhadores se sentiram valorizados ao serem ouvidos, pois encontraram nesta pesquisa uma oportunidade de compartilhar as vivências que no seu

cotidiano não seria possível fazer. É notória a necessidade de ter um cuidado diferenciado para esses trabalhadores que lidam com situações de sofrimento, dor e violência nas atividades laborais, diuturnamente.

Por vezes, para enfrentar as situações de estresse, os participantes do estudo demonstraram criar estratégias defensivas, como pequenas pausas durante o horário de trabalho; aproximação com alguma religião para o exercício da fé; banalização do sofrimento do outro e despersonalização da assistência prestada. Entretanto, é possível encontrar, também, certa alienação do indivíduo em relação à condição desfavorável vivenciada no cotidiano de trabalho na emergência. O profissional da saúde deve tomar consciência de que necessita identificar a sua atividade para perceber o que deve modificar na sua condição de trabalho. ■

Referências

- ALVES, M. O. Absenteísmo do pessoal de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 71-5, 2005.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 1-6, 2009.
- CORDEIRO, A. Á. *Avaliação da presença de estresse e estado de saúde dos enfermeiros de um Hospital do interior paulista*. 2010. 53 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2010.
- DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o

- trabalho da enfermagem. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 1, 2009.
- DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 2012.
- _____. *A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1992.
- _____. Por um novo conceito de saúde. *Rev Bras Saúde Ocup.*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 27-35, 1986.
- _____. Subjetividade, trabalho e ação. *Rev Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.
- _____. Trajetória teórico-conceitual. In: LANCMMANN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília, DF: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- GAUDINE, A.; LEFORT, S.; LAMB, M. Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nurs Ethics*, Londres, v. 18, n. 1, p. 9-19, 2011.
- ISIKHAN, V.; COMEZ, T.; DANIS, M. Z. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, Nova York, v. 8, n. 3, p. 234-244, 2004.
- LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. N.; RANGÉ, B. *Manejo de estresse: Psicoterapia comportamental e cognitiva*. São Paulo: Editorial Psy, 1998, p. 279-292.
- MARTINS, S. R. A escuta do sofrimento na clínica do trabalho. In: MENDES, A. M. *et al.* (Org.). *Psicodinâmica e clínica do trabalho: Temas, interfaces e casos brasileiros*. Curitiba: Juruá, 2011.
- MOREIRA, L. C. Condições de trabalho da Enfermagem – Debatedor. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 7, n. esp., p. 63-64, 2016.
- RICHARDSON, D. B. Reducing Patient Time in the Emergency Department. *MJA*, Sydney, v. 179, n. 10, p. 516-517, 2003.
- SPAGNUOLO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERRINI, I. A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Londrina-PR. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 315-23, 2008.
- VASCONCELLOS, E. G. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: SEGER, L. *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora*. São Paulo: Santos, 1992, p. 15-22.
- ZANELLI, J. C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. *Estudo. psicol. Maringá*, v. 7, n. esp., 2002.

Acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem: um estudo de caso

Occupational accidents among nursing professionals: a case study

Clodoaldo da Silva Almeida¹, David Lopes Neto², Antônio Levino³, Yêda Maria Boaventura Corrêa Arruda⁴

RESUMO O artigo analisou padrões de distribuição espacial do Acidente de Trabalho por Exposição a Material Biológico em profissionais de enfermagem, em Manaus (AM), no período de 2009 a 2013. Trata-se de estudo exploratório, descritivo, de análise espacial, por meio do campo 'local de ocorrência' para cartografar os casos, mediante o programa ArcGis 10.1, em escala 1:20.000. Os resultados mostraram que 12,7% dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde notificaram algum acidente no período estudado. Conclui-se que os profissionais de enfermagem com maior exposição ao risco de acidentes de trabalho por exposição a materiais biológicos são da atenção terciária.

PALAVRAS-CHAVE Enfermagem. Acidentes de trabalho. Saúde do trabalhador. Exposição ocupacional.

ABSTRACT *The paper analyzed the spatial distribution patterns of occupational Accidents Caused by Exposure to Biological Material among nursing professionals in Manaus (AM) in the period of 2009-2013. It is an exploratory, descriptive study of spatial analysis through the 'place of occurrence' for mapping cases through ArcGIS 10.1 program, in scale of 1:20.000. The results showed that 12.7% of Care Establishment for Health reported some accident during the study period. It was concluded that nursing professionals with greater exposure to the risk of accidents by exposure to biological materials are from the tertiary care.*

KEYWORDS *Nursing. Work accidents. Occupational health. Occupational exposure.*

¹Enfermeiro. Mestre em enfermagem. Secretária de Estado da Saúde do Amazonas - Manaus (AM), Brasil.
aldoalmeida72@gmail.com

² Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Docente associado da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas - Manaus (AM), Brasil.
davidnetto@uol.com.br

³Médico. Doutor em saúde coletiva. Pesquisador do Centro de Pesquisas do Amazonas (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Manaus (AM), Brasil.
antoniolevino@best.com.br

⁴Bióloga. Doutora em ciências de florestas tropicais. Docente adjunta do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Amazonas - Manaus (AM), Brasil.
yedaarruda@gmail.com

Introdução

O Acidente de Trabalho por Exposição a Material Biológico (Atemb) constitui um problema relevante da saúde pública, desde o registro da primeira contaminação ocupacional pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) na década de 1980 (REIS *ET AL.*, 2013; BRASIL, 2006). Esse tipo de acidente laboral é considerado um agravo de múltipla causalidade, geralmente associado a fatores relacionados à atitude dos profissionais, falta de atenção, excesso de confiança, utilização de materiais inadequados, estresse e negligência quanto às medidas de precaução padrão (OLIVEIRA; LOPES; PAIVA, 2009; APARECIDA; NAVARRO, 2006). Também são associados a fatores organizacionais, geralmente ligados à gestão dos serviços de saúde, tais como: número insuficiente de trabalhadores, jornadas de trabalho longas e múltiplas, principalmente em turnos e plantões noturnos, desgaste físico e emocional, capacitação técnica deficiente (SILVA; ZEITOUNE, 2009; SARQUIS; FELLI, 2009; BREVIDELLI; CIANCARULLO, 2009). No Brasil, esses acidentes são de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde e obrigatória aos trabalhadores com vínculo celetista, por meio do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) ao Instituto Nacional de Seguridade Social/Ministério do Trabalho e Previdência Social (BELTRAME; ENGEL; COMANDULLI; STEFFANI, 2014).

Este estudo aborda a problemática dos Atemb, a partir da análise da distribuição dos eventos na Rede de Atenção em Saúde (RAS), que presta serviços assistenciais de enfermagem na área urbana da cidade de Manaus (AM).

Foram utilizadas técnicas de geoprocessamento, procedimento que inclui uma fase exploratória e a visualização de dados para identificar os padrões de distribuição dos casos notificados pelas unidades de saúde localizadas nos Distritos Sanitários. O geoprocessamento permitiu evidenciar o território de atuação da enfermagem, em seu processo de trabalho, assim como se mostra eficaz

na análise de dados para o planejamento de ações no campo da saúde pública (DRUCK; CARVALHO; CÂMARA; MONTEIRO, 2004).

O estudo pode favorecer o entendimento da dinâmica do agravo, contribuindo para a atuação do gestor da saúde e dos conselhos profissionais para o planejamento e programação de ações que visam a promoção e prevenção à saúde do trabalhador.

Na análise do padrão da distribuição espacial dos Atemb, ocorridos no município de Manaus entre 2009 e 2013, levou-se em consideração a probabilidade de ocorrência do evento estar relacionada com a distribuição das unidades de maior nível de complexidade da assistência, mais do que o nível de concentração de profissionais nos Distritos Sanitários.

Material e métodos

Estudo descritivo, exploratório, analítico, transversal do tipo ecológico, tendo como unidade de análise as unidades de saúde notificadoras de Atemb, baseado em dados secundários disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (SCNES/MS).

O cenário de estudo foi a área urbana de Manaus, que no período da pesquisa apontava, segundo o Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas, um registro de aproximadamente 20 mil profissionais.

O banco de dados do estudo foi composto por todos os 224 registros de Atemb em profissionais de enfermagem notificados no período de 1º de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2013. As variáveis de análise constantes no banco obtidas do Sinan foram: local e ano de ocorrência do Atemb; código da ocupação. No SCNES, foram obtidas: coordenada geográfica do Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS); nível de hierarquia dos EAS (nível 1 a 9 de complexidade);

natureza da gestão (pública ou privada).

Para o georreferenciamento dos casos de Ate mb, foi utilizada a base cartográfica digital da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Sems a). Os dados foram tratados por meio do programa ArcGis 10.1/ ArcView, em escala 1:20.000, incluindo como camadas de informações os contornos dos polígonos dos 63 bairros inclusos nos quatro Distritos Sanitários (Disa Norte, Disa Sul, Disa Leste e Disa Oeste).

Para a análise espacializada da distribuição dos eventos, aplicou-se a técnica de intersecção entre os pontos de ocorrência dos acidentes e a rede de EAS relacionando-os com os polígonos dos bairros, contidos nos campos padronizados da ficha de notificação do Sinan.

Para descrever a RAS de atuação da enfermagem, utilizou-se a análise de processos pontuais estabelecidos pelas coordenadas geográficas dos EAS por bairros e Distritos Sanitários, inseridos na malha censitária de Manaus.

Na análise espacial pontual, foi considerada a distribuição dos pontos que representam os Ate mb nas áreas dos Disas, de acordo com a localização dos EAS que notificaram os eventos. O estudo foi executado após obtenção de anuência institucional da Sems a-Manaus e aprovação do projeto pelo CEP/Universidade Federal do Amazonas (Ufam) sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 32780414.3.0000.5020.

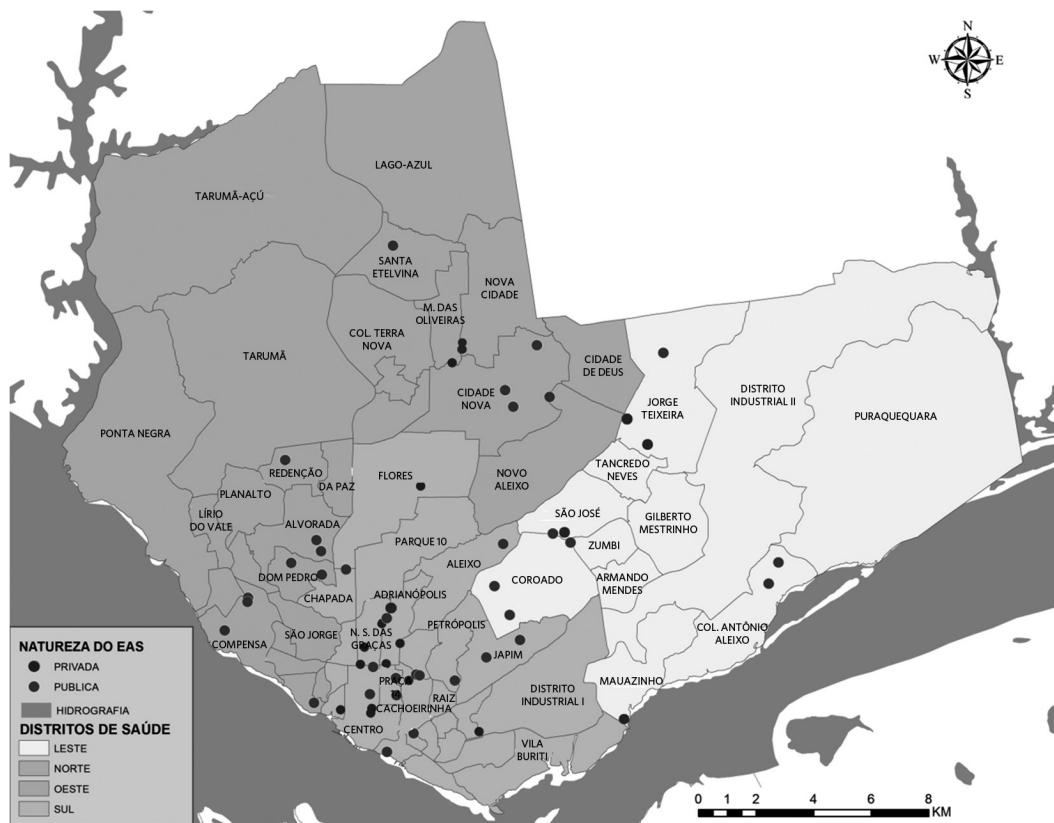
Resultados

Na análise das ocorrências de Ate mb (*figura 1*), observou-se que, entre os 1.283 EAS existentes em Manaus, 409 possuíam assistência de enfermagem e destes, apenas 52 ou 12,7% notificaram pelo menos um caso de Ate mb, totalizando 224 ocorrências no período de 5 anos estudados. Em relação à natureza dos EAS notificantes na cidade de Manaus, verificou-se que 77% eram públicas e 23% privadas.

Na análise da natureza de gestão, foi identificado que no Disa Sul, dos 24 EAS notificantes, 11 (45,8%) eram de natureza privada e registraram 57 notificações, enquanto as 13 (54,2%) de natureza pública foram responsáveis por 58 registros de Ate mb no distrito, evidenciando-se que os EAS de natureza privada efetuaram individualmente um volume proporcionalmente maior de notificações.

O mapa temático da distribuição espacial dos EAS notificantes demonstrou que 24 EAS localizados no Distrito Sanitário Sul notificaram 115 casos de Ate mb ou 51,33% do total; 11 EAS do Distrito Sanitário Leste, sozinhas, notificaram 56 casos ou 25% do total (maior proporção); 9 EAS do Distrito Sanitário Oeste notificaram 33 casos 14,73% do total e; 8 EAS do Distrito Sanitário Norte notificaram 20 casos ou 8,92% do total (*figura 1*).

Figura 1. Distribuição espacial de EAS notificantes de acidente de trabalho com exposição a material biológico, por natureza e Distrito Sanitário, Manaus, 2009-2013

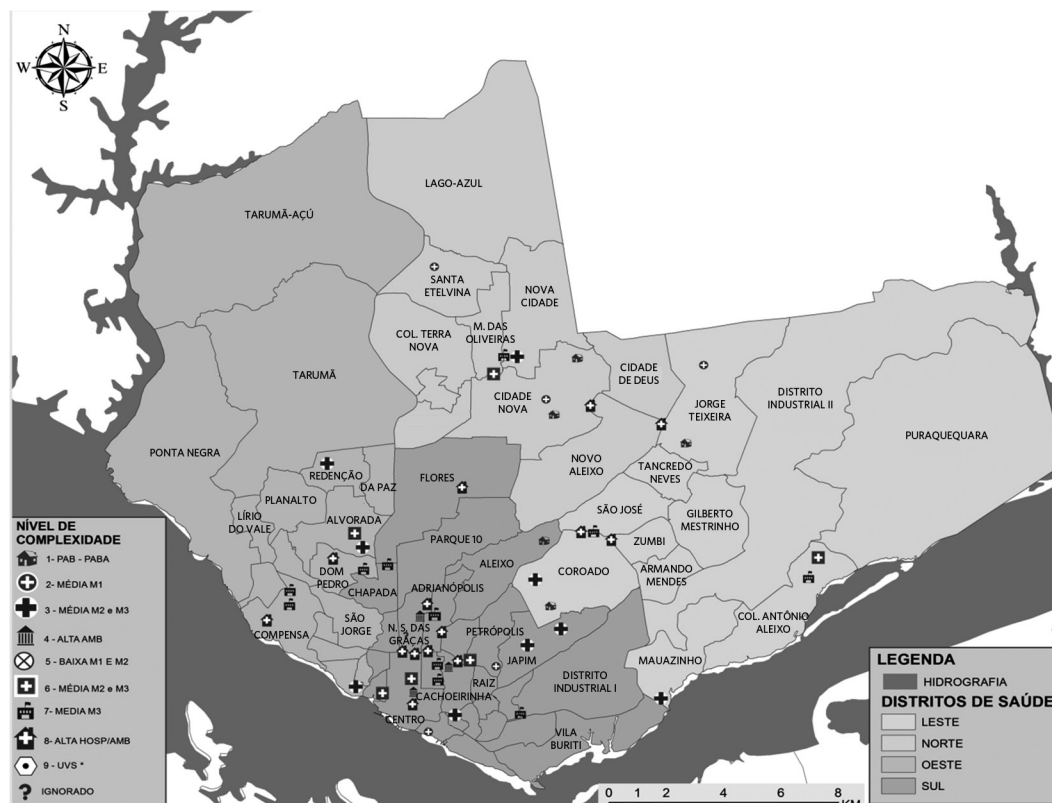


Fonte: Sinan/SCNES/Semsa-Manaus, 2014.

Em relação ao registro dos casos de Ate mb por grau de complexidade dos 24 EAS notificantes de Ate mb do Disa Sul, 16 unidades correspondem aos níveis 8, 7, 6, ou seja, níveis de média e alta complexidade hospitalar,

segundo a classificação do SCNES, 7 EAS de níveis 4, 3, 2, 1 considerados de média e baixa complexidade ambulatorial tendo havido uma unidade cujo nível de complexidade não foi identificado (figura 2).

Figura 2. Distribuição espacial de EAS notificantes de Atemb por nível de complexidade e Distrito Sanitário, Manaus, 2009-2013



Fonte: Elaboração própria. Sinan/SCNES/Semsa-Manaus, 2014.

No Disa Leste, onde foram identificados 11 EAS notificantes, 6 unidades correspondiam aos níveis de média e alta complexidade hospitalar, e 5 unidades correspondiam aos níveis de média e baixa complexidade ambulatorial. No Disa Oeste, por sua vez, foram identificados 9 EAS notificantes, sendo 6 unidades correspondentes aos níveis de média e alta complexidade hospitalar e 3 unidades correspondentes aos níveis de média e baixa complexidade ambulatorial. Por fim no Disa Norte, onde foram identificados 8 EAS notificantes de Atemb no período do estudo, 3 unidades correspondiam aos níveis de alta complexidade hospitalar, e 5 unidades aos níveis de média e baixa complexidade ambulatorial (figura 2).

Discussão

Estudos indicam que os países considerados em desenvolvimento apresentaram na primeira década dos anos 2000 uma prevalência de Atemb em torno de 90% do total de casos registrados, enquanto os países desenvolvidos registraram uma prevalência em torno de 10%. Revelaram ainda, que grande parte dos países em desenvolvimento não dispõe de um sistema de vigilância em saúde eficiente. Outro aspecto apontado nessa pesquisa foi a elevada incidência de Atemb entre profissionais e estudantes de enfermagem. Em levantamento realizado em Chicago (EUA), foi registrado um percentual de 23% de Atemb durante as suas atividades

profissionais ou acadêmicas (KESSLER *ET AL.*, 2011). A subnotificação também foi apontada como fator importante de análise do AteMb. Em pesquisa realizada em Teerã (Irã), com 111 enfermeiros, revelou-se que 51 ou 46% destes tiveram, pelo menos, um caso de AteMb no último ano de sua atividade; 38 ou 34% desses profissionais relataram mais de uma ocorrência no mesmo período, entretanto, somente 14 ou 12,6% dos enfermeiros registraram oficialmente o evento vivenciado por eles (AZADI; ANOOSHEH; DELPISHEH, 2011).

No Brasil, diversos estudos (ALVES *ET AL.*, 2013; FACHIN, 2009; VALIM; MARZIALE, 2012) evidenciaram elevadas taxas de subnotificação, apesar do robusto arcabouço jurídico (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014) que tornou as notificações obrigatórias.

No Amazonas, o monitoramento de profissionais de saúde que tiveram acidentes ocupacionais com exposição a material biológico é realizado pela Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), onde recebem o primeiro atendimento e acompanhamento sorológico (AMAZONAS, 2013).

Em Manaus, além do pequeno número de notificações em relação à enorme força de trabalho da enfermagem que atua no município, verificou-se grande número de fichas de notificação com campos não preenchidos, o que denota a necessidade de aprimoramento do sistema de vigilância em saúde, apresentando padrão de inconsistências/subnotificações semelhantes a outros estudos nacionais (ARAÚJO *ET AL.*, 2012; MAGAGNINI; ROCHA; AYRES, 2011; ALVES; PASSOS; TOCANTINS, 2009; SOUZA; CAMPOS, 2008).

A RAS de natureza pública de maior complexidade está concentrada principalmente nas áreas centrais da cidade, reproduzindo padrões da literatura (RIBEIRO, 2012).

Este estudo revelou onde foi registrada maior quantidade de AteMb, sendo mais evidente no Distrito Sanitário Sul, apresentando uma média de notificações maior nos EAS de natureza privada. Outro achado que

se considerou relevante foi a dispersão de ao menos um caso, nas unidades de atenção básica de menor complexidade, o que possibilitou concluir que o padrão de dispersão de casos, na capital amazonense, refletiu a própria dispersão da rede assistencial nas áreas periféricas (RIBEIRO, 2012; MASCARENHAS; SANTOS; COSTA, 2013).

A partir das conclusões deste estudo, será possível incrementar a utilização das ferramentas de geoprocessamento, combinadas com a análise do perfil organizacional dos EAS em estudos que poderão contribuir para o maior detalhamento dos fatores de risco associados aos AteMb em contextos urbanos como o de Manaus, ultrapassando os limites da análise das condições existentes nos ambientes de trabalho com recursos humanos insuficientes e com gestão deficitária que, sabidamente, podem influenciar no aumento da ocorrência de acidentes laborais em até 50% (CLARKE; SLOANE; AIKEN, 2002).

Apesar da relevância dos resultados aqui relatados, para o entendimento do processo de produção dos AteMb em profissionais da enfermagem em Manaus, ressalta-se que esse tipo de estudo apresenta limitações que decorrem, principalmente, da incompletude do banco de dados que resulta a baixa qualidade do preenchimento das fichas de notificação, nas quais consta um grande número de registros ignorados ou em branco. As informações ausentes dificultaram a avaliação de outros aspectos potencialmente importantes para análise das dinâmicas subjacentes aos acidentes de trabalho com material biológico.

Conclusão

O estudo identificou um expressivo quantitativo de estabelecimentos de saúde de Manaus que permaneceram silenciosos quanto ao registro de AteMb em profissionais da enfermagem, no período estudado, que pode estar relacionado com as deficiências

do sistema de vigilância que redundam na subnotificação de casos.

Foi identificado um padrão de distribuição de Ate mb diversificado entre os Distritos Sanitários, aparentemente relacionados com as características de concentração e dispersão da rede de serviços de atenção à saúde, bem como do comportamento dos profissionais responsáveis pela notificação; de tal forma que no Disa Sul, onde estão localizadas a maior quantidade de EAS de maior complexidade, também aparece uma concentração maior de Ate mb, enquanto no Disa Leste, observou-se uma maior proporção de notificações em comparação com os outros Distritos Sanitários, provavelmente, porque nessa área pode ter havido uma maior

ocorrência de casos ou maior diligência no processo de notificação.

Os resultados reforçam a existência de exposição ao risco biológico no ambiente laboral dos trabalhadores de enfermagem, sugerindo a necessidade de realizar estudos qualitativos sobre Ate mb, que possam contribuir para melhorar a compreensão da realidade sobre o tema e subsidiar a elaboração de um plano de gestão da saúde do trabalhador mais efetivo no âmbito municipal. O mapeamento dos Ate mb por meio de um Sistema de Informação Geográfica (SIG) também pode colaborar para a reorganização do serviço de vigilância em saúde por meio da análise e monitoramento dos padrões de notificação compulsória. ■

Referências

ALVES A. P. *et al.* Subnotificação de acidentes ocupacionais com material biológico pela enfermagem no bloco cirúrgico. *Rev. Eletr. Enferm.*, Goiânia, v. 15, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a09.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2014.

ALVES, S. S. M.; PASSOS, J. P.; TOCANTINS, F. R. Acidentes com perfuro cortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro v. 17, n. 3, p. 373-377, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a13.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 0583/SES, de 15 de abril de 2013. Institui a obrigatoriedade de notificação dos agravos em saúde do trabalhador e institui a Rede Sentinela dos agravos à saúde do trabalhador no Estado do Amazonas. *Diário Oficial*

[do] *Estado do Amazonas*, Manaus, AM, 15 abr. 2013. Disponível em: <<http://diario.imprensaoficial.am.gov.br/diariooficial/consultaPublicado>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

APARECIDA, E. M.; NAVARRO, V. L. N. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400008&lng=en>. Acesso em: 19 jul. 2016.

ARAÚJO, T. M. *et al.* Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de Enfermagem. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, n. 7, p. 7-14, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/scielo>>

php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200001&lng=pt>. Acesso em: 31 jul. 2016.

AZADI, A.; ANOOSHEH, M.; DELPISHEH, A. Frequency and barriers of underreported needlestick injuries amongst Iranian nurses, a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*. v. 20, n. 3-4, p. 488-493, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20846246>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BELTRAME, V. Cuidado à saúde de quem cuida da saúde: acidentes ocupacionais com exposição à material biológico ocorridos em municípios da região sul do Brasil e notificados no SINAN nos anos de 2010 a 2012. *RBM*, Rio de Janeiro, p. 359-363, 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6204>. Acesso em: 29 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2437/GM, de 7 dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 dez. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html>. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 jan. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 29 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1271/GM de 6 junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do

anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 jun. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Exposição materiais biológicos*. Brasília, DF, 2006.

BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6 p. 907-916, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32715>>. Acesso em: 9 maio 2014.

CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M.; AIKEN, L. H. Effects of hospital staffing and organizational climate on needle stick injuries to nurses. *Am J Public Health*, Nova York, v. 92, n. 7, p. 1115-1119, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084694>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

DRUCK, S. et al. (Ed.). *Análise espacial de dados geográficos*. Brasília, DF: EMBRAPA, 2004. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise/cap1-intro.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

FACCHIN, L. T. *Prevalência de subnotificação de acidentes com material biológico pela equipe de enfermagem de um hospital de urgência*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-09032010-162531/>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

KESSLER, C. S. et al. Underreporting of blood and body fluid exposures among health care students and trainees in the acute care setting: a 2007 survey. *Am. J. Infect. Control.*, St. Louis v. 39, n. 2, p. 129-134, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21356431>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

MAGAGNINI, M. A. M.; ROCHA, S. A.; AYRES, J. A. O significado do acidente de trabalho com

material biológico para os profissionais de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 302-308, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200013>. Acesso em: 20 set. 2014.

MASCARENHAS, M. D. M.; SANTOS, S. S.; COSTA, N. A. Caracterização das exposições ocupacionais a material biológico entre trabalhadores de hospitais no município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil, 2007 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 165-170, 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a17.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

OLIVEIRA, A. C.; LOPES, A. C. S.; PAIVA, M. H. R. S. Occupational accidents due to exposure to biological material in the multidisciplinary team of the emergency service. *Rev. Esc. Enferm USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 677-683, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300025&script=sci_arttext&lng=en>. Acesso em: 9 out. 2014.

REIS, P. G. T. A *et al.* Perfil epidemiológico de acidentes com material biológico entre estudantes de medicina em um pronto-socorro cirúrgico. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4 p. 287-292, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000400006&lng=en>. Acesso em: 18 jul. 2016.

RIBEIRO, M. A. C. Transformações Socioeconômicas e Mudanças na Rede de Localidades Centrais no Rio de Janeiro: o papel de Campos dos Goytacazes,

Macaé e Itaperuna (1966 - 2007). *Revista Brasileira de Geografia Econômica*, São Gonçalo, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2012. Disponível em: <<http://espacoeconomia.revues.org/131>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SARQUIS, L. M. M. S.; FELLI, SARQUIS, E. A. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 62, n. 5, p. 701-704, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500008>. Acesso em: 13 out. 2015.

SILVA, M. K. D.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 279-86, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200007>. Acesso em: 9 out. 2014.

SOUSA, J. V.; CAMPOS, L. F. Relato de experiência quanto a orientação de conduta frente a acidentes de trabalho com perfuro-cortantes e fluidos orgânicos. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 602-606, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/13124/8883>>. Acesso em: 2 set. 2014.

VALIM, M. D.; MARZIALE, M. H. P. Notificações de acidentes do trabalho com exposição a material biológico: estudo transversal. *Braz J Nursing*, Niterói, v. 11, n. 1, p. 51-64, 2012. Disponível em: <http://www.obj-nursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3537/pdf_1>. Acesso em: 23 set. 2014.

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura - www.apoioacultura.com.br

Design de capa

Cover design

DeBrito Propaganda

Normalização e revisão de texto

Normalization and proofreading

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)

Anna Lú Sales (normalização)

Lucas Rocha (normalização)

Luiza Nunes (normalização)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão

Printing

Grafitto Gráfica e Editora LTDA.

Tiragem

Number of Copies

10.000 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²

Core in couché matte 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1989) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2016.

n. 56; 27,5 cm

ISSN 0103-4383

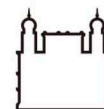
1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

 **Cofen**
Conselho Federal de Enfermagem


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz