UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Sandra Regina da Costa Saar

Especificidade do enfermeiro : uma visão multiprofissional

RIBEIRÃO PRETO

2005

SANDRA REGINA DA COSTA SAAR

Especificidade do enfermeiro : uma visão multiprofissional

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como
parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor
pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem -
Área de concentração: Enfermagem Fundamental -
Linha de Pesquisa: Análise Crítica da Profissão.

Orientador: Maria Auxiliadora Trevizan

RIBEIRÃO PRETO

2005

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

S112e Saar, Sandra Regina da Costa
Especificidade do enfermeiro: uma visão multiprofissional/
Sandra Regina da Costa Saar. Ribeirão Preto, 2005.
135p.
Tese.(Doutorado).Enfermagem. Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
1.Enfermeiras 2.Enfermagem/tendências 3.Prática
profissional/tendências 4.Gerência 5.Cuidados de enfermagem
6.Supervisão de enfermagem I. Título

NLM: WY 16
CDU: 616-083

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sandra Regina da Costa Saar

Especificidade do enfermeiro: uma visão multiprofissional

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Profa. Dra. Maria Auxiliadora Trevizan

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Profa. Dra. Miyeko Hayashida

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Prof. Dr. Gilberto Tadeu Shinyashiki

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto- USP

Profa. Dra. Isabel Amélia Costa Mendes

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Profa. Dra. Aidê Ferreira Ferraz

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Estudo realizado com patrocínio parcial da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através do programa de bolsas PICDT.

Dedico este estudo

Aos meus pais, Walter (in memoriam) e Edythe que tudo fizeram para que eu chegasse onde estou, sempre me incentivando e apoiando com muito carinho e dedicação, o que com certeza tornou a caminhada mais segura;

Aos meus amados filhos, Patrícia e Fernando, que, às suas maneiras, compartilharam comigo a construção deste trabalho, compreendendo as minhas ausências, meus momentos de irritabilidade e impaciência;

Aos profissionais que com disponibilidade contribuíram com suas imagens acerca da

especificidade do enfermeiro, possibilitando a compreensão do objeto em estudo.

Agradecimento especial

Agradeço de forma especial à Deus por ter-me mostrado o caminho a percorrer, retirado dele as pedras, tornado a caminhada rica em aprendizagens de vida, por ter estado sempre ao meu lado, dando-me alento e consolo nos momentos de desânimo e por ter-me dado colo e carinho nos momentos em que me sentia em completa solidão.

AGRADECIMENTOS

Compartilho este momento com todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram presentes no transcorrer desta construção. A todos agradeço e especificamente:

– à Maria Auxiliadora Trevizan, carinhosamente Xili, que, além de orientar-me, mostrou-me que ainda existem pessoas capazes de doar amor, carinho e afeto. Obrigada por mostrar-me que ainda existem pessoas que preservam o que de melhor há nos seres humanos.

- aos professores doutores Aidê Ferreira Ferraz, Isabel Amélia Costa Mendes, Miyeko Hayashida e Gilberto Tadeu Shinyashiki por compartilharem e contribuírem com a construção deste trabalho.
- às amigas Eline, Salete e Carla que, embora trilhando o mesmo caminho, o da construção de uma tese de doutorado, estiveram e se fizeram presentes nos momentos de ansiedades e dúvidas.
- à Solange por demonstrar carinho para comigo.
- aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela forma gentil com a qual sempre me acolheram.
- à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que patrocinou parte dessa pesquisa através de seu programa de bolsas.

RESUMO

SAAR, S. R. C. **Especificidade do enfermeiro**: uma visão multiprofissional. 2005. 135 p. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Neste estudo investigou-se a prática profissional do enfermeiro com o objetivo de identificar sua especificidade profissional. Foram analisadas vinte e nove dissertações e teses dedicadas ao estudo da prática profissional, do papel e da identidade do enfermeiro. Foram entrevistados 01 nutricionista, 02 psicólogos, 03 enfermeiros, 03 fisioterapeutas, 04 farmacêuticos, 10 dentistas, e 17 médicos, totalizando quarenta profissionais da saúde, 39 deles de uma organização militar de um município de Minas Gerais e um docente da escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Os dados foram analisados à luz da Teoria de Papéis tomando-se por referência a Análise de Discurso. Os resultados evidenciaram que: a prática profissional da enfermagem é historicamente construída para o cuidar, o gerenciar e o ensinar; que há dificuldade de identificação de seus atores, por parte de espectadores externos, que chamam a todos enfermeiros; que há ambigüidade e discrepância nas expectativas quanto ao papel do enfermeiro; que o traço marcante do perfil profissional do enfermeiro é a gerência/administração sendo o que o distingue dos demais profissionais da equipe de saúde e na equipe de enfermagem, portanto, esta é a sua especificidade profissional.

Palavras-chave: Enfermagem/tendências - Prática profissional/tendências - Gerência - Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

SAAR, S. R. C. **The specificity of nurses: a multiprofesional view**. 2005. 135 p. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

This study examined professional nursing practice to identify its professional specificity. We analyzed twenty-nine theses and dissertations that investigated professional practice, roles and identities of nurses. 01 nutritionist, 02 psychologists, 03 nurses, 03 physiotherapists, 04 pharmacists, 10 dentists and 17 physicians were interviewed, totaling forty health professionals, thirty-nine of whom belonged to a Brazilian military organization, while one was a nursing professor. In the framework of the Theory of Roles, data were analyzed through Discourse Analysis. The results evidenced that: nursing practice is historically constructed for care, management and teaching; it is difficult for external observers to identify its agents, who are all called nurses; expectations about the role of nurses are marked by ambiguities and discrepancies. The main characteristic of nurses' professional profile is management/administration, which sets them apart from other health and nursing professionals. Therefore, this is nurses' professional specificity.

Key Words: Nursing/tendencies – Professional Practice/tendencies – Management – Nursing Care.

RESUMEN

SAAR, S. R. C. **La especificidad del enfermero: una visión multiprofesional.** 2005. 135 p. Tese Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Este estudio investigó la práctica profesional del enfermero con objeto de identificar su especificidad profesional. Se analizaron veintinueve tesis y disertaciones sobre la práctica profesional, el papel y la identidad del enfermero. Entrevistamos a 01 nutricionista, 02 psicólogos, 03 enfermeros, 03 fisioterapeutas, 04 farmacéuticos, 10 dentistas y 17 médicos, totalizando cuarenta profesionales de salud, treinta y nueve de los cuales pertenecían a una organización militar de un municipio brasileño, mientras un era profesor de una escuela de enfermería. Partiendo de la Teoría de Papeles, se usó el Análisis de Discurso como referencia para el análisis de datos. Los resultados demostraron: que la práctica de enfermería se construye históricamente para el cuidado, la dirección y la enseñanza; que es difícil para observadores externos identificar a sus actores, que son todos llamados enfermeros; que existen ambigüedades y discrepancias en las expectativas respecto al papel del enfermero; que la característica saliente del perfil profesional del enfermero es la gerencia/administración, que separa al enfermero de los demás profesionales de salud y de enfermería. Por lo tanto, esa es su especificidad profesional.

Palabras-clave: Enfermería/tendencias – Práctica profesional – Gerencia – Cuidados de enfermería.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1 - INTRODUÇÃO	15
1.1- Ponto de Partida.....	15
1.2 - Indagações: delimitação do objeto.....	20
2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
2.1 - Prática profissional do enfermeiro.....	25
2.1.1. Pilares que sustentam a prática do enfermeiro.....	26
2.2 - A Teoria de Papéis.....	37
2.2.1 - Teoria dos papéis: gênese.....	37
2.2.2 - Teoria dos papéis: o que é.....	38
2.2.3 - Um pouco mais sobre a Teoria de Papéis.....	39
2.2.3.1 - Espontaneidade.....	40
2.2.3.2 - Aquisição de papéis.....	41
2.2.3.3 - Desempenho de papéis.....	42
3 - METODOLOGIA	48
3.1 - Tipo de estudo.....	48
3.2 - Local de estudo	48
3.3 - Unidades de análise.....	49
3.4 - Etapas do estudo.....	49
3.5 - Organização dos dados.....	51
4 - RESULTADOS.....	54
4.1 - Apresentação e discussão dos dados	54
4.1.1 - Revista de literatura.....	54
4.1.1.1 - O vocábulo especificidade	54
4.1.1.2 - Teses e dissertações: os estudos selecionados.....	55
4.1.1.2.1 - Florence Nightingale: um marco profissional.....	56
4.1.1.2.2 - O que fazem os enfermeiros e de que forma o fazem.....	57
4.1.1.2.3 - O que é necessário para ser enfermeiro.....	77

4.1.1.2.4 - As razões que levam à escolha da profissão.....	78
4.1.1.2.5 - O que se espera do enfermeiro.....	79
4.1.2 - O que os informantes falam sobre especificidade, enfermagem e enfermeiro	81
4.1.2.1 - O que falam sobre especificidade	85
4.1.2.2 - O que falam sobre enfermagem	87
4.1.2.2.1 - Significado do trabalho de enfermagem.....	87
4.1.2.2.2 - Profissionais de enfermagem.....	88
4.1.2.2.3 - O fazer da enfermagem e para quem ela faz.....	89
4.1.2.3 - O que falam sobre o enfermeiro	90
4.1.2.3.1 - O fazer administrativo do enfermeiro.....	91
4.1.2.3.2- O fazer assistencial do enfermeiro	93
4.1.2.3.3- O fazer educacional do enfermeiro.....	94
4.1.2.3.4- Como o enfermeiro faz, o que precisa para fazê-lo.....	94
4.2 - Reconstruindo uma imagem	98
4.3 - Teoria de papel e a especificidade do enfermeiro	104
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
6 - BIBLIOGRAFIA	112
6.1 - Referências Bibliográficas	112
6.2 - Bibliografia Consultada	121
APÊNDICES	
ANEXOS	

Introdução

1 - INTRODUÇÃO

Este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira, **ponto de partida**, discorremos sobre nossa escolha e experiência profissional com o intuito de permitir ao leitor identificar características da autora e perceber o lugar de onde o objeto em estudo é observado. Na segunda, **indagações: delimitação do objeto**, temos por meta indicar para o leitor a maneira pela qual surgiu a questão em estudo.

1.1 - Ponto de Partida

Como qualquer adolescente de dezessete, dezoito anos de idade também tínhamos dúvidas quanto à qual carreira seguir. Confessamos que enfermagem não fazia parte daquelas consideradas prováveis: aeromoça, psicóloga ou professora de francês...

Em 1974, precisamente no mês de julho – férias escolares – foi quando pudemos conhecer a enfermagem como ofício. Havíamos, meus familiares e eu, saído a passeio e fomos vítimas de um acidente automobilístico. Dos passageiros do carro, duas pessoas sofreram traumas físicos, nossa avó e nossa mãe. Após a

avaliação e os primeiros cuidados médicos, constatou-se que ambas estavam impossibilitadas de se auto-cuidarem. Liberadas para casa, surgiu a questão: alguém precisava cuidar delas. Quem? Fomos as escolhidas. O médico nos orientou quanto aos cuidados necessários e dispensou-nos. À época cuidamos da higiene pessoal e da alimentação das duas, além de administrar-lhes os medicamentos prescritos. Passados dois dias, o médico foi à nossa residência e, tendo avaliado nossa mãe e nossa avó, disse-nos: “está tudo bem. Você é uma ótima enfermeira”. Depois que ele se foi, ficamos pensando no que ouvimos. E assim ...

Graduamo-nos em enfermagem em 1978, na Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Na mesma instituição, concluímos a Habilitação em Enfermagem Obstétrica, área pela qual nos interessamos muito durante a formação acadêmica. Foram cinco anos vividos intensamente. Aprender a lidar com a dor do outro “era difícil”. Não nos era permitido compartilhar explicitamente desta dor, apenas cuidar.

Iniciamos nossas atividades profissionais em 1979, trabalhando em uma unidade de clínica cirúrgica de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Respondíamos pelo cuidado aos pacientes em pós-operatório imediato e pela supervisão da referida unidade e do centro cirúrgico. Com menos de quatro meses de atuação fomos transferidas para o turno da noite. Desta feita nos responsabilizávamos por tudo o que ocorria no plantão, dissesse ou não respeito à enfermagem. Se faltava um médico plantonista, ligávamos para o diretor clínico para providenciar um substituto. Se morria um paciente orientávamos o cuidado e a guarda do corpo até que este fosse para o necrotério do hospital. Éramos ainda incumbidas de chamar a família e compartilhar a comunicação da morte daquela

pessoa. Se o oxigênio acabava, mudávamos o circuito do fornecimento central. Realizávamos muitas e diversas atividades, mas estávamos distantes do doente, na maior parte do tempo, “cuidávamos da Instituição” atendendo às expectativas de seus dirigentes e dos enfermeiros, nossos superiores.

Em 1980, fomos chamadas para ocupar o cargo de enfermeira no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com a finalidade de exercer nossas funções em uma unidade de emergência de um Hospital Geral no qual acumulávamos atividades assistenciais e gerenciais. Recebíamos os pacientes que chegavam em condições graves, cuidávamos deles, transferindo-os depois para as unidades de internação ou mesmo para outras unidades de saúde. Além disso tínhamos de prover nosso setor de recursos materiais, equipamentos e pessoas para um plantão de doze horas. Tínhamos satisfação por este trabalho, mas havia um desgaste intenso: assistir e gerenciar uma unidade de emergência exigia dedicação redobrada.

Atuamos na referida unidade de emergência por dois anos. Tendo prestado concurso para admissão em uma organização militar, mediante aprovação, fomos convocadas para o serviço em 1982.

Após o curso de adaptação à vida militar, necessário para o desempenho das atividades em uma caserna, fomos designadas para um Esquadrão de Saúde no Estado de Minas Gerais. Nesse contexto, não só acumulávamos atividades de assistência e gerência, comuns à enfermagem, como também exercíamos atividades específicas e inerentes ao militarismo.

Que mudança! Acostumadas às grandes demandas de uma unidade de emergência, gerenciando o cuidado e cuidando de pacientes graves, nos vimos diante

de uma clientela que requeria muito menos de nós, o que caracterizava uma atenção muito diferente. Os pacientes mais graves eram encaminhados aos grandes hospitais da Força Aérea, assim nos distanciámos do cuidado direto do doente, ou melhor, daquele doente dependente. A clientela passou a ser outra. Agora estávamos próximas do cuidar da equipe, de qualificá-la, de aprimorar seus conhecimentos. Era nossa responsabilidade gerenciar a assistência e não mais assistir, cuidar diretamente de pessoas doentes.

Em 1990, por questões inerentes à política governamental vigente à época, nossa carreira militar foi interrompida. Fomos desligadas do serviço militar retornando ao contexto profissional do meio civil. Percebemos o quanto havíamos nos distanciado da prática da enfermagem, aquela que exercíamos nos primeiros anos de carreira (cuidar de pacientes graves com demandas complexas). Assim, foi preciso readaptarmo-nos.

A partir de então, trabalhamos em diferentes hospitais e exercemos diversas funções, mas sempre ocupando o cargo de enfermeira. Fomos assessoras de um Serviço de Controle de Infecções Hospitalares, com a responsabilidade de capacitar e treinar os funcionários da lavanderia e limpeza, segundo normas desse serviço. Também gerenciamos um Serviço de Enfermagem de um Hospital de Cardiologia; fomos enfermeiras de um Serviço de Pronto Atendimento e de um Centro Cirúrgico, sendo que em ambos acumulávamos atividades assistenciais e gerenciais. Às vezes, nos distanciávamos dos pacientes, dos cuidados para com estes e nos aproximávamos da instituição, cuidando dela, outras vezes cuidávamos dos dois. Começamos a nos perguntar: afinal para que servem os enfermeiros? Fazemos de tudo, desde orientar a limpeza e a guarda de roupa, como se fôssemos governantas, até executar

procedimentos que requerem um saber e habilidades próprios a um profissional especializado.

Ingressamos na carreira acadêmica em 1997. A convivência com os pesquisadores, as primeiras incursões no mundo das pesquisas científicas e o acompanhamento de alunos em sala de aula e em campo de estágios reavivaram uma série de questões adormecidas em nossa memória. Questões que se referiam à prática profissional, ao processo de formação, enfim, ao corpo de conhecimento e habilidades necessárias para o exercício da enfermagem.

Buscando respostas para algumas delas, fizemos o curso de mestrado em Educação. O objeto estudado foi a avaliação de desempenho docente, focalizando os docentes de enfermagem. Os resultados mostraram que os docentes de enfermagem ainda recebem pouco ou nenhuma qualificação específica para a docência, exercendo-a pautados em suas experiências clínicas e guiados, subliminarmente pelo lema “eu sei fazer, eu sei ensinar”. Contudo, queixam-se desta situação, o que faz com que alguns busquem a qualificação por iniciativa própria. Outro achado julgado relevante, trazido à baila pelos discursos dos informantes daquele estudo, foi uma questão que já nos intrigava, — o desempenho profissional do enfermeiro — alguns deles afirmaram “**o enfermeiro está perdendo sua especificidade**” (Saar, 2001).

Você, leitor, deve estar se perguntando: – E daí? Por que preciso saber tudo isso e o que tem a ver com esse estudo? – É o que veremos a seguir.

1.2 - Indagações: delimitação do objeto

Ao descrever essa trajetória profissional, retratamos também a prática da enfermagem brasileira. O exemplo citado não se diferencia do todo – é uma parte dele, reflete uma de suas nuances, a indefinição das funções do enfermeiro.

Quando pensamos em um advogado, sabemos exatamente o que ele faz: defende direitos ou interesses de alguém ou de um grupo; quando pensamos em um psicólogo, sabemos que ele diagnostica e trata fenômenos psicológicos e de comportamento. Também sabemos exatamente o que o dentista, o engenheiro, o aviador e o médico fazem. E nós, enfermeiros, o que fazemos?

Alguns dos leitores responderão “cuidamos”, outros “administramos”, há os que dirão “somos responsáveis pela educação para a saúde”, alguns poderão dizer “os enfermeiros cuidam, gerenciam o cuidado e ensinam o cuidar para promover e preservar a saúde”. Sim, fazemos tudo isso, mas outros profissionais e outras pessoas da equipe de enfermagem também o fazem. Temos constatado, em nossa prática cotidiana, que muitas das atividades, até então designadas próprias da enfermagem, vêm sendo realizadas por outros profissionais. São bons exemplos de tarefas peculiares à enfermagem que estão sendo desenvolvidas por outros profissionais: a responsabilidade pela esterilização de material médico-hospitalar, que desde a década de 1990 é também exercida por farmacêuticos; o cuidado de feridas, que era

executado por médicos e profissionais de enfermagem, vem sendo executado também por fisioterapeutas desde a década de 1990 e, em 2001, passou a ser cogitada como atividade dos farmacêuticos. Tais fatos constituem um agravante numa situação conturbada e indefinida no que se refere à especificidade do enfermeiro.

Desde a profissionalização da enfermagem, podemos constatar uma demanda organizacional, por parte dos hospitais, para os enfermeiros. Essa demanda pode ter uma aparência de simplicidade, como atividades ligadas à limpeza e higienização ambiental, ou ser mais complexa, envolvendo a compra de materiais, a gerência de recursos humanos e de serviços. Em decorrência das mesmas, de certa forma, o enfermeiro vem priorizando o campo da administração hospitalar com destaques para as atividades burocráticas, em detrimento do cuidado (TREVIZAN, 1978, 1988; MELO, 1986; SILVA, 1995; FERRAZ, 1995; BRITO, 1998; FERNANDES, 2000).

Encontramos na literatura várias referências em relação à essência da enfermagem. Todas elas apontam para o cuidar, para o cuidado ao paciente. Waldow (1995) define que a essência da profissão de enfermagem é o cuidar/cuidado mas, o cuidar, apesar de ser especificidade da enfermagem, não tem sido específico do enfermeiro. Por outro lado, alguns estudos (TREVIZAN, 1988; FERRAZ, 1995; BRITO, 1998; SPAGNOL, 2000) têm possibilitado a compreensão de que a gerência do cuidado é a especificidade do enfermeiro em nosso meio.

Ao olharmos para trás, em busca da origem da nossa profissão, encontramos, como marco histórico da enfermagem científica ou moderna, Florence Nightingale que, de certa forma, valorizou principalmente dois pontos no agir da enfermagem e do enfermeiro: o cuidado e a administração. Assim, observamos que estamos diante de uma

indefinição que data de muitos anos – a especificidade do enfermeiro é *cuidar ou gerenciar*?

Florence Nightingale (1859) estabeleceu que a educação formal na enfermagem seria embasada em conteúdos científicos, que deveriam ser ensinados por profissionais com formação ampla. Portanto, ela previu uma formação geral sem definição da especificidade, mas que se dividia em dois níveis de complexidade e dois períodos distintos quais sejam:

a) as enfermeiras que cuidavam dos doentes nas instituições formavam-se após um ano de curso;

b) e aquelas que se dedicavam aos cuidados primários de saúde, exerciam liderança ou administravam, formavam-se após três anos de curso.

Uma vez que emergiu de enfermeiros docentes a hipótese da perda da especificidade do enfermeiro (SAAR,2001), pensamos que o debate sobre o assunto permanece aberto e apresenta lacunas a serem preenchidas, demonstrando que o tema ainda se constitui em importante espaço para pesquisas.

Há um dilema sobre o que seja específico do enfermeiro. Esse dilema é claro para o próprio enfermeiro, o que interfere conflitivamente na identidade desse profissional e conseqüentemente na sua atuação. Diante da compreensão do impasse sobre o que compete ao enfermeiro, por parte de enfermeiros docentes e assistenciais, decidimos desenvolver esta investigação com o intuito de esclarecer a especificidade deste profissional, fundamentada numa visão multiprofissional. Para isso estabelecemos os seguintes objetivos:

- identificar a especificidade profissional do enfermeiro, a partir de literatura científica selecionada e a partir da vivência relatada por profissionais de saúde de instituição hospitalar;
- analisar o que seja especificidade profissional do enfermeiro na perspectiva de enfermeiros;
- analisar o que seja especificidade profissional do enfermeiro na perspectiva de outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde.

Pensamos que esta pesquisa poderá oferecer suporte para a definição da especificidade e competências do enfermeiro, uma vez que serão consideradas as informações dele próprio e de outros profissionais da área da saúde que partilham seu cotidiano de trabalho com o enfermeiro.

Fundamentação Teórica

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo está dividido em duas partes: **prática profissional do enfermeiro**, pela qual pretendemos apresentar o estado da arte, **teoria de papéis**, na qual assinalamos a inserção do indivíduo em um grupo.

2.1 - Prática profissional do enfermeiro

A descrição de nossa trajetória profissional espelha a atividade dos enfermeiros de maneira geral. Nosso cargo é de **enfermeira**, mas nossas atividades variam entre dama de companhia (eficaz e eficiente) e especialista do cuidado.

Ao revisitarmos a história nos trabalhos de Melo (1986), Pires (1989), Silva (1995) Paula et al. (2000) constatamos que a enfermagem surge como profissão assalariada, associada ao trabalho feminino e como uma atividade complementar ao ato médico e, mesmo quando ganha *status* técnico, esta se constitui sob os saberes da medicina.

Essa busca da literatura permitiu-nos constatar que a prática do profissional enfermeiro se sustenta em três pilares, quais sejam: **o cuidar, o ensinar e o gerenciar**. Tecemos a seguir, alguns comentários sobre eles.

2.1.1. Pilares que sustentam a prática do enfermeiro

O cuidar

O processo de cuidar, na enfermagem, constitui-se em instrumento ou metodologia que auxilia a avaliação, a prevenção e a tomada de decisões em face de agravos à saúde e de conseqüências decorrentes desses agravos. Tal processo pode pautar-se em diferentes teorias. No Brasil, a primeira teoria sobre o cuidado de enfermagem que se difundiu foi a de Horta e Castellanos (1979).

Partindo dos pressupostos da teoria da motivação humana de Maslow que se fundamenta nas necessidades humanas básicas, a autora conclui que:

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço (HORTA; CASTELLANOS, 1979:29).

Portanto, necessitava aprimorar sua metodologia de trabalho. Horta e Castellanos (1979) elaborou um método de atuação para a enfermagem – o *processo de enfermagem*, constituído de três etapas: coleta de dados, diagnóstico e prescrição de enfermagem. Pensamos ser esse método a primeira tentativa brasileira de sistematização do processo de cuidar em enfermagem, com vistas à assistência ao ser humano.

Cabe ressaltar que o processo de cuidar, desenvolvido pela enfermagem brasileira, foi influenciado de maneira significativa pela teoria de enfermagem de Nightingale, que estabelece *o uso apropriado de ar puro, iluminação, limpeza, silêncio e a seleção adequada da dieta e a maneira de servi-la — tudo com um mínimo de dispêndio da capacidade vital do paciente* (NIGHTINGALE, 1989; GEORGE et al., 1993; SILVA, 1995).

Madeleine Leininger em 1950 inicia os estudos sobre a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado e reconhece que a cultura tem influência significativa sobre tudo que envolve os alvos e os provedores do cuidado de enfermagem. A partir desta proposição teórica, busca-se investigar diversidades e universalidades em relação a visões de mundo, para então desenvolver meios para prover cuidar/cuidado. No Brasil essa abordagem foi introduzida na década iniciada em 1990 (GEORGE et al., 1993; WALDOW, 1995).

Waldow (1995), em trabalho intitulado *Cuidar/Cuidado¹: o domínio unificador da enfermagem*, faz uma revisão das diferentes abordagens teóricas do cuidar/cuidado, possibilitando-nos apreender que este procedimento *é um atributo de todos seres humanos e que, na área da saúde e em especial na enfermagem, é genuíno e peculiar*. A autora afirma que o cuidar/cuidado é a razão existencial da enfermagem, pois inclui *ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar o bem estar ou o status de saúde de indivíduos, famílias e grupos, bem como condições gerais, estilo de vida e contexto ambiental*.

¹ Para a autora, cuidar significa comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas, para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Cuidado é entendido como o fenômeno resultante do processo de cuidar.

Para Waldow (1995) o cuidar cuidado não está restrito à área de assistência de enfermagem. A autora afirma que, na área administrativa da enfermagem, o cuidar/cuidado será autêntico *quando as idéias forem compartilhadas, as sugestões forem ouvidas e as decisões forem tomadas em conjunto, procurando atender as necessidades diversas.*

O referido estudo possibilitou-nos apreender que, em qualquer cultura humana, os seres experienciam situações *de cuidado e não cuidado*, tendo suas vidas influenciadas por tais experiências, uma vez que, *o cuidar/cuidado é uma expressão de nossa humanidade, sendo essencial para o nosso desenvolvimento e realização como seres humanos.*

Vieira (1999), estudando a representação do cuidar na imagem cultural da enfermagem, concluiu que *o contexto sócio histórico e a trajetória da cultura de cada época imprimem características próprias ou modificam algumas formas de objetivação da imagem da profissão.* E que *o cuidar é qualificado com atributos como o humanismo e o estar perto.*

Experiências de ensino-aprendizagem podem desenvolver, despertar ou inibir a capacidade para o cuidar/cuidado, contudo percebemos um paradoxo no contexto das instituições de ensino de enfermagem nas quais prega-se o cuidado humano integral, numa visão holística, mas o processo de ensino segue um modelo biologicista, com conteúdos médicos que fragmentam o homem. Tal paradoxo só será percebido pelo aluno no momento em que ele se deparar com situações práticas. Compete às escolas de enfermagem a tarefa de facilitar a aprendizagem para o cuidado humano, pautado no compromisso de agir, no sentido de promover o bem-estar e manter a integridade do ser,

com qualidade nas ações que serão implementadas para alcançar esse propósito. (WALDOW, 2004).

O ensinar

Também no ensino da enfermagem brasileira, a figura de destaque é Florence Nightingale. Tendo sido a precursora da enfermagem moderna, sua escola constituiu-se em modelo para a enfermagem mundial. As primeiras escolas de enfermagem iniciaram seu processo de ensino tomando por base os preceitos ditados pela escola nightingaleana. Nos primórdios do processo educacional, o modelo pedagógico que tinha destaque era o do mestre/aprendiz, o aprender fazendo.

Nietzsche (1998) correlaciona as teorias da educação com o ensino de enfermagem, dando-nos uma panorâmica geral do caminhar do processo educativo da enfermagem brasileira. Podemos, através de seu estudo, fazer uma síntese da evolução da educação na enfermagem, como o descrito a seguir:

Escola Tradicional — O período da Escola Tradicional tem seu início marcado com a enfermagem empirista, da época do Brasil-Colônia, estando presente ainda hoje em algumas instituições de ensino. Determinadas características desse período podem ser destacadas: o regime de internato das escolas de enfermagem, primando por um controle rígido das alunas; valorização da moral e dos bons costumes em detrimento do conhecimento; não – questionamento da realidade ou reflexão sobre ela para tentar

mudá-la e o fato de os alunos seguirem regras que lhes eram impostas, sendo então passivos no processo educativo (SAAR, 2001).

Escola Tecnicista — Marca o início da pedagogia da Escola Tecnicista o período pós – 1964, que vivencia uma proposta pedagógica oficial do Estado Militar. No ensino da enfermagem, podemos destacar: surgimento de trinta e oito escolas de enfermagem, privilégio ao enfoque tecnicista e à assistência ao indivíduo hospitalizado. Os currículos guardam uma visão biologicista do processo saúde – doença, e o ensino procura produzir indivíduos competentes para o mercado de trabalho, lançando mão de recursos que possibilitam e asseguram a transmissão e a recepção de informações. Dá-se ênfase à avaliação como medida orientada por objetivos preestabelecidos. Acresce-se aos currículos a disciplina de Administração Aplicada à Enfermagem, para que os alunos possam despertar para o controle e a racionalização, buscando a eficiência e a eficácia empresarial (SAAR, 2001).

Nietsche (1998) diz que as décadas de 1980 e 1990 marcaram a enfermagem no que se refere ao ensino e à prática profissional. Faz menção à publicação de livros mais críticos, aos congressos com temas mais reflexivos sobre a profissão, à mudança sobre o que seja processo saúde-doença, à proposta do novo currículo, em que se busca formar um enfermeiro mais crítico, inserido em um processo histórico. Contudo, afirma que *é muito difícil dizer que, no ensino de enfermagem, esteja efetivamente presente a Escola Crítica. Podemos dizer que ela está num processo de ‘incubação’* (SAAR, 2001).

Outros docentes enfermeiros também se ocuparam com pesquisas sobre o ensino de enfermagem. Dentre eles, podemos citar Lunardi (1994) que, buscando desvendar a trama da formação do enfermeiro, descreve o processo de ensino como repressivo e disciplinador, contribuindo para a formação de profissionais submissos diante daqueles

que detenham o poder; e autoritários perante aqueles que de alguma forma estejam sob seu comando.

Contrariamente ao esperado, ou seja, que as relações pedagógicas se façam de modo menos fechado e autoritário no ensino de 3º grau, percebo nos cursos de enfermagem, especialmente no seu tronco profissional, a busca incessante do disciplinamento das alunas, mediante o controle e supervisão de seu desempenho, desestímulo à autonomia e até certa infantilização pela relação de dependência estabelecida (LUNARDI, 1994:6).

Além de repressivo e disciplinador, podemos dizer que o ensino e, por conseguinte, a docência de enfermagem ainda têm muito da educação bancária e conteudista, centrada no professor que leciona ditando regras, aprovando ou reprovando, e o aluno fica como espectador passivo no processo de aprender.

O trabalho de Gabrielli (1999) corrobora esta visão da docência de enfermagem. Na oportunidade, a referida autora conclui que para os graduandos de enfermagem

o professor ideal deve ter absoluto domínio da disciplina que leciona, tanto no que diz respeito ao conteúdo, quanto às 'maneiras' de ensinar, comandar a classe, estimular a participação. Deve também ser amistoso, não fazer discriminações, não 'expor' o aluno; que o corrija, mas de forma a incentivá-lo, motivá-lo, mostrando que é possível aprender também com os erros (GABRIELLI, 1999:132).

Outra preocupação demonstrada por quem pesquisa o ensino de enfermagem são as atividades práticas. Os estudos realizados por Carvalho (1972), Rezende (1983) e Silva (1986) mostram que essas atividades são repetitivas e ocorrem de forma assistemática, tendo caráter complementar, tornando-se mero arremate profissional. Estas autoras já apontavam para a necessidade de mudanças no ensino prático da enfermagem.

Opções usuais no ensino prático são os estudos clínicos e os estágios, que, em geral, acontecem em unidades de assistência à saúde que atendem em níveis tanto primário quanto secundário e terciário. A expectativa é que nessas situações ocorra a

esperada integração ensino/serviço, com vistas a minimizar o distanciamento teoria/prática, tão questionado e criticado. Mas observa-se um descompromisso por parte dos enfermeiros de serviço quanto a este aspecto. Lamêgo (2000), estudando a integração ensino/serviço, conclui seu trabalho afirmando: *os enfermeiros não se vêem como responsáveis pela formação dos graduandos de enfermagem, mesmo quando os recebem em estágios*. Em contraponto, também não encontramos, por parte dos docentes, uma integração com o serviço. A relação que estes mantêm com os enfermeiros restringe-se aos horários de atividades didáticas e, em algumas situações, às atividades de extensão que, em sua maioria, não ultrapassam um limite máximo de oito horas semanais, ou seja, a relação entre ambos está limitada às atividades acadêmicas.

Queremos ressaltar que o ensinar na enfermagem não se atém aos muros universitários. Ele ocupa espaço nas salas de aula do nível médio, formando e qualificando profissionais da enfermagem, bem como está presente nas unidades de saúde, seja nas instituições hospitalares ou unidades básicas. Nesse ínterim, as ações podem ser de educação permanente em serviço ou de educação para a saúde, onde os aprendizes são os pacientes ou clientes dos serviços.

O gerenciar

A enfermagem institucionaliza-se no século XIX por ocasião das reformas nos hospitais militares e marítimos. É neste cenário que inicia-se o processo de gerenciar na enfermagem. Mais uma vez, o nome em destaque é Florence Nightingale que recebe um pedido explícito do Ministério da Guerra, para dirigir-se ao oriente e trabalhar nos hospitais militares. Sua primeira iniciativa foi organizar a infra-estrutura dos hospitais,

estruturando a hierarquia e introduzindo o rigor disciplinar na enfermagem (GOMES et al., 1997).

O processo de gerência é orientado pelo momento histórico. O processo de institucionalização da enfermagem se dá com a reorganização da idade moderna, num contexto de transição de um modo de produção feudal para a implementação do capitalismo, onde a força de trabalho é o meio de produção mais significativo. Explica-se assim a necessidade de um hospital que promova a cura, sendo imperativa a organização e a funcionalidade, o que garantiria a possibilidade de recuperação rápida. (GOMES et al., 1997).

Para dar conta desta transformação e favorecer a cura a enfermagem modifica seu modelo de trabalho e estabelece três direções a seguir: organizar o cuidado ao doente, sistematizando as técnicas de enfermagem; organizar o ambiente, preocupando-se com a limpeza e a higiene; organizar os agentes de enfermagem, treinando-os e utilizando as técnicas disciplinares. É da necessidade de organizar os hospitais que a enfermagem vai apreender saberes das teorias da administração e aplicá-los no processo de trabalho da enfermagem (GOMES et al., 1997).

Dessa maneira, o trabalho de enfermagem vai organizar-se sob a influência dos trabalhos de Taylor — Administração Científica, e de Fayol — Teoria Clássica da Administração. Os dois teóricos buscavam uma maior eficiência nas empresas. Taylor preocupou-se com a organização do trabalho na empresa e na busca de mais prosperidade para patrões e empregados, desenvolvendo estudos de tempo e movimento com vistas a alcançar produção máxima em menor tempo e com gasto mínimo de material. Para tal, defendia a especialização dos operários. Acreditava que um planejamento minucioso e uma descrição detalhada das tarefas facilitariam sua execução

repetidas vezes, aumentando a produção e facilitando a especialização. Assim, dividiu o processo de trabalho de maneira que uns se ocupavam em planejá-lo e supervisioná-lo além de elaborar instruções detalhadas das tarefas a executar – os administradores, outros se ocupavam com a execução das tarefas – os operários (ALMEIDA; ROCHA, 1986; CAPELLA; GELBECKE, 1988; TREVIZAN, 1988; SPAGNOL, 2000).

Fayol focalizou a estrutura formal e as linhas hierárquicas da empresa e, com base no método científico, definiu as funções do administrador, designando para este profissional as tarefas de prever, organizar, comandar e controlar o processo de produção. Estabeleceu que, para o exercício administrativo, eram necessários conhecimentos técnicos e específicos. Descreveu então, princípios gerais a serem seguidos pelos administradores tais como: princípio da divisão do trabalho, princípio da autoridade e responsabilidade, princípio da unidade de comando e princípio da hierarquia e departamentalização. Dessa maneira sua teoria revela a distribuição hierárquica de autoridade nas empresas (ALMEIDA; ROCHA, 1986; CAPELLA; GELBECKE, 1988; TREVIZAN, 1988; SPAGNOL, 2000).

Ao planejar ações de enfermagem, direcionando-as a um grupo de pacientes, a enfermeira segue os princípios gerenciais propostos por Fayol. Mas, no cotidiano de trabalho da enfermagem, notamos uma maior influência da administração científica de Taylor. A enfermagem consolida seu processo de trabalho privilegiando a divisão técnica do trabalho, separando trabalho intelectual do trabalho manual, parcelando as atividades em tarefas e procedimentos, que são distribuídos entre os diferentes executores e, supervisionados pelo enfermeiro, mediante instruções e normas prefixadas, essa é a raiz taylorista da profissão. (TREVIZAN, 1988; ALVES, 1991; SPAGNOL, 2000).

O contexto capitalista da produção em larga escala caminha em direção à produtividade com qualidade; esta, testada por consumidores e clientes. Tal mudança ocorre em todas as áreas e, nas instituições de saúde, o despertar para a qualidade acontece na década de 1980, sendo decorrente da evolução da tecnologia médica, dos altos custos, dos poucos recursos bem como das crescentes exigências dos clientes. Mas inovar não é simples, pois exige intervir em um processo coletivo, alterando crenças e valores arraigados em indivíduos e em grupos e requer alterações nos produtos, serviços e organizações (BRITO, 1998; ANTUNES; TREVIZAN, 2000).

Seguindo o mesmo percurso das organizações de saúde, a enfermagem inicia *a adoção do gerenciamento da qualidade com vistas a alcançar um padrão aceitável de assistência e atender as expectativas dos trabalhadores e dos pacientes* (ANTUNES; TREVIZAN, 2000). Na tentativa de distanciar-se de um sistema gerencial piramidal no qual predominavam a hierarquização e a departamentalização, características que propiciam a centralização da tomada de decisão, o distanciamento entre planejamento e execução, e dos usuários dos serviços, a enfermagem busca reorientar suas práticas gerenciais, fazendo-as sob a égide da administração flexível, que segue os princípios de valorização dos seres humanos e da estratégia centrada nas pessoas (BRITO, 1998; ANTUNES; TREVIZAN, 2000).

Ainda dentro do contexto da busca pela qualidade, as instituições preocupam-se em atender as exigências internas (exigências geradas entre setores, seções e até mesmo entre seus trabalhadores). Busca-se uma nova significação do trabalhador, sendo que este deixa de ser a força de trabalho e passa a ser um colaborador, ao passo em que lhe é permitido opinar sobre aquilo que faz, valorizando-se o conhecimento e investindo-se na qualificação do profissional.

Brito (1998) e Spagnol (2000) estudaram os desafios e as tendências da enfermagem em um hospital de grande porte de Belo Horizonte que implantou um sistema de gerência, pautado na administração flexível. Brito (1998) destaca que:

A adoção de nova postura por parte da cúpula organizacional deixando de lado o tradicionalismo e a impessoalidade para estreitar relações entre áreas técnica e administrativa o que viabiliza a horizontalização das relações; a descentralização da autoridade e , portanto, do processo decisório; o aumento do grau de autonomia dos indivíduos e a incrementação do fluxo de informações e do processo de comunicação (BRITO, 1998:153).

A administração flexível e a adoção de nova postura pela cúpula organizacional são modificações inovadoras, mas que ocorrem de forma gradativa e através do embricamento das características do velho e do novo. Algumas enfermeiras assumiram o *gerenciamento de áreas de trabalho, deixando de atuar nas questões específicas da enfermagem realizando atividades de maior abrangência, incluindo gestão de recursos materiais, humanos e financeiros, envolvendo negociações intra e extra-organizacionais* (BRITO,1998).

Assim, abre-se uma nova frente de trabalho para o enfermeiro que, no pensar de Spagnol (2000), não é o foco da gerência de enfermagem. A autora assinala que:

o profissional enfermeiro deve ocupar espaço diferente daquele de tecnoburocrata, engajando-se na administração do cuidado, abrindo assim possibilidades de qualificação do trabalho da enfermagem (SPAGNOL, 2000:156).

A enfermeira é uma profissional formada para ter competência e potencial para ultrapassar o ato de cuidar diretamente e centralizar o exercício da função administrativa na assistência do paciente. Para tal, é imperativo que conheça todo o processo de trabalho e utilize o raciocínio clínico e os instrumentos de gestão, fazendo valer sua autoridade. Assim, estará habilitada para autodeterminar suas tarefas, planejar suas ações

e aquelas que viabilizem um atendimento com qualidade (TREVIZAN, 1988; SPAGNOL, 2000).

Constatamos que, nos pilares que sustentam a prática profissional do enfermeiro, há um imbricamento do cuidar e do gerenciar. A revisão da literatura específica sobre o tema, permitiu-nos confirmar a interdependência e complementaridade do cuidar, gerenciar e ensinar.

2.2 - A Teoria de Papéis

Uma vez que nossa indagação origina-se na vivência cotidiana da profissão por nós escolhida e que essa vivência se configurava diferentemente em cada local em que estivéssemos trabalhando, ou seja, em cada lugar éramos “um”, “representávamos papéis diferentes”. Pensamos ser a **teoria de papéis** a mais adequada para o estudo em pauta, uma vez que possibilita investigar o desempenho dos indivíduos em interação.

2.2.1-Teoria de Papéis: gênese

Para trabalharmos este tema, é necessário discorrer sobre seu criador, Jacob Levi Moreno.

Nascido em Bucareste no ano de 1889, viveu desde os quatro anos de idade em Viena, estudou Filosofia e Medicina e dedicou-se a trabalhos experimentais amadores, utilizando o teatro como método. Em 1908, começou a trabalhar técnicas

de grupo com pessoas marginalizadas pela sociedade da época (crianças de rua, refugiados de guerra, prostitutas), sendo que estas deram origem à psicoterapia de grupo, à sociometria e ao psicodrama (SOBREIRA; GOTTLIEB, 2003; NOGUEIRA, 2003).

Em 1921, Moreno cria o *Teatro da Espontaneidade* (Steigreiftheater), marco fundamental de sua trajetória. Em 1923 descobre a ação terapêutica da dramatização, fundando o *Teatro Terapêutico*; este, mais tarde transforma-se em Psicodrama (SOBREIRA; GOTTLIEB, 2003; NOGUEIRA, 2003).

Ao focalizar o pequeno grupo, substituindo o divã por um palco multidimensional no qual se dá espaço e liberdade para a espontaneidade, para o corpo, para o contato corporal e para a ação e interação, tornou-se pioneiro no desenvolvimento de abordagens grupais para problemas de saúde mental e de organização social, ultrapassando a linha divisória entre Sociologia e Psicologia (SOBREIRA; GOTTLIEB, 2003; NOGUEIRA, 2003).

A teoria de papéis ganha vida no *Teatro da Espontaneidade* em 1921, na cidade de Viena, mas é a partir de 1925, quando Moreno emigra para os Estados Unidos da América que ela ganha corpo e expande-se, através da Socionomia e do Psicodrama (SOBREIRA; GOTTLIEB, 2003; NOGUEIRA, 2003).

2.2.2 - Teoria de Papéis: o que é

Nascida no teatro, a teoria de papéis implica em uma “representação”, ou seja, na exteriorização de algo que foi incorporado, interiorizado através da relação

com o mundo, permitindo (re)ver experiências vividas e modificá-las, se necessário for.

Este é, portanto, um referencial teórico que permite estudar o desenvolvimento do homem fundamentado na sua natureza inter-relacional, os grupos humanos e os sistemas sociais de modo geral. Não está vinculado a uma única ciência; sendo que a antropologia se ocupou de estudar *o papel* definindo-o segundo os aspectos culturais do comportamento do homem, verificando o que era atribuído pela sociedade e o que era adquirido pelo indivíduo no que se refere aos papéis sociais. A psicologia social se empenhou em sistematizar conceitos teóricos de *papel* focalizando a conduta social expressa pela pessoa e a sociologia se dedicou a estudar os papéis na perspectiva das estruturas sociais. A teoria de papéis confere às Ciências Sociais e às Ciências Humanas um corpo teórico que se fundamenta nas relações, que respeita a natureza humana e suas necessidades de convívio, quer seja consigo mesmo, quer seja com o outro (RODRIGUES, 1981; COSTA, 2003).

2.2.3 - Um pouco mais sobre a Teoria de Papéis

Guimarães (2003) afirma que o nascimento, primeiro ato do indivíduo, traz à baila questões referentes à sua identidade. A autora, citando Moreno, faz referência a uma “*identidade cósmica*” — Matriz de Identidade — *na qual existe um estado puro de uma possibilidade espontânea e criativa, natural à sua essência mais profunda, da qual os papéis somam as suas ramificações expressivas, funcionais e culturais*, afirmando que o desempenho de papéis antecede ao surgimento do Eu, ou seja, o Eu vai se organizando a partir dos primeiros papéis que desempenha, adquirindo, com

esse exercício conteúdo e expressão emocional, ampliação de sua atuação, assumindo/desempenhando papéis mais complexos que envolvem o simbólico e o imaginário.

Posteriormente, essa matriz de identidade cederá espaço à Matriz Social, iniciando um processo de *“inversão de identidade” que vem instalar a criança num contexto histórico e social, fazendo-a perder a espontaneidade e criatividade, características de personalidade, até aqui, mais marcantes*. A capacidade de a criança vincular-se ao espontâneo vai sendo suprimida pelo processo de socialização, marcado pelos treinamentos e condicionamentos, que a fazem absorver, do contexto no qual está inserida, suas *“conservas culturais”* e novos modelos de conduta (GUIMARÃES, 2003).

Tendo visto que os papéis desempenhados antecedem ao surgimento do Eu, cabe-nos a tarefa de explicitar sucintamente a formação desse Eu e como ele representará ou desempenhará seus diferentes papéis.

2.2.3.1 - Espontaneidade

Esse é um conceito que “assinala” a formação do Eu e o desempenho dos diferentes papéis pelo indivíduo. Moreno (1993) conceitua espontaneidade como *sendo a capacidade de um organismo adaptar-se adequadamente a novas situações. Dela dependem respostas inventivas e criativas*. A espontaneidade recebe influências genéticas e ambientais, porém não é controlada por nenhuma das duas. É denominada de Matriz Espontânea e é a partir dela que se desenvolverá a personalidade.

Ao exercitar a espontaneidade, o indivíduo se adaptará ao ambiente por sua própria vontade, sem que a cultura restrinja sua criatividade e crie imposições à sua personalidade. Exercitá-la aumenta a capacidade criativa. Os papéis que expressam a dimensão psicológica do Eu surgem a partir da criatividade do indivíduo (NOGUEIRA, 2003).

2.2.3.2- Aquisição de papéis

Como dissemos anteriormente, o surgimento do **Eu** é antecedido pelo desempenho de papéis, assim sendo o Eu nunca poderia encontrar-se se não houvesse um **Tu**, ou seja, para que o EU se encontre, é necessário outras pessoas em atuação. Então, o grupo social ao qual a criança pertence ao nascer e dele depende fisiológica, psicológica e socialmente, funciona como uma *placenta social* que nutrirá a criança para que seu Eu surja; sendo, portanto, sua **Matriz de Identidade**, responsável pela transmissão da cultura e do engajamento social (NOGUEIRA, 2003).

Moreno (1993) dividiu os papéis desempenhados em:

- ♦ **fisiológicos ou psicossomáticos:** são aqueles que o indivíduo desempenha no ato de nascer e também para comer, dormir e exercer atividades sexuais;
- ♦ **papéis psicológicos ou psicodramáticos:** surgem da atividade mental criadora (mãe, pai, fadas, saci, cantor) ajudam a criança a experimentar a ‘psique’; e

♦ **papéis sociais:** correspondem a funções sociais assumidas pelos indivíduos (do policial, do enfermeiro, do médico) e contribuem para produzir a sociedade.

Segundo Moreno (1993), ao longo de suas vidas as pessoas assumem diferentes papéis e estes constituem unidades culturais de conduta. Estas unidades são partes integrantes e intermediárias do Eu total.

No momento em que o Eu se distingue do Tu, ocorrem as assimilações culturais, intelectuais, fisiológicas e sociais, resultando no surgimento do Eu total, o que faz com que se “manifeste” a sua personalidade (NOGUEIRA, 2003).

A aquisição dos papéis dar-se-á através de um “processo” constituído de três fases, quais sejam:

♦ **role-playing** – é a aprendizagem de um papel. Trata-se de explorá-lo em todas as suas possibilidades de representação;

♦ **role-taking** – é a adoção do papel. Trata-se de assumí-lo a partir de modelos disponíveis; e

♦ **role-creating** – é a criação do papel. Trata-se de desempenhá-lo de forma espontânea, criativa, enriquecendo-o ou modificando-o.

2.2.3.3 - Desempenho de papéis

O desempenho de papéis consiste em um conjunto de comportamentos adotados e exercidos por um indivíduo num contexto social, em um certo lugar da estrutura social– *status*, e em um dado momento histórico, portanto, requer um grupo em interação. Segundo Parsons (1971) as *ações* de uma sociedade, ou seja, o desempenho de papéis, dá-se numa interação do indivíduo (personalidade) com o

meio em que está inserido (sistema social), mediante padrões culturais (sistema cultural). A partir disto podemos dizer que os papéis são complementares (PARSONS et al., 1971; RODRIGUES, 1981).

Ressaltamos que o *status* é o conjunto de direitos e deveres de um indivíduo que o ocupa, e **papel** é o exercer desses direitos e deveres, portanto, o desempenho de papéis nada mais é do que o aspecto dinâmico do *status*. Assim sendo, o *status* é “permanente”, enquanto que o papel é “temporário”, ou seja, numa sociedade presidencialista, haverá sempre o *status* de presidente mesmo que ninguém esteja desempenhando esse papel em um determinado momento (LINTON, 1971, 1973; RODRIGUES, 1981).

À guisa de síntese, podemos dizer que o desempenho de um papel varia de uma situação para outra, de um lugar para outro e de pessoa para pessoa, uma vez que não existem situações, lugares e pessoas exatamente iguais. Ressaltamos que ao desempenhar um papel, o ator deve saber se este é adequado ao lugar ou à situação em que ele se encontra.

Existem outros aspectos vinculados ao papel que merecem atenção. São eles:

- ♦ **número de papéis** – o número de *status* de um dado sistema social é variável quando comparado ao de um outro, assim, os indivíduos que o constituem poderão desempenhar papéis diferentes com níveis de complexidade distintos. Dentre esses papéis, há aqueles que não se repetem, que ocorrem em uma determinada idade cronológica e há outros que são cíclicos. Há também papéis que estão sempre ativos em qualquer situação, como por exemplo o sexo, a idade, o estado civil e aqueles que se mantêm em estado de latência por um determinado tempo. Quanto mais papéis o indivíduo desempenha, maior preparo terá para enfrentar as experiências da vida

social. Assim um indivíduo pode desempenhar um grande número de papéis sucessivamente (filho ou filha, aluno, pai ou mãe) e dois ou mais simultaneamente (enfermeiro, pai, genro) (RODRIGUES, 1981);

♦ **envolvimento no desempenho de papéis** – o grau de envolvimento de uma pessoa no papel que está desempenhando pode variar do não envolvimento ao fascínio. Existem ocupações que requerem o mínimo de envolvimento pessoal e outras que exigem um alto nível de envolvimento. Imaginemos um profissional de enfermagem preparando materiais para o processo de esterilização. A seguir, imaginemos este profissional atendendo uma pessoa em situação de urgência sozinho, até a chegada de outros profissionais para ajudá-lo. Na primeira situação, seu envolvimento será mínimo enquanto que, na segunda, pode chegar ao máximo (SARBIN; ALLEN, 1968; RODRIGUES, 1981);

♦ **tempo gasto no desempenho de papéis** – o tempo gasto no desempenho do papel pode ser determinado por características pessoais ou institucionais, entretanto, há papéis em que não se escolhe o tempo a gastar, pois está em ação o tempo todo (ser mulher, ser adulto). O tempo gasto no desempenho de um papel será sempre relacionado ao gasto em outro. Imaginemos uma enfermeira casada, com dois filhos, voluntária da pastoral da saúde de seu bairro. Ela dividirá seu tempo para desempenhar todos esses papéis, uma vez que não pode exercer os deveres inerentes a todos eles de uma só vez. Contudo, será mulher adulta por todo esse tempo (RODRIGUES, 1981);

♦ **localização dos papéis** – a localização dos papéis ocorre em função de determinações e limitações exercidas pelos papéis complementares. Ao localizar seu papel e os papéis que lhe são complementares em um sistema social, o ator adquire

uma melhor condição para explorar as relações interpessoais, selecionar os papéis adequados a cada situação e assim sobreviver nesse sistema (RODRIGUES, 1981);

♦ **habilidades no desempenho de papéis** – assim como o ator no teatro, para exercer um papel no sistema social, a pessoa deverá adotar posturas, movimentos, expressões faciais e entonação de voz apropriados para o referido papel, implicando o desenvolvimento de habilidades cognitivas e motoras. Essas habilidades variam de pessoa a pessoa, de acordo com seu treinamento específico, suas experiências anteriores e seus atributos básicos. Imaginemos um advogado exercendo o papel de defensor do réu. A seguir, imaginemos o advogado de acusação. Ambos exercem o papel de advogado, mas em cada uma das situações, as posturas, expressões faciais e entonação de voz serão distintas (RODRIGUES, 1981);

♦ **expectativas de papéis** – as expectativas quanto ao desempenho de “um mesmo papel” variam de sistema social para sistema social, contudo, não se pode esperar que indivíduos diferentes venham a exercer um mesmo papel, de um mesmo jeito, uma vez que cada ser é uno. Essas expectativas também variam com o grau de clareza que o grupo social tem do papel em questão (RODRIGUES, 1981);

♦ **efeito das expectativas sobre o desempenho de papéis, conflitos de papéis** – ao desempenhar um papel ou ao assumir um novo papel, o ator agirá conforme expectativas do grupo no qual se insere. Essas expectativas podem não se afinarem com as do próprio ator, exigindo-lhe um esforço adaptativo para evitar ou minimizar conflitos que possam surgir. Nessas situações o ator procurará respostas em vivências passadas que poderão auxiliá-lo na tomada de decisão. Contudo, há situações em que o ator se conforma e se submete às pressões do grupo. Esse conformismo pode ser internalizado, tornando-se “real”, ou pode ser “oportunista”,

quando o acordo é apenas externo. Cabe ressaltar que a falta de clareza quanto às expectativas do papel podem interferir no seu desempenho. São bons exemplos: expectativas indefinidas ou vagas dos indivíduos ou sistemas sociais; discrepância, devido à falta de consenso, e a percepção inadequada das expectativas por parte do ator. A falta de clareza ou a ambigüidade de expectativas evidenciam-se com sinais de tensão e insatisfação com o trabalho por parte do ator (SARBIN; ALLEN, 1968; RODRIGUES, 1981).

O papel do enfermeiro é alvo de investigação permanente, deixando-nos a sensação de que ainda há falta de clareza quanto às expectativas que dele se deva ter.

Considerando o fato que muitos estudiosos (PARSONS; SHILS, 1971; L. HARTLEY; HARTLEY, 1971; LINTON, 1971, 1973; MORENO, 1993) elaboraram conceitos de **papel** e, considerando também que conceito é fruto de elaboração intelectual, que é um instrumento que ajuda a entender e a intervir no real e, em geral, faz parte de uma teoria, adotamos para esse estudo o conceito formulado por Trevizan et al. (1987), uma vez que o mesmo explicita o papel do enfermeiro, ajudando-nos na compreensão da especificidade desse profissional.

O papel do enfermeiro é um conjunto de comportamentos que dele se espera quando investido da posição de enfermeiro num sistema social; tal conjunto de comportamentos é fundamentado nos conhecimentos, habilidades e valores da profissão (TREVIZAN et al., 1987:105).

Metodologia

3 - METODOLOGIA

3.1 - Tipo de estudo

Partindo do pressuposto de que há uma especificidade para o enfermeiro, buscamos apreendê-la sob a óptica de profissionais da saúde. Adotamos a abordagem qualitativa por nos permitir uma abrangência da realidade social e por entendermos que a introspecção do homem e sua observação sobre si mesmo podem desvelar aspectos até então despercebidos. Analisamos os dados seguindo as diretrizes para análise de dados qualitativos, propostas por Minayo (2000). Pautamo-nos no referencial da análise do discurso descrito pela referida autora.

3.2 - Local de estudo

A investigação de campo foi realizada em uma Organização Militar², localizada em Minas Gerais, pertencente ao Comando da Aeronáutica. Sua estrutura organiza-se em três **divisões**: Técnica, Administrativa e Saúde. Esta é denominada de

² A escolha se deve ao fato de que a autora vivenciou experiência profissional em Organização Militar e parte do pressuposto de que há distinções a serem investigadas.

Esquadrão de Saúde Reforçado (DESR), local onde efetivamente foi realizado o presente estudo.

O DESR é constituído por uma unidade de internação, um centro cirúrgico, uma unidade de emergência, um laboratório de análises clínicas, uma farmácia hospitalar e de manipulação, um ambulatório de especialidades médicas, um serviço de fisioterapia, um serviço de nutrição e um serviço de psicologia. É classificado como um hospital de pequeno porte.

3.3 - Unidades de análise

Constituíram unidades de análise desta pesquisa, **dissertações e teses** de enfermeiros que se dedicaram ao estudo da prática profissional e **entrevistas de profissionais da equipe de saúde** que desenvolvem suas atividades em instituições de saúde.

3.4 - Etapas do estudo

O estudo foi desenvolvido em duas etapas distintas, porém complementares: **revista de literatura – dissertações, teses e entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde.**

A primeira etapa, revista de literatura, foi desenvolvida da seguinte maneira: realizamos levantamento nos bancos de dados da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) – sala de Leitura Glete de Alcântara, Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (FM-UFMG) – Biblioteca Baeta Viana, Centro Latino

Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME), adotando as seguintes expressões de busca: **identidade profissional do enfermeiro, papel do enfermeiro, competência do enfermeiro, atribuições do enfermeiro**, definindo-se como ponto de partida o ano de 1972³.

O levantamento foi realizado em 2003. Foram levantados **219** resumos na BIREME e 56 trabalhos no banco de dados da EERP-USP e FM-UFMG. Uma vez que era improvável uma análise criteriosa de todos os trabalhos, procedemos uma seleção dos estudos dedicados à investigação da prática profissional da enfermagem brasileira.

Para selecionarmos as dissertações e teses, adotamos os seguintes critérios: leitura do resumo, preenchendo roteiro previamente elaborado (Apêndice F). A seguir, foi feita exclusão de trabalhos publicados antes de 1972, exclusão de trabalhos originários de outros países, exclusão de artigos e exclusão das obras que apareciam repetidas. Selecionamos então **99** teses e dissertações. Das **99** teses e dissertações constituímos a amostra através de sorteio, sendo ela composta por **29** teses e dissertações.

A segunda etapa constou de entrevistas semi-estruturadas, que objetivaram investigar qual a opinião de profissionais da área da saúde sobre a especificidade do enfermeiro. As entrevistas seguiram roteiro previamente elaborado que, por sugestão da banca de qualificação, foi alterado (Apêndice A) e que, ao realizarmos as primeiras entrevistas, constatamos a necessidade de outra adequação no roteiro que aparece no apêndice A2.

Devido ao ajuste do roteiro descartamos as primeiras entrevistas realizadas (três). Em seguida, reiniciamos a coleta de dados. Entrevistamos **01 nutricionista, 02 psicólogos, 02 enfermeiros, 03 fisioterapeutas, 04 farmacêuticos, 10 dentistas, e**

³ Ano de início da pós-graduação *stricto sensu* da enfermagem brasileira.

17 médicos, aproximadamente 80% dos profissionais de saúde lotados no DESR, e **01 enfermeiro docente**.

As entrevistas foram realizadas mediante aceite e assinatura do termo de consentimento informado pelos convidados a participar da pesquisa. Tais entrevistas foram agendadas previamente, escolhendo-se local que oferecesse comodidade para o informante e entrevistador e garantisse um ambiente propício para uma entrevista gravada. Em seguida, procedemos a transcrição das entrevistas, disponibilizando as transcrições para leitura pelos entrevistados. Realizamos as entrevistas individualmente, no período compreendido entre abril e dezembro de 2004.

Cabe ressaltar que foram observadas as recomendações da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Portanto, a coleta de dados só foi iniciada após a obtenção do consentimento das instituições envolvidas (Anexos A e B), a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Anexo C) e assinatura do termo de consentimento informado (Apêndice B) pelos participantes.

3.5 - Organização dos dados

Organizamos os dados em dois bancos distintos. As dissertações e teses selecionadas foram lidas em sua íntegra. Em uma segunda leitura, destacamos nos textos trechos que descreviam ou indicavam competência do enfermeiro, atribuições deste, bem como traços da identidade profissional e o papel desempenhado, além de outros que chamavam-nos a atenção. Os trechos destacados dos trabalhos foram então identificados com código alfanumérico, composto pela letra **T** (trabalho) seguida de um número

correspondente à ordem que o trabalho ocupa na relação apresentada no Apêndice D, e das letras **pg** (página), acompanhadas do número da página, onde poderiam ser localizados nas dissertações ou teses correspondentes. Tal conduta foi adotada para que, ao fazermos citações desses trechos, estes não fossem confundidos com citações de referência, uma vez que a maioria de seus autores são conhecidos em nosso meio e, não obstante, algumas vezes citamos trechos de informantes dos trabalhos em análise. Os dados bibliográficos dos estudos analisados são apresentados no Apêndice E, possibilitando aos leitores identificá-los.

Os dados oriundos das entrevistas foram organizados da seguinte forma: transcrição das entrevistas em sua totalidade, leitura preliminar objetivando conhecer o todo, releituras para destacar idéias que representavam a opinião dos entrevistados sobre especificidade profissional do enfermeiro e grupamento das falas mediante igualdade e divergências para construção de eixos temáticos e subtemas dos discursos emitidos.

Tomamos o cuidado de manter o anonimato dos sujeitos envolvidos, adotando o seguinte critério de identificação: cada informante recebeu um código alfanumérico composto pela primeira letra de sua profissão e o número de ordem de sua entrevista. Os fisioterapeutas foram identificados com a sigla "**FIS**" para permitir a distinção dos farmacêuticos, estes identificados pela letra "**F**".

Resultados

4 - RESULTADOS

4.1 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Pretendemos com esse capítulo permitir ao leitor conhecer as opiniões dos informantes deste estudo sobre a especificidade do enfermeiro, dividindo-o em três tópicos: **revista de literatura, o que os informantes falam sobre especificidade, enfermagem e enfermeiro e reconstruindo uma imagem profissional.**

4.1.1 - Revista de literatura

Iniciaremos a revista de literatura com o conceito do vocábulo especificidade, uma vez que este retrata o objeto de estudo deste trabalho.

4.1.1.1 - O vocábulo especificidade

Sentimos necessidade de definir o vocábulo *especificidade*. Para tal, nos apoiamos em dicionários da língua portuguesa, dicionários de etimologia e de enciclopédias. Essas obras definem o vocábulo *especificidade* como:

qualidade daquilo que é específico: a especificidade da obra literária, da arte; qualidade típica de uma espécie; propriedade de uma doença cujos caracteres são nítidos e constantes e cuja causa é sempre semelhante (FERREIRA, 1997:701; LAROUSSE CULTURAL, 1998:2209; SILVEIRA BUENO, 2000:319; HOUAISS et al., 2001:1226).

Nesse estudo, *a priori*, o vocábulo **especificidade** tomou o sentido de **específico, próprio, inerente, singular**. Assim, a **especificidade do enfermeiro** será compreendida como **algo que lhe seja próprio, específico, distintivo**.

4.1.2 - Teses e dissertações: os estudos selecionados

As teses e dissertações selecionadas para o estudo compreendem 21 dissertações de mestrado, 7 teses de doutorado e 1 de livre docência, oriundas de São Paulo (2), Ribeirão Preto (15), Brasília (1), Rio de Janeiro (2), Belo Horizonte (7), Salvador (1), Campinas (1). A maioria dos autores (21) seguiu os fundamentos teóricos da abordagem qualitativa para proceder as investigações.

Os estudos analisados estão distribuídos cronologicamente nas décadas de 1970 (3), 1980 (2), 1990 (16) e 2000-02 (8). Destacamos que dois deles retrocederam no tempo, estabelecendo períodos distintos para a investigação (1932-1941 e 1967-1983), o que contribuiu significativamente para o presente estudo. Ressaltamos que foram investigadas as práticas profissionais dos enfermeiros no contexto hospitalar e no contexto de saúde coletiva e que as fontes de informação dos estudos analisados se constituíam de artigos extraídos de periódicos nacionais, bem como de relatos de

profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, administradores hospitalares) e de pacientes e seus familiares. Tudo isso possibilitou-nos uma visão ampliada da prática profissional do enfermeiro, favorecendo o processo de aproximação da especificidade desse profissional.

A leitura e releitura das teses e dissertações permitiu-nos evidenciar aspectos marcantes nas investigações realizadas, que foram por nós divididos nas seguintes categorias: **Florence Nightingale: um marco profissional; O que fazem os enfermeiros e de que forma o fazem; O que é necessário para ser enfermeiro; As razões que levam à escolha da profissão; O que se espera do enfermeiro.**

4.1.1.2.1 - Florence Nightingale: um marco profissional

Observamos que quase todas as teses e dissertações analisadas fizeram (e pensamos que não poderiam deixar de fazê-lo, mesmo que sucintamente) uma retrospectiva histórica da enfermagem. Quando os autores retrocedem no tempo, em busca da origem profissional da enfermagem, encontram um marco divisor da *enfermagem de senso comum* para a *enfermagem profissional ou moderna* – Florence Nightingale.

[...] Antes de Florence Nightingale, a enfermagem era vista como extensão dos serviços domésticos; esperava-se que o enfermeiro arrumasse os quartos, as camas, desse atendimento às necessidades físicas do doente. A partir de Florence Nightingale, passaram a ser requeridas do enfermeiro qualidade técnicas, morais e de inteligência; mudaram portanto as expectativas [...] (T16pg41-42)

Não pretendemos retomar a contribuição dada por esta teórica (personagem?) à enfermagem porque tal fato seria redundante, visto que também recorreremos a tal

recurso. Contudo, não poderíamos deixar de citar esse dado, uma vez que este mostrou-se significativo. Ao citarem Florence Nightingale, os autores dos estudos analisados destacam seu perfil arrojado e sua persistência em fazer com que a enfermagem deixasse de ser uma prática doméstica e se tornasse uma profissão.

Florence [...] Ao estabelecer a enfermagem como uma profissão, teve que mudar regras e moldar um novo tipo de mulher que pudesse atuar em uma nova esfera de trabalho. (T6 pg 166 grifo nosso)

Queremos ressaltar que algumas das características que Florence Nightingale definiu como importantes para uma boa enfermeira são características fundamentais e eternas, quais sejam, olhar e tratar o doente como ser humano, desenvolver as capacidades de observação e de tomada de decisão (NIGHTINGALE, 1989).

4.1.1.2.2 - O que fazem os enfermeiros e de que forma o fazem

Constatamos através das leituras das teses e dissertações selecionadas que várias atividades são atribuídas ao profissional enfermeiro, contudo as mesmas não se distanciam daqueles três pilares citados por nós no capítulo introdutório desse estudo, **cuidar**, **gerenciar** e **educar**. Assinalamos nesse tópico os desdobramentos que estes assumiram ao longo do tempo. Para tal, considerando a amostra em estudo, fizemos uma divisão cronológica e a apresentamos a seguir.

Tomando por referência os trabalhos números dois (T2) e seis (T6), foi possível dividir o fazer dos enfermeiros em dois períodos distintos: *período pré-Florence* e *período pós-Florence*. No primeiro, os “enfermeiros” **cuidam**. Fazem-no pautados em conhecimentos do senso comum, buscando a salvação de sua própria alma, muitas vezes em troca de comida e moradia. No segundo, os enfermeiros

cuidam, ensinam e gerenciam. Fazem-no pautados em conhecimentos científicos, seguem técnicas e rotinas pré estabelecidas e obedecem normas de conduta.

A figura da *nurse*, da mulher que cuida sob orientação da instituição, que poderíamos chamar enfermeira pré-Nightingale, é cruel. [...] É um personagem que provém do resíduo social ou do proletariado, e traz consigo, o hábito do álcool diário e freqüente, em pequenos goles.[...] a enfermeira do lar, ou aquela figura de mulher que cuida no espaço não institucionalizado da vida privada não é miserável; é terna, paciente, bondosa. Florence [...] Ao estabelecer a enfermagem como uma profissão, teve que mudar regras e moldar um novo tipo de mulher que pudesse atuar em uma nova esfera de trabalho. (T6 pgs98,154,166)

À época da implantação do sistema Nightingale no Brasil, a enfermagem era exercida por religiosas e leigos sem preparo específico às atividades de enfermagem. (T2pg104)

Estas três áreas de atuação persistem até os dias atuais (2005), resistindo ao tempo, ganhando roupagens diversificadas, assumindo características distintas período a período.

Doravante passamos a nos referir à enfermagem brasileira. O trabalho número vinte e três (T23), dedicado ao estudo do processo de trabalho do enfermeiro de saúde pública, permitiu-nos voltar ao ano de 1900 e alcançar o ano de 1983. Foi possível constatar que a ação esperada dos enfermeiros nos anos 1900 - 1923 era a de **cuidar** de maneira semelhante ao período *pré-Florence* (1903), distinguindo-se deste o fato de que eram religiosas que o faziam, cumprindo uma função social na qual buscavam moralizar e disciplinar os *páreas e desamparados* e convertê-los à religião.

Constatamos também que em 1920 os enfermeiros tinham por missão o **educar**, e funcionavam como elo de ligação entre os serviços de saúde e as famílias expostas ao contágio das epidemias que marcaram a época.

Em 1923, as ações que o enfermeiro devia executar foram estabelecidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e eram as de **educação e gerência**. Era da responsabilidade do enfermeiro padronizar as ações dos serviços de enfermagem, tornar as normas técnicas claras e compreensíveis, treinar pessoal para execução dessas técnicas, fiscalizando o trabalho do pessoal treinado.

[...] (1903-1925) [...] existia uma prática assistencial realizada ‘por congregações de religiosas’ que cumpriam mais uma função social [...] cuidar dos páreos e desamparados, procurando a conversão religiosa, a moralização e a disciplina destes grupos da população. [...] em 1920 [...] a enfermeira deveria ter uma função, dentre outras, educativa. [...] nesse período, a concepção sobre a enfermeira era entendida como elemento de ligação entre o serviço de Saúde pública e o lar, ‘que ministrasse orientação e assistência às famílias expostas ao contágio’. [...] As atribuições das enfermeiras davam mais ênfase as atividades de caráter administrativo e educativo [...].(T23pg 28-29)

Os trabalhos de número dois (T2) e vinte e três (T23) permitiram-nos percorrer um pouco mais o caminho trilhado pela enfermagem brasileira. Pudemos recuperar fatos ocorridos nos anos de 1925 a 1941. No que diz respeito à enfermagem de saúde coletiva foi possível constatar que o trabalho era desprovido de padronização das atividades, desenvolvido em serviços especializados, executado predominantemente por pessoal sem preparo e com esporádica participação do enfermeiro, sendo de sua responsabilidade o treinamento de pessoal auxiliar (**educar**) e a coordenação do trabalho desenvolvido por eles (**gerenciar**).

A autora do T2 analisou um periódico de enfermagem nacional, existente na época (1932), e extraiu dos artigos publicados as seguintes atribuições para o enfermeiro:

♦ **educar** – considerada a atividade mais importante por formar novos profissionais;

♦ **cuidar do doente** – devendo fazê-lo de maneira global, observando e interpretando sintomas, além de zelar, guardar e proteger o paciente, responsabilizando-se também por preparar-lhe o que comer, manter o ambiente e ele próprio dentro de um bom padrão de higiene e limpeza, e ainda, funcionar como elo de ligação entre paciente e médico e entre ambos e a instituição; e

♦ **administrar** – era sua responsabilidade fazer o registro de todo e qualquer dado relacionado ao doente e ao ambiente de trabalho, para que estes subsidiassem as decisões institucionais; além de coordenar as ações dos demais membros integrantes da equipe de enfermagem e administrar as escolas de enfermagem.

O T2 permitiu-nos verificar que a visão da profissão de enfermagem do período de 1932-1941 era confusa, oscilando entre o elitismo e o não reconhecimento profissional, entre ciência e arte. O T2 possibilitou-nos também constatar que as expectativas quanto ao desempenho do profissional enfermeiro eram diversificadas. O profissional deveria ser capaz de atuar no campo e na cidade, na prevenção de doenças e na recuperação da saúde. Foi possível perceber que o enfermeiro necessitava desenvolver inúmeras habilidades. A síntese da visão da profissão delineada pelo T2 é apresentada a seguir

[...] Visão da profissão: profissão não reconhecida; profissão especial (elitismo, vocação); enfermagem como profissão feminina; enfermagem como ideal, ciência e arte; áreas de atuação (enfermagem hospitalar; enfermagem de saúde pública que se desdobra em: enfermagem rural, enfermagem em doenças contagiosas, enfermagem escolar; enfermagem psiquiátrica e higiene mental); competências (assistir o indivíduo como um todo); atividades (relacionadas à polícia sanitária e de educação sanitária, relacionadas à eugenia, relacionadas à nutrição, relacionadas à fisioterapia e assistência social, relacionadas à administração e estatística)[...] (T2pg 103)

Avancemos um pouco mais. Tomemos por referência o T23 e caminhemos pelos anos de 1960 e 1970. O panorama descrito anteriormente para os enfermeiros de saúde pública perdurou até 1969, quando mudanças ocorridas no contexto da saúde coletiva influenciaram significativamente o processo de trabalho desse profissional. A divisão técnica e social se fazia notar e refletiu também na enfermagem. Ao enfermeiro foram atribuídas as seguintes tarefas: controlar e supervisionar o trabalho do pessoal auxiliar, além de padronizar técnicas e viabilizar sua execução por pessoal sem formação específica, caracterizando a função do **supervisor**, delineada pela administração taylorista.

[...] As atribuições das enfermeiras davam ênfase às atividades de caráter administrativo e educativo, como pode ser observado a seguir: a) orientar a organização e aprimoramento das atividades das enfermeiras em saúde pública lotada nos Estados; b) contribuir para padronização das respectivas técnicas do serviço de enfermagem no terreno sanitário; c) cooperar com as repartições estaduais de saúde pública, sempre que solicitarem seu concurso no estudo de problemas relativos àquele setor e no treinamento de pessoal, para desempenho das tarefas referentes às atividades de prevenção da saúde; d) elaborar resenhas técnicas divulgando-se com exatidão e documentadamente, tornado-as claras e realizáveis, notificando os resultados nas aplicações práticas; e) chefiar a seção de enfermagem em saúde pública na maioria dos estados da união; f) orientar, coordenar e fiscalizar o trabalho das visitadoras e auxiliares de enfermagem; g) preparar pessoal extra profissional para suprir, em parte, a falta de enfermeiras diplomadas; h) promover reunião de visitantes para ajuste de serviço, conhecer o desenvolvimento de enfermagem divulgação das técnicas no setor, na revisão de seus programas de trabalho. [...] (T23pg28-29)

Ainda tomando por referência o T23, constatamos que, na primeira metade da década de 1970 a atuação do enfermeiro foi caracterizada por esforço grande em dar conta de uma multiplicidade de atividades relacionadas à assistência individual, ao

controle do processo saúde-doença na coletividade e ao aprendizado de funções técnicas e gerenciais, caracterizando o **cuidar**, o **gerenciar** e o **educar**.

Da segunda metade da década de 1970 até 1983, ano limite da investigação, o enfermeiro de saúde pública adotou em seu processo de trabalho os princípios da administração científica, adequando-os para organizar e coordenar a assistência de enfermagem; organizar as atividades parcelares do trabalho em saúde, assumindo a coordenação e controle das áreas de atendimento e intermediando as relações entre os vários agentes.

O enfermeiro passou a responder pelas ações de enfermagem e pela supervisão, controle e treinamento dos agentes de enfermagem. Constatamos que o enfermeiro assumira o papel de líder da equipe, caracterizando, mais uma vez, a função de **gerencia** na prática desse profissional.

Os trabalhos citados até o momento evidenciaram, especialmente, através das ações estabelecidas pelo DNSP para o enfermeiro, que a divisão do trabalho é uma realidade. Permitem-nos afirmar que as ações anteriormente descritas e designadas para o enfermeiro se tornaram ações da **equipe de enfermagem**, mesmo esta se constituindo de agentes com pouca ou nenhuma qualificação.

Desse ponto em diante agruparemos os trabalhos por década de publicação, reportando-nos então, às funções que o enfermeiro exercia no momento em que o estudo foi realizado.

A década de 1970 ainda é alvo de atenção nos trabalhos números doze, dezesseis, e vinte (T12,T16, T20). Todos visualizam a prática do enfermeiro dessa época de outro ângulo que aquele adotado no T23.

Constatamos através deles que, ao final da década de 1960 e nos primeiros anos da década de 1970, os teóricos de enfermagem dedicaram-se de maneira efetiva à investigação do papel do enfermeiro. Alguns desses estudos são citados no T20 e afirmam que o papel do enfermeiro está mal integrado ao sistema hospitalar e que há uma transição no processo de definir esse papel. Demonstraram também que havia um engajamento maior do enfermeiro em tarefas **administrativas**.

[...] procurando determinar ‘quem faz o quê’ de enfermagem no hospital, mostrou estar o papel da enfermeira ‘mal integrado no sistema social hospitalar’, revelando que a ocupação ainda se encontra ‘em processo de transição no definir de papéis’ [...] os estudos de atividades de enfermagem, realizado em diferentes regiões do país, [...] vêm demonstrando um engajamento cada vez maior da enfermeira nas chamadas tarefas administrativas, com distanciamento do objeto central de sua profissão, que é cuidar do paciente. (T20pg6)

Através do T12 foi possível constatar que o enfermeiro utiliza mal o seu tempo, dedicando maior parte dele às atividades **administrativas** de cunho burocrático, deixando de exercer o **cuidar**, que é o que se espera dele. Ficou explícito também que a probabilidade desse profissional prestar cuidado direto ao paciente é cada vez menor, comprometendo assim a qualidade da assistência dada.

[...] a maioria das atividades executadas pelos enfermeiros-chefes não condiz com o que é esperado destes profissionais, sendo o seu tempo indevidamente utilizado, em detrimento das atribuições que lhes são determinadas pelo serviço. [...] a porcentagem mais alta de tempo gasto [...] se relaciona às atividades administrativas, principalmente às de caráter burocrático. [...] é baixo o índice de dedicação [...] às atividades de assistência direta ao paciente. (T12pg105-7)

O T20 possibilitou-nos identificar que, dentre os campos de autoridades existentes em um hospital, mais especificamente nas unidades de internação, destacam-se dois eixos, um técnico especializado e um administrativo. O primeiro é

exercido pelo médico e o segundo é exercido pelo enfermeiro. As atividades administrativas destinadas ao enfermeiro vinculam-se ao provimento e manutenção da unidade. A estas são acrescidas as atividades de coordenação da equipe de enfermagem, visando assegurar a continuidade de cuidados prestados aos pacientes.

Depois da análise dos centros de autoridade do hospital, identificamos, nas unidades de internação, a autoridade especializada e a autoridade administrativa, sendo a primeira desempenhada principalmente pelo médico e a segunda, pela enfermeira. (T20pg65)

O T16 permitiu-nos constatar que o enfermeiro executa atividades **técnicas** e **administrativas**. As técnicas visam melhorar o estado de saúde do paciente, **cuidando** dele. Esse cuidar é dotado de alguns atributos “especiais” tais como calma, dedicação e compreensão. As atividades administrativas atribuídas ao enfermeiro chefe têm demarcação nítida e referem-se às **atividades burocráticas**.

O enfermeiro é um profissional que não só executa determinadas atividades técnicas, tendo em vista o melhor estado possível de saúde do paciente, mas executando-as de maneira calma, demonstrando dedicação, compreensão e sendo emocionalmente neutro em suas relações profissional. [...] Em enfermagem há certos papéis com aspectos bem demarcados, como é o caso do enfermeiro-chefe de uma unidade, cujas atribuições burocráticas sejam bem estabelecidas. (T16pg41,43)

A década de 1980 é aqui representada pelos trabalhos de números dezoito e vinte e dois (T18, T22). Ambos são investigações realizadas por um único teórico da enfermagem e foram dedicados à investigação das atribuições do enfermeiro no âmbito hospitalar.

O T22 foi realizado no ano de 1986. Ao fazer referência ao progresso da tecnologia e da especialização, a autora assinala que os enfermeiros foram impelidos a exercer suas atividades em instituições hospitalares, assumindo funções de **ensino e**

administração, além das de **assistência**, que eram habituais. Caracteriza o enfermeiro como um profissional mais distante do paciente do que os demais membros da equipe de enfermagem, mais comprometido com atividades burocráticas que com aquelas voltadas para a organização da prestação da assistência. Ressalta que a burocratização do profissional enfermeiro é proveniente de uma expectativa institucional, que o coloca como seu representante e o transforma em um especialista administrativo. Conclui que a função administrativa é um elemento definidor do perfil do enfermeiro.

Assim, com o advento da institucionalização do hospital e com o progresso crescente da tecnologia e da especialização [...] muitas enfermeiras foram impelidas para o desenvolvimento de suas atividades profissionais nas instituições hospitalares. [...] a enfermeira passa a assumir compromissos relativos às funções de ensino e de administração, além daquelas relacionadas à prestação da assistência propriamente dita.[...] no âmbito hospitalar a enfermeira não pode se furtar ao exercício da função administrativa, embora se espere que esse exercício se faça de modo diverso do encontrado. [...] a função administrativa é um dos elementos de definição do perfil da enfermeira moderna.” (T22pg 48,152)

Os dados por nós apresentados delineiam a imagem de que a enfermagem desenvolve um trabalho fragmentado, pautado na teoria da administração científica. Conduzem-nos a apreender que as atividades de cunho administrativo, estão cada vez mais presentes na prática profissional do enfermeiro.

Surge então uma nova perspectiva quanto a tarefa educativa. O T18 não abrange a educação para a saúde (realizada com pacientes e familiares) como os anteriores, mas dá ênfase à **educação** profissionalizante, aquela que tem por objetivos formar os profissionais, no caso, o profissional enfermeiro, possibilitando a constatação de que o ensino nas Escolas de Enfermagem brasileiras, de uma maneira

geral, efetiva-se pautado no modelo biologicista e tecnicista, enfatizando a condição biológica do ser humano e privilegiando a execução de procedimentos: o saber fazer.

Segundo a autora do T18, o processo de formação do enfermeiro geralmente conforma um profissional pouco acostumado a cuidar do homem como ser social, mas sim como um ser biológico, para o qual é suficiente atender as necessidades básicas relacionadas à fisiologia do corpo, não garantindo, portanto, uma formação para o **cuidar** do ser-humano.

[...] posso dizer que a formação do enfermeiro tem sido pautada no modelo das ciências naturais positivistas, enfocando de forma enfática a condição biológica do ser humano e as técnicas de enfermagem.[...] As Escolas de Enfermagem brasileiras de um modo geral, [...] não tem garantido aos seus alunos uma formação para o cuidar do ser-humano. (T18 pg2)

O T18 possibilitou-nos também constatar que os enfermeiros consideram como ação significativa no exercício profissional a **assistência direta** (aspecto reforçado nos conteúdos e discursos escolares), mas a prática cotidiana os conduzem a ações de ordem administrativa, para as quais os conteúdos escolares ainda deixam a desejar. Tais fatos evidenciam o distanciamento das Escolas de Enfermagem do fazer cotidiano dos enfermeiros; esses, por sua vez, dificultam uma atuação criadora, que conduza os enfermeiros a um agir reflexivo, que possibilite seu crescimento humano e profissional numa perspectiva responsável e ética.

[...] Apresento a seguir as ações significativas do exercício profissional do enfermeiro identificadas segundo a percepção dos mesmos: assistência direta de enfermagem; planejamento da assistência de enfermagem; supervisão direta do pessoal de enfermagem; supervisão da assistência de enfermagem; avaliação da assistência de enfermagem. [...] (T18 pg 14)

A década de 1990 foi privilegiada pelo sorteio realizado. É representada por dezesseis trabalhos. Estes possibilitaram-nos constatar que a prática do profissional enfermeiro é investigada e analisada em sua diversidade e favoreceram ainda mais a aproximação da especificidade do enfermeiro.

Na nossa retrospectiva, chegamos ao ano de 1990, representado na amostra em análise pelos T15 e T17. Estes levaram-nos a constatação de que o enfermeiro continua desempenhando as tarefas de **cuidar, administrar e educar**. O cuidar é caracterizado por uma ação indireta na qual são delegados aos demais membros da equipe a aproximação do doente, a execução das técnicas e os cuidados propriamente ditos.

A administração se faz presente nas funções de líder da equipe de enfermagem e na de coordenador de unidade nas quais espera-se que o enfermeiro organize a assistência a ser prestada ao paciente e prepare o ambiente para que outros profissionais possam desenvolver o seu trabalho.

[...] as atividades do cuidado direto são realizadas pelos atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem que mantêm com o paciente uma relação mais próxima. Sendo assim a ênfase do papel do enfermeiro, ou seja, a relação com o paciente foi delegada aos outros integrantes da ‘equipe de enfermagem’.[...] porém, como está distante do cuidado direto, sua relação com o paciente é esporádica, permanecendo mais no cuidado indireto, com atividades administrativas.” (T17 pg134)

A tarefa de educar se explicita no momento em que o enfermeiro treina seu pessoal auxiliar para execução de técnicas mais complexas e também nos momentos em que orienta familiares e pacientes em como proceder frente à situação que vivenciam. Torna-se, portanto um educador de adultos.

Assim, ele se posiciona de um lado, como o principal organizador das tarefas que ocorrem rotineiramente na

unidade, no sentido de preparar o ambiente e os participantes para que as atividades se realizem. [...] O enfermeiro tem papel de educador por seu próprio estar profissional [...] é um educador de adultos. (T15 pg 21,42)

Além da constatação das tarefas executadas pelo enfermeiro, o T17 permitiu-nos também verificar que o enfermeiro assume papéis contraditórios, atuando num papel de submisso frente ao poder médico e de autoritário frente à equipe de enfermagem. Essa situação é relatada também em outros trabalhos, deixando explícito que esse é um traço constante no perfil do profissional enfermeiro.

[...] Nesta estrutura hierárquica, o enfermeiro ocupa um espaço contraditório, pois, ao mesmo tempo em que é submisso, é também autoritário, portanto, oprimido e opressor. É submisso, pois é subordinado ao poder médico, [...] sendo sua posição de total subordinação ao saber e poder médico. [...] Embora ainda que seja o enfermeiro subordinado ao poder médico, ocupa na 'equipe de enfermagem' posição de mando, de controle dos outros integrantes da 'equipe', sendo portanto o seu papel autoritário ou opressor, em relação à 'equipe de enfermagem'. (T17 pg131-3)

[...] Pessoas cheias de vida e de sonhos aos poucos são transformadas em mera força de trabalho, despersonalizadas pelo sistema político de dominação. [...] os enfermeiros controlam e são controlados. (T4pg48)

Publicados em 1991, os T26 e T27 trazem-nos uma mostra da organização profissional da enfermagem. Possibilitaram-nos verificar que a enfermagem se organiza pautada em dois núcleos de saberes técnicos, o da saúde e o da administração, além de evidenciarem que, estando inserida no processo de trabalho em saúde, é parte deste, à medida em que sua prática vai se conformando no cotidiano desse trabalho, buscando atender a duas exigências: **a ação de cuidar e a organização e o controle** do processo de trabalho.

A enfermagem está inserida no processo de trabalho em saúde e como tal é atividade parcelar deste. [...] Além da

ação de ‘cuidar’ no modelo clínico, outro tipo de atividade, também resultado histórico e social é o ‘administrar’ e que não é realizado por todas as categorias de enfermagem mas sim pela enfermeira. [...] A finalidade imediata é organizar e controlar o processo de trabalho e a mediata é favorecer a ação de ‘cuidar’ para possibilitar a cura. (T26 pg6,14)

Podemos dizer que a enfermagem assume um caráter complementar no processo de trabalho em saúde e que sua **organização** é delegada a um agente que possui um saber específico, o enfermeiro, e que suas ações são executadas por outros agentes, os técnicos e auxiliares de enfermagem, com conhecimento parcial desse saber específico. Dessa maneira é viável afirmar que seu processo de trabalho organiza-se nos moldes da administração científica, conformando um trabalho fracionado, pensado, organizado e supervisionado por um indivíduo e realizado por outros.

[...] a organização do trabalho da enfermagem no complexo médico hospitalar, dentro dos princípios tayloristas de divisão do trabalho, confere ao enfermeiro um poder eventual, mas sempre subordinado ao trabalho médico. [...] O enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, [...] concebe o trabalho designa-o às várias categorias da equipe, ou trabalhadores individuais, chegando, às vezes, a determinar por meio de manuais de rotina como deve ser cumprida cada tarefa.[...] O supervisor, [...] cumpre um papel importante na integralização da assistência, porque, ao deter o conhecimento e a tecnologia, torna-se o principal elemento na organização dos serviços. (T27pg 2,16,17,47)

O trabalho T21 representa o ano de 1993. Faz menção à atuação do enfermeiro na administração e na educação. No que diz respeito a tarefa de administrar, nada de novo é acrescentado. O T21 corrobora os dados dos trabalhos anteriormente citados.

O ano de 1996 se faz representar pelos trabalhos T5 e T6, que discutem respectivamente as competências e a identidade do profissional enfermeiro.

Constatamos no T5 que o enfermeiro é identificado como um profissional dotado de conhecimento, habilidades e formação específicos. Suas competências abrangem áreas distintas de atuação, nas quais exerce funções básicas no campo da **assistência**, da **administração** e da **educação**: fatos que corroboram os dados oriundos dos trabalhos citados anteriormente.

O enfermeiro é definido [...] como aquele que possui conhecimento, habilidade e formação de enfermeiro e sua competência abrange três áreas de ação. A primeira área denominada específica, inclui assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas. A segunda, denominada interdependência, inclui manter, promover e recuperar a saúde. Na terceira, a área social, inclui ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal e participação em associações de classe. (T5pg28)

O T6, dedicado ao estudo da identidade profissional do enfermeiro, realizou uma retrospectiva histórica atendo-se ao período de Florence Nightingale. Os aspectos por ele evidenciados já foram abordados em tópicos anteriores.

Dando continuidade ao processo de resgatar na amostra analisada o que o enfermeiro faz e o como ele faz, chegamos ao ano de 1998. Por intermédio dos T9 e T19, conseguimos mais uma vez constatar que as ações do enfermeiro vinculam-se ao **cuidar** e ao **administrar**.

O T9 evidencia essa prática de uma maneira pouco usual. Faz uma analogia à Mitologia Grega, da qual os enfermeiros “herdaram” saberes e poderes que conformam a sua prática, organizando-a em prol do bem cuidar dos pacientes. Agindo às vezes com obstinação, tentando controlar tudo que se passa no ambiente de trabalho, perseguindo uma forma disciplinada de agir. São profissionais dinâmicos que buscam o equilíbrio e a perfeição.

Apolo, o deus solar, da perfeição, cujos traços estão presentes nas enfermeiras do CTI, faz com que voltemos

sempre o nosso fazer para o cuidar. O cuidar com ordem, seguindo normas, principalmente homogêneo, para que o cuidar transcorra na perfeição. Apolo nos inspira o equilíbrio e a harmonia dos desejos. Athéna, sua irmã, deusa vitoriosa pela sabedoria, pela engenhosidade, pelo equilíbrio interior, influencia as relações de trabalho no CTI. Deusa guerreira, pacifista, inteligente e ponderada, representa aquela que deve estar sempre desperta, porque a perfeição não é adquirida para sempre. (T9pg 85)

Ao buscar o que pensam os clientes e familiares sobre o papel do enfermeiro, o T19 torna evidente a confusão de papéis existente entre os diferentes membros da equipe de enfermagem. Para o cliente e seus familiares, todos os membros da equipe são enfermeiros, todos cuidam do doente, desenvolvem procedimentos técnicos e ajudam aos médicos. Ao mencionarem o enfermeiro-chefe, dizem que ele manda nos outros membros da equipe, supervisionando o que fazem ou deixam de fazer. Tais dados nos possibilitam dizer que, para o cliente externo o enfermeiro só exerce função **administrativa**.

Vale ressaltar que os ‘enfermeiros’ [...] citados pelos clientes, correspondem aos profissionais ocupacionais de enfermagem que prestam cuidado. Os clientes não diferenciam os enfermeiros dos demais membros da equipe de enfermagem. (T19pg33-34)

Nossa caminhada atinge o ano de 1999 que na amostra selecionada se faz representar pelos T2, T4, T7, T8 e T25. Destes, os T7 e T8 investigam as razões que determinam a escolha pela profissão de enfermagem, aspectos que serão abordados em outro tópico. O T2 discorre sobre artigos da época de 1932 a 1941, apresentado anteriormente. Os T4 e T25 trazem aspectos singulares da prática do profissional enfermeiro, tais como: insatisfação no trabalho e prazer e dor neste âmbito, que serão apresentados a seguir.

Dentre as causas de insatisfação no trabalho encontra-se a multiplicidade de papéis que o profissional assume. Para ele, sua função precípua é a assistência mas lhe são cobradas várias outras ações: a de líder de equipe, a de intermediador entre instituição e funcionários, a **gerência** da assistência e a própria **assistência** de enfermagem o que o transforma “num faz tudo”.

Soma-se a isso, o fato de trabalhar num ambiente, onde o sofrimento e a morte são presenças garantidas e desvelam a “impotência” diante dessas situações o que certamente favorece a sensação de insatisfação no trabalho e com o trabalho.

[...] ao lidar diretamente com a dor e morte sem nenhum tipo de acompanhamento psicológico, é constantemente tomado por sentimentos de angústia, ansiedade e depressão. [...] o profissional de enfermagem, notadamente o enfermeiro sente-se agredido quando a administração superior força-lhe a desenvolver ações alheias à sua profissão [...]degrada-o psicologicamente, violenta-o como profissional.” (T4pg94)

Ao investigar as causas de prazer e de dor na prática profissional do enfermeiro a autora do T25 desvelou que lidar com a morte, a dor e as doenças incuráveis é fonte de angústia e sofrimento. Além destes, a sobrecarga de trabalho e o fato de serem considerados “o esteio” para profissionais da saúde, pacientes e familiares, também o são. Contraditoriamente, o que proporciona mais prazer é a aproximação do paciente, é o **cuidado** direto. Dizemos contraditoriamente porque a aproximação do paciente implica que o profissional fique mais perto das dores, das doenças incuráveis e também da morte.

As enfermeiras desempenham as atividades que, pelos padrões comuns, são consideradas repulsivas, desgastantes e atemorizadoras pois cuidam de pacientes portadores de doenças incuráveis, uma de suas mais angustiantes tarefas, uma vez que confrontam-se com a ameaça e a realidade do sofrimento e da morte. [...] consideram-se o ponto de referência para os funcionários, médicos, pacientes e familiares que ‘descarregam’ sobre eles seus medos, descontentamentos, ansiedades e revolta, causando-lhes

enorme sofrimento. [...] Para os enfermeiros, a realização de atividades junto aos pacientes, [...] é indispensável para poderem avaliar suas condições, [...] desfrutar da satisfação que o contato e o cuidado direto lhes proporcionam. Há demonstração de um gosto especial pela parte assistencial, o que não ocorre com a parte burocrática. (T25 pg 30,81, 92)

Chegamos aos anos 2000, bem próximos aos dias atuais (2005). Temos em nossa amostra oito trabalhos que possibilitam-nos apreender o fazer dos enfermeiros dessa época. Todos os trabalhos publicados em 2000 (T3, T10, T11, T13, T14, T24, T28 e T29) se referem à prática profissional do enfermeiro, como sendo uma prática historicamente construída para o **cuidar**. Reafirmam ser o cuidado, a essência da profissão. Outros aspectos constantes nos estudos são a divisão do trabalho da enfermagem e a designação do enfermeiro como líder dessa equipe.

Um fato nos chamou a atenção durante a análise da amostra. Embora o cuidar apareça como atividade central do fazer do enfermeiro, quando os autores apresentam os dados empíricos de suas pesquisas e relatam as conclusões dos estudos, é possível constatarmos que a atividade **administrativa** é predominante e que esta se manifesta nas ações de liderança da equipe, nas ações de gerenciamento do cuidado prestado ou nas ações de coordenação e gerência de serviços ou unidades de saúde. Fato que torna explícita a contradição entre o pensar e o fazer.

[...] assim, podemos apreender o trabalho da enfermagem sedimentado em ações relacionadas ao cuidado, à assistência direta - exercida por todos os elementos da equipe de enfermagem; mais especificamente por técnicos e auxiliares de enfermagem, e em ações relacionadas à organização do serviço de enfermagem - exercida pelo enfermeiro, que, também, vem participando da gerência dos serviços de saúde. Os discursos dos sujeitos entrevistados sinalizaram para a atuação do enfermeiro como administrador da assistência de enfermagem, desenvolvendo atividades assistenciais, administrativas e de ensino, [...]. Predominam as atividades administrativas, mais voltadas para o controle da equipe e de organização do ambiente de trabalho.[...]

reafirmando o papel do enfermeiro enquanto gerente intermediário e facilitador do trabalho dos demais membros da equipe de saúde. (T14 pg 22,106)

Ressaltamos que o T29 realizou uma réplica de um estudo realizado há vinte anos, encontrando os mesmos resultados, quais sejam: há uma frequência maior de atividades administrativas no fazer do enfermeiro (43,4%) em detrimento das atividades assistenciais (32,8%) e, dentre as atividades administrativas, as que absorvem mais o enfermeiro são as de cunho burocrático. Ressaltamos ainda que a investigação empírica se deu na mesma instituição hospitalar.

Também, chamou-nos a atenção o enfoque dado para a prática profissional do enfermeiro no T10. A autora menciona que a prática profissional do enfermeiro é historicamente construída para a **assistência** e a **docência** de enfermagem, mas, ao explicitar as ações de assistência, mais uma vez são evidenciadas as ações que caracterizam a **gerência**.

[...] as enfermeiras estão historicamente divididas em docentes e assistenciais; estas têm sua prática organizada em tarefas e funções entre aquelas que gerenciam as atividades assistenciais e aquelas que as executam. [...] as enfermeiras assistenciais preocupam-se com a assistência de enfermagem, centrando suas ações na coordenação e realização do cuidado do usuário. (T10pg151, grifo nosso)

O trabalho três (T3) possibilitou-nos contato com a estratégia de atenção à saúde implantada mais recentemente – o Programa de Saúde da Família (PSF). A autora investigou a prática do profissional enfermeiro nessa nova conformação de trabalho em saúde. Os resultados encontrados não diferem daqueles investigados em outros espaços e tempos. Acrescenta-se a eles o fato de que, nesse contexto, o enfermeiro não só lidera a equipe de enfermagem, mas ele é percebido e definido como elemento de ligação de todos os profissionais que constituem as equipes do

PSF, interligando-os entre si e à comunidade. Mais uma vez a ação de cunho **administrativo** ganha destaque; o enfermeiro é considerado “*um fio básico no tear da nova trama – o trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar*”.

Pode-se inferir que uma das razões de a enfermeira ser citada por outros profissionais como a ‘argamassa’, o ‘tecido conjuntivo’ do trabalho em saúde, deve-se à sua atuação como mediadora entre o pessoal de enfermagem e a administração geral, entre o pessoal de enfermagem, os médicos e outros profissionais de nível superior e também entre usuários e o serviço. [...] as atividades administrativas realizadas pela enfermeira vão além da equipe de Saúde da Família, envolvendo a gerência de toda a unidade [...]. (T3pg35-6;162)

No T24 tivemos a oportunidade de constatar uma abordagem mais ampla para o **cuidar** na qual o enfermeiro em seu cotidiano de trabalho pode e deve agir como cuidador. O cuidar do qual a autora fala transcende os muros das organizações de saúde, as técnicas e os procedimentos. Efetiva-se em todo e qualquer lugar que o enfermeiro esteja. Não descarta os atos administrativos, e sim incluem-nos na busca pela emancipação, auxiliando na construção da autonomia.

Cuidar do outro é crescer junto, apesar e sobre as diferenças, passando da ‘tolerância à solidariedade’. É ser solidário, sem tutela, porque a minha liberdade traduz-se na liberdade do outro e dela dependo. É facilitar um processo de busca partilhada. Cuidar do outro é interagir dialeticamente com as partes, na construção coletiva do todo. Cuidar da vida do homem é emancipá-lo do próprio cuidado. Cada homem deve ser capaz de cuidar de si e dos outros ao mesmo tempo, em uma eterna solicitação de mudança integradora da vida. (T24pg55)

Nesse trabalho foi possível também visualizar todas as ações realizadas pelos enfermeiros dos anos subsequentes a 2000. Com os dizeres da autora fazemos uma síntese dessas ações.

De forma sucinta, pode-se dizer que o enfermeiro é elemento importante dentro das políticas sociais de saúde porque: a)

atua em todas as áreas da saúde, constituindo-se elemento essencial para a operacionalização da atenção à saúde de indivíduos, famílias e coletividades; b) insere-se significativamente nos diversos espaços-tempos onde ocorrem as relações sociais (espaços-tempos doméstico, da produção, da cidadania, mundial) podendo fortalecer estratégias de intervenções críticas em contextos específicos; c) capacita, forma, coordena e supervisiona a grande maioria dos trabalhadores da área da saúde (técnicos e auxiliares de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde), podendo desencadear amplos processos de mudanças ou re-edição de contextos sócio-históricos; d) tem amplas possibilidades de intervenções na sociedade, pois está cada vez mais voltado para o gerenciamento de ações e conhecimentos, desenvolvendo as características de polivalência e flexibilização que as habituais transformações no mundo do trabalho vêm exigindo; e) além da assistência, atua na gestão e gerência de programas e projetos sociais, no ensino e pesquisa, e em consultorias, ampliando ainda mais o campo de atuação e abordagens decorrentes de sua prática social. (T24pg41-42 grifo nosso)

O panorama social do fazer da enfermagem com certeza modificou-se, mas as funções que ela desempenha permanecem vinculadas ao **cuidar, gerenciar e educar**. Esse tripé de sustentação da prática profissional da enfermagem, delineado por Florence Nightingale, nos parece eterno. Não há prevalência de um sobre o outro quando consideramos a profissão enfermagem: eles são interdependentes. Contudo, quando consideramos o agente enfermeiro, constata-se que a **gerência** é a área de atuação que prevalece na prática desse profissional.

Reconhecemos que o processo de retroceder no tempo de forma tão pormenorizada torna-se, por vezes, cansativo, mas não poderíamos deixar de fazê-lo, pois é necessário para a aproximação da especificidade do enfermeiro.

4.1.1.2.3 - O que é necessário para ser enfermeiro

A análise dos estudos selecionados possibilitou-nos constatar que alguns atributos são considerados necessários para ser enfermeiro. Esses atributos podem ser agrupados em pessoais, psicológicos, intelectuais e sociais. Tomamos por referência os T2 e T7, publicados em 1999 e 2000, respectivamente. Lembramos que os dados contidos no T2 fazem referência ao período de 1932 -1941, mas os aspectos nele descritos se repetem em outros estudos e fazem referência ao contexto da época de suas publicações. Apresentamos no quadro 1 uma síntese desses aspectos.

Ressaltamos que alguns atributos foram considerados necessários pelos informantes dos estudos em análise, mas alguns outros são questionados ou mesmo negados pelos enfermeiros, especialmente os formados nas três últimas décadas.

A representação do bom profissional de enfermagem está ligada (além do aspecto técnico) ao aspecto humanístico definido como ‘estar ao lado’, ‘tranquilizar’,[...] Isso é relevante para toda a classe e oferece a possibilidade de ser útil à comunidade.(T1pg 110-11)

Os enfermeiros, principalmente aqueles recém saídos das universidade, não compreendem e principalmente não aceitam mais os valores que permeavam a enfermagem: obediência, passividade, abnegação. Enfermeiros são formados também para gerenciar, comandar, liderar com autonomia. (T4pg42)

Quadro 1 - Atributos considerados necessários para ser enfermeiro segundo os estudos analisados, evidenciados nos T2 (1999) e T7 (2000).

Atributos		
Pessoais	Psicológicos e intelectuais	Sociais
Atributos de feminilidade		Atributos de religiosidade
•dedicação	•inteligência	•sacerdócio
•caridade	•conhecimento	•devoção
•bondade	•percepção clara	•renúncia
•altruísmo	•capacidade de observação	•abnegação
•delicadeza	•liderança	•sacrifício
•simpatia	•energia	
•paciência	•coragem	Atributos cívicos
•doçura		•justiça
•carinho		•heroísmo
•discrição		•patriotismo
•generosidade		
•desprendimento		Atributos morais
•companheirismo		•reputação incontestável
•afabilidade no trato		•caráter impecável

4.1.1.2.4 - As razões que levam à escolha da profissão

A apreensão das motivações que conduzem à escolha da enfermagem como profissão se deu através dos trechos de discursos de informantes dos trabalhos analisados e, mais objetivamente, no T8, que é dedicado exclusivamente a essa investigação. Constatamos que as razões para a escolha da profissão estão ancoradas no tempo vivido e no tempo histórico sócio-cultural. No caso específico da enfermagem podemos resumi-las em: aproximação com pessoas que a exercem; aproximação com as situações da prática; por sugestão de pessoas significativas e em especial o cuidar.

O cuidar representou também o traço cultural hegemônico quando considerado do ponto de vista da motivação para a escolha com os atributos de humanismo, estar perto, abrangência em relação às necessidades humanas básicas [...] (T8pg148)

4.1.1.2.5 - O que se espera do enfermeiro

As expectativas identificadas nos estudos analisados assumem perspectivas distintas de acordo com os sujeitos que as explicitam. Desta forma podem ser traduzidas no “desejo de”: um gerente hábil e competente; um especialista em determinada área; um profissional crítico capaz de modificar sua prática e intervir significativamente no contexto da saúde do país e um profissional capacitado para o cuidar.

Ressaltamos alguns trechos extraídos de trabalhos analisados, que foram publicados após o ano 2000.

[...] o novo modelo de atenção à saúde, que vem, aos poucos, sendo consolidado pelo SUS, requer um enfermeiro crítico, que seja capaz de ir além da competência técnica e que dê conta da dimensão política do trabalho em saúde, que

busque gerenciar o trabalho da enfermagem voltado para a assistência aos indivíduos compreendendo-o em suas dimensões sociais, econômicas, culturais e familiares, visando desenvolver ações que atendam às necessidades de saúde individual e coletiva e contribuam para o fortalecimento da cidadania e democracia brasileira. (T14 pg 14)

A enfermagem na atual conjuntura, marcada pelas exigências da sociedade do conhecimento globalizado, tem sido amplamente requisitada a ocupar espaços estratégicos nas políticas sociais, inclusive com recomendações de organismos internacionais [...] que enxergam na profissão uma rica contribuição à equidade, ao acesso, a qualidade e a sustentabilidade dos serviços de saúde. Apesar do caráter marcadamente neoliberal das propostas vigentes, entende-se o presente cenário como um momento estratégico para a profissão avançar na superação das contradições, se amparada pela qualidade formal e política dos conhecimentos, práticas e cuidados que a legitimam. (T24pg174)

4.1.2 - O que os informantes falam sobre especificidade, enfermagem e enfermeiro

Esse tópico destina-se à apresentação dos dados da segunda etapa deste estudo, obtidos através das entrevistas. Iniciamos pela caracterização dos informantes, oferecendo dessa forma, subsídios aos leitores para a construção do perfil dos sujeitos que emitiram opiniões sobre a enfermagem e o enfermeiro.

Os informantes do presente estudo são profissionais da saúde (17 médicos, 10 dentistas, 04 farmacêuticos, 03 fisioterapeutas, 03 enfermeiros, 02 psicólogos, 01 nutricionista). A média de tempo de formação é de 14 anos, sendo o tempo mínimo de 3 anos e o máximo de 25 anos. Quanto à titulação, a maioria (29) é especialista, seguida dos graduados (5), dos doutores (4) e mestre e licenciado (1).

Dentre os informantes, apenas um exerce suas atividades profissionais no âmbito civil, precisamente em uma Instituição de Ensino Superior de Enfermagem. Os demais são militares e exercem suas atividades profissionais em instituições de saúde, prioritariamente na organização militar na qual realizamos a investigação empírica desse estudo.

Cabe-nos pontuar algumas características da profissão militar. Os militares dos diferentes quadros (aviação, engenharia, infantaria, intendência, saúde, dentre

outros), além de atuarem na área de formação, executam atividades inerentes ao militarismo, quais sejam: manutenção do condicionamento físico e da qualificação militar (exercícios físicos, exercícios com armamentos e exercícios de sobrevivência); gerenciamento de setores, serviços, divisões e organizações militares e também cumprem escalas de serviços inerentes à formação específica e inerentes ao funcionamento e segurança da organização militar.

A carreira militar segue uma hierarquia conformada verticalmente. No topo da pirâmide, temos os oficiais gerais, que se responsabilizam pela organização da Força Militar, exercendo os cargos de ministro e de comandantes dos comandos regionais e de algumas organizações militares. A seguir temos os oficiais superiores (coronel, tenente coronel, major), que respondem pela administração de organizações militares e pela assessoria aos oficiais gerais nos assuntos de sua competência. Abaixo deles encontram-se os oficiais intermediários (capitão), que podem esporadicamente assumir o comando de uma organização militar, mas que cotidianamente são responsáveis por departamentos, seções e setores da linha de produção. Os oficiais subalternos (tenentes) são os executores, exercendo atividades próprias da sua formação específica, além de coordenar e supervisionar os demais militares (os que compõem o quadro de graduados: suboficiais, sargentos, cabos e soldados). São responsáveis diretos pela produção e pela segurança das organizações militares.

Foram informantes deste estudo, 7 oficiais superiores, 3 oficiais intermediários e 29 oficiais subalternos. Ressaltamos que, no quadro da saúde, todos os oficiais exercem cumulativamente as funções específicas de sua formação e as de administração, inerentes ao posto que ocupam. Assim, podemos encontrar oficiais

gerais participando de atividades rotineiras do ambiente hospitalar, como por exemplo, uma cirurgia. Ressaltamos também que não constitui exigência para o generalato, titulações comuns ao meio civil, mas a realização de cursos próprios da carreira militar. No quadro 2 apresentamos uma síntese da caracterização dos informantes.

Quadro 2 - Caracterização dos informantes desse estudo.

Nº de ordem da entrevista	Código de identificação	Profissão	Tempo de formado	Titulação	Posto/cargo
01	E1	Enfermeiro	22 anos	Doutor	Docente
02	P2	Psicólogo	23 anos	Graduado	Major
03	E3	Enfermeiro	21 anos	Licenciada	Major
04	P4	Psicólogo	25 anos	Especialista	Major
05	E5	Enfermeiro	03 anos	Graduado	Tenente
06	F6	Farmacêutico	18 anos	Especialista	Tenente
07	M7	Médico	04 anos	Especialista	Tenente
08	M8	Médico	08 anos	Especialista	Tenente
09	M9	Médico	10 anos	Especialista	Tenente
10	M10	Médico	09 anos	Especialista	Tenente
11	N11	Nutricionista	16 anos	Doutor	Tenente
12	D12	Dentista	07 anos	Graduado	Tenente
13	M13	Médico	25 anos	Doutor	Ten. Cel.
14	D14	Dentista	07 anos	Especialista	Tenente
15	M15	Médico	18 anos	Especialista	Major
16	FIS16	Fisioterapeuta	17 anos	Especialista	Capitão
17	F17	Farmacêutico	22 anos	Mestre	Major
18	D18	Dentista	07 anos	Especialista	Tenente
19	D19	Dentista	16 anos	Especialista	Major
20	M20	Médico	10 anos	Especialista	Tenente
21	D21	Dentista	13 anos	Especialista	Capitão
22	M22	Médico	13 anos	Especialista	Tenente
23	M23	Médico	12 anos	Especialista	Tenente
24	F24	Farmacêutico	19 anos	Graduado	Tenente
25	M25	Médico	12 anos	Especialista	Capitão
26	M26	Médico	09 anos	Doutor	Tenente
27	FIS27	Fisioterapeuta	04 anos	Graduado	Tenente
28	D28	Dentista	08 anos	Especialista	Tenente
29	F29	Farmacêutico	05 anos	Especialista	Tenente
30	D30	Dentista	11 anos	Especialista	Tenente
31	M31	Médico	17 anos	Especialista	Tenente
32	D32	Dentista	06 anos	Especialista	Tenente
33	M33	Médico	04 anos	Especialista	Tenente
34	M34	Médico	05 anos	Especialista	Tenente
35	M35	Médico	08 anos	Especialista	Tenente
36	M36	Médico	03 anos	Especialista	Tenente
37	D37	Dentista	07 anos	Especialista	Tenente
38	D38	Dentista	08 anos	Especialista	Tenente
39	M39	Médico	08 anos	Especialista	Tenente
40	FIS40	Fisioterapeuta	06 anos	Especialista	Tenente

Iniciamos as entrevistas, solicitando aos informantes que falassem sobre sua experiência profissional. A partir de suas informações, investigávamos qual a opinião que tinham sobre trabalho em equipe e se faziam distinção entre os diferentes profissionais da equipe de saúde. Só então, indagávamos sobre as questões do presente estudo.

Apesar de não constituir objeto de análise no presente trabalho, tecemos um breve comentário sobre os dados obtidos, uma vez que tal procedimento poderia auxiliar aos leitores na percepção do perfil dos informantes.

A maioria dos informantes (85%) trabalham em equipe. A totalidade dos informantes refere gostar do trabalho em equipe, pois esta estratégia permite dividir responsabilidades e alcançar objetivos de uma maneira mais rápida e eficaz.

Quanto a existência de distinções entre os profissionais da equipe multiprofissional, houve unanimidade nas respostas afirmando que sim, há papéis distintos para cada profissional integrante da equipe de saúde.

4.1.2.1 - O que falam sobre especificidade

Ao buscarmos junto aos informantes definição para o vocábulo *especificidade*, tínhamos por objetivo identificar a compreensão do mesmo pelos sujeitos que seriam nossos colaboradores, com a finalidade de prestar esclarecimentos quanto ao conceito por nós adotado, caso esses se fizessem necessários. Identificamos três significados atribuídos ao verbete. São eles:

a) especificidade como algo específico de alguma coisa ou de alguém, conferindo-lhes uma peculiaridade, uma distinção;

b) especificidade sendo relacionada a áreas de atuação profissional com o sentido de especialidade, especialização; e

c) especificidade como conduta profissional ou técnica, apropriada para determinada situação, o que confere resolutividade a uma ação.

Especificidade é uma qualidade daquilo que é característico de alguma coisa. Não é generalizado para todos. É uma característica, uma peculiaridade. (FIS 27)

Especificidade para mim é uma ... uma ... um procedimento... uma coisa [...] Uma coisa que somente uma certa pessoa, uma certa especialidade pode fazer aquilo ali. Então uma coisa específica, [...] Mas é isso, é uma coisa específica para uma determinada coisa, aquela determinada coisa que só aquela especialidade pode fazer, não tem outra pessoa que poderia fazer.(M7)

Especificidade? É ... é você agir com determinado fim. Chegar a um objetivo. Eu vejo por esse lado. É você ter 100% de chance de alcançar o que você está planejando. Isso é especificidade para mim. (FIS 40)

Ao confrontarmos os significados atribuídos pelos informantes ao vocábulo *especificidade* com aqueles encontrados nos dicionários, verificamos que há semelhanças entre dois deles. O díspar aponta para uma aproximação de conceitos feita pelos profissionais de saúde com outros dois verbetes comuns ao meio, quais sejam: especialidade e especialização⁴. Tal aproximação não foi impeditivo para que os informantes que assim procederam pudessem contribuir com esse estudo, visto que os verbetes em questão também atribuem a alguém ou a alguma coisa, uma certa distinção.

⁴ **especialidade** - qualidade do que é especial; atividade, profissão ou campo de conhecimento que alguém particularmente domina. **especialização** - atividade, profissão ou ramo do conhecimento que uma pessoa domina. HOUAISS et al. (2001)

4.1.2.2 - O que falam sobre enfermagem

A análise das entrevistas possibilitou-nos evidenciar nos discursos três subcategorias em relação à enfermagem. São elas: **significado do trabalho de enfermagem, profissionais de enfermagem, o fazer da enfermagem e para quem ela faz.**

4.1.2.2.1 - Significado do trabalho de enfermagem

Os informantes desse estudo consideram que o trabalho da enfermagem é necessário e imprescindível para o desenvolvimento do trabalho em saúde, quer seja no âmbito hospitalar, no âmbito da saúde coletiva e mesmo em consultórios particulares. Consideram-no decisivo para o sucesso terapêutico, mas deixam transparecer uma preocupação com profissionais descomprometidos, que podem tornar o trabalho catastrófico.

Nossa! Eu acho que a enfermagem é imprescindível. (M39)

[...] seria interessante ter uma enfermeira trabalhando comigo no consultório.[...] a gente não tem esse apoio normalmente, e isso acontece, acredito, com a maioria das especialidades médicas [...]. (M26)

[...] se não tiver uma equipe de enfermagem boa trabalhando com a gente é o caos. É decisivo para o teu sucesso, sucesso em termos de tratamento que eu estou falando, de cura do paciente [...] por outro lado, ao mesmo tempo que ela é essencial em termos do bem, para te ajudar, ela pode ser catastrófica [...] Eu acho que o médico, não tendo uma

equipe de enfermagem consciente e presente, permite que o sucesso do tratamento torne-se muito difícil. (M35)

4.1.2.2.2 - Profissionais de enfermagem

Ao procedermos a análise, constatamos que, embora os profissionais da equipe de saúde tenham conhecimento das diferentes categorias que compõem a equipe de enfermagem⁵, têm dificuldades em distinguir quem faz o quê e referem-se a todos os membros como enfermeiros e, quando querem se referir a esse profissional, o fazem designando-o como **supervisor, enfermeiro-chefe ou ainda enfermeira de nível superior.**

Nossa! Eu acho que a enfermagem é imprescindível. Assim... a enfermagem de bom nível (não do jeito que a gente estava acostumada há muito tempo atrás, na época dos meus pais por exemplo). Que a maior parte assim da enfermeira da enfermeira mesmo, de curso superior, ficava dentro de um escritório preenchendo papéis e não tinha contato quase nenhum com os pacientes, [...]. Eu não consigo imaginar uma UTI por exemplo, sem um bom enfermeiro... é impossível isso. (M39)

Quanto aos enfermeiros, lá a equipe era vários técnicos de enfermagem e a enfermeira chefe mesmo, com nível universitário mesmo. Com enfermeira padrão, eu quase não tinha contato com ela. Tinha mais contato com os técnicos de enfermagem. Em termo de atendimento, eu não vi diferença não. Eu vi diferença em termos de escola, eu percebia que cada um tinha uma rotina diferente de tratar, de atender o paciente [...] mas todos eles com uma conduta exemplar. (FIS 40)

Ressaltamos que, na organização em que procedemos a pesquisa empírica, esse fato é ainda mais evidente, uma vez que todos os agentes são designados

⁵ A enfermagem se organiza verticalmente e compreende as seguintes categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

enfermeiros; a distinção é feita pelo posto ou graduação que possuem: oficiais enfermeiros, suboficial e sargentos enfermeiros, cabos e soldados enfermeiros. Contudo, os discursos deixam claro que os informantes se referiam indistintamente a profissionais civis e militares.

4.1.2.2.3 - O fazer da enfermagem e para quem ela faz

Quanto à competência da equipe de enfermagem na equipe multiprofissional os informantes citam várias atividades, **cuidar, executar técnicas, gerir e prover recursos para a execução dos procedimentos médicos, implementar o plano terapêutico e auxiliar o profissional médico em seus procedimentos.**

Os discursos revelam que a enfermagem é uma profissão que tem como características a permanência diuturna nas organizações hospitalares, mais próxima aos doentes que os demais profissionais da equipe de saúde. Além de humanizar a assistência prestada aos pacientes, acolhendo-os e aos respectivos familiares é um elemento de ligação entre os profissionais. Tais discursos referem-se também aos profissionais que em alguns momentos, “agem como mães”, sendo capazes de “se doarem”, fazendo sempre algo mais pelos pacientes e colegas de trabalho.

[...] da enfermagem como um todo é o cuidado com ... não vamos colocar doente, com todo paciente em geral, todo tipo de cuidado. (P 2)

A equipe de enfermagem por ser ela tão presente, eu digo mesmo em termos de horas de trabalho, [...] é a que fica mais tempo em contato com o paciente. [...] é ela que é o aparador das queixas dos pacientes, dos familiares, ao mesmo tempo das solicitações dos médicos. [...](M35)

Sem a enfermagem eu acho que a gente não consegue nada. [...] Sempre atuei de forma a valorizar o papel da enfermagem, da supervisão, do auxiliar que a gente trabalha. [...] Acho que é extremamente difícil porque é uma posição entre o paciente e o médico, muitas vezes tem uma posição

delicada. As questões de, às vezes, não concordar com determinadas orientações, mas de repente ter de fazer. [...] É assim... extremamente cansativo, porque está o tempo todo com o paciente, ali lado a lado dele. [...] não adianta nada você fazer um belo raciocínio, fazer uma bela prescrição, mesmo com a letra horrorosa de médico, se a gente não tiver uma equipe de enfermagem atenta, atuante. (M 31)

Emerge dos discursos que a enfermagem é parceira do médico, tornando-se muitas vezes sua confidente, mas, apesar disso, é também a que mais briga com eles. As falas deixam transparecer uma relação de disputa entre as duas categorias profissionais.

A equipe de enfermagem, para mim, é aquela que mais perto está do médico, mas também é aquela que mais briga com o médico. [...] E por isso mesmo é a mais importante. A função da enfermagem, então, seria apoiar a medicina, o médico, vamos colocar dessa forma, no ato médico. (M25)

4.1.2.3 - O que falam sobre o enfermeiro

Levamos em consideração que o conceito dado pelos informantes, ao vocábulo especificidade assemelhava-se ao que nós havíamos estabelecido como norte para nossa investigação. Assim, solicitamos àqueles que nos dissessem qual seria, na visão deles, a especificidade do enfermeiro.

Ao procedermos a análise das entrevistas, tivemos a oportunidade de constatar que os profissionais da equipe de saúde, da instituição onde se deu a investigação empírica desse estudo, têm uma visão diversificada a esse respeito. Eles atribuem ao enfermeiro, ações no campo administrativo, no campo assistencial e no campo educacional.

Estabelecemos então as seguintes subcategorias de análise: **o fazer administrativo do enfermeiro, o fazer assistencial do enfermeiro e o fazer educacional do enfermeiro.**

Ao atribuírem ao enfermeiro essas ações, os informantes delineavam a forma como aquele profissional as executava e referenciavam os requisitos considerados necessários para colocá-las em prática. Assim, surgiu uma outra subcategoria que denominamos **como o enfermeiro faz, o que precisa para fazê-lo.**

4.1.2.3.1 - O fazer administrativo do enfermeiro

As falas dos informantes distribuem as ações administrativas do enfermeiro em três eixos: processo de trabalho, ambiente institucional e equipe de saúde. O agir administrativo do enfermeiro em relação ao processo de trabalho, foi percebido nas descrições de atos de provimento de recursos materiais e de pessoas para que o trabalho em saúde se efetivasse.

[...] uma função organizadora do serviço, como se você fosse coordenar o serviço da enfermagem [...] seria aquela pessoa que organizaria, vamos dizer assim, que organizaria o serviço de enfermagem no hospital. [...] não só administrar essas coisas de material, de tudo, mas administrar pessoas também, que trabalham ali no serviço de enfermagem [...] vamos dizer uma gerente de RH, gerenciaria a equipe de enfermagem. [...] (P2)

O agir administrativo referente ao ambiente institucional evidenciou-se quando os informantes descreveram ações do tipo “soluciona todos os problemas”, “verifica as condições de limpeza”, “solicita manutenção e todos os reparos necessários”.

Para qualquer coisa o enfermeiro é solicitado, mesmo que não seja uma coisa de responsabilidade dele fazer. [...] Porquê o enfermeiro parece que ele é visto como aquele pessoa que soluciona diversos problemas do hospital então, qualquer tipo de problema, [...] Ele fica como um administrador [...] Só o enfermeiro assume essa responsabilidade, pelos outros membros da equipe de enfermagem. [...] Tanto pela liderança da equipe, de coordenar, supervisionar e orientar quanto da responsabilidade técnica. (E 5)

Em relação ao agir administrativo junto à equipe de saúde foi possível constatar que este se subdivide em ações ligadas à equipe de enfermagem e em ações relacionadas à equipe de saúde. O enfermeiro é considerado líder da equipe de enfermagem, coordenando as ações de seus integrantes nos afazeres diários. O agir administrativo, relacionado à equipe de enfermagem, é verificado quando o enfermeiro distribui os agentes de enfermagem nos diferentes setores/seções de trabalho, elabora e coordena o plano de férias dos membros da equipe e supervisiona sua frequência ao trabalho.

Quanto às ações vinculadas à equipe de saúde, no contexto amplo, o enfermeiro é considerado ponto de referência para os demais profissionais de saúde, sendo solicitado a responder por agendamento de exames e interconsultas que ocorram no âmbito interno ou externo da instituição, além de dar informações gerais sobre os pacientes e sobre as normas ou rotinas institucionais.

O enfermeiro na verdade ele é o ponto de referência tanto para o auxiliar quanto para o médico. [...] Ele é a referência tanto para os auxiliares, ele seria a quem eles recorreriam. Tanto para o médico que seria o parceiro; o braço direito do médico [...] E tem um papel importante na coordenação do ambiente mesmo. [...] Ela é muito objetiva. O objetivo é de coordenar, de orientar deixando, ele trabalha o ambiente, deixa o ambiente preparado para que as outras pessoas possam trabalhar. (M36)

4.1.2.3.2- O fazer assistencial do enfermeiro

Os discursos dos informantes evidenciam duas maneiras dos enfermeiros agirem na assistência ao paciente, a de ações diretas e as de ações indiretas. As de ações diretas são traduzidas pela execução de procedimentos técnicos de maior complexidade, pelo cuidado prestado aos pacientes mais graves, pela consulta de enfermagem na qual o enfermeiro elabora o diagnóstico e a prescrição de enfermagem.

[...] eu acho que ele é essencial dentro da atuação da enfermagem, do enfermeiro que é: conduzir os casos, dar apoio, coordenar a equipe toda de enfermagem. Dentro da área da saúde pública o enfermeiro faz anamnese, encaminha, trata alguns casos. [...] acho essencial o papel do enfermeiro dentro do PSF, [...] Muito importante mesmo a atuação na triagem, na educação da população e até mesmo no tratamento. [...] eu acho que o enfermeiro também tem atuação importantíssima de até diagnóstico, até conduta, dentro de uma equipe multidisciplinar, puericultura é importantíssimo o enfermeiro conduzir tranquilamente uma puericultura [...] Um enfermeiro numa consulta de enfermagem vai ouvir, aliviar as dores, tentar resolver o problema do paciente da maneira como ele pode, até o limite que ele ache ético, que ele pode resolver ou que ele tem que encaminhar. (M 10)

A forma do agir assistencial indireto é explicitada pela gerência da assistência, quando determina qual membro da equipe vai cuidar de determinado paciente ou mesmo quando distribui os pacientes nos leitos que melhor atendem suas necessidades.

[...] o controle ali da enfermaria eu acho. O poder de organizar. O paciente em tal quarto, lá você vai ter o equipamento necessário para aquele atendimento. Dentro do Centro Cirúrgico é ele quem vai separar e organizar instrumental, organização da equipe. (D18)

4.1.2.3.3- O fazer educacional do enfermeiro

Evidencia-se nos discursos dos informantes, uma certa obrigatoriedade do fazer educacional do enfermeiro. As falas explicitam que este profissional é responsável por treinar os demais membros da equipe de enfermagem, orientando-os tecnicamente, repassando-lhes conhecimentos necessários ao fazer de enfermagem e por treiná-los para o serviço e em serviço.

Ressaltamos que embora as falas dos informantes não explicitem a ação educativa para a saúde, foi possível observarmos sua ocorrência durante as entrevistas realizadas. Esta se fez notar quando presenciamos a alta de duas pacientes, uma puérpera e uma pós-operada, ambas foram orientadas, por uma das enfermeiras, quanto ao autocuidado domiciliar.

[...] tem o auxiliar de enfermagem que faz o trabalho mas é fundamental o enfermeiro que vai tá sabendo se está fazendo correto, se a equipe que ele está coordenando está todo mundo preparado, ele tem que está sempre observando, vendo se não estão fazendo alguma coisa que as vezes eles estão não estão preparados, então sempre coordenando isso [...] (M7)

Na verdade é uma equipe com qualificações diferentes. Eu acho que o enfermeiro graduado ele tem na verdade a obrigação de estar repassando o conhecimento que ele tem para que o auxiliar e o técnico tenham requisitos para estarem exercendo a enfermagem de uma forma proveitosa. [...] (D 30)

4.1.2.3.4- Como o enfermeiro faz e o que precisa para fazê-lo

A análise das entrevistas permitiu-nos constatar que os informantes vêem o enfermeiro como um profissional que trabalha pautado em princípios humanísticos, procurando ficar próximo ao paciente, percebendo-o através de “uma visão global”, proporcionando-lhe amparo, à medida em que permanece próximo a ele por mais tempo e ouve suas confidências. O traço humanístico no fazer do enfermeiro é percebido também na relação com os demais profissionais, caracterizando-o como “um profissional mais receptivo, mais fácil de trabalhar”.

[...] eu acho que ele tem uma visão mais global da pessoa do que o médico. [...] o enfermeiro tem uma visão mais ... geral, mais global da pessoa, [...] é ele quem está mais próximo do paciente de uma forma assim, humana. (P 4)

[...] é um profissional muito acessível. Ele é muito mais fácil de trabalhar.[...] tem um contato mais direto com o paciente [...] dedica mais tempo ao paciente, as vezes ele coleta dados importantíssimos. (F6)

[...] eu acho que essa parte de ... do acompanhamento mais próximo do paciente [...] Eu vejo um papel de amigo. (D 32)

[...] como se fosse o braço direito do médico e do paciente [...] dar amparo, mais do que profissional mesmo, é humano, de pessoa [...] mais triste dar conforto para a família. (D 12)

Contrapondo-se ao traço amável do perfil desse profissional, surge nas falas dos informantes um traço rígido de disciplinador, de um agente que determina o que vai ser feito, como vai ser feito e que faz com que as ordens sejam seguidas.

[...] é o coordenador da equipe, é quem vai orientar a equipe toda como trabalhar de maneira correta, dentro das técnicas mais apropriadas.[...] fazer com que a equipe que está sob seus comandos atue de acordo com aquilo que foi preconizado, o que exatamente deve ser cumprido. (F 24)

Os discursos dos informantes tornam evidente que, para o fazer da enfermagem, é necessário conhecimento específico e que o membro da equipe (enfermeiro) é que detém esse conhecimento, um conhecimento considerado pelos informantes como “maior”. Conhecimento que ele próprio aspira e busca, permitindo que se torne especialista em determinada área.

[...] o enfermeiro ele tem um preparo, a nível de conhecimento, maior do que o técnico. [...] No meu ponto de vista o enfermeiro é de fundamental importância porque ele passou por um estudo maior [...] eu entendo que ele vai saber muito mais avaliar, passando pelas revistas ali, orientar esse precisa disso, daquilo e aquilo ali mas saber principalmente se algo está saindo fora do padrão para acionar o médico mesmo antes do retorno dele. É a questão do diagnóstico mesmo, das coisas, da doença, da normalidade de cada situação. [...] (D38)

O indivíduo tem que ter, [...] o indivíduo ele tem, seja ele médico ou enfermeiro ou qualquer outro profissional, ele tem que ter uma formação para atingir um certo nível de execução. (M22)

Emerge dos discursos, uma dificuldade em indicar uma especificidade para o enfermeiro. Dificuldade esta decorrente de um fazer diversificado, traduzido nas falas com as expressões “é um pau para toda obra”, “faz tudo”, “coadjuvante do tratamento médico”. Além do fazer diversificado, outros fatores dificultadores mencionados para indicar a especificidade do enfermeiro foram: “identidade obscura”, “a prática profissional se modifica com o contexto em que se dá”, “é uma profissão muito nova quando comparada com as outras, ainda está se conformando”.

[...] Eu tenho uma visão mais assim, o enfermeiro como aquele pau para toda obra. [...] Por exemplo os enfermeiros aqui trabalham com qualquer tipo de paciente, qualquer tipo de enfermidade, qualquer tipo de área. A minha visão é assim. (D 28)

Acho que ele é um profissional que a identidade dele é difícil de ser estabelecida. Para qualquer coisa o enfermeiro é solicitado, mesmo que não seja uma coisa de responsabilidade dele fazer. [...] Porquê o enfermeiro parece que ele é visto como aquela pessoa que soluciona diversos problemas do hospital [...] Não consigo pensar nada específico do enfermeiro. (E 5)

As profissões, as práticas profissionais elas se alteram no contexto. As profissões nunca foram as mesmas de antes nem como estão hoje nem como serão no dia seguinte, no período seguinte. [...] o que eu acho é que ainda é uma profissão nova, considerando a evolução das profissões, é uma profissão nova que está em conformação, [...] (E 1)

Emergiu também dos discursos, que o enfermeiro segue uma legislação que normatiza sua prática, mas que ele deveria objetivar seu fazer para o cuidar, buscando se especializar assim como os demais profissionais da saúde em áreas de atuação clínica.

Eu acho que hoje em dia os enfermeiros têm o campo de atuação muito grande, já têm várias especializações. [...] se eu fosse um enfermeiro, se eu tivesse escolhido a área da enfermagem para trabalhar eu procuraria dirigir meu trabalho para o paciente. [...] Isso eu acho que é especificidade da profissão, eu encaro que isso seria a especificidade da profissão, a assistência. (M 33)

Bom assim como para o médico é muito difícil [...] Até porque a gente tem um conselho por trás da gente que passa essa linha divisória, infelizmente ele divide. [...] mas eu acho que não dá para ser uma coisa assim categórica, [...]. (M35)

[...] Pelo fato dele ser mais operacional eu acho difícil dizer que o enfermeiro tem uma especificidade. Porque justamente o trabalho dele além de ser operacional é muito diversificado é difícil dizer que o enfermeiro tem uma especificidade [...]. (M15)

4.2 - Reconstruindo uma imagem profissional

Aproximando as duas fontes de dados deste estudo percebemos que se conformava uma imagem. Nossa primeira percepção é que esta seria a imagem do profissional enfermeiro, mas, reavivando os contornos e os detalhes da figura, constatamos que a imagem percebida era da enfermagem profissão.

A enfermagem é uma prática social historicamente construída para o **cuidar, gerenciar e educar**. É também envolta por uma **malha de afazeres** que dão origem a inúmeros **papéis**, e estes são interpretados por quatro atores legalmente instituídos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e as parteiras, que dividem o palco da prática profissional.

Nossa busca pela especificidade do enfermeiro impulsionou-nos para um trabalho mais minucioso, e este permitiu-nos descortinar o enfermeiro na trajetória da enfermagem.

Os dados evidenciaram que os observadores externos (profissionais da saúde, pacientes, clientes, familiares e administradores hospitalares), ao descreverem o fazer do enfermeiro, não conseguem desvinculá-lo do fazer dos demais membros da equipe de enfermagem. Para eles os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares de enfermagem interpretam cotidianamente os papéis de cuidadores e de organizadores do processo de trabalho em saúde, sendo que nesse palco não há ator principal, todos são coadjuvantes. Esses achados guardam semelhança com os dados encontrados por

Sugano, Sigaud, Rezende (2003) quando investigaram se mães acompanhantes identificavam a enfermeira e os demais componentes da equipe de enfermagem por ocasião da assistência prestada a seus filhos. No referido estudo, as mães entrevistadas tiveram dificuldades de dizer “quem era quem” na equipe de enfermagem, mesmo diante de objetos (uniformes de cor diferentes e crachás) que poderiam auxiliar na distinção de cada membro e chamavam a todos de “enfermeiros”.

Evidenciamos também que o ator enfermeiro se distingue dos outros membros da equipe de enfermagem por suas ações administrativas de coordenação da equipe de enfermagem e outras ações gerenciais, como provimento de recursos para a efetivação do processo de trabalho em saúde e o fazer cumprir normas preestabelecidas. Esses dados são corroborados por inúmeros trabalhos, dentre eles podemos citar os de Brito (1998) e Costa (2004), nos quais as autoras afirmam que há um deslocamento do enfermeiro para a função gerencial. Ainda de acordo com Melo (1986), Silva (1995), Ferraz (1995) e Trevizan et al (1999), além de exercer prioritariamente o papel de administrador, o enfermeiro dedica-se mais as atividades tecnoburocráticas.

Os dados explicitaram que os observadores internos, os enfermeiros, fazem distinções entre os afazeres do enfermeiro e os afazeres dos demais membros da equipe de enfermagem. Mas, em geral, ao fazerem tais distinções, reportam-se à Lei de Exercício Profissional (Lei nº 7498) sendo capazes então de estabelecer limites nítidos no desempenho de cada papel. Porém, quando descrevem seus próprios afazeres, homogeneizam-no com aqueles ditos dos técnicos e auxiliares de enfermagem, demonstrando que a prática profissional não se faz de forma rígida. Ela

é flexível, moldando-se à situação que a requer e ao lugar em que se efetiva. Portanto, o enfermeiro pode muitas vezes assumir tarefas que seriam consideradas, *a priori* dos auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Estudando o processo de trabalho em unidade de terapia intensiva neonatal Gaiva, Scochi (2004) relatam que *o enfermeiro é o detentor do saber e o controlador do processo de trabalho [...]. No entanto, em alguns momentos, também ocupa-se de atividades consideradas menos complexas como o banho e o controle dos sinais vitais*, o que referenda nossa análise.

Os dados revelam também que quando os enfermeiros escrevem sobre o seu fazer, na maioria das vezes, descrevem o fazer manual e a execução de técnicas **como o fazer da enfermagem** realizado por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e reafirmam que **as ações de gerenciar e educar são fazeres do enfermeiro**. Estudos realizados por Florio; Galvão (1998), Rozendo; Gomes (1998), Diogo (2000) e Ferreira et al (2000) corroboram estes dados.

As fontes de dados deixam explícito que as expectativas em relação ao fazer do enfermeiro são diversificadas; incluindo prioritariamente as de cuidar, gerenciar e educar, mas se mantiveram constante ao longo da trajetória profissional. Assim como Florence Nightingale esperava do bom enfermeiro o cuidar humanizado, a competência de gerir recursos e a capacidade de formar novos profissionais, os microssistemas de saúde de hoje mantêm essas mesmas expectativas acrescidas de um maior envolvimento com as políticas de saúde delineadas para o país, *uma qualidade política* nos dizeres de Sousa (2000), Santos et al (2000) e Pires (2001). Além dos autores citados, Chaves (2005) corrobora os dados desse estudo. Ao

estudar o trabalho de enfermeiras - gerentes em uma organização hospitalar de pequeno porte – destacou quatro grupo de funções, quais sejam:

- ♦ gerência – englobando a coordenação das unidades de assistência, administração de recursos físicos, financeiros e humanos, assim como a execução do planejamento estratégico;
- ♦ assistência direta ao cliente;
- ♦ educação; e
- ♦ apoio à pesquisa na área da saúde.

O conjunto de dados explicitam a necessidade de um saber específico para o fazer do enfermeiro. A origem desse saber é o saber médico, por nós compreendido como o saber do campo da medicina. Segundo Sá (1999) e Paim, Almeida Filho (2000) um saber com raiz positivista, que perante ao processo saúde-doença-cuidado adota uma abordagem mecanicista, decompondo o homem em partes, tratando-as, e não o homem doente. Saber que enfrenta o desafio das mudanças paradigmáticas das ciências, que busca modificar-se para compreender a saúde como objeto complexo.

No momento em que a ciência desconfia das explicações gerais e das soluções que não sejam setoriais e específicas, o grande desafio para a Enfermagem *a priori*, parece ser o de produzir um conhecimento [...] contrariando o paradigma cartesiano e a sua tendência biologicista os quais têm alimentado a prática do cuidar (SÁ, 1999:378).

Os dados revelaram que a enfermagem busca há algum tempo reconstruir seu saber. Para isso os enfermeiros investiram e investem em pesquisas que retratam o fazer profissional, numa tentativa de aproximar teoria à prática. Ficou evidente que para os enfermeiros esta tentativa ainda não logrou êxito, uma vez que foram constantes nos estudos analisados afirmativas de que *há dicotomia entre ensino e serviço*. A nosso ver, o fato persiste porque as Escolas de Enfermagem brasileiras

têm o discurso do cuidado holístico, que requer a visão do homem inserido no seu meio, mas ainda utilizam como prática de ensino a metodologia da transmissão do saber, que limita a capacidade criadora e interventora dos futuros profissionais; e valem-se de currículos conteudistas que privilegiam o modelo biomédico (NIETSCHE, 1998; CHAGAS; BARROSO; VARELA, 2000; WALDOW, 2004).

Outro fato que caracteriza o distanciamento da prática profissional é que as Escolas não incluem em seus currículos disciplinas das ciências da administração, deixando, então, de preparar os novos profissionais para o que lhe é mais exigido pelo mercado de trabalho, o gerenciar.

Ficou evidente também, na análise dos dados, a divisão do trabalho da enfermagem. Esta iniciou-se com Florence Nightingale, acentuou-se com a adoção da administração científica e burocrática e perdura até os dias de hoje. A organização verticalizada da enfermagem é causa de angústia e dor no trabalho. Todos os integrantes da equipe queixam-se da indefinição dos papéis que exercem e da (des)qualificação que sofrem como profissionais. Nos estudos de Gaiva, Scochi (2004), Gardenal et al. (2002) encontramos dados semelhantes aos nossos.

Podemos de maneira sucinta dizer que a enfermagem é uma prática social, exercida por quatro atores distintos, que desempenham papéis idênticos, mas que guardam uma única distinção para o enfermeiro, a **administração/gerência**. E que é uma prática que se efetiva através de um trabalho parcelar no qual os atores se dividem verticalmente na equipe de enfermagem, perdem sua identidade profissional quando observados externamente, e se tornam dependentes do saber do enfermeiro. Este, por sua vez, se coloca na dependência do fazer médico. Esta prática requer conhecimento específico, inicialmente originado e dependente do saber médico, com

características positivistas e biologicista, mas foi capaz de construir um caminho próprio, aproximando-se do saber interdisciplinar e busca uma nova maneira de aprender/ensinar/aprender o cuidar e o gerenciar.

Finalizando esse tópico, queremos ressaltar a dificuldade de investigar o fazer do enfermeiro sem que se faça referência ao fazer da equipe de enfermagem. Talvez essa dificuldade se explique com os dizeres de Horta e Castellanos, palavras que conduzem-nos a refletir sobre o Ser-Enfermeiro

Do encontro do Ser-enfermeiro com o Ser-cliente/paciente surge uma interação resultante das percepções, ações que levam a uma transação; neste momento surge o Ser-Enfermagem; um Ser abstrato, um Ser que se manifesta na interação e transação do Ser-enfermeiro com o Ser-cliente/paciente. O Ser-Enfermagem é um Ser que tem como objeto assistir às necessidades humanas básicas. Está, portanto, intrinsecamente ligado ao ser humano. (HORTA; CASTELLANOS, 1979:3)

4.3 - TEORIA DE PAPEL E A ESPECIFICIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

No item anterior, demonstramos que o papel do enfermeiro é envolvido por uma malha de afazeres, e que essa malha é tecida com as expectativas dos atores que interpretam papéis que lhe são complementares. As expectativas são diversificadas e levam o ator enfermeiro a se desdobrar no desempenho de seu papel.

O detalhamento desse desdobramento permitiu-nos identificar o que lhe confere distinção em relação a outros profissionais que com ele compartilham o processo de trabalho e nos aproximarmos do que denominamos sua especificidade.

Embora as expectativas existentes quanto ao papel do enfermeiro sejam bem delimitadas e se concentrem em três eixos de atuação, assistência, administração e educação, não há consenso entre o que o enfermeiro espera do seu papel e o que seus complementares esperam. Essa situação caracteriza **falta de clareza** das expectativas e pode interferir em seu desempenho. Nesse estudo a falta de clareza das expectativas evidenciou-se da seguinte maneira: **discrepância e ambigüidade**.

a) **discrepância** – a análise das dissertações e teses permitiu-nos constatar que quando os atores sociais fazem a opção pela profissão de enfermeiro o fazem tomando por referência a imagem cultural do enfermeiro cuidador, aquele indivíduo que é capaz de entregar-se à tarefa de cuidar diretamente do outro, mas, ao ingressarem nas Escolas de Enfermagem percebem que o papel escolhido se

desdobra em outras variedades que não estavam inclusas em suas expectativas iniciais. Além disso, quando ingressam nos microssistemas de saúde, tomam conhecimento de que lhes serão exigidos gerenciar o cuidado, ensinar a cuidar e não exatamente cuidar; e

b) **ambigüidade** – os informantes dessa pesquisa esperam que o enfermeiro faça com que “o serviço ande” e que lidere a equipe de enfermagem, coordenando todas as atividades a serem executadas, mas, em contrapartida, querem também que o enfermeiro assuma efetivamente o cuidado do paciente, torne-se especialista em determinadas áreas e possa dessa forma agir com mais iniciativa em determinadas situações “auxiliando-os ainda mais no tratamento”.

Constatamos em nosso estudo que o enfermeiro assume uma postura de **conformidade** no que diz respeito ao desdobramento de seu papel. Nos dados analisados, o desdobramento do papel do enfermeiro mais esperado é o de administrador. Os atores complementares do microssistema de saúde se reportam ao enfermeiro como aquele ator que organiza tudo, que dá conta de tudo que acontece, e que, quando ele não está presente, é difícil, ou mesmo impossível, fazer com que as coisas aconteçam de maneira adequada. Embora verbalizem não gostarem ou não quererem exercer a gerência, os atores enfermeiros o fazem. A situação retrata uma **conformidade do tipo oportunista**; ou seja, há uma concordância parcial quanto às expectativas. O enfermeiro desempenha o papel de administrador, mas não o incorpora integralmente e, de certa forma, cede à pressão do grupo, evitando uma situação de conflito.

As situações evidenciadas em nosso estudo fazem com que os atores enfermeiros se confrontem com a necessidade de tomar decisões. Essas decisões

podem ser a de incorporar os papéis que se desdobraram e dividir o tempo de que dispõem no exercício/desempenho de cada um deles; ceder à pressão do grupo, como já comentamos, e fingir que concordam, assumindo o papel de maneira “irreal”, desempenhando-o apenas para não sofrer sanções ou optar por um outro papel social.

Os dados indicam que o enfermeiro, na maioria das vezes, tem optado por desempenhar o papel de administrador para não sofrer sanções. Os estudos analisados conduzem-nos dizer que o enfermeiro cede às pressões do grupo atendendo a todas as suas expectativas, o que torna seu trabalho, por vezes, cansativo e desgastante.

O traço mais marcante no papel do enfermeiro, nos discursos dos informantes e nas teses e dissertações analisadas foi o de administrador. Em qualquer um dos desdobramentos do papel do enfermeiro, esse traço se evidencia e chama a atenção para ele, permitindo-nos então afirmar que a **especificidade do enfermeiro** desvelada nesse estudo é **a administração ou gerência**.

Considerações Finais

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fundamentadas nos dados obtidos nesta pesquisa, podemos afirmar que embora, o enfermeiro tenha o seu papel social historicamente construído como cuidador, educador e administrador, a cultura dos microssistemas de saúde esperam que ele assuma e interprete o papel de administrador e o torne papel principal.

É esse o traço do perfil do enfermeiro que mais se evidenciou nas falas dos informantes do estudo e nos trabalhos por nós analisados. É ele que distingue o enfermeiro dos demais atores da equipe de enfermagem e da equipe de saúde. Portanto é essa a sua especificidade.

Contudo, constatamos nos trabalhos analisados que há, por parte dos enfermeiros, uma “resistência” em aceitá-la e incorporá-la. Essa resistência foi justificada de duas maneiras:

a) os currículos de enfermagem, quando abordam as disciplinas da administração, o fazem “amadoristicamente”, adotando um recorte de conhecimento desvinculado da prática profissional, fazendo com que o enfermeiro se considere despreparado para assumir esse papel; e

b) as Escolas de Enfermagem enfatizam o cuidado como ação precípua do enfermeiro.

Constatamos também que, no desempenhar desse papel, os enfermeiros não passaram da fase de *role-taking*, o que significa dizer que assumem-no a partir de modelos já existentes.

Pensamos que quando os enfermeiros, ao representarem esse papel, consigam atingir a fase *role-creating*; ou seja, desempenhando-o de forma espontânea e criativa, poderão modificá-lo e utilizá-lo em benefício da própria enfermagem, reconstruindo a prática profissional do enfermeiro e, quem sabe, alcancem o almejado cuidado direto.

Vários estudiosos têm assinalado que há um movimento de mudanças nas instituições hospitalares no que tange o estilo de gerenciamento dessas organizações, dentre eles citamos os de Brito (2004) e Chaves (2005). As autoras indicam que os enfermeiros são chamados a exercer efetivamente cargos de gerência, porque demonstram habilidades para tal e que essas habilidades são reconhecidas pelos administradores/diretores dos hospitais. Estes identificam nesse profissional, qualidades de um bom gerente.

Os referidos estudos evidenciam também que os enfermeiros buscam mais conhecimento na área da administração e incorporam à sua prática novos conceitos administrativos.

O estudo de Chaves (2005) mostrou que há consonância entre o “perfil gerencial” definido nas *teorias gerenciais desde as abordagens mais clássicas até as posteriores à década de 1980* e o “perfil gerencial” do enfermeiro de uma instituição hospitalar de pequeno porte de Belo Horizonte. A autora destaca que *apenas duas*

das funções não foram contempladas de forma clara: motivar equipe de trabalho e estabelecer rede de informações. Afirma que não é conveniente fazer generalizações mas, os dados encontrados indicam uma mudança na prática gerencial do enfermeiro.

Acredita-se que a enfermeira ainda esteja passando por um momento de transição, mas dá sinais de que atualmente adota um estilo de gerência que vai além do perfil clássico, alicerçado na realidade decisória e no ambiente estável. (CHAVES, 2005:137).

Ainda nos reportando aos trabalhos de Brito (2004) e Chaves (2005) podemos inferir que a fase de *role-creating* do papel de administrador do enfermeiro foi iniciada. Chamamos a atenção para o fato de que o próprio enfermeiro busca por aperfeiçoar-se na gerência, matriculando-se em cursos de especialização na área de administração, o que provavelmente o conduzirá a uma visão mais ampliada do papel de gerente/administrador e possibilitará adoção de posturas criativas no desempenho desse papel, enriquecendo-o e modificando-o.

A nosso ver, o cuidado direto, tão almejado por grande parcela dos enfermeiros, só será alcançado quando a enfermagem deixar de se organizar verticalmente, quando seus agentes tiverem a mesma formação, compartilharem o mesmo conhecimento e puderem optar por **cuidar, gerenciar ou ensinar**, tornando-se especialistas em uma das três áreas.

Bibliografia

6 - BIBLIOGRAFIA

6.1 - Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. 128p.

ALVES, M. **Organização do trabalho na enfermagem**. 1991. 130p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ANTUNES, A. V.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.35-44, janeiro 2000.

BRASIL. Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986.seção 1, p. 9274.

BRITO, M. J. M. **O enfermeiro na função gerencial: desafios e perspectivas na sociedade contemporânea**. 1998. 176p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

_____. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte**. 2004. 393p.

Tese (Doutorado em Administração), Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CAPELLA, B. B.; GELBECKE, E. L. Enfermagem: sua prática e organização. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.41, n. 2, p.132-149, abr/jun 1988.

CARVALHO, A. C. **Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico**. 1972. 126f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA. Resolução nº 196 de 10 out. 1996. **Cad. Ética Pesq.**, v.1, n.1, p.34-42, jul. 1998.

CHAGAS, M. I. O.; BARROSO, M. G. T.; VARELA, Z. M. V. Vivenciando uma abordagem sócio-cultural no ensino de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n. 1, p.87-93, 2000

CHAVES, M. M. **O trabalho da enfermeira-gerente no contexto hospitalar: um estudo de caso sobre habilidades e funções à luz da teoria gerencial**. 2005. 145p. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

COSTA, W. G. **Os paradoxos da verdade**. Disponível em: <<http://www.fepdobreasil.org.br/socionomia.htm>> Acesso: 23 out.2003.

COSTA, J. S. M. **Assistência humanizada e estrutura organizativa, a necessária interface: a experiência do grupo de trabalho de humanização de um hospital de Belo Horizonte**. 2004. 175p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

DIOGO, M. J. D'ELBOUX. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.75-81, janeiro 2000.

FERNANDES, M. S. **A função do enfermeiro nos anos 90**: réplica de um estudo. 2000. 133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem**: da gerência científica à gerência sensível. 1995. 250p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997. 1837p. p.701

FERREIRA, M. A.; LISBOA, M. T.; ALMEIDA FILHO, A. J.; GOMES, M. L. B. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro. In: RAMOS, F. R. S. (Org.) **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Gov. Federal, 2000. p.68-72.

FLORIO, M. C. S.; GALVÃO, C. M. Implantação de um serviço de cirurgia ambulatorial: o papel da enfermagem nesse cenário. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.5, p.83-88, dezembro, 1998.

GABRIELLI, J. M. W. **O professor real e o ideal na visão de um grupo de graduandos de enfermagem**. 1999. 194f. Dissertação (Mestrado Enfermagem) _ Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.469-476, maio-junho, 2004.

GARDENAL, C. L. C.; PARREIRA, I.; ALMEIDA, J. M.; PEREIRA, V. M. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999). **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p.478-489, jul./ago., 2002.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338 p.

GOMES, E. L. R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p. cap.7, p.229-250.

GUIMARÃES, L. **Sobre a teoria dos papéis**. Disponível em: <<http://www.cpunet.com.br>> Acessado em: 23 out. 2003.

HARTLEY, E. L.; HARTLEY, R. E. “Status” social e papel social. In: CARDOSO, F. H.; IANNI, O. **Homem e sociedade**. 6 ed. São Paulo: Editora Nacional, 1971. p. 69-74.

HORTA, W. A.; CASTELLANOS, B. E. P. (col.) **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922p. p.1226.

LAMÊGO, B. L. **Relação ensino/serviço na formação do enfermeiro**. 2000. 168f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

LAROUSE, CULTURAL. **Grande enciclopédia larouse cultural**. São Paulo: Nova Cultura. 1998, v.9. p.2209.

LINTON, R. **O homem: uma introdução à antropologia**. 9 ed. Tradução de L. Vilela. São Paulo: Martins Editora, 1973. 493p.

_____. O indivíduo a cultura e a sociedade. In: CARDOSO, F. H. ; IANNI, O. **Homem e sociedade**. 6 ed. São Paulo: Editora Nacional, 1971. p. 98-102.

LUNARDI, V. L. **Fios visíveis/invisíveis no processo de (des)construção do sujeito enfermeira**. 1994. 270f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cotez, 1986, 94 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 267p.

MORENO, J. L. **Psicoterapia de grupo e psicodrama**. Tradução Antônio C. Mazzarotto Cesarino Filho. Campinas: Editorial Psy, 1993.

NIETSCHE, E. A. As teorias da educação e o ensino de enfermagem no Brasil. In: SAUPE, R. (Org.). **Educação em enfermagem; da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: ED. da UFSC, 1998. 306p. cap.4, p.121-161.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem:** o que é e o que não é. Tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989. 174p. Título original: Notes on Nursing: What it is, and what it is not.

NOGUEIRA, P. S. **Introdução e aspectos gerais do psicodrama.** Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br>> Acessado em; 23out. 2003.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da saúde pública:** e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125p.

PARSONS, T. et al. Papel e sistema social. Tradução Ruy Coelho. In: CARDOSO, F. H.; IANNI, O. **Homem e sociedade.** 6 ed. São Paulo: Editora Nacional, 1971. p. 63-68. Título Original: Toward a general theory of action (1951).

PARSONS, T.; SHILS, E. A. A interação social. In: CARDOSO, F. H.; IANNI, O. **Homem e sociedade.** 6 ed. São Paulo: Editora Nacional, 1971. p. 125-127. Título Original: The basic structure of the interactive relationship (1951).

PAULA, A. F.; LEITE, J. C. A.; SAAR, S. R. C. Processo de trabalho em enfermagem; passado-presente-futuro. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52,** 2000, Olinda, Exposição Oral. Olinda: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Pernambuco, 2000. 690p.p440.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem: Brasil, 1500 a 1930.** São Paulo: Cortez, 1989. 146p.

PIRES, M. R. G. M. **Enfermeiro com qualidade formal e política:** em busca de um novo perfil. 2001. 196p. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília.

REZENDE, A. L. M. **Contribuição para uma análise histórica do pensar e do fazer nas ações de saúde – uma visão não dicotômica da formação acadêmica do enfermeiro**. 1983. 334f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RODRIGUES, A. R. F. A teoria de papéis: fundamentação geral para compreensão do desempenho do enfermeiro. In: MANZOLLI, M. C. ; CARVALHO, E. C.; RODRIGUES, A. R. F. **Psicologia em enfermagem: teoria e pesquisa**. São Paulo: Sarvier, 1981. Cap.2, p.15-36.114 p.

ROZENDO, C. A.; GOMES, E. L. R. Liderança na enfermagem brasileira: aproximando-se de sua desmitificação. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.5, p.67-76, dezembro, 1998.

SÁ, L. D. E a enfermagem no século XXI ? **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n. 3 , p.375-384, jul./ set.1999.

SAAR, S. R. C. **Gratificação de estímulo à docência e prática docente no cotidiano da Escola de Enfermagem da UFMG**. 2001. 143p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SANTOS, A. M.; PINHO, L. M. O.; LOURES, M. C.; FREITAS, R. A. M. M. Enfermagem em saúde pública: uma resposta articulando ensino, pesquisa, estágio e extensão. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial , p.159-164, dez. 2000

SARBIN, T. R.; ALLEN, V. L. Role theory. In: LINDZEY, G.; ARONSON, E. (Eds.). **The handbook of social psychology**. 2ed Massachusetts: Addison-Wesley, 1968.

SILVA, A. L. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar, a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p.cap. 3, p.41-59.

SILVA, T. V. **Formação do enfermeiro a nível de graduação: percepção do educando sobre a implementação dos programas educacionais**. 1986. 167p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVEIRA, F. B. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 2000. 830p. p.319.

SOBREIRA, C. D. B.; GOTTLIEB, L. **Qualidade de vida e obesidade**. Disponível em: <<http://www.assobravdisal.com.br/publico>> Acesso em: 23 out. 2003.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial , p.25-30, dez. 2000

SUGANO, A. S.; SIGAUD, C. H. S.; REZENDE, M. A. A enfermeira e a equipe de enfermagem - segundo mães acompanhantes. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p.601-607, setembro - outubro, 2003.

SPAGNOL, C. A. **Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte - MG**. 2000. 177p. Dissertação (Mestrado- Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TREVIZAN, M. A. **Estudo das atividades dos enfermeiros-chefe de unidades de internação de um hospital-escola.** 1978. 126p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; NOGUEIRA, M. S. Definições teóricas e operacionais do conceito de papel do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, 8 (1):94-110, jan.1987.

TREVIZAN, M. A.; **Enfermagem hospitalar:** administração & burocracia. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.142p.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; CURY, S. R. R.; FÁVERO, N.; CALDONHA, A. M. Dimensões factual e virtual no gerenciamento da enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem,** Brasília, v.52, n. 4, p.525-528, out. - dez. 1999.

VIEIRA, M. J. A representação do cuidar na imagem da enfermagem. **Revista Latino - Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.7, n.5, p.25-31, dezembro 1999.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: _____. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar, a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p. cap. 1, p.7-30.

_____. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004. 237p.

6 . 2 - Bibliografia Consultada

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. Os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana. In: _____. **A construção social da realidade**. Petrópolis: 2003, 247p. p.35-68.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. A sociedade como realidade objetiva. In: _____. **A construção social da realidade**. Petrópolis: 2003, 247p. p.69-172.

BRASIL. Lei n. 6880, de 09 de dezembro de 1980. Dispõe sobre o estatuto dos militares. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez, 1980. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br>>. Acesso em: 26 maio 2005.

GOFFMAN, E. Representações. In: _____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Tradução Maria C. Santos Raposo. Petrópolis, 2002, 233p.p. 25-75.

GOFFMAN, E. Papéis discrepantes. In: _____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Tradução Maria C. Santos Raposo. Petrópolis, 2002, 233p. p. 132-155.

MACHADO, M. N. M. **Entrevista de pesquisa:** a interação pesquisador, entrevistado. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.151p.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso.** 3ed. Tradução Freda Indursky. Campinas: Pontes, 1997.198p.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. 385p.

MERTON, R. K. **Sociologia: teorias e estrutura.** São Paulo: Mestre Jou, 1970. 758p.

MYERS, D. G. **Psicologia Social.** 6ed. Tradução A. B. Pinheiro de Lemos. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

PARSONS, T. **O sistema das sociedades modernas.** Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Pioneira, 1974, 189p.

SILVA, D. E. G.; VIEIRA, J. A. (Org.) **Análise do discurso:** percursos teóricos e metodológicos. Brasília: Plano, 2002. 278p.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista.

Data: ____/____/____.

Nome fictício _____

Profissão: _____ Especialidade: _____

Tempo de formado _____ Tempo de trabalho na instituição _____

Cargo/Função na instituição _____ Tempo de exercício _____

Início da entrevista _____ Termina da entrevista _____

Questões norteadoras:

Você trabalha (ou) com equipe multiprofissional?

Por quanto tempo?

Gosta/gostou/gostaria de trabalhar? Por quê?

Nas atividades no grupo multiprofissional, algo lhe chamava a atenção em relação às posturas dos diferentes profissionais? O quê?

Pensando no enfermeiro, você vê algo nele que chame a sua atenção? O quê?

Há algo que o distingue dos demais profissionais da equipe multiprofissional? O quê? E em relação aos outros profissionais da equipe de enfermagem?

Considerando a enfermagem você lhe atribui algo de particular? O quê?

E o enfermeiro pode-se dizer que ele tenha algo particular? O que seria?

Que definição você dá a palavra especificidade?

Atribua uma especificidade ao enfermeiro.

APÊNDICE A2 – Roteiro para entrevista modificado

Data: ____/____/____.

Nome fictício _____

Profissão: _____ Especialidade: _____

Tempo de formado _____ Tempo de trabalho na instituição _____

Cargo/Função na instituição _____ Tempo de exercício _____

Início da entrevista _____ Termina da entrevista _____

Questões norteadoras:

Você trabalha (ou) com equipe multiprofissional?

Por quanto tempo?

Gosta/gostou/gostaria de trabalhar? Por quê?

Nas atividades no grupo multiprofissional, você percebe distinção/papéis diferenciados para os profissionais?

Qual o papel do _____ na equipe multiprofissional de saúde? (citávamos cada profissional da equipe)

Qual o papel do enfermeiro na equipe multiprofissional de saúde?

Qual o papel do enfermeiro na equipe de enfermagem?

Pensando no enfermeiro, há algo nele que chame a sua atenção? O quê?

Há algo que o distingue dos demais profissionais da equipe multiprofissional? O quê? E em relação aos outros profissionais da equipe de enfermagem?

Considerando a enfermagem você lhe atribui algo de particular? O quê?

E o enfermeiro pode-se dizer que ele tenha algo particular? O que seria?

Que definição você dá a palavra especificidade?

Atribua uma especificidade ao enfermeiro.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Informado

Prezado Colega,

Sou enfermeira e tenho 24 anos de exercício profissional. Durante esse tempo, exerci diferentes funções, dentre as quais a de professor universitário. No momento, sou aluna de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto. Para desenvolver minha Tese, escolhi como tema a prática profissional do enfermeiro.

Solicitei autorização a essa Instituição para entrar em contato com os profissionais de saúde que nela trabalham, com o objetivo de perguntar-lhes se consentiam em participar do estudo que pretendo realizar. Você é um deles.

Informo que a entrevista será agendada previamente, gravada e realizada em local que lhe seja conveniente. Informo também que mantereis sigilo de seu nome pois usarei nomes fictícios e números para distinguir os informantes.

Ressalto que não haverá ônus para você ou mesmo pagamento por sua participação.

Espero contribuir com o conhecimento profissional, deixando um trabalho escrito sobre a prática da enfermagem. Buscarei, através da entrevista, na qual você falará sobre seu modo de ver a prática profissional do enfermeiro, apreender a especificidade do enfermeiro.

Caso aceite participar, favor assinar o termo de consentimento a seguir.
Muito obrigada pela sua atenção e colaboração.

Sandra Regina da Costa Saar

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **“Especificidade do Enfermeiro: a visão multiprofissional”**, de autoria de Sandra Regina da Costa Saar, estando ciente de **que não receberei gratificação** ou pagamento pelo meu depoimento; de **que não correrei risco de vida**, pois não serão utilizados materiais ou técnicas que causem danos ou ferimentos à minha pessoa; que tudo aquilo que eu responder **será gravado e transcrito** e após submetido à **minha leitura e, de acordo**, será utilizado para produzir trabalho que auxilie na definição da especificidade do enfermeiro, e que será mantido **sigilo do meu nome**, além de poder **interromper minha participação** como informante para esse estudo em **qualquer momento** que desejar.

Afirmo que não fui coagido pela Instituição onde trabalho e nem pelas pessoas a participar deste estudo e que faço por livre e espontânea vontade.

Por ser verdade assino o presente documento.

_____ de _____ de _____

ASSINATURA

Sandra Regina da Costa Saar
Contato: saar @ enf.ufmg.br
Tel: (31) 3482 30 98

APÊNDICE C – Roteiro para seleção de Dissertações e Teses

- 1) Título do trabalho _____
- 2) Autor do trabalho _____
- 3) Tipo de trabalho _____
- 4) Data e local de publicação _____
- 5) Objetivo do trabalho _____
- 6) O trabalho estuda/discute.

☐ a prática profissional do enfermeiro

☐ relações profissionais do enfermeiro

☐ com o paciente ☐ com os familiares ☐ com os demais profissionais

☐ atribuições do enfermeiro

☐ o papel do enfermeiro

☐ expectativas quanto ao profissional enfermeiro

- 7) O trabalho segue uma abordagem

☐ qualitativa ☐ quantitativa ☐ não especificado

- 8) O trabalho é um estudo

☐ bibliográfico ☐ de campo ☐ ambos

- 9) Foram unidades de estudo/ informantes

☐ profissionais da equipe de saúde ☐ profissionais enfermeiros

☐ profissionais da equipe de enfermagem

☐ outros: ☐ pacientes ☐ familiares ☐ outros profissionais

APÊNDICE D – Relação de trabalhos analisados

Nº de ordem	Autor	Ano publicação	Local de publicação	Titulação obtida	Abordagem da pesquisa
01	FABRO, M.R.C	1996	Campinas	Mestrado	Qualitativa
02	KAKEHASHI, T.Y	1999	São Paulo	Doutorado	Qualitativa
03	LEITE, J.C.A.	2001	Belo Horizonte	Mestrado	Qualitativa
04	SANTOS, M. S.	1999	Ribeirão Preto	Mestrado	Qualitativa
05	FERNANDES, M.G.R	1996	São Paulo	Mestrado	Quantitativa
06	MIRANDA, C. M. L.	1996	Rio de Janeiro	Doutorado	Qualitativa
07	DAHER, D. V.	2000	Rio de Janeiro	Mestrado	Qualitativa
08	VIEIRA, M. J.	1999	Ribeirão Preto	Doutorado	Qualitativa
09	LEITE, M. A. R.	1998	Belo Horizonte	Mestrado	Qualitativa
10	LAMEGO, B. L.	2000	Belo Horizonte	Mestrado	Qualitativa
11	BERNARDES, A.	2000	Ribeirão Preto	Mestrado	Quantitativa
12	TREVIZAN, M. A.	1978	Ribeirão Preto	Mestrado	Quantitativa
13	FRIEDRICH, D. B. C	2000	Belo Horizonte	Mestrado	Qualitativa
14	FONSECA, M. G.	2000	Belo Horizonte	Mestrado	Qualitativa
15	PEDRÃO, J. L.	1990	Ribeirão Preto	Mestrado	Qualitativa
16	RODRIGUES, A. R. F	1978	Ribeirão Preto	Mestrado	Quantitativa
17	FILIZOLA, C. L. A.	1990	Ribeirão Preto	Mestrado	Qualitativa
18	FERRAZ, C. A.	1989	Ribeirão Preto	Mestrado	Qualitativa
19	CALDONHA, A. M.	1998	Ribeirão Preto	Mestrado	Quantitativa
20	OLIVEIRA, M. I. R.	1972	Salvador	Doutorado	Quantitativa
21	REIS, J. N.	1993	Ribeirão Preto	Mestrado	Qualitativa
22	TREVIZAN, M. A.	1986	Ribeirão Preto	Doutorado	Qualitativa
23	VILLA, T. C. S.	1992	Ribeirão Preto	Doutorado	Qualitativa
24	PIRES, M. R. G.M.	2001	Brasília	Mestrado	Qualitativa
25	BIANCHINI, M.C.	1999	Ribeirão Preto	Mestrado	Qualitativa
26	ALMEIDA, M. C. P.	1991	Ribeirão Preto	L. Docência	Qualitativa
27	ALVES, M.	1991	Belo Horizonte	Mestrado	Quantitativa
28	MENDONÇA, J.M. G.	2002	Belo Horizonte	Mestrado	Qualitativa
29	FERNANDES, M. S.	2000	Ribeirão Preto	Mestrado	Quantitativa

APÊNDICE E – Referencias bibliográficas dos trabalhos analisados*

FABRO, M. R. C. **O processo de formação de identidade da enfermeira: trabalho e poder no contexto hospitalar.** 1996. 310p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

KAKEHASHI, T. Y. **Revista brasileira de enfermagem e a política de identidade profissional da enfermeira no Brasil –1032 a 1941.**1999. 275p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LEITE, J. C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família: em busca da interdisciplinaridade.**2001.233p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SANTOS, M. S. **A (in)satisfação do enfermeiro no trabalho: implicações para o gerenciamento das ações de enfermagem, aspectos teóricos.** 1999. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERNANDES, M. G. R. **Perfil e competências do enfermeiro: concepções do administrador de hospitais.** 1996. 132p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Mackenzie, São Paulo.

MIRANDA, C. M. L. **O risco e o bordado: um estudo sobre a formação de identidade profissional.** 1996. 206p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro Biomédico, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DAHER, D. V. **Por detrás da chama da lâmpada: a identidade social do enfermeiro.** 2000. 139p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

VIEIRA, M. J. **Imagem cultural e motivação na escolha da enfermagem.** 1999. 310p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

* Seguimos a ordem de sorteio dos trabalhos apresentada no Anexo G

LEITE, M. A. R. **O divino cotidiano das enfermeiras na terapia intensiva.** 1998. 136p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

LAMÊGO, B. L. **Relação ensino/serviço na formação do enfermeiro.** 2000. 168p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

BERNARDES, A. **O trabalho administrativo do enfermeiro sob a ótica de outros profissionais.** 2000. 110p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TREVIZAN, M. A. **Estudo das atividades dos enfermeiros-chefe de unidades de internação de um hospital-escola.** 1978. 126p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FRIEDRICH, D. B. C. **O cuidado no trabalho da enfermeira em unidade básica de saúde: uma praxis em transformação.** 2000. 134p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FONSECA, M. G. **O trabalho do enfermeiro em um contexto de mudanças organizacionais.** 2000. 126p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PEDRÃO, J. L. **Certezas e dúvidas do enfermeiro da unidade de psiquiatria de hospital geral: seu papel, sua educação.** 1990. 96p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

RODRIGUES, A. R. F. **Teoria de papéis e enfermagem: o papel do enfermeiro psiquiátrico em ambulatório.** 1978. 169p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FILIZOLA, C. L. A. **O papel do enfermeiro psiquiatra: oprimido e opressor.** 1990. 149p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERRAZ, C. A. **Compreensão do exercício profissional do enfermeiro:** uma análise fenomenológica. 1989. 83p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CALDONHA, A. M. **O papel do enfermeiro na visão do cliente externo.** 1998. 69p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

OLIVEIRA, M. I. R. **A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente:** análise sociométrica multirrelacional. 1972. 87p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

REIS, J. N. **A motivação humana no trabalho administrativo do enfermeiro na realidade hospitalar:** aspectos teóricos. 1993. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TREVIZAN, M. A. **A função administrativa da enfermeira de instituição hospitalar burocratizada.** 1986. 200p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VILLA, T. C. S. **A enfermeira nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo: 1967 – 1983.** 1992. 176p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PIRES, M. R. G. M. **Enfermeiro com qualidade formal e política:** em busca de um novo perfil. 2001. 196p. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília.

BIANCHINI, M. C. **Saúde mental e o trabalho do enfermeiro.** 1999. 103p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletivo.** 1991. 297p. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ALVES, M. **Organização do trabalho na enfermagem.** 1991. 130p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MENDONÇA, J. M. G. **A prática dos médicos e enfermeiros na equipe de saúde da família no município de Bocaiúva – MG.** 2002. 148p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FERNANDES, M. S. **A função do enfermeiro nos anos 90: réplica de um estudo.** 2000. 133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

**ANEXO A – Autorização para pesquisa empírica na Escola de Enfermagem -
UFMG**

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizamos a Enfermeira Sandra Regina da Costa Saar a realizar nesta Escola a Pesquisa, **“Especificidade do Enfermeiro: a visão multiprofissional”**, objeto de sua Tese de Doutorado junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profª Maria Auxiliadora Trevizan.

Belo Horizonte, 02 de março de 2004

Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Diretor da Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia. - Cep 30130-100 – Belo Horizonte
Minas Gerais – Tel. (31) 3248-9830 – www.enfermagem.ufmg.br

ANEXO B – Autorização para pesquisa empírica Organização Militar **SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**
PARQUE DE MATERIAL AERONÁUTICO DE LAGOA SANTA

Ofício nº 009/DESR/0283

Lagoa Santa, 22 MAR 2004

Senhora Coordenadora,

Informo a V. Sa. que, atendendo solicitação de Sandra Regina da Costa Saar – Enfermeira do Quadro de Oficiais da Aeronáutica, autorizei a utilização do Esquadrão de Saúde Reforçado do Parque de Material Aeronáutico de Lagoa Santa como espaço para pesquisa de campo e coleta de dados empíricos do Projeto intitulado “Especificidade do Enfermeiro: uma visão multiprofissional”.

2. Aproveito o ensejo para apresentar meus protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,

JOSÉ EUCLIDES DA SILVA GONÇALVES - Cel. Av.
Diretor do PAMA LS

A Sua Senhoria

Profª. Drª. CLÁUDIA BENEDITA DOS SANTOS

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-EERP/USP

Av. Bandeirantes, 3900

Campus Universitário

14040-902 – Ribeirão Preto - SP

PROTOCOLO COMAER

15-16/ 0280 /04

ANEXO C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0119/2004

Ribeirão Preto, 22 de outubro de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 65ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de outubro de 2004.

Protocolo: nº 0456/ 2004

Projeto: ESPECIFICIDADE DO ENFERMEIRO: A VISÃO MULTIPROFISSIONAL

Pesquisadores: MARIA AUXILIADORA TREVIZAN
 SANDRA REGINA DA COSTA SAAR

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Claudia B. Santos
 Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Maria Auxiliadora Trevizan
 Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP