

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**JOANE GONÇALVES VERAS**

**ORGANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM EM PERNAMBUCO A PARTIR DA  
ATUAÇÃO DO CONSELHO DA CATEGORIA**

**RECIFE  
2019**

**JOANE GONÇALVES VERAS**

**ORGANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM EM PERNAMBUCO A PARTIR DA  
ATUAÇÃO DO CONSELHO DA CATEGORIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: **Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto**

**RECIFE**

**2019**

---

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

V476o Veras, Joane Gonçalves.  
Organização da Enfermagem em Pernambuco a partir da atuação do conselho da categoria / Joane Gonçalves Veras. — Recife: [s. n.], 2019.

143 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientador: Pedro Miguel dos Santos Neto.

1. Papel do profissional de Enfermagem. 2. Regulação e Fiscalização em saúde. 3. Ética Profissional. 4. Enfermagem. I. Santos Neto, Pedro Miguel dos. II. Título.

---

CDU 614.39

**JOANE GONÇALVES VERAS**

**ORGANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM EM PERNAMBUCO A PARTIR DA  
ATUAÇÃO DO CONSELHO DA CATEGORIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 14 de maio de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto  
Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Andrade da Silva  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Kátia Rejane de Medeiros  
Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz

A Tadeu, Socorro, Ricardo e Sérgio Manoel.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelas incontáveis bênçãos derramadas, pela proteção e por mais essa conquista em minha vida.

Agradeço de todo coração ao meu esposo Ricardo, pelo amor e dedicação à nossa família, estando sempre ao meu lado, apoiando-me em todos os sentidos, sobretudo nos momentos mais críticos. Sem ele a realização desse trabalho não seria possível.

A minha família pelo apoio, incentivo incondicional e por ter respeitado a minha necessária ausência nos nossos compromissos familiares.

Ao Prof. Pedro Miguel dos Santos Neto, meu orientador, pela inspiração, compreensão, oportunidade e confiança.

Às professoras Kátia Medeiros e Ana Lúcia pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições para construção dessa Dissertação.

.As minhas colegas de mestrado, por todos os saberes, aprendizados e experiências que trocamos nessa jornada, foi muito especial compartilhar esse crescimento de saber com vocês.

Ao Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, pela oportunidade e incentivo profissional.

À Gestão do Conselho Regional de Enfermagem, à Coordenação da Fiscalização, através de Fernanda Cerqueira e Ivana Andrade, pela parceria, disponibilidade e contribuições. Aos meus colegas de trabalho pela compreensão em nossos processos diários durante esse período.

A todos os que embora não citados, estiveram ao meu lado nessa importante fase de minha formação e comemorarão comigo o final desse ciclo.

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.*

*José de Alencar*

VERAS, Joane Gonçalves. **Organização da Enfermagem em Pernambuco a partir da Atuação do Conselho da Categoria**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## RESUMO

Trata-se de um estudo de caso único, sendo caracterizado como quantitativo e qualitativo, exploratório e retrospectivo, o qual realizou uma análise da organização da enfermagem em Pernambuco a partir da atuação do conselho da categoria. Teve como objetivo central identificar as contribuições da atuação do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco para o exercício da profissão e assistência à saúde dos cidadãos. Para isso, foi realizada uma pesquisa documental e de campo, sendo utilizadas fontes documentais oriundas do Sistema Cofen/Corens e sua organização, da Associação Brasileira de Enfermagem, publicações de livros e artigos que tratavam acerca do tema, nas diferentes conjunturas históricas, além de entrevista semiestruturada com informantes considerados “chave” no cenário da enfermagem em Pernambuco. Estudou-se a história da enfermagem, envolvendo a sociologia das profissões para melhor compreender como foi ordenada a necessidade da enfermagem, sua organização e a construção da identidade profissional. A presente pesquisa, possibilitou descrever a história da criação do COREN/PE, conhecer as irregularidades mais comuns no exercício da Enfermagem no estado (2015 - 2017), como sendo as referentes à Responsabilidade Técnica pelo serviço de enfermagem, elaboração de instrumentos administrativos, sistematização da assistência em enfermagem e dimensionamento de pessoal de enfermagem, além de apresentar aspectos importantes no contexto do mundo do trabalho que colaboram para ocorrência destas. Destacando por fim, o papel deste Conselho na organização da profissão em Pernambuco que através da fiscalização do exercício profissional, influencia a profissionalização, fazendo com que as características e o saber científico da profissão sejam amplamente difundidos nos serviços de saúde.

**Palavras-Chave:** Papel do profissional de Enfermagem. Regulação e Fiscalização em saúde. Ética Profissional. Enfermagem.

VERAS, Joane Gonçalves. **Organization of Nursing in Pernambuco as of the Performance of the Category Council**. 2019. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

## SUMMARY

This is a unique case study, being characterized as quantitative and qualitative, exploratory and retrospective, which performed an analysis of the nursing organization in Pernambuco from the performance of the category council. Its main objective was to identify the contributions of the Regional Nursing Council of Pernambuco for the exercise of the profession and health care of citizens. For that, a documentary and field research was done, using documentary sources from the Cofen / Corens System and its organization, the Brazilian Nursing Association, publications of books and articles that dealt with the theme, in the different historical conjunctures, besides semi-structured interview with informants considered "key" in the nursing scenario in Pernambuco. It was studied the history of nursing, involving the sociology of the professions to better understand how the nursing need was ordered, its organization and the construction of the professional identity. The present research, made it possible to describe the history of the creation of COREN/PE, to know the most common irregularities in the exercise of Nursing in the state (2015-2017), such as those related to Technical Responsibility by the nursing service, elaboration of administrative tools, systematization nursing care and nursing staff dimensioning, as well as presenting important aspects in the context of the world of work that collaborate to their occurrence. Finally, the role of this Council in the organization of the profession in Pernambuco, through the supervision of professional practice, influences the professionalization, making the characteristics and the scientific knowledge of the profession are widely disseminated in the health services.

**Keywords:** Nursing professional role. Health Regulation and Surveillance. Professional ethics. Nursing.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados demográficos do estado de Pernambuco.....	19
Quadro 2 - Descrição e quantidade de municípios por GERES.....	56
Quadro 3 - Lista de entrevistados .....	61
Quadro 4 - Organização da metodologia e objetivos para obtenção dos resultados	63
Quadro 5 - Principais irregularidades notificadas pelo COREN/PE de 2015 a 2017.	69
Quadro 6 – Quadro de Roteiro para Análise do Estudo Documental.....	107

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de profissionais de enfermagem inscritos no COREN/PE por categoria.....	20
Tabela 2 - Dados gerais do perfil da Enfermagem em Pernambuco.....	44
Tabela 3 - Quantitativo de Enfermeiros Fiscais em sede e subseções do COREN/PE .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABEN</b>	Associação Brasileira de Enfermagem
<b>ART</b>	Anotação de Responsabilidade Técnica
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CEPE</b>	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>COREN</b>	Conselho Regional de Enfermagem
<b>CRT</b>	Certidão de Responsabilidade Técnica
<b>DEFIS</b>	Departamento de Fiscalização
<b>DNSP</b>	Departamento Nacional de Saúde Pública
<b>EEAN</b>	Escola de Enfermagem Ana Nery
<b>ERT</b>	Enfermeiro Responsável Técnico
<b>FAB</b>	Força Aérea Brasileira
<b>FEB</b>	Força Expedicionária Brasileira
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>GERES</b>	Gerencia Regional de Saúde
<b>IAM</b>	Instituto Aggeu Magalhães
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>JE</b>	Junta Especial
<b>MS</b>	Ministério da Saúde

<b>PE</b>	Pernambuco
<b>RE</b>	Registro da Empresa
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência em Enfermagem
<b>SC</b>	Santa Catarina
<b>SEEPE</b>	Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Pernambuco
<b>SEGTES</b>	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>19</b>
<b>3 PRESSUPOSTOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 Objetivos Específicos .....</b>	<b>23</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Sociologia das Profissões e a Enfermagem .....</b>	<b>24</b>
<b>5.2 O Desenvolvimento Histórico da Enfermagem.....</b>	<b>31</b>
5.2.1 <i>A Enfermagem no Brasil.....</i>	33
5.2.2 <i>A Enfermagem em Pernambuco .....</i>	42
<b>5.3 O Papel dos Conselhos de Enfermagem no Brasil .....</b>	<b>45</b>
5.3.1 <i>Sistema de Fiscalização – COFEN / CORENs.....</i>	48
5.3.2 <i>O Responsável Técnico pelo Serviço de Enfermagem .....</i>	51
<b>6 CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>54</b>
<b>6.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>54</b>
<b>6.2 Período do Estudo .....</b>	<b>55</b>
<b>6.3 Área de Estudo .....</b>	<b>55</b>
<b>6.4 População do Estudo.....</b>	<b>57</b>
<b>6.5 Instrumentos de Coleta de Dados .....</b>	<b>58</b>
6.5.1 <i>Pesquisa Documental.....</i>	58
6.5.2 <i>Entrevista Semiestruturada .....</i>	60
<b>6.6 Análise dos Dados .....</b>	<b>61</b>
<b>6.7 Organização da metodologia e objetivos para obtenção dos resultados ....</b>	<b>63</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>64</b>
<b>8 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>8.1 A Criação do Conselho Regional de Enfermagem em Pernambuco .....</b>	<b>65</b>

8.2 As principais irregularidades notificadas pelo Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco no período de 2015 a 2017 .....	68
8.3 O papel do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco na Organização da Profissão .....	84
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	89
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ANÁLISE DO ESTUDO DOCUMENTAL.....	107
APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTAS .....	108
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	111
APÊNDICE D – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	113
ANEXO I – RESOLUÇÃO COFEN Nº: 581/2018 E ANEXO .....	128
ANEXO II – CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA.....	134
ANEXO III – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....	135
ANEXO IV – RELAÇÃO DE PRESIDENTES DO COREN/PE .....	138
ANEXO V – MODELO DE NOTIFICAÇÃO DO COREN-PE.....	138

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, estudos pioneiros sobre profissões foram desenvolvidos entre as décadas de 1960 e 1970, propiciados pela intensa expansão que o sistema universitário viveu nesse período. A estruturação multidisciplinar da área da saúde vem favorecendo espaço para as discussões dos conceitos de profissão (NORONEM; WIDSTROM, 1999).

A década de 1970 marcou uma nova fase na produção de conhecimento no campo da sociologia das profissões. Até então, a maioria dos sociólogos vinha enfatizando as funções e conquistas das profissões, a análise das normas profissionais e das relações de papéis, assim como a interação nos locais de trabalho (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

A Enfermagem é uma profissão de saúde que passou a ser reconhecida em meados do século XIX, quando Florence Nightingale acresceu atributos a um campo de atividades de cuidado à saúde, praticadas milenarmente, em diferentes cenários por indivíduos com distintas qualificações. Através de Florence, o cuidado ganhou especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, sendo reconhecido como um campo de atividades especializadas, necessárias e úteis para a sociedade, requerendo, para o seu exercício, formação especial e produção de conhecimentos que fundamentem as ações profissionais (PIRES, 2009).

A profissionalização da enfermagem no Brasil se deu a partir da prestação de cuidados às pessoas enfermas em domicílios, vindo posteriormente, com a sistematização do ensino, a ganhar contornos de profissionalização (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

A trajetória da enfermagem brasileira mostra um desenvolvimento em várias frentes de trabalho, reconhecimento social e autonomia profissional. Foram várias lutas pela regulamentação da profissão, culminando com a criação do conselho profissional da categoria (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (1998), a enfermagem é uma das 14 profissões da área de saúde regulamentadas. A lei vigente no Brasil para regulamentar o exercício profissional das categorias de enfermagem é a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, e ambos determinam que a enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com

jurisdição na área onde ocorre o exercício, identificando como categorias da enfermagem, os enfermeiros, os técnicos, os auxiliares de enfermagem e as parteiras (BRASIL, 1986, 1987).

Conforme consta no art. 1º da Resolução do COFEN nº 421/2012, o Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, criado pela Lei nº 5.905/73 (BRASIL, 1973), é constituído pelo conjunto das Autarquias Federais Fiscalizadoras do exercício da profissão Enfermagem, cabendo a estas, normativamente, disciplinar e fiscalizar o exercício da Enfermagem, e a observância de seus princípios éticos profissionais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

O Brasil conta aproximadamente com 507 conselhos (sendo 30 federais) de diversas profissões. Contudo, para que a sociedade entenda que dispõe dessa ferramenta de cidadania, é necessário que os conselhos dela se aproximem, desenvolvam campanhas de divulgação dos seus trabalhos, aprimorem os canais de comunicação e intensifiquem a relação com as autoridades e a classe política, de modo a ampliar sua participação na proposição e execução de políticas públicas (COSTA; GERMANO; MEDEIROS, 2014).

Nesse cenário, a incumbência de fiscalizar a aplicação dos princípios éticos na enfermagem cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), que desempenham um papel importante na garantia da qualidade dos serviços prestados a sociedade (PIRES; SILVA, 2009).

No país existem vinte e sete conselhos regionais de enfermagem, todos subordinados ao Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, justificando sua utilidade social na preservação da qualidade dos serviços prestados e no cumprimento da lei do exercício profissional por parte da enfermagem (BRASIL, 1973; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017a).

Nesse contexto, ressalta-se a função fiscalizadora, devendo esta, ser compreendida como um processo dinâmico que realiza ações de planejamento, organização, execução e avaliação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011a). Tendo a relevante missão de impedir que pessoas não habilitadas exerçam a profissão irregularmente, o artigo 2º da Lei 7.498/86 apresenta que uma das condições para exercer a enfermagem é ter inscrição e o registro no conselho (BRASIL, 1986).

De acordo com Silveira e Ramos (2014) o objeto da fiscalização do exercício profissional na área da enfermagem é ligado, na maioria das vezes, às questões

históricas da profissão, tais como: a formação; a regulamentação; as atribuições dos órgãos profissionais e a habilitação dos profissionais, conforme se constata em estudos como os de Spink (1985); Dantas e Aguillar (1999); Mott (2001); Garcia Moreira (2009); Kletemberg *et al.* (2010); Oguisso e Schmidt (2010); e Oguisso, Campos e Moreira (2011). Também se associa ao tema das organizações profissionais da enfermagem, o sistema COFEN/CORENs e a própria história e atuação da Associação Brasileira e Enfermagem.

É de fundamental importância destacar o papel do COFEN no desenvolvimento de políticas públicas de saúde para que a sociedade tenha profissionais aptos e qualificados ao exercício da profissão, obedecendo aos preceitos éticos da categoria, contribuindo para a valorização e reconhecimento do trabalho realizado pela enfermagem (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016).

Alguns estudos referentes à atuação dos Conselhos de Profissão e a sua atividade de fiscalização têm demonstrado uma preocupação com a visão que os profissionais e a sociedade têm destes. Citando Costa, Germano e Medeiros (2014), sobre a atividade de fiscalizar destes Conselhos, os Conselhos têm “uma importante missão que não é devidamente conhecida e reconhecida pela sociedade e, o que é mais grave, é mal compreendida pelas próprias categorias profissionais”. Em relação à Enfermagem, essas autoras ainda relatam que a realidade se torna mais preocupante devido ao fato de o trabalho executado por estes profissionais ter repercussão direta sobre a vida humana.

Nesse contexto, os fiscais do Conselho ainda têm dificuldades para atingir os objetivos do seu trabalho, de acordo com Silveira e Ramos (2014), em seu estudo sobre os maiores desafios e dificuldades para realizar o trabalho de fiscal do COREN/SC, os fiscais revelaram como um dos maiores desafios à falta de melhor conhecimento da legislação do exercício profissional, código de ética, resoluções e decisões emanadas do Sistema COFEN/CORENs, por parte dos profissionais de enfermagem.

Atrelado a isto, através da minha atuação como fiscal no COREN/PE, que se soma há quase três anos, pude constatar que os profissionais de enfermagem, especialmente os Coordenadores e/ou Responsáveis Técnicos pelo serviço de enfermagem, apresentam certas dificuldades no envio de alguns documentos solicitados durante ato fiscalizatório, e atribuem estas à falta de conhecimento na elaboração de instrumentos institucionais normativos como: regimento interno,

manual de normas e rotinas, protocolos operacionais padrão, cálculo de dimensionamento de pessoal e impressos para realização da sistematização da assistência de enfermagem.

Nesse sentido, cabe destacar a regulação da formação, da qualificação profissional, da educação permanente, do trabalho e do exercício profissional, enfatizando a importância do envolvimento do sistema educacional, das corporações e associações profissionais, do sistema de saúde e da sociedade (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

No que tange à regulação, destacando-se a profissional, esta apresenta traços bastante específicos, com um aparato institucional formado por princípios, normas e leis do exercício profissional que conferem monopólios de prática; estruturas de autorregulação formadas por pares das mesmas profissões com autoridade pública atribuída para fiscalizar o exercício da profissão (GIRARDI, 2002).

De acordo com Machado, Vieira e Oliveira (2015) as abordagens sobre a educação em saúde se apoiam consideravelmente na sociologia das profissões, tendo em vista as explicitações conceituais e metodológicas dos seus diferentes atores e praticantes, das corporações profissionais, da regulação e da legitimação das profissões na sociedade. Para estes autores, o campo investigativo da gestão do trabalho e da educação pode ser pensado com base em três eixos estruturantes: trabalho, educação e regulação.

Segundo Lessa e Araújo (2013), para alcançar o reconhecimento profissional, torna-se necessário, conhecer e valorizar a história da profissão, construir um corpo científico para fundamentar a prática e incentivar a participação política. Desta forma, há a necessidade de estudos e pesquisas não só para conhecer melhor os processos que conduziram ao estágio atual da profissionalização da enfermagem, como também para buscar explicações sobre o sentido e a finalidade dos cuidados oferecidos por essa profissão (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Esse estudo buscou na sociologia das profissões subsídios teóricos para discutir a organização da Enfermagem no Estado de Pernambuco, por meio do resgate histórico da profissão e com ênfase na atuação do Conselho Regional de Enfermagem, acreditando que resgatar a história desta profissão é recuperar sua organização enquanto categoria profissional e o desenvolvimento de sua identidade enquanto profissão.

Considerando todo o exposto, esta pesquisa teve como pergunta condutora:  
Como o Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco contribui no exercício da profissão e assistência à saúde dos cidadãos?

## 2 JUSTIFICATIVA

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a área de saúde brasileira compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca 50% atuam na enfermagem (cerca de 1,7 milhão), que congrega entre Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem mais de um milhão e oitocentos mil trabalhadores, constituindo 50% da força de trabalho que atua no setor da saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2019), há 2.141.883 profissionais de enfermagem inscritos ativos no Sistema COFEN – Conselhos Regionais de Enfermagem, o que faz deste, como afirmam Persegona, Oliveira e Pantoja (2016) em seus estudos sobre as características geopolíticas da enfermagem brasileira, o maior conselho de classe do Brasil.

O conselho regional escolhido para realizar a pesquisa foi o de Pernambuco, que tem sua sede em Recife e conta com cinco subseções (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO, 2017a). Atualmente, o COREN/PE regula o exercício de 100.678 profissionais inscritos, destes 23.251 são enfermeiros (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019), população escolhida para este estudo. O Quadro 1 mostra os dados demográficos do Estado de Pernambuco, e a Tabela 1, a distribuição do contingente de profissionais nas categorias que compõem a enfermagem.

**Quadro 1 – Dados demográficos do estado de Pernambuco**

<b>PERNAMBUCO</b>	
	<b>População: 8.796.448 pessoas</b>
	<b>Capital: Recife</b>
	<b>Densidade demográfica: 89,62 hab/km<sup>2</sup></b>
	<b>Rendimento nominal mensal domiciliar <i>per capita</i>: R\$ 871</b>
	<b>Nº de municípios: 185</b>
	<b>Nº de estabelecimentos de saúde: 9.871</b>
	<b>(Públicos: 49,8%)</b>

Fonte: IBGE (2010)

**Tabela 1 - Quantitativo de profissionais de enfermagem inscritos no Coren/PE por categoria**

<b>Enfermeiros</b>	23.251
<b>Técnicos em Enfermagem</b>	63.703
<b>Auxiliares</b>	13.132
<b>Total</b>	<b>100.678</b>

Fonte: Conselho Federal de Enfermagem (2019)

Este quantitativo de profissionais de enfermagem tende a aumentar em todo o País, devido à notória expansão do número de escolas de formação de recursos humanos na área. Isto implicará em maior volume de trabalho para o COFEN e para os Conselhos Regionais, especialmente para estes últimos, que terão de incrementar seus serviços de fiscalização para exercer sua finalidade estatal, prevista em lei, com competência e eficiência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011a).

O COREN/PE, assim como os demais CORENs, tem sua atividade fundamentada na legislação profissional e no código de ética dos profissionais de Enfermagem, além das demais legislações e normas sanitárias vigentes no Brasil. Fiscaliza e disciplina o exercício da profissão, tendo um importante setor em sua estrutura, o Departamento de Fiscalização (DEFIS), que, através dos agentes de fiscalização, realiza ações no âmbito das instituições de saúde, garantindo uma assistência de enfermagem livre e isenta de riscos provenientes da imperícia, imprudência, negligência e omissão ético-profissional, em defesa dos interesses e direitos da sociedade e dos profissionais de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO, 2017b).

Os direitos na área da saúde frequentemente chegam aos usuários por intermédio da atuação da Enfermagem, reforçando a responsabilidade e compromisso dos conselhos da profissão em protegê-los de erros e negligências. Neste sentido, se reconhece que embora a qualidade da assistência dependa de inúmeros aspectos, de ordem social, econômica, política, cultural, entre outros, o setor de fiscalização do Conselho de Enfermagem contribui na construção da cidadania e na qualidade da assistência (COSTA; GERMANO; MEDEIROS, 2014).

A enfermagem é a profissão que está presente em todas as instituições assistenciais, sendo que na rede hospitalar está presente nas 24 horas de todos os 365 dias do ano, o que demonstra por si só que a qualidade das ações de enfermagem interfere diretamente na qualidade da assistência em saúde (PIRES, 2009).

Corroborando a importância da regulação profissional, Freire (2016) em seu trabalho sobre a “trajetória: fatos e fatos da pesquisa perfil da enfermagem” descreve a opinião do Secretário Hêider Aurélio Pinto da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES – MS) sobre a pesquisa “Perfil da Enfermagem”:

A regulação das profissões em saúde é uma responsabilidade estatal que tem como objetivo garantir à população o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde e condições aos trabalhadores para desenvolver suas atribuições. A pesquisa Perfil da Enfermagem do Brasil como uma parceria entre o Conselho Profissional, área educacional e de pesquisa e órgãos governamentais propicia avançarmos para a unificação das ações no processo de regulação profissional (FREIRE, 2016, p. 82).

Assim, pesquisas em torno da fiscalização da atuação dessa categoria de trabalhadores tornam-se muito relevantes, podendo gerar resultados que contribuam de forma significativa para formulação e apoio de políticas públicas no setor da saúde, e também da educação, no que refere às perspectivas da gestão, formação e regulação da enfermagem, servindo ainda como instrumento de consulta para análises do exercício da profissão e de ações que possam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Desta forma, considerando a minha inserção no COREN/PE e as experiências resultantes das práticas de fiscalização, pretende-se com o plano de intervenção através desta pesquisa, elaborar proposta de um curso de formação para os Enfermeiros Coordenadores/Responsáveis Técnicos pelo serviço de enfermagem, vislumbrando uma melhor orientação e apoio na organização dos serviços, contribuindo ainda para melhor resposta aos esforços da fiscalização por parte do Conselho Profissional e valorização do profissional de enfermagem no âmbito das instituições de saúde.

### 3 PRESSUPOSTOS

- a) Observa-se que a atuação do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco traz grandes benefícios ao exercício da enfermagem e assistência aos pacientes, refletindo na qualidade dos serviços de saúde.
- b) O Enfermeiro Coordenador e/ou Responsável Técnico pelo serviço de enfermagem serve de ligação entre os profissionais e o Conselho, desta forma a formação e a responsabilidade ética-profissional destes orientam suas práticas nos serviços de saúde.
- c) Apesar da legislação estar disponível a todos, o desconhecimento de alguns profissionais sobre a legislação e a resistência em cumpri-la, algumas vezes imposta pelo próprio serviço, contribuem para que os conselhos profissionais não consigam atingir os seus propósitos através da fiscalização.

## **4 OBJETIVO GERAL**

Analisar as contribuições da atuação do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco para o exercício da profissão e assistência à saúde dos cidadãos.

### **4.1 Objetivos Específicos**

- a) Descrever a história do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco;
- b) Conhecer as principais irregularidades de enfermagem nos serviços de saúde notificadas pelo Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (2015-2017);
- c) Identificar o papel do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco na organização da profissão;
- d) Elaborar proposta de um curso de formação para os Enfermeiros Coordenadores/Responsáveis Técnicos pelo serviço de enfermagem.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do delineamento do problema de pesquisa e do objeto deste estudo, o referencial teórico escolhido apresentará os seguintes recortes: sociologia das profissões e a enfermagem; o desenvolvimento histórico da enfermagem; o papel dos conselhos de enfermagem no Brasil, todos explicitados de maneira mais objetiva a seguir. Destaca-se que as informações aqui contidas não pretendem esgotar o assunto referente aos temas elencados, devido a sua complexidade e abrangência.

### 5.1 Sociologia das Profissões e a Enfermagem

O dicionário moderno da Língua Portuguesa de Michaelis (1998), profissão é o ato ou efeito de professar. Tem como sinônimos: ocupação, ofício, meio de vida, emprego, atividade que requer conhecimentos especiais e, geralmente, preparação longa e intensiva.

Por sua vez, o dicionário Aurélio define como atividade ou ocupação especializada, da qual se podem tirar os meios de subsistência. O termo ofício, de acordo com esses dicionaristas, pode significar trabalho, ocupação, arte, emprego, função, incumbência, encargo, dever, papel, obrigação, cargo público ou oficial, serviço ou modo de vida. Teoricamente, os vocábulos profissão, ocupação ou ofício poderiam ser utilizados sem denotar hierarquia ou distinção de superioridade de uma pessoa sobre as demais (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

O termo “profession”, quando utilizado na sociologia anglo-americana, é reservado para as profissões ditas sábias, sendo aquelas que pressupõem formação universitária, diferenciando-se de “occupations” – consideradas como o conjunto dos empregos (FRANZOI, 2008).

O conhecimento formal e o papel legitimador que a ciência assume nas sociedades modernas determina a relação de poder que se instala entre as esferas de criação, transmissão e aplicação do conhecimento formal. A educação formal requerida para o emprego em determinadas posições distingue as profissões das ocupações (FRANZOI, 2008).

Para Hughes (1994) a divisão do trabalho é o início de qualquer análise sociológica do trabalho humano, considerando que não se pode separar uma atividade do conjunto daquelas nas quais ela se insere e dos procedimentos de

distribuição social. Reforça ainda, que o profissional é aquele que possui um diploma, sendo este a sua autorização legal para exercer atividades que outros não podem, através da qual o profissional é separado dos demais.

Em princípio, qualquer atividade humana no mundo do trabalho pode ser considerada uma atividade profissional. No entanto, a sociologia enfatiza alguns elementos que constituem uma profissão: autonomia, adesão ao ideal de serviço, forte identidade profissional traduzida pelo código de ética, e a demarcação do território profissional (MACHADO, 1995).

Em relação às características das profissões, Pereira Neto (1995, p.601) destaca que “a profissão detém o monopólio sobre determinada atividade porque persuade a sociedade a crer que ninguém mais, salvo o profissional, pode fazer este trabalho com sucesso”.

Para Pierantoni e Machado (1993, p.25) profissão é uma “ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (individual ou coletivo)”.

A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) afirma, no artigo 5º, inciso XIII, que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as disposições que a lei estabelecer”. No entanto, a Lei nº 6.229/75 (revogada pela Lei nº 8080/90), que dispunha sobre o Sistema Nacional de Saúde, fazia uma distinção entre profissão e ocupação, ao referir-se à “formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde (artigo 2º, inciso III) e também sobre “as condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares” (artigo 1º, inciso I, alínea 5).

Em sua obra sobre promoção, Collière (1989) julga ser “imprescindível” determinar a diferença entre ofício e profissão, porque considera ofício uma atividade exigida pela vida do grupo social, e que assegura um serviço à comunidade. Refere-se à profissão como o desenvolvimento de atividades por um grupo de pessoas que adquiriram um título, com vistas a exercer determinada função de acordo com regulamento oficial. Desta forma, considera que profissão deve ser uma categoria de pessoas formadas para o exercício de atividade regulamentada, devendo ser organizada em associações profissionais, dotadas de código de deontologia e de instâncias coletivas para definição de regras.

Entre os autores mais relevantes no campo do estudo sociológico das profissões, encontram-se Freidson (1996) e Larson (1977). Para o primeiro, o

conceito de profissão remete, essencialmente, a um tipo específico de trabalho especializado, teoricamente fundado. No seu entendimento, para que uma atividade seja reconhecida como tal, é necessário que reúna algumas características. Por um lado, a profissão deve deter de um conhecimento delimitado, complexo e institucionalizado. Por outro, ela tem que organizar seus interesses em associações profissionais que padronizem a conduta dos pares, realizando uma autoregulação (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003).

Freidson (1970), em sua obra *Profession of medicine*, afirma que a profissão não é vista como uma disposição individual, mas como uma corporação. Defende que o surgimento e a manutenção das profissões estão relacionados com o mecanismo de controle e de poder exercidos pelos interesses dominantes da sociedade mais ampla.

Hirata (1992), em seu estudo sobre a empregabilidade, define profissão como uma ocupação que exige conhecimentos ou habilidades consideradas altamente especializadas e com desempenho técnico e social que demande algum tipo de controle. Toda profissão é um tipo de ocupação, que traz subjacente alguma remuneração aquele que a exerce.

Seguindo Wilensky (1964), para uma ocupação exercer autoridade profissional, ela deve encontrar uma base técnica própria e uma jurisdição exclusiva, atrelando habilidade e jurisdição a padrões de treinamento. Deve ainda convencer o público de que seus serviços são confiáveis, considerando que o grau de profissionalização é medido não só pelo grau de competência exclusiva, mas também pelo grau de aderência ao ideal de serviço e às normas de conduta profissional.

Ainda para este autor, o futuro do profissionalismo depende do desenvolvimento na organização do trabalho e no conhecimento específico. Por outro lado, Machado (1995) considera que o corpo esotérico do conhecimento deve conter os segredos e as técnicas próprias de cada profissão, assim como visibilidade social (WILENSKY, 1964).

Sendo assim, o domínio do conhecimento da enfermagem lhes confere competências para cuidar de pessoas. Para Pires, Kruse e Silva (2006, p.14), o cuidado em enfermagem possui quatro dimensões básicas:

1. As ações de cuidado a indivíduos e grupos, da concepção à morte;
2. As atividades de educação em saúde, que envolvem o processo de cuidar, a educação permanente no trabalho e a formação de novos profissionais;
3. A dimensão administrativo/gerencial de coordenação do trabalho coletivo da enfermagem no espaço assistencial e de participação no gerenciamento institucional da assistência de saúde;
4. A dimensão investigativa, em que através da produção de novos conhecimentos subsidia os demais processos de cuidar, educar e gerenciar em saúde (PIRES, KRUSE; SILVA, 2006, p.14).

Em relação à sociologia das profissões, Soares *et al.* (2006, p.130) estabelecem que o processo de profissionalização pode ser identificado por cinco aspectos, a saber:

- a) o trabalho transforma-se em ocupação de tempo integral;
- b) o conhecimento é transmitido pelos próprios pares;
- c) cria-se uma associação profissional;
- d) a profissão é regulamentada e,
- e) adota-se um código de ética que irá nortear a conduta profissional no mundo do trabalho (SOARES *et al.*, 2006, p. 130).

A aderência a um conjunto de normas profissionais, por meio do código de ética, vem assumir um aspecto de controle e de organização do trabalho, acrescentando um critério distinto ao trabalho técnico do profissional baseado no conhecimento adquirido por um longo treinamento. Na maioria das profissões em processo de consolidação, o estabelecimento de um código de ética aparece como último passo (WILENSKY, 1964).

Em 1958, foi aprovado o primeiro código de ética da enfermagem, a partir de um esboço elaborado por enfermeiras religiosas. O referido código destacava três pontos básicos: a visão religiosa, o servir, como papel do enfermeiro e a obediência aos médicos e autoridades constituídas. Após a criação do Conselho Federal de Enfermagem, no ano de 1975, foram aprovados o Código de Deontologia e o Código de Infrações e Penalidade. Desta forma, os códigos seguiram uma tendência tautológica e legitimadora, à medida que serviram apenas para sacramentar o que já vinha ocorrendo na prática dos profissionais. A moral continuava impregnada de religiosidade, baseada em verdades reveladas, e as relações humanas se pautavam pelos mesmos princípios (PASSOS, 1993).

No que se refere à ascensão do profissionalismo moderno no mundo anglo-saxão do começo do século XIX, as distintas profissões reconhecidas eram, na prática, somente três: a de Natureza Divina; o Direito e a Medicina. Na Inglaterra, as

três profissões tradicionais eram hierarquicamente divididas em campos superiores e inferiores. Tanto nos Estados Unidos, como na Inglaterra, a profissionalização moderna era conectada com as mesmas circunstâncias históricas gerais: ela coincidia com a ascensão do capitalismo industrial, com suas crises e sua consolidação e, pelo fim do século XIX e começo do século XX, com a evolução do capitalismo com relação à sua forma corporativa (LARSON, 1977).

Durante a fase competitiva do capitalismo o mercado profissional passou por grandes transformações, trazendo consigo uma necessidade crescente de profissionalismo, no qual os profissionais precisavam ser treinados e socializados para produzirem serviços reconhecidos para troca no mercado profissional. Desse modo, o conhecimento formal passou a ser essencial, credenciando pessoas para exercerem competentemente e legalmente as atividades profissionais no mercado. Assim, processa-se o credenciamento dos enfermeiros, médicos, farmacêuticos, entre outros (PIERANTONI; MACHADO, 1993).

Larson (1977), quando discute sobre a organização dos mercados profissionais a partir da ótica da matriz histórica das profissões modernas, no tocante aos antecedentes pré – industriais, afirma que:

Antes da Revolução Industrial, o perfil dos praticantes livres era definido para os advogados e médicos e em um menor grau para os arquitetos. Mas mesmo a profissão de direito que foi a primeira a se desengajar no século XIV, pela tutela da igreja, ainda não tinha desenvolvido uma sólida e íntima conexão com treinamento e examinações que vieram a serem associadas com o modelo profissional durante o século XIX (LARSON, 1977, p. 1).

Na década de 1980, na Europa, foram vários os estudos desenvolvidos numa perspectiva histórica. Tinham o objetivo de analisar o modo pelo qual as profissões modernas surgiram no Continente, nos séculos XIX e XX; na maioria delas, o Estado desempenhou um papel ativo para iniciar a institucionalização de algumas e reorganizar outras, tendo funcionado como principal empregador daqueles que tinham uma profissão (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Sociologicamente, considerando-se os atributos de profissão, pode-se afirmar que a Enfermagem é uma profissão desenvolvida por um grupo de trabalhadores qualificados e especializados para a realização de atribuições socialmente necessárias. Possui entidades que a representam no conjunto da sociedade e que formulam regras para o exercício profissional, além de um código de ética que norteia o comportamento de seus agentes em bases moralmente aceitáveis, seja na

relação com os sujeitos cuidados, seja na relação com os pares (PIRES, 2009). Nesse contexto Silveira (2011) quando escreve sobre profissão, saúde e enfermagem, afirma que para o processo de profissionalização ser efetivo é necessária à combinação do conhecimento teórico, prático, além de domínio do mercado de trabalho.

No Brasil, a profissionalização da enfermagem passa a se configurar a partir da prestação de cuidados às pessoas enfermas em domicílios, o que, posteriormente, ganhou contornos de profissionalização com a sistematização do ensino. A história aponta ainda que foi a necessidade dos profissionais médicos da psiquiatria, por total ausência de quem pudesse prestar cuidados de qualidade aos enfermos mentais, que fez nascer à ideia da criação da profissão (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) em seu artigo 22, inciso XVI estabelece competência privativa à União para legislar sobre a organização das profissões. Entretanto, a regulação das profissões tem obedecido muito mais às regras impostas pelo mercado do que propriamente a ações efetivas do governo.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), no Brasil, a enfermagem é uma das 14 profissões de saúde, e, de acordo com dados dos últimos cinco anos do Ministério do Trabalho e Emprego, representa cerca de 60% do conjunto das profissões de saúde. A legalização da profissão de enfermagem em diversos países e o grande contingente numérico destes profissionais também demonstra o reconhecimento social da profissão (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Em relação à regulamentação da profissão, o exercício profissional da enfermagem é regido pela Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986) e regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, sendo exercida por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem e Parteiras (BRASIL, 1987). Já o código de ética dos profissionais de enfermagem (CEPE) leva em consideração a necessidade e o direito à assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. O CEPE está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por assistência sem riscos e danos acessível à população (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017c).

Sabe-se que profissão regulamentada é considerada aquela que é amparada pela existência de organizações e instituições sociais (conselhos e associações); legislação de privilégio de prática; mecanismos de formação e treinamento nas atividades específicas; credibilidade e reconhecimento da sua utilidade social (GIRARDI; FERNANDES; CARVALHO, 2005).

Com a regulamentação da profissão através da Lei e do Decreto Federal acima referidos, consagrou-se definitivamente a autonomia do profissional de enfermagem, fato que permitiu a inserção deste em áreas antes impensadas para a profissão, como é o caso da prescrição de medicamentos por parte dos enfermeiros quando da atuação em programas de saúde do Ministério da Saúde e a efetiva responsabilidade pelos serviços de enfermagem nas instituições de saúde e educação de nosso país (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011a).

O surgimento de novas tecnologias no mercado de trabalho da saúde, por conseguinte, tem ordenado algumas modificações na prática da enfermagem, surgindo, assim, novas especialidades que trazem a necessidade de constante aperfeiçoamento através de cursos de especialização (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

De acordo com a Resolução COFEN nº 581/2018 (ANEXO A), que atualiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem os procedimentos para registro de título de pós-graduação *lato e stricto sensu* concedido a enfermeiros e aprova a lista as especialidades, distribuídas em 03 (três) grandes áreas, como estabelece em seu Art.6º:

Art. 6º As linhas de atuação que agrupam as especialidades do Enfermeiro estão distribuídas em 3 (três) grandes áreas:

§ 1º Área I:

- a) Saúde Coletiva;
- b) Saúde da Criança e do Adolescente;
- c) Saúde do Adulto (Saúde do homem e Saúde da mulher);
- d) Saúde do idoso;
- e) Urgência e Emergência.

§2º Área II:

- a) Gestão.

§3º Área III:

- a) Ensino e Pesquisa (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

Nestas grandes áreas mencionadas, são reconhecidas mais de 60 especialidades na enfermagem no Brasil. Ainda de acordo com esta resolução, compete ao COFEN manter atualizado o registro cadastral dos seus profissionais

inscritos, uma vez que tais assentamentos podem retratar o perfil da população de Enfermeiros, contribuindo para estabelecer políticas de qualificação para o exercício profissional, sendo, portanto, responsabilidade do referido Conselho, o registro de Associações e Sociedades que venham a emitir títulos de especialistas.

## **5.2 O Desenvolvimento Histórico da Enfermagem**

Historicamente, pode-se afirmar que os cuidados realizados a uma pessoa na própria habitação é uma das mais antigas – ainda que rudimentares – formas de atenção ao ser humano. Na trajetória evolutiva da sociedade, a ação de cuidar se confunde no tempo com o trabalho da mãe que nutre seus filhos e deles cuida. Da mesma maneira, a mulher deveria cuidar de outras pessoas dependentes, como idosos, feridos e doentes. A proteção materna instintiva, nesses casos, pode ser tida como a primeira forma de manifestação de cuidados do ser humano com o próximo (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

No período pré-cristão, especialmente na Grécia, os enfermos procuravam os templos para pedir ajuda aos deuses. Criado no templo Esculápio, filho de um médico, Hipócrates estudou o lado biológico do indivíduo e dissociou a medicina de forças sobrenaturais e superstições, vindo a ser conhecido como o “Pai da medicina” (OGUISSO, 2007).

Não existem na antiguidade registros que comprovem o exercício da enfermagem como profissão. Entretanto, algumas das atividades como o cuidado com crianças, especialmente durante o nascimento, podem ser identificadas como ações de enfermagem nos tempos antigos, onde os templos eram os locais de abrigo dos doentes (OGUISSO, 2007).

Segundo Oguisso, Campos e Moreira (2011) com o surgimento do cristianismo, a ação de cuidar de doentes, idosos, crianças e pobres, se tornou a forma que muitas pessoas, não apenas da aristocracia e nobreza, adotavam para dedicar sua vida à obra de caridade como maneira de imitar o próprio Cristo.

Nos primórdios da civilização, a doença era considerada como castigo divino, os sacerdotes e as feiticeiras desempenhavam o papel de cuidador. Com o passar dos anos, alguns sacerdotes começaram a adquirir conhecimentos empíricos e a utilizarem plantas medicinais, tornando-se curandeiros. Contudo, esse saber empírico foi se transformando ao longo do tempo e na Idade Moderna se começou a

aprimorá-lo e torná-lo científico, período no qual se deram início as escolas de Enfermagem (OGUISSO, 2007).

LIMA *et al.* (1994) descreveram as três fases distintas da evolução da enfermagem, como sendo:

- a) Fase empírica ou primitiva: quando não havia profissionais e a assistência era prestada por leigos.
- b) Fase evolutiva: na Escola de Enfermagem Saint Thomas no reino Unido, fundada por Florence Nightingale, foram lançadas as bases do ensino com a preparação das primeiras enfermeiras dentro de um novo e moderno sistema.
- c) Fase de aprimoramento: a enfermagem passa a considerar o indivíduo como o centro do cuidado com atendimento individualizado, visando a salientar a inter-relação dos aspectos biopsicoespirituais da pessoa humana.

A Enfermagem é uma profissão de saúde reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando na assistência à saúde dos feridos na guerra da Criméia, em 1854, Florence implantou medidas de higiene ambiental, enfermarias arejadas, roupas de cama e pessoais lavadas, uma melhor alimentação hospitalar, além de criar espaços para atividades e leitura para os convalescentes. Ela tinha o hábito de utilizar uma lâmpada à noite quando ia cuidar dos doentes, motivo pelo qual ficou conhecida como “a dama da lâmpada”. Tornou-se uma das primeiras especialistas no mundo em higiene e saneamento público, deixando um relevante legado no cuidado e atenção aos doentes. Considerada a pioneira na criação de métodos e normas aos cuidados com o doente e o ambiente, as suas anotações serviram de base para a enfermagem profissional (COSTA *et al.*, 2009).

Através de Florence, o cuidado ganhou especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, sendo reconhecido como necessário à sociedade, passando a exigir uma formação especial para o seu exercício, além de uma produção de conhecimentos que fundamentem as ações profissionais (PIRES, 2009). Dando à enfermagem o estatuto socioprofissional que lhe faltava, o seu percurso revolucionário gerou profundo impacto na saúde e na reorganização dos serviços de saúde no mundo (LOPES; SANTOS, 2010).

As práticas de saúde no mundo moderno, em especial as de Enfermagem, evoluíram juntamente com os sistemas político e econômico da sociedade capitalista, que promoveu o surgimento da Enfermagem como prática profissional institucionalizada. Tal processo teve início com a Revolução Industrial no século XVI e culminou com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO, 2017c).

### 5.2.1 A Enfermagem no Brasil

No Brasil, desde a colonização as epidemias atingiam principalmente as áreas urbanas. Os recursos da saúde eram limitados, precários e até inexistentes, sendo a medicina, na época, em grande parte exercida por barbeiros, cirurgiões barbeiros e físicos (SANTOS FILHO, 1947).

Graciete Borges Silva (SILVA, 1986), em sua análise crítica sobre a enfermagem brasileira, considera que a história da enfermagem pré-profissional é a história de uma prática social que nasceu vinculada a atividades domésticas, à mercê do empirismo das mães de família, de monjas ou dos escravos, prática esta detentora de um saber de senso comum, destituída de qualquer conhecimento próprio.

De acordo com Geovanini *et al.* (2010), o desenvolvimento da história da enfermagem no Brasil se deu por três importantes fases. A primeira: organização da Enfermagem sob controle de ordens religiosas; a segunda pelo desenvolvimento da educação institucional e das práticas de saúde pública; e a terceira corresponde ao processo de profissionalização da Enfermagem.

A partir de 1534, foram fundadas as primeiras Santas Casas de Misericórdia, em Santos, Rio de Janeiro, Vitória e Ilhéus, porém a enfermagem era praticada sem a necessidade de maiores requisitos para seu exercício, não existindo qualquer exigência de nível de escolarização (GERMANO, 1984).

Por volta de 1808, ocorreu a chegada de profissionais de saúde estrangeiros, impulsionada pela vinda da corte portuguesa que se instalou no Brasil fugindo de tropas napoleônicas (KLETEMBERG; SIQUEIRA, 2003). Considerando este fato, houve a necessidade de cuidados de saúde para atender à elite, os portos tinham que ser mantidos em boas condições sanitárias para que os interesses econômicos do Estado fossem garantidos (LUZ, 1982).

Iniciando o período republicano, a enfermagem profissional foi se impondo como elemento coadjuvante obrigatório no processo de tratamento e cura. A qualificação e sistematização dos conhecimentos e técnicas praticadas nessa área contribuíram para o desenvolvimento de novos modelos de prestação de serviços na área da saúde, surgindo, assim, um novo perfil de enfermeiros (ARAÚJO; MOREIRA; AMORIM, 2010).

Em um estudo sobre a Enfermagem pré-profissional no Brasil, Oguisso, Campos e Moreira (2011, p. 69) afirmam:

Há ainda certo olhar de indiferença ou desconfiança em relação às pessoas que se dedicaram ao cuidado de doentes ou feridos, crianças ou idosos nesse contexto da pré-profissionalização, inclusive os que deixaram seu nome na história do Brasil. Contudo, reais ou ficcionais, autoridades e mesmo a literatura lhes atribuem o título de enfermeiro ou enfermeira, como os casos de Francisca de Sande, frei Fabiano de Cristo, padre José de Anchieta, Anna Nery e Procópio José Gomes Valongo, personagem do conto “O Enfermeiro”, de Machado de Assis (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011, p. 69).

Ana Justina Néri foi um nome de destaque na fase empírica, quanto aos cuidados com os soldados feridos na Guerra do Paraguai, transformando-se no símbolo máximo da enfermagem no Brasil, sendo condecorada pelo governo brasileiro com o título de “Mãe dos Brasileiros” (GERMANO, 1984). Recebeu outras importantes homenagens, entre elas a medalha de honra ao mérito. A Escola do Departamento de Saúde Pública no Rio de Janeiro passou a se chamar Escola de Saúde Pública D. Ana Néri. Posteriormente, em 1960, foi instituída oficialmente, no Brasil, a Semana da Enfermagem, marcando-se seu início em 12 de maio, data de nascimento de Florence Nightingale e terminando em 20 de maio, data da morte de Anna Nery (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

Ao longo do século XIX, as variações conjunturais no modelo político econômico brasileiro tiveram implicações diretas no setor da saúde. As doenças epidêmicas no país dificultavam as exportações de produtos brasileiros, o que levou ao surgimento de uma política de controle de doenças epidêmicas, a necessidade de profissionais capacitados e treinados para a prestação dos serviços, a vigilância de portos e o cuidado com os dentes. É nesse espaço que ocorre a institucionalização da educação da enfermagem no Brasil (KLETEMBERG; SIQUEIRA, 2003).

No ano de 1978, foram criadas na França, pelo Dr. Bourneville, escolas municipais para preparar enfermeiras ou dar instrução técnica a essas profissionais. Essas escolas – que funcionavam em hospitais da França – não seguiram o modelo Nightingaleano de ensino. Foi de uma delas, a Salpêtrière, de onde vieram às enfermeiras para assistência aos alienados, no Brasil, em 1890. (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

A primeira tentativa de sistematização do ensino da enfermagem no Brasil ocorreu em 1890, a partir da criação, na cidade do Rio de Janeiro, da Escola Profissional de Enfermeiros, no Hospício Nacional dos Alienados, com a finalidade de preparar os Enfermeiros para os hospícios e hospitais civis e militares. Esta iniciativa emergiu de um processo político que, ultrapassando as fronteiras do Hospício Nacional dos Alienados, pôs em confronto o poder da igreja, o poder do Estado e da classe médica (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

De acordo com Galleguillos e Oliveira (2001), no Brasil, o ensino da Enfermagem iniciou-se oficialmente em 1890, com a promulgação do Decreto nº 791, com o objetivo de preparar profissionais de enfermagem para atuarem nos hospícios e hospitais civis e militares, nos moldes da escola existente em Salpêtrière, na França. Diante da necessidade de capacitação de pessoal para realizar os cuidados de enfermagem, e do fato de que o Hospital dos Alienados havia passado para controle direto do novo Governo Republicano, foi criada a Escola Alfredo Pinto, no mesmo ano, dirigida por médicos que também supervisionavam o ensino.

Salienta-se, que epidemias se prolongaram até as primeiras décadas do século XX, interferindo negativamente nas relações comerciais e econômicas. Segundo Germano (1982) nesse momento, o sanitarista Oswaldo Cruz foi convidado pelo governo para organizar uma campanha de combate à febre amarela no Rio de Janeiro, combatendo, ao mesmo tempo, a varíola e a peste. É nesse contexto que emerge o ensino sistematizado da enfermagem, tendo este o propósito de formar profissionais que contribuíssem para o saneamento dos portos.

Posteriormente, em 1923, foi criada a primeira escola sistematizada de Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) passando a ser considerada como a escola oficial padrão. Logo, as demais escolas deveriam equiparar-se a esta, e para isso, teriam que ter pelo menos dois anos de funcionamento para requerem a equiparação ao Ministério da Educação e Saúde

Pública e serem inspecionadas por uma enfermeira apontada por esta (BRASIL, 1931).

Apesar do ensino ter sido institucionalizado em 1923, sua consolidação se efetivou somente em 1949, com a Lei nº 775 (BRASIL, 1949), como resultado de pressões profissionais por intermédio da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (MAGALHÃES *et al.*, 2014).

Considera-se que a Enfermagem Moderna foi introduzida no Brasil em 1923, mediante a organização do serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), então dirigido por Carlos Chagas. O ensino sistematizado tinha como propósito formar profissionais que garantissem o saneamento urbano, condição necessária à continuidade do comércio internacional, que se encontrava ameaçado de epidemias (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

A organização dos enfermeiros, em termos associativos, surge em 1926, com a associação Nacional das Enfermeiras Diplomadas, que passou a se chamar Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Esta sempre se preocupou com a educação desde a sua criação, o que pode ser percebido nos seus diversos estatutos, congressos, documentos das comissões e principalmente no seu veículo de maior divulgação, a Revista Brasileira de Enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Nesse momento, apenas estavam autorizados a usar o título de Enfermeiro Diplomado os profissionais oriundos de escolas oficiais ou equiparadas à EEAN, conforme determinou o Governo Getúlio Vargas sobre o ensino e o exercício da enfermagem no País (BRASIL, 1931). Os que já trabalhavam na enfermagem na época, reagiram de tal forma contra essa determinação, que conseguiram permanecer exercendo-a através da autorização presente no Decreto nº 22.257/32, que também permitiu as irmãs de caridade que comprovassem mais de seis anos de prática efetiva até a data do Decreto, direitos iguais aos das enfermeiras de saúde pública (VERMELINGER; VIEIRA; MACHADO, 2016).

Desse modo, o Decreto nº 23.774/1934 estabeleceu para outros grupos seu direito de exercer a profissão, logo, foi concedido o direito de se inscrever no DNSP como enfermeiros-práticos aos que já vinham exercendo a profissão, desde que tivessem mais de cinco anos de prática efetiva e após realizarem a prova de habilitação. A mesma norma autorizou, ainda, que Enfermeiros Diplomados por

estabelecimentos confiáveis tivessem seus títulos registrados no DNSP, desde que expedidos até junho de 1931(WERMELINGER; VIEIRA; MACHADO, 2016).

Passados quase dez anos da criação da Escola de Enfermagem do DNSP, a EEAN, constatava-se ainda a falta da capacidade do sistema formativo da época, tanto para titular os muitos profissionais, quanto para atender e suprir a demanda de saúde existente. Devido a essa situação, em 1941, foi criada o primeiro curso formal de auxiliar de enfermagem no Brasil, após a decisão da Vice Presidente da Divisão de Educação da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (Adeb) Lais Moura Netto dos Reys, que também atuava como Diretora da EEAN (SECAF; COSTA, 2007).

A EEAN passou a fazer parte da Universidade do Brasil, quase no mesmo momento que o Ministério da Educação e Saúde criou a carreira de Auxiliar de Enfermagem, instituindo a obrigatoriedade de apresentação de diploma tanto com falta tanto de Enfermagem como para Auxiliar de Enfermagem, tendo que ser conferidos pela EEAN ou por outro estabelecimento equiparado para ingressar nas carreiras de Enfermeiro ou de Auxiliar de Enfermagem (BRASIL, 1946a).

Em 1946, foram criados exames de habilitação para os auxiliares de enfermagem e parteiras práticas que possuíssem mais de dois anos exercendo efetivamente a enfermagem, para obtenção do certificado de prático em enfermagem. Esse fato visou à preocupação que surgiu entre as Enfermeiras Diplomadas e os leigos que exerciam a Enfermagem e ao mesmo tempo, que contribuíram para o aumento da mão de obra, pois o número de profissionais ainda era insuficiente para atender as demandas nos serviços de saúde (BRASIL, 1946b).

O ensino passou a compreender apenas dois cursos, Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, além de ser exigido o certificado de conclusão de curso secundário para ingressar no curso de Enfermagem, sendo assim consolidado o ensino de enfermagem entre as décadas de 1940 e 1950 (BRASIL, 1956).

Em 1955, tinham-se quatro categorias atuando na enfermagem, cada uma com legislação própria:

- (a) Enfermeiro Diplomado – regulamentado pelos Decretos nº 20.109/31 e nº 21.141/32, Lei nº775/49 e Decreto nº 27.426/49;
- (b) Auxiliar de Enfermagem – regulamentado pela Lei nº 775/49 e Decreto nº 27.426/49;

- (c) Enfermeiro Prático Licenciado – regulamentado pelos Decretos nº 22.257/32 e nº 23.774/34;
- (d) Prático de Enfermagem – regulamentado pelo Decreto nº 8.778/46.

Para Wermelinger, Vieira e Machado (2016) não havia hierarquia definida entre essas categorias, e nem trabalho solidário entre elas, sendo na maioria das vezes, um caso de competição e reserva de mercado.

No entanto, no que se refere à profissionalização, ainda que desde a introdução do modelo Nightingale de formação, na Escola de Enfermeiras no DNSP, o corpo docente dos cursos de enfermagem, em sua maioria, passou a ser composto por enfermeiras (BARREIRA *et al.*, 2011), vindo os cursos de enfermagem e auxiliar de enfermagem, apenas nos anos de 1950, a serem fiscalizados de acordo com as determinações do Ministério da Educação e Saúde (BRASIL, 1949).

Ainda nessa década, no ano 1953, com a divulgação do Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros, se atinge outra característica importante da profissão, a capacidade dela mesma propor a criação de regras para controle do exercício profissional geradas pelo grupo através de entidades representativas na sociedade. Em conjunto, esses aspectos, aparecem como uma etapa sociológica importante no desenvolvimento da profissão, aproximando a enfermagem do almejado modelo de profissão autônoma e autorregulada, com a capacidade de formar os seus membros (FREIDSON, 2009).

Ainda na década de 1950, a Aben iniciou um movimento para a criação de cursos de Auxiliar de Enfermagem, coincidindo com as intenções da política educacional da época, orientada por meio das Leis Orgânicas do Ensino, a formação de pessoal de nível técnico. Então dessa forma, ocorreu a propagação dos cursos de Auxiliar de Enfermagem, ainda motivado pela necessidade de trabalhadores de enfermagem. Nesse contexto, destaca-se que os Auxiliares de Enfermagem não podiam se associar a Aben, que era composta apenas por Enfermeiros Diplomados, sendo formada a Associação Nacional de Auxiliares de Enfermagem (Anae) (WERMELINGER; VIEIRA; MACHADO, 2016).

Apesar da regulamentação do exercício profissional em 1986, através da lei 7.498, o Cofen em 1995, por meio da Resolução nº 186, acabou permitindo a execução de 'atividades elementares de enfermagem' por práticos que já as realizavam:

Art. 2º – As atividades elementares de Enfermagem, executadas pelo Atendente de enfermagem e assemelhados são as seguintes:

I – Relacionadas com a higiene e conforto do cliente:

- a) Anotar, identificar e encaminhar roupas e/ou pertences dos clientes;
- b) preparar leitos desocupados.

II – Relacionadas com o transporte do cliente:

- a) auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de clientes de baixo risco;
- b) preparar macas e cadeiras de rodas.

III – Relacionadas com a organização do ambiente:

- a) arrumar, manter limpo e em ordem o ambiente do trabalho;
- b) colaborar, com a equipe de enfermagem, na limpeza e ordem da unidade do paciente;
- c) buscar, receber, conferir, distribuir e/ou guardar o material proveniente do centro de material;
- d) receber, conferir, guardar e distribuir a roupa vinda da lavanderia;
- e) zelar pela conservação e manutenção da unidade, comunicando ao Enfermeiro os problemas existentes;
- f) auxiliar em rotinas administrativas do serviço de enfermagem.

IV – Relacionadas com consultas, exames ou tratamentos:

- a) levar aos serviços de diagnóstico e tratamento, o material e os pedidos de exames complementares e tratamentos;
- b) receber e conferir os prontuários do setor competente e distribuí-los nos consultórios;
- c) agendar consultas, tratamentos e exames, chamar e encaminhar clientes;
- d) preparar mesas de exames.

V – Relacionados com o óbito:

- a) ajudar na preparação do corpo após o óbito (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1995).

Essas atividades assim descritas nos traz uma reflexão acerca da ausência de princípios científicos, corroborando com o pensamento de Lima (2010, p. 14):

[...] até então, a enfermagem era considerada uma profissão não-científica. Em outras palavras, era considerada um saber prático que se organiza com base nas técnicas de enfermagem, que sempre estiveram presentes em outros momentos históricos como simples rituais de cuidados domésticos dispensados pelas famílias às crianças e seus doentes, tais como troca de roupa de cama, curativo e higiene do ambiente (LIMA, 2010, p. 14).

Para Wermelinger, Vieira e Machado (2016) a autorização por parte do Conselho para esses práticos atuarem, nos remete uma questão fundamental sobre o 'fazer da enfermagem'. Mesmo com o passar dos anos, a corporação não conseguiu eliminar atividades de hotelaria, limpeza, almoxarifado, estafeta e secretariado básico da lista de atividades definidas como atinentes a alguns dos profissionais da equipe. Ainda para estes autores, a essa inserção dessas atividades tão básicas constantes como próprias da profissão, desqualifica o saber da enfermagem, remetendo a tentativa histórica inicial da profissão de unificação paradigmática, reproduzida no primeiro currículo norte-americano – Standard Curriculum for Schools of Nursing, em 1917, no qual se observa a centralização de

todo o processo de formação nas práticas de enfermagem, sem a essencial presença de fundamentos científicos.

Considerando a Lei nº 2.604/1955 que passou a regular o exercício da enfermagem e a Lei nº 2.282/1956, que dispõe sobre o registro de diploma de enfermeiro expedido até o ano de 1950 por escolas estaduais de enfermagem não equiparadas, foi permitido o registro como auxiliares de enfermagem aos portadores de diplomas de enfermeiro, expedidos por escolas não equiparadas à EEAN até o ano de 1950 (BRASIL, 1955, 1956). A enfermagem passou a ser exercida legalmente pelos seguintes grupos profissionais: enfermeiro; obstetriz; auxiliar de enfermagem; parteira; enfermeiro prático; e parteira prática, sendo submetidos à fiscalização do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, que não possuía enfermeiros em seu quadro, embora a fiscalização dos cursos de enfermeiro e auxiliar de enfermagem fosse realizada por enfermeiras. Sobre isso, Wermelinger, Vieira e Machado (2016, p. 143) ressaltam que “nesse ponto histórico, a profissão ainda não tinha superado questões sociais e políticas que a levassem a ter o direito – concedido pela sociedade e regulamentado pelo Estado - de se autorregular”.

Em 1966, foi criado o primeiro curso de Técnico em Enfermagem na EEAN, após a promulgação da Lei das diretrizes e Bases, e o envio às autoridades competentes, por parte da ABEn (1963) de um documento sobre a formação em enfermagem no Brasil, propondo a criação de um curso técnico de nível médio. Sendo, em 1977, instituído pelo Conselho Federal de Educação, os cursos de auxiliar e técnico de enfermagem como habilitações de segundo grau, permitindo ainda em caráter de emergência, que o auxiliar de enfermagem fosse preparado no nível de primeiro grau (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, 1977).

Em 1986, através da Lei nº 7.498, é regulamentado o exercício da enfermagem, determinando que a mesma possa ser exercida privativamente pelos seguintes grupos de profissionais: enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar em enfermagem e parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação e com inscrição no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício (BRASIL, 1986).

Observou-se sociologicamente um avanço relevante do profissionalismo da categoria, com o Enfermeiro na categoria de nível superior (a partir de 1962), no entanto, evidencia-se que a prática nos estabelecimentos de saúde, assim como as normas profissionais compreendem ações elementares de enfermagem, que não

requerem conhecimentos científicos. Considera-se, portanto, que o percurso histórico da enfermagem tem demonstrado que a maior exigência de escolaridade para atuação, não estar compatível com o aumento do seu prestígio na sociedade, talvez devido o desenvolvimento dos fatos reativos à profissão, à regulação da formação e do exercício, estarem atrelados a decisões de uma parcela da categoria, a integração de profissionais com menor nível de formação atendo às demandas de mercado ou de conservar na enfermagem uma divisão vertical do trabalho (VERMELINGER; VIEIRA; MACHADO, 2016).

Nesse sentido, estudiosos e profissionais da própria categoria, apontam o risco que a profissão vem ocorrendo: de delegar tudo que se refere à 'assistir', aos profissionais de nível médio (TEIXEIRA, 1988). Indo de encontro ao pensamento de Castro, Carvalho e Borges (1982) sobre a função profissional, em seu estudo intitulado: "Reflexões sobre a prática de Enfermagem no Brasil e na América Latina",

A função de um profissional se explica por meio das atividades que ele desenvolve. Assim, o que importa não é o que ele sabe, ensina ou delega; o que importa é o que ele faz: o âmbito de sua ação autônoma, suas prerrogativas quanto ao exercício e as atividades que lhe são características (CASTRO; CARVALHO, BORGES, 1982, p. 186).

Logo, para alguns autores, acredita-se que esteja ocorrendo um processo de desprofissionalização, quando se considera que aquilo que corresponde à assistência de enfermagem não vem sendo na maioria das vezes realizado por enfermeiros, colaborando para o risco da enfermagem de nível superior entrar em extinção (NAKAMAE, 1987 apud TEIXEIRA, 1988, p. 17).

Ainda sobre a profissionalização de enfermagem no Brasil, não podemos deixar de mencionar que a formação de profissionais de enfermagem no Brasil nos faz refletir e identificar os valores históricos dos sistemas formativos e suas ligações com as políticas de saúde e de educação, visto que, as políticas públicas que visam responder às demandas e às necessidades de saúde da população foram determinantes na criação de escolas e na formação dos profissionais. Nesse processo, é substancial lembrar a participação de Izabel dos Santos, como uma das personagens mais importantes no campo da formação de Recursos Humanos em Enfermagem no Brasil. Mineira, Izabel formou-se na Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, trabalhou pela Fundação de Saúde Pública (FESP) em várias regiões do Brasil, foi docente na Escola de

Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, sendo reconhecida pela sua luta pela qualidade do cuidado de enfermagem através da qualificação e a formação do pessoal de enfermagem, especialmente durante sua atuação no Ministério da Saúde e na Organização Panamericana de Saúde. Também foi a responsável por instituir o “Larga Escala”, o mais importante programa de qualificação profissional de atendentes em auxiliares de enfermagem, atendendo a uma demanda de serviços, no contexto da Reforma Sanitária brasileira, contribuindo assim para a legitimação e o reconhecimento da formação de profissionais abrangidos pelo Programa (SENA; SILVA, 2011).

A enfermagem vem sendo estudada por muitas décadas. A pesquisa sobre o “Levantamento de recursos e necessidades da enfermagem”, realizada pela Associação Brasileira de Enfermagem no período de 1956/1958, é tida como a primeira pesquisa de abrangência nacional (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1980). A segunda abordou “O exercício da enfermagem no Brasil”, e foi realizada pelo COFEN e ABEN entre 1982/1983 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1985). Vieira (2006) em seu estudo fez uma comparação da enfermagem brasileira com os demais países do Mercosul em relação a recursos humanos, formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde.

A pesquisa mais recente é a do “Perfil da Enfermagem no Brasil”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) por iniciativa do COFEN, que buscou conhecer e construir o perfil da enfermagem no Brasil nos aspectos sociodemográficos, formação profissional, acesso técnico-científico, mercado de trabalho, condições de trabalho e vida política-associativa (MACHADO *et al.*, 2015).

### 5.2.2 A Enfermagem em Pernambuco

No que se refere à Enfermagem na região Nordeste do Brasil, as primeiras Escolas de Enfermeiras nessa região têm seus primeiros registros datados na década de 1940, durante o Estado Novo (1937- 45) e coincide com o processo de industrialização, urbanização das cidades e ampliação da rede previdenciária através da criação de fundos sociais, cujas primeiras iniciativas estavam ligadas a grupos religiosos e ocorreram nas cidades de Fortaleza, Ceará e Recife. (CARLOS *et al.*, 2014).

No estado de Pernambuco, em 1929, na cidade do Recife, ocorreu o último Congresso Brasileiro de Higiene. Havia um movimento para a criação de uma escola para Enfermeiras anexa ao Hospital do Centenário, o que não ocorreu, pois em 1938, esse hospital sofreu intervenção. Em 1945, foi criada a primeira escola para “enfermeiras alto padrão”, segundo a ata de criação da Escola de Enfermagem Medalha Milagrosa, ligada ao Hospital Pedro II (ABRÃO *et al.*, 2016).

Há registro de que um dos fatores que, provavelmente, podem ter dificultado a expansão das escolas esteja relacionado à regulamentação da profissão, ocorrida apenas na década de 1960, com a promulgação da lei nº 3.780/60 (BRASIL, 1960), ou seja, quatro anos após a institucionalização da enfermagem moderna no Rio de Janeiro. A partir de então, a profissão passou a ser enquadrada como sendo de nível superior, no âmbito do serviço público federal, garantindo, dessa forma, o status de profissão de nível universitário (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1980).

A Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Pernambuco, foi criada em 08 de agosto de 1949 e chamava-se, na época, Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), passando a denominar-se Associação Brasileira de Enfermagem em 1954. A ABEN registra suas contribuições com a sociedade pernambucana, atualizando profissionais, lutando pela melhoria dos serviços de saúde e de enfermagem prestados a população e melhoria das condições de ensino e trabalho. Ações essas, que merecem ser aprofundadas por pesquisas que contribuam para a reconstrução da história da enfermagem no estado. Merecendo destaque o período de 1968 a 1972, quando se ampliou a discussão sobre a necessidade de criação do Conselho de Enfermagem e foi criada a associação pré-sindical.

É importante destacar que a implantação do SUS a partir de 1990, fez com que o trabalho do enfermeiro ganhasse autonomia profissional, no referente à gestão dos serviços de saúde e ao atendimento clínico, e esse fato atraiu um número crescente de interessados na área, contribuindo para a criação de novos cursos em várias regiões do país (ROCHA; NUNES, 2013).

O trabalho do enfermeiro ao longo dos tempos tem se constituído em objeto de questionamentos e reflexões por parte dos profissionais e estudiosos da área. Suas ações estão relacionadas com a prática da saúde, determinada pela totalidade social (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Desta forma, pode-se observar que em todo o percurso histórico da enfermagem no Brasil houve influência das relações sociais, políticas de educação e saúde no contexto da formação da enfermagem moderna que foi acompanhada pelas Associações de classe, as quais estiveram voltadas para as adequações na formação do enfermeiro, bem como às necessidades da sociedade brasileira (RIEGEL, 2008).

Considerando a pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil” (MACHADO *et al.*, 2015), a Tabela 2 aponta alguns dados importantes relacionados à Enfermagem em Pernambuco:

**Tabela 2 - Dados gerais do perfil da Enfermagem em Pernambuco**

(continua)

<b>PERFIL DA ENFERMAGEM EM PERNAMBUCO</b>	
Qual é o Perfil da Enfermagem em Pernambuco?	77,8% de técnicos e auxiliares e 22,2% de enfermeiros.
Onde trabalham?	71,5% da equipe de enfermagem encontra-se no setor público; 17% no privado; 17% no filantrópico e 8,8% nas atividades de ensino. Em Pernambuco, 68,2% da equipe de enfermagem declaram desgaste.
Renda Mensal	2,5% de profissionais na equipe recebem menos de um salário mínimo por mês. A pesquisa encontra um elevado percentual de pessoas (29,4%) que declararam ter renda total mensal de até R\$ 1.000, ou seja, estão na condição de subsalário. Dos profissionais da enfermagem, quase a metade (47,3%) tem apenas uma atividade/trabalho. Os quatro grandes setores de empregabilidade da enfermagem (público, privado, filantrópico e ensino) apresentam subsalários. O filantrópico (60,2%), o privado (36%), o público (23,6%) e o de ensino (13%) praticam salários com valores de até R\$ 1.000.
Masculinização	A equipe de enfermagem em Pernambuco é predominantemente feminina, sendo composta por 86,8% de mulheres. É importante ressaltar, no entanto, que mesmo tratando-se de uma categoria feminina, registrou a presença de 12,7% dos homens. “Pode-se afirmar que na enfermagem está se firmando uma tendência à masculinização da categoria.

**Tabela 3 - Dados gerais do perfil da Enfermagem em Pernambuco**

	(conclusão)
Desemprego aberto	A área já apresenta situação de desemprego aberto, com 11,8% dos profissionais entrevistados relatando situações de desemprego nos últimos 12 meses. Dificuldade de encontrar emprego foi relatada por 74,6% desses profissionais.
Concentração na capital	Mais da metade da equipe de enfermagem (55,1%) se concentra na Capital. Lançamento da Pesquisa Perfil da Enfermagem em Pernambuco

Fonte: A autora a partir do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (2015)

Em Pernambuco não há estudos sobre a atuação do Conselho Regional de Enfermagem e sua influência na organização e profissionalização, há apenas registros relacionados às instituições de ensino referente a questões de formação, havendo um estudo que aborda o período pré-profissional, tendo o Hospital Centenário como o cenário da pesquisa.

### 5.3 O Papel dos Conselhos de Enfermagem no Brasil

O caminho histórico da enfermagem no Brasil é marcado por vários acontecimentos, sendo a criação de seu próprio conselho um deles, a qual tem sido considerada um marco em sua história.

O contexto histórico no Brasil descrito por Garcia e Moreira (2009, p.99-100), em 1944 destaca importantes mudanças:

No ano de 1944, intensas mudanças se observaram no panorama histórico brasileiro. O Brasil enviou a Força Expedicionária Brasileira - FEB e a Força Aérea Brasileira - FAB, para o campo de batalha efetivando sua participação na 2ª Guerra Mundial. Viveu-se no auge da reação contra o extremismo do governo, vários setores das camadas sociais brasileiras reivindicaram a democratização do país. Este foi o cenário que estimulou as primeiras discussões sobre a criação do Conselho de Enfermagem (GARCIA; MOREIRA, 2009, p.99-100).

A criação dos conselhos de enfermagem partiu da necessidade de fiscalização do exercício profissional, sendo um grande avanço no processo de profissionalização que teve iniciativa primordial por parte de enfermeiras pioneiras da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), cujo nome foi alterado

em 1964 para Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). Tais enfermeiras lutaram pela criação de um sistema que regulamentasse e inspecionasse o exercício da enfermagem (MELO; NATIVIDADE; NASCIMENTO, 2015).

Após a segunda guerra mundial, em 1945, nasceu uma nova realidade, em vários países. No Brasil, com a saída de Getúlio Vargas do poder veio à democracia de forma otimista, emergindo vários movimentos. É nesse momento que Zaira Cintra Vidal, presidente da ABEN, encaminha para o Ministério da Educação e Saúde (MES) um anteprojeto para criar o Conselho Nacional de Enfermagem, que teria como atribuição assessorar este Ministério em questões diretamente ligadas à inspeção e fiscalização de escolas de enfermagem (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

De acordo com Spink (2003), em 1945 foi criado o Conselho Federal de Medicina, considerado o mais antigo. Até a década de 50 foi criado o de química, surgindo nos anos 60 os de farmácia, serviço social, odontologia e medicina veterinária. Mas foi durante a década de 70 que surgiu o maior número de Conselhos, estando o de Enfermagem entre eles.

A Associação Brasileira de Enfermagem, antes da criação do conselho, liderou uma mobilização dos enfermeiros, conquistando a legalidade do exercício da Enfermagem por intermédio da Lei nº 2.604/1955. Essa Lei regulava o exercício da Enfermagem e relacionava as categorias que podiam exercê-la: enfermeiro, obstetrix, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático e prático de enfermagem, definindo, ainda, algumas atribuições desses profissionais (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Depois de muitas lutas, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) foi instituído em conformidade com a Lei 5.905/1973. Foi criado com a finalidade de atender aos interesses públicos e sociais, defender a legalidade e os princípios éticos, promover a valorização e moralização profissional (COSTA; GERMANO; MEDEIROS, 2014).

São várias as profissões que possuem seus órgãos reguladores, cada um com as suas próprias características (PINHEIRO; PARREIRAS, 2011). A enfermagem tem o Sistema COFEN - Conselhos Regionais de Enfermagem, que é constituído pelo Conselho Federal de Enfermagem, localizado em Brasília, Distrito Federal, por 27 Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs), localizados nas capitais de cada estado, e por mais 107 subseções distribuídas em todo o território nacional (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016).

A Lei 5.905/73 define em seu artigo 2º, os Conselhos como “órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de Enfermagem” (BRASIL, 1973). Inicialmente o Conselho era uma autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho e, em 1997, pela Medida Provisória nº 1.549/97, passou a ser exercida em caráter privado por delegação do poder público, transformando-se, posteriormente, na Lei nº 9.649, de 27/05/98 (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Considerando a lei nº 5.905/73, em seu artigo 8º, é de competência do Conselho Federal de Enfermagem:

- I - aprovar seu regimento interno e os dos Conselhos Regionais;
- II - instalar os Conselhos Regionais;
- III - elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;
- IV - baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- V - dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais;
- VI - apreciar, em grau de recursos, as decisões dos Conselhos Regionais;
- VII - instituir o modelo das carteiras profissionais de identidade e as insígnias da profissão;
- VIII - homologar, suprir ou anular atos dos Conselhos Regionais;
- IX - aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- X - promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;
- XI - publicar relatórios anuais de seus trabalhos;
- XII - convocar e realizar as eleições para sua diretoria;
- XIII - exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei (BRASIL, 1973).

Segundo a mesma lei, conforme o artigo 15º, aos CORENs, que são subordinados ao COFEN, compete:

- I - deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento;
- II - disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;
- III - fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;
- IV - manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição;
- V - conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional impondo as penalidades cabíveis; [...].
- VII - expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade;
- VIII - zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam;
- X - propor ao Conselho Federal medidas visando à melhoria do exercício profissional [...] (BRASIL, 1973).

Estas entidades têm a finalidade de zelar pelo revestimento ético e moral do exercício da Enfermagem, através de estrita vigilância relativa à habilitação dos

pretendentes, a esse exercício e daqueles que a exercem, tudo com vistas ao atendimento de saúde à comunidade (GARCIA; MOREIRA, 2009).

A enfermagem é uma profissão da saúde que existe desde 1890. Sua valorização profissional, a partir da organização do Conselho como órgão regulador do exercício profissional, evidencia o desenvolvimento da profissão no cenário brasileiro após a homologação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (GARCIA; MOREIRA, 2009).

### 5.3.1 Sistema de Fiscalização – COFEN/CORENs

Ao Sistema COFEN / Conselhos Regionais é atribuído legalmente à função de disciplinar o exercício da Enfermagem, tendo como maior desafio as questões de fiscalização da profissão, representando a operacionalização da autorregulação. O controle interno da profissão é feito através da fiscalização das condutas profissionais com dispositivos formais, entre os quais se destacam os códigos de ética (COSTA; GERMANO; MEDEIROS, 2014).

Girardi e Seixas (2002) reconhecem a regulação como uma intervenção pública, definindo-a como políticas disciplinadoras das atividades econômicas e sociais, que visa ao seu controle e à prevenção ou atenuação de suas consequências para a comunidade.

Para Britto, Souza Neto e Sena (2014), o modelo de regulação dos profissionais liberais no Brasil segue os preceitos constitucionais e é realizado por autorregulação, indicando autonomia e independência do aparelho estatal.

O trabalho da enfermagem tem se diversificado, indo desde o cuidado, seja do indivíduo, família e grupo da comunidade, passando pelas ações educativas, pesquisas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde. A ética no contexto da enfermagem abrange comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes no sentido de favorecer potencialidades do ser humano com a finalidade de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (ROSENSTOCK *et al.*, 2011).

Nesses muitos contextos onde o trabalho da enfermagem está inserido, surge a necessidade de fiscalização das atividades realizadas por estes profissionais. E é no seio dos CORENs que se encontram os departamentos de fiscalização, parte de um significativo processo educativo, e não punitivo, onde a prevenção das infrações

éticas e legais assume um papel importante (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011a).

A ação fiscalizatória é considerada um instrumento poderoso de combate aos profissionais e instituições que atuam em desrespeito à legislação pátria (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011a). Considera os princípios fundamentais do Direito Administrativo brasileiro e da legislação ética, educando as pessoas envolvidas e combatendo a atuação em desrespeito às leis, em favor do interesse público, direitos e liberdades individuais, contribuindo, ainda, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população (GIRARDI; SEIXAS, 2002).

No Conselho de Enfermagem, a autorregulação se inicia com o registro e inscrição dos profissionais - descritos na Resolução COFEN nº 448/2013 - e abrange todas as ações fiscalizatórias, incluindo as decisões, encaminhamentos administrativos e jurídicos decorrentes desse ato (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013). Com o olhar voltado à democratização do sistema, é possível identificar que ainda são iniciais e pontuais as articulações políticas com outros órgãos fiscalizadores (Ministério Público, Vigilância Sanitária, Controle Social), além da importância de viabilizar a participação dos profissionais e usuários, contribuindo, assim, para a humanização da assistência e transformação social (GIRARDI; SEIXAS, 2002).

Atualmente, o trabalho da fiscalização dos Conselhos de enfermagem é regido pela Resolução COFEN nº 374/2011 e pela Resolução COFEN nº 518/2016. Em seu artigo 1º, a Resolução COFEN nº 374/2011 traz uma inovação, elegendo como base normativa uma concepção de processo educativo, de estímulo aos valores éticos e de valorização do processo de trabalho em Enfermagem. Tal concepção de cunho pedagógico foi construída coletivamente, resultando do processo de redemocratização do Conselho de Enfermagem, nos últimos anos, buscando superar a visão meramente punitiva, que anteriormente predominava (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011b).

Para ser consolidado este processo educativo é necessária a presença dos agentes do sistema de fiscalização, conforme consta no artigo 3º da Resolução COFEN nº 374/2011:

Art. 3º - São agentes do Sistema de Fiscalização do Exercício Profissional de Enfermagem:

I. Conselheiros Federais e Conselheiros Regionais de Enfermagem;

- II. Integrantes da Câmara Técnica de Fiscalização no âmbito do Cofen.
- III. Chefe do departamento de Fiscalização, Fiscais e Auxiliares de fiscalização, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem.
- IV. Representantes, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011b).

O processo de fiscalização está devidamente descrito no manual do COFEN, aprovado pela Resolução COFEN nº 374/2011, anexo da mesma. Acontece através de um planejamento sistemático de visitas às instituições ou mediante denúncia recebida. O ato fiscalizatório se inicia através de uma inspeção nas dependências da instituição, onde o fiscal realiza observações e orientações sobre o cumprimento da legislação da profissão. Ao final, elabora o relatório circunstanciado, faz notificação (quando necessário) e desenvolve ações educativas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011a, 2011b).

O manual de fiscalização do sistema COFEN/CORENs, além de ser um instrumento de trabalho do fiscal, traz descritas as suas atribuições, cujos destaques são as seguintes:

- I. Realizar inspeções do exercício profissional na circunscrição do Conselho Regional, de acordo com o planejamento previamente elaborado; [...].
- III. Elaborar relatório circunstanciado das verificações, notificações e outros elementos comprobatórios, integrantes do processo de fiscalização; [...].
- VI. Orientar os profissionais de enfermagem a proceder a sua regularização perante o Conselho Regional, notificar os que estão em exercício irregular e afastar das atividades de enfermagem aqueles que estiverem em exercício ilegal; [...].
- IX. Prestar esclarecimentos aos profissionais de enfermagem e atender quando necessário ao público de modo geral, bem como, aos profissionais convocados ou outros que necessitem de orientação referente às normatizações do exercício da enfermagem; [...].
- XV. Esclarecer quanto à Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT – e Registro de Empresa – RE –, fornecendo requerimentos específicos;
- XVI. Apoiar o Enfermeiro Responsável Técnico, quanto à organização do serviço e suas atividades (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011a).

Será enfatizada neste estudo, a atuação dos Fiscais, que, conforme o art. 6º desta mesma Resolução é papel “privativo de enfermeiro, admitido por concurso público de prova ou de prova e títulos, nos termos da legislação vigente sendo exercido, preferencialmente, em regime de dedicação exclusiva” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011b).

Baseando-se nessas atribuições do enfermeiro fiscal, chama-se a atenção para a relação que tende a se estabelecer entre os profissionais de enfermagem e

Enfermeiro Responsável Técnico, especialmente quanto à organização do serviço e suas atividades.

### *5.3.2 O Responsável Técnico pelo Serviço de Enfermagem*

O Serviço de Enfermagem é parte integrante da estrutura organizacional, formal ou informal, da instituição. É constituído por recursos humanos de Enfermagem, tendo por finalidade a realização de ações de cuidados assistenciais diretos de enfermagem ao indivíduo, família ou comunidade, seja na área hospitalar, ambulatorial ou da promoção e prevenção de saúde, ou ainda, as ações de enfermagem de natureza em outras áreas técnicas, tais como: Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Programa de Limpeza e Higienização, Auditoria, Equipamentos, Materiais e Insumos Médico-hospitalares, Consultoria e Ensino (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016a).

A Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) pelo Serviço de Enfermagem é um ato administrativo decorrente do poder de polícia vinculado no qual o Conselho Regional de Enfermagem, na qualidade de órgão fiscalizador do exercício profissional, concede, a partir do preenchimento de requisitos legais, licença ao enfermeiro Responsável Técnico para atuar como liame entre o Serviço de Enfermagem da empresa/instituição e o Conselho Regional de Enfermagem, no intuito de facilitar o exercício da atividade fiscalizatória em relação aos profissionais de Enfermagem que nela executam suas atividades, bem como promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de enfermagem em seus aspectos técnico, ético, e seguro para a sociedade e profissionais de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016a).

A enfermagem confirma o compromisso com o cuidado do ser humano, porque expõe suas debilidades e fortalezas ao trabalhar com a diversidade dos sujeitos, situações de cuidado, tecnologia e recursos humanos e materiais. Os embates do cotidiano da prática, as situações conflitantes e os dilemas acompanham o profissional, haja vista que os problemas da prática não são só técnicos, mas também éticos, sociais, econômicos e políticos (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

Considerando o disposto no artigo 11, inciso I, alíneas “a”, “b” e “c”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o artigo 8º, inciso I, alíneas “a”, “b” e “c”, do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987:

Art.11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986, 1987).

Sendo assim, conforme o artigo 2º, inciso IV da Resolução COFEN nº 509/2016, que atualiza a norma técnica para anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e define as atribuições do enfermeiro responsável técnico, tem-se que:

IV – Enfermeiro Responsável Técnico (ERT): profissional de Enfermagem de nível superior, nos termos da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem, a ART (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016a).

Com relação ao contexto assistencial, especialmente no âmbito hospitalar, os profissionais de enfermagem constituem sua maior força de trabalho. No entanto, desempenham atividades frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas; rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos; dimensionamento qualitativo e quantitativo de pessoal insuficiente, situações de exercício profissional que têm suscitado desmotivação de profissionais e elevado absenteísmo (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007).

Nesse contexto, a presença do Responsável Técnico pelo serviço de Enfermagem se faz indispensável, tendo em vista as suas atribuições, conforme artigo 10º da Resolução COFEN nº 509/2016, no qual se destacam:

Art. 10º São atribuições do enfermeiro RT: [...].

III – Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do Cofen informando, de ofício, ao

representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem;

IV – Informar, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação da Enfermagem; [...].

VIII – Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros; [...].

XIV – Responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016a).

Essas atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico demonstram sua importância na organização do serviço de enfermagem, bem como nas ações de proteção à sociedade, tendo em vista que atualmente os serviços de enfermagem, como parte dos serviços de saúde, têm incorporado ferramentas de gestão e estratégias em busca da qualidade.

No processo de trabalho gerencial, os objetos de trabalho do enfermeiro são a organização do trabalho e dos recursos humanos de enfermagem. Para a execução desse processo é utilizado um conjunto de instrumentos como o planejamento, o dimensionamento do pessoal, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação, dentre outros (KURCGANT, 2010).

Em um estudo realizado no Brasil pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo com enfermeiras responsáveis por serviços de saúde, foi estabelecida a necessidade das seguintes competências: liderança, comunicação, tomada de decisão, negociação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, visão sistêmica, planejamento e organização (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

É importante destacar que os direitos no campo da saúde constantemente chegam aos usuários através da atuação da Enfermagem nos serviços de saúde, refletindo a responsabilidade e compromisso em protegê-los de erros e negligências, quaisquer que sejam a sua origem. Todavia, reconhecendo que a qualidade da assistência depende de vários fatores de ordem social, econômica, política, cultural, entre outras esferas da vida, e neste cenário em que se encontram profissionais e usuários, a fiscalização realizada pelo Conselho de Enfermagem contribui na construção da cidadania e na qualidade da assistência (COSTA; GERMANO; MEDEIROS, 2014).

## 6 CAMINHO METODOLÓGICO

Considerando a proposição deste estudo, exporemos nos tópicos em seguida o caminho metodológico percorrido.

### 6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caso único, sendo caracterizado como quantitativo e qualitativo, exploratório e retrospectivo.

Para investigar o objeto de pesquisa, optou-se por utilizar o estudo de caso único, uma vez que é aplicado para testar uma teoria bem formulada, seja para confirmá-la, seja para contestá-la, seja ainda para entendê-la (YIN, 2001).

Para Martins (2008) o estudo de caso único é uma estratégia metodológica de se fazer pesquisa nas ciências sociais e nas ciências da saúde. O estudo de caso como método não se refere a uma escolha procedimental apenas, mas à escolha de um determinado objeto a ser estudado, que pode ser uma pessoa, um programa, uma instituição, uma empresa ou um determinado grupo de pessoas que compartilham o mesmo ambiente e a mesma experiência (STAKE, 1994).

De acordo com Yin (2001), estudo de caso é uma metodologia válida, sendo aplicado nas situações quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e em situações nas quais o foco se encontra em fenômenos complexos e contemporâneos, inseridos no contexto da vida real. Esse tipo de estudo, reúne o maior número de informações detalhadas, valendo-se de diferentes técnicas de pesquisa, que visam a apreender uma determinada situação e descrever a complexidade de um fato (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Small (2011) classifica os estudos de acordo com a sequência em que os diferentes tipos de dados são coletados. Para este autor, na perspectiva sequencial, existe uma assimetria temporal entre a coleta de dados quantitativos e qualitativos. Esquemáticamente, para este estudo, utilizou-se a *Sequential transformative strategy*, que é aquele procedimento em que o pesquisador faz do enfoque teórico uma perspectiva ampla, cujo projeto apresenta dados quantitativos e qualitativos.

O estudo quantitativo considera que os resultados podem ser quantificados e caracterizados como constituintes de um retrato real de toda a população alvo da pesquisa (BRUCHEZ *et al.*, 2016).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, tem fundamento teórico e permite desvelar processos sociais poucos conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e elaboração de novos conceitos e categorias no decorrer da investigação (MINAYO, 2010).

Esse trabalho é do tipo exploratório, o qual investigou um fenômeno pouco conhecido além de ter identificado e descoberto aspectos importantes deste fenômeno que gerou hipóteses para futuras pesquisas. Este tipo de pesquisa é realizada quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. O produto final deste processo é um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos sistematizados (GIL, 2010).

Considera-se um estudo também retrospectivo, pois investigou uma situação que teve seu início e sua evolução em momento passado.

## **6.2 Período do Estudo**

Analisou-se o período entre 2015 a 2017. A escolha desse período deve-se à disponibilidade relatórios, notificações e demais documentos referentes à história da criação do Conselho e a rotina do processo de fiscalização.

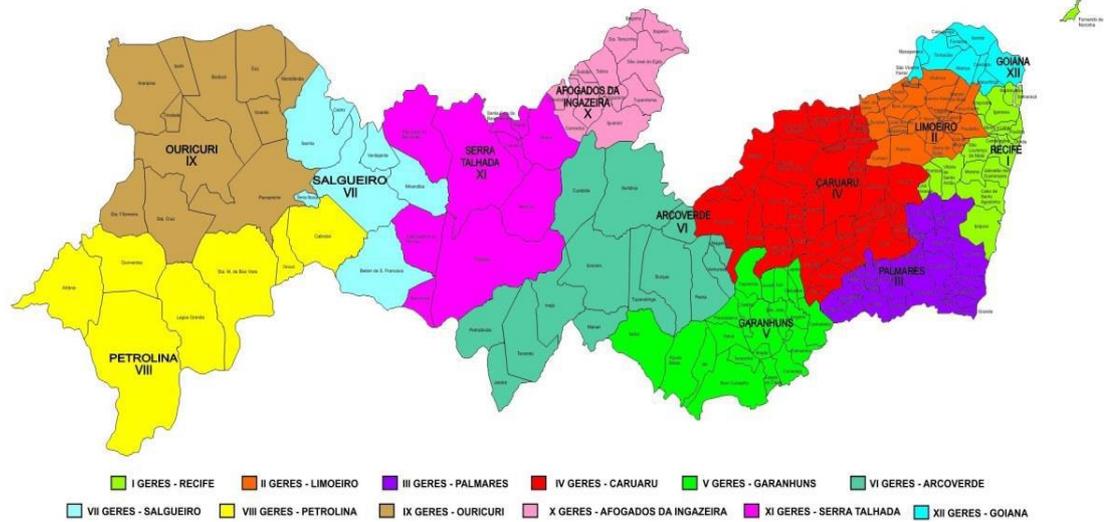
## **6.3 Área de Estudo**

O projeto teve como área de estudo o Estado de Pernambuco, sendo o Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco, através do seu Departamento de Fiscalização sido escolhido para realizar a pesquisa.

Segundo dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), o Estado de Pernambuco (PE), onde se realizou a pesquisa, apresenta 185 municípios e tem uma população de 8.796.448 habitantes.

A organização territorial da saúde em Pernambuco está conformada, na lógica da regionalização, a partir de 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), 04 macrorregiões e 11 microrregiões de saúde. Na Figura 1 está representada a distribuição territorial dos municípios, segundo Gerências Regionais de Saúde (GERES) no Estado (PERNAMBUCO, 2012).

Figura 1 - Distribuição dos municípios segundo GERES, Pernambuco, 2012



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2012).

No quadro abaixo, segue a descrição e a quantidade de municípios por GERES:

Quadro 2 - Descrição e quantidade de municípios por GERES

(continua)

GERES/ Quantidade de municípios	MUNICÍPIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>I GERES/ 20 municípios</li> </ul>	Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.
<ul style="list-style-type: none"> <li>II GERES/20 municípios</li> </ul>	Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência.
<ul style="list-style-type: none"> <li>III GERES/22 municípios</li> </ul>	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.
<ul style="list-style-type: none"> <li>IV GERES/32 municípios</li> </ul>	Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Cruz do Cambucá, São Bento do Uma, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes.
<ul style="list-style-type: none"> <li>V GERES/21 municípios</li> </ul>	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçados, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha.

**Quadro 2 - Descrição e quantidade de municípios por GERES**

(conclusão)

<b>GERES/ Quantidade de municípios</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
• VI GERES/13 municípios	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manarí, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa.
• VII GERES/ 07 municípios	Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante.
• VIII GERES/ 07 municípios	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista.
• IX GERES/11 municípios	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade.
• X GERES/12 municípios	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama.
• XI GERES/ 10 municípios	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo.
• XII GERES/ 10 municípios	Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Ferrer, Timbaúba.

Fonte: A autora a partir da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2012)

No Departamento de fiscalização do COREN/PE, as Instituições de saúde a serem visitadas são distribuídas entre os fiscais por GERES, considerando a localização geográfica das mesmas e a lotação destes no COREN/PE.

#### **6.4 População do Estudo**

A pesquisa foi realizada através do Departamento de Fiscalização (DEFIS) do COREN/PE, que conta atualmente com dez enfermeiros fiscais em atividade. Este tem sua sede localizada em Recife e possui cinco subseções (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO, 2017a). A Tabela 3 traz uma amostragem do número de enfermeiros fiscais do Estado e regiões de saúde/municípios atendidos por estes agentes.

**Tabela 4 - Quantitativo de Enfermeiros Fiscais em sede e subseções do Coren/PE**

<b>Sede/Subseções</b>	<b>Número atual de Enfermeiros Fiscais</b>	<b>Regiões de saúde atendidas/ número de municípios</b>
<b>Recife</b>	05	I – 20 municípios VII – 07 municípios XII – 10 municípios
<b>Caruaru</b>	01	III – 22 municípios IV – 32 municípios
<b>Garanhuns</b>	01	V – 21 municípios X – 12 municípios
<b>Limoeiro</b>	01	II - 20 municípios VI - 13 municípios
<b>Petrolina</b>	01	VIII – 07 municípios IX - 11 municípios
<b>Serra Talhada</b>	01	XI - 10 municípios
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>12 Geres – 185 municípios</b>

Fonte: A autora a partir do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (2017a).

A população de estudo foi composta por:

- a) 04 (quatro) enfermeiros fiscais que atuam no DEFIS - COREN/PE, sendo escolhidos dois fiscais que atuam em sede, um na subseção de Garanhuns e outro na subseção de Petrolina, considerando as diferenças regionais e os perfis assistenciais de saúde.
- b) 03 (três) informantes considerados “chave” no processo histórico da enfermagem em Pernambuco, sendo: a presidente do COREN/PE, o primeiro e mais antigo funcionário do Coren/PE e a presidente do Sindicato dos Enfermeiros.

A seleção foi intencional, conforme as questões de interesse do estudo de caso.

## **6.5 Instrumentos de Coleta de Dados**

### *6.5.1 Pesquisa Documental*

A pesquisa documental consiste na busca e análise de dados contidos em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias e outras (OLIVEIRA, 2007).

Segundo Tobar e Yalour (2004), pesquisa documental é considerada um tipo particular de pesquisa que é feita a partir de documentos pertencentes pessoas ou a órgãos públicos e/ou privados de qualquer natureza.

Para este estudo, a pesquisa documental foi etapa fundamental, pois precedeu e condicionou à etapa subsequente, a aplicação da entrevista, uma vez que forneceu elementos importantes para subsidiá-la.

A pesquisa documental foi realizada no período de abril de 2018 a janeiro de 2019, sendo utilizadas fontes documentais oriundas do Sistema COFEN/Conselhos Regionais e sua organização, da Associação Brasileira de Enfermagem, publicações de livros e artigos que tratam acerca do tema, nas diferentes conjunturas históricas. Foi utilizado um roteiro para coleta (APÊNDICE A). Com esta técnica, obtivemos elementos essenciais para responder aos 1º, 2º e 3º objetivos específicos:

Ao 1º - Descrever a história do Conselho Regional de Enfermagem. Os registros em atas de reuniões, publicações e outros documentos provenientes do Conselho, puderam fornecer subsídios para construção da sua história e evolução no cenário de estudo.

Ao 2º - Conhecer as principais irregularidades de enfermagem nos serviços de saúde notificadas pelo Conselho. Durante as inspeções às instituições de saúde, os agentes de fiscalização emitem termo de fiscalização, relatório de visita e lavram notificações. Tais documentos forneceram valiosas informações sobre as principais dificuldades dos enfermeiros na execução de suas atividades.

Ao 3º - Identificar o papel do Conselho Regional de Enfermagem na organização da profissão. Os documentos consultados forneceram informações importantes da história da profissão no contexto pernambucano, onde o Conselho Regional de Enfermagem exerce a importante atribuição de fiscalizar e disciplinar o exercício profissão, sendo o maior representante da categoria.

### 6.5.2 *Entrevista Semiestruturada*

Para proceder à pesquisa de campo, e responder ao 1º, 2º e 3º objetivos específicos, foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada que partiu de certos questionamentos básicos, estimulando o informante a seguir seu pensamento dentro do foco principal colocado pelo investigador. O roteiro para realização da entrevista (APÊNDICE B) foi organizado com tópicos e temas orientadores, seguindo os passos de profissionalização de Wilensky (1964), que correspondem a: necessidade de ocupação, formação profissional, associação profissional, proteção do território ocupacional e código de ética.

As entrevistas, segundo Duarte (2002), permitem o levantamento e organização das informações relativas ao objeto investigado. Partindo-se da densidade e qualidade da coleta, chegar-se-á ao ponto de saturação do trabalho de campo, onde será possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas de classificação, unidades de análise da realidade e visões de mundo do universo em destaque.

Para Yin (2010), as entrevistas são uma fonte indispensável de provas de estudo de caso, pois a maioria dos estudos de caso é sobre assuntos humanos. E estes assuntos deveriam ser relatados e interpretados através dos olhos de entrevistados específicos, e respondentes bem informados podem fornecer aspectos importantes da situação, ajudando-o a perceber outras fontes relevantes de provas, embora as entrevistas devessem sempre ser consideradas apenas relatórios verbais.

As entrevistas foram realizadas no período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019, a sistemática adotada para a realização destas foi: agendar o encontro, explicar os objetivos e propósitos da entrevista, solicitar a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, solicitar permissão para gravação dos depoimentos e, finalmente, proceder à entrevista.

Submeteram-se as entrevistas os informantes considerados chaves no processo histórico da enfermagem em Pernambuco, vinculados ao Sindicato dos Enfermeiros, além de representantes e funcionários do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco.

Em relação ao número de Enfermeiros fiscais entrevistados, foi realizado o fechamento amostral por saturação teórica, considerando que os dados obtidos

através de relatórios e entrevistas de quatro fiscais, passaram a apresentar uma certa repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados, pois os dados já coletados fundamentaram significativamente o aperfeiçoamento da reflexão teórica.

Glaser e Strauss (1967) definem a saturação teórica como sendo a constatação do momento de interromper a captação de informações relevantes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual constantemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde, sendo utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, cessando a captação de novos componentes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Desta forma, as entrevistas realizadas durante o estudo foram classificadas conforme o quadro a seguir:

**Quadro 3 - Lista de entrevistados**

Entrevistas	Representação	Entidade
Entrevista 1	E01	Coren/Pe
Entrevista 2	E02	Coren/Pe
Entrevista 3	E03	Coren/Pe
Entrevista 4	E04	Coren/Pe
Entrevista 5	E05	Coren/Pe
Entrevista 6	E06	Coren/Pe
Entrevista 7	E07	Seepe

Fonte: A autora a partir das entrevistas (2019).

- a) **Crítérios de Inclusão:** fazer parte de um dos segmentos eleitos para serem entrevistados e aceitar participar da pesquisa.
- b) **Crítério de Exclusão:** Não aceitar participar da pesquisa.

## 6.6 Análise dos Dados

Em relação ao 1º e 2º objetivos específicos (Descrever a história do Conselho Regional de Enfermagem; Conhecer as principais irregularidades de enfermagem nos serviços de saúde notificadas pelo Conselho de 2015 a 2017):

A análise dos dados coletados foi realizada através da técnica da análise de narrativa, que de acordo com Muylaert *et al.* (2014), é um recurso que corresponde a

perspectiva de movimento, no sentido teórico, tendo em vista que através dela é possível conseguir novas variáveis, questões e processos que podem conduzir a uma nova orientação para a pesquisa.

Schraiber (1995) afirma que a narrativa é a objetivação do pensamento, dado que o pensamento externalizado é apreendido em sua forma de relato oral. São ferramentas bastante adequadas para o estudo qualitativo em que se propõe a investigar representações da realidade do entrevistado. Através dessas representações pode-se captar o contexto em que esse informante está inserido.

Após a transcrição dos depoimentos, os textos foram impressos e catalogados por ordem de coleta. Na sequência, se procedeu a várias leituras dos textos, identificando-se e separando-se os trechos discursivos que versaram sobre a temática do estudo, observando a recorrência de posicionamentos que permitiram a identificação de subtemas.

Em relação ao 3º objetivo específico (Identificar o papel do Conselho Regional de Enfermagem na organização da profissão):

Uma das vantagens da pesquisa documental é a forma elaborada do conteúdo e o fato de, uma vez na posse do pesquisador, o documento estar disponibilizado para a análise. A seleção dos aspectos de interesse junto à fonte documental é mais rápida, garantindo maior controle e domínio do pesquisador (VÍCTORA; KNAUTH; HASEN, 2000).

Com a utilização da análise documental e da entrevista, tem-se o cuidado da não priorização de uma única fonte de dados, acreditando que uma única fonte não tem vantagem comparativa sobre as outras. Considerando os instrumentos para coleta de dados, estabeleceu-se a triangulação das fontes de dados, admitindo-se que “qualquer descoberta ou conclusão num estudo de caso é passível de ser muito mais convincente e exata se for baseada em várias fontes diferentes de informação, seguindo um modo corroboratório” (YIN, 2001, p. 120).

## 6.7 Organização da metodologia e objetivos para obtenção dos resultados

A metodologia foi organizada considerando os objetivos a serem alcançados. Visando a obtenção dos resultados, o quadro a seguir descreve os objetivos, métodos e técnicas utilizadas na pesquisa:

**Quadro 4 - Organização da metodologia e objetivos para obtenção dos resultados**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Métodos utilizados</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>
<b>1. Descrever a história do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco;</b>	A. Pesquisa documental B. Entrevista semiestruturada	A. Análise de atas de reuniões, publicações e outros documentos provenientes do Conselho de Enfermagem  B. Análise de narrativa
<b>2. Conhecer as principais irregularidades de enfermagem nos serviços de saúde notificadas pelo Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco (2015-2017);</b>	A. Pesquisa documental B. Entrevista semiestruturada	A. Análise de informações contidas em termos de fiscalização, relatórios de visitas e notificações emitidas pelos agentes fiscais.  B. Análise de narrativa
<b>3. Identificar o papel do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco na organização da enfermagem;</b>	A. Pesquisa documental B. Entrevista semiestruturada	A. A análise dos documentos e da narrativa forneceu informações importantes sobre a influência do Conselho na organização e profissionalização da enfermagem no contexto Pernambucano.  B. Análise de narrativa
<b>4. Elaborar proposta de curso de formação para Enfermeiros Coordenadores/Responsáveis Técnicos pelo serviço de Enfermagem das Instituições de Saúde.</b>	A. Projeto de intervenção (APÊNDICE D)	A. Plano de intervenção do projeto  B. Análise de narrativa

Fonte: A autora a partir dos objetivos e metodologia da pesquisa (2017).

## 7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado em conformidade com os itens da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, do MS, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos. Considerou a Resolução do CNS 510 de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Com a finalidade de garantir que sua realização da pesquisa ocorresse respeitando a integridade física e moral dos participantes, o sigilo das informações geradas através dos dados primários e secundários utilizados durante a mesma, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – PE, com aprovação sob o número de parecer 2.668.439.

Foram incluídas todas as pessoas elegíveis que aceitaram participar da pesquisa e que, após serem informados sobre a pesquisa, seus principais objetivos e importância do estudo para o sistema de saúde, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). As informações coletadas foram armazenadas em absoluto sigilo e os dados obtidos utilizados apenas para fins de pesquisa científica.

## **8 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão foram desenvolvidos levando em consideração os objetivos específicos, dissertamos assim, sobre eles, nos tópicos que seguem:

### **8.1 A Criação do Conselho Regional de Enfermagem em Pernambuco**

A história da enfermagem permite uma reflexão acerca do seu desenvolvimento, facilitando com isso o seu entendimento como profissão e a importância de instituições de classe para o fortalecimento profissional (NEIVA; NUNES; GONÇALVES, 2014).

Na luta pela criação dos Conselhos de Enfermagem, não se pode deixar de mencionar a organização de enfermeiras surgida na década de 1920, que movidas pela necessidade de organizarem-se para debater pontos atinentes à profissão, organizaram-se em torno de uma associação, que atualmente corresponde à Associação Brasileira de Enfermagem (GERMANO, 2010). Após sancionada a Lei nº 5.905/73, que criou os Conselhos de Enfermagem, foi determinado que o órgão fosse único para todas as categorias que compreendiam a Enfermagem, sendo estas: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras.

Nessa conjuntura, em abril de 1975, foi empossado o primeiro Plenário do Conselho Federal de Enfermagem que teve como principal tarefa, estabelecer as regras de sua própria organização, além da instalação inicial dos Conselhos Regionais de Enfermagem e o registro dos títulos do pessoal de Enfermagem até então inscrito no Departamento Nacional de Saúde Pública, cujo acervo foi transferido para o COFEN. Os Conselhos Federal de Odontologia e Regional de Farmácia prestaram assessoria durante essa fase, orientando a criação de Juntas Especiais nos Estados onde seriam instalados os Corens, com o apoio da Associação Brasileira de Enfermagem (OLIVEIRA; FERRAZ, 2001).

Com a efetivação do COFEN e dos CORENs, amparada pela lei 5.905/73, em 1975, este primeiro determinou a instalação do COREN/PE, de acordo com a Portaria COFEN – PE – 01 de 04/08/75 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO, 1975).

Então, aos dezesseis dias do mês de agosto de mil novecentos e setenta e cinco, às 16 horas, na sede da Associação Brasileira de Enfermagem de

Pernambuco, na cidade do Recife, foram empossados pela Senhora Ana Duarte Bispo, enfermeira, na qualidade de Conselheira do Cofen, no exercício da competência que lhe foi delegada – Professora Maria Rosa Sousa Pinheiro, Enfermeira, Presidente da Autarquia, os membros da junta especial de Pernambuco (JE – COFEN – PE) nas funções indicadas e para as quais foram designadas pela Portaria COFEN – 01 de 04/08/75, a Enfermeira Neide Maria Freire Ferraz, como Coordenadora; e a Auxiliar de Enfermagem Célia Barros de Flora, como assessora econômica (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO, 1975).

De acordo com o Artigo 11 da Lei 5.905/73, os Conselhos Regionais serão instalados em suas respectivas sedes, com cinco a vinte e um membros e outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, na proporção de três quintos de Enfermeiros e dois quintos de profissionais das demais categorias do pessoal de Enfermagem reguladas em lei. Em Pernambuco, o Coren foi constituído inicialmente por cinco conselheiros efetivos, igual número de conselheiros suplentes, assim distribuídos: três Enfermeiros e dois Auxiliares de Enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO, 1975).

Em 30/10/75, às 20 horas, no auditório do Hospital da Restauração situado na cidade do Recife, foram empossados pelo Dr. Audálio Alves – representante do Excelentíssimo Senhor Delegado Regional do Trabalho, em Pernambuco, no exercício de sua competência, os membros do COREN/PE – eleitos em pleito realizado em 21/10/75 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO, 1975).

A criação do COREN/PE, assim como em outros estados, inicialmente enfrentou grandes desafios com a falta de conhecimento do pessoal de enfermagem sobre a representação e atribuições do Conselho, e também de recursos financeiros e local adequado para funcionamento, conforme demonstra a fala seguinte:

O Coren no começo era muito devagar, porque não tinha essa verba toda, a quantidade de inscrito era muito pouca né? [...] No começo era pedindo auxílio a um laboratório, uma mesa, um birô... para levar um ofício à gente ia de ônibus, tá entendendo? Não era de carro como é hoje (E6).

O COREN/PE inicialmente funcionou junto com a ABEN em uma mesma sede, após desvinculados, pode-se afirmar conforme o relato que se segue, que a

primeira sede própria do Conselho de Enfermagem de Pernambuco, era a localizada à Rua da Hora, nº: 493, no bairro do Espinheiro, em Recife.

O COREN não tinha sede quando começou, a sede dele era com a ABEN, que ficava localizada no Edifício Macapá, nº: 1694, apartamento 04, na Avenida Norte. Depois o Coren se mudou junto com a ABEN para a Rua da Hora, nº: 493, no Espinheiro, porque ainda não tinha sede. Aí foi quando a ABEN comprou a sede dela e o Coren ficou com essa casa dela que era no Espinheiro (E6).

Com o passar dos anos, a sede do COREN/PE passou por outros endereços, todos localizados em Recife, sendo estes: Rua do Rosário, na Boa Vista; Rua Mário Gil Rodrigues, na Madalena, sendo este local a primeira sede comprada com recursos próprios; Rua Geriquiti, na Boa Vista (E06). Em 2001 foi inaugurada a sede do COREN/PE, que funcionava em um casarão de 677m<sup>2</sup> tombado como patrimônio histórico pelo Instituto do Patrimônio Artístico Nacional (Iphan), localizado à Rua Barão de São Borja, no bairro da Boa Vista. O prédio, propriedade do Conselho, passou por uma ampliação no ano de 2010, com a construção do prédio anexo (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO, 2018).

Atualmente a sede do Coren/PE, encontra-se localizada à Rua José Bonifácio, nº: 62, no bairro da Madalena em Recife. Além da sede, o Conselho conta ainda com cinco subseções, localizadas em outras cidades do estado, sendo em: Limoeiro, Caruaru, Garanhuns, Petrolina e Serra Talhada. Cada subseção, conta com setor administrativo e de fiscalização, tendo em vista a necessidade de melhor resposta à regulação profissional e aproximação com seus profissionais no interior do estado.

O primeiro funcionário do Coren/PE, o Sr. Frederico Antônio Alves Bezerra foi contratado como auxiliar de serviços gerais, em outubro de 1976. Quanto ao Departamento de Fiscalização, Aurora Fontes de Lima, foi à primeira Enfermeira Fiscal deste Conselho, inaugurando assim as atividades de regulação profissional do COREN/PE no estado (E6).

Constantemente, o COREN/PE, apesar do empenho e de suas ações em favor da profissão no estado, é percebido pela maioria dos profissionais apenas como órgão de cobrança de anuidade, não sendo reconhecida a sua atividade finalística de fiscalizar e disciplinar o exercício profissional, bem como os seus esforços e apoio às causas da profissão, sendo confundido com outra entidade, o sindicato.

Não obstante, destacamos os avanços alcançados por este, que tem demonstrado sua representação político-social junto aos seus profissionais e a sociedade pernambucana. Dentre os avanços pode-se citar a interiorização do processo de fiscalização e alguns procedimentos administrativos, com a abertura de subseções em outras cidades do Estado e as interdições éticas dos serviços de enfermagem das instituições de saúde que não possuíam enfermeiros durante algum período de funcionamento, no intuito de valorizar o trabalho dos profissionais de enfermagem e oferecer uma assistência à saúde adequada a população.

O COREN/PE tem reforçado a importância da regulação profissional nas suas ações, como forma de garantir uma prática de enfermagem segura e a proteção dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde, através da regulação, normatização e fiscalização do exercício profissional, determinando assim os critérios éticos e legais para um exercício autônomo, planejado em qualquer área de atuação, em todos os níveis de assistência a saúde.

## **8.2 As principais irregularidades notificadas pelo Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco no período de 2015 a 2017**

Nesta seção, são apresentados e discutidos os resultados de cunho predominantemente quantitativo que objetivaram conhecer as principais irregularidades de enfermagem nos serviços de saúde notificadas pelo Conselho (2015-2017). Foram incluídos os aspectos sociológicos da profissão no que se refere à situação profissional e funcional no mundo do trabalho, que surgiram no decorrer do estudo, relacionadas às irregularidades identificadas.

Durante a fase de coleta de dados da pesquisa, tivemos acesso a 67 (sessenta e sete) relatórios quantitativos de atividades de fiscalização disponibilizados pelos fiscais que participaram do estudo. Após analisados, foi possível construir o seguinte quadro:

**Quadro 5 - Principais irregularidades notificadas pelo COREN/PE de 2015 a 2017**

Irregularidades	Quantidade de itens notificados por fiscal				
	Fiscal 1	Fiscal 2	Fiscal 3	Fiscal 4	Total
Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de enfermagem.	14	26	11	27	78
Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do Serviço de Enfermagem (Escala do serviço, Regimento Interno, Manual de Normas e Rotinas, Protocolos Operacionais).	07	03	12	47	69
Profissional(s) de Enfermagem que não executa(m) o Processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas.	06	18	09	23	56
Inexistência, desatualização ou inadequação do cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem.	06	05	10	32	53
Inexistência ou inadequação dos registros relativos à assistência de Enfermagem	01	02	09	27	39
Exercício irregular da Enfermagem.	01	01	01	22	25
Inexistência ou Ausência de Enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de Enfermagem.	02	07	14	15	38
Exercício ilegal de Enfermagem	14	06	01	10	31
Número insuficiente de profissionais de nível médio e/ou superior de enfermagem.	06	04	-	07	17
Responsável Técnico que não cumpre as determinações do COREN PE.	08	2	-	03	13
Outros	06	2	-	15	23
<b>Total de itens notificados</b>	<b>71</b>	<b>76</b>	<b>67</b>	<b>228</b>	<b>442</b>
<b>Quantidade de Relatórios fornecidos pelos fiscais</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>08</b>	<b>25</b>	<b>67</b>

Fonte: A autora a partir de Relatórios de Fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco, (2015 a 2017).

Considerando o quadro acima, destacam-se as principais irregularidades mais notificadas pelo COREN/PE durante o período de 2015 a 2017, como sendo as seguintes:

- a) Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de enfermagem;
- b) Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do Serviço de Enfermagem (Escala do serviço, Regimento Interno, Manual de Normas e Rotinas, Protocolos Operacionais);
- c) Profissional(s) de Enfermagem que não executa(m) o Processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas;
- d) Inexistência, desatualização ou inadequação do cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem.

É indispensável informar que no ato da visita de fiscalização, os Enfermeiros fiscais emitem relatórios e notificações (ANEXO V) que são direcionadas aos Enfermeiros Coordenadores dos serviços de Enfermagem, e também aos gestores das Unidades fiscalizadas, devendo esses primeiros, atenderem às determinações do Conselho, consoante o que determina o código de ética de enfermagem.

Tendo em vista às irregularidades em destaque, como as mais notificadas, observa-se que todas estas, estão intimamente ligadas à atuação do Enfermeiro Coordenador que é o Responsável Técnico pelo Serviço de Enfermagem. No que se refere a este cargo, que é privativo do Enfermeiro, é importante destacar o que diz o inciso I do artigo 11 da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, que aborda as atribuições privativas do Enfermeiro, no âmbito da Administração: direção e chefia de órgãos, unidades e serviços de Enfermagem; organização e direção das atividades técnicas e auxiliares exercidas em empresas prestadoras de serviço de enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços e assistência de Enfermagem; “consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem” (alínea h). Atentando principalmente, para as atribuições do Responsável Técnico dispostas no artigo 10 da Resolução COFEN nº: 509/2016. Logo, espera-se deste, que ele seja dotado de competência para tais atividades.

Para Humerez (2016) a formação do enfermeiro exige competência técnica, relacional e gerencial, esta última, porque determina o controle da equipe de enfermagem. Considera ainda que a enfermagem não produz bens a serem comercializados, mas serviços utilizados no instante da produção, ou no decorrer da assistência, sendo o cuidado ao ser humano o seu objeto de trabalho.

Há décadas a gerência em enfermagem vem assumindo fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe de saúde e na organização do trabalho da enfermagem nos diferentes serviços de saúde, com destaque para o âmbito hospitalar.

O exercício da enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se ainda em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Sendo, o cuidar e o gerenciar os processos mais evidenciados na atuação do enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006).

Por conseguinte, entende-se que não basta apenas que o Enfermeiro tenha suas atribuições estabelecidas legalmente, ele necessita dispor de uma formação profissional que corresponda às demandas gerenciais existentes em seu trabalho, uma vez que essas responsabilidades ultrapassam a assistência, pois abrangem a administração de recursos humanos, a estruturação e a organização do trabalho (GIORDINI; BISOGNO; SILVA, 2012).

Evidenciando o gerenciamento praticado pelo enfermeiro, ele resulta da composição histórica da força de trabalho em enfermagem que sempre possibilitou sua divisão técnica e social. O processo de trabalho gerencial foi mantido como privativo do enfermeiro, tanto pelas vantagens obtidas ao ocupar espaços de poder mais elevados nessa cadeia hierárquica como pela divisão provocada entre gerenciamento e execução desde os primórdios da Enfermagem Moderna (PERES; CIAMPONE, 2006).

Segundo Kurcgant (2011) estudos revelam que a concepção de gerenciamento na enfermagem está diretamente ligada às ações de organização, planejamento, definição de recursos e supervisão. Para Felli e Peduzzi (2005) essas atribuições e responsabilidades do enfermeiro são de extrema relevância para a qualificação da assistência aos usuários.

As Leis de Diretrizes Curriculares Nacionais indicam que o enfermeiro precisa desenvolver competências apoiadas em uma base sólida de conhecimentos, para

que possa garantir a integração e a continuidade da assistência em todas as instâncias do sistema de saúde. Esses conhecimentos ligados à obtenção de habilidades possibilitam reconhecer e acessar informações determinantes para a atenção à saúde com padrões de qualidade reconhecidos para a fundamentação de suas atitudes através de alguns saberes da Administração como: as teorias administrativas, as ferramentas específicas da gerência, o processo de trabalho, a ética no gerenciamento, leis trabalhistas, gerenciamento de pessoas e o dimensionamento de pessoal (PERES; CIAMPONE, 2006).

Torna-se importante mencionar que as transformações resultantes da globalização e o conseqüente aumento da competitividade têm exigido mudanças por parte das organizações, inclusive das instituições de saúde que passaram a rever seus modelos de gestão e a buscar qualidade em seus serviços, através de programas de acreditação. Os critérios utilizados por esses programas, quanto à avaliação dos serviços de Enfermagem, têm englobado, com destaque, as áreas administrativas e organizacionais, seguidas das áreas assistenciais e de ensino/pesquisa (FELDMAN, 2006).

Com relação ao perfil e as competências necessárias ao gerente de enfermagem, há poucos estudos, geralmente relacionados a essa posição de liderança. Em uma pesquisa com enfermeiros gerentes de hospitais e agências de saúde pública dos EUA, realizada pela Nursing Leadership Institute; seis categorias de competências surgiram, através dos resultados da investigação, incluindo: domínio pessoal, eficácia interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, cuidados (com pessoal, paciente e consigo) e pensamento sistematizado (SHERMAN, 2007).

No Brasil, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN/SP) realizou uma pesquisa com enfermeiros responsáveis técnicos de serviços de saúde, nesta, pôde-se perceber a necessidade das seguintes competências: liderança, comunicação, tomada de decisão, negociação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, visão sistêmica, planejamento e organização (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2009).

Assim, o gerente de enfermagem assume importante papel nas instituições de saúde, principalmente no âmbito hospitalar, visto ser o responsável pela gestão dos serviços de Enfermagem e por tomar medidas que integrem as áreas

administrativas, assistenciais e de ensino/pesquisa, visando o atendimento de qualidade. As exigências quanto à sua atuação têm incluído, além do gerenciamento em enfermagem, o conhecimento e a interação com todo o ambiente organizacional, permitindo sua maior contribuição no êxito da instituição (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

Considerando a importância do gerenciamento e a Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem, discutiremos a seguir sobre as principais irregularidades mais notificadas pelo COREN/PE no período de 2015 a 2017, e teremos alguns apontamentos acerca da prática gerencial dos Enfermeiros, nos serviços de saúde e suas implicações para assistência dos usuários desses serviços.

Com relação à inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de enfermagem, nessa irregularidade, que foi unânime entre os entrevistados como a mais notificada, observou-se que há Enfermeiros que não têm conhecimento sobre a existência desse ato administrativo do Conselho, passando a tê-lo, depois de notificados durante o ato fiscalizatório, além de não saberem as atribuições e responsabilidades inerentes ao cargo, por desconhecerem a legislação.

As seguintes falas expressam essas observações:

A mais notificada é a ausência de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem [...], pois tem Enfermeiro que não sabe que precisa, e os que sabem quando a gente notifica, na maioria das vezes tem algum problema pra dar entrada, sempre porque falta algum documento, ou assinatura ou carimbo do diretor, ou deles mesmo... (E02).

Eu acho assim que eles às vezes... muitos deles não sabem quais são as reais atribuições do RT, do coordenador. E... e assim...é essa necessidade que eu acho que os profissionais de enfermagem têm, de saber qual é o seu principal papel como profissional, e o coordenador suas atribuições principais eu acho que as vezes eles se perdem nas atribuições (E04).

Para requerer a Certidão de Responsabilidade Técnica, considera-se a alínea b, do artigo 5º da Resolução COFEN nº 509/2016, referente à implementação do processo de requerimento de ART, o formulário de requerimento de ART, deverá vir acompanhando 1 (uma) cópia da comprovação do vínculo empregatício existente entre a empresa/instituição/ensino e o Enfermeiro Responsável Técnico, entre outros documentos. Deste modo, para se obter a sua concessão ou renovação, são

necessários documentos e atos administrativos que dependem de diretores e/ou administração institucional. A maior dificuldade, segundo alguns Enfermeiros revelam é a falta de contrato ou documento que comprove o vínculo empregatício com a instituição onde presta seus serviços, pois muitos não possuem vínculo empregatício formalizado com a instituição, chamando a atenção para a presente precarização do vínculo de trabalho.

Profissão de trabalho institucionalizado, a Enfermagem apresenta-se inserida fortemente nas estruturas formais de emprego, seja no público, privado ou filantrópico, evidenciando que a empregabilidade é uma questão central para a categoria (MACHADO *et al.*, 2016).

O problema da precarização do trabalho vem se concebendo como inquietude de diversos campos do conhecimento, com notoriedade para a sociologia do trabalho, a gestão do trabalho e a saúde do trabalhador (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

O trabalho precário se caracteriza pela desproteção social, em decorrência de situações em que os trabalhadores não têm direitos e benefícios assegurados pelas legislações trabalhistas, como férias anuais, décimo terceiro salário, licença maternidade, aposentadoria e outros (FARIA; ARAÚJO, 2011). Nesta definição, são incluídos elementos como inadequadas condições de trabalho e baixos salários, sendo ainda considerados como trabalhos precários os que se apresentam com tempo determinado, nesta situação, a precariedade se relaciona ao sentimento de instabilidade que acomete o trabalhador (ARAÚJO *et al.*, 2006). Em meio ao conceito de diversos autores, o trabalho precário é definido pelo Ministério da Saúde como aquele executado sem a proteção social do trabalhador e, na administração pública, engloba também todo trabalho realizado sem concurso público (BRASIL, 2009). Um dos relatos é exemplar desta condição:

Tem Enfermeiro Coordenador que trabalha recebendo um salário mínimo e que não é contrato de trabalho formalizado, aí faz a escala... e organiza as coisas, e às vezes, ainda dá plantão quando falta alguém. Uns confessam que aceitam essa condição pela experiência e currículo, para não ficar parado, e ainda dizem também que mesmo eles saindo, tem uma fila de enfermeiros esperando pra entrar (E03).

Entre as décadas de 1980 e 1990, ocorreu uma reorganização estrutural pautada nos princípios neoliberais que repercutiu negativamente para as condições de vida e de trabalho dos assalariados. Estas alterações atingiram também os

setores públicos e os serviços de saúde, induzindo a mudanças voltadas para a desregulamentação e a flexibilização do processo de trabalho, gerando, portanto a precarização, com o objetivo final de diminuir os gastos e conceder maior eficiência ao Estado (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004). Nesse sentido, percebeu-se nas falas dos entrevistados a seguir, que possivelmente a ocorrência de Enfermeiros Coordenadores sem comprovação de vínculo empregatício ocorre mais comumente no serviço público, em sua maioria, da esfera municipal.

Notifico muito a falta de Responsabilidade Técnica nos hospitais das cidades pequenas, pois a maioria nem contrato de trabalho tem. Sempre tenho que mandar auto de infração pra poder organizarem, uns até atendem porque pensam que o Conselho vai multar (E05).

No que diz respeito às instituições públicas e privadas, os coordenadores das privadas atendem às solicitações do COREN com mais agilidade e compromisso. E também possuem mais dedicação para melhoria da assistência. Observo que nas unidades públicas, os Rts por serem contratados na maioria das vezes possuem dificuldade em executar os planejamentos, devido a gestão do município não priorizar a melhoria da assistência e/ou diminuir gastos, como também por não possuir remuneração diferenciada pelo cargo. Muitas vezes são plantonistas e não recebem gratificação pelo cargo (E02).

Essa situação pode ser justificada por Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015), em seu estudo sobre: “Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná”, ele atribui o significativo índice de trabalho precário encontrado em relação à esfera municipal a ocorrência da descentralização e da municipalização do SUS, quando o Estado brasileiro submeteu-se a reformas neoliberais. Uma consequência dessas reformas foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita os gastos com força de trabalho em 60% da receita corrente líquida de estados e municípios (BRASIL, 2011). Essa restrição levou os municípios a buscarem outras maneiras de contratação da força de trabalho, em geral precárias, como alternativa para a necessidade de expansão do SUS (ANDRADE, 2009).

Para Junqueira (2009) a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece como um importante problema a ser apreciado, entre os aspectos relativos aos recursos humanos destacam-se as precárias formas de seleção de pessoal, a reduzida remuneração, a pouca

motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho e o baixo desempenho. Há ainda, outros desafios emergentes que agravam esse quadro, como: a baixa qualificação e formação dos profissionais e o aspecto da fixação de recursos humanos, o que afeta negativamente o estabelecimento de vínculos, e o impacto das epidemias na força de trabalho da saúde.

No tocante à inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do Serviço de Enfermagem (Escala do serviço, Regimento Interno, Manual de Normas e Rotinas, Protocolos Operacionais), o artigo 10, inciso IX, da Resolução COFEN nº 509/2016, que discorre sobre as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico, traz que é função deste elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem.

No entanto, assimilou-se que a maioria dos Enfermeiros que atuam na gerência dos serviços de enfermagem não costuma elaborar documentos referentes ao gerenciamento do serviço, especialmente no que se refere ao Regimento Interno, Manual de normas e Rotinas e Protocolos Operacionais, na maioria das Instituições esses documentos passaram a existir devido à notificação realizada pelo Conselho após fiscalização, como é possível identificar nas falas seguintes:

Difícilmente encontramos os documentos prontos, geralmente por falta de conhecimento que deveria elaborar tais documentos, é comum eles elaborarem após a notificação do Coren, depois da fiscalização, e/ou questão de priorizar este item notificado para solucionar a irregularidade (E02).

É... na grande maioria sempre falta alguma coisa. E... eu percebo que alguns dos documentos de gerenciamento não ficam sob a autonomia do Coordenador como: a listagem nominal com dados individuais do profissional, à vezes é... esses coordenadores não possuem um ou outro documento que é exigido na fiscalização como Regimento Interno, muitas vezes eles não possuem, então no momento da fiscalização a gente solicita e eles enviam... enviam os demais documentos mas faltando algum. E... outra dificuldade que tem é na entrega dos documentos e ele se atenta a ser um papel timbrado da empresa, com assinatura, carimbo do enfermeiro Responsável Técnico. Muitas vezes a gente recebe essa documentação sem ser em papel timbrado e sem carimbo (E03)”

Silva (1991) afirma que no cenário da saúde, singularmente, em virtude da diversidade e da complexidade dos seus serviços e das diferentes categorias profissionais que participam no processo de atendimento, é necessário dispor de

documentos administrativos. Relacionado a isso, Massaro e Chaves (2009) reconhecem que nesse segmento ainda prevalecem os modelos administrativos enfocados na tarefa e na quantidade produzida, em detrimento da integralidade do ser humano.

Corroborando com esta afirmação, temos a fala:

Eu percebo muitas vezes que o enfermeiro Responsável Técnico não tem total conhecimento das suas atribuições como Responsável Técnico, muitas vezes ele deixa de executar ou por falta de conhecimento ou porque ele ta executando atividades administrativas ou gerenciais da unidade de saúde, aí a sua atividade de Responsável Técnico acaba sendo deixada um pouco de lado (E03).

A utilização de escala do serviço, regimento interno, manual de normas e rotinas e protocolos operacionais, podem servir de fonte de referência para planos de ação e de gestão na Enfermagem e, ainda, guiar e subsidiar reuniões, treinamentos, supervisões, bem como harmonizar e profissionalizar o ambiente de trabalho (BITTAR, 1996), além de uniformizar procedimentos, trazendo importantes benefícios. Logo, torna-se necessária a elaboração destes documentos, frente à sua apresentação como elementares à estruturação do serviço, à prática dos profissionais e, portanto, à qualidade da assistência de enfermagem.

Outro dado relevante, é que a maioria dos Enfermeiros demonstram dificuldades na elaboração destes, muitos inclusive pedem auxílio aos fiscais. Chegam a ser notificados posteriormente, devido ao descumprimento da notificação, pois se esgota o prazo e o documento não é enviado, como relatado na próxima fala de um entrevistado:

A questão da falta de documentos é sempre notificada. Eu percebo que os Enfermeiros têm muita dificuldade em elaborar, tem uns que não sabem realmente de que se trata principalmente os Protocolos... chegam a pedir que eu envie exemplos pra que eles possam elaborar. Acho que as faculdades poderiam preparar melhor, nas aulas de administração né? Sobre isso e o dimensionamento né? Isso ia ajudar bastante (E05).

No que concerne a essa falta de conhecimento sobre esses documentos, a administração em enfermagem é função inerente ao trabalho do enfermeiro, visto que para se realizar qualquer procedimento assistencial é essencial pensar, planejar, caracterizar a ação desenvolvida, provisão e preparo dos ambientes e materiais,

devendo estes conhecimentos administrativos ser utilizados em sua prática (GRECO, 2004).

Nessa situação, refletindo o significativo exercício administrativo pelo enfermeiro, coloca-se a formação profissional como uma importante questão. Santos (2018), em seu livro sobre administração em enfermagem, fez uma análise sobre carga horária total dos cursos de Graduação em Enfermagem oferecidos pelas Instituições de Ensino Superior (IES) em Pernambuco, e constatou que a carga horária destinada ao ensino de conteúdos administrativos é em média de 68 horas, correspondendo a aproximadamente 3% da carga horária média dos cursos de graduação. Esta mesma autora afirma ainda que o quantitativo da carga horária fixada ao ensino de conteúdos administrativos nesses cursos é ínfimo frente às demandas administrativas durante a atuação do enfermeiro, ilustrando a possibilidade de que as dificuldades no desempenho gerencial deste possam estar relacionadas ao baixo quantitativo de horas de aula destinadas às disciplinas de administração. Destaca-se ainda, que apesar disso, o Enfermeiro possui formação administrativa privilegiada, quando se compara ao quantitativo de horas de aula, frente a outras profissões de saúde, que é de 1,8%, podendo essa constatação justificar o grande número de Enfermeiros ocupando cargos de gestão em outras áreas da saúde.

Humerez (2016) chama a atenção ao fato da educação superior no Brasil, ou o Ministério da Saúde, praticamente não dialogar com o Cofen para conhecer as necessidades concretas do exercício profissional visando uma assistência digna à população.

No que tange ao(s) profissional(s) de enfermagem que não executa(m) o Processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas, o processo de enfermagem trata-se de um dever reconhecido em sua legalidade e importância pelos profissionais, apesar de não ser cumprido por alguns dos enfermeiros. A Resolução COFEN nº: 509/2016, em seu artigo 10, inciso XIV, estabelece que o Enfermeiro Responsável Técnico deve responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme estabelece a Resolução COFEN nº 358/2009, que também dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Apesar de ser uma atribuição reconhecida há quase dez anos, atualmente, a sua não execução ainda

faz parte de um dos itens de notificação mais prevalentes no exercício da enfermagem em Pernambuco.

Entende-se que a gerência e a assistência de enfermagem são funções primordiais na rotina do enfermeiro, buscando a excelência da qualidade na atenção à saúde dedicada ao paciente, à família e a coletividade com intervenção no processo saúde-doença (SOARES *et al.*, 2015). Partindo desse entendimento, a SAE se configura como um dos instrumentos do processo assistencial do enfermeiro, podendo contribuir para garantir a qualidade da assistência, pois a mesma abrange um conjunto de ferramentas que inclui a comunicação, a interação e a articulação das dimensões gerenciais e assistenciais (TORRES *et al.*, 2011).

Segundo Bittar, Pereira e Lemos (2006) a SAE é o planejamento das ações, sendo estas baseadas no desenvolvimento de metas e resultados, bem como a de um plano de cuidado indicado a assistir o paciente na resolução dos problemas diagnosticados e atingir as metas identificadas e os resultados esperados.

Mesmo tendo essa importância e sendo de grande contribuição para a assistência ao paciente, a SAE na maioria dos serviços de saúde não é implantada, e muitos Enfermeiros atribuem esse fato a ausência de conhecimento, e em alguns casos, também à falta de tempo da equipe assistencial. As falas a seguir dos entrevistados confirmam essas duas situações:

Inadequação na implantação da SAE. Na maioria das vezes falta uma das etapas, devido à falta de conhecimento dos profissionais, ou o impresso que muitas vezes também não tem na unidade (E02).

Os registros dos profissionais no caso inadequação, inexistência, às vezes tem não tão completos, às vezes nem tem. Principalmente pelo técnico de enfermagem. A não implantação da SAE pelo Responsável Técnico, a não execução da SAE pelo enfermeiro... por falta de tempo (E03).

Alguns estudos apontam que muitos fatores de ordem pessoal e profissional prejudicam a implementação da SAE, sendo um deles o preparo inadequado na graduação e a carência de pessoal de enfermagem (HERMIDA *et al.*, 2004). Para Martins e Kalinowski (2004) a sobrecarga de trabalho imposta ao enfermeiro em algumas localidades, acaba fazendo com que este se detenha mais outras atividades burocráticas e administrativas, fazendo com que a implantação da SAE, mesmo sendo obrigatória, não tenha as etapas do processo de enfermagem realizadas de forma adequada pelo enfermeiro.

Esses dados também demonstram um grande problema, que é a deficiência dos registros do enfermeiro em relação a SAE. Essa falta de registro escrito, documentado, acaba trazendo certa informalidade, atrapalhando sua efetividade, e conseqüentemente, tornando a SAE incompleta e inoperante. Talvez isso explique o fato de muitos profissionais e até outras categorias profissionais e gestores, acharem que a SAE não passa de um papel a mais a ser preenchido, e que diante das demandas existentes em alguns serviços, acaba não recebendo a devida dedicação. Temos uma fala exemplar desta condição:

Em relação à sistematização da assistência de enfermagem, eles dizem que este processo não contribui com a melhoria da assistência, é apenas mais um papel e que não têm tempo para executá-lo da forma correta (E02).

Por outro lado, Garcia e Nóbrega (2009), em seu estudo intitulado: “Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar”, afirmam que para alguns, o pouco ou nenhum registro sistemático da SAE pode gerar ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional, e também ausência ou dificuldade de avaliar a sua prática. Além de tudo, a SAE prima pelo direcionamento da organização do cuidado e oportuniza aos profissionais de enfermagem exercer sua autonomia perante os demais trabalhadores da saúde (KRAUZER *et al.*, 2015).

Quanto à questão da falta de conhecimento, os profissionais apontam a ausência de capacitação como um fator limitante para a implantação e execução da SAE, e também, como o principal motivo do descompromisso em algumas instituições de saúde e da ausência em outras, ao passo que esse desconhecimento gera desinteresse e a falta de adesão do método assistencial (TAKAHASHI *et al.*, 2008).

Há a necessidade de investimentos em Educação Permanente e Continuada aos profissionais, no que se refere ao seu melhor preparo para a recuperação da SAE e para a possibilidade de sua aplicação na assistência aos indivíduos e coletividades. Esforços e debates no meio assistencial, gestão, ensino e controle social, assim como preconiza a Política Nacional de Educação Permanente, são necessários para o desenvolvimento de fatores fundamentais na qualificação da assistência em saúde (KRAUZER *et al.*, 2015).

Nesse sentido, ressalta-se que frente à evolução tecnológica, as instituições de saúde visando o aumento de recursos, a diminuição dos custos e a qualificação da assistência, têm exigido cada vez mais da enfermagem o aperfeiçoamento dos serviços, o planejamento e a operacionalização dos cuidados, reforçando a necessidade indiscutível de se adotar e consolidar a SAE (SOARES *et al.*, 2015).

A falta de estímulo e apoio de instâncias superiores também tem denotado vulnerabilidade a não realização da SAE, porque está associada a ausência de envolvimento, compromisso e valorização de sua execução na prática, incluindo ainda a não capacitação para a sua execução, tal como lacunas na formação pelo ensino formal e dificuldades estruturais institucionais (NERY; SANTOS; SAMPAIO, 2013).

Em virtude disso, pesquisadores têm discutido o valor do diálogo entre a academia, instituições de saúde e ainda os órgãos de classe para a concretização da SAE, referindo à escassez de ambientes sólidos que propiciem a discussão relacionada a matérias que fazem referência a SAE. Um crescente descompasso entre o conhecimento que é produzido no meio acadêmico e a prática assistencial em saúde tem sido percebidos pelos profissionais e contribuído para a desvalorização da SAE (BACKES, 2008).

No que se refere à inexistência, desatualização ou inadequação do cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem, está entre as irregularidades mais notificadas. Ressalta-se que dentre os instrumentos de gestão dos serviços de enfermagem, apresenta-se ainda o dimensionamento de pessoal, considerado o método de previsão de recursos humanos de enfermagem para atender as necessidades de demanda de cuidados de determinada clientela. O dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como:

[...] um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal necessário para prover assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos pacientes/clientes e dos profissionais de enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2012, p. 124).

O artigo 10, inciso III, da Resolução COFEN nº: 509/2016, determina que compete ao Enfermeiro Responsável Técnico realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do COFEN informando, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao

Conselho Regional de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, estando diretamente relacionado a questões de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação do serviço de enfermagem (BRASIL, 1986).

Na prática, o que ocorre é que a maioria dos Enfermeiros não mantém a rotina de atualização do cálculo de dimensionamento de pessoal com a periodicidade recomendada pelo Conselho, e o que é mais grave, a maioria somente o realiza depois de notificados durante fiscalização. Alguns alegam o desconhecimento da Resolução COFEN nº: 543/2017, que é o principal dispositivo normativo que orienta o cálculo de dimensionamento, enquanto outros, mesmo depois de receberem orientações dos fiscais, afirmam não saberem fazer-lo. As seguintes falas confirmam este resultado:

É comum à inexistência de dimensionamento por falta de conhecimento e/ou questão de priorizar este item notificado para solucionar a irregularidade. Aham que não haverá penalidade não executando o exigido pelo Coren (E02).

Nunca tem um dimensionamento, a gente sempre só recebe depois que notifica... e olhe lá viu? Tem uns que não sabem nem que existe a resolução e que tem que seguir ela. A gente não percebe muito interesse, mesmo quando orientamos a resolução tem uns que dizem que não entendem, que não sabem. É muito chato isso, porque é obrigação dele fazer, e talvez também a graduação não prepare eles pra prática, porque a gente estuda dimensionamento na faculdade né? Às vezes acontece também que tem hospital que muda todo ano de RT, aí fica difícil, porque tem que ficar notificando (E05).

Através desta última fala do entrevistado (E05), também chamamos a atenção para dois pontos importantes, já discutidos anteriormente, que são: a questão do despreparo durante a graduação que se relaciona à formação profissional e a questão da mudança anual de Enfermeiros Responsáveis Técnicos de alguns hospitais, que provavelmente pode estar atrelada aos vínculos de trabalho precários.

Com relação à falta de conhecimento alegada por parte dos enfermeiros, destacamos as dificuldades instrumentais e falta de domínio sobre o entendimento e comportamento das variáveis que compõem o cálculo de dimensionamento, que acabam fragilizando os argumentos e justificativas dos enfermeiros na negociação

do quadro de pessoal de enfermagem com os gestores das instituições de saúde, colaborando de algum modo, com a interferência desses em sua determinação (FUGULIN *et al.*, 2016). Destarte, o Conselho Internacional de Enfermagem (International Council Nursing) refere que os profissionais e associações da enfermagem têm a responsabilidade de manter postura ativa na busca da qualidade do cuidado em enfermagem, reivindicando melhor dimensionamento e desenvolvendo caminhos que levem a excelência da prática profissional promoção e segurança do paciente (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2012).

Em contrapartida, Campos e Melo (2007) em seu estudo sobre: “Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização”, identificaram que os profissionais têm conhecimento acerca do dimensionamento, porém não o utilizam de maneira correta, sendo constantemente usado como um argumento para conseguirem um aumento do quadro de profissionais por meio de contratação.

Para Vigna e Perroga (2007) há enfermeiros que usam como critério de dimensionamento o grau de complexidade assistencial do paciente. Todavia, não fazem a avaliação de forma objetiva, através de instrumentos de classificação de pacientes, ao invés destes, consideram o julgamento clínico do enfermeiro, isso possivelmente acaba gerando cálculos que não correspondem à realidade da instituição.

O dimensionamento de pessoal vem sendo estudado há anos, inclusive internacionalmente, devido ao comprometimento direto da qualidade do cuidado que a elevada carga de trabalho da equipe de enfermagem, comumente associada ao quantitativo insuficiente de profissionais, pode ocasionar. (NEURAZ *et al.*, 2015). No Brasil, nas unidades de saúde que apresentam uma inadequação no quadro de enfermagem, esta tem sido constantemente apontada como o principal entrave para a revisão e aplicação de medidas que contribuam para a qualidade do atendimento, como por exemplo, a implantação da SAE (FUGULIN *et al.*, 2016).

A quantidade insuficiente de enfermeiros é um problema que merece atenção, pois isso tende a dificultar a atuação do profissional no gerenciamento estratégico e racional do cuidado individualizado e também ao cuidado direto de pacientes com maior complexidade assistencial, sendo capaz de contribuir para uma invisibilidade de seu trabalho. Assim, a diminuição significativa de enfermeiros irá aumentar a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem de nível médio, podendo

influenciar a insatisfação no trabalho, piores resultados entre indicadores de gestão de recursos humanos de enfermagem, absenteísmo e rotatividade da equipe (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Estudos mostram que um número insuficiente de enfermeiros, contribui ainda para um maior risco de morte na redução de proporção de enfermeiros por pacientes (NEURAZ *et al.*, 2015); para o aumento de índices de eventos adversos como lesões por pressão; quedas; erros na administração de medicamentos (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016); infecções hospitalares; e tempo de permanência na internação (LANKSHEAR; SHELDON; MAYNARD, 2005).

Por representar um dos maiores componentes de despesas operacionais nas instituições de saúde, especialmente nas hospitalares, a enfermagem tem sido constantemente alvo das medidas de austeridade econômica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013). Observando esse cenário, menciona-se a importância dos enfermeiros buscarem conhecimentos, habilidades e competências que sustentem a negociação do quantitativo de profissionais, comprovando que, apesar de sua adequação provocar o aumento dos custos operacionais, pode cooperar para a redução dos gastos decorrentes de resultados negativos da assistência prestada, devido ao número insuficiente de profissionais de enfermagem (FUGULIN *et al.*, 2011).

### **8.3 O papel do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco na Organização da Profissão**

No que se refere à profissionalização, iremos considerar as etapas segundo o pensamento de Wilensky. Inicialmente, é preciso considerar a instalação do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco, no ano de 1975, momento que se iniciou a regulação profissional da enfermagem efetivamente no estado, através de um órgão responsável unicamente por essa atribuição no cenário estadual.

Nesse momento já havia uma legislação que “regulava” o exercício profissional e já existiam Enfermeiros atuando no estado. Quanto à formação profissional, havia duas Faculdades de Enfermagem reconhecidas em Pernambuco, eram: a Escola de Enfermagem Nossa Senhora das Graças fundada em 1945 e a Escola de Enfermagem do Recife, iniciada em 1947 (CARLOS *et al.*, 2014). Também

já estava presente a associação profissional, através da Subseção da Associação Brasileira de Enfermagem, reforçando a identidade profissional.

Mesmo o último momento da profissionalização correspondendo à adoção do código de ética, na enfermagem esse processo ocorreu antes mesmo da regulamentação do exercício profissional, sendo o primeiro, aprovado em 1958, durante o XI Congresso Brasileiro de Enfermagem, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), vigorando até 1975, quando foi substituído pelo Código de Deontologia de Enfermagem aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

No entanto, existia a necessidade de uma legislação que atendesse os interesses da profissão em todas as suas questões para que sua prática fosse legitimada, pois a prática organizada da categoria é que asseguraria o seu espaço na sociedade (CAPELLA *et al.*, 1988). Foi quando em 1986, a profissão teve seu exercício regulamentado em lei, e posteriormente, em 1987, através do Decreto 94.406.

Para alguns profissionais e representantes de algumas entidades da profissão, o Coren/PE não tem contribuído para a profissionalização da enfermagem, as falas seguintes, são exemplares desse entendimento:

Em relação ao serviço de enfermagem das instituições, com as fiscalizações estes são cobrados a organizarem e planejarem a assistência ao paciente como também o próprio serviço, elaborando escalas adequadas e manuais de atividades do serviço. Com o aumento das fiscalizações, os profissionais também se sentem com o compromisso de se especializarem para garantir uma assistência de qualidade. Mas no que diz respeito a ações do conselho para ajudar os enfermeiros a organizar seus serviços e se profissionalizarem, praticamente inexistente. Como também aos próprios fiscais (E04).

Aí eu acho que o COREN poderia se colocar mais ativo né? Mais próximo da qualificação do profissional, é... entender mais como é a formação desse profissional e oferecer denúncias para outros órgãos já que ele não é da competência dele é essa questão de... da profissionalização, da qualidade de profissionalização, dele ser um personagem ativo nisso né? Eu acho uma falha nisso (E06).

O termo profissionalização muitas vezes é utilizado como sinônimo de qualificação, conhecimento, capacidade e formação, o que não deve ocorrer, deve ser empregado como expressão de posição social e ocupacional, de inserção de um determinado tipo de relações sociais de produção e processo de trabalho. Mais precisamente, um grupo profissional é uma categoria autorregulada de indivíduos

que trabalham diretamente para o mercado em um a situação de privilégio monopolista (ENGUIITA, 1991).

Ao pensar em profissionalização menciona-se a própria divisão do trabalho na enfermagem, e apreende-se, então, a profissionalização como um momento no processo de formação da consciência, com dimensão subjetiva de entendimento das manifestações da luta de classes e uma dimensão objetiva que se percebe no caráter das organizações construídas no processo de lutas (GOMEZ, 1987). Portanto, a questão da profissionalização ultrapassa as instâncias da formação técnica (CAPELLA *et al.*, 1988).

Analisando a prática da enfermagem, torna-se necessário lembrar alguns marcos da sua história, desde a evolução do desenvolvimento da profissão e da saúde para compreendermos o sentido da prática desenvolvida até os dias atuais. A enfermagem tem enfrentado problemas cruciais em relação a sua legislação, problemas estes ligados intimamente às questões de profissionalização. E nesse sentido, torna-se evidente que a legislação brasileira, com relação à enfermagem, não atende os anseios da categoria (CAPELLA *et al.*, 1988). Isso pode ser constatado na fala adiante, quando o entrevistado foi questionado sobre a visão dos Enfermeiros em relação ao Conselho:

É de descrédito mesmo, de não ter tanta credibilidade, não conhecer qual é a função principal do COREN, e aí exigir do Coren coisas que não é da alçada dele né? Coisa que, por exemplo, parece mais como sindicato, como trabalhista, carga horária e salário. E aí como eles não veem a prática não sabem qual a função do COREN (E04).

Aqui também se constata o mesmo, na descrição de um entrevistado sobre a sua relação com os profissionais de enfermagem:

Com relação aos profissionais de saúde na maioria das vezes no cotidiano também é uma relação cordial. É...com os profissionais existem as orientações do fiscal com relação à legislação que tá vigente, exceto alguns casos que existe né?... uma certa rispidez está atrelada ao entendimento equivocado do profissional para com a finalidade do Conselho e aí eles criam uma expectativa quando o fiscal tá lá, que ele tá pra resolver os problemas trabalhistas o que na verdade não é função do Conselho... mas em sua grande maioria a relação é boa (E03).

Além de melhores condições de trabalho, eles anseiam por um piso salarial e uma carga horária de trabalho regulamentada. E acabam cobrando isso do

Conselho, demonstrando que não detêm o conhecimento acerca das atribuições deste. Enfatiza-se, nesse sentido, que o Conselho apoia e divulga todas as causas em benefício da profissão.

Mesmo cobrando sempre as questões trabalhistas do Conselho e expressando confusão em relação à competência das entidades da enfermagem para alguns, a conformação das entidades da enfermagem devem permanecer como está. A fala a seguir expressa essa realidade:

Veja, acho que não é o fato de serem entidades diferentes, eu acho que o dificulta hoje é... na verdade é a ligação entre essas entidades, porque acaba cada uma ficando no seu quadrado e não tem uma interligação que era para ter, e isso é o que causa essa dificuldade [...] por tentar fazer um trabalho conjunto, então o que a gente tenta... eu particularmente né? A nossa gestão tem tentado e o que eu mudaria nessa estrutura é essa conexão de realmente trabalhar em conjunto, é em prol da categoria (E07).

Vale ainda destacar que a conquista de urna legislação do exercício em enfermagem não é condição suficiente à garantia da autonomia profissional. (CAPELLA *et al.*, 1988). E que muitas vezes, a legislação que ampara e respalda as atividades do Conselho, também as limita, e isso tem de ser muito bem interpretado pelos seus pares para não ocorrer o descrédito de suas ações.

A proteção do território ocupacional se faz necessária, porque especialmente na área da saúde, existem conflitos importantes entre as profissões no que se refere ao exercício profissional e os seus limites de atuação. A respeito disso, um entrevistado relatou o que pensa, e em seguida mencionou o que a entidade a qual pertence está fazendo para lidar com esse tipo de conflito:

O conflito principal acredito eu, é entre a medicina e a enfermagem, eles acham que a enfermagem está invadindo o trabalho da medicina e também os próprios enfermeiros querem assumir uma função que não é sua, porque nós temos nossa lei nós temos nosso código, então tem muita coisa pra fazer, não há necessidade do profissional de enfermagem invadir profissão de ninguém (E01).

Sim! A gente tem a comissão de instrução e ética que está formando as equipes de comissão de ética nos hospitais então... em 3 anos já foram formados mais de 100 equipes de instrução e ética nos hospitais que é justamente para diminuir esses conflitos e os problemas que surgem entre os profissionais da área (E01).

O controle interno da profissão é feito através da fiscalização das condutas profissionais com dispositivos formais, entre os quais se destacam os códigos de

ética. A profissão deve empenhar todos os esforços para ser reconhecida como fundamental pelo Estado e pela sociedade. Uma das expressões deste reconhecimento é a regulamentação legal de seu exercício profissional. Estes elementos são necessários, mas não são suficientes para que uma profissão conquiste sua autoridade, autonomia e o monopólio de seus serviços no mercado de trabalho (PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003).

As discussões sobre a regulamentação da atividade dos Conselhos profissionais da saúde, no Brasil, entram comumente na disputa de atos privativos e reserva de mercado, constituindo um entrave ao desenvolvimento do setor saúde em nosso país. Logo, são os interesses de grupos sociais com mais poder que se sobrepõem aos interesses das profissões e da população (GIRARDI; SEIXAS, 2002).

Tendo o COREN/PE o dever de fiscalizar o exercício da enfermagem incluindo neste o cumprimento do código de ética, a partir da compreensão do processo fiscalizatório e suas ações - considerando neste meio as determinações do sistema COFEN/CORENs - pode-se afirmar que apesar dos fatores limitantes internos e externos, o Conselho no estado vem realizando o seu trabalho. E através das notificações das irregularidades durante as visitas, acaba por influenciar a organização da profissão, à medida que uniformiza os procedimentos e que fiscaliza o seu cumprimento. Isso acaba refletindo no atendimento aos usuários e impactando de forma positiva na assistência nos serviços de saúde.

Acredita-se que fiscalizando o exercício profissional e o cumprimento da legislação, o Conselho também tem contribuído para profissionalização, isso pode ser percebido fortemente no que se refere à exigência por este, de Enfermeiros nos serviços onde atuam o pessoal de enfermagem de nível médio e no combate a ilegalidades, especialmente em relação aos profissionais que atuam sem a habilitação técnica e/ou legal exigida para área de atuação.

Santos Neto (1993) em seu estudo sobre: "O processo de profissionalização médica em Pernambuco" destaca que a organização do projeto profissional segue aos poucos, registrada na história das organizações profissionais, uma vez que o processo de profissionalização não é simples. Abarca avanços, recuos e obstáculos: verdadeiros desafios aos profissionais que pretendem o reconhecimento social de sua prática diferenciada no mercado.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a história da enfermagem, utilizando o referencial teórico da sociologia das profissões foi muito importante para a compreensão de como foi ordenada a necessidade da enfermagem, sua organização e a construção da identidade profissional. Todavia, ao acompanhar como se deu a sua profissionalização percebeu-se certas características também encontradas em outras profissões.

Criado para responder às necessidades do exercício da enfermagem, o sistema COFEN/CORENs, ao longo dos anos, promoveu a regulamentação da profissão, definindo e estabelecendo parâmetros legais e éticos para o exercício profissional, tendo contribuído sobremaneira, para a sua institucionalização. Compreender a enfermagem como profissão, nos faz refletir sobre a importância das instituições de classe para a consolidação da profissão em sua completude. Portanto, pesquisar a história do COREN/PE não foi somente resgatar a memória da instituição, mas também promover a identidade profissional dos Enfermeiros pernambucanos.

A capacidade organizativa dos vários segmentos do setor saúde, no qual está inserido o Conselho de Enfermagem, deve abranger uma fiscalização dentro de uma perspectiva educativa e participativa, favorecendo a concretização do direito à saúde. Deste modo, mesmo reconhecendo que a qualidade da assistência depende de inúmeros fatores, ao pesquisar quais as irregularidades mais comuns no exercício da enfermagem em Pernambuco nos últimos anos, constatou-se que a atuação da fiscalização do Conselho de Enfermagem contribui para construção da cidadania e a qualidade da assistência.

A ABEN apresentou-se nesse estudo, como a impulsionadora do movimento em favor da criação e implantação dos Conselhos em todo o país, salientando que a união entre todos os entes representativos da enfermagem traz força e reconhecimento para a profissão. E sobre isso, reforça-se que é preciso que os profissionais de enfermagem tenham cada vez mais conhecimento acerca do seu papel na saúde e sociedade, e também das entidades que os representam profissionalmente, cumprindo as determinações destas e valorizando cada espaço

de trabalho, no intuito de fortalecer a categoria e conquistar o reconhecimento e valorização tanto almejados nos últimos tempos.

Este estudo apontou a importância do enfermeiro no gerenciamento de enfermagem, confirmando o Responsável Técnico como protagonista na elaboração de instrumentos administrativos referentes ao serviço no qual coordena, bem como o encarregado de fazer cumprir os preceitos éticos e legais referentes à profissão, com autonomia e poder de decisão nesses serviços.

Observou-se também que as irregularidades de enfermagem mais comuns nos serviços de saúde em Pernambuco estão relacionadas, a Responsabilidade Técnica pelo serviço de enfermagem, elaboração de instrumentos administrativos, sistematização da assistência em enfermagem e dimensionamento de pessoal de enfermagem, portanto, ligadas as atividades privativas do profissional Enfermeiro.

Foi possível ainda, identificar alguns fatores em relação às condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, que acabam concorrendo para a ocorrência das irregularidades no exercício profissional, revelando necessidades de mudanças na organização, nas condutas e práticas que se estabelecem no contexto do mundo do trabalho. Esses fatores contribuem para a ocorrência e/ou permanência de algumas irregularidades de enfermagem, sendo estes: a carência de políticas de recursos humanos e decadentes condições de trabalho em saúde, ordenadas por restrições orçamentárias, precarização de vínculos de trabalho, formação, qualificação e provisão de profissionais inadequadas, que acabam notadamente, influenciando na assistência prestada e qualidade dos serviços. Isto posto, tomando os pressupostos arrolados neste estudo, estes puderam se confirmar, sendo todos os objetivos deste, alcançados.

No que se refere à profissionalização da enfermagem, tendo em vista que o Enfermeiro não pode delegar suas atividades privativas a nenhum outro profissional, destaca-se um ponto importante, pois na medida em que o Conselho fiscaliza a sua prática, ele influencia a sua profissionalização, fazendo com que as características e o saber científico da profissão realizado apenas pelo enfermeiro sejam amplamente difundidos nos serviços de saúde que possuem trabalhadores de enfermagem. Acredita-se que o Conselho de Enfermagem, apesar de algumas limitações, vem atuando favorecendo o desenvolvimento e organização da profissão, conforme exige o cumprimento da legislação, especialmente, a presença de Enfermeiros durante

todo o período de funcionamento nas instituições onde atua o profissional de enfermagem de nível médio.

Os resultados obtidos apontam a representatividade política como uma possibilidade para mudanças expressivas para a profissão, além da necessidade de um diálogo constante, entre os Ministérios da Educação e da Saúde com o Cofen, com o propósito de melhor adequar a formação dos profissionais de enfermagem às reais necessidades do exercício da profissão nos serviços de saúde, visando uma assistência mais segura e de qualidade à população, bem como um melhor desempenho e reconhecimento dessa classe de trabalhadores, evitando ainda divergências entre as normativas que abranjam aspectos de educação, saúde e exercício profissional, determinadas por ambos os órgãos.

Considerando que grande parte do material utilizado neste trabalho foi adquirido através de entrevistas, é oportuno lembrar que esta informação representa uma percepção social dos fatos, ficando no contexto em que são obtidas, sujeitas as pressões sociais. A continuidade de estudos com esse direcionamento poderá colaborar para o entendimento da enfermagem nas Ciências da Saúde, e para a sua participação integrada na equipe multidisciplinar, servindo ainda de subsídio para o planejamento de ações ligadas à fiscalização e formação profissional, bem como a formulação de políticas públicas de saúde que envolvam a profissão.

## REFERÊNCIAS

- ABRAO, F. M. S. et al. Ensino de enfermagem na época do estado novo: o caso da Escola Medalha Milagrosa. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 4, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000400302&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400302&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2017.
- ANDRADE, L. R. de. **A fé no SUS**: fundação estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia. 2009. 130f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ARAUJO L. A. et al. Anúncios para enfermeiros(as) no alvorecer da República. In: PORTO, F.; AMORIM, W. **História da enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010. p. 21-53.
- ARAÚJO, L. M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho do SUS. **Caderno RH Saúde**, Brasília, v. 3, p. 163-173, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **História da Enfermagem**. Curitiba: ABEn, 2004.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil 1956/1958**. Brasília, 1980.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa; Edições 70, 2009.
- BARREIRA, I. A. et al. Primeira República: a implantação da enfermagem laica e seus desdobramentos (1889-1930). In: PADILHA, M. I. *et al.* (Org.). **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão, 2011. p. 219-252.
- BELLAGUARDA, M. L. R.; BUD, L. I. R.; ELSÉN, I. A Associação Brasileira de Enfermagem – Seção de Santa Catarina e a Criação do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. In: ZAGO, A. T. *et al.* (Org.). **Contribuições da ABEn-SC para a enfermagem catarinense**. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 2010.
- BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-628, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- BITTAR, O. J. N. V. **Hospital**: qualidade & produtividade. São Paulo: Sarvier, 1996.
- BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa, as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, 1931. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D20109.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20109.htm). Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934. Torna extensiva aos enfermeiros práticos as regalias concedidas aos farmacêuticos e dentistas práticos quanto ao exercício de suas respectivas funções. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D23774.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D23774.htm). Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html). Acesso em: 21 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 8.772, de 22 de janeiro de 1946**. Altera as carreiras de Enfermeiro dos Quadros Permanente e Especial do Ministério da Educação e Saúde, cria a carreira de auxiliar de enfermagem no Quadro Permanente e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1946a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8772-22-janeiro-1946-416398-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 19 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946. Regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas. **Diário Oficial [da] União**, Rio de Janeiro, 22 jan. 1946b. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8778-22-janeiro-1946-416419-norma-pe.html>. Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desprecarização do trabalho no SUS**. Brasília, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1285](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1285). Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 2.282, de 14 de julho de 1956**. Dispõe sobre o registro de diploma de enfermeiro, expedido até o ano de 1950, por escolas estaduais de enfermagem não equiparadas nos termos do Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, e da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1956. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2822-14-julho-1956-355066-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 19 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955**. Regula o exercício da enfermagem profissional. Rio de Janeiro, 1955. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2604-17-setembro-1955-361190-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960**. Dispõe sobre a Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, estabelece os vencimentos correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1960. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L3780.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3780.htm). Acesso em: 13 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973**. Dispõe sobre a criação dos conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1973. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>. Acesso em: 11 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>. Brasília, 1986. Acesso em: 15 junho 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949.** Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Rio de Janeiro, RJ, 06 ago.1949. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19301949/L775.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19301949/L775.htm). Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 15 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998.** Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras Providências. Brasília, 1998. Disponível em: <http://normativos.confex.org.br/downloads/9649-98.pdf>. Acesso em: 14 agosto 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº a Lei 6.229, de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, 1975. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6229impresao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229impresao.htm). Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 1.549, de 6 de novembro de 1997.** Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília, 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/mpv/Antigas/1549-36.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1549-36.htm). Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorCodigo.jsf>. Acesso em: 22 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 22.257, de 26 de dezembro de 1932. Confere às irmãs de caridade, com pratica de enfermeiras ou de farmácia, direitos iguais às enfermeiras de saúde pública ou práticos de farmácia, para o fim de exercerem essas funções em hospitais. *Coleção de Leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro, 26 dez. 1932. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1950-1969/D50387.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D50387.htm). Acesso em: 10 jan. 2019.

BRITTO, J.; SOUZA NETO, C. P.; SENA, B. **Ação Declaratória de Constitucionalidade com pedido de providência cautelar:** proposta pelo partido da república. Brasília, 2014. 33p.

BRUCHÊZ, A. et al. Análise da utilização do estudo de caso qualitativo e triangulação na Brazilian Business Review. **Revista Espacios**, Caracas, v. 37, n. 5, p.24, 2016.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 1099-1104, 2007.

CARLOS, D. J. D. et al. Escolas de enfermeiras no nordeste brasileiro (1943-1975). **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 326-333, mar./abr. 2014.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). **Parecer nº 3.814, de 12 de novembro de 1976**. Núcleo-comum para os currículos do ensino de 1º e 2º graus. A doutrina do currículo Lei 5.692. **Documenta**, Rio de Janeiro, n. 132, 1971.

Disponível em:

[http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/fontes\\_escritas/7\\_Gov\\_Militar/parecer%20n.%20853-1971%20n%20FAcleo%20comum%20para%20os%20curr%20EDculos....pdf](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/fontes_escritas/7_Gov_Militar/parecer%20n.%20853-1971%20n%20FAcleo%20comum%20para%20os%20curr%20EDculos....pdf). Acesso em: 13 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). **Resolução nº 9, de 18 de abril de 1977**. Brasília, 1977. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3170216/pg-25-secao-1-diario-oficial-da-uniao-doude-24-05-1977>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Associação Brasileira de Enfermagem. **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil. 1982/1983**: força de trabalho em enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN/ABEn, 1985. v. 1, 236p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Conselhos Regionais**. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/categoria/corens>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Enfermagem em números**. 2019. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 31 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Manual de fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/6590>. Acesso em: 12 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução 185, de 20 de julho de 1995**. Dispõe sobre a Autorização para a execução de tarefas elementares de Enfermagem pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei e estabelece critérios. Brasília, 20 jul. 1995a. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1851995\\_4247.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1851995_4247.html). Acesso em: 12 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução 186, de 20 de julho de 1995**. Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de Enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei. Brasília, DF, 20 jul. 1995b. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995\\_4248.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html). Acesso em: 11 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 374, de 23 de março de 2011.** Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2011b. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3742011\\_6590.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3742011_6590.html). Acesso em: 12 jun. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 421, de 15 de fevereiro de 2012.** Aprova o Regimento Interno do Conselho Federal de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/Res\\_421\\_2012\\_regimentoInterno.pdf](http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/Res_421_2012_regimentoInterno.pdf). Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 448, de 05 de novembro de 2013.** Aprova e adota o Manual de Procedimentos Administrativos para registro e inscrição de profissionais. Brasília, 2013. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04482013-3\\_23054.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04482013-3_23054.html). Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 509, de 15 de março de 2016.** Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Brasília, 2016a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/RES.-COFEN-509-2016.pdf>. Acesso em 20 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 518, de 15 de julho de 2016.** 2016b. Altera o Item XII - "Situações previsíveis e condutas a serem adotadas" do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se "Quadro de Irregularidades e Ilegalidades", anexo da Resolução Cofen nº 374/2011. Brasília, 2016b. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05182016\\_42566.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05182016_42566.html). Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 543, de 18 de abril de 2017.** Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, 2017b. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html). Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017.** Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília, 2017c. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 581, de 11 de julho de 2018.** Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Brasília, 2018. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018\\_64383.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html). Acesso em: 18 ago. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 02 ago. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: CNSS, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (PE). **Coren-PE inaugura nova sede no bairro da Madalena**. Recife, 24 set. 2018. Disponível em: [http://www.coren-pe.gov.br/novo/coren-pe-inaugura-nova-sede-no-bairro-da-madalena\\_14016.html](http://www.coren-pe.gov.br/novo/coren-pe-inaugura-nova-sede-no-bairro-da-madalena_14016.html). Acesso em: 15 mar. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (PE). **Endereço das subseções do COREN – PE**. Recife, 2017a. Disponível em: [http://www.coren-pe.gov.br/novo/endereco-coren-pe-e-horario-de-atendimento\\_7384.html](http://www.coren-pe.gov.br/novo/endereco-coren-pe-e-horario-de-atendimento_7384.html). Acesso em 20 nov. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (PE). **Livro de Posse da Junta Especial – Conselho Federal de Enfermagem**. Recife, 1975. Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco, 1975.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (PE). **O que é Coren?**. Recife, 2017b. Disponível em: <http://www.coren-pe.gov.br/novo/o-que-e-o-coren>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (PE). **Origem da Enfermagem**. Recife, 2017c. Disponível em: <http://www.coren-pe.gov.br/novo/origem-da-enfermagem>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (SP). **Projeto Competências**. São Paulo, 2009. Disponível em: [http://www.corensp.gov.br/drupal6/sites/default/files/Projeto\\_Competencias.pdf](http://www.corensp.gov.br/drupal6/sites/default/files/Projeto_Competencias.pdf). Acesso em: 25 mar. 2019.

COSTA, E. O.; GERMANO, R. M.; MEDEIROS, S. M.. A Fiscalização do Exercício Profissional no Conselho Federal De Enfermagem. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais, v.9, n. 1,p. 208 -212, 2014.

COSTA, R..; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; COSTA, E.; BOCK, L. F.. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 Nov. 2017.

- CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set., 2006.
- DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M.. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 7, n. 2, p. 25-32, 1999.
- DE HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares-debatedor 3. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 32-34, 2016.
- DE OLIVEIRA FURUKAWA, Patrícia; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 106-114, 2011.
- DUARTE, R.. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de pesquisa**, Vol. 115, n. 1, p. 139-54, 2002.
- EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 18-29, Mar. 2015 .
- ENGUITA, Mariano. **A ambiguidade da docência: entre o profissionalismo e a proletarização**. Teoria e educação. Porto Alegre: Pannonica, n. 4, P. 41-61, 1991.
- FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. **Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado**. Mediações, Londrina, v. 16, n. 1, p. 142-156, jan./jun. 2011
- FELDMAN, Liliane Bauer; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Identification of result evaluation criteria for nursing service in hospital accreditation programs. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 540-545, 2006.
- FELLI, V.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT. P. (org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- FERREIRA, A. B. H. Profissão. In: FERREIRA, A. B. H. **Aurélio**: Novo dicionário da Língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.
- FRANZOI, N. L. Profissão. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 328-333.
- FREIDSON, E **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora Unesp; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.
- FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n. 31, p.141-155, jun. 1996.
- FREIRE, P.N. Trajetória: Fatos e Fotos da Pesquisa Perfil da Enfermagem. **Enferm. Foco**. Vol. 7 (ESP), p. 81-86, 2016.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dotación del personal de enfermaria em las instituciones de salud. In: KURCGATN, P. (coord.).

**Gerenciamento em Enfermaria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 123-37.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro et al. Cost of nursing staffing adequacy in a neonatal unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. SPE, p. 1582-1588. São Paulo, 2011.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro et al. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem: implicações para a prática assistencial**. Revista Divulgação em Saúde para Debate, N. 56, P. 126-133, Goiás, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 17 ago. 2017.

FURUKAWA, P. O; CUNHA, I. C. K. O.; Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, Vol. 19, n. 1, 2011.

GALLEGUILLOS, T. G. B., OLIVEIRA, M. A. C.. **A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil**. Rev Esc Enferm USP. São Paulo, 2001;35(1):80-7.

Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, Souza SROS, Machado WCA, Cupello AJ. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu; 2004

GARCIA, C. L. L. M.; MOREIRA, A. A associação brasileira de enfermagem e a criação do conselho profissional no Brasil. **Rev. de Pesq.**: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 97-110, mai/ago. 2009.

GEOVANINI, T.; MOREIRA A.; DORNELLES, S; MACHADO, W. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GERMANO R. M. **Organização da enfermagem brasileira**. Enferm. Foco 2010; 1(1):1-36.

GERMANO, J. W. **Lendo e aprendendo: a Campanha de Pé no Chão**. Editores Associados, 1982.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro, Cortez, 1984. 118 p.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIORDANI, Juliana Neves; BISOGNO, Silvana Bastos Cogo; SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 511-516, 2012.

- GIRARDI, S. N.. Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Formação**, [S.l.], set. 2002. Ensaio no prelo da revista Formação, do Profae/Ministério da Saúde, produzido em setembro de 2002.
- GIRARDI, S. N.; SEIXAS, P. H.. Dilemas da regulação profissional na área de saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Formação**. Vol. 5. p. 30-43, 2002.
- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
- GRECO, Rosangela Maria. Relato de experiência: ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 57, n. 4, p. 504-507, Aug. 2004 .
- HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira et al. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2004. julho 2009]. Disponível em: <http://www.corensp>.
- HIRATA, N. **Profissões e empregabilidade no Brasil**. Campinas: Papitus, 1992.
- HUGUES, E. C. **On work, Race and the Sociological Imagination**. Chicago: The University of Chicago, 1994.
- IBGE. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=33&dados=0>. Acesso em: 13 out. 2017.
- JUNQUEIRA MUYLAERT, Camila et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 2, 2014.
- Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Melo EM, et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do PSF. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33:12-27.
- KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. T. A D. A criação do ensino de enfermagem no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 8, n. 2, 2003.
- KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. T.; MANTOVANI, M. D. F.; PADILHA, M. I. ; AMANTE, L. N.; & Anders, J. C. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 1, 2010.
- Kurcgant P, coordenadora. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 2011.
- KURCGANT, P. Coordenadora. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- LANKSHEAR, Annette J.; SHELDON, Trevor A.; MAYNARD, Alan. Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. **Advances in nursing science**, v. 28, n. 2, p. 163-174, 2005.
- LARSON, M. S. **The rise of professionalism: a sociological analysis**. Berkeley, University of California Press, 1977.

- LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. V.. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n.2, p. 474-480, Abr./Jun. 2013.
- LIMA, G. *et al.* **Manual do técnico e dos auxiliares de enfermagem**. Goiânia: Ed. AB, 1994.
- LIMA, J. C. F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. 2010. 454f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale. Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, III. n.º2. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>> Acesso em 30 set 2017.
- LUZ, M. T.. Medicina e ordem política brasileira. In: **Medicina e ordem política brasileira**. Graal, 1982.
- MACHADO, M H. **Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico**. In: Machado MH. Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p.13-33.
- MACHADO, M. H. et al. (coord.). **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Convênio: Fiocruz/Cofen. Rio de Janeiro: NERHUS, DAPS, Ensp, Fiocruz: COFEN, 2015.
- MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L.S.; OLIVEIRA, E.; Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: BAPTISTA *et al.*. **Políticas, planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa**, 2015.
- MAGALHÃES, Ana Maria Müller de; DALL'AGNOL, Clarice Maria; MARCK, Patricia Beryl. Nursing workload and patient safety-a mixed method study with an ecological restorative approach. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. SPE, p. 146-154, 2013.
- MAGALHÃES, S. S.; RODRIGUES, A. M. M.; GUERREIRO, M. D. G. S; QUEIROZ, M. V. O. ; DA SILVA, L. M. S. ; & DE FREITAS, C. H. A. Expansão do ensino da enfermagem no Brasil: evidências históricas e perspectivas da prática. **Rev. Enferm. em Foco**. 2014.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 244 p
- MAROSO KRAUZER, I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros?. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 21, n. 2, p. 31-38, ago. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370442674004>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- MARTINS SK, KALINOWSKI CE. **Revendo o enfoque educativo no processo de aleitamento materno**. In: Zagonel IPS, Lacerda MR, Lopes MGD, organizadoras. Experiência de enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: subsídios para a sistematização do processo de cuidar em saúde coletiva. Associação Brasileira de Enfermagem – Curitiba: ABEn; 2004

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8-18, jan./abr. 2008.

Massaro M, Chaves LDP. A produção científica sobre o gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica. *Cogitare Enferm* 2009;14(1):150-8.

MAZUR, C. S.; LABRONICI, L.; WOLFF, L. D. G.. Ética e gerência no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2007.

MELO, G. A.; NATIVIDADE, A. S.; NASCIMENTO, R. F. Conselhos de Enfermagem: criação e atribuições do sistema COFEN/COREN. **Revista Científica da FASETE**, p. 260-273, 2015.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T.. **Profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.

MOTT, M. L. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.46-53, mar. 2001.

NERY, I.S.; SANTOS, A.G.; SAMPAIO, M.R.F.B. Dificuldades para a implantação sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. *Enfermagem em Foco*. Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 11-14, Fev. 2013.

NEURAZ, Antoine et al. Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter observational study. **Critical care medicine**, v. 43, n. 8, p. 1587-1594, 2015.

Nogueira RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites críticos da noção de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: Barros AFR, Santana JP, Santos Neto PM, organizadores. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 81-103

NORONEM L, WIDSTROM GC. Professional theoretical paper: towards a paradigm-oriented approach in physical therapy. **Physical therapy Theory and Practice**. Vol. 15, p. 175-84, 1999.

OGUISSO T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2ª ed. Barueri: Manole; 2007.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S.; MOREIRA, A.. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, sup., p. 68-72, mar. 2011.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem**: uma abordagem ético-legal. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

OLIVEIRA MIR, Ferraz NMF. A ABEn na criação, implantação e desenvolvimento dos conselhos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2001; 56 (2): 208-212.

OLIVEIRA, Andrea Carvalho de; GARCIA, Paulo Carlos; NOGUEIRA, Lilia de Souza. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 683-694, 2016.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

PASSOS, E. S.. Bases teóricas da ética profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Vol. 46, n.1, p. 56-62, jan./mar. 1993.

PEREIRA NETO, A. F. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 11, n. 4, p. 600-615, out/dez. 1995.

PEREIRA, F. M.; PEREIRA NETO, A.. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicol. estud.**, Maringá , Vol. 8, n. 2, p. 19-27, Dec. 2003. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722003000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 Nov. 2017.

PEREIRA, Fernanda Martins; PEREIRA NETO, André. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 8, n. 2, p. 19-27, Dec. 2003 . Available from

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722003000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000200003&lng=en&nrm=iso). access on 24 Feb. 2019.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 3, p. 492-499, Sept. 2006 . Available from

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300015&lng=en&nrm=iso). Access em: 02 Feb. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Recife, 2012.

PERSEGONA M. F. M.; OLIVEIRA E.S.; PANTOJA V.J.C. As Características Geopolíticas da Enfermagem Brasileira, **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, V. 1, n. 56, p. 16-18, DEZ 2016.

PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Profissões de saúde: a formação em questão. **Cadernos RH saúde**. Vol. 1, n. 3, Texto produzido para a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, set. 1993.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em Saúde: da teoria à prática. In: Barros AFR, organizador. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PINHEIRO, P. P. C.; PARREIRAS, N. S. **Esclarecimentos sobre a autarquia COFEN/CORENS**. 2011. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4164>. Acesso em: 01 ago. 2017.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-44, set-out. 2009.

PIRES, D.; KRUSE, H.; SILVA, E.. A enfermagem e produção do conhecimento. **J. Assoc Bras Enferm**, p. 14-5, 2006.

PIRES, D.; SILVA, R. V. O papel dos conselhos. **Informativo COREN/SC**, Santa Catarina, ano. 1, n. 1, abr. 2009. Disponível em:[http://www.corensc.gov.br/joomla/images/stories/file/Informativo\\_01.pdf](http://www.corensc.gov.br/joomla/images/stories/file/Informativo_01.pdf). Acesso em: 12 outubro 2017.

RIEGEL, F.. **Saberes de docentes de um curso de graduação em enfermagem e as implicações das políticas públicas de saúde e educação**. 2008.

ROCHA, M. E. M. O.; NUNES, B. M. V. T.. Expansão dos cursos de graduação em Enfermagem: estudo no Piauí. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Vol. 66, n. 3, 2013.

ROSENSTOCK, K. I. V.; SOARES, M. J. G. O. ; DOS SANTOS, S. R.; FERREIRA, A. S. M. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2011.

SANTOS FILHO L. **História da medicina no Brasil** (do século XVI ao século XIX). São Paulo: Brasiliense; 1947.

SANTOS NETO, P. M. O Processo de Profissionalização Médica em Pernambuco. Um Estudo sobre a Categoria Médica Pernambucana, sua Organização, seus Interesses. Dissertação de Mestrado, ENSP/Fiocruz – RJ, Rio de Janeiro, 1993.

SANTOS, Jackeline Cristiane. Administração em enfermagem: como lidar com dificuldades no exercício gerencial/ Jackeline Cristiane Santos – São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2018.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, R. S. Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol. 20, n. 4, p. 744-52, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/15.pdf>. Acesso em: 17 out. 2017.

SCHRAIBER LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*. 1995; 29(1):63-74.

SECAF, V.; COSTA, H. C. B.V. A. *Enfermeiras do Brasil: história das pioneiras*. São Paulo: Martinari, 2007.

SENA, R. R.; SILVA, K. L. Izabel dos Santos ea formação de profissionais de enfermagem: capacidade de transformar o impossível em política pública. **Rev Min Enferm**, v. 15, n. 1, p. 9-10, 2011.

Sherman RO, Bishop M, Eggenberger T, Karden R. Development of a leadership competency model. *JONA*. 2007;37(2):8594.

SILVA, VEF da. Manuais de enfermagem. **Kurcgant P, organizadora. Administração em enfermagem. São Paulo (SP): EPU**, p. 59-72, 1991.

SILVA, Graciette Borges da. Enfermagem profissional: análise crítica. In: **Enfermagem profissional: análise crítica**. Cortez, 1986.

SILVEIRA L. R.; RAMOS, S. R. F.. Os maiores desafios e dificuldades para realizar o trabalho de fiscal do COREN/SC. **Enferm. Foco**. Vol. 5, n. 1 e 2, p 33-36, 2014.

SILVEIRA, L. R.. Conflitos éticos e desafios no trabalho de enfermeiros fiscais do COREN/SC [**dissertação**]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.

SMALL, M. L. How to conduct a mixed methods study: Recent trends in rapidly growing literature. **Annual Review Sociology**, Vol. 37, p. 57–86, 2011

SOARES, M. T. A. M. *et al.*. Regulação do Trabalho em Saúde. **Cadernos RH saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 188, mar. 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf). Acesso em: 17 out 2017.

SOARES, Mirelle Inácio et al . Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 47-53, Mar. 2015 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100047&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047&lng=en&nrm=iso). Access em: 22 Fev. 2019.

SPINK, M. J. P. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, ano 5, n. 10, p. 24-43, jul. 1985.

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

STAKE, R.E. **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 1994.

STEIN BACKES, Dirce et al. Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, 2008.

TAKAHASHI, Alda Akie et al . Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 32-38, Mar. 2008 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100005&lng=en&nrm=iso). access on 22 Feb. 2019.

TEIXEIRA E. ; VALE E. G. ; FERNANDES, J. D. ; SORDI, M. R. L. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 59, n. 4, p. 479-487, Aug. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15 jul. 2017.

TEIXEIRA, E. M. R.; LINS, L. C. S.; LIRA, I. V. *Apreciação Crítica da Profissão de Enfermagem: seu dilema e sua crise existencial*. Recife: Editora Rodovalho, 1988.

TOBAR, F.; YALOUR, M. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TORRES, Érica et al . Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 730-736, Dec. 2011 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400011&lng=en&nrm=iso). access on 22 Feb. 2019.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

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

Vigna CP, Perroca MG. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(1):8-12.

WILENSKY, H L. The professionalization of everyone? **The American Journal of Sociology**, Vol. 70, p. 137-58, 1964.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A universal truth: no health without a workforce. Genebra, 2013. Disponível em: [http://www.who.int/workforcealliance/Knowledge/resources/GHWA-a\\_universal\\_truth\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/Knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1). Acesso em: 10 jan, 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ANÁLISE DO ESTUDO DOCUMENTAL**

<b>ANO</b>	<b>FONTE</b>	<b>REFERÊNCIA</b>	<b>TEXTO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>

**Quadro 6 – Quadro de Roteiro para Análise do Estudo Documental**  
Fonte: Autora (2017)

## **APENDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTAS**

### **Questões norteadoras da entrevista com informantes considerados “chaves” na profissionalização da Enfermagem em Pernambuco**

1. A qual entidade você pertence?
2. Como se deu o processo de criação da sua entidade?
3. Concorde que a obtenção de um diploma profissional é elemento suficiente para a constituição de uma profissão e para que ela seja reconhecida pelo Estado?
4. Nos últimos anos se observou no Brasil a expansão sem precedentes da oferta de cursos de graduação em saúde. Qual o impacto na sua categoria profissional dessa expansão?
5. Considera que o reconhecimento legal do exercício profissional é suficiente para que a profissão conquiste sua autonomia e o monopólio no mercado de trabalho?
6. Em sua opinião, quais os conflitos mais importantes da sua categoria com as demais profissões de saúde no que se refere ao exercício profissional e os limites de atuação?
7. A sua entidade tem feito algo para lidar com esses conflitos?
8. Considera que a estrutura atual das corporações dividida entre conselhos profissionais, sindicatos e entidades técnico-científicas conforma e atende as necessidades reais de sua categoria? Você mudaria nessa estrutura? Fale sobre o assunto.
9. Como você considera a atuação do Conselho profissional da sua categoria quanto a sua atribuição, influência e contribuição na profissão? E da entidade a qual pertence?
10. A evolução do conhecimento fez surgir várias áreas especializadas, provocando a criação de especialidades e subespecialidades nas profissões. Como avalia esse movimento na sua categoria?

### **Questões norteadoras da entrevista com informante considerado “chave” na História do Coren/PE**

1. Quem foi o primeiro funcionário do Coren/PE?
2. Quem o foi o primeiro fiscal do Coren/PE?
3. Onde se localizava a primeira sede do Coren/PE?
4. Quais as dificuldades estruturais enfrentadas pelo Coren/PE no início da sua formação?
5. Em termos de funcionamento, como você descreve o Coren/PE quando iniciou?
6. Gostaria de acrescentar algum fato importante referente à história do Conselho?

### **Questões norteadoras da entrevista com Enfermeiros Fiscais do COREN/PE**

1. O que motivou a ser fiscal?
2. Quais os serviços que atuou antes de ser fiscal?
3. Quais são as irregularidades constatadas durante a fiscalização mais comuns nos serviços de saúde?
4. Como você descreve, em seu cotidiano de trabalho, suas relações com os profissionais de enfermagem e os gestores de saúde?
5. Como se dá por parte dos Coordenadores/Rts o envio dos documentos relacionados à organização do serviço de enfermagem, solicitados durante fiscalização? Eles contemplam o solicitado?
6. Como você descreve a atuação dos Enfermeiros responsáveis técnicos pelos serviços de enfermagem que você tem/teve contato?
7. Quais são os maiores desafios ou dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros fiscais para que os objetivos da fiscalização sejam alcançados?
8. Quais as contribuições da atuação do COREN/PE para o exercício da profissão e assistência à saúde dos cidadãos?
9. No que se refere à organização e profissionalização da enfermagem, como você analisa a atuação do COREN/PE?
10. Como você descreve a visão dos enfermeiros em relação ao Conselho?

11. Como você relata o entendimento dos enfermeiros sobre o papel dos Conselhos de Enfermagem?

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a),

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**ORGANIZAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE SOB O ENFOQUE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO DA CATEGORIA EM PERNAMBUCO**” desenvolvida pela Mda Joane Gonçalves Veras, sob orientação do pesquisador Drº Pedro Miguel dos Santos Neto, vinculado ao Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães (IAM).

A pesquisa tem **como objetivo geral: identificar** as contribuições da atuação do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco para o exercício da profissão e assistência à saúde dos cidadãos. E tem **como específicos: descrever** a história do Conselho Regional de Enfermagem; **conhecer** as principais irregularidades de enfermagem nos serviços de saúde notificadas pelo Conselho; **analisar** o papel dos Conselhos na organização e profissionalização da enfermagem; **propor** ao Conselho Regional de Enfermagem um curso de formação para Coordenadores/Responsáveis Técnicos pelo serviço de Enfermagem. Você foi selecionado(a), pois representa um sujeito fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, considerando sua inserção na organização da qual faz parte, porém sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda com a Fiocruz /PE ou com o serviço ao qual representa.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar participar de entrevista onde buscaremos discutir e refletir sobre a atuação do COREN/PE. O risco da sua participação é o de constrangimento, devido ao fato de se discutir questões referentes às relações de trabalho que envolve conflitos. Porém, os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos, considerando a escassez de conhecimento sobre a atuação dos Conselhos de profissão, além da contribuição acadêmica.

As entrevistas serão gravadas em equipamento digital e posteriormente transcritas, a fim de serem analisadas pela pesquisadora. É importante ressaltar que lhe serão garantidos os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, uma cópia deste termo de consentimento será fornecida ao Sr(a) e a outra ficará em posse da pesquisadora. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora Joane Veras ou com o seu orientador Pedro Miguel dos Santos Neto pelo telefone (81) 2101-2500, e-mail: [joaneveras@gmail.com](mailto:joaneveras@gmail.com) ou no endereço do CPqAM.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Nome e Assinatura do Participante:

\_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do Entrevistador:

\_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

## APÊNDICE D – PROJETO DE INTERVENÇÃO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

JOANE GONÇALVES VERAS

PROJETO DE INTERVENÇÃO AO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM  
DE PERNAMBUCO – PROPOSTA DE CURSO DE FORMAÇÃO PARA  
ENFERMEIROS COORDENADORES/ RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DOS  
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

RECIFE  
2019

JOANE GONÇALVES VERAS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM  
DE PERNAMBUCO – PROPOSTA DE CURSO DE FORMAÇÃO PARA  
ENFERMEIROS COORDENADORES/ RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DOS  
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM**

Projeto de intervenção como contribuição ao Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional a ser apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz.

RECIFE  
2019

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a área de saúde brasileira compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca 50% atuam na enfermagem (cerca de 1,7 milhão), que congrega entre Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem mais de um milhão e oitocentos mil trabalhadores, constituindo 50% da força de trabalho que atua no setor da saúde (FIOCRUZ, 2015).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2019), há 2.141.883 profissionais de enfermagem inscritos ativos no Sistema COFEN – Conselhos Regionais de Enfermagem, o que faz deste, como afirmam Persegona, Oliveira e Pantoja (2016) em seus estudos sobre as características geopolíticas da enfermagem brasileira, o maior conselho de classe do Brasil.

O conselho regional de Pernambuco, que tem sua sede em Recife e conta com cinco subseções (COREN/PE, 2017). Atualmente, o COREN/PE regula o exercício de 100.678 profissionais inscritos, destes 23.251 são enfermeiros (COFEN, 2019). Este quantitativo de profissionais de enfermagem tende a aumentar em todo o País, devido à notória expansão do número de escolas de formação de recursos humanos na área. Isto implicará em maior volume de trabalho para o COFEN e para os Conselhos Regionais, especialmente para estes últimos, que terão de incrementar seus serviços de fiscalização para exercer sua finalidade estatal, prevista em lei, com competência e eficiência (BRASIL, 2011a).

Em um estudo realizado no Brasil pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo com enfermeiras responsáveis por serviços de saúde, foi estabelecida a necessidade das seguintes competências: liderança, comunicação, tomada de decisão, negociação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, visão sistêmica, planejamento e organização (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

É importante destacar que os direitos no campo da saúde constantemente chegam aos usuários através da atuação da Enfermagem nos serviços de saúde, refletindo a responsabilidade e compromisso em protegê-los de erros e negligências, quaisquer que sejam a sua origem. Todavia, reconhecendo que a qualidade da assistência depende de vários fatores de ordem social, econômica, política, cultural,

entre outras esferas da vida, e neste cenário em que se encontram profissionais e usuários, a fiscalização realizada pelo Conselho de Enfermagem contribui na construção da cidadania e na qualidade da assistência (COSTA; GERMANO; MEDEIROS, 2014).

Nesse contexto, os fiscais do Conselho ainda têm dificuldades para atingir os objetivos do seu trabalho, de acordo com Silveira e Ramos (2014), em seu estudo sobre os maiores desafios e dificuldades para realizar o trabalho de fiscal do COREN/SC, os fiscais revelaram como um dos maiores desafios a falta de melhor conhecimento da legislação do exercício profissional, código de ética, resoluções e decisões emanadas do Sistema COFEN/CORENs, por parte dos profissionais de enfermagem.

Atrelado a isto, através da minha atuação como fiscal no COREN/PE, que se soma há quase três anos, pude constatar que os profissionais de enfermagem, especialmente os Coordenadores e/ou Responsáveis Técnicos pelo serviço de enfermagem, apresentam certas dificuldades no envio de alguns documentos solicitados durante ato fiscalizatório, e atribuem estas à falta de conhecimento na elaboração de instrumentos institucionais normativos como: regimento interno, manual de normas e rotinas, protocolos operacionais padrão, cálculo de dimensionamento de pessoal e impressos para realização da sistematização da assistência de enfermagem.

Nesse sentido, cabe destacar a regulação da formação, da qualificação profissional, da educação permanente, do trabalho e do exercício profissional, enfatizando a importância do envolvimento do sistema educacional, das corporações e associações profissionais, do sistema de saúde e da sociedade (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Desta forma, considerando a minha inserção no COREN PE e as experiências resultantes das práticas de fiscalização, pretende-se com o plano de intervenção fruto da pesquisa: "Organização da Enfermagem em Pernambuco a partir da atuação do Conselho da categoria", propor o curso de formação para os Enfermeiros Coordenadores/Responsáveis Técnicos pelo serviço de enfermagem, vislumbrando uma melhor orientação e apoio na organização dos serviços, contribuindo ainda para melhor resposta aos esforços da fiscalização por parte do Conselho Profissional e valorização do profissional de enfermagem no âmbito das instituições de saúde.

## **2. Objetivo Geral:**

Propor ao Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco um curso de formação para Enfermeiros Coordenadores/ Responsáveis Técnicos dos serviços de enfermagem.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- a) Divulgar os resultados do estudo à Diretoria através do Departamento de Fiscalização e aos profissionais por meio do Conselho Regional de Enfermagem;
- b) Apresentar proposta de curso de formação de Coordenadores/Responsáveis Técnicos dos serviços de Enfermagem ao Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco;
- c) Desenvolver o curso de formação de Coordenadores/Responsáveis Técnicos dos serviços de Enfermagem através do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O Serviço de Enfermagem é parte integrante da estrutura organizacional, formal ou informal, da instituição. É constituído por recursos humanos de Enfermagem, tendo por finalidade a realização de ações de cuidados assistenciais diretos de enfermagem ao indivíduo, família ou comunidade, seja na área hospitalar, ambulatorial ou da promoção e prevenção de saúde, ou ainda, as ações de enfermagem de natureza em outras áreas técnicas, tais como: Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Programa de Limpeza e Higienização, Auditoria, Equipamentos, Materiais e Insumos Médico-hospitalares, Consultoria e Ensino (BRASIL, 2016a).

A Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) pelo Serviço de Enfermagem é um ato administrativo decorrente do poder de polícia vinculado no qual o Conselho Regional de Enfermagem, na qualidade de órgão fiscalizador do exercício profissional, concede, a partir do preenchimento de requisitos legais, licença ao enfermeiro Responsável Técnico para atuar como liame entre o Serviço de Enfermagem da empresa/instituição e o Conselho Regional de Enfermagem, no intuito de facilitar o exercício da atividade fiscalizatória em relação aos profissionais de Enfermagem que nela executam suas atividades, bem como promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de enfermagem em seus aspectos técnico, ético, e seguro para a sociedade e profissionais de enfermagem (BRASIL, 2016a).

A enfermagem confirma o compromisso com o cuidado do ser humano, porque expõe suas debilidades e fortalezas ao trabalhar com a diversidade dos sujeitos, situações de cuidado, tecnologia e recursos humanos e materiais. Os embates do cotidiano da prática, as situações conflitantes e os dilemas acompanham o profissional, haja vista que os problemas da prática não são só técnicos, mas também éticos, sociais, econômicos e políticos (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

Considerando o disposto no artigo 11, inciso I, alíneas "a", "b" e "c", da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o artigo 8º, inciso I, alíneas "a", "b" e "c", do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987:

"Art.11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem" (BRASIL, 1986; 1987)

Sendo assim, conforme o artigo 2º, inciso IV da Resolução COFEN nº 509/2016, que atualiza a norma técnica para anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e define as atribuições do enfermeiro responsável técnico, tem-se que:

"IV – Enfermeiro Responsável Técnico (ERT): profissional de Enfermagem de nível superior, nos termos da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem, a ART" (BRASIL, 2016a).

Com relação ao contexto assistencial, especialmente no âmbito hospitalar, os profissionais de enfermagem constituem sua maior força de trabalho. No entanto, desempenham atividades frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas; rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos; dimensionamento qualitativo e quantitativo de pessoal insuficiente, situações de exercício profissional que têm suscitado desmotivação de profissionais e elevado absenteísmo (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007).

Nesse contexto, a presença do Responsável Técnico pelo serviço de Enfermagem se faz indispensável, tendo em vista as suas atribuições, conforme artigo 10º da Resolução COFEN nº 509/2016, no qual se destacam:

"Art. 10º São atribuições do enfermeiro RT: [...].

III – Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do Cofen informando, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem;

IV – Informar, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição/ensino e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação da Enfermagem; [...].

VIII – Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros; [...].

XIV – Responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente” (BRASIL, 2016a).

Essas atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico demonstram sua importância na organização do serviço de enfermagem, bem como nas ações de proteção à sociedade, tendo em vista que atualmente os serviços de enfermagem, como parte dos serviços de saúde, têm incorporado ferramentas de gestão e estratégias em busca da qualidade.

No processo de trabalho gerencial, os objetos de trabalho do enfermeiro são a organização do trabalho e dos recursos humanos de enfermagem. Para a execução desse processo é utilizado um conjunto de instrumentos como o planejamento, o dimensionamento do pessoal, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação, dentre outros (KURCGANT, 2010).

É indispensável informar que no ato da visita de fiscalização, os Enfermeiros fiscais emitem relatórios e notificações que são direcionadas aos Enfermeiros Coordenadores dos serviços de Enfermagem, e também aos gestores das Unidades fiscalizadas, devendo esses primeiros, atenderem às determinações do Conselho, consoante o que determina o código de ética de enfermagem. Considerando a pesquisa: “Organização da Enfermagem em Pernambuco a partir da atuação do Conselho da categoria”, destacam-se as principais irregularidades mais notificadas pelo Coren/PE durante o período de 2015 a 2017, como sendo as seguintes:

- Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de enfermagem;
- Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do Serviço de Enfermagem (Escala do serviço, Regimento Interno, Manual de Normas e Rotinas, Protocolos Operacionais);
- Profissional(s) de Enfermagem que não executa(m) o Processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas;
- Inexistência, desatualização ou inadequação do cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem.

Logo, observou-se que todas estas, estão intimamente ligadas à atuação do Enfermeiro Coordenador que é o Responsável Técnico pelo Serviço de Enfermagem. No que se refere a este cargo, que é privativo do Enfermeiro, é importante destacar o que diz o inciso I do artigo 11 da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, que aborda as atribuições privativas do Enfermeiro, no âmbito da Administração: direção e chefia de órgãos, unidades e serviços de Enfermagem; organização e direção das atividades técnicas e auxiliares exercidas em empresas prestadoras de serviço de enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços e assistência de Enfermagem; “consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem” (alínea h). Atentando principalmente, para as atribuições do Responsável Técnico dispostas no artigo 10 da Resolução Cofen nº: 509/2016. Logo, espera-se deste, que ele seja dotado de competência para tais atividades.

Para Humerez (2016) a formação do enfermeiro exige competência técnica, relacional e gerencial, esta última, porque determina o controle da equipe de enfermagem. Considera ainda que a enfermagem não produz bens a serem comercializados, mas serviços utilizados no instante da produção, ou no decorrer da assistência, sendo o cuidado ao ser humano o seu objeto de trabalho.

Há décadas a gerência em enfermagem vem assumindo fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe de saúde e na organização do trabalho da enfermagem nos diferentes serviços de saúde, com destaque para o âmbito hospitalar.

O exercício da enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se ainda em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Sendo, o cuidar e o gerenciar os processos mais evidenciados na atuação do enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006).

Por conseguinte, entende-se que não basta apenas que o Enfermeiro tenha suas atribuições estabelecidas legalmente, ele necessita dispor de uma formação profissional que corresponda às demandas gerenciais existentes em seu trabalho, uma vez que essas responsabilidades ultrapassam a assistência, pois abrangem a administração de recursos humanos, a estruturação e a organização do trabalho (GIORDINI; BISOGNO; SILVA, 2012).

Segundo Kurcgant (2011) estudos revelam que a concepção de gerenciamento na enfermagem está diretamente ligada às ações de organização, planejamento, definição de recursos e supervisão. Para Felli e Peduzzi (2005) essas atribuições e responsabilidades do enfermeiro são de extrema relevância para a qualificação da assistência aos usuários.

Assim, o gerente de enfermagem assume importante papel nas instituições de saúde, principalmente no âmbito hospitalar, visto ser o responsável pela gestão dos serviços de Enfermagem e por tomar medidas que integrem as áreas administrativas, assistenciais e de ensino/pesquisa, visando o atendimento de qualidade. As exigências quanto à sua atuação têm incluído, além do gerenciamento em enfermagem, o conhecimento e a interação com todo o ambiente organizacional, permitindo sua maior contribuição no êxito da instituição (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

## **4 MÉTODO**

A proposta de intervenção de que trata este projeto será realizada seguindo as etapas apresentadas neste capítulo.

### **4.1 Cenário da intervenção**

Com 98.311 km<sup>2</sup>, Pernambuco localiza-se no centro leste da Região Nordeste. O estado tem sua costa banhada pelo Oceano Atlântico e faz limite com a Paraíba, Ceará, Alagoas, Bahia e Piauí. Também faz parte do território pernambucano, O arquipélago de Fernando de Noronha, a 545 km da costa, também faz parte do território Pernambucano. É formado por 185 municípios e possui 8.796.032 habitantes: tem a cidade do Recife como sua capital (PERNAMBUCO, 2017).

A organização territorial da saúde em Pernambuco está conformada, na lógica da regionalização, a partir de 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), 04 macrorregiões e 11 microrregiões de saúde (PERNAMBUCO, 2012).

No Departamento de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco - COREN/PE, as Instituições de saúde a serem visitadas são distribuídas entre os fiscais por GERES (regiões de saúde), considerando a localização geográfica das mesmas e a lotação destes no COREN PE.

### **4.2 Sujeitos envolvidos**

Profissionais especialistas indicados pelo Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco e Enfermeiros que atuam como Coordenadores do serviço de enfermagem nas instituições de Saúde do estado.

### **4.3 Estratégias**

Apresentar os resultados a gestão do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco - COREN/PE e formar um grupo de trabalho que contemple fiscais representantes de todas as GERES do estado. O roteiro desses encontros será definido a partir das demandas relacionadas às dificuldades dos Enfermeiros em coordenar os serviços nos quais são responsáveis, além de considerar as irregularidades mais notificadas pelo COREN/PE, conforme pesquisa realizada. As discussões serão direcionadas para as temáticas referentes ao exercício profissional e às notificações realizadas pelo Conselho. Para realização de todas as etapas será necessária a colaboração do Departamento de fiscalização do COREN/PE e da gestão do Conselho, além do apoio técnico da rede pública e privada onde atuam os enfermeiros, no sentido de liberação e incentivo desses profissionais.

### **4.4 Recursos utilizados**

O curso ocorrerá em local apropriado definido pelo Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco, e serão necessários recursos de mídia e áudio visual. Para a condução da formação será necessário o apoio da gestão do Conselho disponibilizando facilitadores para auxiliarem a pesquisadora. Sugere-se que o curso seja realizado duas vezes ao ano, nos meses de janeiro e julho, durante pelo menos quatro dias nos períodos da manhã e da tarde.

## **5 RESULTADOS ESPERADOS**

Com realização ao curso de formação para os Enfermeiros Coordenadores/Responsáveis Técnicos pelo serviço de enfermagem, espera-se o envolvimento dos sujeitos para melhoria do processo de trabalho de ambos, bem como o fortalecimento do vínculo entre o Conselho e seus profissionais, contribuindo para uma melhor orientação e apoio na organização dos serviços de enfermagem, propiciando uma melhor resposta aos esforços da fiscalização por parte do Conselho Profissional e valorização do profissional de enfermagem no âmbito das instituições de saúde.

## **6 AVALIAÇÃO**

A avaliação será realizada rotineiramente após retorno dos fiscais as Instituições de Saúde nas quais o Enfermeiro Coordenador/Responsável Técnico pelo serviço de enfermagem, tenha se submetido ao curso de formação através do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco – COREN/PE. Sendo as observações sobre as irregularidades encontradas, registradas em relatório de fiscalização pelos fiscais, para posterior discussão nas reuniões de rotina do Departamento de Fiscalização, devendo estas, serem formalmente apresentadas à Gestão do COREN/PE e divulgadas pela pesquisadora.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho federal de enfermagem-COFEN. **Manual de fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais**. 2011. . Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/6590>>. Acesso em: 12 jun. 2017.
- BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html). Acesso em: 21 agosto 2017.
- BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 15 junho 2017.
- BRASIL. **Resolução COFEN nº 509, de 15 de março de 2016**. 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. 2016a. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/RES.-COFEN-509-2016.pdf>>. Acesso em 20 novembro 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Enfermagem em números**. 2019. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 31 mar. 2019.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO – COREN/PE. **Endereço das subseções do COREN – PE**. 2017. Disponível em: <[http://www.coren-pe.gov.br/novo/endereco-coren-pe-e-horario-de-atendimento\\_7384.html](http://www.coren-pe.gov.br/novo/endereco-coren-pe-e-horario-de-atendimento_7384.html)>. Acesso em 20 nov. 2017.
- COSTA, E. O.; GERMANO, R. M.; MEDEIROS, S. M.. A Fiscalização do Exercício Profissional no Conselho Federal De Enfermagem. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais, v.9, n. 1,p. 208 -212, 2014.
- DE HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho. ASPECTOS GERAIS DA FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM: O PERFIL DA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS TÉCNICOS E AUXILIARES-DEBATEDOR 3. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 32-34, 2016
- Felli VE, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil**. 2015. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O.; Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, Vol. 19, n. 1, 2011.

GIORDANI, Juliana Neves; BISOGNO, Silvana Bastos Cogo; SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 4, p. 511-516, 2012 .

Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 2011.

KURCGANT, P. Coordenadora. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MAZUR, C. S.; LABRONICI, L.; WOLFF, L. D. G.. Ética e gerência no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2007.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 3, p. 492-499, Sept. 2006 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300015&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Feb. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Recife, 2012.

PERSEGONA M. F. M.; OLIVEIRA E.S.; PANTOJA V.J.C. As Características Geopolíticas da Enfermagem Brasileira, **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, V. 1, n. 56, p. 16-18, DEZ 2016.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em Saúde: da teoria à prática. In: Barros AFR, organizador. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, R. S. Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol. 20, n. 4, p. 744-52, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/15.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.

## ANEXO I – RESOLUÇÃO COFEN Nº: 581/2018 E ANEXO



**cofen**  
conselho federal de enfermagem

Filiado ao conselho internacional de enfermagem - genebra

### RESOLUÇÃO COFEN Nº 0581/2018

*Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós - Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.*

O CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº421 de 15 de fevereiro de 2012,

**CONSIDERANDO** a Lei Federal nº 7.498, de 28 de junho de 1986, que em seu art. 11, explicita as atividades privativas do Enfermeiro e o desempenho de suas funções;

**CONSIDERANDO** que se impõe à qualificação do Enfermeiro bases acadêmicas firmadas em critérios técnicos e científicos;

**CONSIDERANDO** o Decreto Federal nº 94.406/1987 que regulamenta a Lei nº 7.498/1986;

**CONSIDERANDO** o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

**CONSIDERANDO** a Resolução CNE/CES nº 01/2001, que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação;

**CONSIDERANDO** a necessidade de atualizar os procedimentos para registro de títulos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem;

**CONSIDERANDO** que compete ao Cofen manter atualizado o registro cadastral de seus profissionais inscritos, e que tais assentamentos devem retratar o perfil da população de Enfermeiros a fim de estabelecer políticas de qualificação para o exercício profissional;

**CONSIDERANDO** que cabe ao Cofen o registro de Associações e Sociedades que venham a emitir títulos de especialistas;

**CONSIDERANDO** tudo o mais que consta nos autos do Processo Administrativo Cofen nº 851/2014 e a deliberação do Plenário em sua 500ª Reunião Ordinária,

### RESOLVE:

**Art. 1º** O Enfermeiro deverá, obrigatoriamente, promover o registro de seus títulos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, este último na modalidade profissionalizante, no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

SCLN, Qd. 304, Bloco E, Lote 09 -Asa Norte - Brasília - DF  
CEP: 70.736-550 - Tel.: (61) 3329-5800  
Home Page: [www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br)



## ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 0581/2018

### ESPECIALIDADES DO ENFERMEIRO POR ÁREA DE ABRANGÊNCIA

**ÁREA I - Saúde Coletiva; Saúde da Criança e do adolescente; Saúde do Adulto (Saúde do homem e Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Urgências e Emergências)**

- 1) Enfermagem Aeroespacial
- 2) Enfermagem Aquaviária
- 3) Enfermagem em Acesso Vascular e Terapia Infusional
- 4) Assistência de Enfermagem em Anestesiologia
- 5) Enfermagem em Assistência Domiciliária
  - a. Home Care
- 6) Enfermagem em Captação, Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos
- 7) Enfermagem em Cardiologia
  - a. Hemodinâmica
  - b. Perfusionista
- 8) Enfermagem em Central de Material e Esterilização
- 9) Enfermagem em Centro Cirúrgico
  - a. Recuperação Pós-anestésica
- 10) Enfermagem em Cuidados Paliativos
- 11) Enfermagem Dermatológica
  - a. Feridas
  - b. Queimados
  - c. Podiatria
- 12) Enfermagem em Diagnóstico por Imagens
  - a. Endoscopia digestiva
  - b. Radiologia e Imaginologia
- 13) Enfermagem em Doenças Infecciosas e parasitárias
  - a. Doenças tropicais



- 14) Enfermagem em Endocrinologia
- 15) Enfermagem em Estética
- 16) Enfermagem em Estomaterapia
- 17) Enfermagem em Farmacologia
- 18) Enfermagem Forense
- 19) Enfermagem em Genética e Genômica
  - a. Reprodução Humana Assistida
- 20) Enfermagem em Hematologia
- 21) Enfermagem em Hemoterapia
- 22) Enfermagem Hiperbárica
- 23) Enfermagem no Manejo da Dor
- 24) Enfermagem em Nefrologia
- 25) Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia
- 26) Enfermagem Offshore
- 27) Enfermagem em Oftalmologia
- 28) Enfermagem em Oncologia
  - a. Oncologia Pediátrica
- 29) Enfermagem em Otorrinolaringologia
- 30) Enfermagem em Práticas Integrativas e Complementares
  - a. Fitoterapia
  - b. Homeopatia
  - c. Ortomolecular
  - d. Terapia Floral
  - e. Reflexologia Podal
  - f. Reiki
  - g. Yoga
  - h. Toque Terapêutico
  - i. Musicoterapia
  - j. Cromoterapia
  - l. Hipnose



m. Acupuntura

31) Enfermagem em Prevenção e Controle de Infecção hospitalar

32) Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente

a. Aleitamento Materno

b. Neonatologia

c. Pediatria

d. Hepiatria

e. Saúde escolar

33) Enfermagem em Saúde Coletiva

a. Saúde da Família e Comunidade

b. Saúde Pública

c. Saúde Ambiental

d. Pneumologia Sanitária

34) Enfermagem em Saúde da Mulher

a. Ginecologia

b. Obstetria

35) Enfermagem em Saúde do Adulto

a. Clínica Médica

b. Clínica Cirúrgica

36) Enfermagem em Saúde do Homem

37) Enfermagem em Saúde do Idoso

a. Geriatria

b. Gerontologia

38) Enfermagem em Saúde do Trabalhador a. Saúde Ocupacional

39) Enfermagem em Saúde Indígena

40) Enfermagem em Saúde Mental

a. Enfermagem psiquiátrica

41) Enfermagem em Sexologia Humana

42) Enfermagem em Sistematização da Assistência da Enfermagem-SAE

43) Enfermagem em Terapia Intensiva



- a. Adulto
- b. Cardiológica
- c. Neurológica
- d. Pediátrica
- e. Neonatologia
- 44) Enfermagem em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica
  - a. Alimentação e Nutrição na Atenção Básica
  - b. Nutrição Enteral e Parenteral
- 45) Enfermagem em Traumato-ortopedia
- 46) Enfermagem em Urgência e Emergência
  - a. Atendimento Pré-hospitalar
  - b. Suporte Básico de Vida
  - c. Suporte Avançado de Vida
- 47) Enfermagem em Urologia
- 48) Enfermagem em Vigilância
  - a. Sanitária
  - b. Epidemiológica
  - c. Ambiental

#### ÁREA II – Gestão

- 1) Direito Sanitário
- 2) Economia da Saúde
  - a. Gestão de Projetos de Investimentos
- 3) Enfermagem em Auditoria
- 4) Enfermagem em Gerenciamento 1 Gestão
  - a. Administração hospitalar
  - b. Gestão de saúde
  - c. Gestão de enfermagem
  - d. Gestão em Home Care



- e. Gestão da Estratégia de Saúde da Família
- f. Gestão Empresarial
- g. Gerenciamento de Serviços de Saúde
- h. Gestão da Qualidade em Saúde
- i. Gestão de Redes de Atenção à Saúde
- j. Gestão da Atenção Básica
- k. Gestão de Urgências e Emergências
- l. Gestão do Resíduos de Serviços de Saúde
- m. Gestão em Hotelaria Hospitalar
- n. Gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição
- o. Gestão de Avaliação e Controle em Saúde
- p. Acreditação Hospitalar
- 5) Enfermagem em Informática em Saúde
  - a. Sistema de Informação
- 6) Políticas Públicas

### **ÁREA III - Ensino e pesquisa**

- 1) Bioética
- 2) Educação em Enfermagem
  - a. Metodologia do Ensino Superior
  - b. Metodologia da Pesquisa Científica
  - c. Docência do Ensino Superior
  - d. Projetos Assistenciais de Enfermagem
  - e. Docência para Educação Profissional
  - f. Docência em Ciências da Saúde
- 3) Educação Permanente e Continuada em Saúde
- 4) Enfermagem
- 5) Enfermagem em Pesquisa Clínica
- 6) Ética

## ANEXO II – Carta de Autorização/Anuência



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO  
Cidade: Recife, Lei nº 5.985/73

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA

Eu, **MARCELEIDE CORREIA E SA CAVALCANTI**, Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa sobre a atuação desse Conselho, que tem como título: "Organização e profissionalização da enfermagem: uma análise sob o enfoque da atuação do Conselho da categoria em Pernambuco", sob a responsabilidade da pesquisadora **Joane Gonçalves Veras**, no Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador o uso do espaço físico e documentos para análise.

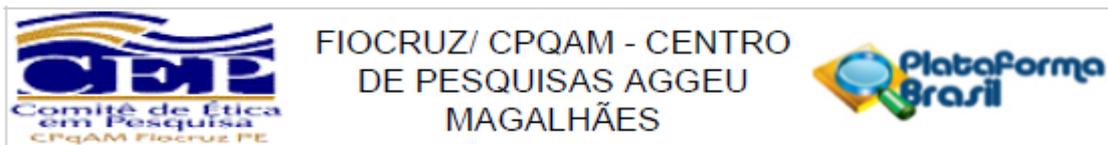
Atenciosamente,

Recife - PE, 03 de abril de 2018.

*Marcelleide Correia e Sa Cavalcanti*

Dra. Marcelleide Correia e Sa Cavalcanti  
Presidente do COREN-PE

## ANEXO III – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ORGANIZAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE SOB O ENFOQUE DA ATUAÇÃO DO CONSELHO DA CATEGORIA EM PERNAMBUCO.

**Pesquisador:** JOANE GONCALVES VERAS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 88317518.0.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.668.439

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Mestrado da Mestranda Joane Gonçalves Veras. Apresentado sob a forma de projeto de pesquisa voltado para realizar uma análise da organização e profissionalização da enfermagem sob o enfoque da atuação do conselho da categoria em Pernambuco.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### 1 Objetivo geral

Analisar as contribuições da atuação do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco para o exercício da profissão e assistência à saúde dos cidadãos.

##### 2 Objetivos específicos

Descrever a história do Conselho Regional de Enfermagem;

Conhecer as principais irregularidades de enfermagem nos serviços de saúde notificadas pelo Conselho (2015-2017);

Identificar o papel do Conselho na organização e profissionalização da enfermagem;

Elaborar proposta de um curso de formação para os Enfermeiros

Coordenadores/Responsáveis Técnicos pelo serviço de enfermagem.

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/n°

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-420

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2101-2639

**Fax:** (81)2101-2639

**E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.695.439

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto avalia os riscos e benefícios da pesquisa e deixa claro no TCLE para o participante, onde descreve que o risco de participação é o de constrangimento, devido ao fato de se discutir questões referentes às relações de trabalho que envolve conflitos. Porém, os benefícios que a participação trará são bastante significativos, considerando a escassez de conhecimento sobre a atuação dos Conselhos de profissão, além da contribuição acadêmica."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho está bem organizado e apresenta a documentação necessária a sua avaliação. O questionário é simples e direto sem questões discrepantes ou desnecessárias.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo. Todas as documentações e demais declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP, em atendimento a RES 466/12, foram apresentadas e aceitas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	PROJETO.pdf	24/04/2018 16:07:31	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	24/04/2018 15:47:27	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	DECLARACAO_COMPROMISSO.pdf	24/04/2018 15:46:56	Janaina Campos de Miranda	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2101-2839 Fax: (81)2101-2839 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.695.439

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1111396.pdf	16/04/2018 14:28:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	texto_teste6.pdf	16/04/2018 14:27:35	JOANE GONCALVES VERAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Texto_teste4.pdf	16/04/2018 14:19:49	JOANE GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/04/2018 14:13:58	JOANE GONCALVES VERAS	Aceito
Folha de Rosto	texto_teste3.pdf	13/04/2018 10:24:48	JOANE GONCALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 22 de Maio de 2018

Assinado por:

Janalina Campos de Miranda  
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2101-2839 Fax: (81)2101-2839 E-mail: comiteetico@cpqam.fiocruz.br

## ANEXO IV – RELAÇÃO DE PRESIDENTES DO COREN/PE



RELAÇÃO PRESIDENTES – COREN-PE		
INÍCIO: 04/08/1975		
	PERÍODO	NOME
1	1975/1975	NEIDE MARIA FREIRE FERRAZ
2	1976/1978	MARIA DO ROSARIO SOUTO NOBREGA
3	1977/1978	IRLAN FREIRE DE FREITAS
4	1978/1980	IVONETE ALVES DO NASCIMENTO
5	1981/1984	IARA JACIRA DE ALBUQUERQUE NASCIMENTO
6	1984/1985	IVANILDA MOREIRA
7	1986/1987	FATIMA MARIA DA SILVA
8	1987/1990	JACIRA MARIA DE MENEZES
9	1991/1998	TEREZINHA FERREIRA DA CAVALHEIRA
10	1998/2008	JULITA CORREIA FEITOSA
11	2008/2011	CELIA MORIAS ARRIBAS
12	2011/2014	SIMONE FLORENTINO DINIZ
13	2015/2016	GIOVANA JULIA MARTINS MASTRANGELI
14	2016/ 2017	MARCLEIDE CORREIA E SA CAVALCANTI
15	2018/ ATUAL	MARCLEIDE CORREIA E SA CAVALCANTI

## ANEXO V – MODELO DE NOTIFICAÇÃO DO COREN-PE



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO**  
Criado pela Lei nº 5.905/73  
**FISCALIZAÇÃO**

NOTIFICAÇÃO nº \_\_\_\_/\_\_\_\_

O Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco, Autarquia Federal criada pela Lei 5.905/73, neste ato, representado pelo fiscal infra-assinado, vem lavrar a presente Notificação em duas vias, sendo a 1ª via entregue/remetida ao profissional/instituição e a 2ª via do Conselho, Resolução COFEN nº 374/2011 e Resolução COFEN nº 518/2016.

### I – Dados do Enfermeiro Responsável e da Instituição

Enfermeiro responsável:	
Nº Coren:	Telefone:
E-mail:	Horário de trabalho:
Razão Social:	
Nome fantasia:	CNES:
CNPJ:	Telefone:
Endereço completo:	
Natureza: ( ) Público ( ) Privado	Filantropia: ( ) Sim ( ) Não
Horário de funcionamento:	
Nº de leitos:	Média de ocupação dos leitos:
Representante legal:	
Cargo do representante legal:	
Entidade mantenedora:	

### II – Irregularidades constatadas e notificações relacionadas

<p><b>I. Inexistência ou inadequação de documento(s) relacionado(s) ao gerenciamento dos processos de trabalho do Serviço de Enfermagem.</b> Fundamento Legal: Lei nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987, Resoluções Cofen nº 311/2007, nº 429/2012, nº 509/2016, nº 514/2016 e 514/2016, ou a(s) que sobrevir(em).</p> <p>( ) I.1. Notificar no caso de inexistência da escala de serviço de Enfermagem, a elaborar e encaminhar a escala por setor e por categoria profissional, constando nome da instituição, local de atuação, turno, nome completo dos profissionais de enfermagem, número da inscrição do Coren e sua respectiva categoria, legenda das siglas utilizadas, estar afixada em local visível e período de abrangência com assinatura do enfermeiro responsável. Prazo 30 DIAS.</p> <p>( ) I.2. Notificar no caso de inadequação da escala de serviço de Enfermagem, a adequar e encaminhar a escala por setor e por categoria profissional, constando nome da instituição, local de atuação, turno, nome completo dos profissionais de enfermagem, número da inscrição do Coren e sua respectiva categoria, legenda das siglas utilizadas, estar afixada em local visível e período de abrangência com assinatura do enfermeiro responsável. Prazo 30 DIAS.</p> <p>( ) I.3. Notificar no caso de inexistência de regimento interno de serviço de Enfermagem, a elaborar e encaminhar cópia do regimento ao Coren. Prazo 120 DIAS.</p> <p>( ) I.4. Notificar no caso de inadequação do regimento interno de serviço de Enfermagem, a adequar e encaminhar cópia do regimento ao Coren. Prazo 120 DIAS.</p> <p>( ) I.5. Notificar no caso de inexistência de normas e rotinas do serviço de Enfermagem, a elaborar e encaminhar cópia das normas e rotinas ao Coren. Prazo 120 DIAS.</p>
--

Rua Barão de São Boaventura, 243 – Boa Vista – Recife-PE CEP: 50.070-315  
e-mail: fiscalizacao@coren-pe.gov.br



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO**  
Criado pela Lei nº 5.905/73  
**FISCALIZAÇÃO**

- 1.6. Notificar no caso de inadequação das normas e rotinas do serviço de Enfermagem, a adequar e encaminhar cópia das normas e rotinas ao Coren. **Prazo 120 DIAS.**
- 1.7. Notificar no caso de inexistência de procedimento operacional padrão (POP) relacionado ao serviço de Enfermagem, a elaborar e encaminhar cópia do POP ao Coren. **Prazo 120 DIAS.**
- 1.8. Notificar no caso de inadequação do procedimento operacional padrão (POP) relacionado ao serviço de Enfermagem, a adequar e encaminhar cópia do POP ao Coren. **Prazo 120 DIAS.**

**2. Inexistência ou inadequação dos registros relativos à assistência de Enfermagem.**

**Fundamento Legal:** Lei nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987, Resoluções Cofen nº 191/1996, nº 311/2007, nº 429/2012, nº 514/2016, ou a(s) que sobrevir(em).

- 2.1. Notificar no caso de inexistência, a registrar no prontuário informações escritas, legíveis, completas, fidedignas inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar. **Prazo IMEDIATO.**
- 2.2. Notificar no caso de inadequação, a adequar os registros no prontuário com informações escritas, legíveis, completas, fidedignas inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar. **Prazo IMEDIATO.**
- 2.3. Notificar no caso de inexistência, a registrar em documentos próprios da Enfermagem informações que interferem direta ou indiretamente na assistência de Enfermagem. **Prazo IMEDIATO.**
- 2.4. Notificar no caso de inadequação, a adequar os registros em documentos próprios da Enfermagem informações que interferem direta ou indiretamente na assistência de Enfermagem. **Prazo IMEDIATO.**
- 2.5. Notificar no caso de inadequação, a apor o número e sua respectiva categoria de inscrição no Conselho, em assinatura, quando no exercício profissional. **Prazo IMEDIATO.**

**3. Inexistência de anotação de responsabilidade técnica do serviço de enfermagem.**

**Fundamento Legal:** Leis nº 2.604/1955, nº 6.839/1980, nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987 e Resoluções Cofen nº 139/1992, nº 509/2016, ou a(s) que sobrevir(em).

- Notificar a providenciar a Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro responsável pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação do Serviço de Enfermagem, junto ao Coren de sua circunscrição. **Prazo 30 DIAS.**

**4. Profissional(is) de Enfermagem que não executa(m) o Processo de Enfermagem contemplando as cinco etapas preconizadas.**

**Fundamento Legal:** Lei nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987, Resoluções Cofen nº 191/1996, nº 311/2007, nº 358/2009, nº 429/2012, nº 514/2016, ou a(s) que sobrevir(em).

- Notificar a implementar o Processo de Enfermagem, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. **Prazo 180 DIAS.**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**5. Exercício irregular da Enfermagem.**

**Fundamento Legal:** Lei nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987, Resolução Cofen nº 311/2007, nº 448/2013, nº 475/2015, nº 515/2018, ou a(s) que sobrevir(em), e demais normativas relacionadas à Enfermagem.

- 5.1. Notificar no caso de exercício habitual da profissão, por um período maior que 90 dias, fora da circunscrição territorial da inscrição principal, sem a secundária ou transferência da inscrição, a afastar o(s) profissional(is) irregular(es) do exercício da Enfermagem. **Prazo 03 DIAS.**
- 5.2. Notificar no caso de exercício da Enfermagem por profissional com inscrição vencida, a afastar o(s) profissional(is) irregular(es) do exercício da Enfermagem. **Prazo 03 DIAS.**
- 5.3. Notificar no caso de descumprimento aos atos administrativos / normativos baixados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a cumprir e fazer cumprir as determinações da Resolução Cofen nº \_\_\_\_\_, **Prazo IMEDIATO.**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO**  
Criado pela Lei nº 5.905/73  
**FISCALIZAÇÃO**

**6. Inexistência, desatualização ou inadequação do cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem.**  
**Fundamento Legal:** Lei nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987, Resolução Cofen nº 527/2016, nº 311/2007, nº 509/2016 e nº 527/2016, ou a(s) que sobrevir(em).

6.1. Notificar no caso de inexistência de cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem, a realizar e fornecer cópia do referido cálculo segundo a legislação vigente, com a ciência, por escrito, do gestor. **Prazo 120 DIAS.**

6.2. Notificar no caso de existência de cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem desatualizado, a realizar e fornecer cópia do referido cálculo segundo a legislação vigente, com a ciência, por escrito, do gestor. **Prazo 120 DIAS.**

6.3. Notificar no caso de inadequação de cálculo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem, a realizar e fornecer cópia do referido cálculo segundo a legislação vigente, com a ciência, por escrito, do gestor. **Prazo 120 DIAS.**

**III – Ilegalidades constatadas e notificações relacionadas**

**7. Inexistência de Enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de Enfermagem.**

**Fundamento Legal:** Lei nº 775/1949, nº 2.604/1955, nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987.

Notificar a dispor de Enfermeiro para supervisionar, organizar, orientar, coordenar, planejar, avaliar a assistência de Enfermagem e executar as atividades privativas, durante todo o período em que ocorre o exercício da Enfermagem. **Prazo IMEDIATO.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. Ausência de Enfermeiro onde são desenvolvidas as atividades de Enfermagem.**

**Fundamento Legal:** Lei nº 775/1949, nº 2.604/1955, nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987.

Notificar a dispor de Enfermeiro para supervisionar, organizar, orientar, coordenar, planejar, avaliar a assistência de Enfermagem e executar as atividades privativas, durante todo o período em que ocorre o exercício da Enfermagem. **Prazo IMEDIATO.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Inexistência ou número insuficiente de enfermeiro em evento esportivo na proporção indicada por lei.**

**Fundamento Legal:** Lei nº 7.498/1986, nº 10.671/2003, Decreto nº 94.406/1987 e Resolução Cofen nº 518/2016.

Notificar a dispor de enfermeiro em número adequado para a realização das atividades de Enfermagem em evento esportivo. **Prazo PRÓXIMO EVENTO ESPORTIVO.**

**10. Inexistência de Registro de Empresa.**

**Fundamento Legal:** Lei nº 6.839/1980, nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987, Resoluções Cofen nº 255/2001, ou a que sobrevir

Notificar a registrar a empresa no Conselho conforme determina a legislação vigente. **Prazo 30 DIAS.**

**11. Exercício ilegal de Enfermagem.**

**Fundamento Legal:** Decretos-Lei nº 2.848/1940, nº 3.688/1941, Lei nº 775/1949, nº 7.498/1986, nº 8.078/1990, Decreto nº 94.406/1987.

11.1. Notificar no caso de exercício da profissão sem inscrição, a afastar os trabalhadores que não estão legalmente habilitados da realização de atividades de Enfermagem. **Prazo IMEDIATO.**

11.2. Notificar no caso de exercício da profissão por profissional com inscrição vencida, desde que expressamente notificado do cancelamento da inscrição e impedimento de exercer a profissão, a afastar os trabalhadores que não estão legalmente habilitados da realização de atividades de Enfermagem. **Prazo IMEDIATO.**

11.3. Notificar no caso de exercício da profissão por profissional com inscrição cancelada, a afastar os trabalhadores que não estão legalmente habilitados da realização de atividades de Enfermagem. **Prazo IMEDIATO.**



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO**  
Criado pela Lei nº 5.905/73  
**FISCALIZAÇÃO**

11.4. Notificar no caso de execução de atos/atividades que ultrapassem a habilitação legal por profissional de formação inferior à exigida para a categoria de enfermagem, a afastar os trabalhadores que não estão legalmente habilitados da realização de atividades de Enfermagem. Prazo **IMEDIATO**.

11.5. Notificar no caso de execução de atividades privativas de Enfermeiro por pessoa sem habilitação legal, a afastar os trabalhadores que não estão legalmente habilitados da realização de atividades de Enfermagem. Prazo **IMEDIATO**.

**12. Profissional de Enfermagem exercendo atividade com impedimento em decorrência de processo ético transitado em julgado.**

**Fundamento Legal:** Lei nº 7.498/1986, Decreto nº 94.406/1987, Decretos Lei nº 3.688/1941, nº 2.848/1940 e Resoluções Cofen nº 311/2007, 370/2010 e 370/2010, ou a(s) que sobrevir(em).

Notificar a cumprir a decisão ética-disciplinar. Prazo **IMEDIATO**.

**IV - Outras informações relevantes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V- Documentação solicitada a ser enviada para o Coren em 15 (quinze) dias:**

Listagem nominal dos profissionais de enfermagem constando nome completo (sem abreviações), Número de CPF, Número de inscrição definitiva, provisória ou autorização e setor), disposta em planilha do Excel, conforme modelo, devendo ser encaminhada impressa, devidamente assinada e carimbada em todas as folhas pelo responsável técnico de enfermagem, acompanhada obrigatoriamente de mídia eletrônica- **CD-ROM ou pen drive**.

Escala do serviço de enfermagem por setor e por categoria profissional constando nome da instituição, local de atuação, turno, nome completo dos profissionais de enfermagem, número da inscrição do Coren e sua respectiva categoria, legenda das siglas utilizadas e período de abrangência com assinatura do enfermeiro responsável.

Manual de Normas e Rotinas

Regimento Interno dos Serviços de Enfermagem

Procedimento Operacional Padrão

Outros:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI – Do prazo de resposta às notificações:**

- Fica o supracitado Enfermeiro notificado ciente que deverá ser enviada resposta ao Conselho Regional de Enfermagem, no endereço disposto no rodapé, referente ao cumprimento das notificações relacionadas nos itens acima, em papel timbrado, datado, assinado e carimbado pelos responsáveis, a cada prazo estabelecido nas notificações, com vistas a dar andamento ao procedimento administrativo ora rotineado no âmbito dessa Autarquia.



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO**  
Criado pela Lei nº 5.905/73  
**FISCALIZAÇÃO**

**VII - Orientações:**

- Os itens checados com (x) correspondem às notificações ora efetuadas no presente documento.
- Prazo para impugnação da notificação: 15 (quinze) dias a partir da ciência.
- A não observância ao disposto na presente notificação implicará na aplicação de sanções previstas na legislação vigente do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem, além de medidas judiciais cabíveis.
- Na ausência do Enfermeiro responsável da instituição, o assinante se responsabilizará pela entrega da notificação ao mesmo ou ao representante legal da instituição.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fiscal Coren-PE

\_\_\_\_\_  
Recebido por

Ciente: \_\_\_\_\_  
Representante Legal da Instituição

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_