

# Anais da 1ª Conferência de Enfermagem de Santa Catarina



**Coren<sup>SC</sup>**  
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina



**1ª Conferência de Enfermagem  
do Estado de Santa Catarina**

**2016**  
De julho a novembro



C748 Conferência de Enfermagem de Santa Catarina (1. : 2016 : Florianópolis, SC)  
Anais da 1º Conferência de Enfermagem de Santa Catarina (julho a novembro de 2010) [recurso eletrônico] / Organizado por Helga Regina Bresciani. - Florianópolis : Coren/SC, 2016.

Modo de acesso: <[http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/Anais-da-1a-Conferencia-de-Enfermagem-de-SC.pdf\\_reduzido.pdf](http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/Anais-da-1a-Conferencia-de-Enfermagem-de-SC.pdf_reduzido.pdf)>

1. Enfermagem - Conferência. 2. Pesquisa em Enfermagem. I. Bresciani, Helga Regina. II. Título.

CDU 616-083



# Sumário

**Reportagem sobre a 1ª Conferência de Enfermagem – página 4**

**Depoimentos dos participantes – página 8**

**Documento Orientador – página 11**

**Regimento da Conferência – página 61**

**Regulamento da Etapa Estadual – página 71**

**Regulamento das etapas regionais – página 76**

**Plataforma de Prioridades da Enfermagem Catarinense – página 81**

# Santa Catarina

inova ao realizar 1ª Conferência de Enfermagem que debateu a profissão e resultou em documento com mais de 126 propostas

Florianópolis transformou-se na Capital da Enfermagem nos dias 8 e 9 de novembro com a realização da 1ª Conferência de Enfermagem de Santa Catarina. O evento reuniu 300 participantes (delegados e observadores) de todo o Estado eleitos nas oito etapas regionais e, portanto, que representavam seus colegas para debater a profissão. Desde julho, o Coren/SC promoveu as conferências em oito cidades catarinenses: Criciúma, Florianópolis, Blumenau, Lages, Joaçaba, Joinville, São Miguel do Oeste e Chapecó. Em cada um desses locais foram levantadas propostas em seis eixos temáticos para serem debatidas e homologadas na etapa estadual.

Na solenidade de abertura, a presidente do Coren/SC, Helga Regina Bresciani, enfatizou a representatividade dos participantes e lembrou que o ineditismo dessa Conferência certamente vai servir para fortalecer e unir a categoria. Ela fez um discurso enaltecendo a diversidade de cada região com suas características e cultura, abordou o protagonismo da Enfermagem na área da saúde e a necessidade de dar visibilidade às ações. "Todas as etapas regionais mostraram que temos muitos desafios, mas que é possível superá-los com a conscientização de que somos fundamentais para o atendimento em saúde", disse ela.





Na mesa dos trabalhos estavam o conselheiro federal Luciano da Silva, representando o presidente do Cofen, Manoel Neri, a deputada estadual Ana Paula Lima, a representante da ABEn/SC, diretora eleita da nova gestão, Janara Ribeiro, a representante do presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), Sônia Bodanese, e ainda a professora Maristela Azevedo, representando todos os enfermeiros, e o dirigente do SindSaúde Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Todos enfatizaram a importância do evento como um momento de reflexão e oportunidade para avançar em algumas áreas de atuação. O conselheiro federal Luciano da Silva elogiou a iniciativa e falou na repercussão nacional que essa metodologia pode ter. Ele abordou algumas ações do Cofen e tratativas de interesse da Enfermagem, como ensino presencial e a criação do exame de suficiência. “Precisamos estar representados nos centros de decisões para podermos conquistar nossas reivindicações. Somos a maioria na saúde, mas precisamos ampliar nossa força”, disse ele.

A enfermeira e deputada estadual Ana Paula Lima também parabenizou a formatação da Conferência, lembrando que ela participou da etapa regional em Blumenau, e disse que é possível concretizar as propostas em ações e ela está à disposição no parlamento para colaborar com a profissão. “Nós somos a força da saúde, podemos mais do que imaginamos. Estejamos juntos e motivados a valorizar nossa categoria”, afirmou.

Na plateia estavam presentes o conselheiro federal Antônio José Coutinho de Jesus, as presidentes do Coren/PR, Simone Peruzzo, e Coren/GO, Ivete Barreto, além do assessor do Cofen Magno Guedes.



Depois da abertura, foi realizada um painel de debate com o resgate dos eixos temáticos. Os professores da UFSC Denise Pires de Pires, Felipa Amadigi, Jorge Lorenzetti e Gelson Albuquerque, responsáveis pelo documento que norteou as discussões em todas as etapas, fizeram uma síntese para apresentar os principais temas presentes nas propostas em cada eixo.

Ao mostrar os principais pontos apontados nas mais de 400 propostas debatidas pelo Estado, eles destacaram os desafios da assistência de Enfermagem para com a qualidade, o papel social da Enfermagem, sistematização da assistência de Enfermagem, e dimensionamento, e ainda formação e ética.



**Grupos** – Na parte da tarde do primeiro dia, os Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, além dos estudantes, foram divididos em grupos de trabalhos e cada grupo foi responsável em refletir e votar propostas de quatro eixos vindas de todas as regiões. Os estudantes que são delegados observadores também puderam participar das discussões.

Cada proposta deveria ser apreciada e aprovada por no mínimo 65% dos delegados presentes. Vale destacar que não foram acatadas novas propostas na Etapa Estadual. Nos Grupos de Trabalho as propostas poderiam ser aprovadas, suprimidas ou solicitado ajustes de digitação ou concordância.



**Plenária** – No dia seguinte (9/11), a Plenária Final é que ficou responsável pela aprovação das propostas por eixo vindas dos grupos de trabalho e das moções de âmbito Estadual. Foi um trabalho de cerca de nove horas, com interrupção apenas para o almoço, para poder aprovar todas as propostas.

O Relatório com as aprovadas foi encaminhado à Comissão de Relatoria para a elaboração da Plataforma de Prioridades da Enfermagem Catarinense e posterior envio ao Cofen e demais entidades representativas da Enfermagem e da sociedade.

### Depoimentos



Enfermeiro Jaison Fernando Borges, da Fundação Hospitalar Santa Otília, Orleans

*“Considerarei muito relevante para a categoria e essa iniciativa servirá de exemplo para outros estados. Pudemos falar o que é preciso para a profissão, buscar nossos direitos e tudo isso traz uma valorização.”*

Enfermeira Evelyn Brognoli, da Secretaria da Saúde e professora da Esucri, Criciúma

Enfermeiro Vanderson Luiz Teixeira da Silva, da Saúde da Família, Criciúma

*“A metodologia foi muito interessante, com uma dinâmica que permite a participação de todos com a divisão por grupos. Vimos o comprometimento dos colegas e uma adesão significativa. Foi muito proveitoso, mas achamos que poderia ter mais um dia para discussões em grupo ou para a chegadas das delegações.”*







Técnico de Enfermagem Fábio Ramos Nunes Fernandes, do Hospital Regional de Chapecó

*“Essa iniciativa foi louvável, pois tira aquela visão do trabalhador que o Coren só penaliza. Com esse tipo de evento é possível unificar a categoria, discutindo o mundo do trabalho que está num processo de precarização e estamos tentando sair desse cenário. Foi possível ainda aproximar os profissionais, tanto da área pública quanto da iniciativa privada. Tenho certeza que os resultados dessa Conferência vão fomentar mais participação da categoria.”*

Enfermeira Marlene Krucynski da Silva, da Secretaria da Saúde, Ascurra

*“Vimos uma sistemática muito aplicável e inovadora. Os participantes puderam ter uma visão ampla do que ocorre na realidade da profissão. Esse tipo de evento deve ocorrer com frequência, pois só temos a ganhar com o debate e a possibilidade de melhorar.”*



Enfermeira Denise Maccarini Tereza e Enfermeiro Rivael Marcelino Ribeiro, ambos do Hospital da Unimed, Criciúma

*“Foi estimulante pois fez a classe parar para pensar no crescimento da profissão e escutar os problemas de colegas. A sistemática de etapas regionais e depois essa estadual favoreceu a opinião de todo o Estado, podendo assim debater a realidade de cada um para melhorar o cotidiano. Esse evento é uma forma de valorizar nossa profissão.”*

Técnica de Enfermagem Ivani de Fátima Brasil Moreira do Prado, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Joaçaba

*“Estamos conseguindo ver propostas que são comuns para melhorar o dia a dia de todos. O mais legal é que não estamos pensando apenas no amanhã, mas a médio e longo prazo para que as futuras gerações já possam ser mais valorizadas. Mais do que a representação da minha região, estou aprendendo muito e poderei disseminar, levar pra frente as ideias. Essa participação certamente melhora também a produtividade, ou seja, paramos um pouco mas voltamos com muito mais vontade de fazer melhor”.*



Técnica de Enfermagem Ivanise Balbino Simon, do Hospital Tereza Ramos, Lages

*“O modo como foi feito, de ouvir nas regiões primeiro, foi muito importante. Considero esses dias que fiquei aqui como formação, pois conheci a realidade dos outros, pude ouvir colegas, professores, enfermeiros e gestores falando dos desafios e das possíveis soluções. Alguns exemplos que achei interessante discutir foram o dimensionamento e a Sistematização da Assistência.”*

Enfermeira Antônia Grigol, Professora do Ielusc, Joinville

*“Foi uma iniciativa maravilhosa pois conseguiu integrar as equipes de Enfermagem e várias áreas nos mais diversos momentos de atuação. Essa ideia de socializar conhecimento, dificuldades e experiências exitosas é fundamental para que nossa profissão continue tendo liberdade, autonomia e lutando pela democracia. Pudemos trocar informações, isso é solidariedade e reconhecimento pelo papel do outro.*

## Documento Orientador

O texto a seguir foi formulado a partir de pesquisas e estudos de quatro professores de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os autores Denise Pires de Pires, Felipa Amadigi, Gelson Albuquerque e Jorge Lorenzetti possuem vasto conhecimento sobre o exercício profissional, pois além da academia, atuaram nas entidades representativas da Enfermagem e sempre acompanharam de perto as bandeiras levantadas pela categoria.

O Documento Orientador foi disponibilizado no site do Coren/SC para consulta e entregue a todos os participantes das etapas regionais, servindo como subsídio para as discussões e proposições apresentadas.



# Enfermagem:

desafios em um contexto complexo

## ENFERMAGEM: DESAFIOS EM UM CONTEXTO COMPLEXO

**Dra. Denise Elvira Pires de Pires**

Enfermeira. Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina,  
Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem

**Dra. Felipa Rafaela Amadigi**

Enfermeira. Professora Adjunto I da Universidade Federal de Santa  
Catarina,  
Departamento de Enfermagem

**Dr. Gelson Luiz de Albuquerque**

Enfermeiro. Professor Associado II da Universidade Federal de Santa  
Catarina,  
Departamento de Enfermagem

**Dr. Jorge Lorenzetti**

Enfermeiro. Professor Associado I da Universidade Federal de Santa  
Catarina,  
Departamento de Enfermagem

Florianópolis, Julho de 2016



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
1 O CENÁRIO INTERNACIONAL, NACIONAL E A ENFERMAGEM CATARINENSE .....	2
1.1 A força de trabalho da enfermagem na atualidade: formação, mercado de trabalho e condições de trabalho .....	4
1.1.1 Educação em enfermagem, problemas e desafios .....	4
1.1.2 Força de trabalho, mercado e condições de trabalho: algumas referências .	10
1.1.3 Proteção legal do trabalho da enfermagem: algumas lutas .....	19
1.1.4 Distorções no agir ético profissional .....	20
2. ONDE ESTAMOS .....	23
2.1 Dimensão Cuidado/Assistência .....	26
2.2 Dimensão Gestão dos Serviços .....	27
2.3 Dimensão Formação/Capacitação .....	31
2.4 Dimensão Condições de Trabalho .....	32
2.5 Dimensão Corporativa.....	33
3. PARA ONDE QUEREM IR OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM? .....	34
REFERÊNCIAS.....	42



## INTRODUÇÃO

Analisar o cenário da prática social da Enfermagem é um desafio, e requer atualização permanente. Um desafio porque demanda um olhar para as práticas concretas e para os ambientes onde as mesmas são realizadas; é preciso considerar os sujeitos que as realizam em sua diversidade e valores culturais orientadores do processo de tomada decisão; assim como é preciso considerar os preceitos éticos e político-legais da profissão, da saúde e da sociedade, vigentes em cada momento histórico. O espaço micro é, dialeticamente, determinante e determinado pelo contexto macro político, histórico e social. Portanto falar sobre, e analisar práticas sociais como a Enfermagem demanda atualização permanente.

Além disso, o status de profissão requer o pensar sobre o fazer, a produção de conhecimentos que fundamentem a prática, e a tomada de decisão sobre a formação necessária para intervir com vistas a resolver problemas vigentes, fortalecer conquistas e construir o futuro que queremos. Organizações multilaterais como a Organização Panamericana de Saúde/OPAS e a Organização Mundial da Saúde/OMS, assim como organizações internacionais e nacionais de Enfermagem reconhecem a importância do desenvolvimento de lideranças em Enfermagem para uma ação profissional e representação qualificada na sociedade. Reconhecem, também, a necessidade de formulação de propostas que contribuam para a melhoria da educação em Enfermagem incluindo métodos para melhoria dos ambientes acadêmicos, formas de recrutar, reter e formar alunos, assim



como reconhecem a importância de construir parcerias internacionais em Enfermagem com vistas a qualificação da força de trabalho da profissão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2012; MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009; MURRAY, T. A. et al, 2016).

No entanto, a profissão tem tido pouca relevância na liderança da formulação de propostas e políticas em saúde que enfrentem os problemas e o desafio de garantir saúde para todos em dimensão planetária.

Neste sentido, o presente texto tem por objetivo estimular a reflexão coletiva da Enfermagem

catarinense, reunida nas “Conferências de Enfermagem”, acerca da realidade e desafios atuais da profissão, assim como contribuir para a formulação de propostas coletivas de ação com vistas ao fortalecimento da profissão, a defesa do direito à saúde e a cuidados de qualidade.

O texto inicia com algumas referências para refletir sobre a Enfermagem catarinense, considerando-se o cenário nacional e internacional da profissão e o debate sobre a saúde no mundo. A seguir mostra como estamos e finaliza com a formulação de alguns indicadores para pensar onde queremos chegar.

## **1 O CENÁRIO INTERNACIONAL, NACIONAL E A ENFERMAGEM CATARINENSE**

A saúde é uma preocupação fundamental e prioridade na vida das pessoas (LORENZETTI, 2013). Quem trabalha com saúde desenvolve um trabalho essencial para a vida humana, portanto estamos falando de um



trabalho que pode fazer a diferença para transformar o mundo em um lugar melhor para todos.

Esse reconhecimento da importância do seu trabalho pelas próprias enfermeiras aparece em pesquisa feita pela PayScale em 2013. A pesquisa foi realizada com 1,4 milhões de ex-universitários de 1.016 faculdades americanas e mostrou os enfermeiros em primeiro lugar dentre as profissões que acreditam que seu trabalho pode ajudar a construir um mundo melhor (GLOBO, 2013). No que diz respeito ao reconhecimento da população, a Enfermagem figura para a população mundial como a 2ª profissão mais confiável conforme revela pesquisa da alemã GfK Verein estando atrás apenas dos bombeiros. No Brasil, a confiabilidade da profissão é semelhante, assumindo a 3ª posição no ranking. Ainda segundo a pesquisa, quanto melhor for o sistema de saúde do país, maior a confiabilidade nos profissionais da área (GfK VEREIN, 2016).

O reconhecimento das nações sobre a importância da saúde para a vida em sociedade, desde a criação da Organização Mundial da Saúde/OMS em 1948, nunca teve tanta relevância quanto neste milênio. Dentre os oito objetivos definidos pelas Nações Unidas para o desenvolvimento do Milênio, período 2000-2015, todos tem relação ou impacto na saúde, sendo que três (próximo de 40%) são de responsabilidade direta do setor: redução da mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; e combater a AIDS, a malária e outras doenças (NAÇÕES UNIDAS, 2015). Atualmente, para o pós 2015, nos próximos 15 anos, está em discussão a definição da cobertura universal ou acesso universal, dentre as prioridades a serem assumidas pelas nações com vistas ao desenvolvimento do milênio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).





## **1.1 A força de trabalho da Enfermagem na atualidade: formação, mercado de trabalho e condições de trabalho**

### **1.1.1 Educação em Enfermagem, problemas e desafios**

Há uma relação direta entre sobrecarga, formação profissional e qualidade dos serviços de saúde.

Estudo realizado por Aiken e colaboradores (AIKEN et al., 2014) em 300 hospitais de nove países europeus mostrou que quanto maior é a sobrecarga de trabalho dos profissionais de Enfermagem e menor o nível educacional maior é a mortalidade dos pacientes que foram internados para realizar cirurgias comuns/usuais. O estudo conclui que cortes nos custos com a Enfermagem podem reduzir os gastos no setor, mas, adversamente, pioram os resultados do serviço; e que maior nível educacional dos profissionais de Enfermagem pode reduzir mortes preveníveis em hospitais.

No que diz respeito a educação em Enfermagem, organizações internacionais como a National League for Nursing Research (NLN), o Royal College of Nursing (RCN), a European Federation of Nurse Educators (FINE-Europe), a Sigma Theta Tau International (STTI) e entidades brasileiras, destacando-se a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem discutido os desafios e caminhos para a educação em Enfermagem. Dentre as questões levantadas estão: qualidade do ensino; concepções pedagógicas, ambientes acadêmicos e de prática adequados; formação para prover quantidade adequada de profissionais para as necessidades da prática (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2012).



A educação em saúde e Enfermagem enfrenta o desafio de formar profissionais para atuar em um cenário em contínua mudança, tanto no que diz respeito a morbidade e mortalidade quanto no que diz respeito aos processos terapêuticos fortemente influenciados pelo uso de inovações tecnológicas (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2016). No âmbito do planejamento do investimento na formação profissional tem que se considerar as flutuações da economia que influenciam a morbi-mortalidade, o modo de oferta dos serviços e a oferta da formação em saúde. Como muitas atividades do setor de serviços, na saúde é preciso manejar com a imprevisibilidade, com a impossibilidade de estocagem, com a intangibilidade e com as dificuldades de mensuração de um produto que é produzido e consumido simultaneamente, o que dificulta o planejamento de custos (PIRES, 2009; MEIRELLES, 2006).

Há uma grande diversidade nos sistemas de saúde no mundo e déficit de uma visão ampla das políticas de educação em saúde. Mesmo os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), considerados mais desenvolvidos, enfrentam problemas como: desarticulação entre os planejamentos de saúde e educação; desigualdade no acesso aos serviços de saúde; e desequilíbrios entre grau de capacitação dos profissionais de saúde e demandas assistenciais (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2016).

Para o enfrentamento destes problemas, várias propostas e iniciativas vêm sendo formuladas no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da OCDE, e implantadas em diversos



países, de modo associado ou com predomínio de algumas (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2016). Dentre elas destacam-se:

a) As chamadas práticas avançadas em saúde que ampliam o âmbito de atuação das profissões, com destaque para as práticas avançadas em Enfermagem que expandem o escopo do trabalho das enfermeiras. Nestas destaca-se a nurse practitioner, enfermeira com formação especial para atuação na Atenção Primária de Saúde/APS ou na saúde da família, que atua inclusive com prescrição de medicamentos na atenção a pessoas com doenças mais prevalentes e em situações crônicas de saúde.

b) Investimento em desenvolvimento profissional contínuo que inclui diversas iniciativas: i) educação continuada na modalidade da aprendizagem baseada em problemas com vistas a superar as lacunas entre o aprendido na escola e as demandas da prática; ii) submissão de médicos e enfermeiras a exames para obtenção de autorização para o exercício profissional, o qual tem validade determinada e é considerado essencial para garantia da qualidade dos serviços e segurança do paciente; iii) estímulo ao trabalho colaborativo em equipe

c) Uso de inovações tecnológicas na prestação de serviços com as eHealth (utilização de diversas formas das tecnologias da informação e comunicação na saúde) e mHealth (mobile health - uma especificação destas tecnologias na forma de app para smartphones). As tecnologias da informação e comunicação são utilizadas na prestação de serviços, na gestão em saúde,



assim como na formação, atualização e educação permanente dos profissionais de saúde.

d) Para enfrentar a escassez de força de trabalho, especialmente qualificada, tem crescido o fenômeno da migração, mas também tem aumentado o investimento dos países na formação de médicos e profissionais de Enfermagem. Além disso, os países têm associado diversas estratégias para enfrentar os déficits de cobertura como: incentivos financeiros para fixação de profissionais em áreas mais distantes ou fora das grandes metrópoles; uso de cotas para ingresso nos cursos de candidatos oriundos das regiões descobertas (algumas vezes associando incentivos financeiros para fixação pós titulação); uso de tecnologias de informação e comunicação para suporte dos profissionais e para educação permanente; e abertura de escolas nas regiões de menor cobertura de serviços.

No caso brasileiro, a formação de profissionais de Enfermagem apresenta mudanças significativas nos últimos anos com considerável expansão da oferta de cursos de graduação em

Enfermagem e conseqüente aumento da disponibilidade de enfermeiros para o mercado de trabalho. Também vem crescendo a oferta de cursos de técnicos de Enfermagem, a grande maioria na iniciativa privada.

Nas décadas de 1970 e 1980, o Brasil contava com 81 cursos de graduação em Enfermagem, 115 cursos de técnico de Enfermagem e 145 cursos de auxiliares (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1985). Em 2011, os cursos de graduação em



Enfermagem já somavam 888 cursos (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013) e, em 2012, 1.505 unidades de ensino ofereciam curso de técnico de Enfermagem (CAMARGO et al, 2013). Cerca de 1,7 cursos técnicos para um curso de graduação em Enfermagem.

Santa Catarina segue a tendência nacional em números e na relação público-privado. Conta, atualmente, com 30 escolas de graduação ativas no portal EMEC. Sendo, 2480 (93,5%) das vagas em instituições privadas e apenas 175 (6,5%) em escolas públicas. Registre-se que até os anos 1980 havia apenas 04 escolas de graduação em Enfermagem em atividade no Estado, verificando-se grande crescimento a partir da década de 1990 com a intensa autorização de cursos privados.

No que diz respeito a formação de técnicos de Enfermagem, estão autorizados pelo Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina e registrados no Conselho Regional de Enfermagem 76 cursos técnicos de Enfermagem, distribuídos em todas as regiões. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016). Cerca de 2,5 cursos técnicos para cada curso de graduação.

Importante ressaltar que no Brasil 13 instituições já estão autorizadas pelo MEC a oferecerem turma de enfermagem à distância e 06 já estão em atividades. Somadas as instituições estão aptas a oferecerem 22.110 vagas para cursos de Enfermagem à distância, sendo que, 3 delas possuem pólo em Santa Catarina e portanto estão autorizadas a formarem profissionais enfermeiros à distância.

Neste campo, destacam-se, positivamente, as campanhas das organizações e entidades representativas da Enfermagem



(algumas entidades sindicais; Associação Brasileira de Enfermagem e Seções; Conselho Federal e alguns Conselhos Regionais de Enfermagem) contra a formação em Enfermagem na modalidade de ensino a distância. Essa luta político-profissional obteve recentemente duas grandes vitórias: o Decreto 8.754 de 10 de maio de 2016, que determina que a autorização de Cursos de Graduação em Enfermagem pelo Ministério da Educação deverá ser concedida após a manifestação do Conselho Nacional de Saúde, que procederá a análise da necessidade do mesmo; e a aprovação da Resolução 515/2016 do Conselho Nacional de Saúde proibindo a autorização de cursos de graduação a distância na área da saúde.

Outros destaques positivos em relação ao ensino da Enfermagem no país foram: a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001); a aprovação da Resolução nº 4/2009 que estabeleceu a carga horária mínima de 4.000 horas para os cursos de graduação em Enfermagem (BRASIL, 2009); e o crescimento da formação lato e strito sensu e da produção científica na área da Enfermagem.

### **Formação e exame de suficiência no Brasil**

Apesar da submissão de enfermeiras a exames para obtenção de autorização para o exercício profissional ser uma das iniciativas propostas internacionalmente, no Brasil ainda não há consenso sobre o tema. O debate nacional levanta algumas questões ainda não acordadas entre a categoria: se há problema com a qualidade dos egressos de Enfermagem as ações não deveriam estar direcionadas sobre causa, ou seja, nos cursos de graduação e de nível médio e não somente na parcela mais



vulnerável que é o formando? Como o exame será operacionalizado? Adotá-lo não seria apenas uma forma de exclusão? Há capacidade técnica para a realização da prova no país todo? Enfermeiros, técnicos e auxiliares estarão sujeitos a prova? Será requerida apenas aos egressos ou também aos profissionais já atuantes? Ela será gratuita? Não obstante os questionamentos, no ano de 2016 foi apresentado o Projeto de Lei 4930/2016, pelo deputado Lúcio Vieira Lima (PMDB -BA), o qual propõe que o registro profissional somente seja concedido a pessoa aprovada em Exame de Suficiência, a ser realizado e regulamentado em provimento do Conselho Federal de Enfermagem.

### **1.1.2 Força de trabalho, mercado e condições de trabalho: algumas referências**

Para avaliação e formulação de propostas é importante responder a questões como: quantos somos? Onde estão e o que fazem os profissionais de Enfermagem no Brasil e em Santa Catarina? Qual a composição do mercado de trabalho da Enfermagem no país e em Santa Catarina? O que existe de legislação relativa a proteção ao trabalho da Enfermagem?

#### **Referências internacionais**

No âmbito internacional encontram-se muitos estudos mostrando que o desempenho da economia modifica o mercado de trabalho e a disponibilidade de postos de trabalho para a Enfermagem (ALAMEDINE et al., 2012; BUCHAN et al., 2013; OLIVEIRA, 2015). Nos períodos de crise econômica há cortes



orçamentais e redução de investimentos incluindo o campo da saúde, gerando demissões e congelamento de contratações. No entanto, a saúde trata com vidas humanas, sendo impossível orientar-se somente por critérios econômicos. Em situações de crise, muitas vezes, ocorre aumento das demandas para o setor público, mas a tomada de decisões tem forte dimensão política (OLIVEIRA, 2015; PIRES, 2009).

Cortes orçamentários e pouco investimento em situações de crise econômica, assim como a escassez de profissionais de Enfermagem, levou países como Canadá, Reino Unido e Estados Unidos a utilizar força de trabalho de Enfermagem formada em outros países (geralmente periféricos mas também de países da União Europeia, como é o caso de Portugal). Na América Latina, os estudos sobre demanda e oferta de empregos para Enfermagem são recentes e insipientes, dificultando uma análise mais acurada da situação da força de trabalho da Enfermagem. Em países como Panamá e El Salvador verifica-se forte impacto das migrações de profissionais de Enfermagem para suprir as demandas de outros países (OLIVEIRA, 2015). No Brasil, ainda não há estudos representativos sobre indicadores relativos a migração dos profissionais de Enfermagem (SILVA; PEDUZZI, 2006).

O mercado de trabalho em saúde enfrenta, em cada país, problemas particulares e desequilíbrios na disponibilidade da força de trabalho e, muitas vezes, estes problemas e desequilíbrios afetam de forma distinta diversas regiões de um mesmo país (RIGOLI; ROCHA; FOSTER, 2006).





## Referências Nacionais e em Santa Catarina

No caso do Brasil, no que diz respeito à evolução histórica da composição da força de trabalho da Enfermagem verifica-se um crescimento sistemático em termos numéricos e de qualificação (Quadro 1). Em 1982 o total de profissionais de Enfermagem era de 304.247, em 2005 totalizava quase 900 mil trabalhadores e, em dezembro de 2014, 1.806.576 (destes 416.257 Enfermeiros, 23,04%; 929.560 Técnicos em Enfermagem, 51,46%; 460.576 Auxiliares de Enfermagem, 25,49%; e 183 parteiras, 0,01% (PIRES; LORENZETTI; FORTE, 2015).

Quadro 1 - Perfil da força de trabalho de Enfermagem no Brasil, série histórica.

BRASIL	1982/83 ABEn/Cofen	1998 Cofen	2005 Cofen	2010 Cofen	Dez.2014 Cofen*	Jun.2016 Cofen
Enf.	<b>8,5 %</b>	<b>12,65%</b>	<b>120.526 13,48%</b>	<b>224.708 14,97%</b>	<b>416.257 23,04 %</b>	<b>442.397 23,46%</b>
Téc. Enf	6,6%	11,63%	221.906 24,83%	567.734 37,85%	929.560 51,46%	1.007.863 53,46 %
Aux. Enf	21,0%	52,65%	519.242 58,11%	648.567 43,23%	460.576 25,49%	434.588 23,05%
Atend. Enf.	63,8%	23,07%	31.592 3,53%	58.989 3,93%	Não disponível	254** 0,01%
Parteiras	-	-	524 0,05%	337 0,02%	183 0,01%	
Totais	<b>304.247</b>	<b>83.584</b>	<b>893.844 100%</b>	<b>1.500.335 100%</b>	<b>1.806.576 100%</b>	1.885.102 100%

**Fonte:** Pesquisa ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM/CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (1985); PIRES; LORENZETTI; FORTE (2015); CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (2016)

\*Dado fornecido pelo Cofen em 2015. \*\*Obstetizes.



Os dados disponibilizados no Quadro 1 possibilitam diversas análises como já registrado por Pires, Lorenzetti e Forte (2015). No que diz respeito aos totais registrados no Sistema Conselho Federal/Conselhos Regionais de Enfermagem, cabe destacar:

- a) Diversos profissionais de Enfermagem continuam seus estudos na área e têm dois (em alguns casos até três) registros no sistema. A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem LEP 7.498/1986 exige um registro específico para cada qualificação, sendo requerido quando o profissional tem mais de um emprego.
- b) Existem situações em que o profissional de Enfermagem se registra no sistema e, ao deixar de atuar na profissão, não cancela o referido registro, resultando em aumento dos números.
- c) Há problemas nos controles estatísticos do Cofen e de diversos Conselhos Regionais, o que interfere na precisão dos dados ao longo do tempo.

O Quadro 2 mostra a evolução histórica da composição da força de trabalho da Enfermagem em Santa Catarina, demonstrando, também, um crescimento sistemático em termos numéricos e de qualificação. Cabe ressaltar que, ao longo dos anos o perfil da força de trabalho da Enfermagem no estado, sempre foi mais qualificado do que a composição nacional.



Quadro 2 - Perfil da força de trabalho de Enfermagem em Santa Catarina, série histórica.

SANTA CATARINA	2005 (Coren/SC)	2011 (Coren/SC, Agosto, 2011)	2014 (Coren/SC, Set/2014)	2016 (Coren/SC, jun, 2016)
Enf.	4.126 - 16,44%	8.955 - 20,59%	11.317 - 22,85%	12.535 - 23,36%
Téc. Enf	7.570 - 30,16%	25.05 - 57,62%	30.191 - 60,94%	33.337 - 62,13%
Aux. Enf	13.005 - 51,82%	9.473 - 21,79%	8.030 - 16,21%	7.788 - 14,51%
Atend. Enf.	393 - 1,56%			
Totais	<b>25.094</b>	<b>43.482</b>	<b>49.538</b>	<b>53.661</b>

Fonte: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016

Em relação aos dados de Santa Catarina, é importante mencionar que a gestão 2008-2011 do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina assumiu como prioridade investir na disponibilização de dados sobre a força de trabalho da Enfermagem, regulares e acessíveis aos profissionais de Enfermagem, aos estudiosos de Recursos Humanos em saúde e a sociedade. Desde então, as gestões 2012-2014 e 2015-2017 (atual) deram continuidade a iniciativa, com permanente aperfeiçoamento. Assim o Coren/SC foi o primeiro Conselho Regional de Enfermagem que vem, mensalmente, disponibilizando no portal institucional, os dados atualizados da composição da força de trabalho da Enfermagem no Estado (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

O comportamento do mercado de trabalho sofre influência de diversos fatores, como: as necessidades em saúde; o



conhecimento e tecnologias disponíveis na área; o cenário macro político e econômico do país; as políticas de saúde em vigor; o arcabouço legal sanitário e profissional; e a capacidade de organização da profissão em influenciar decisões políticas.

Pode-se dizer que o comportamento do perfil da força de trabalho de Enfermagem, no Brasil e em Santa Catarina, caracterizado por um crescimento em número e qualificação resulta de múltipla determinação:

- a) Influência da dinâmica do setor saúde e necessidades em saúde no país e em Santa Catarina.
- b) Do marco legal em saúde - o direito universal à saúde definido na Constituição de 1988, a criação do SUS e a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família que estabelecem a obrigatoriedade de incorporação de enfermeiros e técnicos ou auxiliares de Enfermagem na composição da equipe mínima.
- c) Da legislação profissional vigente, Lei 7.498/1986 que define quem pode exercer a profissão e que não pode existir atuação de Enfermagem sem a presença de enfermeiro/a.
- d) Do que está definido na legislação educacional, em especial na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 que estabelece que apenas o ensino superior e médio profissionalizante.
- e) Reflete, ainda, as intervenções das organizações profissionais no sentido de defesa da legislação vigente. Especialmente em Santa Catarina, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn/SC) desde os anos 1990 possui assento no Conselho Estadual de Saúde com atuação pautada na defesa



do SUS, da população e dos profissionais de Enfermagem. Assim como atuou no mesmo sentido durante um período que teve assento no Conselho Estadual de Educação. A partir do final de 2008, essa atuação na sociedade catarinense sustentada no ideário do Movimento Participação é assumida, também, pela direção do Conselho Regional de Enfermagem.

Há certo consenso de que o cenário político-institucional em saúde com as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico e intensa incorporação tecnológica demandam permanente qualificação profissional. Mas no que diz respeito ao aspecto quantitativo, qual a tendência de futuro

e qual deve ser a nossa intervenção? As considerações abaixo ajudam a subsidiar esta reflexão.

Dados do Observatório Regional de Recursos Humanos da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana de Saúde, sobre a densidade de Recursos Humanos (RH) em saúde, mostram que o Brasil possui 31,4 trabalhadores para cada 10.000 habitantes, ficando atrás de países como a Argentina, Chile, Venezuela, Uruguai e Cuba (este último apresenta a melhor cobertura, 134,1 trabalhadores/10.000 habitantes) (ORGANIZACAO PANAMERIDANA DE SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Usando como referência a situação da média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em 2007 a relação enfermeiro/população era de 9,6 enfermeiros por/1000 habitantes, já em 2011 o número era menor, 8,8 enfermeiros por/1000 habitantes.



No caso do Brasil, em 2007 a relação era de 0,94 enfermeiros/1000 habitantes e, considerando o conjunto dos profissionais de Enfermagem (incluindo os enfermeiros/as) a relação era de 6,57/1000 hab. Considerando os dados de 2014, a relação Enfermagem/população melhorou no país. Para uma população de 200 milhões de habitantes relacionando com os dados do Cofen de dezembro daquele ano, a relação era de 2,08 enfermeiros/1000 habitantes e do conjunto dos profissionais de Enfermagem (incluindo os enfermeiros/as) a disponibilidade era de 9,03/1000hab (PIRES; LORENZETTI; FORTE, 2015).

Considerando a referência da OCDE os dados da força de trabalho da Enfermagem no Brasil, ainda são deficitários. Primeiro, porque muitos países contam apenas com enfermeiros/as e no Brasil ainda temos fragmentação na formação e composição da força de trabalho. Segundo, porque os dados usados do Brasil são os registrados no Conselho profissional, o que é diferente dos que estão efetivamente no mercado de trabalho, utilizados majoritariamente como referência para os cálculos da OCDE (PIRES; LORENZETTI; FORTE, 2015).

No documento “Health at a glance 2013” publicado pela OCDE (2013), há um alerta em relação aos problemas na comparação de dados entre países. O documento registra que a maioria dos dados do relatório diz respeito aos enfermeiros que estão na prática, assistencial (predominante), mas também incluem, em alguns casos, os que estão no ensino e pesquisa, e na gestão. Faz a ressalva que os dados da Bélgica são os de enfermeiras licenciadas para a prática o que resulta em grande



superestimativa. O que foi alertado em relação à Bélgica, vale para os dados do Brasil aqui utilizados, que também se referem aos licenciados para o exercício profissional (registrados no Sistema Cofen/Conselhos Regionais), significando superestimativa (PIRES; LORENZETTI; FORTE, 2015).

Maior densidade de trabalhadores da saúde amplia a possibilidade de cobertura sanitária, e a disponibilidade de força de trabalho mais qualificada melhora os resultados do trabalho em saúde. Alguns estudos internacionais e no país sinalizam neste sentido.

Dentre estes estudos estão os que analisaram o impacto da ESF nos indicadores de saúde confirmando o declínio da mortalidade infantil, da desnutrição infantil e das taxas de internação hospitalar (TEIXEIRA et al., 2013; BRASIL, 2009). O de Aiken e colaboradores (2014), já mencionado, mostrou que quanto maior é a sobrecarga de trabalho da Enfermagem (relação número de pacientes/Enfermagem) e menor a escolaridade (nível educacional) maior é a mortalidade no ambiente hospitalar. Ainda em relação à atenção hospitalar, estudos mostram a relação entre carga de trabalho, formação adequada e qualidade da assistência. Déficits em número e qualificação dos profissionais de Enfermagem implica em aumento de erros na administração de medicamentos, aumento das taxas de infecção, desenvolvimento de úlcera de pressão, entre outros que impactam na segurança do paciente (PRAXEDES; TELLES FILHO, 2011; ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVABRASILEIRA, 2013).



### 1.1.3 Proteção legal do trabalho da Enfermagem: algumas lutas

Ao longo dos anos, diversas lutas foram travadas pela profissão para garantir a proteção do agir profissional com qualidade e segurança. Dentre elas destacam-se as pautas relacionadas:

#### **Jornada de Trabalho**

A luta da Enfermagem pela regulamentação da jornada de trabalho é emblemática. Há 56 anos a profissão vem pleiteando a definição legal da jornada de trabalho. Neste processo são marcos significativos:

- a) O veto ocorrido na primeira lei de regulamentação do exercício profissional da Enfermagem, a Lei 2.604 de 1955, no artigo que estabelecia a jornada máxima de 30 horas semanais.
- b) No período recente, a Enfermagem brasileira vem lutando no Congresso Nacional, há 16 anos, pela aprovação do projeto de lei originário do Senado, PLS 161/1999, e que tramitou na Câmara Federal como PL2295/2000. O projeto emenda a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - Lei 7.498/1986 - estabelecendo que a jornada de trabalho dos profissionais legalmente habilitados para exercer a profissão (enfermeiros/as, técnicos/as, auxiliares de Enfermagem e parteiras) é de no máximo de 30 horas semanais e 06 horas diárias.
- c) O referido projeto, desde março de 2009, encontra-se, na pauta, entre os prioritários para votação no plenário da





Câmara Federal. Sendo necessário, apenas a sua inclusão na ordem do dia para ser aprovado e então, ser sancionado pelo/a Presidente da República.

d) No ano de 2012, o PL 2295/2000 entra na ordem do dia para votação em plenário, porém a seção foi encerrada por falta de quórum.

### **Salário e Aposentadoria**

Em relação a salário, a categoria não dispõe de piso definido em lei. As mobilizações pela aprovação do projeto 2295/2000 também impulsionaram a tramitação do Projeto de Lei 4.924-A/2009, de iniciativa do Deputado Mauro Nazif (PSB- Roraima), contudo o projeto foi arquivado no encerramento da legislatura. No ano de 2015 o Deputado André Moura (PSC/SE) apresentou o Projeto de Lei 459/2015 estabelecendo o piso salarial de R\$ 7.880,00 (sete mil, oitocentos e oitenta reais) ao enfermeiro, R\$ 3.940,00 ao técnico de Enfermagem e R\$ 3.152,00 ao auxiliar de Enfermagem, reajustados no mês de publicação da lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC.

No que diz respeito à aposentadoria, não conta com nenhum reconhecimento legal da necessidade de aposentaria especial.

### **Formação à distância**

A partir da problemática discutida anteriormente, no ano de 2015 o Deputado Federal Orlando Silva (PCdoB/SP) apresentou PL 2891/2015 que proíbe de formação à distância para profissionais de Enfermagem. A proposição da referida Lei foi



defendida pelos representantes das Entidades de Enfermagem após constatação em inspeção in loco de condições precárias na oferta de cursos de graduação em Enfermagem à distância.

### **Descanso para a Enfermagem**

Com a necessidade de se estabelecer condições dignas para o descanso dos trabalhadores de Enfermagem, no ano de 2015 o senador Valdir Raupp (PMDB/RO) apresentou o Projeto de Lei do Senado 597. O projeto tramitou e foi aprovado pelo Senado e agora segue para tramitação na Câmara dos Deputados. E na Assembléia Legislativa de Santa Catarina por solicitação do Coren/SC tramita o Projeto de Lei 0055.5/2016 que dispõe sobre as condições adequadas de convivência e repouso ofertadas aos profissionais de Enfermagem e parteiras nas instituições de saúde, públicas e privadas. De autoria de deputada Ana Paula Lima, o Projeto foi aprovado essa semana na Comissão de Constituição e Justiça e seguiu para análise da Comissão de Finanças

### **Educação Permanente**

No ano de 2012 a Deputada Federal e Enfermeira Rosane Ferreira (PV/PR) apresentou o Projeto de Lei 4868/2012 que tratava do oferecimento de 40 horas anuais de educação continuada a serem promovidas pelas instituições de saúde para todos os profissionais de Enfermagem. Assim como o projeto de lei do piso salarial este projeto foi arquivado por encerramento da legislatura em 2014, sendo reapresentado com alterações, pela Deputada Federal e Enfermeira Carmen Zanotto (PPS/SC) PL 055/2016. Reconhecendo a gama de tecnologias e novos



conhecimentos na área da saúde presentes nos cenários de prática.

#### **1.1.4 Distorções no agir ético profissional**

De acordo com a Sociologia das Profissões, uma das características de uma profissão é ser desenvolvida por indivíduos com vocação e regidos por um código de ética (PIRES, 2009). No caso da Enfermagem, o Código de Ética dos Profissionais que estabelece regras o agir cotidiano foi aprovado pela Resolução Cofen 311/2007.

Ao longo dos anos, com base nos dados de Schneider (2010) e dados do Conselho Regional de Enfermagem (2016), percebe-se que o agir ético do profissional de Enfermagem vêm se tornando tema de extrema relevância para trabalhadores, instituições e usuários dos serviços de Enfermagem.

Nos anos 2000, em Santa Catarina a média anual de denúncias oferecidas contra profissionais de Enfermagem estava em torno de 23, sendo que destas, 61% evoluíam para processos éticos. Após a regulamentação do novo Código de Ética em 2007, que tornou mais claros os direitos, deveres, responsabilidades e proibições do profissional a média anual (2010 a 2014) subiu para 54 denúncias ao ano. Em 2015 foram 81 denúncias.

Em geral, o Enfermeiro é o profissional que recebe maior número de denúncias e estão relacionadas a responsabilidade legal prevista na Lei 7.498/86 e a permissão de pessoas não habilitadas exercerem atividades de Enfermagem (SCHNEIDER, 2010).



No que diz respeito aos motivos que levam a abertura de processos éticos destacam-se as iatrogenias (ações de descuido) cometidas pelos trabalhadores, o exercício ilegal da profissão e os problemas nas relações interpessoais. A partir da ampliação do acesso à internet, têm assumido relevância os casos de exposição (institucional, pessoal e de usuários) em redes sociais.

Considerando-se que a maioria dos fatos que dão origem a processos éticos podem ser evitados, reforçamos a ideia de que estes debates na formação profissional (nível médio e graduação) e na educação permanente são o caminho para o aprimoramento profissional e para um agir ético, seguro e de qualidade.

## 2. ONDE ESTAMOS

Neste capítulo constam algumas reflexões sobre a situação da profissão, no sentido de contribuir com o debate e para a elaboração de propostas e estratégias de superação dos principais problemas e conquista da valorização que a Enfermagem precisa e merece. Para iniciar cabem algumas considerações:

- No ciclo vital das pessoas haverá sempre momentos em que a atuação oportuna e humana dos serviços de saúde é indispensável, em especial, nas situações de nascimentos e mortes, de dor, sofrimento, dificuldades de comunicação, traumas, transtornos físicos e mentais e condições diversas de mal estar biopsicosocial, manifestas em condições agudas e crônicas de agravos à saúde. A não atuação



- adequada dos serviços de saúde gera perdas e sofrimentos humanos irreparáveis.
- O papel da Enfermagem no desempenho dos serviços de saúde é de grande relevância, estando, em geral, ao seu encargo, além da assistência de Enfermagem em si, a organização, manutenção e coordenação das operações de funcionamento de diversos ambientes terapêuticos. Exerce a articulação do trabalho dos diversos profissionais de saúde e tem forte responsabilidade na disponibilização dos materiais assistenciais necessários. Constitui-se no grupo profissional preponderante no atendimento cotidiano aos mais de 152 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente do SUS e aos cerca de 50 milhões que utilizam planos ou seguros privados de saúde. Desde o acolhimento em todas as unidades da rede de serviços até os tratamentos mais complexos a Enfermagem tece os fios das linhas de cuidados, assistindo, gerenciando e orientando. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Enfermagem é responsável por 60 a 80% do total das ações na atenção básica e de aproximadamente 90% das ações de saúde em geral.
  - Este protagonismo da Enfermagem implica em grandes desafios para o presente e futuro da profissão, ou seja, a conquista de uma maior valorização profissional deve ser acompanhada ou precedida, de um forte compromisso com a prestação de cuidados de Enfermagem seguros e de qualidade para as pessoas, famílias e comunidades



- em todos os serviços.
- A insatisfação dos brasileiros com os serviços de saúde tem crescido, tornando-se, a partir de 2006, a principal queixa ou problema para a população. Os brasileiros têm a expectativa e reivindicam uma resposta efetiva de todos os atores envolvidos: governos, trabalhadores de saúde, setor privado de saúde, ONGs e entidades representativas da sociedade civil (LORENZETTI et al, 2014).
  - O SUS é uma grande conquista da luta democrática no Brasil. Os avanços são significativos. Porém, está claro que o SUS está longe de estar consolidado. O atendimento da expectativa e anseio da população de uma transformação positiva da saúde no País é a concretização prática e efetiva dos princípios e diretrizes do SUS: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Controle Social.
  - Qual o papel da Enfermagem na insatisfação da população com os serviços de saúde no Brasil? E, principalmente, qual o papel que a Enfermagem pode e deve desempenhar na perspectiva de serviços de saúde que atendam as expectativas e necessidades dos brasileiros?

A principal síntese é a constatação de que a Enfermagem está muito abaixo da valorização que a profissão tem direito. Quais as causas? Quais prioridades da profissão para transformar positivamente esta realidade? Parece que a resposta a estas questões são o essencial do sentido destas conferências.



A análise das dificuldades da Enfermagem e as necessidades prioritárias para dias melhores para a profissão não é uma tarefa nova e muito menos simples.

A seguir, apresentamos algumas ideias e pistas para apoiar o debate coletivo, de onde deve emergir indicações sólidas que aglutinem os trabalhadores da Enfermagem.

Estruturamos esta análise em áreas ou dimensões, mas não são departamentos estanques, são aspectos interdependentes e integrados, um roteiro para auxiliar nos debates.

## ***2.1 Dimensão Cuidado/Assistência***

Em grande medida, a prática assistencial da Enfermagem ainda é médico dependente, mesmo que isto pareça duro demais. Faz-se necessário acelerar a centralidade dos cuidados nas necessidades assistenciais dos usuários e no compromisso com cuidados seguros e de qualidade em todos os serviços.

As ferramentas para um exercício mais autônomo e interdependente com os demais profissionais de saúde já existem. A grande questão é por que são pouco colocadas em prática. Como destaque destas ferramentas podemos citar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a aplicação cotidiana de indicadores de qualidade da assistência, incluído a medida da satisfação dos usuários com os cuidados recebidos e, entre outras, o uso sistemático de instrumentos de classificação da assistência requerida pelos usuários nos diversos serviços.



## 2.2 Dimensão Gestão dos Serviços

O subfinanciamento e a gestão são considerados dois macro problemas da saúde no Brasil e no mundo.

A Gestão Participativa (GP) constitui-se em concepção de gestão que vem ganhando uma ampla adesão no mundo das organizações e serve de referência para vários instrumentos da administração contemporânea. As características do trabalho em saúde, interdisciplinar, multiprofissional e de inclusão do usuário, comunidade e sociedade como protagonistas indicam e reforçam a GP como a concepção necessária. Porém, observa-se que este princípio tem grande aceitação teórica, mas ainda, uma baixa aplicação no setor saúde.

A Enfermagem exerce forte papel na gestão dos serviços de saúde, em geral, está responsável pelos ambientes terapêuticos em todas as áreas operacionais do atendimento em saúde. A profissão convive com o forte desequilíbrio entre a enorme tarefa de gestão nas pontas dos serviços e pouca presença ou influência no topo das organizações e no poder decisório estrutural no sistema e políticas de saúde.

Constitui-se em desafio internacional prioritário da Enfermagem a construção de ambientes de prática positivos e favoráveis como base para cuidados seguros e de qualidade. Dispor de ambientes de prática favoráveis e positivos implica, além de equipes adequadas, uma gestão coerente para o alcance de um ambiente agradável, seguro e com profissionais satisfeitos e eficientes.

Observa-se que as unidades assistenciais no Brasil estão, em





geral, distantes desta realidade desejada. Convivem com ausência ou pouco planejamento global, dificuldade de coordenação do conjunto dos processos assistenciais e administrativos, inexistência de práticas cotidianas de classificação das necessidades de cuidados dos usuários e a correlata indicação do dimensionamento dos profissionais de Enfermagem necessários. Convivem, ainda, com pouca ou inexistência sistemática de mensuração do desempenho assistencial e administrativo, problemas de comunicação e falta de instrumentos de gestão participativa sustentadas.

As enfermeiras são as gestoras dos ambientes de prática, assim, são desafios prioritários: a capacitação permanente no domínio dos instrumentos de gestão, em especial nos participativos, tais como, planejamento participativo, trabalho em equipe, liderança democrática, desenvolvimento e uso de novas tecnologias e entre outros, aplicação sistemática da avaliação da qualidade assistencial com envolvimento dos usuários. A Gestão Participativa constitui-se em um modo de gestão compartilhada que incorpora o desafio da contribuição para o desenvolvimento de sujeitos mais livres, autônomos e satisfeitos no trabalho. Mas, que ao mesmo tempo, através do incentivo coletivo à responsabilização não negligencia os resultados e a qualidade do trabalho. A liderança democrática e o trabalho em equipe são elementos chaves e componentes indispensáveis para uma gestão participativa.

Destacamos os desafios da liderança participativa, do trabalho em equipe e da inovação tecnológica:



a) Na gestão compartilhada os processos de trabalho necessários para o alcance de determinados resultados são pensados, organizados, executados e avaliados de forma cooperativa, em que a liderança cumpre um papel de coordenação baseada na confiança, motivação, credibilidade, parceria, apoio, conhecimentos e habilidades sobre o trabalho a ser desenvolvido e os objetivos a serem alcançados. Na ótica da GP a liderança desejada envolve muito mais do que a capacidade de inspirar e motivar pessoas na direção de um propósito comum e implica, dentre outros, nos seguintes aspectos adicionais: dinâmica de trabalho com a construção de acordos coletivos que devem ser respeitados; planejamento participativo aglutinador e com uma sistemática de avaliação, ajustes e replanejamento; comprometimento com objetivos comuns; valorização de instâncias coletivas decisórias regulares; implementação de um ambiente de respeito e consideração pelas pessoas como sujeitos singulares e criação de mecanismos de desenvolvimento profissional e pessoal dos membros do grupo.

b) O trabalho em grupo ou em equipe é parte essencial da dinâmica operacional da gestão participativa. O trabalho em equipe na perspectiva de “equipe integração” e não “equipe agrupamento”, no sentido formulado por Peduzzi (2001). A “equipe agrupamento” é a justaposição de ações e profissionais e a “equipe integração” a articulação das ações e a interação comunicativa em ação para o alcance de um projeto comum.

c) Mesmo antes da emergência da medicina moderna e da institucionalização da profissão de Enfermagem foram desenvolvidas tecnologias de impacto como a quarentena nas



epidemias e a reorganização dos hospitais promovida por *Florence Nightingale*. A partir de meados do século XIX os avanços das ciências da saúde promovem um processo permanente de descobertas e aplicações de novas tecnologias, desde a anestesia para a realização de cirurgias, a radiografia, a identificação de agentes patológicos microscópicos, a descoberta e o uso de penicilina, até os robôs cirúrgicos, vacinas, próteses, órteses, exoesqueletos, implantes, transplantes e tecnologias avançadas de apoio diagnóstico e os novos medicamentos dos dias de hoje. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) estão conformando um amplo campo de desenvolvimento e aplicação na área da saúde, onde se pode destacar três pólos: suporte à gestão em saúde, empoderamento dos usuários e a possibilidade de itinerários terapêuticos integrados e atualizados, com impacto positivo na proteção, prevenção, promoção, recuperação da saúde e maior longevidade e melhor qualidade de vida na convivência com os agravos crônicos. As TIC na saúde já recebem uma ampla identidade de saúde eletrônica, *eHealth*, com sub áreas como, *mHealth* (*mobile*), *TeleHealth*, *Telemonitoring*, *ePatient*, *eDoctor*, *HIS* (*hospital information system*), *PACS* (*picture archiving and communication system*) e *EHR* (*eletronic health record*). As TIC na saúde devem ser vistas como ferramentas que podem impulsionar a democratização do acesso e serviços de qualidade em grande escala, desde que, haja um sistema de saúde efetivamente comprometido com as necessidades da população e que a saúde ocupe a prioridade merecida. O que, só é possível, com um sistema público nacional como o projeto do SUS. As TIC e as inovações e tecnologias em saúde apresentam novas possibilidades e



oportunidades de atuação profissional para a Enfermagem. O desafio, na atualidade, é a formulação, construção e implementação de tecnologias que favoreçam a prática de cuidados seguros e de qualidade para as pessoas. A informação está na agenda prioritária das políticas de saúde em todo o mundo. Um foco relevante neste campo é a construção de Registros Eletrônicos de Saúde (RES), prontuários eletrônicos individuais e de uso integrado em todos os serviços e acessível aos respectivos usuários. O RES (EHR) é considerado um recurso estratégico para a qualidade e segurança dos cuidados, facilitador chave para a integração dos diversos serviços, empoderamento dos usuários que podem interagir em tempo real com suas necessidades e atendimentos e fator de maior eficiência e produtividade para os sistemas de saúde.

### **2.3 Dimensão Formação/Capacitação**

Nesta dimensão destacamos tópicos que consideramos prioritários:

- a) A proibição de Cursos de Graduação de enfermeiros e de técnicos de Enfermagem na modalidade “A distância”.
- b) Construção de um grande projeto nacional visando conter a formação de novos Auxiliares de Enfermagem e a oportunidade de capacitação para os atuais migrarem para Técnicos de Enfermagem, consolidando-se uma equipe nuclear de Enfermagem composta por enfermeiros e técnicos de Enfermagem.
- c) Implantação, ampliação e consolidação de uma Programa



Nacional de Residência em Enfermagem para uma melhor capacitação para a prática profissional e alternativa de especialização.

d) Implantação, ampliação e consolidação de um Programa Nacional de Mestrados e Doutorados Profissionais em Enfermagem para a formação de quadros para uma prática avançada de assistência de enfermagem à população.

## ***2.4 Dimensão Condições de Trabalho***

As condições de trabalho ou a falta destas, talvez seja a face mais expressiva da baixa valorização da profissão.

A atuação da Enfermagem tem ocupado um espaço destacado na agenda internacional de saúde, devido à escassez de profissionais, déficit de qualificação e falta de adequadas condições de trabalho. Um conjunto de pesquisas e estudos, em especial, nos Estados Unidos da América e na Europa, tem revelado esta dramática situação e demonstrado que existe uma correlação direta entre pessoal de Enfermagem em quantidade adequada, melhor formação e ambientes de trabalho favoráveis, com a obtenção de redução da mortalidade, de eventos adversos e melhor desempenho em cuidados seguros e de qualidade na rede de serviços de saúde. No Brasil, uma grande quantidade de estudos e pesquisas mostram as condições desfavoráveis para a prática de Enfermagem, com forte incidência de desgaste dos trabalhadores devido à sobrecarga de trabalho, baixos salários, adoecimento e sofrimento no trabalho, gerando absenteísmo, insatisfação, desânimo e evasão profissional, com reflexos



negativos diretos na segurança e qualidade do atendimento à população. A “ponta do iceberg” são os casos de danos graves, omissão de assistência e perdas de vidas tornados públicos pela grande imprensa, que não analisa e informa as verdadeiras causas desta triste realidade.

No Brasil, dentre as profissões de saúde que tem presença na maioria dos serviços, a Enfermagem é a única, repita-se, a única que não tem uma jornada de trabalho, regulamentada em lei nacional, inferior a 44 horas semanais para todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem (médicos, dentistas, técnicos em radiologia, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos – tem jornada regulamentada em 20 ou 30 horas semanais). As duas vezes que o Congresso Nacional aprovou uma jornada de trabalho de 30 horas semanais para os trabalhadores de Enfermagem, a sua implementação foi vetada por Presidentes da República (1955 e 1995).

Além da falta de uma jornada de trabalho adequada ao seu trabalho, a Enfermagem também não possui nenhum amparo legal que preveja um piso salarial nacional e um plano unificado de carreira para que as mínimas condições de trabalho estejam garantidas no SUS e nos milhares de serviços de saúde públicos e privados do Brasil.

## ***2.5 Dimensão Corporativa***

As causas da crítica situação da Enfermagem no Brasil são externas, pela pouca consciência da sociedade sobre seu valor para a saúde e, internas, pela incapacidade de elaborar e



implementar um projeto nacional de valorização devido à sua desunião corporativa. Quase 2 milhões de trabalhadores de Enfermagem no Brasil não conseguem dar visibilidade e conquistar dignidade adequada para a essencialidade do seu trabalho. Os médicos formam uma categoria de menos de 400 mil profissionais, no entanto, pela sua força corporativa dominam o cenário da saúde no País. Não se trata de diminuir o valor dos médicos, trata-se um equilíbrio com maior justiça para a Enfermagem. Mas, este equilíbrio e justiça não virá por concessão, será por luta ou não haverá conquistas e melhorias substanciais.

Será que a iniciativa de realização destas Conferências da Enfermagem em Santa Catarina pode significar uma energia coletiva mobilizadora para conquistas estruturais como foi a emergência do Movimento Participação nos anos 1980? Tomara que sim.

### **3. PARA ONDE QUEREM IR OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM?**

É atribuída ao filósofo, escritor, mestre, senador, magistrado da justiça criminal no Império Romano, Sêneca (04 a.C a 65 d.C), a célebre frase "Nenhum vento sopra a favor de quem não sabe para onde ir". Nos parece importante a mesma, pois colabora na compreensão da necessidade que temos de pensar nosso futuro enquanto profissionais de Enfermagem, integrados à grande área de saúde. Razão pela qual, estas Conferências de Enfermagem jogam um importante papel enquanto cenário construtor de propostas e de articulação de forças e instituições.



É preciso criar uma agenda que seja propositiva internamente à profissão e, externamente à sociedade. Ambos, profissão e sociedade, devem ter clareza do que a Enfermagem quer para os próximos vinte ou trinta anos. Porém, sem sombra de dúvidas, pensar nosso futuro não tem sido fácil para os nossos profissionais que, em função de uma série de afazeres, muitas vezes, não se lhe é dado, espaço para poder refletir. Assim, criar um ambiente reflexivo, a partir das diversas organizações da Enfermagem, nos parece ser o caminho para que possamos, de fato, construir uma profissão mais competente, autônoma e valorizada por sua articulação social.

Tais assertivas alicerçam a necessidade de construirmos um planejamento articulado sobre o que queremos, principalmente, compreendendo todas as facetas de nossos níveis profissionais e, também, institucionais. É preciso que os profissionais e os representantes de organizações da profissão rompam com os limites institucionais para de fato, criarem o ambiente propício ao alto debate sobre a profissão.

É importante a defesa e implementação de um amplo programa de Educação Permanente, para que a Enfermagem se empodere e possa dar respostas a suas questões profissionais. É preciso preparar os profissionais e, portanto, a própria profissão, pois sem um investimento forte em formação, pouco cresceremos ao nosso escopo profissional.

Criar espaços dialógicos para profissionais e organizações, que permitam refletir sobre os diversos componentes que compõe nossa prática profissional é algo se surge como essencial. Desta forma, uma agenda de eventos que tenha por objetivo central





É preciso criar uma agenda que seja propositiva internamente à profissão e, externamente à sociedade. Ambos, profissão e sociedade, devem ter clareza do que a Enfermagem quer para os próximos vinte ou trinta anos. Porém, sem sombra de dúvidas, pensar nosso futuro não tem sido fácil para os nossos profissionais que, em função de uma série de afazeres, muitas vezes, não se lhe é dado, espaço para poder refletir. Assim, criar um ambiente reflexivo, a partir das diversas organizações da Enfermagem, nos parece ser o caminho para que possamos, de fato, construir uma profissão mais competente, autônoma e valorizada por sua articulação social.

Tais assertivas alicerçam a necessidade de construirmos um planejamento articulado sobre o que queremos, principalmente, compreendendo todas as facetas de nossos níveis profissionais e, também, institucionais. É preciso que os profissionais e os representantes de organizações da profissão rompam com os limites institucionais para de fato, criarem o ambiente propício ao alto debate sobre a profissão.

É importante a defesa e implementação de um amplo programa de Educação Permanente, para que a Enfermagem se empodere e possa dar respostas a suas questões profissionais. É preciso preparar os profissionais e, portanto, a própria profissão, pois sem um investimento forte em formação, pouco cresceremos ao nosso escopo profissional.

Criar espaços dialógicos para profissionais e organizações, que permitam refletir sobre os diversos componentes que compõe nossa prática profissional é algo se surge como essencial. Desta forma, uma agenda de eventos que tenha por objetivo central



desvelar as diversas práticas de Enfermagem, bem como, todos os gargalos que tenhamos para atuar profissionalmente, poderia constituir-se em espaço central de apropriação de ideias e proposições profissionais.

A Enfermagem Brasileira deve muito a um movimento social que criou diversas ações que visavam à transformação do papel político da Associação Brasileira de Enfermagem, na década compreendida entre 1980-1990 e, que foi objeto de tese doutoral de Albuquerque (2001). No mesmo ano, através de um artigo científico Albuquerque, Pires (2001, p.177-178), apontaram algumas características necessárias àquela organização. Porém, no presente texto, é importante resgatar alguns excertos para que sirva de reflexão e possam dar indicativos à construção de uma prática política, diferenciada, no tocante às organizações profissionais, associativas, sindicais e conselhistas. O formulado como diretrizes do Movimento Participação (MP) para a ABEn são indicativos atuais para as organizações de Enfermagem. A entidade deveria ser

1) **Democrática**, seja pela ampliação do número de associados, incluindo estudantes e todos os profissionais da Enfermagem, seja mudando a sua estrutura organizativa de modo a propiciar a participação dos associados na formulação das políticas de atuação e gestão da entidade.

2) Fortalecida institucionalmente e interlocutora de toda a categoria de Enfermagem, **encaminhando-se para a constituição de uma entidade unitária da Enfermagem** que representasse a profissão na sociedade;



- 3) Que tivesse visibilidade social com caráter classista, no sentido de articulação política com os demais trabalhadores, participando da luta de todos os trabalhadores, estudantes e movimentos organizados, com vistas a: a) conquista e preservação de direitos individuais e coletivos, pela livre organização sindical e dos direitos trabalhistas [...]; b) participação no movimento sindical representando a Enfermagem [...] e, defendendo uma Entidade Unitária que representasse a Enfermagem na sociedade; c) [...]; d) consolidando espaços para a Enfermagem exercer cargos de Direção, eleitos pela base da categoria profissional;
- 4) Que atuasse de forma independente e autônoma, diante das ingerências de patrões, governos, partidos políticos e dos interesses do capital industrial do setor saúde, agindo apenas no interesse de seus associados.

As nossas organizações profissionais, poderiam, com este escopo acima, instituir de forma objetiva e imediata, uma espécie de **“Entidade Unitária da Enfermagem”**, onde haveria **pautas conjuntas a serem encaminhadas solidariamente**. Poderiam começar com a construção de um **Planejamento Estratégico da Profissão de Enfermagem**, que poderia ter como objetivo norteador o estabelecimento do **Projeto Político Profissional da Enfermagem Brasileira (PPPEB)**, a partir dos diversos estudos e documentos existentes nos arquivos daquelas organizações, visando compor um escopo de ações coletivas e próprias de cada organização, para a próxima década. O monitoramento deste se daria sob responsabilidade da **“Entidade Unitária”**.



Pensar nosso processo de formação significa **rever, urgentemente, as Diretrizes Nacionais Curriculares dos Cursos de Nível Médio e Superior de Enfermagem (DCN), adequando-os às novas realidades**, compreendendo os ambientes de práticas e/ou teórico-práticas que possibilitem à aquisição de competências e habilidades para a formação de profissionais comprometidos e competentes. No campo da educação é fundamental continuarmos a lutarmos **contra a Educação a Distância (EAD) em 100% para qualquer Curso de formação de profissionais em saúde e**, em especial, na Enfermagem. Além disto, é preciso lutar para cassar as autorizações de funcionamento que foram concedidas ao arrepio das DCN, na área de Enfermagem.

Importante observar que se somos, realmente, mais de 50% dos profissionais que atuam nas diversas instituições de saúde, porque temos pouca representação nos demais campos que articulam com o setor saúde? Talvez, pelo fato de que a forma de fazer o que fazemos não nos permite refletir sobre este todo. Daí a pouca vocação de valorização interna dos próprios profissionais de Enfermagem a seus colegas. Esta questão precisa ser enfrentada, pois se damos pouca importância ao que fazem/fazemos, como poderemos ter o reconhecimento que esse trabalho merece? **Criar, portanto, uma cultura de respeito interno aos demais colegas e a suas produções nos parece um bom caminho para fortalecermos uma aliança interna na profissão.** Necessário se faz a criação de um novo status quo profissional, sem desconsiderar as alianças necessárias junto aos demais profissionais da saúde e, também, da própria sociedade.

Ainda no campo profissional, é necessário qualificarmos os



instrumentos que possam colaborar na mensuração do quantum de técnicos de Enfermagem, auxiliares de Enfermagem e enfermeiros devam estar presentes para a realização das diversas atividades, baseadas em critérios claros que envolva a classificação dos usuários a serem atendidos, sem desconsiderar as condições de trabalho existentes. Assim, **viabilizar um dimensionamento quantitativo e qualitativo de profissionais de Enfermagem, nas organizações é condição primeira para um cuidado qualificado.** A par disto, as estruturas sindicais, associativas e do Conselho Regional de Enfermagem, devem agir em todas as instâncias exigindo o cumprimento dos requisitos adotados em normas legais e/ou infra legais.

A continuidade da luta de todos os profissionais de Enfermagem pela aprovação do **Projeto de Lei 2295/2000, que trata da Jornada Semanal de Trabalho em 30 horas semanais e o Projeto de Lei 459/2015 que trata da remuneração mínima a ser recebida por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem,** deve ser empreendida com muita segurança. Trata-se de uma dívida dos diversos governos com nossa profissão. Até hoje, 2016, não temos um cenário favorável nestas duas lutas emblemáticas. Cabe ao conjunto de nossas organizações pautarem estes como lutas essenciais dentro do Projeto Político Profissional da Enfermagem Brasileira, mas, principalmente, é fundamental ter consciência de que só conquistaremos estes direitos com uma grande mobilização nacional. Também, temos que assegurar a aprovação do: a) **Projeto de Lei do Senado 597, que cria as condições dignas para o descanso da Enfermagem,** nas instituições de saúde; e, b) **Projeto de Lei 055/2016, que objetiva propiciar educação continuada a**



serem promovidas pelas instituições de saúde para todos os profissionais de Enfermagem.

Articuladamente, os profissionais de Enfermagem deveriam somar com os demais profissionais de saúde e a população, na **defesa incondicional do Sistema Único de Saúde**, ameaçado ante a crise econômica e política da qual vive o Brasil, nos dias atuais. Se antes tínhamos a incansável luta para manter os valores conquistados para a manutenção do mesmo, hoje a luta deve ser por sua própria sobrevivência, como política pública essencial aos brasileiros. **É preciso a Enfermagem estar e fazer-se presente na defesa da maior política pública brasileira, o SUS.**

A **Segurança do Paciente** é um programa fortemente defendido por diversas organizações profissionais e de usuários, deveria ser o grande eixo articulador da profissão em todos os campos do conhecimento na aplicação do cuidado de Enfermagem. Este por sua vez, amparado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem, seria o centro das atenções no campo da formação e das políticas públicas. **Valorizar o cuidado de Enfermagem** é valorizar os profissionais de Enfermagem.

Estabelecer uma **rotina de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina em atuação, conjunta às demais organizações da profissão e dos profissionais de saúde**, nas instituições de saúde apontaria o caminho da unidade institucional na defesa da qualidade da prestação dos serviços de saúde, em processos de trabalho interdisciplinares.

O que apontamos neste documento são pistas singelas que indicamos ao debate nas Conferências de Enfermagem e que conformarão até a Etapa Estadual os demais caminhos que



teremos que percorrer para a construção do Projeto Político Profissional da Enfermagem Catarinense.

## REFERÊNCIAS

AIKEN, L.H. et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. v. 383, n. 9931, p. 1824-1830, 2014. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2962631-8/abstract>> Acesso em 24 jan. 2015.

ALBUQUERQUE, G. L. **O Movimento participação na Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina, na visão de suas principais lideranças** (Tese). Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis; s.n; dez. 2001. 232f.

ALBUQUERQUE, G. L., PIRES, D. E. P. (2001). **O movimento participação (MP): uma contribuição à história da enfermagem brasileira**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 54(2), 174-184. Disponível em <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672001000200003>> Acesso em 23 de jun 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEN). **Carta de Belém para a educação em enfermagem brasileira**. *Rev. bras. enferm.* v.65, n.4, p. 696-698, Jul/Ago. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEN). CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM(COFEN). **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983**. Rio de Janeiro: Cofen, 1985.

\_\_\_\_\_. **Força de trabalho em enfermagem**. O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983. Brasília: ABEn/Cofen, 1985.



ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Profissionais de enfermagem de UTIs afirmam: quanto menor o número de profissionais de enfermagem, maiores são as chances de ocorrer erros na assistência prestada.** 2013. Disponível em: <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/profissionais-de-enfermagem-de-utis> Acesso em: 17/06/2016.

ALAMEDINE, M. et al. A narrative review on the effect of economic downturns on the nursing labour Market: implications for policy and planning. **Israel Journal of Health Policy.** n. 10, v.23, p. 1-7, 2012. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/10/1/23>. Acesso em: 02 ago. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 1988.

BRASIL. **Departamento de Informática do SUS.** Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp). Acesso em: 28 mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Cursos técnicos com mais matrículas em 2009 no Brasil.** Disponível em: [http://sitesistec.mec.gov.br/images/arquivos/pdf/cursos\\_tnicos\\_no\\_brasil\\_e\\_estados.ttulo.pdf](http://sitesistec.mec.gov.br/images/arquivos/pdf/cursos_tnicos_no_brasil_e_estados.ttulo.pdf). Acesso em: 11 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001** Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> Acesso em 29 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **RESOLUÇÃO Nº 4, DE 6 DE ABRIL DE 2009** [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004\\_09.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf) Acesso em 29 jun. 2016.





BUCHAN, J.; O`MAY, F.; DUSSAULT, G. Nursing workforce policy and the economic crisis: a global overview. **Journal of advanced nursing**. n. 3, v. 45, p. 298 - 307, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23656542>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

CAMARGO, R.A.A.; ARAÚJO, A.J.; BRAGAGNOLLO, G.R.; GÓES, F.S.N; FERRAI, M.D. **Panorama da educação profissional de nível médio em enfermagem no Brasil**. Relatório (Iniciação Científica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, **Mapa da Enfermagem**. Disponível em: <[http://www.corensc.gov.br/iframe/mapa\\_coren/](http://www.corensc.gov.br/iframe/mapa_coren/)>. Acesso em 02 jun 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, **Estatísticas**. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em 02 jun 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em 02 jun 2016.

GFKVEREIN. **Trust in Professions 2016**. Disponível em <[http://www.gfk.com/fileadmin/user\\_upload/dyna\\_content/GB/documents/Press\\_Releases/2016/Trust\\_in\\_Professions\\_2016\\_Sweden\\_EN.pdf](http://www.gfk.com/fileadmin/user_upload/dyna_content/GB/documents/Press_Releases/2016/Trust_in_Professions_2016_Sweden_EN.pdf)> Acesso em 02 jun 2016.

MEIRELLES, D.S. O Conceito de Serviço. **Revista de Economia Política**. v. 26, n.1, p. 119-136, janeiro-março, 2006.

FERNANDES, J. D. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, E. et al. (Orgs). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: INEP, 2006.



GLOBO. **Enfermagem lidera ranking de carreiras que podem mudar o mundo**, 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/concursos-e-emprego/noticia/2013/09/enfermagem-lidera-ranking-de-carreiras-que-podem-mudaro-mundo.html>>. Acesso em 06 jun., 2016.

LORENZETTI J. "PRAXIS": tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares [tese]. Florianópolis: UFSC; 2013. 265p.

LORENZETTI J; LANZONI GMM; ASSUITI LFC; PIRES DEP; RAMOS FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. Texto & contexto enferm. 2014 abr/jun; 23(2):417-25.

MAGALHÃES, A.M.M.; RIBOLDI, C.O.; DALL'AGNOL, C.M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev Brás enferm.** v. 62, n. 4, p. 608-612, 2009.

MURRAY, T. A.; POLE, D. C.; CIARLO, E. M.; HOLMES, S. A nursing workforce diversity project: strategies for recruitment, retention, graduation and NCLEX-RN success. **Nursing education perspectives.** v. 37, n.3, p. 138-143. Disponível em: <[http://journals.lww.com/neponline/Fulltext/2016/05000/A\\_Nursing\\_Workforce\\_Diversity\\_Project\\_\\_Strategies.5.aspx](http://journals.lww.com/neponline/Fulltext/2016/05000/A_Nursing_Workforce_Diversity_Project__Strategies.5.aspx)>. Acesso em 06 jun. 2016.

NAÇÕES UNIDAS. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: os objetivos para o desenvolvimento do milênio.** 2015. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

OPRS/OMS. Observatorio Regional de Recursos Humanos em Salud. **Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes 2014.** [acesso em 14 de abril de 2015]. Disponível em: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>



OLIVEIRA, J.S.A.O. **Tendências do mercado de trabalho de enfermeiros/as:** um estudo no nordeste brasileiro. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a glance 2013:** OECD Indicators. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance.html>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health workforce policies in OECD countries:** right jobs, right skills, right places. March 2016. Disponível em: <<https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-workforce-policies-in-oecd-countries-Policy-brief.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Observatorio Regional de Recursos humanos em salud. Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes.** Disponível em: <<http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PIRES, D.E.P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde.** 2 ed. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS, 2009.

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; FORTE, E. C. N. Condições de trabalho, requisito para uma prática de enfermagem segura. In: VALE, E. G.; PERUZZO, A. S.; FELLI, V. E. A. (Orgs.). **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 4.** Porto Alegre: Artmed Panamericana/ Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 2015. p. 35-67.

RIGOLI, F., ROCHA, C.F.; FOSTER, A.A. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. **Rev.latino-am.enferm.** v. 14, n. 1, p. 7-16, 2006.



SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Discursos **profissionais e deliberação moral : análise a partir de processos éticos de enfermagem**. 171 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2010

SILVA, L.I.M.C.; PEDUZZI, M. Análise da produção científica sobre recursos humanos de enfermagem no Brasil. **Acta Paul Enferm.** v. 19, n. 1, p. 36-42,2006.

TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **RevBrasEnferm.** v. 66, n. esp., p.102-110, 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of the sixth global forum for government chief nurses and midwives: nursing and midwifery workforce and Universal Health Coverage (UHC), 2014.

World Health Organization. **Global Health Workforce Alliance 2015**. Disponível em:<[http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwa\\_annual\\_report2014.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwa_annual_report2014.pdf)>. Acesso em: 06 jun. 2016.

# Regimento Interno

## da 1ª. Conferência de Enfermagem de Santa Catarina - 1ª CORENF

### CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS

Art. 1º - A 1ª. CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, doravante neste regimento citada como 1ª. Corenf, convocada pela Presidência do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina tem por objetivos:

- I. Proporcionar espaço de reflexão entre as categorias que compõem a Enfermagem em relação à profissão, seus avanços e desafios;
- II. Definir nos grupos de trabalho as diretrizes e prioridades para as ações a serem realizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, no que concerne à assistência prestada, à qualidade da formação e na mudança positiva na forma com que a sociedade e a mídia percebem a profissão de Enfermagem;
- III. Elaborar, finalizar e encaminhar ao Cofen e demais entidades representativas da Enfermagem e da sociedade, Carta de Intenções de Santa Catarina referente às demandas e as sugestões de ações eleitas pelos delegados da 1ª. Corenf, dentro dos eixos preestabelecidos, pelo documento orientador e votadas pela maioria dos delegados nos grupos de trabalho e na Plenária Final.

### CAPÍTULO II - DO TEMA

Art. 2º - Nos termos deste Regimento, a 1ª. Corenf terá como tema central: **ENFERMAGEM: DESAFIOS EM UM CONTEXTO COMPLEXO:** com o seguintes eixos:

- Os desafios da Assistência de Enfermagem para com a qualidade,
- A formação da Enfermagem;
- Papel social da Enfermagem,
- Dimensionamento dos Profissionais de Enfermagem;
- Sistematização da Assistência de Enfermagem;



- O compromisso ético da Enfermagem.

§ 1º - Os eixos transversais serão:

- Relações Interpessoais;
- Doenças Ocupacionais e Condições Ergonômicas de Trabalho;
- Valorização do Profissional de Enfermagem.

§ 2º - Os eixos serão apresentados em uma conferência central, com coordenação, relatoria e a participação de expositores, indicados pela Comissão Organizadora.

§ 3º - A apresentação do expositor na conferência central será balizada pelo documento orientador.

### CAPÍTULO III - DA REALIZAÇÃO

Art. 3º. A 1ª. Corenf será realizada em um dia, nas Etapas Regionais em que serão debatidos o tema central e os eixos a partir do documento orientador.

Art. 4º. Na Etapa Estadual será debatido o tema central e os eixos com base nas propostas elencadas nas Etapas Regionais.

Art. 5º - As Etapas Regionais serão realizadas:

SUBSEÇÃO	CIDADE	DATA
CRICIUMA	CRICIÚMA	05/07/2016
SEDE	FLORIANÓPOLIS	10/08/2016
BLUMENAU	BLUMENAU	23/08/2016
LAGES	LAGES	12/09/2016
CAÇADOR	CAÇADOR	13/09/2016
JOINVILLE	JOINVILLE	28/09/2016
CHAPECÓ	SÃO MIGUEL OESTE	05/10/2016
CHAPECÓ	CHAPECÓ	06/10/2016

Art. 6º - A Etapa Estadual será realizada com os delegados eleitos nas Etapas Regionais em:

FLORIANÓPOLIS	08 e 09/11/2016
---------------	-----------------



§ 1º Está assegurada na Etapa Estadual a representatividade paritária de Enfermeiros e nível médio, respeitando a proporcionalidade de inscritos no Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina.

§ 2º As propostas das Etapas Regionais, agrupadas dentro dos eixos de discussão e submetidas aos grupos de trabalho da Etapa Estadual, subsidiarão a elaboração da Carta de Intenções a ser enviada ao Cofen, às entidades representativas da Enfermagem e a sociedade.

Art. 7º - O número máximo de participantes por categoria profissional está descrito no anexo 1 do presente regimento.

Art. 8º - Somente as propostas e moções de âmbito Estadual serão consideradas na Carta de Intenções.

#### **CAPÍTULO IV - DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS**

Art. 9º - Serão consideradas como instâncias deliberativas das Etapas Regionais:

- I – Plenária de Abertura;
- II – Grupos de Trabalho;
- III – Plenária Final.

§ 1º - A Plenária de Abertura terá como objetivo apresentar o regulamento da 1ª. Corenf, previamente disponibilizado no site do Coren/SC para consulta pública e a Conferência Central. Contará com uma mesa paritária com pelo menos um enfermeiro e um profissional de nível médio, com coordenação e secretaria, todos indicados pela Comissão Organizadora.

§ 2º - Os grupos de trabalho em número de seis serão compostos pelas categorias profissionais, e realizados simultaneamente elaborando propostas a partir dos eixos temáticos.

§ 3º - Cada grupo de trabalho fará proposta para o eixo definido pela Comissão Organizadora;

§ 4º As propostas elencadas em cada eixo irão para o documento regional quando tiver a aprovação de no mínimo 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um;



§ 5º Cada componente do grupo de trabalho dará uma nota de zero (0) a três (3) para cada proposta.

§ 6º Na Plenária Final, as propostas de cada grupo serão apresentadas por ordem decrescente dos valores aferidos a cada proposta.

§ 7º Na Plenária Final serão homologadas as dez (10) propostas mais votadas de cada eixo, que comporão o documento a ser enviado à Relatoria da Etapa Estadual.

Parágrafo Único – Ao final da leitura do bloco se não houver consenso em relação as dez (10) propostas mais votadas, o Destaque poderá ser solicitado para a troca da proposta dentre as mais votadas, para outra proposta dentro do rol apresentado pelo Grupo de Trabalho. Não serão acatadas novas propostas.

Art. 10 - Serão consideradas como instâncias deliberativas da Etapa Estadual:

- I – Plenária de Abertura;
- II – Grupos de Trabalho;
- III – Plenária Final.

§ 1º - A Plenária de Abertura terá como objetivo apresentar o regulamento da 1ª. Corenf, previamente disponibilizado no site do Coren/SC para consulta pública e Conferência Central. Contará com uma mesa paritária com pelo menos um enfermeiro e um profissional de nível médio, com coordenação e secretaria, todos indicados pela Comissão Organizadora.

§ 2º - Os grupos de trabalho em número de seis (6) será composto pelas categorias profissionais e observadores e realizados simultaneamente, com até 55 (cinquenta e cinco) participantes que debaterão as propostas consolidadas pela Comissão de Relatoria da Etapa Estadual da seguinte forma:

I. Os grupos de trabalho terão mesas paritárias, com enfermeiro e profissional de nível médio, relator( es) indicados pela Comissão Organizadora e coordenador eleito pelo grupo;

II. Cada grupo de trabalho terá a responsabilidade de ler e votar as propostas elencadas em (quatro) eixos definidos pela Comissão Organizadora;

III. As propostas elencadas nos eixos que obtiverem 65% (sessenta e cinco por cento) ou mais dos votos, em no mínimo 4 (quatro) grupos de trabalho nos quais foram





apreciados farão parte do documento final da 1ª Corenf sendo validados pela plenária final;

IV. Para apreciação na Plenária Final, as propostas elencadas nos eixos constantes do Relatório Consolidado das Etapas Regionais, destacadas nos grupos de trabalho, deverão ter a aprovação de no mínimo 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um para compor o documento final;

VI. Na 1ª Corenf – Etapa Estadual não serão formuladas novas propostas.

§ 3º - A Plenária Final terá como objetivo aprovar e votar as propostas do Relatório dos grupos de trabalho, que subsidiará a formulação da Carta de Intenções, devendo expressar o resultado dos debates.

§ 4º - As propostas consolidadas na 1ª. Corenf serão encaminhadas à Comissão de Relatoria a fim de constituir a 1ª Carta de Intenções para ser enviada ao Cofen, às entidades representativas de Enfermagem e a sociedade.

## **CAPÍTULO V - DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA**

Art. 11 - A Comissão Organizadora da 1ª. Corenf terá a seguinte estrutura:

- I. Coordenador Geral
- II. Coordenador Geral Adjunto
- III. Secretário Geral
- IV. Coordenação de Relatoria
- V. Coordenação de Relatoria Adjunta
- VI. Coordenador de Comunicação e Informação
- VII. Coordenador de Articulação e Mobilização
- VIII. Coordenador de Infraestrutura
- IX. Coordenação de Secretaria

§ 1º A Comissão Organizadora será formada pelo quadro de colaboradores do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina.

§ 2º - A Comissão Organizadora poderá indicar pessoas e representantes de entidades com contribuição significativa na área, para integrarem a estrutura de



coordenação como apoiadores.

Art. 12 - A Comissão Organizadora, respeitadas as adesões e indicações, será designada por meio de portaria específica da Presidência do Corenf/SC.

## CAPÍTULO VI - DO MÉTODO

Art. 13 - Os relatórios das Etapas Regionais serão encaminhados para a Relatoria Geral da 1ª. Corenf.

Art. 14 - As discussões na 1ª Corenf Etapa Estadual terão como base as propostas elencadas no Relatório Consolidado das Etapas Regionais e os encaminhamentos destas por parte dos grupos de trabalho.

Parágrafo único: Será constituída uma equipe de relatores, denominada Comissão de Relatoria, proposta pela Comissão Organizadora à 1ª Corenf com a finalidade de analisar, agrupar e filtrar as propostas por eixos e encaminhar à Plenária Final.

Art. 15 - A Carta de Intenções da 1ª Corenf, a ser elaborada pela Comissão de Relatoria, conterá todas as propostas aprovadas pela Plenária Final, agrupadas por eixo.

## CAPÍTULO VII - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16 - A Comissão Organizadora da 1ª Corenf tem as seguintes atribuições:

I. Encaminhar a realização da 1ª Corenf, atendendo às deliberações do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina;

II. Planejar, articular e organizar o temário e os eixos da 1ª Corenf.

III. Propor o método de realização da 1ª Corenf e da consolidação do relatório para subsidiar a Carta de Intenções;

IV. Indicar os nomes dos expositores da Conferência Central;

V. Definir os critérios para participação e definição de convidados;

VI.. Elaborar o documento orientador para os expositores da Conferência Central e



grupos de trabalho;

VII.. Acompanhar a disponibilidade e organização da infraestrutura, inclusive, do orçamento para 1º Corenf;

VIII. Apresentar ao Cofen a prestação de contas da 1º Corenf;

IX. Realizar o julgamento dos recursos relativos aos credenciamentos de delegados;

X. Discutir e deliberar sobre todas as questões julgadas pertinentes e não previstas nos itens anteriores.

§ Único - A Comissão Organizadora poderá contar com a estrutura existente no Coren-SC.

Art. 17 - Ao Coordenador Geral compete:

I. Convocar as reuniões da Comissão Organizadora;

II. Coordenar as reuniões e as atividades da Comissão Organizadora;

III. Submeter à aprovação as propostas e os encaminhamentos da Comissão Organizadora;

IV. Supervisionar todo o processo de organização da 1º Corenf.

Art. 18 - Ao Secretário Geral compete:

I. Organizar a pauta das reuniões da Comissão Organizadora;

II. Organizar e manter arquivo dos documentos recebidos e cópias dos documentos encaminhados em função da realização da 1º Corenf;

III. Encaminhar os documentos produzidos pela Comissão Organizadora da 1º Corenf para providências.

Art. 19 – Ao Relator Geral compete:

I. Coordenar a Relatoria da 1º Corenf e constituir a Comissão de Relatoria.



II. Estimular o encaminhamento, em tempo hábil, dos relatórios das Etapas Regionais à Comissão Organizadora da 1ª Corenf;

III. Coordenar o processo de trabalho dos relatores das Plenárias;

IV. Consolidar os Relatórios das Etapas Regionais e prepará-los para distribuição aos grupos de trabalho da 1ª Corenf na Etapa Estadual;

V. Coordenar a elaboração dos consolidados dos grupos de trabalho;

VI. Coordenar a elaboração e a organização das moções, aprovadas na Plenária Final, no Relatório Final da 1ª Corenf;

VII. Coordenar a elaboração do Relatório Final da 1ª Corenf ao ser transformado em Carta de Intenções e encaminhado ao Cofen e demais entidades representativas da enfermagem e da sociedade.

Parágrafo Único. O Relator Geral será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Relator Adjunto.

Art. 20 – Ao Coordenador de Comunicação e Informação compete:

I. Definir instrumentos e mecanismos de divulgação e promoção da 1ª Corenf;

II. Promover a divulgação do Regimento Interno da 1ª Corenf;

III. Orientar as atividades de Comunicação Social da 1ª Corenf;

IV. Articular, especialmente, com a grande mídia a divulgação da 1ª Corenf e de seus resultados.

Art. 21 – Ao Coordenador de Infraestrutura compete:

I. Propor condições de infraestrutura necessárias à realização da 1ª Corenf referentes ao local, equipamentos e instalações, audiovisuais, reprografia, comunicação, hospedagem, transporte, alimentação e outras;

II. Avaliar, juntamente com a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da 1ª Corenf.

Art. 22 – Ao Coordenador de Mobilização e Articulação compete:



- I. Preparar estratégia de mobilização e submeter à Comissão Organizadora;
- II. Colaborar com a organização, a realização e a logística das Etapas Regional e Estadual da 1ª Corenf em todos os seus aspectos.

Art. 23 - Ao Coordenador de Secretaria compete:

- I. Organizar e manter arquivo dos documentos recebidos relativos à inscrição dos participantes;
- II. Supervisionar o processo de credenciamento dos inscritos na 1ª Corenf;
- III. Solucionar os problemas que surgirem no ato do credenciamento na Etapa Estadual, sempre tomando por base os documentos assinados pelos coordenadores das Etapas Regionais;
- IV. Distribuir delegados e observadores nos Grupos de Trabalho;
- V. Organizar o processo de emissão de certificados aos participantes da 1ª Corenf;
- VI. Propor a Comissão Organizadora Pesquisa de Opinião a ser atrelada a emissão de certificados.

## CAPÍTULO VIII - DOS PARTICIPANTES

Art. 24 - A 1ª Corenf - Etapa Regional contará com número de delegados e observadores, descritos no anexo 1 deste regimento.

Parágrafo único – Dentre os delegados participantes da Etapa Regional serão eleitos paritariamente para a Etapa Estadual, conforme o quantitativo de vagas constante para a sua Região, descrito no Anexo 2 deste Regimento.

Art. 25 - A 1ª Corenf - Etapa Estadual contará com 330 (trezentos trinta) participantes, dentre os quais 300 (trezentos) serão delegados e 30 (trinta) observadores.

Art. 26 - Os participantes da 1ª Corenf serão distribuídos em duas categorias:

- I. Delegados com direito a voz e voto;
- II. Observadores com direito a voz;



Art. 27 - Serão participantes na 1ª Corenf Etapa Estadual, os delegados eleitos e observadores escolhidos em cada Etapa Regional.

Art. 28 - A inscrição de delegados para 1ª Corenf deverá ser encaminhada da Etapa Regional para a Comissão Organizadora.

Art. 29 – Os Conselheiros Titulares e Suplentes do Coren/SC serão delegados natos na 1ª Corenf.

Art. 30 - Serão convidados como observadores para a 1ª Corenf:

I. Representantes discentes do curso de nível superior e médio de Enfermagem, indicados pela Comissão Organizadora nas Etapas Regionais;

II. Os conselheiros de Saúde do segmento usuário indicados pela Comissão Organizadora nas Etapas Regionais;

Art. 31 - Os participantes com deficiência e/ou patologias deverão fazer o registro em uma ficha de inscrição para a Comissão Organizadora das Etapas Regionais encaminharem a 1ª Corenf.

## **CAPÍTULO IX DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Art. 32 - As despesas com a organização geral para a realização da 1ª Corenf serão estimadas pelo Coren –SC e submetidas à Comissão Organizadora e ao Cofen.

§ 1º A Comissão Organizadora definirá formas de custeio da 1ª Corenf;

§ 2º. Poderão ser instituídas parcerias entre espaços públicos e privados para realização 1ª Corenf.

## **CAPÍTULO X - DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 33 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 1ª Corenf.

# Regulamento Estadual da 1ª Conferência de Enfermagem

## CAPITULO I - Do Funcionamento da Conferência Estadual de Enfermagem

### SEÇÃO I Das Instâncias

**Art. 1º.** A 1ª Corenf – Conferência Estadual de Enfermagem ocorrerá em dois dias distribuídos da seguinte forma:

**a. Primeiro dia:**

09h00 - Credenciamento

10h00- 11h15 - Plenária de Abertura

11h15 – 12h30 – Mesa Redonda: Resgate dos Eixos Temáticos

12h30 – 14h00 Almoço

14h00-20h30 - Grupos de Trabalho

**b. Segundo dia:**

08h00-10h00 - Finalização dos relatórios pela Comissão de Relatoria

10h00 – 12h30 - Plenária Final

12h30 – 14h00 - Almoço

14h00 - Continuação da Plenária Final até a votação de todas as propostas e moções.

**Art. 2º** Serão considerados, para efeitos da 1ª Corenf três (3) documentos consolidados:

I. Documento Orientador

II. Relatório Consolidado das Etapas Regionais

III. Plataforma de Prioridades para a Enfermagem Catarinense

**§ 1.** O Documento Orientador traz o temário e os eixos propostos a serem passados aos grupos de trabalho e mesa redonda pela Comissão Organizadora.

**§ 2.** O Relatório Final da 1ª Corenf deverá conter as propostas aglutinadas por eixos aprovadas pela plenária final e será encaminhado a Comissão de Relatoria para elaboração da Plataforma de Prioridades para a Enfermagem Catarinense.



**Art.3º.** Serão considerados como instâncias deliberativas da 1ª Corenf.

- I. Plenária de abertura
- II. Grupos de trabalho
- III. Plenária Final

**§ 1º.** A Plenária de Abertura terá como objetivo homologar o Regulamento da 1ª Corenf disponibilizado em consulta pública para contribuições no site do Corenf/SC por trinta dias e Mesa Redonda: Resgate dos Eixos Temáticos.

**§ 2º.** Os Grupos de Trabalho serão compostos por profissionais delegados enfermeiros, profissionais delegados de nível médio e observadores, acontecerão simultaneamente e deliberarão sobre as suas propostas consolidadas no Relatório da seguinte forma:

I. Cada grupo de trabalho lerá e votará as propostas de quatro (04) eixos, fazendo com que cada proposta seja apreciada por no mínimo sessenta e cinco por cento (65 %) dos delegados presentes.

II. Nos Grupos de Trabalho as propostas poderão ser aprovadas, suprimidas ou solicitado ajustes de digitação, concordância, adequações de verbos e sujeitos ou junção de propostas que tenham o mesmo teor. Não serão acatadas novas propostas na Etapa Estadual.

**§ 1º.** Para uma proposta ser considerada aprovada no grupo de trabalho é necessário que 50% mais um dos delegados presentes votem para a aprovação.

**§ 2º.** Para uma proposta ser rejeitada no grupo de trabalho é necessário que 50% mais um dos delegados presentes votem para a aprovação.

**§ 3º.** Para que seja aceita uma alteração de digitação, de concordância, adequações de verbos e sujeitos ou junção de propostas que tenham o mesmo teor é necessária a aprovação de cinquenta (50%) mais um (1) dos delegados presentes.

IV. As propostas que obtiverem aprovação em quatro (4) grupos de trabalho serão consideradas aprovadas e comporão a Plataforma de Prioridades para a Enfermagem Catarinense sendo lidas e validadas pela plenária Final.





V. As propostas que obtiverem a aprovação de um (1) a três (3) grupos de trabalho serão levadas para deliberação na Plenária Final.

VI. As propostas que forem suprimidas em quatro (4) grupos de trabalho não farão parte das deliberações da Plenária Final.

**§ 4º.** Compete a Plenária Final a aprovação do Relatório da 1ª Corenf e das moções de âmbito Estadual.

**§ 5º.** O Relatório da 1ª Corenf aprovado na Plenária Final será encaminhado a Comissão de Relatoria para a elaboração da Plataforma de Prioridades para a Enfermagem Catarinense e posterior envio ao Cofen e demais entidades representativas da Enfermagem e da sociedade.

**§ 6º.** A Comissão de Relatoria receberá os Relatórios consolidados das Etapas Regionais e agrupará as propostas por eixo.

## **SEÇÃO II Dos Grupos de Trabalho**

**Art. 4º.** Cada Grupo de Trabalho será formado por um mínimo de 30 (trinta) e um máximo de 60 (sessenta) participantes.

**§ 1º.** O grupo de trabalho terá um coordenador, com a função de presidir os trabalhos, controlar o tempo e estimular a participação de todos os membros e de no mínimo um relator indicado pela Comissão de Relatoria da 1ª Corenf, com a função de garantir todos os registros relativos à discussão e conclusões dos trabalhos.

**§ 2º.** O relatório dos grupos de trabalho será entregue diretamente à Comissão de Relatoria, sendo entregue pelo coordenador do grupo e relator designado.

**§ 3º.** Cada delegado receberá um encarte com todas as propostas elencadas por eixo e a orientação quanto a quais eixos serão debatidos no grupo de trabalho.

**Parágrafo único:** No credenciamento o delegado e o observador receberão a indicação de qual grupo participará.

**§ 4º** Cada grupo contará com a participação de observadores (discentes e/ou convidados) que terão direito a voz, mas não poderão votar.



### SEÇÃO III Da Plenária Final

**Art. 5º.** A Plenária Final da 1ª Corenf terá como objetivo debater e aprovar o Relatório da 1ª Corenf e as moções apresentadas.

**Art. 6º.** Os trabalhos serão coordenados por uma mesa constituída por membros da Comissão Organizadora e dirigida pelo Coordenador da Comissão Executiva ou alguém por ele indicado.

**Parágrafo Único-** Os trabalhos serão secretariados pelos membros da Coordenação de Relatoria.

**Art. 7º.** Da agenda da Plenária Final constarão os seguintes itens:

- a. Apreciação do Relatório dos grupos de trabalho consolidado pela Comissão de Relatoria;
- b. Apreciação das moções;
- c. Não serão permitidos novos destaques na Plenária Final além dos definidos nos Grupos de Trabalho;
- d. Serão lidas e validadas as propostas que obtiveram aprovação em quatro Grupos de Trabalho;
- e. As propostas que foram aprovadas por um (1) a três (3) grupos serão apresentadas para deliberação na Plenária Final. A votação se dará entre pares de propostas sendo consideradas aprovadas as que obtiverem cinquenta por cento (50%) mais um dos votos de apoio da plenária final.
- f. Antes da proposta ser colocada em votação os delegados poderão defende-la por até 03 (três) minutos com direito a uma réplica de até 02 (dois) minutos. Será permitida pela mesa uma única defesa e uma única réplica por proposta.
- g. Não serão permitidas novas redações nas propostas vindas dos Grupos de Trabalho e constantes no Relatório Final.

**Art. 8º.** As moções encaminhadas deverão tratar de assuntos de âmbito e/ou repercussão Estadual, redigidas em (20) vinte linhas no máximo, em formulário próprio, adquirido com a Comissão de Relatoria, devidamente preenchido.

**§1º.** Serão encaminhadas para a votação na Plenária Final as moções que tiverem assinaturas de no mínimo dez por cento (10%) do número de delegados inscritos na 1ª Corenf.

**§2º.** Serão encaminhadas para a votação na Plenária Final as moções entregues até às 20h00 do 1º dia trabalho à Comissão de Relatoria.

**§3º.** A Comissão de Relatoria organizará as moções recebidas, classificando-as e



agrupando-as por eixo, dando ciência aos propositores para que organizem a apresentação na Plenária Final, facilitando o andamento dos trabalhos.

**§4º.** Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final, o Coordenador da Mesa fará leitura das moções, garantindo o tempo de até 03 (três) minutos para defesa da moção pelo propositor.

**§5º.** Serão concedidos 02 (dois) minutos, no máximo, para defesa de ponto de vista contrário ao exposto na moção.

**§6º.** A seguir, a moção será colocada em votação. Não será aceita, em hipótese alguma, réplica.

**Art.9º.** O quorum para aprovação das matérias pela Plenária Final será o de maioria simples dos delegados presentes.

**Art. 10º.** Assegura-se aos delegados da Plenária Final o questionamento à mesa “pela ordem” sempre que a critério de cada um desses membros não esteja sendo cumprido o Regulamento da 1ª Corenf.

**Art.11º.** Durante os períodos de votação será vedado qualquer tipo de intervenção.

**Art. 12º.** Os casos omissos serão resolvidos pela Mesa Diretora dos Trabalhos.

**Art.13º.** O presente regulamento será colocado para homologação dos delegados, de acordo com a programação dos trabalhos.

# Regulamento Regional da 1ª Conferência de Enfermagem

## CAPÍTULO I Do Funcionamento da Conferência

### SEÇÃO I Das Instâncias

**Art. 1º.** A 1ª Corenf acontecerá em um dia, na região de cada uma das subseções do Coren/SC e estruturada da seguinte forma:

Credenciamento das 08h00-09h00.

Plenária de Abertura: 09h00-10h00

Conferência sobre Tema Central: 10h00-11h00.

Grupos de Trabalho: 11h00-12h30

Almoço: 12h30 – 14h00.

Grupos de Trabalho: 14h00 - 15h30

Eleição de Delegados: 15h30 – 16h00

Plenária Final: 16h00 até todas as propostas serem votadas.

**Art. 2º** Serão considerados, para efeitos da 1ª Corenf – Etapa Regional, três documentos consolidados:

I.Documento Orientador

II.Propostas dos grupos de trabalho, pontuadas em ordem decrescente de valores.

III.Relatório Consolidado da Etapa Regional

§ 1º. O Documento Orientador traz o temário e os eixos propostos a serem discutidos nos grupos de trabalho e conferência sobre o tema central pela Comissão Organizadora.

§ 2º. As propostas serão feitas nos grupos por eixos elencados pela comissão organizadora, e deverão ser aprovadas por cinquenta por cento (50%) mais um (01) dos participantes delegados do grupo. Para ir para plenária final deverão receber um escore de zero (00) a três (03) por todos os participantes delegados do grupo e serão organizadas em ordem decrescente.

§ 3º. O Relatório consolidado da 1ª Corenf - Etapa Regional deverá conter as dez (10)



propostas com os maiores escores aglutinadas em cada eixo aprovadas pela plenária final, e encaminhadas à Comissão de Relatoria para a Etapa Estadual.

**Art.3º.** Serão considerados como instâncias deliberativas da 1ª Corenf.

- I. Plenária de abertura
- II. Grupos de trabalho
- III. Plenária final

§ 1º. A Plenária de Abertura terá como objetivo homologar o Regulamento da 1ª Corenf disponibilizado no site do Corenf/SC para consulta pública por dez (10) dias antes de cada Etapa Regional, para contribuições.

§ 2º. Os Grupos de Trabalho compostos por profissionais enfermeiros e de nível médio e realizados simultaneamente deliberarão sobre as propostas elencadas pelo grupo.

I. O grupo de trabalho deverá levantar as propostas relacionadas ao eixo elencado, votar, e as propostas serão aprovadas por cinquenta por cento (50%) mais um (01) dos delegados.

II. Cada proposta receberá um escore por parte dos participantes delegados que compõe o grupo de trabalho;

III. A soma dos escores divididos pelo número de participantes presentes na hora da votação no grupo, resultará em um percentual de aceite da proposta. As propostas serão ordenadas pelos seus valores de forma decrescente, serão encaminhadas para a plenária final para homologação as dez (10) propostas com maior percentual de cada eixo;

IV. As propostas em ordem decrescente acima da décima primeira (11ª) posição farão parte do relatório regional, mas não comporão o Relatório enviado para a Etapa Estadual se forem aprovados na plenária final por cinquenta por cento (50%) mais um dos participantes delegados presentes na plenária final;

V. As propostas que obtiverem menos de cinquenta por cento (50%) de votos não comporão o Relatório Regional.

§ 3º. A Plenária Final terá como objetivo aprovar as dez (10) propostas com os maiores escores em cada eixo, que expresse o resultado dos debates na etapa regional e estas propostas subsidiarão os debates na Etapa Estadual.

§ 4º. Compete à Plenária Final a aprovação das propostas e eleição dos delegados para a Etapa Estadual.

§ 5º. O Relatório da 1ª Corenf aprovado na Plenária Final será encaminhado à Comissão de Relatoria da Etapa Estadual para a consolidação e agrupamento das



propostas em cada eixo.

## SEÇÃO II Dos Grupos de Trabalho

**Art. 4º.** Cada Grupo de Trabalho será formado por até 100 (cem) participantes.

§ 1º. O grupo de trabalho terá um coordenador, definido pelo grupo ao iniciar as atividades com a função de presidir os trabalhos, controlar o tempo, estimular a participação de todos os membros bem como coordenar a votação das propostas. Cada grupo contará com pelo menos um relator indicado pela Comissão de Relatoria da 1ª Corenf, com a função de garantir todos os registros relativos à discussão e conclusões dos trabalhos além de auxiliar o Coordenador quando necessário.

§ 2º. O relatório dos grupos de trabalho será entregue em pendrive diretamente à Comissão de Relatoria, sendo entregue pelo Coordenador do grupo e/ou pelo relator designado.

§ 3º Cada grupo contará com a participação de observadores (discentes e/ou convidados) que terão direito a voz, mas não poderão votar.

## SEÇÃO III Da Plenária Final

**Art. 5º.** A Plenária Final da 1ª Corenf terá como objetivo debater e homologar as dez (10) propostas mais votadas para a Etapa Estadual, e aprovar as propostas elencadas em cada grupo de trabalho para o Relatório Regional.

**Art. 6º.** Os trabalhos serão coordenados por uma mesa constituída por membros da Comissão Organizadora e dirigida pelo Coordenador Geral ou alguém por ele indicado.

Parágrafo Único- Os trabalhos serão secretariados por pessoas indicadas pela Comissão de Relatoria.

**Art. 7º.** Da agenda da Plenária Final constarão os seguintes itens:

- a. Apreciação das dez (10) propostas com os maiores escores em cada eixo;
- b. Apreciação das propostas acima do décimo primeiro escore para compor o Relatório Regional;
- c. Os destaques na Plenária Final só poderão acontecer para substituir uma das dez (10) primeiras propostas definidas nos Grupos de Trabalho;



d. As propostas com destaque serão apresentadas juntamente com a proposta original, por eixo, tendo a Plenária Final o papel de manter por meio de votação a proposta mais adequada. A votação se dará entre pares de propostas sendo consideradas aprovadas as que obtiverem cinquenta por cento (50%) mais um (01) dos votos de apoio da plenária final.

e. Antes de as propostas serem colocadas em votação os participantes delegados poderão defender as mesmas por até 03 (três) minutos com direito a uma réplica de até 02 (dois) minutos. Será permitida pela mesa uma única defesa e uma única réplica por proposta.

f. Não serão permitidas novas redações nas propostas vindas dos Grupos de Trabalho.

**Art. 8º.** O quórum para aprovação das matérias pela Plenária Final será o de maioria simples dos participantes delegados presentes.

**Art. 9º.** Somente poderão ser eleitos delegados para a Etapa Estadual os participantes presentes no momento da eleição e em número de acordo com o anexo 2 do regimento.

#### **SEÇÃO IV Da Eleição de Delegados:**

**Art. 10.** No período matutino os participantes delegados poderão fazer sua pré-inscrição para concorrer a eleição de delegado para a etapa estadual.

§ 1º A eleição será realizada entre pares em salas distintas.

§ 2º A eleição dos delegados será registrada em ata específica com indicação de nome completo, contatos e instituição que representa. Deve constar na ata o registro da ordem de eleição dos delegados titulares, bem como o mesmo número de delegados suplentes.

§ 3º A suplência será convocada se houver desistência do algum titular e seguirá a ordem de votação expressa na ata.

§ 4º A homologação da eleição dos Delegados se dará na plenária Final.

**Art. 11.** Assegura-se aos delegados da Plenária Final o questionamento à mesa “pela ordem” sempre que a critério de cada um desses membros não esteja cumprindo o Regulamento da 1ª Corenf.

**Art. 12.** Durante os períodos de votação será vedado qualquer tipo de intervenção.



**Art. 13.** Os casos omissos serão resolvidos pela Mesa Diretora dos Trabalhos.

**Art.14.** O presente regulamento será homologado pelos participantes delegados de acordo com a programação dos trabalhos.



# Plataforma de Prioridades da Enfermagem Catarinense

1

Criar um programa de melhoria dos ambientes de práticas da enfermagem, envolvendo entre outros aspectos o planejamento, dimensionamento adequado, sistematização da assistência de enfermagem (SAE), trabalho em equipe, qualidade de vida no trabalho, produção do conhecimento da realidade, desenvolvimento profissional e aplicação de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Indicativo ao Coren/SC para liderar a criação e implantação deste programa, de preferência em parceria com outras entidades de enfermagem e instituições de saúde.

2

Defender condições dignas de trabalho para a enfermagem, visando a qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente e do profissional, exigindo por parte do Ministério do Trabalho e Vigilância Sanitária o cumprimento da legislação vigente (NR 32, NR17, NR 9, NR 6 e NR 15, RDC 36/2013, RDC 306/2004, RDC 63/2011) por parte dos gestores/diretores das instituições de saúde. Assim como, sugerir que as entidades/organizações de enfermagem estimulem o conhecimento acerca destas legislações.

3

Incentivar a cultura institucional de gerenciamento de risco, comunicação dos erros de enfermagem com o intuito de garantir a segurança do paciente e minimizar o dano gerado, fortalecendo as metas internacionais de segurança do paciente.

4

Lutar para que as medidas legais de proteção ao trabalho já existentes, como insalubridade, sejam imediatamente aplicadas nos municípios e locais de trabalho onde não são implementadas. Para isso envidar esforços com as outras entidades que representam a profissão (como sindicatos) e organizações de fiscalização do trabalho (como as delegacias regionais) e todas que forem viáveis. Implementar parcerias em fiscalização para obter resultados.



6

Lutar pela aprovação de legislações de proteção ao trabalho de enfermagem: a) jornada de trabalho limitada a 30h semanais, sem redução salarial; b) piso salarial para o conjunto dos profissionais de enfermagem; c) aposentadoria especial; d) direito ao descanso; e) educação continuada obrigatória no trabalho de enfermagem.

7

Lutar para garantir que os planos de cargos, carreiras e salários sejam implantados e implementados em todas as instituições de saúde, visando a valorização da categoria, por meio das entidades representativas da enfermagem.

8

Ampliar/fortalecer parcerias entre Coren/Sindicato/Ministério Público/Associações/Grupos de interesse clínico e outras instituições para assegurar os requisitos necessários para a assistência de enfermagem.

9

Construir e implementar um projeto de fortalecimento da participação da enfermagem nos espaços decisórios superiores das políticas e instituições de saúde.

10

Implantar e/ou intensificar ações de monitoramento e controle do processo avaliativo periódico do desempenho profissional da enfermagem visando a qualidade da assistência e o compromisso ético.

11

Sensibilizar contra a delegação das ações assistenciais de enfermagem aos familiares e acompanhantes nas instituições de saúde.

12

Combater todas as formas de precarização do trabalho de enfermagem (formas de contratação precária de enfermeiros e técnicos de enfermagem, por exemplo: trainee, júnior e outros).

13

Posicionar contra a criação de novas ocupações da área da saúde que exerçam atividades de enfermagem, contribuindo para precarização da assistência à saúde da população.



14

Atualizar a regulamentação da enfermeira obstétrica e obstetritz, incluindo o acompanhamento desde o pré natal, assistência do parto domiciliar, planejamento e puerpério em âmbito publico e privado.

15

Desenvolver e implantar uma proposta de certificação de enfermagem para os serviços de saúde tendo como base parâmetros adequados para o trabalho da profissão, visando o cuidado seguro e de qualidade. Indicativo ao Coren/SC para iniciar este programa, de preferência em parceria com outras entidades de enfermagem e instituições de saúde.

16

Promover a adesão aos protocolos assistenciais de enfermagem no âmbito público e privado.

17

Promover oficinas para elaboração/discussão de protocolos de enfermagem pelo Coren.

18

Garantir junto ao Cofen/Coren o posicionamento contrário as deliberações de outros conselhos que aprovam o exercício de práticas profissionais que competem a enfermagem.

19

Estabelecer número máximo de profissionais de enfermagem por Responsável Técnico (RT), considerando as especificidades das áreas.

20

Fortalecer o trabalho em equipe exercendo a atuação profissional de enfermagem em uma perspectiva interdisciplinar que respeite os diferentes saberes e autonomias profissionais.

21

Propor ao Coren/SC e a Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS) a divulgação aos gestores sobre a atuação das diferentes categorias de enfermagem nas instituições de saúde baseado na Lei 7.498/86 e no Decreto 94.406/87.

22

Buscar espaços permanentes de discussão em nível local, regional e estadual para



fortalecimentos das relações interpessoais no trabalho da enfermagem.

23

Favorecer mecanismos de pesquisa e divulgação de seus resultados juntos aos estabelecimentos assistenciais de saúde.

24

Aumentar/Discutir a oferta de vagas pelas Instituições de Ensino Superior (IES) de pós graduação, mestrados profissionais e doutorados e especialização a nível técnico, contemplando diferentes regiões de cada estado.

25

Propor ao Conselho Estadual de Educação e MEC que o docente em enfermagem possua no mínimo especialização e 2 anos de experiência na profissão.

26

Criar estratégias para coibir a inscrição de alunos na pós graduação sem o certificado de graduação.

27

Lutar pela implantação das residências em enfermagem em todo o estado.

28

Solicitar a validação dos certificados das residências com diferencial em processos seletivos e concursos em todo o país.

29

Recomendar a validação dos certificados das residências com diferencial em processos seletivos e concursos em todo o estado.

30

Ampliar projetos de residência em enfermagem na atenção básica e hospitalar como opção para inserção no mercado de trabalho.

31

Propor ao MEC a ampliação das vagas para residência em enfermagem nas diversas áreas do conhecimento.



32

Fortalecer a oferta de curso gratuito para técnicos de enfermagem e garantir especialização pós-técnico.

33

Propor ao Ministério da Saúde a ampliação das vagas em residência de enfermagem em saúde da família e redes de atenção com garantia de bolsas e a interiorização das mesmas, como estratégia de qualificação da atenção básica.

34

Garantir que os residentes em enfermagem - profissionais em formação no serviço, não assumam o lugar de um enfermeiro mas que sejam supervisionados pelo preceptor.

35

Criar curso de preceptores nas diversas áreas da enfermagem.

36

Propor ao Cofen a disponibilização de cursos de qualificação/ atualização em EAD e presenciais (exemplo proficiência), em especial na qualificação para a SAE e processo de enfermagem.

37

Propor para o Cofen/Coren a disponibilização de cursos de qualificação/ atualização em EAD e presenciais (exemplo proficiência), em especial na qualificação para a SAE.

38

Defender a proibição de cursos de formação profissional de enfermagem na modalidade "à distância" (EAD).

39

Defender junto aos órgãos governamentais da educação que os cursos de enfermagem de nível médio e superior sejam ofertados somente na modalidade presencial.

40

Atualizar as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos técnicos e graduação em enfermagem a cada 10 anos.

41

Fazer cumprir a integralização dos cursos de graduação em enfermagem em no mínimo 5 anos. (Existem cursos de graduação em 4 anos).



42

Sugerir ao Conselho Estadual de Educação de SC a inclusão de membros do Coren/SC para auxiliar no processo de credenciamento de novas escolas de enfermagem.

43

Fortalecer/garantir a participação e representação das escolas de enfermagem nos Conselhos de Educação e Saúde nas diferentes esferas.

44

Propor a ABEn a articulação de métodos/estratégias de desenvolvimento de avaliações processuais ao longo da formação nas escolas de enfermagem em substituição ao PL 4930/2016.

45

Estimular as instituições de ensino técnico e superior a qualificar os docentes para a utilização de metodologias ativas.

46

Promover/oportunizar através de parcerias (Universidades, MEC, Associações Municipais, Comissão Interinstitucional de Ensino e Serviço (CIES), dentre outros) formação contínua dos docentes através da oferta de cursos de qualificação incluindo o stricto sensus nas diferentes regiões do estado (descentralizado).

47

Propor aos diferentes serviços (campos de atuação profissional) que mantenham atividades de educação permanente e continuada incluídas na carga de trabalho da enfermagem.

48

Incentivar a educação permanente dos profissionais da enfermagem através da sensibilização individual e valorização através do plano de cargo e salário.

49

Propor a ABEn a criação de fóruns de discussão entre escolas e instituições de saúde sobre questões relacionadas aos campos de estágios.

50

Sugerir as instituições de saúde a criação de fóruns de discussão e avaliação da Política de Educação Permanente.



51

Proporcionar que os profissionais auxiliares de enfermagem migrem para o técnico de enfermagem por meio de complementação da habilitação técnica.

52

Debater a possibilidade das instituições de ensino profissionalizante a não emitir certificação intermediária de auxiliar de enfermagem.

53

Defender junto aos gestores públicos e privados que salvaguardem a educação permanente dos profissionais de enfermagem, relacionados aos avanços teórico-científicos, tecnológicos e as relações interpessoais por todas as entidades.

54

Apoiar a aprovação do PL 055/2016 (Mínimo de 40 horas/ano de educação permanente para as instituições de saúde).

55

Propor um projeto de leis que considere a formação profissional no plano de cargo e salário no SUS.

56

Estabelecer parcerias com os diferentes níveis de gestão pública e privada visando ampliar e diversificar os cenários de prática (estágio) na formação dos profissionais de saúde.

57

Fortalecer a participação dos estudantes através dos centros acadêmicos, estimulando a participação ativa nos diferentes movimentos e lutas pela qualificação no ensino, pesquisa e cuidado na enfermagem.

58

Reforçar o papel de cada categoria da enfermagem por meio de ampla campanha publicitária na sociedade, assim como criar ações de marketing positivo para a valorização da enfermagem nas mídias, por meio das entidades representativas da enfermagem, garantindo o direito de exercer suas ações em condições dignas, legais e salubres.

59

Criar um evento/mostra nacional e internacional de tecnologias inovadoras aplicadas ou desenvolvidas pela enfermagem (nas diversas dimensões: educação, pesquisa, assistência, gestão) a ser realizado em parceria pelas entidades de enfermagem e com ampla divulgação dos resultados, na sociedade para ampliar a visibilidade da enfermagem brasileira.



60

Estimular o empoderamento dos profissionais de enfermagem com destaque para o exercício de práticas que fortaleçam a força política da mulher e a autonomia profissional, contribuindo para a qualidade de vida da comunidade.

61

Formular legislação que assegure ao enfermeiro a participação em projetos de estrutura física, licitações, contratualizações, proporcionando condições de trabalho adequadas aos profissionais.

62

Lutar pela reestruturação dos serviços de saúde para um modelo usuário centrado, estimulando iniciativas locais com base em experiências internacionalmente consolidadas.

63

Criar políticas de sustentabilidade e ecologia na enfermagem.

64

Institucionalizar as conferências de enfermagem periodicamente em todos os níveis, como estratégia de mobilização da enfermagem (regional, estadual e nacional).

65

Defender nos fóruns da profissão e junto às entidades, que a enfermagem brasileira elabore um plano político-profissional construído em um processo participativo nos moldes da experiência das conferências de enfermagem de Santa Catarina.

66

Estabelecer núcleos regionalizados do Coren/SC para fortalecer os profissionais de enfermagem e instituições de saúde para a adoção da gestão participativa, a fim de garantir espaços sociais para educação permanente e reuniões de equipe.

67

Estimular a participação dos profissionais de enfermagem nos Conselhos Municipais de Saúde, conferências, seminários de saúde, com o objetivo de obter maior representatividade e fortalecimento da profissão.

68

Incentivar a participação política, associativa e representativa para os profissionais e acadêmicos de enfermagem.





69

Fomentar a participação das entidades da enfermagem nas definições de políticas públicas de saúde em âmbito municipal, estadual e federal, como órgãos consultivos e deliberativos.

70

Implementar cursos de formação política para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem visando que a categoria ocupe espaços nos cenários dos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário).

71

Melhorar a divulgação de eventos promovidos pelas entidades ABEn-SC e Coren/SC, estimulando e proporcionando a participação política dos profissionais de enfermagem.

72

Atuar em defesa da democracia e contra as propostas do governo atual (assim como de quaisquer outros governos) que impliquem na desestruturação do SUS como cortes no financiamento, planos tipo "cesta básica" e que produzam déficit nas condições de trabalho.

73

Atuar em defesa do SUS como patrimônio da sociedade brasileira, posicionando-se como profissão, em articulação com os demais trabalhadores de saúde e outras organizações da sociedade.

74

Defender incondicionalmente o SUS, com acesso universal, em parceria com os Conselhos de Saúde e com os usuários, a fim de garantir integralidade e equidade.

75

Estimular os profissionais de enfermagem, gestores, educadores e entidades representativas a participarem efetivamente das lutas, da vida associativa e do controle social, visando mostrar a essencialidade da assistência de enfermagem, com condições do trabalho e de saúde ao trabalhador.

76

Favorecer o uso de mecanismos e tecnologias de informação e comunicação através de parcerias entre entidades de classe, estabelecimentos de saúde e ensino.



77

Construir uma campanha nacional reforçando o papel de cada categoria profissional, buscando a valorização da enfermagem incluindo a defesa de uma formação de qualidade e condições de trabalho adequadas .

78

Propor que as entidades de classe articulem junto ao Congresso Nacional a criação de projeto de lei nacional para a normatização do dimensionamento de pessoal de enfermagem.

79

Propor articulação entre o Cofen e o Ministério da Saúde para a utilização da resolução Cofen no dimensionamento de pessoal de enfermagem na atenção primária.

80

Construir uma regulamentação que promova a adequação entre a estrutura física das unidades de saúde, as equipes existentes e a população atendida na atenção básica.

81

Estabelecer metas nacionais de profissionais de enfermagem necessários por mil habitantes com condições dignas de trabalho.

82

Solicitar/Rever as equipes preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para atenção básica (inclusão de trabalhadores administrativos, higienização e aumentar quando necessário os já inseridos) além de considerar as características de cada unidade (unidades que atendam populações extrema pobreza, em áreas rurais, populações muito espalhadas em grande território).

83

Solicitar ao Cofen que exija do Ministério da Saúde, o cumprimento da Lei do Exercício Profissional e o respeito da resolução de dimensionamento de enfermagem para os serviços específicos (SAMU, ESF, CAPS, NASF e atenção domiciliar).

84

Propor a elaboração de um instrumento para mensurar todas atividades/ações realizadas pela enfermagem na atenção básica (assistenciais, administrativas e gerenciais) envolvendo a Comissão Intergestores Regional (CIR), Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS) em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem (Coren/SC), visando o dimensionamento de pessoal de enfermagem.



85

Sugerir que os gestores implementem nas unidades especiais e unidades de internação hospitalares a classificação de pacientes por grau de dependência para subsidiar o dimensionamento de pessoal de enfermagem.

86

Sensibilizar os Conselhos de Saúde, CIR, gestores municipais e direção de instituições de saúde sobre a importância do uso do dimensionamento de pessoal de enfermagem para a qualificação humanizada da assistência.

87

Aumentar a fiscalização pelo Coren/SC e tornar obrigatório a classificação por grau de dependência dos pacientes nas instituições de saúde.

88

Estimular os enfermeiros gestores a fazer o dimensionamento regularmente nas instituições e encaminhar os resultados aos órgãos competentes.

89

Propor um projeto de lei para que a pessoa jurídica responda civil e criminalmente por danos em decorrência de subdimensionamento.

90

Divulgar a nova resolução do Cofen referente ao dimensionamento de pessoal de enfermagem e definir formas de instrumentalizar os enfermeiros nos diferentes campos de prática (todas as entidades de classe, sindicatos e o fórum 30 horas).

91

Defender junto aos gestores que as instituições hospitalares tenham enfermeiro no gerenciamento de leitos.

92

Criar espaços de articulação da categoria (ABEn, Cofen, Coren) para atuação junto aos Conselhos Municipais de Saúde, gestores e sindicatos, em defesa do provimento de número suficiente de profissionais qualificados, como medida de prevenção do afastamento do trabalhador pelas condições de trabalho que irão refletir em indicadores de saúde e qualidade da assistência.

93

Propor que as instituições de ensino enfatizem na formação teórico/prática a explicação e aplicação do dimensionamento de pessoal e sobre a importância do registro de enfermagem.



94

Solicitar aos órgãos competentes a fiscalização e notificação mais efetiva das instituições de saúde, como o dimensionamento dos profissionais de enfermagem a partir das entidades de classe.

95

Cumprir legislação sobre o dimensionamento dos profissionais de enfermagem.

96

Solicitar a inserção da consulta de enfermagem no prontuário eletrônico e-SUS.

97

Integrar os programas disponibilizados para registro do processo de enfermagem nas três esferas de governo com e-SUS em toda a rede de atenção garantindo acesso a tecnologia adequada.

98

Estimular a implementação de prontuário eletrônico de saúde, único, em todas as instituições de saúde públicas e privadas, ampliando o acesso para todos os profissionais de saúde.

99

Recomendar ao Cofen a elaboração de legislação (Resolução) para a garantia do acesso, visibilidade do prontuário, dos diagnósticos, dos registros da equipe de saúde a todos profissionais de enfermagem.

100

Sensibilizar os profissionais para expor aos gestores a necessidade de dar condições para a implantação e realização da SAE (estrutura física, equipamentos, quantidade adequada de profissionais).

101

Estabelecer uma capacitação específica em caráter obrigatório pelo Coren/SC focada na SAE no processo de enfermagem de formação para Enfermeiro Responsável Técnico (RT) na área de atuação.

102

Realizar capacitação da SAE aos profissionais através da Comissão de Integração de Ensino e Serviço (CIES) e pelas entidades de enfermagem.



103

Coren/SC, ABEn, sindicatos atuar em parceria para promover a inclusão dos profissionais da assistência nos espaços de discussão (fórum, simpósios, eventos,...) e decisões sobre a SAE.

104

Promover a educação continuada em todos níveis assistenciais públicos e privados na SAE.

105

Capacitar os enfermeiros fiscais do Coren para dar apoio na implantação da SAE em nível local.

106

Lutar para que o projeto de lei de educação permanente seja aprovado e quando aplicado nas instituições tenha foco na SAE, utilizando uma taxonomia para o diagnóstico de enfermagem e que a prescrição de enfermagem seja reconhecida multiprofissionalmente.

107

Regulamentar nas instituições de saúde públicas e privadas a criação de uma comissão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de enfermagem.

108

Estabelecer parcerias entre universidades e secretarias municipais de saúde para auxílio no desenvolvimento da SAE.

109

Regulamentar o reconhecimento da prescrição do enfermeiro junto as operadoras de saúde suplementar.

110

Criar meios que promovam marketing e visibilidade da enfermagem relacionando com a SAE.

111

Elaborar e divulgar cadernos de orientação a respeito da SAE (Cofen, Coren, ABEn).

112

Fomentar pesquisas relacionadas a SAE e o impacto financeiro desta para a instituição,



tais como: satisfação dos profissionais de enfermagem, carga horária de trabalho da enfermagem nos diferentes cenários de prática, dimensionamento de pessoal, qualidade da assistência de enfermagem, segurança do paciente e saúde do trabalhador.

113

Aumentar a fiscalização da formulação e utilização dos protocolos assistenciais e operacionais, protocolos de referência e contrarreferência, interligados em rede.

114

Aumentar a fiscalização dos registros de enfermagem no prontuário, completos, legíveis e assinados, que comprovam a realizações da terapêutica medicamentosa, resultados de intervenção da enfermagem, orientações e cuidados prestados.

115

Propor que os serviços de saúde na avaliação de desempenho dos funcionários avaliem a implementação e execução da SAE.

116

Fortalecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), protocolos assistenciais e indicadores de qualidade da assistência de enfermagem.

117

Sensibilizar/garantir aos gestores das instituições hospitalares e dos gestores da saúde dos municípios, bem como a comunidade reconhecer as funções/atribuições da equipe de enfermagem conforme a Política Nacional da Atenção Básica e Lei do Exercício Profissional (Comissão Intergestores Regional - CIR e Conselhos Municipais de Saúde), contribuindo para que o enfermeiro realize a SAE.

118

Criar movimentos em nível local, regional e estadual de sensibilização dos profissionais da enfermagem e gestores (públicos e privados) para o fortalecimento, atuação e implantação de comissões de ética em instituições de saúde.

119

Ampliar a divulgação e discussão do Código de Ética da Enfermagem nas instituições de ensino e serviço.

120

Revisar o Código de Ética de Enfermagem por meio de consulta pública com os



profissionais de enfermagem.

121

Estabelecer espaços de diálogo sobre o código de ética dentro das instituições de saúde públicas e privadas através da Educação Permanente em Saúde (exposição da profissão, instituições e usuários nas mídias, direitos e deveres).

122

Fortalecer as discussões sobre o código de ética de forma descentralizada nas instituições formadoras de enfermagem, pelo Cofe, Coren, ABEn e sindicatos visando a reformulação das diretrizes curriculares.

123

Realizar por meio das subseções do Coren/SC, oficinas, seminário macrorregionais e/ou conferências em ética da profissão de enfermagem.

124

Criar capacitação para formação de responsáveis técnicos, com carga horária mínima, com ênfase no Código de Ética da Enfermagem.

125

Implementar debates/capacitações éticas mediadas por tecnologias (online) pelo Sistema Cofen/Coren para todas as categorias da enfermagem.

126

Propor a parceria entre as entidades: sindical, ABEn e Cofen/Coren para o cumprimento dos aspectos éticos da profissão nas instituições de saúde, combatendo contratações que desvalorizem as atribuições de cada categoria (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliares de enfermagem).



**1ª Conferência de Enfermagem**  
do Estado de Santa Catarina