

TEXTO BASE

IX Congresso Nacional Sindical dos Enfermeiros

**Organização político-sindical: desafios e estratégias para avançar
no mundo do trabalho**

CONJUNTURA NACIONAL DA ENFERMAGEM

Cenário da Saúde no Brasil

Nos tempos de Getúlio Vargas – presidente do Brasil em dois períodos (1930 – 1945 e 1951 – 1954) – registraram-se movimentos importantes no país no âmbito trabalhista, entre eles, direitos como o salário mínimo, a Consolidação das Leis do Trabalho, a semana de trabalho de 48 horas, o registro em carteira profissional e férias remuneradas.

Durante sua gestão iniciou-se também a reelaboração da Constituição Federal, a terceira, promulgada em 1934. Entre os seus artigos constavam a ampliação do princípio da igualdade perante a lei, independente de sexo, cor, idade ou classe social; a criação da jornada de trabalho em oito horas diárias, do descanso semanal remunerado e da indenização do funcionário demitido; e a regulamentação dos sindicatos. Esse processo ficou marcado como o início da democratização do Brasil.

A Constituição Federal de 1988, a sétima decretada desde a criação desse conjuntos de leis supremos, é vigente até os dias atuais. Destaca-se, entre seus princípios, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A década de 80 também teve outros fatos marcantes na área da saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, culminou na consolidação da ideia da Reforma Sanitária que preconizava mudanças e transformações na saúde com pessoas que visavam não apenas o sistema, mas todo o contexto de saúde.

O acesso a saúde de forma universal, até então era dividido entre os grupos que poderiam pagar pelo serviço, aqueles que tinham direito pela previdência social (apenas trabalhadores com carteira assinada) e os que simplesmente não tinham direito ao atendimento de saúde.

Para Sérgio Arouca, presidente da Comissão Organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

(...) A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (1998).

O Artigo 196 da Constituição, referido por Arouca, garante que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do*

risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Com a sanção da Lei nº 8.080, de 1990, houve a regulação no que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Entre seus artigos estão definidos os objetivos e atribuições do SUS, com seus princípios e diretrizes, além da sua gestão e organização.

Com mais de 190 milhões de habitantes, o Brasil tem uma população que vem buscando cada vez mais atendimento à saúde. Porém, um relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) aponta que o índice de insatisfação com a qualidade do atendimento no país é maior que a média da América Latina. No Brasil, 44% da população se diz contente com os serviços prestados. A média entre todos os países ficou em 57%. Países como o Afeganistão (46%), Camarões (54%) e Senegal (75%) possuem índices maiores de satisfação.

Em contrapartida, nosso país é visto com bons olhos em questões como a universalização das vacinas infantis, a erradicação da poliomielite, a queda da taxa de mortalidade infantil.

Apesar dos investimentos em saúde no Brasil – atualmente, 4% do Produto Interno Bruto (PIB) são repassados para o setor. Em valores, a economia brasileira fechou 2012 com a soma de R\$4,4 trilhões¹ – cerca de 54% da população opta pelo acesso ao atendimento privado.

Pelo devido investimento na saúde, foi criado o Comitê Saúde +10 – Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, formado por entidades de classe de todo o país que, em agosto deste ano, protocolou na Câmara dos Deputados a proposta de projeto de lei de iniciativa popular com mais de 1,9 milhão de assinaturas que exige da União um repasse fixo de 10% do PIB.

Se aprovado, esse projeto permitirá que o SUS possa cumprir seus princípios com estruturas adequadas e os trabalhadores tenham condições de remuneração dignas.

A enfermagem brasileira

Ana Néri é a principal referência da profissão de enfermagem no Brasil quando se colocou a disposição para representar sua pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870). Durante cinco anos, Ana Néri improvisou hospitais e não mediu esforços no cuidado dos feridos.

¹ Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/pib/pib-vol-val_201302_8.shtm. Acessado em 07.09.2013

Seu nome, assim como de Florence Nightingale, são marcados pelo rompimento do preconceito que mulher estava fadada apenas aos cuidados do lar.

Até o fim do século XIX, os cuidados da saúde estavam totalmente relacionados a mulher bem sucedida e incluía a prática da caridade como visitar prisioneiros, alimentar famintos, etc. Já no início do século XX, esse papel começou a ser vinculado a 'mulher-enfermeira-', totalmente subordinada a um médico que delegavam funções consideradas menos importantes.

Somente em 1986 o exercício da Enfermagem foi regulamentado sob a Lei 7.498, de 25 de junho. Com isso, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem passaram a atuar respeitando o grau de qualificação.

De acordo com dados do DATASUS² há, registrados no Brasil, 287.119 enfermeiros atuantes, sendo São Paulo o Estado com maior concentração de profissionais, cerca de 27%. Quando se refere a formação, os dados apontam 97.032 graduados com nível superior em enfermagem, e novamente São Paulo aparece com maior número de profissionais.

E.1 Número de profissionais de saúde por habitante	
Número de enfermeiros segundo Unidade da Federação	
Período: 2010	
Unidade da Federação	Número de enfermeiros
TOTAL	287.119
Rondônia	2.205
Acre	1.196
Amazonas	5.049
Roraima	496
Pará	6.689
Amapá	531
Tocantins	2.787
Maranhão	5.703
Piauí	3.018
Ceará	8.916
Rio Grande do Norte	2.392
Paraíba	5.169
Pernambuco	7.273
Alagoas	5.907
Sergipe	1.821
Bahia	15.401
Minas Gerais	38.947
Espírito Santo	4.584
Rio de Janeiro	33.831
São Paulo	76.286
Paraná	11.018
Santa Catarina	8.266
Rio Grande do Sul	19.201
Mato Grosso do Sul	3.649
Mato Grosso	4.088
Goiás	7.350
Distrito Federal	5.346

Fonte: Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF - Conselhos profissionais

Com uma população que vive um processo de envelhecimento cada vez maior – os idosos representam 10% dos habitantes – tende a ser direta ou indiretamente, a faixa etária de maior demanda no setor.

² Dados do Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2011 com fonte: Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm#recur>. Acessado em 16.06.2013

A enfermagem, profissão que abraça a arte de cuidar em todo o ciclo da vida, vê nesse cenário um aumento das necessidades da população no que diz respeito ao desenvolvimento de estudos e pesquisas neste campo.

A causa dessa concentração se dá por conta da quantidade de cursos de enfermagem e atividade econômica.

Em relação a quantidade de enfermeiros para cada 1.000 habitantes, registra-se uma média de 1,51. O Rio de Janeiro se destaca com índice de 2,12 enfermeiros. O recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é que haja 1 enfermeiro para cada 500 habitantes (1:500).

E.1 Número de profissionais de saúde por habitante		
Enfermeiros p/1.000 hab segundo Unidade da Federação		
Período: 2010		
Unidade da Federação	Enfermeiros p/1.000 hab	
TOTAL		1,51
Rondônia		1,41
Acre		1,63
Amazonas		1,45
Roraima		1,10
Pará		0,88
Amapá		0,79
Tocantins		2,01
Maranhão		0,87
Piauí		0,97
Ceará		1,05
Rio Grande do Norte		0,76
Paraíba		1,37
Pernambuco		0,83
Alagoas		1,89
Sergipe		0,88
Bahia		1,10
Minas Gerais		1,99
Espírito Santo		1,30
Rio de Janeiro		2,12
São Paulo		1,85
Paraná		1,05
Santa Catarina		1,32
Rio Grande do Sul		1,80
Mato Grosso do Sul		1,49
Mato Grosso		1,35
Goiás		1,22
Distrito Federal		2,08

Fonte: Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF - Conselhos profissionais

Percebe-se um aglomerado de profissionais nos estados da região Sudeste. Essa concentração regional se dá nos chamados polos formadores que fornecem melhores estruturas e excelência na formação de profissionais. Porém, essa massificação de trabalhadores nesses pontos causa um vazio em outras localidades gerando defasagem na quantidade e na qualidade do atendimento a saúde.

Isso também ocorre por estarem concentrados a maior parte dos 462.129 leitos registrados no Ministério da Saúde. Desse total, apenas 35% são leitos públicos.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o total de leitos é de 337.004 divididos entre 178.745 privados e 158.259 públicos. Em alguns estados como Alagoas, Sergipe, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Goiás, a quantidade de leitos do SUS para atendimento privado é consideravelmente maior que as vagas públicas.

Porém, registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apontam que o Brasil perdeu mais de 40 mil leitos de internação e unidades complementares - de tratamento intensivo e intermediárias – nos últimos sete anos. Somente no Paraná, essa baixa foi de três mil vagas. As áreas mais atingidas foram pediatria, obstetrícia e cirurgia geral.

Para o Ministério da Saúde, essa redução é uma tendência mundial em decorrência dos avanços em equipamentos e medicamentos que proporcionam o tratamento do paciente sem a necessidade de interná-lo.

Em se tratando de tipo de prestadores de serviços temos um balanço entre público e privado de 35% para cada setor e 29% para as unidades de saúde filantrópicas, para todos os tipos de atendimento (da saúde básica até cirurgias).

Setorizando apenas no atendimento à saúde básica do SUS, esse índice aumenta para 46,4% no prestador público, seguindo do privado com 28,25% e o filantrópico com 25,35%. Tocantins tem 100% do atendimento do SUS pelo setor público, enquanto o Maranhão tem o cenário totalmente inverso.

Independente do âmbito, as contratações de profissionais tendem a seguir uma expectativa de aumento baseado no incentivo ao controle da saúde básica da população. Até 2014, o Governo Federal pretende abranger todo o território brasileiro com mais de 25 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O objetivo é descentralizar os atendimentos permitindo maior acesso a população e aliviando os hospitais para os recursos mais específicos e avançados que exigem internação, por exemplo.

O gasto médio por internação hospitalar no SUS é de R\$945,66. O custo mais barato é de Rondônia, no valor de R\$516,48, e o mais caro em Santa Catarina registrado em R\$1.148,01. São Paulo novamente aparece em destaque registrando 2.351.919 internações/ano.

Tal índice, por vezes, é decorrência do deslocamento da população de outras regiões em busca de atendimento com melhores recursos e maior acesso.

Em relação a orçamento, o Governo Federal destinou R\$99,2 bilhões para o Ministério da Saúde investir no setor incluindo os repasses para as gestões estaduais e municipais e melhorias em todos as áreas, desde estrutura até condições dignas de trabalho e remuneração.

Atualmente, a média salarial de um enfermeiro é de R\$3.896,20, sendo o maior R\$6.981,50 e o menor R\$3.026,00³.

Em 2012, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da FIOCRUZ em parceria com a Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben) e o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) iniciou uma pesquisa que traçará o perfil do profissional de enfermagem em todo o país visando conhecer em detalhes a realidade desses trabalhadores e os cenários de formação e trabalho vivenciados no campo da saúde.

O acesso ao mercado de trabalho, o adoecimento do profissional enfermeiro e, conseqüentemente, sua dificuldade em conseguir uma aposentadoria por estar sujeito a doenças hoje não consideradas como ocupacionais, além das escondidas situações de discriminação seja por raça, gênero ou orientação sexual, são pontos de debate importantes para a categoria e que devem ser estudadas por todos.

As questões políticas da categoria

Até o início da década de 70 pouco se falava em organização política da enfermagem. As discussões giravam em torno da saúde de forma mais abrangente, sem um direcionamento profissional específico.

Somente em 1973, na Bahia, registrou-se a criação da primeira entidade pré-sindical e, em 1975, a criação do primeiro Sindicato de Enfermeiros, no Rio Grande do Sul. Todo esse processo teve início com a atuação da Associação Brasileira de Enfermagem, a ABEn, reconhecida como a primeira entidade de utilidade pública na área.

Essa ausência de envolvimento e atuação política faz com que a enfermagem venha batalhando por direitos que já deveriam estar vigentes nos dias atuais.

Felizmente, com o decorrer dos tempos tem se mostrado nítido o interesse da categoria em discussões políticas que visam direitos para os trabalhadores com conseqüências positivas não só para os profissionais, mas também para a população.

O engajamento das entidades representativas de classe também é visto como um grande pilar de sustentação para fortalecimento nas principais lutas vigentes.

A inclusão do Projeto de Lei 2.295/2000, que regulamenta a jornada de trabalho da enfermagem em 30 horas semanais, na pauta das sessões do Plenário tem sido veementemente cobrada por

³ Pesquisa Instituto de Pesquisa Datafolha – Enfermeiro Hospitalar com jornada de 6 horas – Levantamento de Agosto/2013

ambos os eixos sob relutância dos parlamentares. Diversas reuniões já foram realizadas com deputados favoráveis a regulamentação e também com o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, sempre com a exigência de maior empenho na discussão do PL.

É muito comum encontrar enfermeiros que realizam plantões de 12 horas em dois, até três hospitais com o objetivo apenas de garantir uma remuneração de acordo com suas necessidades. A normatização da carga horária não só permite a abertura de oportunidades para novos profissionais, como também traz qualidade de vida para o trabalhador, além de outros benefícios.

Um dos impasses para dar andamento no PL 2.295/2000 recaía sobre o ônus nos cofres do Governo e das empresas privadas. Técnicos do Ministério da Saúde realizaram um estudo sobre o impacto financeiro e, de acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) o custo desta implantação ficará estimado em R\$331 milhões, sendo R\$195 milhões no setor privado e R\$136 milhões, no público. Adicionados os encargos trabalhistas a somatória atinge o valor de R\$609 milhões. A iniciativa privada afirma que o valor real é de R\$5,7 bilhões.

A próxima missão dos representantes é reverter o entendimento de que os valores ora apresentados como custos são, na verdade, um investimento no setor da saúde. O principal argumento é que categoria valorizada e com direitos vigentes gera um melhor retorno de qualidade e, conseqüentemente, uma maior satisfação do usuário.

Além disso, será possível adequar corretamente o dimensionamento de pessoal preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) de acordo com a dependência e complexidade do paciente, uma vez que haverá a quantidade de enfermeiros correta nas unidades de saúde.

Outra discussão em andamento é o Projeto de Lei 2.573/2011 que fixa um piso salarial nacional da enfermagem: R\$5.450,00 para enfermeiros, R\$2.725,00 para auxiliares de enfermagem e R\$2.180,00 para técnicos de enfermagem e parteiras.

De acordo com o texto do PL, os valores entrariam em vigor gradativamente, sendo 1/3 do acréscimo no primeiro ano em relação ao salário do ano anterior, 2/3 do acréscimo no segundo ano e valor integral a partir do terceiro ano. A vigência em escala proporciona um planejamento adequado sem onerar com muito impacto os gestores públicos e privados.

A padronização de salários e uma jornada de trabalho regulamentada permitirá, inclusive, uma migração de profissionais para regiões que hoje não possuem um quadro de profissionais suficientes para atender toda a demanda.

O Ato Médico, regido no Projeto de Lei 268/2002, que regulamenta a profissão do médico, também foi muito debatido nos últimos anos, mas nesse caso como oposição.

No dia 11 de julho, a presidente Dilma Rousseff sancionou o PL transformando-o na Lei nº 12.842, de 2013, mas com vetos que geraram polêmica entre as entidades representativas dos médicos.

Para todas as categorias da saúde que seriam afetadas pelo texto original do projeto, havia a preocupação não só pelo impedimento na autonomia de suas atividades sob risco de ações judiciais, mas com o impacto no atendimento de saúde do SUS.

Os usuários seriam os principais prejudicados, pois dependeriam exclusivamente de uma consulta para qualquer tratamento. E é de conhecimento geral que há regiões no Brasil que não possuem médicos suficientes, às vezes até inexistentes, nos atendimentos de nível básico.

O sistema seria sobrecarregado financeiramente e o setor privado teria a maior vantagem sobre todo esse cenário. A preconização de equipes multidisciplinares sofreria um retrocesso e o objetivo de prestar um serviço de qualidade de forma humanizada e igualitária iria por água abaixo.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) alegou que a sanção foi uma atitude mal assessorada da presidência e considerou como “traidora” os vetos do PL. As demais áreas também foram atacadas sob alegação que os profissionais dependem do médico para serem atendidos, mas não querem que sua atividade seja regulamentada.

Durante o período de análise do PL pela presidente Dilma os representantes das 13 áreas afetadas foram às ruas com o grito de Veta Dilma e se reuniram com o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, para expor seus posicionamentos em relação ao texto original.

Apesar da sanção, o texto retornou para o Congresso Nacional para que os parlamentares analisassem os vetos, que poderiam ser derrubados. Porém, votou-se pela manutenção dos vetos e a enfermagem, categoria que sofreria mais impacto, e demais áreas da saúde foram beneficiadas com o direito de manter suas atividades.

Há também as proposições que regulamentam em profissão atividades hoje já exercidas pelos enfermeiros, entre elas, o cuidador de idoso e a parteira profissional. No entendimento das entidades representativas esse processo é como dicotomizar o próprio grupo de enfermagem.

Além de todos os projetos que percorrem os corredores do Senado Federal, a participação de toda a categoria em questões menores – mas não menos importantes –, em conjunto com os

sindicatos tem demonstrado que para conquistar direitos e exigir o cumprimento dos vigentes é necessário ter envolvimento político com os três setores: usuários, trabalhadores e gestão.

A enfermagem é uma categoria com pouca representação parlamentar, seja em nível municipal, estadual e federal. Atualmente, há apenas duas deputadas enfermeiras em exercício – Rosane Ferreira (PV-PR) e Carmen Zanotto (PPS-SC) – e isso é totalmente refletido no apoio aos projetos que envolvem a profissão e/ou tenham impacto direto na categoria.

Há a necessidade de maior ingresso de profissionais enfermeiros no cenário político que permita a análise com visão específica e maior representação dos demais. Deve-se entender que, além de um prestador de serviços, o enfermeiro é, antes de mais nada, um cidadão que também usufrui dos direitos e deveres da sua classe.

EIXO 1

FORMAÇÃO E RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM NO BRASIL

I. História⁴

A partir do Decreto nº 791, de 1890, criou-se a primeira Escola de Enfermagem do Brasil, por Marechal Deodoro da Fonseca, devido à ausência de organização administrativa e política da psiquiatria.

Com a atuação de enfermeiras francesas radicadas no Brasil com a finalidade de orientar nessa formação, a Escola passou por diversas mudanças até formalizar-se como Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, hoje parte da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Com isso, pessoas passaram a ser capacitadas nos serviços de enfermagem para atuar em hospitais.

Em 1926, nasceu a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas e Estrangeiras (ABED) decorrente da formação da primeira turma da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, denominada posteriormente para Escola Ana Nery.

A partir da década de 30, percebeu-se a necessidade de ter uma classe de trabalho qualificada e estruturada para a saúde, porém, a evolução mais efetiva dos cursos de enfermagem só começou a ser vista no início dos anos 40.

Foi em 1949, por meio da Lei 775, que o Estado propôs a ampliação das escolas tornando obrigatório que todos os centros universitários ou faculdades de medicina passassem a ter o ensino de enfermagem.

Avançando para a década de 80, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) iniciou uma mobilização entre alunos e professores com o intuito de construir uma estratégia coletiva na construção de um projeto educacional específico para a profissão. O debate culminou na homologação da Portaria 1.721 do Ministério da Educação, em 15 de dezembro de 1994.

Essa Portaria fixa, então, que os cursos de graduação em enfermagem passariam a ter, no mínimo 4 (quatro) anos ou 8 (oito) semestres; e no máximo 6 (seis) anos ou 12 (semestres). Além de determinar o conteúdo curricular e o percentual de carga horária para cada conteúdo, considerando disciplinas desde os conceitos em fundamentos da enfermagem, bases biológicas e sociais, assistência e administração.

⁴ Fonte: Revista Brasileira de Enfermagem - Vol.59 nº 4 Brasília July/Aug 2006

Atualmente, há no Brasil 707 instituições de ensino superior com 890 cursos de bacharelado em enfermagem vigentes. Desse total, 138 cursos são oferecidos em instituições públicas⁵.

Os cursos à distância (EAD), não adequados para a profissão que exige prática e contato humano, somam três, ministrados por Centro Universitário Claretiano, em Batatais (SP), pela Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro e pela Universidade Anhanguera – UNIDERP, em Campo Grande (MS).

II. O perfil do estudante de enfermagem

O estudante tem, por característica comum, o interesse no assistência ao próximo. Estudos apontam que os candidatos que optam por essa profissão visualizam um mercado de trabalho fértil e abrangente, com áreas direcionadas e com possibilidade de crescimento profissional constante.

Além do currículo básico obrigatório, os futuros enfermeiros tem buscado cada vez mais se especializar em cursos variados como terapia intensiva, geriatria, administração hospitalar, auditoria, entre outros.

Tal aprimoramento visa melhores oportunidades com remunerações adequadas de acordo com o nível de conhecimento e experiência.

Porém, há o outro cenário nas graduações: a evasão profissional. Entre os motivos alegados pelos estudantes estão a baixa remuneração, carreira mais visionária em outra área e até problemas familiares. Dificuldade de conciliar os plantões com as atividades da vida social e familiar – entre aqueles que já atuam na área por terem realizados cursos técnicos - também é uma razão apontada para não seguir a formação de enfermagem em nível superior.

Reconhecimento, autonomia na execução das tarefas e condições de trabalho (estrutura), por fim, são itens que faltam na profissão. Em contrapartida, fatores excessivos como plantões, horários de trabalho, submissão, cobrança e estresse laboral também são considerados causas de desistência.

São três os setores estratégicos que podem ser melhor analisados e trabalhados para diminuir a possibilidade de evasão dos cursos de enfermagem:

⁵ Fonte: Ministério da Educação e Cultura – e-MEC. Acessado em 08.09.2013

- Formação – é importante que os docentes sejam capacitados e saibam repassar conhecimento de forma a garantir uma confiança no exercício da profissão e o correto papel do profissional enfermeiro no atendimento à saúde;
- Representação política – a categoria entende e cobra que entidades representativas atuem em prol de seus direitos
- Instituições de saúde – estrutura e condições de trabalho adequadas são uns dos maiores fatores de retenção dos profissionais.

III. Residência em enfermagem

A residência em enfermagem, estabelecida através da Resolução nº 259, de 2001, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), consiste na modalidade de pós-graduação destinada aos enfermeiros recém-graduados.

Os programas de residência são realizados por instituições de ensino superior (IES) de enfermagem, por instituições de saúde pública ou privada não vinculadas a IES por meio de convênio e por instituições de saúde pública ou privada que possuam um corpo técnico de enfermeiros com títulos acadêmicos.

Visando o cumprimento das exigências mínimas da resolução criou-se a Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (CONARENF) formada por enfermeiros docentes e representantes dos Programas de Residência em Enfermagem de todo o país.

Aos formados no processo de residência intitula-se o registro de especialista, o qual permite que o profissional seja um preceptor nos grupos de novos residentes, não ultrapassando o máximo de cinco residentes para cada preceptor.

Tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 1622/2011, que institui a residência em enfermagem com duração mínima de um ano e máxima de dois anos, e carga horária mínima de 2.800 horas e máxima de 3.200 horas. Regulamenta também a exigência de, no mínimo, 30% da carga horária em atividades práticas.

Há casos, porém, em que o residente é contratado como mão de obra de baixo custo para compensação de plantões em feriados e períodos noturnos. Isso gera uma desvalorização do profissional e, conseqüentemente, pode levar ao desinteresse pela profissão.

Por vezes, o residente e até mesmo o preceptor assumem responsabilidades aquém do seu contrato de trabalho e podem sofrer penalizações, além de colocar em risco a qualidade do atendimento.

IV. Dimensionamento e abertura de vagas

A maior concentração de enfermeiros está nas grandes capitais, regiões que também tem uma alta demanda para prestação de serviços. Os polos formadores são centros de excelência em formação, além de oferecer estrutura com qualidade atrativa para os profissionais.

Uma consequência dos grandes centros de atendimento à saúde é a migração de pacientes de outro municípios e até Estados, em busca de melhor oportunidade de tratamento. Esse acesso faz com que os recursos humanos e também a estrutura das unidades de saúde seja sobrecarregada e afetada financeiramente, uma vez que os municípios recebem os repasses públicos de acordo com a quantidade de habitantes, e não por atendimento.

Um incorreto ou ausente dimensionamento de pessoas pode ser lesiva aos usuários que buscam uma prestação de serviço e, para os profissionais, pois há sobrecarga de trabalho e aumento na possibilidade de erros.

No caso dos novos graduados em enfermagem uma aplicação do dimensionamento das funções de forma justa, conforme regulamenta o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), além de garantir o nível de propriedade das tarefas exercidas, é certeza de abertura de vagas em todas as regiões equilibrando as demandas e não preterindo locais em que o acesso é mais restrito.

PLANO DE LUTAS

- Inserção na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) do Ministério da Educação e Cultura (MEC) para discussões sobre melhoria do processo de residência em enfermagem
- Atuação junto ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) em relação a criação de novos cursos de enfermagem e avaliação das graduações existentes
- Atuação para que os enfermeiros selecionados no PROVAB tenham condições de trabalho e subsistência estrutural adequadas para exercício da profissão e qualidade de vida.
- Orientação aos sindicatos para que nas suas visitas indaguem o profissional local quanto ao dimensionamento de pessoal e após atuem junto ao gestor quanto ao cumprimento do mesmo.

- Luta para que haja preceptores de residência em tempo integral em todos os espaços que tenham graduados em processo de aprimoramento e que esses profissionais sejam remunerados de acordo com sua responsabilidade técnica
- Luta para que a abertura de novos cursos de graduação de enfermagem sejam fiscalizados pelo Conselho Nacional de Saúde
- Acompanhamento através de suas assessorias da criação de novos cursos à distância (EAD)
- Criação de assessoria técnica em ensino na própria FNE

EIXO 2

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA SINDICAL: A IMPORTÂNCIA DA ORGANIZAÇÃO SINDICAL COMO INSTRUMENTO PARA VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

I. O Sindicalismo no Brasil

Registra-se que os movimentos sindicais tiveram seu início no século XX com a criação de associações de classe. Na época, jornadas de trabalho de 14 e 16 horas diárias eram comuns, além da exploração de trabalho das mulheres e crianças. Os salários eram significativamente baixos e sofriam reduções como punição por não atender a meta de produção do trabalho. Toda essa exploração acontecia sem qualquer tipo de proteção legal, ambientes de trabalho insalubres ou orientação por parte dos empregadores.

A reforma industrial no Brasil foi implantada em 1808 com a chegada da Família Real. As mudanças provocadas pela movimentação da economia traz consigo a circulação da moeda e o aparecimento de pequenas fábricas para suprir as necessidades dos consumidores que aqui se instalaram.

As características das fábricas são semelhantes das implantadas na Europa, com a vinda dos imigrantes que dominavam as técnicas. Mas a comercialização do café ainda mantinha seu grande valor econômico, pois utilizava a mão-de-obra escrava em que os empregadores não tinham nenhuma obrigação com seus subordinados. A crise do café, a mobilização da classe operária, e a queda da Bolsa de Valores disparou o movimento para segunda fase da Revolução Industrial e a necessidade do Estado assumir o seu papel de organizar e fiscalizar as normas a serem respeitadas pelas organizações.

Com a transformação do Brasil em um país industrial, toda a classe operária ganhou uma maior importância. A disputa de interesses entre capital e trabalho começou a trilhar uma conotação política. De um lado, houve a criação do Ministério do Trabalho, da Justiça de Trabalho e da Consolidação das Leis de Trabalho; do outro, a estrutura sindical.

As categorias unidas conquistaram, então, direitos como férias, descanso semanal remunerado e jornada de oito horas diárias.

Na década de 40, a população trabalhadora atingiu a marca de 1,5 milhão nas indústrias e as greves começaram a se tornar rotineiras. Em 1953, registrou-se uma paralisação de 300 mil trabalhadores das empresas têxteis, metalúrgicas e gráficas.

Nessa mesma época, Getúlio Vargas instituiu a contribuição sindical, dando poder aos sindicatos de impor contribuições e exercer funções do Poder Público. O imposto sindical passou a ser recolhido das empresas e vigente até hoje, estabelece que 60% do valor arrecado é repassado para os sindicatos, 15% para as federações, 5% para as confederações e 20% para o que é conhecido como “conta especial emprego e salário”, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Após a ditadura militar, o Brasil passou a viver a democracia e o objetivo dos sindicatos passou a ter características de reivindicação ao invés de apenas prestar apoio a classe trabalhadora. Foi a fase conhecida como “novo sindicalismo” e novos direitos foram incorporados e inicia a instalação da negociação coletiva.

Em decorrência de todo esse processo, e legitimado pelo Artigo 8º da Constituição Federal de 1988, todos os trabalhadores passaram a ter, por direito, a livre associação sindical. A partir de então, o Estado não poderia interferir na criação das entidades sindicais, ficando obrigatória somente, o registro no órgão competente do Ministério do Trabalho e Emprego.

A enfermagem ainda era omissa nesse processo do sindicalismo brasileiro, não registrando históricos de reivindicações ou organizações representativas. O principal norte dos trabalhadores na época era a assistência à saúde sem grandes envolvimento políticos.

II. Enfermagem e sua representação no Brasil

A categoria da enfermagem tem instituições representativas em diversos âmbitos, sendo cada uma responsável por um eixo da profissão.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) é uma associação de direito privado sem fins lucrativos que promove o desenvolvimento técnico, científico, cultural e político dos profissionais também baseado nos princípios éticos desde 1926.

A ABEn que organiza intercâmbios com outras entidades nacionais e internacionais com o objetivo de aprimorar o conhecimento da enfermagem. Realiza o Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), o Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE), a Semana Brasileira de Enfermagem, o Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem (SINADEn), Seminário de Diretrizes para Educação (SENADEM), entre outras atividades, visando sempre o aprimoramento técnico e científico da classe.

Foi a ABEn quem iniciou o debate ético da profissão antes mesmo da criação dos Conselhos Regionais e Federal de Enfermagem no país.

No que diz respeito a fiscalização do exercício profissional há os Conselhos Regionais e Federal de Enfermagem (CORENs e COFEN) que são autarquias responsáveis por verificar se a prestação de serviços está de acordo com o que rege a profissão. É a entidade que controla e pode agir nos casos de imprudência ética e legal.

A organização dos Conselhos foi iniciada em 1945 quando apresentado um projeto na Divisão de Organização Sanitária do Ministério da Educação e Saúde. Porém, sua aprovação ocorreu somente em 1973, com sanção em 1975.

Para exercer a profissão dentro das unidades de saúde enfermeiros devem estar, por obrigatoriedade, inscritos nos Conselhos Regionais de Enfermagem de seu Estado. Porém, os enfermeiros que desenvolvem suas atividades em instituições de ensino, cargos administrativos e em outros vínculos sem características de assistência, não precisam manter seu vínculo junto ao órgão fiscalizador.

Entretanto, os sindicatos tem, como principal objetivo, a luta nas questões trabalhistas. Com representações estaduais são responsáveis pelas negociações coletivas entre os trabalhadores e as entidades patronais firmando os pisos salariais, convenções coletivas de trabalho que garantem benefícios adicionais a legislação, além da prestação de serviço jurídico.

Nos cenários de más condições de trabalho, remuneração defasada, assédio moral e violência laboral, discriminação por raça e orientação sexual, entre outros, é o sindicato que atua na proteção do trabalhador.

Registra-se na década de 70 a criação das primeiras organizações da enfermagem. Em 1973, foi criada a primeira entidade pré-sindical, na Bahia e, em 1975, instituiu-se o primeiro Sindicato de Enfermeiros, no Rio Grande do Sul.

Por fim, a Federação Nacional de Enfermagem (FNE) tem a representação nacional dos enfermeiros congregando os sindicatos de 15 Estados e somando forças não só no âmbito trabalhista, mas também no respeito ao exercício profissional em relação a legislação (projetos de lei). É quem representa a categoria em municípios ou estados que não possuem sindicato.

Sua história teve início em 1982, quando o I Encontro de Entidades Sindicais e Pré-Sindicais da Enfermagem (ENESPE) reuniu sindicatos de enfermeiros de todo o país para discutir o fortalecimento e deliberar reivindicações de forma mais efetiva para a categoria em nível nacional.

A filiação a uma central sindical, no caso dos sindicatos e da FNE, é uma maneira de angariar mais força na luta trabalhista dentro dos embates nacionais.

Por anos as entidades atuaram de forma individual, cada qual dentro de seus valores e missões, conquistando seus objetivos e garantindo direitos a categoria. Porém, percebeu-se a união das forças era a maneira mais lógica e prática de ir mais além.

O Projeto de Lei 2295/00, que regulamenta a jornada de trabalho da enfermagem em 30 horas semanais, tornou-se uma luta comum a todas as representações e quiçá o responsável pela unificação de estratégias visando a sua aprovação.

Foi em decorrência dessa luta que as entidades, apesar de congregarem ideologias políticas diferenciadas, mas com interesses profissionais comuns, se uniram para criar o Fórum Nacional 30 horas Já!

A categoria, por sua vez, também percebeu a importância de filiar-se a seus representantes e estar mais atuante nas questões políticas. Ao exemplo disso são as manifestações realizadas, principalmente em Brasília, em que milhares de enfermeiros e estudantes de enfermagem de todo o Brasil estiveram presentes e mostraram que estão unidos e cientes de seus direitos.

As atuações municipais e estaduais também tem significativa importância dentro do objetivo de, aos poucos, a organização de trabalho e política da categoria seja conquistada com apoio de representantes do governo em seus respectivos níveis.

Plenários lotados, manifestações de rua, cobrança dos parlamentares por mais engajamento nos projetos favoráveis a classe são cenários atuais e recorrentes. Ter uma classe politizada é um ponto essencial para a atuação das entidades e salvaguardar a integridade da essência de praxes.

PLANO DE LUTAS

- Campanha de sindicalização
- Orientação aos sindicatos na realização de audiências públicas para estudar e implantar a viabilização da jornada de 30 horas em nível municipal e estadual
- Estímulo e apoio a classe da enfermagem nos projetos parlamentares futuros (prefeitos, vereadores e deputados)

- Orientação aos sindicatos para ocupar espaços de cidadania e de poder (Conselhos gestores, CIPAs, etc)
- Organização política dos sindicatos nas mobilizações nacionais
- Formação de dirigentes sindicais
- Orientação aos sindicatos para criação de fóruns com estudantes de enfermagem para conscientização política
- Formação de parcerias com diretórios das universidades para seminários e encontros que discutam com futuros enfermeiros sobre o mercado de trabalho e seus direitos
- Firmar convênios com instituições públicas e privadas para promoção de cursos de formação

EIXO 3

SAÚDE DO TRABALHADOR ENFERMEIRO

I. O adoecimento dos profissionais de enfermagem e sua qualidade de vida

De acordo com o órgão inglês Health Education Authority classifica a profissão da enfermagem como a quarta mais estressante no setor público. A assistência permanente vinculada a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, tendo como responsabilidade 60% das ações do atendimento à saúde, faz com que o enfermeiro conviva em um ambiente com grande responsabilidade.

O acúmulo de atividades rotineiras e repetitivas, com excesso de pacientes atendidos e longas jornadas – 12 ou até 24 horas consecutivas – sob o clima de sofrimento por estar constantemente nas relações de vida e morte, sem talvez o devido conhecimento dos riscos a que são expostos, acarreta no profissional uma dificuldade de relações interpessoais no próprio ambiente de trabalho e, por vezes, no círculo social e familiar.

O adoecimento dos profissionais tem como resultado vários fatores, incluindo-se a própria natureza do trabalho exercido, interferências no contexto, acarretando em dificuldades no processo das relações no trabalho, assim passando por sofrimento físico e psíquico. Cada profissional irá reagir as situações de acordo com suas representações culturais adquiridas na vivência de suas histórias no contexto de família e da sociedade, caracterizando sua identidade.

Pesquisa realizada pelo Laboratório de Qualidade de Vida da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR)⁶ aponta que entre os principais fatores que afetam negativamente a qualidade de vida do profissional de enfermagem estão: baixos salários, riscos ocupacionais, multiplicidade de empregos (dupla ou tripla jornada), condições laborais precárias, falta de segurança, desvalorização profissional, abandono do autocuidado, acúmulo de atividades, sofrimento psíquico, falta de privacidade e normas organizacionais. A conjuntura socioeconômica dos profissionais com baixos salários causam-lhe inquietudes profissionais, familiares e sociais.

Nas diversidades os trabalhadores tentam mascarar o surgimento de sintomas do adoecimento de alguma forma, pois têm o motivo de permanecer fortes em demonstração

⁶ Revista Brasileira de Qualidade de Vida – V. 04, n. 01, jan/jun. 2012, p. 36-46

a capacidade de enfrentamento do trabalho muitas vezes por vergonha, tendo sempre que demonstrar ser fortaleza para suprir as necessidades no atendimento ao paciente e acompanhantes, por estes terem que receber apoio sempre positivo para resposta ao tratamento e cura. O profissional acaba por acumular sentimentos e cargas emocionais nocivas, o qual não tem especificamente o olhar dos empregadores em aliviar estas cargas emocionais negativas, assim adoecendo em silêncio.

Contraopondo essas questões, o mesmo estudo apresenta os aspectos favoráveis como: melhoria, reestruturação e modernização dos ambientes de trabalho, políticas públicas, programas de atenção de saúde ao trabalhador, salários condizentes, valorização do ser e fazer da enfermagem.

A resiliência do profissional enfermeiro – capacidade de se adaptar ou evoluir após situação de extrema adversidade – fica registrada abaixo da média. Dessa forma, é natural a dificuldade de lidar com crises de valores e, conseqüentemente, baixa na qualidade de exercer sua profissão.

O Estudo da Saúde dos Enfermeiros⁷, elaborada por pesquisadoras do Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com a Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), o Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro e a Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ) com coleta de dados de 2010 a 2011, apontou os principais problemas de saúde que acometem os profissionais de enfermagem (grupo majoritariamente feminino, 87%). São eles: varizes (47%), hipertensão arterial (37%), gastrite (35%), colesterol alto (35%), DORT/LER (32%). A maior parte dos pesquisados (91%) reconhecem a demanda emocional da área e metade abandonaria a profissão.

No caso dos plantões noturnos há um apontamento específico que se refere a privação do sono que pode afetar diretamente os pacientes. Sabe-se que o descanso diurno não é revigorante quanto o sono noturno. Nesse ponto abre-se a questão de horários de sono regulamentados para os plantonistas em jornadas da noite.

A atividade da enfermagem é considerada insalubre e penosa. Pouco tempo de lazer e o desgaste pelo desenvolvimento profissional gerando uma estafa física e mental prejudicial no dia-a-dia do trabalhador. Não podemos delimitar a uma causa linear, pois as causas são

⁷ Fonte: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Disponível em <http://www.ioc.fiocruz.br/enfsaude/sobre.php>

influenciadas pelo contexto da dinâmica indivíduo-trabalho-organização, caracterizado pelo processo saúde-doença do trabalhador.

Portanto a compreensão subjetiva dos significados sobre as condições de trabalho e vida devem passar pela expectativa das mesmas em relação ao ambiente de trabalho, observando que deve haver a promoção, proteção à saúde e humanização do trabalhador.

A baixa qualidade de vida gera o absenteísmo, seja por desmotivação, seja por questões de saúde. Em outras situações, há o presenteísmo, no qual o profissional se faz presente nos plantões de trabalho, mas com mau desempenho e baixa produtividade.

II. Assédio Moral

O assédio moral é um dos males que afetam a rotina das unidades de saúde. Seja vertical (hierarquicamente) ou horizontal (entre companheiros de trabalho de mesmo nível), as ações negativas tomadas com humilhações, restrições de atividade, não reconhecimento e sobrecarga proposital de trabalho atingem a saúde psíquica e, conseqüentemente, a saúde física do trabalhador de enfermagem.

A percepção de que se está sofrendo assédio moral é delicada e penosa quando o profissional passa a se questionar se as ações externas que o atinge não são advindas das suas próprias atitudes, como se ele tomasse por si a culpa de sofrer qualquer tipo de violência laboral.

Para o professor Heinz Leymann, investigador em psicologia do trabalho, o assédio moral é formado por quatro etapas: os conflitos, quando há mudanças negativas nas relações interpessoais; a estigmatização, quando a pessoal é isolada ou se auto isola do contato social por conta das humilhações; a intervenção da empresa, que raramente ocorre sob afirmação da inexistência de violência; e a marginalização, que pode ser chamada de “demissão voluntária” acarretando em afastamento ou dispensa para tratamento de saúde.

O assédio moral é um dos fatores de maior estresse entre os profissionais de saúde. O questionamento entre a linha tênue entre tolerância e violência e, na maioria das vezes, a falta de apoio da unidade de saúde e o desconhecimento jurídico dessa questão transtorna a mente e afeta a rotina.

Quanto maior o tempo de exposição, maior a destruição que isso pode causar. O trabalhador de enfermagem não opta por sofrer as síndromes de ansiedade, burnout ou qualquer outro

acometimento psicológico e isso afeta também os demais por conta do clima instalado no ambiente de trabalho.

III. Proteção do trabalhador e as normas regulamentadoras

Até o início da década de 80, a enfermagem não era classificada como profissão de risco nos acidentes ocupacionais. Somente após 1984, após uma enfermeira ser contaminada com sangue de agulha utilizada em paciente portador do vírus HIV, houve o início da discussão sobre os riscos que os profissionais estavam expostos.

Após anos de debate, fixou-se então, em 2005, a Norma Regulamentadora 32 (NR 32) visa estabelecer diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Em paralelo, a Organização Internacional de Trabalho (OIT) aprovou, em 2010, a Recomendação 200/2010 que define a prevenção dos trabalhadores em relação ao HIV com estratégias de precauções universais.

Atrelada com outras normas (NR 04 – SESMT, NR 05 – CIPA, NR 06 – EPI, NR 07 – PCMSO e NR 09 – PPRA), garantem maior efetividade nessa proteção.

A enfermagem é a categoria da saúde mais afetada por riscos biológicos, por exemplo, com índices discrepantes entre demais profissões. Sob a NR 32 está a responsabilidade de garantir a devida vacinação dos profissionais como uma das ações que protegem a contaminação por vírus ou bactérias.

Sabe-se que acidentes de trabalho são ocorrências, muitas vezes, do baixo nível de treinamento do profissional, além da escassez de subsídios adequados para o exercício das atividades.

Comumente, o enfermeiro se dedica ao cuidado do paciente preterindo o cuidado de si próprio.

Quando a exposição dos riscos, os biológicos são decorrentes do contato com vírus e bactérias que acarretam em contaminação com a AIDS e hepatites. O risco físico está nas radiações ionizantes utilizadas em exames, além do manejo de máquinas sem a utilização dos equipamentos de proteção individual.

O contato com riscos químicos está atrelado ao manuseio de medicamentos, quimioterápicos, esterilizantes, etc. Nesse caso a intensidade da contaminação depende do tipo de produto e tempo de exposição.

É responsabilidade do enfermeiro exigir o cumprimento das normas regulamentadoras pela unidade de saúde de atuação e promover o conhecimento e conscientização entre os demais integrantes da equipe.

As entidades representativas de classe devem apoiar esses trabalhadores no cumprimento dessa aplicação em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

PLANO DE LUTAS

- Promoção de estudos para que as doenças osteomusculares sejam incluídas como doença ocupacional
- Orientação aos sindicatos a fiscalizar o cumprimento das normas regulamentadoras da saúde
- Orientação aos sindicatos a inserir dentro das unidades de saúde que fazem assistência ao trabalhador da saúde o profissional psicólogo para atendimento aos trabalhadores da enfermagem
- Orientação para que os sindicatos em seus Estados formalizem e criem uma comissão para implantação e implementação da norma regulamentadora em conjunto com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)
- Orientação aos sindicatos que mantenham em suas convenções coletivas o item sobre capacitações sejam efetivamente cumpridas durante o horário de trabalho
- Orientação aos sindicatos pela manutenção da luta pela aprovação da jornada de trabalho regulamentando-a em 30 horas semanais (PL 2295/00)
- Orientação aos sindicatos pela implantação da jornada de trabalho em 30 horas semanais em nível municipal e estadual
- Orientação aos sindicatos a elaborar seminários e fóruns de orientação do combate assédio moral e violência laboral com o objetivo de esclarecer direitos e deveres do enfermeiro no seu ambiente de trabalho

EIXO 4

NEGOCIAÇÃO COLETIVA NO SETOR PÚBLICO E PRIVADO E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

I. Cenários de contratação no setor público

De acordo com o Artigo 37 da Constituição Federal: *“a administração pública direta ou indireta de qualquer Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também,*

- *Os cargos, empregos e funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei;*
- *A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego*

O servidor público é dividido em dois grupos: o funcionário público, que é titular de cargo efetivo, estatutário e estável; e o empregado público, que se caracteriza pelo emprego regido pela CLT. Há também os profissionais contratados através de regime administrativo temporário.

A diferença entre suas contratações está no regime estabelecido no concurso público realizado. No caso do estatutário, há a estabilidade da vaga e condições de remuneração e direitos pré-definidos no edital. Para os celetistas, as normas são regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho.

Aos sindicatos representativos de classe cabe a função de estabelecer negociações coletivas de trabalho, ou seja, compor uma pauta de reivindicações ou interesses específicos a categoria visando angariar melhores condições de remuneração, benefícios e direitos a seus representados.

Legitimada pela Constituição Federal, a negociação coletiva faz com que haja um acordo entre as partes na organização do trabalho.

Após a consolidação da pauta, é iniciado o processo de campanha salarial, momento em que os sindicatos vão para suas bases discutir as necessidades com os sindicatos patronais e apresentar aos trabalhadores o que está sendo solicitado.

Todo esse trâmite finda em uma Convenção Coletiva de Trabalho, protocolada entre as partes e com obrigatoriedade de cumprimento a partir de sua publicação pelo período de um ano. Nela estão contidas todas as cláusulas negociadas e firmadas como piso salarial, valor de benefícios como auxílio alimentação, determinação de carga horária, hora extra, entre outros.

II. Panorama das condições de trabalho da enfermagem no Brasil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, para cada 1000 habitantes, haja entre 1 a 4 enfermeiros. Porém, esse cenário é bem diferente na realidade dos profissionais de enfermagem em diversas regiões do Brasil.

Um estudo feito pela Organização e Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OECD, sigla em inglês) aponta que o Brasil está na segunda pior posição em relação aos países industrializados com taxas semelhantes a da Índia.

Em Pernambuco, por exemplo, esse índice é de 0,83 enfermeiros para cada 1000 habitantes. Contrapondo o Rio de Janeiro, que se situa na região com maior concentração de profissionais, e possui o maior percentual, com 2,12 enfermeiros. Quando se trata de quantidade de leitos atendidos registra-se uma média de 7 trabalhadores para cada 100 leitos hospitalares.

Em relação a quantidade de enfermeiros para cada médico, o país está em último lugar, com apenas 0,5 enfermeiros para cada profissional de medicina. A Rússia, país com nível de desenvolvimento similar ao brasileiro, possui 8,1 enfermeiros para 1000 habitantes e 1,9 enfermeiro para cada médico. A Islândia possui 15:1000 habitantes.

A baixa disponibilidade dos enfermeiros é negativa para a saúde uma vez que enquanto um médico faz o diagnóstico é necessário mais profissionais para dar andamento na assistência do paciente.

Além da alta demanda de trabalho decorrente da escassez de trabalhadores disponíveis, ainda há a questão dos duplos e triplos vínculos de trabalho por questões de dimensionamento de pessoal e falta de contratação, plantões dobrados por conta da ausência de colaboradores devido ao alto índice de absenteísmo, licenças médicas ou férias de outros trabalhadores. Todo esse cenário gera um aumento significativo do ritmo de trabalho e um desgaste da equipe que pode refletir em consequências físicas, psicológicas e de atuação profissional. É uma inversão da organização do trabalho em saúde, que continua na lógica médico-centrada.

Os enfermeiros realizam jornadas de trabalho semanais superiores a 44 horas – limite máximo regulamentado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e Constituição Federal – e, por muitas vezes, acumulam as horas adicionais no modelo de “banco de horas” que só são gozados por conveniência da própria instituição de trabalho ou quando há necessidade de afastamento por doença, sendo que, nesse caso, o trabalhador tem direito a licença médica remunerada.

O modelo de banco de horas utilizados por empregados é uma forma de diminuir custos na contratação. Muitas vezes é visto pelo enfermeiro como benefício, um dos fatores que o levam a ter essa visão pode ser as questões políticas e sindicais relacionadas a organização de trabalho.

Como se não bastasse, ainda há o fator dos plantões extras estipulados em leis municipais e estaduais que remuneram o trabalhador como gratificação quando cumprem plantões adicionais ao seu contrato. Tal estratégia cria a ilusão que o profissional terá melhores condições financeiras, mas em contraponto, há uma sobrecarga de trabalho e aumento do cansaço físico e mental, que pode acarretar em erros. Isso ocasiona absenteísmo e mais sobrecarga para os demais trabalhadores.

No caso dos trabalhadores sob regime estatutário há as dificuldades de representação pelo fato de, ao serem contratados dessa forma, eles perdem o “título de enfermeiro” e passam a ser considerados como servidores públicos, seguindo então as diretrizes do Regime Jurídico Único (RJU). Com isso, os profissionais seguem sob a ótica da gestão pública por anos sem reajustes salariais ou benefícios adicionais uma vez que não existe, em lei, a obrigatoriedade dos gestores em firmar convenções coletivas de trabalho.

A solução para prover recursos humanos para o setor público foi contratar enfermeiros através de Organizações Sociais (OSs) favorecendo a terceirização. As OSs surgiram como forma do governo demonstrar que a administração pública é ineficaz fugindo da responsabilidade fiscal por conta da folha de pagamento e para não passar pelo processo de licitação, assim favorecendo o desvio de dinheiro público e a corrupção. A terceirização deveria ocorrer nos serviços complementares e hoje representa aproximadamente 60% dos serviços. Cenário inverso ao preconizado pelo SUS.

Além das Organizações Sociais, há também as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as contratações por meio de Recibo de Pagamento à Autônomo (RPA) e as falsas cooperativas.

Esta situação não é favorável aos profissionais, pois a instabilidade do vínculo mantém o setor com uma alta rotatividade de trabalhadores gerando um desequilíbrio emocional na equipe sempre que surgirem mudanças.

Não bastasse a insuficiência de profissionais com o devido remanejamento ainda são críticas as condições de estrutura das unidades de saúde de todo o país.

A superlotação, filas de espera, deficiência nos atendimentos especializados, ausência de recursos materiais, número de vagas para internação, equipes desestruturadas. Esses são só alguns panoramas encontrados em hospitais do Brasil e essa consequência se deve ainda por não haver investimento massivo na prevenção e promoção na saúde em nível primário.

Especialmente no setor público, registra-se 60% das unidades com falta de material básico, 57% possuem pacientes internados em macas nos corredores que permanecem, em média, cinco dias nessas condições, aguardando liberação de leitos para internação adequada. Algumas instituições sequer possuem o serviço de triagem, que classificam o risco de emergência e tentam otimizar o atendimento no caso de pacientes mais graves.

Esta prática engessa o enfermeiro para prestar um atendimento de excelência, com a qualidade e atenção exigidas pela profissão, sem ter uma estrutura mínima para isso.

Diante de toda essa precariedade somada a dificuldade de gerir os repasses destinados a saúde pelas esferas Federal, Estaduais e Municipais, ainda há os casos de fraudes hospitalares, compras superfaturadas e equipes desestruturadas para trocas de plantão não validadas administrativamente com o objetivo de receber por plantões não realizados e superfaturamento de insumos. A infeliz constatação que muitos ainda prezam apenas o interesse próprio em detrimento do direito da população.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30 mil Equipes de Saúde da Família. No total, são realizados 2,8 bilhões de atendimentos ambulatoriais e 11 milhões de internações por ano.

O programa SOS Emergência, criado em 2011 pelo Governo Federal, tem como ação estratégica a qualificação da gestão e do atendimento de grandes hospitais que atendem pelo SUS visando apoio no enfrentamento das necessárias mais precárias e melhoria na qualidade e humanização dos atendimentos.

A principal atuação do programa é classificar o nível de risco de emergência do paciente e encaminhá-lo para o atendimento especializado, além da gestão da quantidade de leitos e fluxo de internação. O projeto teve início com unidades que apresentavam situações mais críticas e visa atender 40 prontos-socorros até 2014 com investimentos de R\$470 milhões.

O investimento em cada hospital é de R\$3,6 milhões por ano destinados a ampliação e qualificação das assistências de emergência e, caso necessário, cada unidade de saúde participante do programa tem uma verba adicional de R\$3 milhões para aquisição de equipamentos e eventuais reformas.

Até o final de 2012, um ano após sua implantação, o Programa Urgência e Emergência foi instalado em 12 hospitais: Hospital Miguel Couto e Hospital Albert Schweitzer, no Rio de Janeiro; Hospital Santa Casa e Hospital Santa Marcelina, em São Paulo; Hospital João XXIII, em Minas Gerais; Hospital de Base, no Distrito Federal; Hospital de Urgência de Goiânia, em Goiânia; Hospital Roberto Santos, em Salvador; Hospital da Restauração, em Recife; Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre; Instituto Doutor José Frota, em Fortaleza e o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, em Ananindeua.

Porém, o Hospital de Base, no Distrito Federal, por exemplo, ainda apresenta superlotação, falta de profissionais e equipamentos quebrados. Um levantamento realizado pelo Ministério Público, em abril de 2012, evidenciou 191 pacientes no pronto-socorro, sendo que a capacidade limite é de 96 vagas. O estudo realizado pela Universidade de Brasília, em julho desse ano, registra que a situação não melhorou nos últimos tempos de acordo com os próprios pacientes, além de uma crítica ao déficit de enfermeiros.

Atrasos de salários, rescisões contratuais, falta de recolhimento de FGTS e não cumprimento de demais direitos trabalhistas são outros agravantes existentes no serviço público e impactam diretamente os profissionais de enfermagem, pois seus honorários não permitem uma qualidade de vida.

Representantes da categoria negociam com os gestores a adequada regularização dessas situações, mas por vezes, a criticidade é muito alta e somente de forma judicial é possível acertá-las.

No Rio de Janeiro, houve a autorização para contratar temporariamente 449 profissionais da saúde, sendo 182 enfermeiros, para atender a demanda dos hospitais federais. Porém, esse contrato é vigente por apenas seis meses, podendo ser renovado por mais seis meses,

prejudicam os trabalhadores no que diz respeito a estabilidade, acesso a benefícios e divisão de tarefas na instituição que apenas servidores públicos concursados tem direito.

Todas essas situações apresentadas até aqui são prejudiciais aos enfermeiros, a todos os demais profissionais da saúde e também a própria população, principal afetada com tanta deficiência nos atendimentos de saúde.

No setor privado, os hospitais vem apresentando crescimento na demanda de usuários, porém, não há uma proporcional oferta de serviços. O número de leitos hospitalares caiu.

Os salários ficaram sem o reajuste e quando realizados, se deram através de dissídios, o mal dimensionamento das equipes, a alta demanda de trabalho e, assim como no setor público, o cumprimento de plantões adicionais ou o exercício da profissão em duas ou mais unidades de saúde como tentativa de complemento da remuneração.

Nesse caso, a gestão visando apenas o interesse individual preterindo novamente os principais envolvidos no atendimento gera descontentamento profissional e afeta, diretamente, os usuários.

O panorama de superlotação e filas de espera também não é diferente no setor privado. Principalmente no atendimento infantil é comum encontrar pacientes aguardando consulta por duas horas, em média. Em caso de internação, esse tempo pode aumentar para até três dias. A falta de enfermeiros com especialidade em neonatologia para atuar com este público está cada vez mais escasso.

Uma situação preocupante é a redução dos leitos infantis. Entre 2011 e 2013, o Ministério da Saúde registrou queda de 14% em São Paulo. Para alguns gestores “atender crianças não dá lucro”, não estimulando os egressos a quererem abraçar essa práxis por falta de campo.

Reduzir quadros de atendimento envolve diminuir também quantitativo de profissionais. Novamente o impacto nos trabalhadores.

III. Consequências da falta de estrutura nas unidades de saúde

O Código de Ética da enfermagem regulamenta que o exercício da profissão deve ser livre de danos decorrentes de imperícia, imprudência e negligência e o profissional deve manter-se atualizado e responsabilizar-se por qualquer falta cometida, seja individual ou coletiva.

Porém, nos últimos dois anos o índice de denúncias contra profissionais de enfermagem aumentou cerca de 220%. Erros, em sua maioria fatais, tem sido noticiados com certa frequência na mídia brasileira.

Procedimentos simples que, por vezes realizados sem a devida capacitação, colocam em risco a vida de pacientes.

As condições precárias e sobrecarga de trabalho são os principais argumentos para justificar os erros, ainda que não isentem completamente a imprudência do profissional. Porém, há de se avaliar que falta de estrutura tem influência direta na qualidade do atendimento.

PLANO DE LUTAS

- Acompanhamento e suporte através do Departamento Jurídico a seus associados nas campanhas salariais e negociações coletivas
- Promoção junto aos sindicatos reuniões em época de campanhas salariais para formatação de pauta unificada nas questões de interesse comum
- Orientação aos sindicatos a ocupar os espaços de controle social para intervenção na implementação e implantação das políticas públicas em suas bases
- Auxílio aos sindicatos na criação de mesas de negociação nas suas bases
- Orientação aos sindicatos filiados a ocupar o espaço no SESMT e fiscalizar se os serviços de saúde cumprem sua implantação
- Orientação aos sindicatos pela manutenção da luta pela aprovação do piso salarial nacional

EIXO 5

ACESSO E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SUS E SUA INTERFACE NO CONTROLE SOCIAL

I. Um panorama da defesa do SUS

Desde sua criação, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem crescendo e hoje é responsável pelo atendimento de 190 milhões de usuários dos serviços de saúde, sendo que 80% dessa população faz uso exclusivo desse acesso.

O SUS abrange 6,1 mil hospitais, 45 mil unidades de atenção primária, 30 mil Equipes de Saúde da Família. Realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações⁸.

Diante desses números é perceptível e inegável a importância que o SUS tem na prestação de serviços de saúde em todo o Brasil e sua gestão requer atenção e cuidados para garantir que suas diretrizes sejam cumpridas.

Entre os valores e missões do SUS estão a gestão na atenção à saúde, não apenas no tratamento de doenças. O sistema de vacinação, por exemplo, é um dos modelos de prevenção mais eficazes e reconhecidos em todo o Brasil.

Na atenção básica, as Equipes de Saúde da Família são responsáveis por todo o acompanhamento de usuários localizados em regiões com acesso limitado promovendo a prevenção, recuperação e reabilitação de doenças.

O SUS preconiza uma política pública de saúde com integralidade, universalidade e equidade atuando com equipes multiprofissionais que visam a humanização do atendimento a população.

Todos esses conceitos devem estar sob uma gestão pública municipal, estadual e federal uma vez que as secretarias de saúde nos três níveis tem por responsabilidade identificar as demandas da sua população e direcioná-las com políticas adequadas. Porém, é comum encontrar equipes não formadas por profissionais da saúde. As coordenações são formadas apenas com base em critérios políticos.

⁸ Fonte: Ministério da Saúde

Não é tão recente a discussão nas Conferências Nacionais de Saúde de que os gestores do SUS sejam profissionais engajados e com carreira estabelecida na saúde. A apropriação da complexidade do sistema brasileiro de saúde exige conhecimento que deve ser inerente ao gestor.

Tendo como base o Artigo 196 da Constituição Federal, que assegura a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, entendem-se que privatizar esse acesso vai de encontro a legislação.

Porém, a criação da Lei 12.550, de dezembro de 2011, instituiu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que fará a administração dos 45 hospitais universitários existentes no Brasil que também atuam como centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área da saúde.

Essa implantação destinará os R\$82 milhões liberados pelo Ministério da Educação (MEC), que seriam utilizados em atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde para a EBSERH que poderá administrá-los de forma descentralizada, não sendo obrigatória a utilização da verba em ações específicas na saúde.

A EBSERH é a privatização dos hospitais universitários e quando se fala em privatização temos algumas consequências como:

- Fim do concurso público: os registros sob o regime CLT com contratos de tempo determinado (temporários) e as terceirizações acarretam em alta rotatividade que comprometem diretamente a continuidade e qualidade do atendimento e eliminam a estabilidade garantida através dos concursos públicos
- Mercantilização da saúde: o acesso a saúde transforma-se em um “produto” ficando à mercê dos interesses do mercado privado. Corre-se o risco de estipular-se a quantidade de consultas e exames realizados em cada unidade, impactando diretamente a população usuária do sistema.

Outros enfrentamentos do SUS refere-se são as Organizações Sociais (OS), entidades privadas, sem fins lucrativos, que recebem benefícios do Poder Público como dotações orçamentárias e isenções fiscais e firmam parcerias com a Secretaria de Estado de Saúde para gerenciar hospitais e equipamentos públicos de saúde, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que também são entidades privadas receptoras deste título por parte do Ministério da Justiça e que realizam parcerias com as três esferas do Governo e abatem do imposto de renda as doações realizadas por elas.

A privatização dos serviços de saúde pode ser considerado um boicote ao conceito do SUS. É importante que haja o bom senso para que sua implantação seja favorável aos trabalhadores e para a saúde no que diz respeito a prestação de contas. Sua utilização que tinha por objetivo apenas atender os serviços complementares hoje abrange cerca de 60% do atendimento.

Os privilégios dos planos privados como isenção ou redução do imposto de renda, por exemplo, é outro fator preocupante. O valor da prestação de serviço é repassado para o usuário, mas não há o correto investimento em estrutura e nos recursos humanos.

Divulgou-se, em julho de 2013, uma possível negociação da presidente Dilma Rousseff com grandes empresas do setor privado de estratégias que garantiriam redução de impostos e ampliação do financiamento para infraestrutura hospitalar visando a quitação de dívidas das Santas Casas.

Em paralelo a todo esse cenário há a falta de investimento efetivo no SUS. Hospitais públicos são vistos com falta de materiais básicos de atendimento, além do desfalque de profissionais, acarretando em queda significativo na qualidade da prestação de serviço. A população fica à mercê e por muitas vezes se vê obrigada a procurar duas, três unidades de saúde para conseguir um atendimento de urgência ou agendar consultas e exames que demoram meses para serem realizados.

II. Controle Social

O Controle Social nada mais é que a participação e fiscalização da sociedade sobre as ações o Estado. Ao participar o cidadão pode interferir no planejamento dessas ações. No caso da saúde, a gestão participativa do SUS, formada por meio da interlocução de usuários e movimentos sociais, é de extrema importância para o avanço do sistema.

A partir da Lei nº 8.142, de 1990, estabeleceu-se a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Os conselhos municipais são o principal meio de envolvimento da sociedade na formulação e implantação de políticas públicas adequadas. Composto por conselheiros de três eixos, Governo (25%), trabalhadores da saúde (25%) e usuários (50%), sendo que esses podem ser representados por sindicatos ou associações, tem por responsabilidade controlar o dinheiro, acompanhar as verbas que são destinadas ao Sistema Único de Saúde e os repasses dos

programas federais, participar da criação de metas para o setor e controlar a execução das ações específicas.

A efetiva participação dos usuários e dos trabalhadores garante que a gestão do SUS seja realizada sob os preceitos que o próprio sistema exige: igualitária e com qualidade. Os conselheiros ganham função pública com responsabilidade de fiscalizar as deliberações realizadas nas reuniões mensais, sendo que não é permitido qualquer tipo de vínculo político.

Os profissionais tem nesse espaço a possibilidade de exigir estratégias que visem melhores condições na prestação de serviço e é de extrema importância que as entidades representativas também atuem em conjunto.

PLANO DE LUTAS

- Luta para efetivar a inserção do controle social nos locais de trabalho para fiscalização tendo poder denunciatório
- Orientação aos sindicatos a manter parceria com o Ministério Público do Trabalho e com a Delegacia Regional do Trabalho na formulação e fiscalização das denúncias
- Orientação aos sindicatos a ocupar os espaços nos conselhos de saúde das suas bases
- Orientação aos sindicatos a participação nas conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde
- Orientação aos sindicatos a manter parcerias com os movimentos sociais
- Orientação aos sindicatos para manter o acompanhamento das proposituras em relação ao Ato Médico
- Orientação aos sindicatos a confeccionar material informativo sobre o prejuízo ao usuário se forem derrubados alguns vetos do Ato Médico hoje em discussão

EIXO 6

NOVAS PROFISSÕES E SUAS IMPLICAÇÕES NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

I. As novas profissões

Sabe-se que a enfermagem é uma profissão multifacetada que abrange o atendimento à saúde com exímia qualidade.

Porém, há projetos de lei em tramitação que visam a regulamentação de atividades hoje já exercidas por enfermeiros. São eles:

- *Projeto de Lei nº 1681, de 1999*

Dispõe sobre o exercício da profissão de técnico em imobilização ortopédica. Regulamenta a atividade para maiores de 18 anos com ensino médio completo e formação específica mínima de dois anos.

O texto aguarda análise das Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e de Constituição e Justiça (CCJ) no Senado Federal.

- *Projeto de Lei nº 7531, de 2006*

Dispõe sobre o exercício da profissão parteira profissional. Regulamenta a atividade sob supervisão médica ou de profissional de enfermagem.

- *Projeto de Lei nº 642, de 2007*

Dispõe sobre o exercício da profissão de instrumentador cirúrgico. Regulamenta a atividade para aqueles que tenham concluído o curso de instrumentação cirúrgica ou já exerçam a função há mais de dois anos.

- *Projeto de Lei nº 284, de 2011*

Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso. Regulamenta a atividade para maiores de 18 anos com ensino fundamental completo sem a exigência de curso específico caso o indivíduo já atue na área há mais de dois anos.

Sob as responsabilidades estão o auxílio na rotina de higiene pessoal, apoio na convivência social e cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos de rotina.

Porém, essas atuações já fazem parte das atividades dos enfermeiros e suas regulamentações individuais são prejudiciais uma vez que limitam o campo de atuação da enfermagem.

O propósito da enfermagem é aprimorar o conhecimento de suas ações e qualificar os demais profissionais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, para continuar atuando nessas áreas que já fazem parte da rotina.

Cada vez mais a enfermagem está ficando restrita a área hospitalar, sendo que um de seus princípios é atuar com ações preventivas ou promoção a saúde.

Um outro projeto de lei, nesse caso favorável a categoria, é o *nº 854, de 2011*, que torna obrigatória a presença de um profissional de saúde em todas as escolas públicas e privadas. O texto faz conexão justamente com a atuação dos enfermeiros no âmbito de prevenção e promoção citado. O texto encontra-se em análise nas Comissões de Educação e Cultura (CEC), de Finanças e Tributação (CFT) e de Constituição e Justiça (CCJ) da Câmara dos Deputados.

Para a categoria o ideal é que essas profissões sejam categorizadas como especializações dentro da área. Não há necessidade de criar profissões por criar, é necessário prezar pelo objetivo principal que é a qualidade no atendimento ao paciente.

A enfermagem atua de forma abrangente dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e isso permite uma adequação econômica ao programa. Profissionalizar atividades já exercidas dentro dos níveis da enfermagem cria a necessidade de contratação de outros profissionais gerando um duplo custo pelo mesmo recurso.

PLANO DE LUTAS

- Luta pela não aprovação dos projetos de lei em tramitação
- Criação de assessoria política para acompanhamento das proposições de novos projetos