**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JULIANA GUISARDI PEREIRA

**CONTINUIDADES, AVANÇOS E RUPTURAS:
A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE
ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÃO PAULO
2015**

JULIANA GUISARDI PEREIRA

**CONTINUIDADES, AVANÇOS E RUPTURAS:
A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE
ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de doutora em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

O ORIGINAL ENCONTRA-SE DISPONÍVEL NA ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA USP.

**SÃO PAULO
2015**

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.

Assinatura: _____

Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pereira, Juliana Guisardi

Continuidades, avanços e rupturas: a construção da identidade profissional de enfermeiras da estratégia saúde da família / Juliana Guisardi Pereira. São Paulo, 2015.

314 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem. 2. Prática profissional. 3. História da enfermagem. 4. Saúde da família. I. Título.

Nome: Juliana Guisardi Pereira

Título: Continuidades, avanços e rupturas: a construção da identidade profissional de enfermeiras da estratégia saúde da família

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de doutora em Ciências

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Às enfermeiras e enfermeiros que involuntária e imperceptivelmente contribuíram para que eu construísse minha identidade profissional nesta (por vezes débil) tentativa de me aproximar um pouquinho mais da enfermeira que eu queria ser, em “ordem cronológica”: Pasqualina Jacomaci Sinhoretto, Maria Júlia Paes da Silva, Maria Amélia de Campos Oliveira (Méia), Francies Regyane de Oliveira, Marcia Regina Kretzer, Wânia Regina Martines, Mário Sergio Vianna, Clarice Rabelo, Alexandre Fonseca Batista, Sebastião Junior Henrique Duarte, Nígima Luciana do Nascimento Brasil.

E a todos os enfermeiros que diariamente contribuem para fazer do desafio de trabalhar na ESF uma construção incrível.

AGRADECIMENTOS

Há tempos que venho considerando que esse trabalho não foi escrito apenas a duas mãos. Não que isso se trate da confissão de alguma transgressão ética na elaboração de uma pesquisa de cunho científico e que requer um produto de autoria individual. Refiro-me aqui aos diversos tipos de apoio que recebi ao longo dessa jornada árdua, penosa e por vezes solitária. Não foram poucos os momentos em que pensei que a força necessária para continuar havia se esgotado, tendo os olhos embaçados em razão da saudade, ou cansados pelas horas noturnas passadas em claro.

Quando criança, recordo-me da estória de um homem que percorreu um longo caminho para chegar ao final do arco-íris e encontrar o tesouro mas, quando chegou lá, nada encontrou. Entretanto, olhando para trás, lembrou-se de como havia enfrentado inúmeros obstáculos para chegar até ali e que, para vencê-los, havia recebido a ajuda de seus amigos. Foi então que percebeu que seu verdadeiro tesouro eram seus amigos.

Sou grata pelos desafios, pois eles contribuíram para que eu desse o meu melhor, mesmo antes de saber se seria possível. Mas sou duplamente grata pelos tesouros que tive ao meu redor – seja perto, em casa, no trabalho, nos encontros; seja à distância, em uma mensagem instantânea, na rede social ou por telefone – pessoas que me apoiaram e incentivaram a seguir em frente.

Como felizmente somos esse todo indivisível, o período em que se é uma doutoranda também se é mãe, esposa, irmã, amiga, professora, cozinheira, motorista, só para citar algumas funções. Para “dar conta” de tudo isso, agradeço por ter pessoas queridas em minha vida.

Agradeço infinitamente a minha família. À minha mãe Maria Aparecida, ao meu pai Claudicilio, à minha irmã Marina, que nunca

mediram esforços para me acolher e dizer que era possível. As palavras são incapazes de dizer o quanto os amo e sou eternamente grata por tudo que fizeram e fazem por mim.

Aos meus queridos sogros Elisabete e José Soares (*in memorian*), que sempre foram tão dedicados em nos apoiar fisicamente, inclusive mudando de cidade temporariamente, seja espiritualmente com suas orações.

Agradeço aos meus cunhados e cunhadas David, Elaine e Willian, e especialmente Elen e André, que por diversas vezes se dispuseram gentilmente a me auxiliar nos momentos mais cruciais e foram pais temporários para a Isa. Sem vocês nada disso seria possível. E aos meus queridos sobrinhos que permitiram que eu me tornasse a tia Ju: Hanna Kelly, Hadassa, Andrezinho e Antônio.

A todos os meus tios e tias, especialmente à tia Pasqua e tio Franco, pelo apoio constante e demonstrações de carinho que aqueceram meu coração em diversos momentos, especialmente no frio do hemisfério norte. Tia Pasqua, você é um exemplo de ética, luta e conquista. Que a vida continue a lhe retribuir na medida de sua energia e generosidade.

A todos meus primos e primas, para que também sempre alcancem os seus sonhos. Em especial a minha prima Jacque, a quem ousou chamar de irmã mais velha, pelos conselhos, apoio, por compartilhar e sempre me acolher. Sua competência inspira-me e também me faz querer ser melhor.

Aos meus amigos especiais: Débora, Carla, Tânia, Sebastião, Silvana, Julia, Arianne, Marcos e Vanessa. Que nossa antiga amizade continue assim e oxalá um dia eu possa ser o suporte que vocês têm sido para mim.

A minha querida orientadora, Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira (Méia), que durante esses últimos cinco anos vem

me mostrando que ensinar é incentivar o voo e não podar as asas. Sua ampla generosidade, suas palavras de incentivo, alegria e compreensão foram tão preciosas quanto seu vasto conhecimento e competência, na qual pude me sustentar. Obrigada por sempre acreditar e me fazer avançar.

Ao professor doutor Genival Fernandes de Freitas, a quem ousou chamar de “querido professor”. Sou grata à vida por ter tido a oportunidade de encontrá-lo em meu caminho, pela generosidade em partilhar seu conhecimento, pelas discussões, por sempre me receber tão bem. Sua excelência enquanto professor e pessoa também me fizeram mais forte.

A professora doutora Maria da Glória Bonelli, que gentilmente se dispôs a partilhar seu domínio acadêmico com alguém que arriscou se aventurar pela Sociologia, e apontar direções criativas e enriquecedoras para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço também aos professores doutores da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Renata Ferreira Takahashi, Maria Cristina Komatsu Braga Massarolo, Claudia Prado, Marcelo José dos Santos, Celia Maria Sivalli Campos, Valéria Marli Leonello, Lislaine Aparecida Fracolli, Emiko Yoshikawa Egry, Lucia Yasuko Izumi, Elizabeth Fujimori e Suely Itsuko Ciozak por terem me apoiado de diversas maneiras ao longo dessa trajetória.

As professoras doutoras Julie Faiman, Barbra Wall, Cyntia Connely, Jean Whelan, e em especial Patricia D’Antonio pela orientação da minha pesquisa no *Barbara Bates Center for the History of Nursing*, da *School of Nursing - University of Pennsylvania*, com quem pude aprender e compartilhar experiências singulares durante o outono de 2014, quando realizei o doutorado sanduíche. A Nancy e Geri pela ajuda em minha adaptação e acolhimento na Filadélfia, e a Jia e Sally pelo companheirismo.

Aos colegas de trabalho Mayumi Uchôa, Daniela Navarro, Manoel Miranda Neto e Maria Elisa Manso pela parceria e pelo apoio constante. Aprendo e admiro cada dia mais vocês.

Agradeço às colegas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso, professoras doutoras Annelita Reiners, Maria Aparecida Gaíva, Neuci dos Santos, Wilza Pereira, Rosa Lúcia Ribeiro, Mara Ribeiro, Aldenan da Costa, Neuma Zamariano, Marlene Oliveira, Joceli Lins, Magali Olivi e Irene Kreutz pelo apoio, incentivo, sugestões e companheirismo, e com as quais tive o prazer de compartilhar experiências durante quatro anos.

Aos amigos do grupo de pesquisa Necessidades em Saúde Coletiva: Cintia, Jaque, Elaine, Talita, Fernanda, Marcia e Juliane, pelas contribuições e parceria ao longo desse período, em especial à Luzmarina, pela contribuição.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e da Secretaria de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo constante apoio. Meu muito obrigada, ainda, a Silvana e Sílvia, da Comissão de Cooperação Internacional da Escola.

Ao estimado Jaime dos Santos Junior, que gentilmente me agraciou com sugestões e recomendações metodológicas importantes. Também sou grata à Providência por ter encontrado esse parceiro durante a caminhada.

À Coordenação de Apoio de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que me contemplou com uma bolsa no país, bem como no exterior, viabilizando o doutorado sanduíche e apoiando financeiramente a realização deste estudo.

Às enfermeiras e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, SP, que receberam uma

desconhecida e contribuíram com seu tempo e dividiram suas histórias. Espero que o trabalho possa retribuir em alguma medida a fundamental participação de vocês. Meu muito obrigada a todos os demais funcionários que colaboraram para que as entrevistas fossem realizadas.

Obrigada aos queridos que me auxiliaram na transcrição das entrevistas: Leticia, Talita, Paola, Karine e Maicon. Vocês foram demais!

Muito obrigada a todos que auxiliaram no cuidado de minha filha. Menciono aqueles a quem ainda não agradei acima: Maria Cardoso, Alyne, Raphael, Nelci, Glaucia.

Por último, mas não com menor importância, quero agradecer a duas pessoas especiais. Ao meu amado esposo George, que suportou minhas ausências, apoiou-me nas dificuldades e nas decisões mais cruciais e que vibrou comigo nas conquistas. Obrigada por sempre acreditar em mim e fazer o melhor pela nossa família.

Agradeço também a minha filha (e princesa) Isabella, que mesmo sem a possibilidade de escolha, suportou bravamente as mudanças, as ausências, os momentos de espera e sempre me encheu de energia, alegria e motivação para seguir em frente. A mamãe tem muito orgulho de você. Obrigada por abrilhantar minha vida com alegria e paz todos os dias. Esse trabalho é dedicado a você.

Sou grata a Deus pelo dom da vida e pela esperança e a certeza de dias sempre melhores. Até aqui nos ajudou o Senhor!

PEREIRA, JG. Continuidades, avanços e rupturas: a construção da identidade profissional de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Tese (doutorado). São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2015.

RESUMO

Pesquisa de natureza descritiva e exploratória, que teve por objetivo analisar o processo de construção da identidade profissional de enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e verificar como se identificam (identidade para si) e são identificadas (identidade para o outro) pelos demais profissionais de saúde. O referencial teórico-metodológico foi a hermenêutica dialética, ancorada nos marcos teóricos da Sociologia das Profissões e na História da Enfermagem. Foram entrevistadas 27 enfermeiras da ESF e 10 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de uma Supervisão Técnica de Saúde do município de São Paulo. O material empírico foi submetido à técnica de análise de discurso. Os resultados revelaram que, entre as participantes, a escolha pelo curso de graduação em Enfermagem foi influenciada pelo conhecimento prévio da profissão; os estágios da graduação foram importantes no processo de formação inicial; os docentes e os enfermeiros de campo foram os principais modelos profissionais e os alicerces para o início da vida profissional, motivando-as a trabalhar na ESF. Também foram influenciadas pelo desenvolvimento do próprio trabalho. Na **identidade para si**, as enfermeiras veem-se como coordenadoras da equipe, exercendo liderança nas unidades de saúde, a profissional que resolve tudo, que tem autonomia e é referência para os usuários dos serviços e educadora em saúde. Na **identidade para o outro**, a enfermeira é vista como gerente da equipe e referência da equipe para a coletividade, a parceira da equipe. Entretanto, a enfermeira também é vista como uma profissional desconhecida e desvalorizada, em busca de especificidade e reconhecimento de seu papel profissional. A identidade profissional da enfermeira da ESF transita

entre uma identidade socialmente imposta e outra reivindicada pelo grupo profissional. A negociação de novas identidades vai ganhando novos contornos pela ampliação dos conhecimentos da clínica, à medida que as enfermeiras se aproximam da prestação de cuidados diretos aos usuários. A gestão do processo de trabalho e dos conflitos coloca-as em uma posição diferenciada na equipe multidisciplinar, ao mesmo tempo em que um investimento crescente é despendido no estabelecimento de vínculos significativos com a coletividade. Conclui-se que a enfermeira continua a lutar por afirmação e reconhecimento profissional, em busca de uma imagem de si condizente com a concretude de sua prática.

Palavras chave: Enfermagem; Prática Profissional; História da Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

PEREIRA, JG. Continuities, advances and breaks: construction of professional identity of nurses in Family Health Strategy. [Thesis]. São Paulo, School of Nursing, University of São Paulo, 2015.

ABSTRACT

Exploratory and descriptive study that aimed to analyze the process of construction of professional identity of nurses who work at the Family Health Strategy (FHS), and see how they identify themselves (identity for themselves) and how they are identified by other health professionals (identity to the other). The theoretical and methodological framework was the hermeneutic dialectics, anchored in the theoretical framework of Sociology of the Professions and in Nursing History. 27 FHS nurses were interviewed and 10 professional of Support Group for Family Health in a Technical Supervision of São Paulo City. The empirical material was submitted to discourse analysis. Nurses' professional pathways revealed that the choice to study Nursing was influenced by former profession knowledge; undergraduate training at FHS were important to the career; teachers and practical nurses were the main professional models, providing the motivation to work in the FHS and becoming the basis to entry into professional life, which was also influenced by work development itself. In the identity for themselves, nurses see themselves as team coordinators, exercising leadership in the Health Center; the professional who solves everything, which is autonomous, a reference for service users and a health educator. In the identity to the other, stood out the work of the nurse as team manager, the team's reference to the community and a partner in the team. However, the nurse is also seen as an unknown and undervalued professional who is searching for specificity and recognition of her professional role. Professional identity of FHS nurses transits between an imposed and a claimed identity by the professional group. The negotiation of new identities is gaining new shapes by the expansion of clinical knowledge and autonomy, as they are approaching to provide care to users. On the

other hand, the management of the work process and the conflicts put the nurses in a different rank in the multidisciplinary team at the same time that a growing investment is realized towards the establishing of significant links with the community. The conclusion is that nurses continue to fight for affirmation and professional recognition in search of an image of themselves consistent with the concreteness of their practice.

Keywords: Nursing, Professional Practice; History of Nursing; Family Health Strategy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1** – Mapa das subprefeituras do município de São Paulo. São Paulo, 2010 150
- Figura 2** – Mapa das Supervisões Técnicas de Saúde da Coordenadoria Regional Centro-oeste. São Paulo, 2011 151
- Figura 3** – Estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal, Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, Município de São Paulo, Agosto de 2014 152

QUADROS

- Quadro 1** – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, segundo número de enfermeiras atuantes, enfermeiras entrevistadas e motivos de não participação em abril de 2014 153
- Quadro 2** – Caracterização das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, entrevistadas na pesquisa. São Paulo – SP, 2014 166
- Quadro 3** – Caracterização dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entrevistados na pesquisa. São Paulo – SP, 2014..... 169
- Quadro 4** – Síntese dos resultados das entrevistas com enfermeiras e profissionais do NASF, São Paulo, 2014 170

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Ambulatórios de Especialidades
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBEn	Congresso Brasileiro de Enfermagem
CD	Cirurgião-Dentista
CIE	Conselho internacional de Enfermeiros
CNE/CES	Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CR	Centro de Referência
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ENESPE	Encontro de Entidades Sindicais e Pré-sindicais da Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família

EUA	Estados Unidos da América
Famema	Faculdade de Medicina de Marília
FNE	Federação Nacional de Enfermeiros
ICN	International Council of Nurses
IES	Instituições de Ensino Superior
ISA	International Sociological Association
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONGs	Organizações Não-Governamentais
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PAS	Plano de Assistência à Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
SESu	Secretaria de Educação Superior
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	313
1.1 A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO.....	37
1.2 A ENFERMAGEM PRÉ-PROFISSIONAL: AS ORIGENS DAS PRÁTICAS DE CUIDAR.....	45
1.3 A PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM COMO FENÔMENO MUNDIAL	57
1.4 O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM BRASILEIRA.....	64
2 REFERENCIAL TEÓRICO	90
2.1 O FENÔMENO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES	92
2.2 O CONCEITO DE PROFISSÃO E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS.....	114
2.3 A QUESTÃO DAS IDENTIDADES	126
2.4 A IDENTIDADE PROFISSIONAL	136
3 OBJETIVOS	142
4 MÉTODO	146
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	148
4.2 LOCAL DO ESTUDO	149
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	157
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	158
4.5 COLETA DE DADOS	159
4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	160
5 RESULTADOS	164
5.1 A CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	166
5.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	170
5.2.1 O processo inicial de socialização das enfermeiras	171
5.2.2 A identidade para si segundo as enfermeiras	186
5.2.3 A identidade para o outro segundo as enfermeiras.....	197
5.2.4 A IDENTIDADE PARA O OUTRO, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DO NASF.....	215
6 DISCUSSÃO.....	229
6.1 O PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS	231
6.2 A IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA DA ESF	242
6.2.1 A liderança da equipe multiprofissional	242
6.2.2 A enfermeira como a profissional que promove o acesso, o vínculo e o resolutividade	248
6.2.3 O conhecimento como um caminho possível para a construção da identidade e da autonomia profissional.....	251
6.2.4 A enfermeira da ESF: uma identidade em construção	256

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	263
REFERÊNCIAS	271
APÊNDICES	285
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	287
APÊNDICE B: INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA – ENFERMEIRAS DA ESF	289
APÊNDICE C: INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DO NASF	291
ANEXOS	293
ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – EEUSP	295
ANEXO B: PARECER DA SUPERVISAO TÉCNICA DO BUTANTÃ.....	299
ANEXO C: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SMS/SP (VERSÃO 1)	301
ANEXO D: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SMS/SP (VERSÃO 2)	305
ANEXO E: RESUMO DOS DISPOSITIVOS LEGAIS QUE RESPALDAM O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA NA ESF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	307

APRESENTAÇÃO

Existem certas coisas que só se entende com o tempo, talvez com a maturidade. Conforme se olha para trás, percebe-se que algumas coisas que aprendemos pela vida, sejam vindas de experiências diretas ou não, emergem aos poucos. É aquele tipo de memória que a gente não sabe se sonhou, ou se, de fato, foi real. Assim aconteceu em alguns aspectos da minha vida profissional.

Quando optei pelo curso de Enfermagem no vestibular, aos 18 anos de idade, tinha pouca noção do que isso significaria para minha vida. Vinda de uma família da classe trabalhadora e nível de escolaridade não universitário, visualizava na Enfermagem a quase garantia de inserção no mundo do trabalho e a possibilidade de autonomia financeira, mais do que propriamente uma escolha consciente e apaixonada pela profissão.

Essa ideia também era reforçada pela convivência com um familiar enfermeira: inteligente, bem-sucedida e financeiramente estabilizada. Era a referência da família para o cuidado de saúde, seja prestando informação ou indicando cuidados domiciliares, mas também a referência no despertar da consciência política, da cidadania e dos direitos e deveres que tínhamos que praticar, respeitando a si mesmo e ao próximo.

Sem ideias claras sobre o que era ou não era a enfermagem, entendia que se tratava de uma profissão “virtuosa”: ajudar o próximo numa situação de adoecimento, que requeria conhecimento e ética, e para a qual eu acreditava que não teria dificuldade em me adaptar. Somado a isso, a urgência de uma autonomia econômica almejada me fez eleger a enfermagem como uma opção viável.

De fato, num primeiro momento, já na graduação, aprender a ser enfermeira não me pareceu complicado. O conjunto de valores que fundamentavam o *ser enfermeira*, como o respeito e a atenção

integral ao ser humano, coadunava-se com aspectos de minha socialização anterior até aquele momento.

Entretanto, a realização das atividades práticas, predominantemente no ambiente hospitalar até o penúltimo ano do curso, levou-me a certo incômodo diante de uma realidade que até então eu desconhecia. Impressionaram-me o hospital com seu cheiro característico, o sofrimento de pacientes e familiares diante da morte ou da doença, a normatividade, a rotina, os protocolos e a rigidez da organização do trabalho. Somado a isso, era evidente a busca de afirmação profissional da enfermeira no cumprir e fazer cumprir as regras da instituição, além do caráter subsidiário à Medicina.

Nessa trajetória, diversos docentes exerceram papel fundamental sobre meu processo de socialização como enfermeira. Exemplos de como lidar com a questão do sofrimento humano, com a supremacia médica, inclusive em hospitais universitários; como gerenciar a equipe, como motivá-la, enfim. No primeiro e segundo anos do curso, relembro com carinho de uma docente com quem aprendi na prática o que era competência, conhecimento, comunicação e humanização do cuidado.

No último ano do curso, o estágio da disciplina de administração, realizado em uma Clínica Cirúrgica, foi um momento importante que oportunizou colocar em prática diversas habilidades da enfermeira nesse ambiente de trabalho. Era o primeiro estágio em que nós estudantes ficávamos no campo de estágio sem o docente. Recordo-me de ter me sentido orgulhosa quando percebi que uma senhora havia sido admitida no hospital, mas não estava na agenda cirúrgica daquela semana. Contactei o médico que cuidava dela, o qual confirmou que não havia planejamento cirúrgico para a senhora, dispensou-a e me perguntou surpreso: - Quem é você?

Outro fato importante nesse semestre ocorreu durante um estágio de Saúde Coletiva. A docente levou-nos para sala de vacina e explicou detalhadamente como avaliar o local e os demais cuidados

relacionados à aplicação na criança. Chamou-me e atenção sua capacidade de atrair a atenção e falar com propriedade sobre o assunto, fazendo com que até mesmo as auxiliares de enfermagem do serviço pedissem para acompanhar a explicação.

Ainda nesse último ano do curso, descortinou-se a minha frente uma perspectiva de trabalho da enfermeira na qual eu pude “encontrar-me” profissionalmente: a atuação na Atenção Primária à Saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família. A possibilidade de realizar visitas domiciliares, consultas com a abordagem da clínica ampliada, o planejamento e a avaliação em saúde com base nas características territorial, a dinamicidade das ações, a possibilidade de atuar na promoção da saúde e na prevenção de agravos, enfim, vieram ao encontro de minhas aspirações, ensejando satisfação profissional e pessoal.

O fato é que ter vivenciado aquela experiência durante o último ano da graduação marcou definitivamente minha trajetória enquanto acadêmica. Apaixonei-me pela Enfermagem em Saúde Coletiva e desde então nunca mais olhei para trás e sequer pensei em qualquer possibilidade de desistir.

A variedade de atividades executadas pelas enfermeiras, como consultas de pré-natal, puericultura, ao adulto; realizando exame físico, prescrevendo medicações, fazendo grupos educativos, trabalhando em equipe, gerenciando a equipe e a unidade de saúde, sendo a referência da unidade era algo que me enchia de satisfação. Eu voltava todo dia para casa pensando: “é essa enfermeira que eu quero ser; isso faz sentido para mim e traz significado profissionalmente”.

Na unidade de saúde onde realizei o Estágio Curricular havia uma enfermeira que marcou profundamente minha identidade profissional. Ela havia iniciado a vida profissional na Estratégia Saúde da Família, estudava e sabia muito sobre propedêutica médica, farmacologia, enfermagem clínico-cirúrgica, dentre outros. Conhecia

vários assuntos, fazia uma consulta como eu nunca havia visto antes, além das visitas domiciliares, as ações educativas e era visível sua liderança na equipe e na unidade.

Quando andávamos na rua, as crianças acenavam e gritavam: “Oi, Dra!”. Ela visitava meninos usuários de drogas com algum agravo transitório de saúde e dizia: - “Fulano, você precisa ficar limpo para tomar esses remédios, está entendendo?” Aquilo fez todo o sentido para mim: ir aonde as pessoas estavam, na casa, na vizinhança, conhecê-las de perto, no ambiente familiar e comunitário, onde emergiam os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Assim que conclui a graduação, procurei inserir-me na ESF e por sete anos e meio atuei em uma unidade de saúde da Região Sudeste do município de São Paulo como enfermeira de família. Recordo-me da insegurança e das dúvidas sobre o que fazer que me invadiram nos primeiros dias de trabalho. Agora *eu* era a enfermeira da equipe, da unidade. Agora era eu quem tinha de organizar o trabalho, orientar e supervisionar os trabalhadores da Enfermagem, consultar, prescrever, orientar. Estava me tornando, enfim, uma referência.

Sem dúvida, minha experiência pessoal e as vivências anteriores na graduação, nos estágios e agora no dia-a-dia da Unidade contribuíram para forjar minha identidade profissional como enfermeira de Saúde da Família durante esses anos de trabalho. Claro que o apoio das colegas enfermeiras, o estudo dos protocolos, manuais do Ministério da Saúde, o resgate de conteúdos teóricos da graduação foram importantes naquele momento.

Mas logo foi possível perceber que em paralelo à satisfação encontrada no trabalho, outras questões colocavam-se. Trabalhar em equipe não era tão fácil e as relações interpessoais tinham um peso importante nas relações de trabalho. O trabalho fluía bem quando o médico da equipe compreendia o papel da enfermeira – criava-se uma parceria; mas ficava desintegrado em situação contrária. O mesmo princípio aplicava-se aos demais profissionais.

Realizar consultas com pessoas que necessitavam de respostas que iam além dos limites legais da minha profissão levavam ao dilema: “devo ir ao consultório do médico ou encaminhar o usuário para a consulta médica?” Eram questões para as quais não havia uma resposta definida e que demandavam criatividade e resolutividade de acordo com as possibilidades que surgiam no dia-a-dia do trabalho.

Em se tratando de planejamento e priorização de ações, a sobrecarga de responsabilidades, a supervisão do trabalho de outros profissionais, as metas a serem atingidas, sem dúvidas dicotomizavam o *querer* fazer e o *ter que* fazer.

Outras problemáticas vividas no trabalho despertaram a necessidade de retomar os estudos e ingressei no mestrado. Enquanto enfermeira de família que recebia em estágio estudantes de enfermagem dos últimos semestres do curso, concebia esse momento de articulação como essencial para “firmar” a identidade do futuro profissional de saúde, próxima das necessidades de saúde da população e afinada com os conhecimentos da Saúde Coletiva.

O tema da investigação no mestrado foi a contribuição da articulação ensino-serviço para a mudança do modelo assistencial no sentido da vigilância da saúde em unidades de Saúde da Família no município de São Paulo. Os achados revelaram ações incipientes de articulação, por um lado devido à falta de projeto político municipal na direção da Vigilância da Saúde, por outro porque os sujeitos da academia tinham pouca oportunidade de interferir no trabalho dos profissionais, de forma que os estudantes muitas vezes limitavam-se a acompanhar as atividades que já estavam em andamento na unidade.

Após concluir o mestrado, decidi enfrentar um novo desafio: ingressar na área da docência. Comecei acompanhando o estágio de estudantes de medicina de uma faculdade privada em São Paulo. Embora envolvida com a formação de profissionais médicos, mantive

o foco no desenvolvimento de características de futuros profissionais para atuação na Saúde Coletiva.

Após seis meses fui chamada para assumir uma vaga efetiva de professor assistente numa universidade federal na região Centro-Oeste do País. Durante quatro anos atuei nas Disciplinas Saúde do Adulto e Estágio Curricular em Enfermagem em Saúde Coletiva, tendo coordenado o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde/Saúde da Família (PET-Saúde da Família) no município de Várzea Grande (MT).

Durante os anos em que atuei no meio acadêmico dessa universidade pública, desenvolvi diversos projetos de articulação interprofissional com docentes e acadêmicos de enfermagem e também de medicina, educação física, nutrição, serviço social, psicologia, dentre outros. Tais iniciativas tinham por base as políticas educacionais dos Ministérios da Educação e da Saúde, as quais fomentavam mudanças nos cursos de graduação das profissões da saúde.

Nessa caminhada que envolveu pesquisas, discussão e condução dos projetos, atuação conjunta nos serviços de saúde, capacitação constante, ia ficando cada vez mais clara a interprofissionalidade na atuação da enfermeira de Saúde Coletiva. Novos questionamentos fizeram-me retomar os estudos, agora no nível de doutorado.

Dada a complexidade da vida pessoal, não restrita ao campo profissional, após quatro anos na universidade federal voltei para São Paulo e venho atuando novamente no curso de graduação em medicina que havia trabalhado anteriormente.

Passados esses sete anos desde que venho atuando na docência, constato que de alguma forma também venho influenciando a construção da identidade profissional de estudantes de enfermagem e também de outras profissões da saúde.

Acredito que o percurso diário em minha trajetória profissional conduziu-me ao presente estudo, com o qual almejo ressignificar o vivido e contribuir de alguma maneira para a reflexão de tantas outras enfermeiras de Saúde da Família e também de estudantes de enfermagem, cujos esforços vão se somando no dia-a-dia para aprimorar a profissão.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas caracterizam-se por grandes mudanças sociais, tanto nos aspectos materiais quanto na subjetividade, resultantes de transformações sociais e econômicas mais amplas. Tais mudanças têm impactado, também, o mundo do trabalho, alterando a estrutura das ocupações e a organização do trabalho, de forma que os padrões profissionais e o profissionalismo estão passando por uma reconceituação (ANTUNES, 1999; GONÇALVES, 2008).

As origens desse processo de mudanças podem ser identificadas na crise estrutural do capitalismo a partir da década de 1970, inicialmente nos países centrais, que desencadeou um processo de reformulação ideológica e política com vistas a estabelecer novas formas de dominação, por meio do neoliberalismo, cujas marcas têm sido a privatização estatal e a desregulamentação dos direitos trabalhistas pelo Estado e do mercado de trabalho (ANTUNES, 1999; ANTUNES, 2014).

Dentre as mudanças supra citadas, destacam-se: o predomínio do assalariamento, o surgimento e a expansão de novas formas de vinculação empregatícia, com precarização dos direitos trabalhistas; a redução dos padrões de autonomia e autoridade profissionais decorrentes das novas formas de regulação do trabalho; a necessidade crescente de domínio de conhecimentos sobre gestão e liderança, além do conhecimento científico e técnico; e compatibilidade com as expectativas dos clientes (DUBAR, 2005; GONÇALVES, 2008).

De fato, o trabalho profissional vem mudando e sendo transformado: os profissionais antes ditos liberais vêm cada vez mais se vinculando às organizações; muitas profissões vêm conquistando o controle legal de seu próprio trabalho e a autonomia vem crescentemente perdendo terreno; não há mais uma clara diferença entre empregos no setor público e no setor privado e o financiamento

privado vem operando igualmente nos dois setores (parcerias público/privado) (EVETTS, 2013).

Observam-se ainda mudanças na autonomia e no controle das profissões quanto à inserção social e à realização de tarefas, notadamente pela racionalização econômica, fiscalização dos atos praticados, tanto por entidades representativas dos consumidores como pela mídia; e globalização crescente do mercado de serviços (GONÇALVES, 2008).

Outro fator é o aumento do “chamado” ao profissionalismo no voluntariado, na filantropia e nas Organizações Não-Governamentais (ONGs). A transparência pública, por sua vez, requer crescentemente regulação, auditoria e procedimentos avaliativos; o conhecimento está mais aberto e acessível na sociedade, principalmente em tempos de Internet, desafiando a *expertise* profissional (EVETTS, 2013).

Somado a isso, ocorrem alterações nas relações entre o Estado e as profissões, num momento em que ocorrem processos de redução das funções do primeiro, em particular nas áreas de educação, saúde e justiça, bem como de reconfiguração da abrangência das intervenções das associações de consumidores e da própria dinâmica econômica (GONÇALVES, 2008).

Ao mesmo tempo, nota-se o aumento de profissionais na população economicamente ativa, bem como a feminização de vários grupos profissionais. Existe tendência ao surgimento e estabelecimento de novas profissões, com identidades próprias e que requerem seu lugar na divisão social do trabalho, redefinindo os limites jurisdicionais, além de acentuada interdependência entre as profissões (BARBOSA, 1998; GONÇALVES, 2008; RODRIGUES, 1997).

Os efeitos dessa transformação puderam ser observados de forma mais intensa no Brasil especialmente a partir dos últimos 20 anos do século passado, acompanhado de estagnação do crescimento e crise da dívida externa no país, o que gerou regressão

econômica e social, bem como o aumento vertiginoso da inflação, do desemprego e da pobreza. A terceirização ganhou força ao mesmo tempo em que a garantia dos direitos trabalhistas perdeu terreno (ANTUNES, 1999; POCHEMAN, 2014).

Para Pocheman (2014), no começo do século XXI, o Brasil passou por uma importante transformação no trabalho, com retomada do crescimento econômico e ampliação de conquistas em áreas sociais básicas até então marginalizadas, como investimento em infraestrutura, políticas de redistribuição de renda, dentre outros.

Como lembra o autor, vem ocorrendo aumento na expectativa média de vida, o que leva à necessidade de abarcar diversas questões na agenda das políticas públicas (saúde, mobilidade, integração social etc). Há queda da taxa de fecundidade e do número de membros por domicílios, impactando no predomínio de novas estruturas familiares, notadamente mais monoparentais. Aumentam as causas de morbimortalidade associadas às doenças crônicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares e neoplasias, bem como às causas externas (acidentes de trânsito e violências) (POCHEMAN, 2014).

Nesse processo de ampla metamorfose social, as profissões são impelidas a repensarem sua prática e redesenharem sua trajetória presente e futura, de forma a garantirem sua sustentabilidade nesse contexto de incertezas e busca constante de sua própria legitimação. Nesse sentido, as identidades profissionais acabam por ser impactadas.

O setor saúde, ramo da economia brasileira que emprega cerca de 3,9 milhões de trabalhadores ou 4,3% do total de empregos no país, também sofreu impactos. Novas profissões vêm se inserindo no setor, principalmente devido ao trabalho em equipes multidisciplinares na Atenção Primária à Saúde. Diversas são as modalidades de contratação, bem como as jornadas de trabalho, as formas de remuneração e os modos de desenvolver o trabalho, aumentando a

competição e a individualização das carreiras (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011; MACHADO, VIEIRA, OLIVEIRA, 2012).

No caso da Enfermagem, cujo contingente de profissionais no Brasil ultrapassa a marca de 1,5 milhões de trabalhadores, as mudanças no mundo do trabalho também vêm exigindo novos perfis profissionais. Segundo dados de 2010, havia no Brasil 287.119 enfermeiros, 625.863 técnicos de enfermagem e 533.422 auxiliares de enfermagem, totalizando 1.449.583 trabalhadores de enfermagem ou 64,7% da força de trabalho em saúde no País (BARRETO, KRUMPEL, HUMERO, 2012).

A extinção de categorias profissionais no âmbito da Enfermagem, ao longo do tempo; a busca de qualificação de suas diversas categorias, o aumento das exigências de qualificação profissional num mercado cada vez mais competitivo, a busca por maior participação no sistema COFEN/COREN pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, as atuais lutas ou “bandeiras” da Enfermagem (como a jornada de 30h semanais), assinalam cisões e desafios que podem comprometer, dentre outros, o estabelecimento de vínculo e a prestação de cuidados de qualidade no atendimento aos usuários e suas famílias.

Outra mudança importante refere-se ao local de inserção profissional das enfermeiras. Uma pesquisa realizada na década de 1980 sobre o local de trabalho constatou que 70,4% dos trabalhadores de enfermagem concentravam-se em hospitais. Já em 2005 esse percentual era 57,2% e atualmente há perspectiva de manter essa tendência de redução, haja vista que a implementação do SUS e, mais recentemente, da Estratégia Saúde da Família (ESF), vem gerando o aumento de empregos para os profissionais de enfermagem no setor público e na Atenção Primária (BARRETO, KRUMPEL, HUMERO, 2012).

Implantada no Brasil desde 1994, em agosto de 2013 a ESF totalizava 46.443 equipes de saúde da família credenciadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Se todas as vagas para enfermeiras nas equipes estivessem preenchidas, haveria 46.443 enfermeiras atuando na ESF, ou seja 16,17% das enfermeiras do País.

A organização do trabalho na ESF propõe que a enfermeira exerça atividades que envolvem desde a coordenação da equipe de Enfermagem até a assistência direta, diferentemente do que ocorria tradicionalmente nas instituições tanto públicas quanto privadas onde esta profissional vinha desenvolvendo seu trabalho, inclusive com ampliação do âmbito de sua prática.

Como se vê, essas mudanças vêm possibilitando à Enfermagem transformar sua profissionalidade. Já é tempo, portanto, de examinarmos os impactos dessas mudanças nas identidades profissionais das enfermeiras. Mais especificamente, o impacto que a inserção na Atenção Básica vem produzindo na identidade profissional das enfermeiras.

Diante do exposto, o presente estudo toma como objeto a identidade profissional da enfermeira que atua na Atenção Básica à Saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando responder à seguinte questão norteadora: *Que transformações a inserção na ESF vem produzindo na identidade profissional das enfermeiras?*

1.1 A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

A profissionalização da Enfermagem é recente, datando do século XIX, embora as práticas de cuidar remontem ao início da história da humanidade. Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem moderna, por ter desempenhado um papel importante na profissionalização do cuidado, contribuindo para a

saída das mulheres do ambiente doméstico para o mundo do trabalho (BARREIRA, 1999).

Exercido inicialmente de forma empírica, o cuidado foi adquirindo cientificidade, afastando-se do âmbito dos leigos e passando para as mãos dos sacerdotes e mágicos, em seguida para os religiosos e, posteriormente, para pessoas com conhecimento formal. A prática da Enfermagem resultou em acumulação de conhecimentos próprios que, associados aos conhecimentos de outras áreas do saber, chega à atualidade como profissão singular e tipicamente configurada como um modo específico de pensar e exercer atividades no mundo do trabalho (CIOSAK, 2004; PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011).

A Enfermagem sempre se caracterizou pelo cuidado, tanto em sua fase pré-profissional, quanto depois de elevada à categoria profissional. Entretanto, atualmente, vem caminhando para um redimensionamento desse cuidar numa perspectiva mais integrada com as demais profissões da saúde, de forma interdisciplinar.

Embora o cuidar não seja uma ação exclusiva da Enfermagem, é prioritário no exercício da profissão. Há “uma tendência favorável para se pensar coletivamente acerca do cuidar, envolvendo todos os profissionais da área, particularmente no que tange à Atenção Básica” (MEDEIROS, 2010; p. 100).

Ao longo de sua história, a trajetória da Enfermagem vem sofrendo inúmeras mudanças. Moreira e Oguisso (2005), baseadas em Lima et al (1994), identificam três diferentes fases no desenvolvimento profissional: a *empírica* ou *primitiva* (inexistência de profissionais de Enfermagem), a *evolutiva* (a partir de Florence Nightingale, que estabeleceu a Enfermagem moderna) e a *de aprimoramento* (assunção do holismo no atendimento ao ser humano). Lembrem, entretanto, que algumas iniciativas de treinamentos e cursos nos Estados Unidos da América (1798) e na

Espanha (1833), anteriores a Florence, já representavam uma contribuição ao agregar conhecimentos pela profissão.

Assim, torna-se imperativo relacionar os fatos históricos com o desenvolvimento da profissão, tais como: o nascimento dos hospitais e o desenvolvimento das ciências biológicas e da saúde; a emancipação feminina, a Revolução Industrial, os determinantes sociais, políticos, econômicos e contextuais, dentre outros. Conhecer a história da profissão permite compreender a relação entre o presente e o passado, sobretudo pela forma como veio se construindo ao longo do tempo, realçando a questão da identidade profissional (OGUISSO, 2007; PADILHA; BORENSTEIN, 2005; PADILHA; BORENSTEIN, 2006).

“...a história adere à possibilidade de delinear e identificar quem são, o que pensam, o que sentem, como agem as enfermeiras e, ainda, quais as perspectivas do que serão em sua caminhada como um grupo profissional contextualizado” (PADILHA; BORENSTEIN, 2011; p. 35).

A história da Enfermagem revela o quanto esta é parte integrante da vida, do mundo da saúde e de seus compromissos com a sociedade na qual se encontra inserida.

Entretanto, inicialmente essa história não foi contada pelas mulheres que exerciam o cuidado, mas por diversas disciplinas como a Medicina, a História e a Sociologia, que ora realçavam seu caráter religioso e submisso, ora profano e imoral, levando a uma construção social identitária que dificultava sua identificação como uma *profissão* relacionada à área da saúde (PADILHA; BORENSTEIN; 2006; PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011).

O distanciamento das parteiras, das religiosas e em seguida das enfermeiras, sobre a influência das correntes socioeconômicas, culturais e políticas, assim como sobre a dominação da Igreja e posteriormente dos médicos sobre a prática do cuidado, fez com que sua identidade profissional ficasse marcada indelevelmente por sua herança passada, isto é, pelo sacerdócio, pela subordinação ao

trabalho médico, pela prevalência da feminização, dentre outros (COLLIÈRE, 1989; PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

A própria designação “enfermeira” suscita controvérsias. Campos e Oguisso (2008) chamam a atenção para o fato de que a denominação “enfermeira” ou “enfermeiro” não define adequadamente a profissão, por sua associação com a noção de enfermidade ou doença. A amplitude da prática atual da enfermeira é muito mais complexa do que o foco na doença ou no doente, abrangendo atividades de promoção da saúde, prevenção do adoecimento, reabilitação e recuperação da saúde. Na década de 1960, a Associação Brasileira de Enfermagem empreendeu uma tentativa de mudança do nome da profissão, buscando auxílio entre intelectuais da Academia Paulista de Letras, sem que se chegasse à alteração.

As definições existentes mais complicam do que explicam o significado da profissão e acabam por afetar a representação social sobre a Enfermagem e a enfermeira, conformando e legitimando ideias que os indivíduos têm de si mesmos e do grupo a que pertencem, ou seja, a identidade profissional.

Na língua inglesa, o primeiro registro da palavra *nurse* aparece no ano de 1526, significando mulher que amamenta ou que cuida, consistindo numa forma reduzida do termo *nourish* (nutrir). Outro significado pode ser “*segurar carinhosa e cuidadosamente nos braços*”. Pode ainda significar nutrir, alimentar e cuidar de doentes. A palavra *nurse* pode referir-se a berçário, viveiro de plantas, casa de repouso de idosos, dentre outros. Já na língua francesa, inexiste a palavra “Enfermagem”, apenas “enfermeira”. Nos idiomas nórdicos não existem as palavras “Enfermagem” e “enfermeira”, sendo utilizados os termos “profissão” e “profissionais da saúde” (SANTOS, 2011).

Na literatura sobre a história dos cuidados ao ser humano e sobre a história da Enfermagem destacam-se imagens, figuras e

símbolos que passaram a forjar identidades e manipular opiniões sobre a profissão e o exercício profissional.

Alguns historiadores da Enfermagem brasileira afirmam que os instrumentos de simbolização e a ritualização contribuíram para a incorporação de um *habitus* e a criação de estereótipos que hoje influenciam a forma como as enfermeiras percebem-se e são percebidas pela sociedade. A propaganda, o uniforme, a estrutura física das escolas de enfermagem, as insígnias, os retratos, os objetos como a lâmpada, os conteúdos abordados nos cursos, os discursos e os rituais de formatura estavam impregnados de uma ideologia que destacava o serviço abnegado, tendo por objetivo atrair moças da classe média, “*de bons costumes e espírito altruísta*”, para simbolizar a ordem e executara as determinações governamentais na primeira reforma sanitária brasileira (BARREIRA, 1993; BARREIRA, 1998; PORTO; SANTOS, 2009; SANTOS et al, 2011).

Predominava a identificação da Enfermagem como prática feminina, exercida ora de forma caritativa ou sacerdotal por mulheres religiosas, ora de forma inescrupulosa por mulheres imorais; como prática leiga ou de pouca qualificação educacional, condizente com uma baixa remuneração; profissão auxiliar ao exercício da Medicina, dentre outros (COLLIÈRE, 1989).

“Personagem magnífica ou rebaixada, sublime ou desprezada, sobre-estimada ou desvalorizada, a enfermeira, figura mítica, é determinada pelo *papel* que dela se espera mais do que por aquilo que deveria caracterizar profissionalmente – e não pessoalmente – a sua prática de cuidados” (COLLIÈRE, 1989; p. 16; grifo da autora).

Pelo fato de a Enfermagem pré-profissional ter nascido como atividade doméstica, de caráter manual, assentada no empirismo de mães de família, monjas ou escravos, permaneceu por longo período destituída de qualquer conhecimento especializado próprio, de poder e de prestígio. Os cuidados de Enfermagem, apesar de imprescindíveis e complementares à atividade médica, não eram

remunerados e não tinham reconhecimento social, atrelados que estavam às atividades domésticas (SILVA, 1986).

Baseada em Foucault (1978), Silva (1986) assinala que a inexistência de saber esotérico em algumas áreas de conhecimento implica falta de poder e desprestígio. O saber esotérico é, na linguagem da sociologia das profissões, um linguajar próprio a uma profissão ou área de conhecimento; linguagem técnica, especializada, codificada (MACHADO, 1995).

“... a enfermagem, entretanto, não se constituía ainda como um saber especializado. O enriquecimento progressivo e admirável da medicina, a partir do século XVI, não encontrou nenhuma correspondência na área da enfermagem que, até meados do século XIX, manteve-se fora dos domínios intelectuais propriamente ditos, identificada quase que exclusivamente aos serviços domésticos” (SILVA, 1986; p. 98).

Ao longo do período pré-capitalista, a prática de Medicina demandava um preparo específico, inicialmente a partir da transmissão oral de uma geração a outra e, mais tarde, codificado em livros sagrados do Egito Antigo, no Código de Hamurabi, nos Escritos Hipocráticos, dentre outros (OGUISSO, 2007; SILVA, 1986).

Quanto à questão salarial, na civilização antiga, o médico-artesão geralmente recebia pelos seus préstimos em espécie ou dinheiro. Já na Idade Média, houve divisão técnica e social do trabalho entre os físicos (médicos internos) e cirurgiões-barbeiros (leigos), que persistiu até final do séc. XVIII, quando se uniram no ensino e na prática. Quando exercida por clérigos, a Medicina estava sob o signo da caridade e do sacerdócio, não sendo atividade remunerada, diferentemente do que ocorria com o cirurgião-barbeiro, cuja prática constituía uma profissão (SILVA, 1986).

Para a autora, ao longo da história, os homens desenvolveram condições para assumir papel hegemônico na produção econômica, que não estão fundamentalmente ligadas aos aspectos biológicos. Embora sempre presentes no mundo do trabalho, as tarefas

desempenhadas pelas mulheres sempre foram menos valorizadas socialmente.

A Enfermagem “tem ocupado um status subordinado à categoria médica, definida (ainda) na sociedade ocidental como profissão masculina”, de tal modo que “o trabalho da enfermeira não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado” (SILVA, 1986).

Castro Santos (2008) aponta o predomínio de questões como religiosidade, moralidade, maternidade e repressão no “*ethos profissional*” da Enfermagem. No entanto, para o autor:

“... em vez de se chocar com a dimensão profissional, na verdade pôde, em muitos casos, representar um substrato emocional poderoso para a conquista de um ‘nós’ coletivo, condição indispensável para a busca de posições de autonomia” (CASTRO SANTOS, 2008, p. 15).

A Revolução Industrial intensificou a diferenciação entre as atividades econômicas e o trabalho doméstico. No capitalismo, a preocupação com a salvação das almas foi substituída pela preocupação com a preservação dos corpos saudáveis para o desempenho de funções produtivas no processo de acumulação de capital (SILVA, 1986).

As políticas de saúde pública adotada pelo Estado decorreram de necessidades específicas do sistema produtivo ou do capital. Havia um novo quadro em que predominam as doenças infectocontagiosas e os acidentes de trabalho, com distribuição desigual entre pobres e ricos. A Enfermagem também enfrentou mudanças quando da transformação do modo de produção. De ocupação pouco qualificada durante o período pré-profissional, passou a trabalho assalariado, cujas atividades desenvolvem-se majoritariamente no hospital, fortemente influenciada pela Medicina. Com a Revolução Industrial, os novos métodos diagnósticos e terapêuticos passaram a exigir maior preparo do pessoal paramédico, trazendo, como consequência, as especializações (SILVA, 1986).

Vê-se, portanto, que a evolução profissional na Enfermagem está atrelada à definição de quem é a enfermeira, transpondo uma definição forjada sobre o seu papel para uma identidade de prestadora de cuidados de enfermagem. Trata-se da identificação de sua razão de ser, o significado, a projeção social e econômica da prestação de cuidados que oferece (CARVALHO, 2007).

Ao longo de sua história, a Enfermagem vem desconstruindo paradigmas e procurando estabelecer outros mais condizentes com o entendimento de seu papel na sociedade (Padilha; Borenstein; Santos, 2011). Conhecer a origem e a evolução profissional em Enfermagem permite compreender sua posição e os deveres que lhe correspondem.

“A Enfermagem é um saber específico de cuidar e uma profissão da saúde desenvolvida em estreita relação com a história da humanidade, e será sempre útil à enfermeira uma revisão desta para melhor compreensão daquela” (CARVALHO, 2007; p. 502).

Neste estudo, parte-se da concepção de que as *profissões* são ocupações que adquiriram tal status a partir da aquisição de conhecimento por meio do ensino formal (*learned professions*); do oferecimento de um mercado próprio de serviços e de entidades que as representam. Tais aquisições ocorrem por negociações com o Estado, que garante legitimidade jurídico-política às profissões e possibilidade de reprodução da cultura profissional e o controle sobre seus membros.

As profissões também são formas de grupos organizarem-se e reivindicarem sua posição na estrutura social, pois:

“... pertencer a uma profissão é pertencer a uma classe social com um lugar determinado na hierarquia dos poderes reguladores da sociedade” (COLLIÈRE, 1989; p. 16).

1.2 A ENFERMAGEM PRÉ-PROFISSIONAL: AS ORIGENS DAS PRÁTICAS DE CUIDAR

Como prática social, o cuidado vem sendo desenvolvido desde os primórdios da história da humanidade, inicialmente sem pertencer a um ofício ou profissão, sendo prestado por um *cuidador*, para preservar a vida individual e coletiva (COLLIÈRE, 1989; FREITAS, 2011).

“cuidar... é um ato de vida que tem, primeiro e antes de tudo, como fim, permitir a vida continuar, desenvolver-se e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie” (COLLIÈRE, 1989, p. 27).

O cuidado refere-se a uma ação autodirigida, desde que haja autonomia para realizá-lo, mas também é um ato de reciprocidade oferecido a outra pessoa que necessite de ajuda, temporal ou definitivamente. A Enfermagem constituiu-se como prática social tendo em vista o atendimento a interesses ou necessidades sociais, fazendo uso de saberes próprios a fim de transformar uma dada realidade (COLLIÈRE, 1989; FREITAS, 2011).

“A profissão de enfermagem.... qualifica como *cuidados* a prestação que oferece, cuidados esses muito recentemente denominados *cuidados de enfermagem*” (COLLIÈRE, 1989; p. 15; grifos da autora).

É certo que o conceito de doença e as formas de desenvolver o cuidado guardam relação com o contexto socioeconômico, político e cultural em cada época ou sociedade específica (Ciosak, 2004). Equivale a dizer que em cada fase ou período da história da humanidade há concepções predominantes sobre o processo saúde-doença, o que implica diferentes formas de desenvolver o cuidado (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Nas sociedades primitivas, a organização das tarefas para o atendimento das necessidades diárias atribuiu à mulher a responsabilidade de cuidar dos filhos, da casa, dos enfermos,

enquanto que aos homens cabiam os “deveres nobres” como a caça, a pesca, a guerra, a administração das cidades, aldeias e campo, bem como a função de guardar os segredos místico-religiosos da cura das enfermidades (FREITAS, 2011; PILARTES; SÁNCHEZ, 2014; OGUISSO, 2007; SILVA, 1986).

Inicialmente exercido pelas mães, monjas e escravos, no seio das famílias, o cuidado era baseado em um saber de senso comum e desprovido de conhecimento especializado e intrínseco a sua prática, por vezes sendo considerado uma forma primitiva de cuidado (FREITAS, 2011; OGUISSO, 2007; OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011; PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011; SILVA, 1986).

A necessidade de sobrevivência da espécie humana levou ao desenvolvimento das práticas de cuidar, caracterizadas inicialmente pelo empirismo (observância da natureza, intuição e observação) e o caráter mágico-religioso. As mulheres encarregavam-se predominantemente do cuidado, cabendo aos feiticeiros a cura das enfermidades e o tratamento de feridas, por meio de rituais (COLLIÈRE, 1989; PADILHA, BORENSTEIN, SANTOS, 2011; SILVA, 1986).

Nas sociedades tribais primitivas, o incomum ou inexplicável era atribuído às divindades. Os feiticeiros uniam magia e religião com os recursos naturais disponíveis, praticando uma medicina baseada em ritos e fórmulas complexas, as quais requeriam preparo. O cuidado aos doentes e feridos era feito pelas mulheres das famílias, atividade esta atrelada ao cuidado doméstico de crianças e idosos, não requerendo conhecimento ou treinamento por ser apreendido na rotina da vida familiar. De fato, os cuidados realizados no domicílio constituem a forma mais antiga de atenção ao ser humano, uma vez que este sempre precisou de cuidados (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011; SILVA, 1986).

Na Grécia Antiga, acreditava-se que a doença tinha causas sobrenaturais, era um mal afastava o homem do estado de equilíbrio.

O cuidado era prestados por sacerdotes nos santuários de Asclépio (Esculápio dos romanos), os quais foram considerados os primeiros médicos gregos e faziam uso de elementos mágicos, religiosos e empíricos (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011; SILVA, 1986).

Hipócrates (460 a.C. a 375 a.C.), grego considerado o “pai da medicina”, contestou o misticismo nas práticas de saúde, atribuindo a origem das doenças ao desequilíbrio entre os humores do corpo e as condições climáticas e atmosféricas. Defendia a visão holística do doente, a importância da história clínica, da epidemiologia e do exame físico, enfatizando a capacidade curativa do próprio corpo, auxiliado pela natureza (OGUISSO, 2007; PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011; SILVA, 1986).

Foi Hipócrates quem estabeleceu um assistente do médico que, devidamente treinado (portanto, não leigo), deveria observar e assistir o doente, tomar decisões terapêuticas durante a ausência do médico e relatar o ocorrido durante esse período. Alguns autores chegam a considerá-lo também o pai da Enfermagem (OGUISSO, 2007).

A influência romana destacou-se no desenvolvimento da saúde pública, notadamente na construção de aquedutos, termas, banho públicos, limpeza das ruas, esgotos. A Medicina também se modificou: inicialmente era mágica, praticada por escravos; entretanto, as guerras para expansão do império suscitaram a importação de médicos estrangeiros pelo governo romano, a partir do século IV A.C. O cuidado aos doentes e pobres geralmente era feito por militares ou mulheres da nobreza romana, as quais transformavam seus palácios em hospitais. As matronas romanas eram um grupo de mulheres que prestava cuidados aos pobres e doentes e, abdicando da vida social, transformavam seus palácios em abrigos. Dentre elas, destacaram-se Santa Helena, Marcela, Fabíola e Paula (OGUISSO, 2007; PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011; SILVA, 1986).

Por volta dos séculos III e V d.C., com a decadência do império romano, sobretudo pelas invasões bárbaras, somada à influência do cristianismo, levaram a um novo modo de produção, no qual a religião passou a desempenhar um importante papel (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011; SILVA, 1986).

Com a gradativa desintegração do antigo modo de produção e a decadência econômica que se seguiu, as novas relações econômicas deram origem ao feudalismo. A urbanização perdeu força e ganharam terreno a agricultura de produção servil e as relações de vassalagem. Ao panorama de superstição e a ignorância, acrescentava-se o desprezo à vida terrena incentivado pela Igreja. Paradoxalmente, as ordens monásticas mantiveram a cultura helênica por meio de seus copistas e assumiram a assistência aos pobres (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011; SILVA, 1986).

No medievo, a sociedade ocidental passou a se organizar em três classes: o clero, a nobreza (cavaleiros e senhores feudais) e os citadinos (artesãos, mercadores e camponeses). A única atividade prestigiada era a dos guerreiros, sendo as demais consideradas degradantes). Feiticeiros foram substituídos por sacerdotes e médicos-artesãos, sendo que, nas famílias de posse, o cuidado direto ao doente, antes exclusivo dos familiares, passou a admitir também o auxílio de escravos, notadamente do sexo feminino, pela semelhança com o trabalho doméstico (OGUISSO, 2007; PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011).

O advento do cristianismo trouxe a concepção da enfermidade como castigo divino, mas também como instrumento de remissão dos pecados. Àqueles que prestavam cuidados aos doentes abria-se a possibilidade de salvação da própria alma ao exercer a caridade e o amor ao próximo, embora alguns autores apontem que, na realidade, tal ideologia tenha contribuído para reproduzir as relações sociais então estabelecidas (FREITAS, 2011; SILVA, 1986).

Nos primeiros séculos da era cristã, em Roma, houve a constituição do *diaconato*, cujo propósito consistia em levar conforto físico e espiritual a pobres e doentes. Viúvas, virgens, religiosas e mulheres da nobreza deram origem a diversas ordens ou congregações religiosas que se ocupavam do cuidado, dando às mulheres a oportunidade de se dedicar a atividades fora do ambiente doméstico. As diaconisas eram visitadoras e cuidadoras domiciliárias, consideradas as precursoras da Enfermagem de Saúde Pública (OGUISSO, 2007; SILVA, 1986).

Iniciadas no século XI, as Cruzadas eram expedições militares cristãs que tinham por objetivo resgatar a Terra Santa do poder dos muçulmanos. A necessidade de cuidar dos feridos das batalhas demandou a criação de hospitais, como o de São João de Jerusalém e o de Santa Maria de Madalena, em que monges-militares cuidavam tanto de soldados como de peregrinos. Também foram criadas ordens militares de Enfermagem, como os Cavaleiros de São João, de São Lázaro, os Templários e os Teutônicos.

A partir do século XIII, a influência da burguesia ascendente levou à secularização do hospital, mantendo-se, entretanto, a atuação de freiras e monges como enfermeiros. Com a Reforma Protestante, o hospital seculariza-se ainda mais e a assistência médica passou a ser considerada responsabilidade da comunidade e não da Igreja. Sob a ótica de eliminação da pobreza e fortalecimento dos Estados Nacionais em ascensão, “*o hospital é, na sua essência, um local de assistência, separação e exclusão do pobre e doente, um lugar onde se vai para morrer*”. Os trabalhadores do hospital não visavam à cura do doente, mas uma forma de caridade e salvação da própria alma (MELO, 1986).

Os cuidados de Enfermagem à época eram simples, voltados para os cuidados físicos, como alimentação, sono, hidratação, cuidados com as feridas e eram realizados por religiosos ou pelos próprios familiares. Até o século XIX, as práticas de cuidado visavam

ao conforto da alma do indivíduo doente, independentemente da prática médica (FREITAS, 2011; SILVA, 1986).

Durante a Idade Média, o poder político e econômico da Igreja favoreceu o conformismo, a hierarquia, a obediência e a disciplina nas ordens monásticas, afetando as práticas dos monges-enfermeiros e nas organizações seculares posteriores, dentre elas o sistema nightingaleano (FREITAS, 2011; OGUISSO, 2007; SILVA, 1986).

“A enfermagem aparece neste período como prática leiga, desenvolvida por religiosos e deixou como legado uma série de valores que, com o passar do tempo, foram legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à enfermagem como: a abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que deram à enfermagem a conotação de sacerdócio, pelo qual seriam rotulados pelos séculos seguintes” (CIOSAK, 2004; p. 60).

Os monastérios, que centralizavam a educação, não empreendiam esforços nos estudos de laboratório e história. Entretanto, com a Renascença carolíngia, surgiram escolas e bibliotecas e foram criadas universidades. Acredita-se que a primeira tenha sido a de Salerno, que já tinha estudos médicos desde o século X; em seguida as de Bolonha (1150) e Paris, no final do século XII (SILVA, 1986).

Com a urbanização crescente, as péssimas condições sanitárias e de vida favoreceram a ocorrência de epidemias como a Peste Negra (1340-1360). Em decorrência, a Medicina retomou a história clínica e instituiu a quarentena, e foram criados os primeiros hospitais: Hôtel Dieu, na França; Hospital Saint Thomas e São Bartolomeu em Londres (SILVA, 1986).

Durante a Idade Média, inúmeras pessoas no cuidado aos pobres e doentes, sendo reconhecidas como precursoras de Enfermagem, dentre elas São Vicente de Paulo (1576-1660) e Santa Luisa de Marillac (1591-1660). São Vicente de Paulo nasceu na França e viveu numa época de importante crise econômica, social e política, relacionada à Guerra dos Trinta Anos. Começou sua carreira

como pároco e no contato com a comunidade nos domicílios, notou a importância do cuidado junto aos pobres e doentes. Juntamente com Luisa de Marillac, viúva e de família nobre, fundou a comunidade “Filhas de Caridade de São Vicente de Paulo” e uma escola para preparar camponesas para serem cuidadoras, cujo trabalho incluía cuidados físicos e espirituais (OGUISSO, 2007).

As Filhas de Caridade chegaram a administrar hospitais franceses, como o Hospital Dieu em Paris, passando posteriormente a outros continentes. Chegaram ao Brasil em 1852 para trabalhar na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, numa época de epidemia de febre amarela e cólera, e depois se espalharam para outros hospitais do País (OGUISSO, 2007).

O restabelecimento do comércio com o Oriente, o deslocamento e expansão do eixo econômico do campo para as cidades, as Cruzadas, a Peste Negra, o fortalecimento das monarquias nacionais, no final do século XIV, desencadearam um processo de declínio do feudalismo e o alvorecer de uma nova ordem social (SILVA, 1986).

Nesse século e no seguinte, ocorreu um período de importantes transformações econômicas, políticas e intelectuais, evidenciado pelos descobrimentos marítimos, a revolução agrícola, o desenvolvimento do sistema bancário e a exploração das colônias americanas gerando riquezas. Todo esse panorama de transformações das relações econômicas e políticas culminou na constituição da burguesia, formando os alicerces para a Revolução Industrial dos séculos XVII e XVIII (SILVA, 1986).

Com o Renascimento e seus ideais (iluminismo, naturalismo, racionalismo etc.), o interesse pelo estudo do corpo humano ressurgiu, levando ao desenvolvimento das disciplinas de Anatomia, Fisiologia, Histologia, Obstetrícia, Ginecologia, Cirurgia etc. As catástrofes que acometeram a Europa como a fome, a Peste Negra e a Guerra dos Cem Anos geraram escassez de mão de obra e diminuição da produção e do consumo (SILVA, 1986).

Em 1527, o rei Henrique VII da Inglaterra teve seu pedido de divórcio da primeira esposa, Catarina de Aragão, negado pelo papa Clemente VII. Em consequência, o rei fundou a Igreja Anglicana, estabelecendo-se como chefe religioso do país, confiscou os bens da Igreja Católica e expulsou os religiosos da Inglaterra. Sem haver quem os substituísse de imediato, desencadeou-se uma grande crise nos hospitais e abrigos de doentes e órfãos onde prestavam o cuidado. A estratégia que se seguiu foi o recrutamento de mulheres nas ruas e presidiárias, de pouca ou nenhuma formação educacional e “*pouco escrupulosas*”. Esse foi o período conhecido como *período negro da Enfermagem* e estendeu-se de 1500 a 1860 (Oguisso, 2007). A prática de enfermagem passou a ser considerada abominável pelas mulheres da nobreza, contribuindo para declínio dos padrões assistenciais e para o desprestígio da enfermagem nos séculos XVI e XVII (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011).

No final do século XVII, a burguesia havia se tornado dominante, impulsionada principalmente pela Reforma Protestante que apregoava o abandono da vida monástica, a condenação do lucro e da riqueza, pois estes últimos eram vistos como sinais de predestinação e escolha divina, e o trabalho como meio para atingir a graça (SILVA, 1986).

A diminuição do interesse pela vida monástica e a redução do número de monjas, incitados pela Reforma, ocasionaram a obsolescência do sistema de assistência social e à saúde dos pobres, então vigente. A assistência à saúde, que havia séculos vinha sendo exercida pela Igreja, deixou de ser gratuita e passou a requerer remuneração, ainda que de forma miserável. As mulheres que trabalhavam como enfermeiras eram as que não serviam para a indústria, geralmente analfabetas, bêbadas e imorais (SILVA, 1986).

Foram criados novos hospitais, que pouco a pouco se transformaram de asilos e hospedarias para deserdados em centro de estudos, pesquisas e tratamentos. O setor saúde desvinculou-se da

assistência social, articulou-se à esfera produtiva e passou a ser responsabilidade legal do Estado.

“... a medicina perde o seu caráter religioso para articular-se direta ou indiretamente com a esfera produtiva. Não é mais a salvação das almas o objetivo principal das atividades médicas e de enfermagem, mas a conservação e adaptação da força de trabalho dos corpos necessários ao setor produtivo (FOUCAULT, 1978; p. 49).

Nesse contexto de solidificação do modo de produção capitalista, no século XIX, a Enfermagem institucionalizou-se nos hospitais, os quais passam a se constituir como local de cura. Surge uma nova concepção do hospital como local de tratamento, estudo e ensino de Medicina, notadamente fundada em razões políticas e econômicas.

Ao mesmo tempo em que o saber e prática médica passavam por transformações, incorporou-se a prática da disciplina hospitalar, oportuna à vigilância que se fazia necessária. O detalhamento de regulamentos, inspeções e controle sobre a vida e o corpo configuram uma racionalidade econômica ou técnica da escola, do quartel ou do hospital. De local onde se aguardava a morte, os hospitais passam a coordenar cuidados, vigiar doentes, separá-los e impedir contágios (FOUCAULT, 1978).

A partir de então, surgiram na Inglaterra e nos Estados Unidos hospitais não mais administrados pelo governo, mas sim pelos cidadãos, em péssimas condições de higiene, e com uma enfermagem ainda rudimentar. Ganhou espaço um novo membro da estrutura hospitalar, o médico, ainda subordinado ao pessoal religioso, sendo-lhe confiado um papel específico e aos poucos o hospital vai se tornando um local de formação profissional e aperfeiçoamento científico.

Delineia-se então um processo de divisão das funções do trabalho, não apenas técnico, mas que tem seu significado na reprodução do trabalho intelectual/manual. O trabalho de assistência

ao doente é o primeiro a se separar do ofício médico, passando a constituir o trabalho de enfermagem (SILVA, 1986).

Entre as religiosas e leigos que formavam o pessoal de enfermagem, ainda que sem preparo técnico, já havia uma divisão social do trabalho como reprodução da hierarquia dos conventos e dos hospitais. As religiosas coordenavam e supervisionavam o serviço hospitalar e os leigos voluntários ou mal pagos eram responsáveis pelo trabalho manual (SILVA, 1986).

A Enfermagem passou a requerer preparo técnico específico para exercer suas atividades, tendo o hospital como espaço de aprendizagem. Nesse novo hospital – considerado fábrica de produção de serviços de saúde e não mais hospedaria de mendigos e velhos, toma corpo a reforma da Enfermagem, abalizada na separação entre a prática religiosa e a técnico-profissional, tendo em vista a necessidade de contribuir para a melhora da qualidade e dos resultados da assistência (SILVA, 1986).

Segundo a autora, a conformação da prática de Enfermagem como profissão ocorre quando se separa, por um lado, dos leigos e religiosos sem preparo e adquire certo status técnico, e por outro, da prática médica, assumindo suas funções técnicas manuais. Mantém a subdivisão técnica do trabalho, reproduzindo a dicotomia social dos novos agentes da profissão: as enfermeiras responsáveis pelo ensino, coordenação e supervisão do trabalho e as executoras dos cuidados, oriundas de classes sociais menos favorecidas (SILVA, 1986).

No século XIX, ainda persistiam algumas iniciativas de cuidados domiciliários a pobres e doentes realizados por religiosos. Destaca-se o trabalho do pastor Theodor Fliedner, da Igreja Protestante, que fundou uma escola chamada “Diaconisas de Kaiserwerth”, com sua esposa Frederika. O termo “diaconisa” foi usado como o objetivo de evitar o uso da palavra “enfermeira”, dado o estigma que envolvia a profissão na Europa à época. As estudantes tinham aulas de ética, princípios religiosos, práticas de enfermagem, noções de

farmacologia, dentre outros. Saliente-se que essa escola recebeu Florence Nightingale em 1851. Entretanto, por não ter se constituído como um curso formal, mesmo que tivessem realizado trabalho nos hospitais, as formadas eram consideradas aptas apenas para realizar atividades domiciliárias (OGUISSO, 2007).

Ainda no século XIX, houve a criação da Cruz Vermelha Internacional, por iniciativa do suíço Jean Henri Dunant (1828-1910), motivado pelos horrores que viu em 1859 por ocasião da Batalha de Solferino na guerra que envolveu a Itália e a França contra a Áustria. Em 1864, na Primeira Convenção de Genebra, foi estabelecido que cada país membro deveria criar sua própria sociedade da Cruz Vermelha, cujo pessoal ficaria responsável por cuidar de feridos de guerra de qualquer nacionalidade (OGUISSO, 2007).

Atualmente, em Genebra, estão sediadas duas entidades: o Comitê Internacional da Cruz Vermelha e a Federação ou Liga das Sociedades da Cruz Vermelha. A primeira ocupa-se da preservação de dados sobre pessoas desaparecidas em guerras e a segunda mantém contato com as entidades nacionais e cuida de questões relativas à cooperação em situações de catástrofe, presos políticos e outros (OGUISSO, 2007).

Miranda (1996) chama a atenção para as condições degradantes dos pobres na sociedade inglesa no século XIX, a chamada era vitoriana. A promulgação da Nova Lei dos Pobres, ou *New Poor Law* – a primeira era de 1600 – pelo governo britânico, em 1834, contribuiu para estabelecer a pobreza e a doença como fenômenos naturais, deixando de fazer parte do domínio das relações econômicas e, portanto, dos problemas do Estado. As cidades e zonas industriais cresciam rápida e descontroladamente, com escassas condições sanitárias e habitacionais; as guerras, as lutas de classe, o preconceito religioso e étnico (darwinismo social), juntamente com o alcoolismo, o aumento da criminalidade, as desavenças familiares resultantes da dissolução dos feudos, dentre

outros, conformavam o panorama caótico que a sociedade inglesa enfrentava (MIRANDA, 1996).

Segundo a autora, as obras literárias de Charles Dickens (1812-1870), contemporâneas ao período vitoriano, embora não fatuais, constituem documentos singulares que retratam a consciência social sobre questões as que envolviam aquela sociedade em particular, por meio da crítica e da denúncia das injustiças sociais que o autor assume através de seus personagens.

Com sua produção literária, Dickens contribuiu para evidenciar as marcas morais que caracterizaram o nascimento da assim chamada Enfermagem Moderna. A autora considera que a ficção de Dickens contribuiu na formação da identidade profissional das enfermeiras. Em seus romances *Oliver Twist* e *Martin Chuzzlewit*, Dickens alude a algumas mulheres que se ocupavam de assistir, cuidar e disciplinar em instituições de saúde, cujo perfil negativo satiriza-se na personagem *Sairey Gamp*, a quem o autor descreve como uma enfermeira obesa, corrupta, má, promíscua e permanentemente bêbada (MIRANDA, 1996).

Nos séculos precedentes, a revolução burguesa promoveu “a *união perfeita entre a ética protestante e o espírito do capitalismo*”; no século XIX houve uma “*convulsão... em todas as dimensões da vida*”, que envolveu a economia, a moral, a política, a arte, dentre outros.

“Podemos chamar os vitorianos de agressivos... porque sua caça ao lucro e ao poder implicava em graves custos sociais aos trabalhadores... exacerbando as tensões entre os poderosos e os sem poder, entre os ricos e os pobres... Foi uma época de destruição que teria tido um destino hediondo se não tivesse sido também uma época de preparação para a reconstrução” (MIRANDA, 1996; p. 28).

É nesse contexto do século XIX que Florence Nightingale empenhou-se para construir uma nova “*subjetividade*” para as enfermeiras, na tentativa de superar o preconceito. Dickens descreve em pormenores o Boletim Moral implantando por Florence Nightingale

e que por muito tempo norteou a prática avaliativa das enfermeiras e estudantes, inclusive no Brasil (MIRANDA, 1996).

“Florence preocupa-se sobremaneira com a origem socioeconômica e a formação moral das NURSES, e sua proposta de Escola de Enfermagem trazia algumas soluções corretivas para esta questão, sobretudo quanto ao comportamento moral das enfermeiras” (MIRANDA, 1996: 16).

Procedência social, hábitos de vida e comportamento social e inexpressividade sexual eram indispensáveis no perfil das candidatas à enfermeira. A institucionalização do ensino de enfermagem ocorreu de forma a dividir a história da profissão em dois períodos distintos: o chamado *pré-profissional*, marcado pelo empirismo, e o *profissional*, a partir de Florence Nightingale, em que ocorre a profissionalização da enfermagem, que se estende da Inglaterra para o mundo. (FREITAS, 2011; SILVA, 1986).

1.3 A PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM COMO FENÔMENO MUNDIAL

A origem da Enfermagem como prática do cuidar remonta à pré-história, mas a Enfermagem como profissão resultou da organização de um grupo na sociedade que, buscando preparo educacional específico para exercer essa atividade, passou a lhe dedicar grande parte do tempo, passando a ser remunerada e, dessa forma, garantindo sua sobrevivência. As enfermeiras passaram a organizar-se em associações profissionais principalmente ao final do século XIX e início do seguinte (OGUISSO, 2007).

O profissionalismo na Enfermagem foi impulsionado principalmente pelas relações associativas entre as enfermeiras pioneiras, difusoras:

“dos novos preceitos e das práticas do cuidar, que, na passagem do velho ao novo mundo, transformavam-se e adaptavam-se aos novos cenários, desafiando, mas

também incorporando, antigas crenças e rotinas na assistência ao enfermo” (CASTRO SANTOS, 2007; p. 13).

Líderes como Ethel Bedford Fenwick na Inglaterra, Anna-Emilie Hamilton na França, Mary Adelaide Nutting e Lavinia Dock na América do Norte, destacaram-se na busca da identidade e da missão específicas para a profissão. Protagonizaram inúmeros movimentos associativos para promover o associativismo e o desenvolvimento profissional, destacando a importância da interação internacional entre as “enfermeiras movidas por ideais profissionais e feministas em vários cantos do mundo” (CASTRO SANTOS, 2007; p. 15).

Seguindo essa onda de associativismo, em 1887 foi criada a “Associação Britânica de Enfermeiras”, por iniciativa de Ethel Bedford Fenwick, que teve que enfrentar a dura oposição da Associação de Hospitais e de Florence Nightingale. Esta última defendia a “vocação”, ideia que foi incorporada mundialmente e que, segundo alguns autores, subestimou a importância do treinamento profissional (CASTRO SANTOS, 2007; LEWENSON, 1994).

Nos Estados Unidos, a hegemonia do modelo hospitalar inglês de formação em Enfermagem foi substituído pela formação universitária na Universidade Johns Hopkins, permitindo às estudantes “experimentar a atmosfera mais democrática de um *campus*” (CASTRO SANTOS, 2007; p. 16).

O contexto de formação de enfermeiras norte-americanas foi fortemente marcado pelo associativismo entre lideranças nacionais como as enfermeiras Mary Adelaide Nutting, Isabel Hampton e Lavinia Dock, bem como seus relacionamentos com lideranças internacionais como Ethel B. Fenwick. Os encontros nacionais regulares contribuíram para a proposição dos primeiros currículos dos cursos de enfermagem, para a organização dos alicerces jurídicos da profissão e fortaleceram o sentimento de aprimoramento profissional (LEWENSON; 1994; NATIONAL LEAGUE FOR NURSING EDUCATION; 1917).

Também por iniciativa de Ethel B. Fenwich, em 1899, houve a criação do *International Council of Nurses* (ICN) que, somado às associações americanas, tornou-se um instrumento essencial para a propagação de ideias e pessoas entre diversos países. Ethel já era ativa no Conselho Internacional de Mulheres, sendo também responsável pela criação da Associação Britânica de Enfermagem (atualmente *Royal College of Nursing*) em 1887 e pela Sociedade para o Registro Estatal de Enfermeiras, em 1902. Na França, Anna Hamilton, já graduada em Medicina, engajou-se na luta pela promoção da enfermagem francesa, mantendo contato frequente com as lideranças de enfermagem americana e inglesa (CASTRO SANTOS, 2007).

As novas lideranças da Enfermagem mundial começavam a criar identidade própria e beneficiaram-se do estímulo político de conflitos e alianças. Entretanto, em que pesem os esforços das lideranças da área ou da saúde pública, a consolidação da Enfermagem como profissão deu-se por força política. O contexto político conflituoso do começo do século XX impulsionou o intercâmbio e o debate entre as lideranças profissionais, estimulando o associativismo, tanto nacional quanto internacional. (CASTRO SANTOS, 2007).

No período entre guerras, as contendas políticas e a permuta de experiências eram constantes nos congressos que ocorriam com frequência em diversos países europeus e americanos e propiciaram a geração de ideias e pessoas. Os temas abordados eram bem variados e aproximavam diversas associações, como a Liga das Sociedades da Cruz Vermelha, o Conselho Internacional de Mulheres (no qual Ethel Bedford Fenwick era também muito atuante) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919 (CASTRO SANTOS, 2007).

É consenso entre os historiadores de Enfermagem que a criação da Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomas em Londres por Florence Nightingale, em 1860, constitui o grande marco da profissionalização da Enfermagem. Entretanto, já existiam iniciativas

de treinamento de enfermeiras ao redor do mundo. Por exemplo: em 1798 foi criado um curso para enfermeiras no Hospital Bellevue, na cidade de Nova Iorque, segundo o modelo médico de ensino e voltado para capacitar pessoas de ambos os sexos que já trabalhavam no hospital. No ano de 1833 surgiu na Espanha um curso de treinamento para noviços da Ordem de São João de Deus, que utilizava como guia o livro *El arte de enfermería*, escrito pelo padre José Bueno y Gonzales, que destacava a necessidade de a Enfermagem constituir-se como ciência própria, aprendida por meio do ensino formal (FREITAS, 2011; MOREIRA, 2007).

Movimentos para profissionalização da Enfermagem ocorreram no Reino Unido, Estados Unidos, França, Portugal, Espanha, Argentina e Taiwan. A formação de enfermeiros foi gerada pela necessidade sentida pela classe médica de um profissional apto a colaborar em seu trabalho. As primeiras escolas de enfermagem surgiram nos hospitais e o ensino médico era o modelo predominante, isto é, o ensino de enfermagem era adaptado do curso de Medicina e ministrado pelos próprios médicos, tendo como tônica a prática assistencial (MOREIRA, 2007).

“... o profissional deveria ser leigo e, de preferência, do sexo feminino; sua instrução seria elementar, mas com ensino teórico-prático ministrado por médicos, a quem deveria ser leal, dócil, devotado e submisso” (OGUISSO, 2007; p. 126).

Na França, até meados do século XIX, as congregações religiosas dominavam a supervisão de vigias e serviços que prestavam cuidados aos doentes. Com o nascimento da clínica, o hospital estabeleceu-se como local de cura e centro de saber. Os novos conceitos sobre assepsia e higiene advindas das descobertas da Bacteriologia trouxeram novas exigências no cuidado que, sendo demandadas pela Medicina, foram rejeitadas pelas religiosas, as quais foram abandonando ou sendo afastadas dos hospitais. Com o intuito de substituí-las, os médicos necessitavam de pessoal auxiliar,

dotado de submissão e rigor na ordem e na limpeza. (OGUISSO, 2007).

Assim, alguns autores consideram que a Enfermagem profissional teria surgido na França, com o treinamento de leigas para auxiliarem os médicos, executando suas ordens e destituídas de qualquer tipo de autonomia.

“O treinamento e a atividade de cuidar... já existiam antes de Florence Nightingale, porém sua forte personalidade, a visão e a habilidade prática para a organização conseguiram dar à enfermagem os poderosos fundamentos, os princípios técnicos e educacionais e a elevada ética que impulsionaram a profissão... Por isso, ela constitui a figura dominante no desenvolvimento da profissão de enfermagem” (OGUISSO, 2007. p. 66).

Para Castro Santos (2007), a Enfermagem já se constituía como profissão na Inglaterra antes mesmo de Florence. Cuidadores que atendiam os enfermos das famílias privilegiadas e os ajudantes dos médicos em hospitais, em sua maioria do sexo masculino, auxiliavam em procedimentos como curativos, sangrias, banhos, preparo e administração de medicamentos. Entretanto, nos hospitais e nos espaços de formação de pessoal de Enfermagem carecia-se de conhecimentos técnicos que suportassem a criação de um exercício profissional sistematizado a fim de viabilizar a institucionalização da nova profissão.

A institucionalização do hospital como local de cura, bem como a gênese do conhecimento médico clínico havia ocorrido no século XVIII. Somente um século mais tarde surge a prática profissional de enfermagem, com vistas a higienizar e disciplinar o espaço hospitalar, viabilizando o projeto médico de recuperação dos corpos individuais para garantir a força de trabalho necessário ao modo de produção capitalista (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Por meio do modelo clínico de atenção individual, a Enfermagem institucionalizou-se e tornou-se parte do trabalho médico, que é o agente hegemônico do processo, dado o seu trabalho mais intelectual

(diagnóstico e tratamento), reproduzindo, dessa forma a divisão de classes sociais. Além do cuidar, outras atividades que couberam à Enfermagem, mais especificamente à enfermeira, foram administrar, especialmente no contexto hospitalar, e ensinar os demais membros da equipe. (ALMEIDA; ROCHA, 1997)

Florence Nightingale nasceu em Florença, Itália, em 12 de maio de 1820, originária de família rica e aristocrática. Recebeu educação em diversas áreas do conhecimento, como história, matemática, seis idiomas e música. A condição social de sua família permitiu-lhe contato com políticos e pessoas influentes na sociedade europeia, além da possibilidade de viajar por diversos países. Foi dessa forma que pôde conhecer hospitais e o trabalho de Enfermagem desenvolvido na época, seguindo seu interesse pessoal em auxiliar os menos favorecidos e sua inclinação para observar condições deficitárias nas enfermarias e a necessidade de as reorganizar (OGUISSO, 2007)

Aos 31 anos, seus pais permitiram que conhecesse o programa de treinamento de diaconisas em Kaiserswerth, Alemanha, onde permaneceu por três meses. Ao retornar à Inglaterra, foi convidada a trabalhar como superintendente em um serviço que atendia mulheres da alta sociedade e, logo em seguida, no Hospital do King's College, onde também atuou por um curto período, pois foi chamada para atuar na Guerra da Criméia (OGUISSO, 2007).

Em 1851, juntamente com outras 38 mulheres por ela rigorosamente selecionadas, partiu para a base militar em Scutari, na Turquia, onde se encarregaram de cuidar de mais de 1.500 soldados ingleses feridos. Ao chegar, encontrou precárias condições sanitárias no hospital de base, com escassez de recursos humanos e materiais adequados, o que elevava a taxa de mortalidade a 40%. Com seu trabalho e de sua equipe, a mortalidade após seis meses reduziu-se para apenas 2%, ligando seu nome definitivamente à história da enfermagem moderna (OGUISSO, 2007).

Florence foi pioneira na implementação de medidas de isolamento na Enfermagem, objetivando diminuir o risco de infecção hospitalar exógena, o que ocorreu previamente às descobertas de Louis Pasteur e Robert Koch sobre a Bacteriologia (Ciosak, 2004). Notabilizou-se, ainda, pela ronda noturna que fazia no hospital depois que todos os profissionais haviam dormido, empunhando uma lâmpada que iluminava o caminho e a auxiliava a observar as condições dos soldados. Posteriormente, a lâmpada tornou-se o símbolo da Enfermagem (OGUISSO, 2007).

Como o fim da guerra em 1856, retornou da Criméia e o ministro da guerra, Sidney Herbert, incentivou a criação do fundo Nightingale para o treinamento de enfermeiras, o que levou à criação da Escola de Enfermeiras do Hospital Saint Thomas, em Londres, em 1860, a primeira escola de enfermagem financeiramente independente (OGUISSO, 2007).

A Escola Nightingale tornou-se modelo para outras escolas dentro e fora da Inglaterra. Duas categorias profissionais na enfermagem eram formadas: as *nurses*, oriundas do proletariado, para desenvolver serviços de enfermagem hospitalar e domiciliária; e as *ladies-nurses*, de origem burguesa ou aristocrata, para atividades de supervisão, administração e ensino.

A divisão técnica do trabalho na enfermagem profissional emergente originou-se da dicotomia *trabalho intelectual* e *trabalho manual*, decorrente da divisão social do trabalho que, por sua vez, tem origem na segmentação da sociedade em classes e estratos sociais. À composição heterogênea da Enfermagem, soma-se o fato de ser um trabalho predominantemente desenvolvido por mulheres. O fato de atividades serem consideradas femininas ou masculinas envolve, historicamente, um prestígio diferenciado (SILVA, 1986).

O curso básico de um ano consistia em aulas de anatomia, química, abreviações latinas, culinária e enfermagem. Após, as *nurses* passavam três anos em atividades práticas no Hospital Saint

Thomas e as *ladies-nurses*, dois anos. Viviam em regime de internato, sob disciplina rigorosa para desenvolvimento de “traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira, tais como sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância” (SILVA, 1986; p. 52-53).

Em conformidade com os conhecimentos existentes até sua época, os ensinamentos de Florence destacavam a importância do cuidado com o corpo e o ambiente hospitalar: ar puro, higiene, separação entre pessoas com e sem infecção. Até Florence Nightingale, a Enfermagem na Inglaterra era tida como ocupação manual, executada por empregadas domésticas, sem preparo formal, oriundas do proletariado. O projeto britânico de profissionalização da enfermagem tinha como uma de suas metas a busca de prestígio profissional para a enfermeira, conquanto tenha sido apresentado como da enfermagem de forma geral (CIOSAK, 2004; NIGHTINGALE, 1989; SILVA, 1986).

Da Inglaterra, o modelo nightingaleano espalhou-se por diversos países. Entretanto, na América do Norte, especificamente na Universidade John Hopkins, o curso de formação de enfermeiras instalou-se na universidade. Neste país, entre 1860 a 1900, as medidas de limpeza foram amplamente enfatizadas, como resultado da influência da Escola de Enfermeiras de Florence, fato que ficou conhecido como “febre da enfermagem” (JACKSON E LYNCH, 1985; citados por CIOSAK, 2004).

1.4 O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

As origens do cuidado no Brasil remontam ao período pré-descobrimiento, quando os próprios índios, seus pajés, feiticeiros e curandeiros, prestavam o cuidado aos doentes. Com a colonização, os novos hábitos da corte trouxeram consigo doenças e epidemias

que dizimaram populações indígenas que habitavam a costa litorânea brasileira. Tal fato trouxe à cena novos elementos que passaram a cuidar dos doentes, tais como jesuítas, religiosos e escravos, predominantemente do sexo masculino, atuando em uma perspectiva mais curativa (GERMANO, 1985).

Por volta de 1543 surgiram as primeiras Santas Casas de Misericórdia, inicialmente em Santos, em seguida no Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Visavam ao cuidado dos enfermos miseráveis, embora recebessem também outros doentes, como soldados. A Enfermagem era exercida por leigos, religiosos, voluntários e escravos, de forma bastante simples, não sendo exigido qualquer nível de escolaridade para tal função (GERMANO, 1985).

À medida que as ordens militares foram chegando ao Brasil, a partir do século XVIII, o governo as foi incumbindo de administrar as Santas Casas sem, entretanto, prover os meios necessários para sua sustentação. Cabe, aqui, destacar alguns precursores da enfermagem brasileira que, de acordo com seu tempo e condições existentes, procuraram atender às necessidades humanas no período que se convencionou chamar de *enfermagem pré-profissional brasileira* (GERMANO, 1985; OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

Padre José de Anchieta (1537-1594): espanhol, atuou como professor, médico e enfermeiro. Vindo ao Brasil com a comitiva de Duarte da Costa, tratou de cuidar da educação e saúde do povo, usando plantas medicinais e técnicas que aprendeu dos indígenas e na Europa. Atendia os doentes que chegavam nas embarcações vindas de Portugal e traziam doenças que dizimavam populações indígenas que habitavam a costa litorânea brasileira.

Francisca de Sande (século 17): filha de portugueses, atuou em Salvador, Bahia, então capital do país, cuidando de pessoas necessitadas e doentes. Em 1865, já viúva e com quatro filhos, em meio à epidemia de febre amarela, transformou sua casa em hospital, acolhendo doentes que não cabiam na Santa Casa de Misericórdia,

oferecendo alimentos, medicamentos, cuidado com a higiene do corpo e do ambiente. Suas ações foram reconhecidas inclusive por Dom Pedro II, do qual recebeu agradecimentos. Faleceu no dia 29 de outubro de 1702.

Frei Fabiano de Cristo (1676-1747): português, veio ao Brasil, inicialmente, em busca de enriquecimento. Em 1704, começou a ajudar o pároco da cidade de Parati (RJ) e, no mesmo ano, movido pelo desejo de dedicar-se à vida espiritual, ingressou na ordem franciscana. Em 1705 foi transferido para o Convento de Santo Antônio, Rio de Janeiro, trabalhando como porteiro e, em 1708, foi designado para cuidar da enfermaria. Sem preparação específica, que inclusive inexistia à época no Brasil, mas com disposição e dedicação pessoal, atendeu às necessidades de enfermos por cerca de 38 anos, permanecendo vigilante dia e noite.

Anna Nery (1814-1880): aos 50 anos de idade, viúva e com seus três filhos e dois irmãos indo para a Guerra do Paraguai (1864-1870), Anna Nery ofereceu-se ao presidente da província de Salvador para cuidar dos doentes e feridos no conflito. Sua nomeação chegou quando já era voluntária em *front* de batalha, onde atuou por cerca de cinco anos, cuidando incansavelmente dos feridos a fim de proporcionar alívio e conforto tanto a brasileiros como não-brasileiros. Recebeu o título de “Mãe dos brasileiros” e duas medalhas: Humanitária de Segunda Classe e de Campanha.

Foi homenageada por seu retrato em tamanho natural, que ficou exposto na sede da Cruz Vermelha Brasileira, no Rio de Janeiro, pintado por Vitor Meireles. Em 1926, seu nome foi associado a então denominada Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, que passou a se chamar Escola de Enfermagem D. Ana Neri e posteriormente Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ). Em 1956 foi edificada em sua homenagem uma estátua em frente à sede da Cruz Vermelha Brasileira no Rio de Janeiro. Em 1960, Juscelino Kubistcheck estabeleceu a Semana da Enfermagem, entre

12 de maio – data de nascimento de Florence Nightingale – e 20 de maio, data de falecimento de Anna Nery.

Nos períodos históricos do Brasil Colônia (1500/1822) e do Brasil Império (1822/1889), o cuidado também foi exercido por homens e mulheres comuns, escravizados ou não, como amas-de-leite, babás e mães pretas, dedicadas ao cuidado de crianças, idosos, gestantes e parturientes. Embora sua história tenha sido por muito tempo negligenciada, foram homens e mulheres que fazem jus ao respeito e à reconsideração da história dos cuidados no Brasil (OGUISSO; CAMPOS, MOREIRA 2011).

Até o início do século XX, o pessoal de enfermagem que prestava assistência nos hospitais, casas de saúde e ambulatórios era pouco numeroso e mal preparado, incluindo-se, neste particular, as religiosas que trabalhavam nas Santas Casas de Misericórdia. A maior parte recebia treinamento em serviço por médicos, irmãs de caridade ou por pessoas que atuavam há bastante tempo na mesma função nos serviços de saúde (CARVALHO, 2007).

Em 1832, já se encontrava regulamentada em lei a profissão de parteira, cuja formação ocorria em cursos anexos às Faculdades de Medicina. Existiam as chamadas “práticas” que desempenhavam sua função com pouco ou nenhum preparo (CARVALHO, 2007).

A profissionalização da Enfermagem no Brasil teve início em 1890, no contexto da recém-proclamada República, com o decreto nº 791/1890, que fundou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital Nacional de Alienados, também chamado Hospício Pedro II, onde hoje funciona a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, ou UNIRIO (CARRIJO, 2011; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; GERMANO, 1985; MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Até essa época, a Igreja assumia os cuidados aos doentes nas Santas Casas e o pessoal médico subordinava-se ao pessoal religioso, que inclusive deliberava sobre a admissão e a alta de

pacientes. Entretanto, a classe médica vinha tecendo críticas às Santas Casas pela falta de respaldo científico e pelas condições de trabalho oferecidas aos médicos, alegando que isso poderia comprometer a qualidade da assistência e a geração de conhecimentos sobre doenças, em especial a loucura (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

A substituição da vinculação do Hospício de Pedro II, que passou da Santa Casa de Misericórdia para o Estado, significou uma vitória médica na luta pela hegemonia nos hospitais. A assunção da direção do Hospício por um médico, até então confiada às irmãs de caridade, tirou o poder e o prestígio que elas desfrutavam, restringindo sua atuação, e culminando com sua retirada do serviço. Os pacientes ficaram sem cuidados de Enfermagem, o que gerou uma situação de emergência que oportunizou a vinda de 40 enfermeiras francesas da Escola de Enfermeiras de Salpêtrière, Paris, para atuar tanto na assistência aos doentes mentais como nos hospitais civis e militares (BAPTISTA; BARREIRA, 1997; MOREIRA; OGUISSO, 2005; PADILHA; BORENSTIEN; SANTOS, 2011).

O curso de Enfermagem da referida Escola era ministrado pelos médicos recém-chegados da França que buscavam auxiliares submissos que assegurassem o cumprimento de suas prescrições sem contestação, bem como a vigilância dos doentes, prestação de cuidados de higiene, dentre outros. A finalidade do curso era capacitar os trabalhadores do próprio hospital e dar oportunidade de trabalho para mulheres e órfãs. Enquanto as estudantes eram formadas pela Escola, as enfermeiras francesas incumbiam-se da assistência (OGUISSO; MOREIRA, 2005).

A profissionalização da Enfermagem brasileira ocorreu vinculada à estrutura socioeconômica do país, mais especificamente para atender às demandas do processo de desenvolvimento da capital federal.

A substituição das irmãs de caridade pelas enfermeiras francesas e também por leigos, com o aval do governo brasileiro, não ocorreu por preocupação com a melhoria da assistência de Enfermagem, mas antes por imposições políticas (BAPTISTA; BARREIRA, 1997; GERMANO, 2010; OGUISSO; MOREIRA 2005; PADILHA; BORENSTIEN; SANTOS, 2011).

É possível que as enfermeiras francesas tenham permanecido no Brasil até 1895, quando o governo francês pediu ao governo brasileiro a regularização da situação, pois o contrato havia expirado em 1^o de fevereiro de 1893 (OGUISSO; MOREIRA, 2005).

Nos anos subsequentes, o curso de enfermagem sofreu descontinuidade, notadamente devido à demanda de trabalho no Hospício, o que impedia a frequência regular das estudantes às aulas. Somente a partir de 1921 encontram-se registros regulares de formação de enfermeiras pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (OGUISSO, MOREIRA, 2005).

Em 1894, em São Paulo, foi criado um curso de enfermeiras no Hospital Samaritano, o primeiro no Brasil sob o modelo de ensino *nightingaleano*. As estudantes eram todas do sexo feminino, residiam no Hospital, eram orientadas por enfermeiras inglesas que ali trabalhavam e eram supervisionadas pela diretora, a *matron* (OGUISSO; MOREIRA, 2005).

Entretanto, tal curso permaneceu por muitos anos esquecido na história da Enfermagem brasileira, possivelmente por ter sido realizado num hospital particular e de orientação não católica, o que era marcante no comportamento social da época. Além disso, essa escola não se institucionalizou no sistema de ensino brasileiro e as enfermeiras ali formadas atuaram no próprio hospital, em hospitais do município de Santos e em alguns domicílios, sempre sob a supervisão da *matron* (CARVALHO, 2007; OGUISSO; MOREIRA, 2005).

Nos primeiros anos do século XX foram criadas várias instituições de ensino de Enfermagem: o curso para formação de

Enfermeiras em São Paulo (1912), a Escola de Enfermeiras Voluntárias, no Rio de Janeiro (1914) e o curso Profissional de Enfermeiras, no Rio de Janeiro (1916), todos vinculadas à Cruz Vermelha Brasileira; o curso de Enfermeiras da Policlínica Botafogo (1917) e o curso de Enfermeiras Visitadoras, em 1921. Este último foi resultante das epidemias que acompanharam o acelerado processo de urbanização da então capital federal, sem estruturação do saneamento básico compatível (OGUISSO; MOREIRA, 2005).

A Cruz Vermelha Brasileira iniciou suas atividades no ano de 1908, tendo Oswaldo Cruz como primeiro presidente. Tinha por objetivo atender situações emergenciais tais como epidemias, catástrofes ambientais e desastres. As escolas de enfermeiras da Cruz Vermelha foram criadas para responder às demandas da Primeira Guerra Mundial, visando prestar cuidados aos feridos de guerra. Grande parte das candidatas era oriunda de famílias de militares e gozava de grande reconhecimento moral, por sua ação patriótica e também junto aos necessitados. Para muitas, além de realizar um trabalho valorizado socialmente, era uma oportunidade para trabalhar fora de casa e ingressar na vida pública (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

O início do século XX no País, a precarização das condições de vida e trabalho e o fim da escravidão geraram escassez de oferta de mão-de-obra para a urbanização crescente. Os serviços de saúde pública mostravam-se insuficientes e pouco eficazes, notadamente para conter as epidemias que dizimavam populações, como a gripe espanhola, que em 1918 atingiu mais de dois terços da população carioca e levou ao óbito cerca de 13 mil pessoas. Todas essas condições sinalizavam a urgência de uma reforma sanitária efetiva (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

O presidente Epitácio Pessoa (1919-1922) destacou o saneamento em seu projeto governamental, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujo diretor geral foi Carlos

Chagas. Nessa gestão, deu-se início à primeira reforma sanitária brasileira, de cunho higienista (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Por sua iniciativa, foi firmada uma missão de cooperação técnica para o desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, patrocinada pela Fundação Rockefeller e chefiada pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons. Em 1921, foi criada a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública, embora só tenha iniciado suas atividades em 1923, voltada ao atendimento das demandas estruturais da então capital federal, o Rio de Janeiro. Em 1926 passou a ser denominada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), constituindo-se, atualmente, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001; BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Essa foi a primeira escola brasileira organizada e dirigida por enfermeiras, tendo seu corpo docente constituído majoritariamente por enfermeiras. Tinha por objetivo formar profissionais para atuar na saúde pública como enfermeiras visitadoras, aconselhando, prestando cuidados, realizando a vigilância sanitária (condições de saúde da casa, detecção precoce de doenças), ensinando o cumprimento das prescrições médicas e encaminhando doentes aos médicos (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Em 1922, Ethel Parsons trouxe dos Estados Unidos mais sete enfermeiras para treinar e supervisionar as visitadoras que já estavam em atividade no DNSP, junto aos serviços de saúde pública. Por se tratar de um curso emergencial, tinha duração de seis meses e as visitadoras atuavam sob supervisão constante das enfermeiras norte-americanas, não lhes cabendo assumir atividades de grande responsabilidade (BARREIRA, 1997).

Ethel Parsons avaliou o curso de forma negativa, alegando que a educação anterior das estudantes era insuficiente, o que tornava difícil a compreensão do curso, além da curta duração e da falta de oportunidades para atividades práticas. O curso subsequente teve 10

meses de duração e, a partir do ano seguinte, o curso de formação de visitadoras deixou de ser oferecido, substituído pelo curso de enfermagem. Embora os médicos sanitaristas esperassem ver resolvidas suas necessidades mais prementes (visitação dos domicílios), a Missão Parsons contribuiu para “lançar bases sólidas para a introdução de um novo profissional no campo da saúde” (BARREIRA, 1997).

O currículo da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública seguiu o modelo das escolas norte-americanas, com algumas alterações. Tinha como requisito de ingresso o diploma de escola normal ou a aprovação em prova de seleção. A carga horária semanal era de 48h de atividades hospitalares, direito à moradia e remuneração mensal (BARREIRA; BAPTISTA, 1997).

Segundo Barreira (1997), o currículo da EEAN estava baseado no Standard Curriculum for Schools of Nursing, proposto em 1917 pela National League of Nursing Education, a primeira proposta norte-americana para padronização do currículo. Nele, apontava-se a necessidade de que o curso tivesse três anos de duração, e a carga horária diária fosse dividida, no primeiro ano em quatro horas de atividades práticas, três em sala de aula, três de estudo e prática e duas horas de recreação. Para os anos seguintes, seriam oito horas de prática, uma hora de aulas e duas horas de recreação (NATIONAL LEAGUE FOR NURSING EDUCATION, 1917).

Entretanto, a proposta de implantação do currículo padronizado foi difícil de ser concluída. As disciplinas estavam divididas em: Ciências Gerais, Ciências Domésticas, Prevenção de Doenças, Terapêutica, Enfermagem e Doenças, Tópicos Sociais e Profissionais e Especialidades em Enfermagem. O limite diário de oito horas que as alunas deveriam passar no hospital só foi alcançado na década de 1930 (NATIONAL LEAGUE FOR NURSING EDUCATION, 1917; WHALEN, 2000)

Nesse primeiro currículo brasileiro, o ensino hospitalar correspondia a 4/5 do curso e o conteúdo de saúde pública era oferecido no último quadrimestre. Tal proporção era percebida como natural às enfermeiras pioneiras, de forma que a diferença entre a atuação hospitalar e de saúde pública era que, nos domicílios, a enfermeira necessitava improvisar materiais e resolver questões difíceis que ocorressem (BARREIRA, 1997).

Um impresso utilizado para divulgar o novo curso possuía o seguinte título: “*A enfermeira moderna: apelo às moças brasileiras*” e destacava as seguintes características: profissão feminina, devotamento, “emancipação com honra”. As primeiras candidatas vieram da classe média alta, muitas delas selecionadas pelos próprios médicos sanitaristas (BARREIRA, 1997).

Seguindo a mística da profissão, uma forte ideologia era repassada às estudantes. Quanto à avaliação, obedecer à hierarquia e à disciplina eram os mais fortes quesitos, sendo aplicadas provas com frequência, como forma de selecionar as estudantes “desejáveis”. Assim, predominava no fazer da Enfermagem muito mais o ideário de serviço, de dedicação e obediência, do que o saber-fazer assentado no conhecimento científico (BARREIRA, 1997; GERMANO, 2010).

Um grande esforço foi empreendido para fortalecer a opinião pública a respeito da profissão, por meio de ampla publicidade. Logo, as enfermeiras treinadas começaram a ser requisitadas a assumir cargos de responsabilidade por todo o Brasil. O crescimento do respeito pela profissão levou ao aumento da procura por moças de cultura e educação pela Escola de Enfermagem. Entretanto, o trabalho das enfermeiras visitadoras na área da saúde pública que visitavam as casas foi tido como um escândalo (BARREIRA, 1997).

A Missão Parsons durou 10 anos (de 1921 a 1931) e a Escola de Enfermagem Anna Nery foi considerada a escola padrão para a criação de novas escolas, por meio do Decreto nº. 20.109 de

15/06/1931. Essa exigência por um lado possibilitou garantir o nível de qualificação profissional, mas, por outro, dificultou a expansão de novas escolas e, por conseguinte, retardou o processo de profissionalização da Enfermagem brasileira (BARREIRA, 1997).

Ainda nessa década, foi criada a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a primeira entidade profissional da Enfermagem. Foi fundada em 12 de agosto de 1926, praticamente concomitante à criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, sendo primeiramente denominada “Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras”.

Em 1944 teve seu nome alterado para “Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas” e em 21 de agosto de 1954, para “Associação Brasileira de Enfermagem”, perdurando até hoje. Com apenas três anos de existência, foi admitida no CIE, sendo que em 1997 essa filiação foi transferida ao COFEn (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

A ABEn surgiu da necessidade sentida pelos enfermeiros de regulamentar sua profissão, haja vista os inúmeros grupos de pessoas sem preparo formal que desenvolviam ações próprias da Enfermagem. Buscava, ainda, a ampliação dos espaços profissionais, sendo reconhecida hoje como a entidade de maior representação social e política da profissão no Brasil (OGUISSO; SCHMIDT, 2010, PADILHA; BORESTEIN; ALVAREZ, 2005).

A ABEn foi a primeira organização profissional da Enfermagem brasileira. É uma entidade cultural cujas atribuições encontram-se definidas em estatuto. Tem a finalidade coligar enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e obstetrizes; impulsionar o desenvolvimento técnico-científico e político da profissão, com ênfase na pesquisa e intercâmbio com outras organizações; representar a Enfermagem nacional e internacionalmente em assuntos relativos à educação e ao trabalho (Freitas; 2007). A filiação dos profissionais a ABEn é facultativa e, além das categorias profissionais anteriormente

descritas, podem associar-se ainda estudantes dos cursos de graduação e técnico em enfermagem. A eleição da diretoria e do conselho fiscal ocorre por voto secreto dos associados e o mandato tem duração de três anos (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Com o passar dos anos e o aumento do número de profissionais, devido principalmente à expansão do número de escolas de Enfermagem, a Associação iniciou um processo de expansão para os Estados, como forma de dar sustentabilidade à entidade, além de “coordenar os espaços de definições profissionais, políticos educacionais e de classe” (PADILHA; BORESTEIN; ALVAREZ, 2005).

Em 1945, foi criada a seção São Paulo, chamada “Associação Paulista de Enfermeiras Diplomadas”, cuja presidente foi Edith de Magalhães Frankel. Em seguida, foram criadas as seções do Distrito Federal e Amazonas (1946), Minas Gerais (1947), Bahia (1948) e Goiás (1949), Pernambuco (1952) e Mato Grosso (1959). Até o fim da década de 1960, 15 seções haviam sido criadas em todas as regiões brasileiras, ampliando o horizonte político e aumentando a organização pois as seções mantinham comando com a diretoria nacional (PADILHA; BORESTEIN; ALVAREZ, 2005).

Diversas iniciativas proporcionaram desenvolvimento cultural e profissional dos trabalhadores da Enfermagem, tais como o Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), realizado anualmente, e os demais eventos científicos sob a responsabilidade da entidade; a criação da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), inicialmente denominada Revista Annaes de Enfermagem; a elaboração de um Código de Ética de Enfermagem, bem como seu engajamento em organizações internacionais, dentre outros (OGUISSO; SCHMIDT, 2010; PADILHA; BORESTEIN; ALVAREZ, 2005).

Em 2014 a ABEn completou 88 anos de fundação. É inconteste sua contribuição para tornar a Enfermagem uma profissão respeitada e com visibilidade na sociedade brasileira. A ABEn foi quem

conseguiu junto ao Congresso Nacional a classificação no nível técnico-científico no Plano de Classificação de Cargos no Serviço Público Federal Civil, e as seções da ABEn conseguiram o nível universitário para os enfermeiros funcionários estaduais (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Somente dez anos após a criação da Escola Anna Nery e a retirada da missão americana é que surgiram novas escolas de Enfermagem no País, sugerindo que os interesses políticos e econômicos do governo concentravam-se no Rio de Janeiro, que era então a capital federal.

Em março de 1932 foi regulamentado o decreto n°. 21.141, de 10/03/1932, que permitiu a criação do Curso de Enfermeiros da Escola de Saúde do Exército, tanto para os enfermeiros que já atuavam nos hospitais militares quanto para os que desejassem ser admitidos. Esse decreto também autorizou portadores de diplomas expedidos pelo Exército ou pela Cruz Vermelha a exercer a profissão, diferentemente dos diplomas dos enfermeiros, que eram registrados no Departamento Nacional de Saúde Pública (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

A criação da EEAN fora da esfera religiosa ameaçou o poder do clero. Assim que se encerrou a Missão Parsons, as irmãs de caridade foram reconhecidas como enfermeiras por meio do decreto n° 22.257, de 26/12/1932, no governo de Getúlio Vargas, sendo exigido que comprovassem no mínimo seis meses de atuação como enfermeiras (BAPTISTA; BARREIRA, 1997; BARREIRA, 1997).

Em 1933, foi criada a primeira escola que formou enfermeiras religiosas no Brasil, em Belo Horizonte – a Escola Carlos Chagas – seguida em 1938 pela criação da Escola de Enfermeiras do Hospital, em São Paulo, e da Escola Luiza de Marsilac, no Rio de Janeiro, em 1939. Também foram fundadas escolas evangélicas, sendo as duas primeiras no estado de Goiás: a Escola Florence Nightingale, em

1933, e a Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul, em Rio Verde, em 1937 (BARREIRA, 1997).

Seguindo o modelo nighthingaleano, que preconizava a divisão técnica interna da profissão, em 1936 foi criado o primeiro curso para formação de auxiliares de enfermagem no Brasil, em Belo Horizonte, Minas Gerais, que se expandiu, posteriormente, para todo o país (MEDEIROS, 2010).

O sindicalismo na Enfermagem teve início em 1933, com a criação do “Sindicato dos Enfermeiros Terrestres” e do “Sindicato Nacional dos Enfermeiros da Marinha Mercante”. Entretanto, mesmo com a criação de vários sindicatos de enfermeiros pelo país, a categoria não conseguia alterar o quadro de dificuldades que enfrentava a fim de fortalecer suas entidades e encaminhar reivindicações de forma efetiva (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

No ano de 1982, em São Paulo, realizou-se o I Encontro de Entidades Sindicais e Pré-sindicais da Enfermagem (ENESPE), buscando articular os diferentes sindicatos de enfermeiros de todo o país. Assim como os demais encontros realizados, tais articulações culminaram no VII ENESPE em setembro de 1987, em Porto Alegre (RS), quando foi decidida a criação da Federação Nacional de Enfermeiros, que ocorreu em novembro do mesmo ano, em Salvador (BA) (FEDERAÇÃO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 2013).

A Federação Nacional dos Enfermeiros é filiada a CUT e conta atualmente com 13 sindicatos de enfermeiros filiados, originários dos seguintes Estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe (FEDERAÇÃO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 2013).

No início do Estado Novo (1937-1945), a Escola de Enfermagem Anna Nery foi desvinculada do DNSP e passou a fazer parte da Universidade do Brasil. Durante esse período, 11 novas escolas de enfermagem foram criadas, sendo seis delas católicas, para dar

suporte aos hospitais que surgiam ou já estavam em funcionamento. Em 1949, no governo Dutra, deixou de vigorar a lei de equiparação (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

No final do governo Dutra, a regulamentação dos cursos de graduação em Enfermagem passou a ser de atribuição da Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Saúde, por força da lei nº775/49, que instituiu ainda a obrigatoriedade de criação de escolas de Enfermagem onde houvesse faculdades de Medicina, bem como o ensino secundário completo como pré-requisito para o ingresso.

Até essa época, apenas três escolas de Enfermagem estavam vinculadas a universidades: a Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN (Universidade do Brasil), a Escola de Enfermagem da Universidade da Bahia e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Embora o ensino sistematizado da EEAN tenha surgido para atender a um projeto de saúde pública, privilegiou o ensino direcionado à prática de Enfermagem de âmbito hospitalar, para subsidiar a Medicina curativa, inclusive pela carga horária que lhe foi destinada, em detrimento dos conteúdos de saúde pública. No espaço de algumas décadas, essa tendência veio a se consolidar e o ensino de Enfermagem seguiu um percurso que buscou atender a expansão das instituições hospitalares, em função das políticas de saúde adotadas pelo Estado brasileiro, principalmente durante o período chamado “milagre econômico” (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

No início do Estado Novo (1937-1945), a Escola de Enfermagem Anna Nery foi desvinculada do DNSP e passou a fazer parte da Universidade do Brasil. Durante esse período, 11 novas escolas de enfermagem foram criadas, sendo seis delas católicas, para dar suporte aos hospitais que surgiam ou já estavam em funcionamento. Em 1949, no governo Dutra, deixou de vigorar a lei de equiparação (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Para a manutenção do serviço de Enfermagem, contribuiu a forte ideologia marcada por espírito de religiosidade, obediência, humildade e respeito à hierarquia, apreçada tanto pelas escolas e serviços de saúde, bem como pela própria Revista Brasileira de Enfermagem (GERMANO, 1985).

“A ideologia da enfermagem desde sua origem e, em particular, a de [escola] Ana Néri, para os brasileiros significa: abnegação, obediência, dedicação. Isso marcou profundamente a profissão de enfermagem – o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente... que não exerça a crítica social” (GERMANO, 1985; p. 25).

Em 1945, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), fez a primeira tentativa de organizar o ensino de Enfermagem, estabelecendo um currículo mínimo, a duração dos estágios para a formação de enfermeiros e normas para a formação de auxiliares de enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

A Lei n.775/49 regulamentou o ensino de Enfermagem no país, tornando-o obrigatório em todas as escolas de Medicina. À semelhança do currículo norte-americano, o currículo proposto enfatizava as especialidades médicas, embora sem dispor dos mesmos avanços tecnológicos. Essa lei também regulamentou os dois níveis de formação: enfermeiro e auxiliar de enfermagem. O currículo de 1949 era pouco inovador em comparação ao programa inicial, cuja ênfase assentava-se no fazer, em detrimento ao pensar criticamente, e na assistência curativa, centrando na doença, fortalecendo a tendência de estabelecer o hospital como principal local de trabalho para os profissionais (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001; MEDEIROS, 2010).

Ao final da primeira metade do século XX, enquanto os problemas de saúde da população apontavam para a necessidade de um enfoque sobre as questões estruturais e sociais condicionantes do processo saúde-doença, o setor saúde sofre influência do desenvolvimento tecnológico da indústria farmacêutica e de

equipamentos médico-hospitalares, impulsionando a expansão do modelo de assistência prevalente, qual seja, o hospitalar.

A Enfermagem e, portanto, “*o cuidar vai se identificando com o domínio de procedimentos, a cada dia mais sofisticados*” (Germano, 2010, p. 93). A mesma autora aponta a ausência, nas publicações de enfermeiros à época, de críticas esse modelo de saúde que privilegiava a cura, o cuidado individual e o biológico. Ao passo que considera tal fato como “acomodação”, a autora lembra que vivia-se o período de ditadura militar no país, onde poucos eram os movimentos críticos numa época de repressão política.

O desenvolvimento do ensino e da assistência de enfermagem seguiu um percurso que buscou atender as novas demandas por uma atenção mais sofisticada, baseada no aparato de alta complexidade. Dessa forma:

“... concorre para que os profissionais de saúde e, em particular para os de Enfermagem, passem a aliar competência, apenas, com o domínio de refinadas técnicas... secundarizando... a relação interpessoal... quer na área clínica, quer na atenção básica (MEDEIROS, 2010, p. 93).

Em 1955 foi aprovada a Lei 2.604, posteriormente regulamentada pelo Decreto 50.387 de 1961, que definiu as categorias da Enfermagem no Brasil, sendo reconhecidas as categorias: obstetrizes e parteiras, embora a enfermeira se diferenciasse por administrar os serviços de Enfermagem, participar no ensino de enfermagem e pessoal auxiliar, bem como dirigir escolas de formação profissional e participar em bancas examinadoras em cursos e concursos (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Com a promulgação da Lei 4024/61, que fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o ensino universitário passou a ser regulado por determinações do estado. Foi notória a ação da ABEn na conquista do ensino de Enfermagem em nível universitário, pelo fato da entidade vir desempenhando papel decisivo nas discussões,

proposições e elaborações dos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem no país (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

O Parecer CFE no. 71/62 fixou o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem, reduzindo a duração do curso de quatro para três anos. Manteve as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, de caráter curativo. Nele, a disciplina de Saúde Pública deixou de ser obrigatória, passando apenas a conteúdo da especialização (Germano, 1985). Com isso, restringiu-se ainda mais a formação da enfermeira, voltada somente ao atendimento individual e curativo, reduzindo a possibilidade das alunas entrarem em contato com os conteúdos de saúde pública durante a graduação.

O Parecer CFE n.163/72 promoveu nova reformulação do currículo mínimo dos cursos de graduação enfermagem, criando as habilitações em Saúde Pública, Obstetrícia e Enfermagem Médico-cirúrgica, a serem cursadas de forma optativa. O Parecer n.163/72 enfatizava a necessidade de a enfermeira dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica, uma vez que a profissão médica passara a necessitar de uma enfermagem especializada para juntas atuarem na assistência curativa. (GERMANO, 1985).

Desde a sua proposição, o currículo mínimo de 1972 foi questionado por um segmento de enfermeiras engajadas na discussão questões do ensino de enfermagem, com críticas à fragmentação do eixo da formação, à ênfase ao modelo hospitalar, à especialização precoce e denominação do curso, que passara a ser Enfermagem e Obstetrícia (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

A Lei 5905/1973 criou o sistema COFEN/CORENs, reconhecendo-os como órgãos disciplinadores do exercício profissional do enfermeiro e das demais categorias da Enfermagem. O sistema tem por objetivo normatizar e fiscalizar a prática profissional dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fazendo cumprir a Lei do Exercício Profissional.

O COFEN é de âmbito nacional, enquanto os COREN são estaduais e possuem poder executivo, legislativo e judiciário. Foram criados a partir da Lei n. 5905/1973, após 28 anos de luta, inicialmente como autarquias federais vinculadas ao Ministério do Trabalho. A partir da Medida Provisória 1.549/1997, assim como todos os demais conselhos profissionais, exceto a Ordem dos Advogados do Brasil, passou a ter caráter privado, delegado pelo poder público. A vinculação dos profissionais de Enfermagem é obrigatória, da qual depende a legalidade para o exercício profissional (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Na década de 1970, a Enfermagem, especialmente sua entidade representativa de classe, a ABEn, começa a deixar sua postura conformista frente as políticas do Estado e passa a apresentar um movimento de contestação e discussão ativa dos desafios e rumos da enfermagem brasileira. A Enfermagem brasileira havia assumido uma posição mais crítica a respeito de seu próprio trabalho, buscando compreender sua inserção social no modo de produção e a influência das relações políticas, históricas e tecnológicas que permeiam sua prática como profissão da saúde. Iniciou-se um processo de reflexão a respeito de questões mais amplas, que fossem determinantes da realidade e comum a toda a equipe. “A Enfermagem começa a enxergar-se inserida na realidade social e histórica concreta, e a refletir sobre tal realidade” (MEDEIROS, 2010).

Nessa década, o País viveu o enfraquecimento e queda da ditadura militar e a transição para a democracia. O Movimento da Reforma Sanitária, que contou com a participação de profissionais da saúde de diversas instâncias e sociedade civil, teve um papel marcante na discussão e reflexão do conceito ampliado de saúde, resultando na proposição de um novo modelo assistencial de saúde orientado para a promoção da saúde e a prevenção da doença com a participação popular (Moura et al., 2006; Paim, 2008). A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, representou um marco para a reformulação do Sistema Nacional de

Saúde brasileiro, bem como para a introdução do SUS na Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1986).

A definição de novas diretrizes educacionais para a Enfermagem demandou a incorporação de conteúdos que proporcionassem o exercício de novas atribuições para atender as necessidades de saúde no SUS. Intensificaram-se as críticas ao currículo mínimo vigente, destacando-se a exclusão do ensino da saúde pública do tronco profissional comum.

A Lei 7498/1986, e o Decreto 94.406/1987 que a regulamenta, constituem os atuais dispositivos legais que regulam o exercício profissional em Enfermagem. O Decreto define que o exercício legal da atividade de Enfermagem no Brasil pode ser executado pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteiro, devidamente inscritos no COREN. Também descreve as atribuições específicas de cada profissional e estabelece as são privativas do enfermeiro, como a consulta e a prescrição de enfermagem, cuidados diretos a pacientes com risco de vida ou em situação que possa demandar decisões imediatas (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Os atendentes de enfermagem sempre compuseram parte da força de trabalho em Enfermagem e, em 1984, correspondiam a quase 30% da força de trabalho em saúde (VIEIRA, 1990). O Decreto 94.406/1987 estabeleceu prazo de dez anos para que esse pessoal sem preparo técnico se qualificasse ou deixasse de exercer a profissão. Porém, a Lei 8697/1994 alterou o decreto, permitindo que os atendentes de enfermagem admitidos até sua promulgação continuassem a exercer atividades elementares de enfermagem (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Seguido da promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/1990 e 8142/1990), dissemina-se pelo país diversos fóruns de discussão sobre a formação de profissionais de saúde, tendo em vista

a necessidade de reorganização da assistência à saúde (GERMANO, 2010).

Concomitantemente aos debates para a criação do SUS, a ABEn, as Escolas de Enfermagem e a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC engajaram-se em um processo intenso de discussão para reorientar o ensino superior em Enfermagem, o que resultou no Parecer 314/94, homologado pela Portaria 1721/94 do Ministério da Educação, com um novo currículo mínimo para os cursos de graduação em Enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Nele foi definido que os currículos plenos dos cursos de graduação em Enfermagem deveriam conter disciplinas relativas às Ciências Biológicas e Humanas, bem como deveriam incluir conteúdos relativos à Saúde Pública, sob a designação de Saúde Coletiva. Entretanto, manteve-se a subdivisão em especialidades médicas na área temática Assistência de Enfermagem, evidenciando a dificuldade de ruptura com a matriz flexneriana que orientou o ensino de Enfermagem desde seu início no Brasil. Os principais avanços podem ser creditados ao movimento político gerado pela categoria e ao processo coletivo de sua construção. A ênfase nos perfis epidemiológicos locais e ao quadro sanitário nacional demonstrava a preocupação com as distintas realidades do país (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Entretanto, a proposta original do currículo mínimo de 1994 sofreu alterações quando da sua publicação, trazendo insatisfações à categoria, mobilizando as diversas entidades de classe nacionais. Assim, em 1994, o Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn), foi instituído como espaço de definição de políticas de educação, para todos os níveis da enfermagem, visando à definição de estratégias de viabilização dessas políticas, por meio da articulação da ABEn e das escolas de enfermagem, em seus espaços de atuação, de forma a sustentar sua representação

junto aos órgãos oficiais de educação e saúde no país. (MOURA ET AL., 2006).

A promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei n.9.394 de 20 de dezembro de 1996, trouxe novas responsabilidades para as Instituições de Ensino Superior (IES), docentes, discentes e sociedade, pois passou a permitir a formação de diferentes perfis profissionais a partir da vocação de cada curso/escola, esperando melhor adaptação ao "mundo do trabalho". As instituições passaram a ter liberdade para definir parte considerável de seus currículos plenos, o que *“reforçou a tendência profissionalizante do ensino superior, bastante questionada, na qual a formação global é escassamente considerada”* (BELLONI, 1997 *apud* GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Importante papel os SENADEN desempenharam na elaboração e aprovação da Resolução CNE/CES Nº 03 de 7/11/2001, que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) que, ressaltando a necessidade do compromisso com princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, apontaram os princípios fundamentais para a formação de profissionais críticos, reflexivos, inseridos no contexto histórico-social, pautados em princípios éticos e capazes de intervirem nos problemas/situações da atenção à saúde da população (MOURA et al, 2006).

Os SENADEN contribuíram para a implantação da DCN nos cursos de Enfermagem, de forma que a categoria “vem ampliando sua capacidade de interlocução com um amplo conjunto de sujeitos sociais coletivos, interessados na educação e desenvolvimento do SUS” (MOURA et al., 2006). Ainda assim, foram poucas as IES a promover modificações de grande monta em seus projetos político-pedagógicos. Exemplos mais conhecidos são os dos cursos de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) e da Universidade Estadual de Londrina (UEL), ambos integrados, orientados por competências (BRACCIALLI, 2009).

Na grande maioria das instituições, predominam currículos disciplinares e, em que pese a grande expansão na oferta de cursos superiores de Enfermagem nas últimas décadas, o ensino de Enfermagem no País ainda é bastante tradicional, a despeito das demandas por transformação das práticas assistenciais requeridas pelo SUS (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Desde 1994, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da Atenção Primária à Saúde, tendo em vista reorientar o modelo assistencial, estruturando o trabalho em saúde por meio de equipes multidisciplinares e tendo a possibilidade de aproximar o cuidado das necessidades de saúde da população. A enfermeira tem importância fundamental como membro ativo na equipe de saúde e junto às coletividades e vem expandindo seu âmbito de atuação, inclusive por meio de regulamentações do exercício profissional nesse nível de atenção à saúde. Em consequência, sua visibilidade social e profissional também vem se ampliando (BACKES ET AL; 2012).

Algumas características do desenvolvimento profissional da Enfermagem e sua conformação atual levaram alguns autores a considerá-la um semi-profissão ou uma ocupação em processo de profissionalização. Dentre essas características, aponta-se a ausência de autonomia técnica plena, a diversidade de categorias profissionais e a falta de especificidade do papel profissional da enfermeira, evidenciada na literatura científica da área e presente nas representações sociais da profissão (MACHADO; 1995).

Antigas correntes da Sociologia das Profissões faziam distinção entre profissões, semi-profissões e ocupações em processo de profissionalização. A distinção conceitual entre “profissão”, “ocupação” ou “ofício”, embora tenha sido objeto de preocupação dos sociólogos durante longo tempo, na atualidade é considerada um “desperdício de tempo”, principalmente porque não ajuda a compreender o poder que determinados grupos ocupacionais detêm na sociedade. Para alguns estudiosos do campo da Sociologia das

Profissões, mais que estabelecer uma linha demarcatória entre profissão e ocupação, importa considerá-las formas sociais similares que compartilham diversas características (EVETTS, 2006).

Há tendência em não considerar como profissão as ocupações que não surgiram de forma autônoma, tendo as associações profissionais desempenhado papel decisivo no processo, por não se enquadrarem nos padrões tradicionais de profissionalização. Uma fragilidade resultante dessa perspectiva restritiva é a incapacidade de abarcar a heterogeneidade das experiências de profissionalização no mundo, possibilitando uma compreensão que ultrapasse barreiras nacionais, políticas e culturais (BONELLI, 1999).

As profissões desempenharam um papel importante na efetivação da ordem capitalista, no contexto de constituição ou reorganização do Estado, diante da necessidade de regular alguns aspectos da vida social e econômica. No Brasil, esse processo aconteceu concomitantemente à constituição do Estado, durante o Império, posteriormente à proclamação da Independência (1822). Seus principais protagonistas, os advogados, foram se distinguindo das demais elites ocupacionais por sua indispensabilidade no assessoramento do Estado em questões técnico-jurídicas (BONELLI, 1999).

No início do século XX, ganharam destaque os médicos sanitaristas, quando o então presidente Rodrigues Alves decidiu reorganizar o Rio de Janeiro, capital federal à época, por meio das reformas urbana e sanitária, tendo à frente Oswaldo Cruz, incumbido de assegurar as condições necessárias para uma vida saudável em sociedade (BARBOSA, 1998).

As décadas de 50 e 60, os engenheiros protagonizaram a primeira experiência de planejamento estatal no país, tendo desenvolvido ações que incluíam desde o diagnóstico da situação econômica do Estado, a proposição de mecanismos mais efetivos de gestão do Estado, até a criação de uma cidade industrial (Contagem)

e de empresas em setores considerados deficitários (BARBOSA, 1998).

Segundo a autora, o grupo seguinte a se profissionalizar foi o dos economistas, que passou a regular as atividades sociais no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, como o controle quase total do planejamento estatal e a definição da organização das empresas privadas.

No final dos anos de 1980, possivelmente como consequência do processo de redemocratização do país, os advogados voltaram a ganhar evidência no campo profissional brasileiro, sobretudo pelo movimento de reconfiguração das relações sociais ou, em outras palavras, a juridicização da vida social (BARBOSA, 1998).

A profissionalização da Enfermagem brasileira também ocorreu vinculada à estrutura socioeconômica do País, mais especificamente para atender às demandas do processo de desenvolvimento da então capital federal na década de 1920. Teve início com substituição das irmãs de caridade pelas enfermeiras francesas e também por leigos, com o aval do governo brasileiro, e posteriormente, com a criação da Escola de Enfermagem do DNSP que, embora não tenha sido o primeiro curso de formação de enfermeiras no País, ganhou importância pela iniciativa do governo brasileiro em tomar a frente de um projeto sanitário de cunho higienista para atender às necessidades estruturais da capital federal.

Nota-se que a inserção da Enfermagem moderna no cenário brasileiro não foi desencadeada pela preocupação com a melhoria da qualidade da assistência, por uma aspiração da sociedade ou por um movimento político de cuidadores, mas antes por imposições políticas (BARREIRA, 1993; BARREIRA, 1998; BARREIRA, 1999; GERMANO, 2010; MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Ao substituir o modelo de polícia médica pela educação sanitária, o governo brasileiro identificou a necessidade de um profissional capaz de efetivar a reforma sanitária brasileira de 1920,

qual seja, a enfermeira de saúde pública, por imposição de pessoas externas ao grupo, incumbidas de oficializar e legitimar de forma simbólica a existência das enfermeiras e seu papel na sociedade brasileira (BARREIRA, 1993).

2 Referencial teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O FENÔMENO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

O fenômeno das profissões começou a ser estudado muito recentemente. A obra de Le Play, datada de 1855 e intitulada *Os operários europeus*, é considerada o primeiro texto científico de Sociologia do século XIX. Aborda vários tipos de situação dos operários na Europa e destaca a importância das associações profissionais (DUBAR, 2005).

A partir do final do século XIX, os primeiros sociólogos começaram a analisar as atividades e associações profissionais como continuidade da prática comunitária dos ofícios e buscavam determinar uma organização econômica viável (Dubar, 2005; Santos, 2011). Autores como Spencer, Saint-Simon, Weber, Durkheim, Beatrice e Sidney Webb concebiam as profissões como formas superiores de organização social decorrentes do desenvolvimento e da modernidade (RODRIGUES, 1997; SANTOS, 2011).

Foi somente na década de 1930 que as profissões passaram a ser objeto de estudo da Sociologia, fundando um campo de saber específico, denominado Sociologia das Profissões. Este emergiu atrelado às condições sociais, econômicas e políticas contemporâneas à Segunda Guerra Mundial, cujo contexto contribuiu para o surgimento de novos grupos profissionais (RODRIGUES, 1997; GONÇALVES, 2008).

Dubar (2005) afirma que o surgimento da Sociologia das Profissões consistiu num movimento deliberado de profissionalização dos próprios sociólogos, ao contribuírem para o governo norte-americano do então presidente Herbert Clark Hoover (1929-33), no tocante à explicação da evolução da sociedade para, assim, auxiliá-lo na definição de sua política de governo. Uma parte dos sociólogos americanos colaborou com as agências governamentais, fechando-

se ao mundo exterior, priorizando o enfoque nas camadas sociais mais privilegiadas em detrimento dos marginalizados no tocante à evolução social.

A Sociologia das Profissões, portanto, teria sido legitimada como uma área de conhecimento por meio de um movimento mais ideológico do que por uma necessidade científica (PERISSI, 2000).

A partir da leitura de autores que sintetizaram as tendências encontradas na história da disciplina, fica evidente a pluralidade e a inconstância dos quadros teóricos-metodológicos utilizados na abordagem do fenômeno das profissões (GONÇALVES; 2008, RODRIGUES; 1997, SANTOS; 2011).

Embora não haja consenso entre esses autores quanto à sucessão de escolas sociológicas ou períodos que caracterizaram a história da disciplina, será utilizada, para fins didáticos de compreensão desse processo, a identificação realizada por Rodrigues (2002), que aponta quatro períodos na história da Sociologia das Profissões.

O **primeiro período** estendeu-se de 1930 a 1960, sendo marcado pela *definição do campo de análise ou à procura de um modelo*. Segundo a autora, os principais autores desse período pautaram-se no paradigma funcionalista (Carr-Saunders e Wilson, Talcott Parsons, Robert King Merton, Willian Goode, Moore) ou no interacionismo simbólico (Everett Hughes, Strauss e Bucher) ou ainda, na junção desses dois paradigmas (Wilensky).

Inaugurando o paradigma funcionalista, *The professions*, obra de Carr-Saunders e Wilson de 1933, é considerada o marco fundador da Sociologia das Profissões. Nela, a tônica repousa na definição das características das profissões (sistema classificatório), distinguindo profissões e ocupações. Às primeiras são atribuídos valores como altruísmo e vocação, sendo caracterizadas pela aquisição de conhecimento técnico especializado por meio da formação universitária, permitindo assim a reprodução da cultura profissional; e

pela criação de associações profissionais responsáveis pela garantia da exclusividade do oferecimento do serviço por pessoas qualificadas, as quais estabeleceriam e aceitariam códigos de conduta e ética (DUBAR, 2005; GONÇALVES, 2008; RODRIGUES, 1997).

Nesse primeiro momento, as profissões são entendidas como fenômenos naturais que emergem em resposta a necessidades sociais, em decorrência da modernização da sociedade, estando a serviço da democracia e da harmonia (Dubar, 2005; Santos, 2011). A profissão, no paradigma funcionalista, refere-se a um tipo-ideal, sustentado por entidades profissionais, com funções políticas e de regulamentação profissional. Enfatiza-se a definição das características de uma profissão, ou o “tipo-ideal”, e em que medida uma ocupação aproxima-se ou não desse modelo, bem como são criadas escalas para medir o grau de profissionalismo das ocupações (GONÇALVES, 2008; RODRIGUES, 1997).

Weber considerava a profissionalização um elemento fundamental da passagem da socialização comunitária – em que o status é herdado, para a socialização societária – na qual o status depende do tipo de trabalho e dos requisitos de aquisição de competências e especialização. A diferenciação entre o status herdado e o escolhido individualmente pela formação é a justificativa mais tradicional na Sociologia anglo-saxônica para distinguir ofício e profissão, conferindo superioridade às profissões (DUBAR, 2009).

Para Durkheim, a divisão social do trabalho resultava da separação funcional das tarefas na busca do atendimento às necessidades da sociedade e sua harmonia. A identidade profissional estaria ligada ao senso de pertencimento ao grupo, adquirida ao longo do processo de socialização (SANTOS, 2011).

Os funcionalistas entendiam que os profissionais organizam-se em comunidades que compartilham identidade, valores, linguagem e estatuto duradouros; controlam a si mesmos, assim como a formação e a admissão de novos membros (RODRIGUES, 1997).

Talcott Parsons (1939) considerava que as profissões orientam-se por motivações altruístas – ao que ele chamava *ideal de serviço* – negando razões econômicas envolvidas no fenômeno profissional, de forma que o desenvolvimento de uma profissão dar-se-ia unicamente a serviço da sociedade. Segundo esse autor, a institucionalização de uma profissão tem por base a relação assimétrica entre profissionais e clientes (conhecimento vs. ignorância). Tal assimetria, somada ao potencial risco de exploração (autoridade vs. confiança), acarretaria a necessidade de um mecanismo de controle social sustentado pela ideologia do profissionalismo (RODRIGUES, 1997; SANTOS, 2011).

Para os interacionistas simbólicos, as profissões eram ocupações que haviam adquirido um título honorífico por meio de movimentos sociais, de forma que sua análise dirigia-se aos jogos sociais através dos quais um grupo ocupacional tornava-se reconhecido socialmente, de modo a monopolizar certas atividades profissionais.

Divergindo dos autores funcionalistas, afirmavam que no interior de uma profissão há conflitos de interesse que implicam em diversidade técnica, metodológica, tipos de clientes e conceitos de missão que acabam por determinar a criação de diferentes associações dentro do grupo, de forma que os profissionais desenvolvem identidades diferentes, entendimento de passado e futuro próprios, realizam atividades e interagem com vistas a garantir uma posição social ou institucional (RODRIGUES, 1997; GONÇALVES, 2008).

Na perspectiva interacionista, as profissões são concebidas como objeto da vida cotidiana, não podendo enquadrar-se em regras do raciocínio científico, cabendo aos membros de uma profissão interpretar seu trabalho e o trabalho desenvolvido por outros (RODRIGUES, 1997).

Everett Hughes, em sua obra *Men and their work*, de 1958, considerava que o termo *profissional* carrega um “juízo de valor e de

prestígio”. Para Hughes, a análise sociológica do trabalho humano devia partir da divisão do trabalho, uma vez que nenhuma atividade está dissociada do conjunto de atividades em que se desenvolve e da “distribuição social das atividades”. A divisão social do trabalho implica uma hierarquia de funções e divergência entre funções consideradas sagradas (ou essenciais) e profanas (ou secundárias) (DUBAR, 2005).

Hughes destacava dois elementos essenciais para caracterizar o fenômeno profissional e que compõem a base da “divisão moral do trabalho”: o *diploma*, que é a autorização legal para o exercício de determinadas atividades, e o *mandato*, que diz respeito à garantia de oferta do serviço. Ou, em outras palavras, a seleção dos profissionais teria a função de separá-los dos demais e confiar-lhes uma missão (DUBAR, 2005).

Enfatizava ainda dois atributos essenciais dos profissionais. O primeiro seria o “*saber condenável*”, ou seja, um tipo de conhecimento a que o profissional tem acesso na relação de troca com seu cliente, geralmente relacionado ao mal – doença, crime, tabus etc. – o qual é transferido de forma legítima pela sociedade, devendo o profissional conservar o sigilo profissional como parte de suas funções sagradas ou missão simbólica (DUBAR, 2005).

“... a própria natureza do **saber** do ‘profissional’ está no cerne da ‘profissão’: trata-se de um segredo social... um mandado para trocar signos de transgressão por marcas de reintegração social e reabilitação moral. A justificação científica, nessa problemática, não passa de uma cortina de fumaça (DUBAR, 2005, p.179; grifo do autor).

O segundo refere-se à *criação de instituições* que zelam pelo mandato e pela licença de seus membros, de forma a lhes atribuir exclusividade em determinados serviços, afastando-os dos profanos ou leigos, e transformando-os em “*intermediários entre o Estado e os profissionais e anteparo entre eles e o público*”.

A essência da relação com o cliente é, portanto, simbólica (confrontação com o tabu), tendo o grupo profissional uma visão de mundo própria, que contempla os valores e os significados envolvidos no seu trabalho e lhe permite alcançar o monopólio através de seu mandato (DUBAR, 2005). O mandato é marcado por discriminações quanto a indivíduos suspeitos de não desempenhar bem o mandato ou não guardar sigilo profissional. Dessa forma, *“toda profissão tende a... secretar **estereótipos profissionais**, excluindo, de fato, quem não corresponde a eles”* (DUBAR, 2005, p. 180, grifo do autor).

O grande mérito dos sociólogos da “Escola de Chicago” foi trazer ao centro da análise da realidade do trabalho os mecanismos de socialização profissional. Para eles:

“... o mundo vivido do trabalho’ não podia ser reduzido a simples transação econômica (a utilização da força de trabalho em troca de um salário): ele mobiliza a personalidade individual e a identidade social do sujeito, cristaliza suas esperanças e sua imagem de Si, engaja sua definição e seu reconhecimento sociais” (DUBAR, 2005, p. 187).

Harold Wilensky procurou uma síntese integradora das perspectivas funcionalista e interacionista. Para ele, a profissão consistia em uma ocupação que detém domínio e jurisprudência específica sobre uma determinada área do conhecimento ou atividade, distinguindo-se pelo trabalho especializado e pela aceitação das normas profissionais. Analisou 18 ocupações que adquiriram o *status* de profissão, tendo identificado a existência da seguinte sucessão de etapas regulares: 1) uma atividade leiga torna-se ocupação de tempo integral, sendo aprendida através de processo de formação; 2) há o estabelecimento de uma associação profissional para definição de tarefas, administração de conflitos internos e negociação com outros grupos profissionais; 3) é instituída a proteção legal e 4) um código de ética é definido. Esta última é a mais frequentemente evocada na Sociologia das Profissões (RODRIGUES, 1997).

O **segundo período** ocorre ao final da década de 1960 e na seguinte, quando um movimento crítico alcança a Sociologia das Profissões, caracterizado por um aguçado “discurso antiprofissional desmistificador das práticas dos profissionais” (GONÇALVES, 2008; p. 181

O paradigma funcionalista foi confrontado e revisto, apoiado na denúncia de que a ética profissional consistiria numa maneira de acobertar o monopólio, o privilégio e o poder desfrutados pelos profissionais, reproduzindo, dessa maneira, modelos injustos e exploradores (RODRIGUES, 1997; GONÇALVES, 2008).

Esse movimento crítico revisionista destacou tanto as motivações econômicas quanto o controle político e social advindo da execução das atividades profissionais (RODRIGUES, 1997).

Essa ideologia é explicada por Dubar (2005) da seguinte maneira: por exaltar o atendimento das funções sociais das profissões em detrimento de razões financeiras (principalmente nas profissões ligadas à saúde, justiça e educação), bem como a existência de equilíbrio entre as motivações dos profissionais e seus clientes, o ponto de vista funcionalista acabava por legitimar a autoridade e os privilégios dos profissionais.

A emergência da abordagem econômica do fenômeno profissional, que destacava as implicações econômicas do monopólio das associações profissionais, colocava em dúvida a generosidade e as benfeitorias do profissionalismo. Incorpora-se a análise das articulações profissionais dentro do sistema capitalista, do poder dos profissionais frente aos clientes, os demais profissionais e o Estado; dos monopólios profissionais, das articulações entre profissões e a estrutura de classes sociais, dos conflitos advindos da delimitação das jurisdições, da influência política das profissões na garantia dos seus próprios interesses e da “retórica legitimadora da ideologia profissional” (RODRIGUES, 1997; p. 182).

O movimento crítico argumentava que as profissões conformam um sistema de mandato assentado na *autonomia* e no *monopólio profissionais*. O poder acumulado e os benefícios de que os profissionais usufruem reverteriam em vantagens próprias e não da coletividade (RODRIGUES, 1997).

“A sociologia das profissões tradicional, funcionalista, (...) transformou em teoria um conjunto de estereótipos usados pelas próprias profissões para criarem e manterem intocável o sistema de mandato” (RODRIGUES, 1997; p. 41).

Segundo a autora, a própria Sociologia das Profissões teria sustentado a ideologia de que as profissões realizam atividades essenciais à vida e ao bem-estar da coletividade, atividades essas que somente podem ser realizadas pelos profissionais porque adquiriram competência por meio de formação específica e porque zelam pelo interesse coletivo. Entretanto, a perspectiva revisionista revelou que o conhecimento é passível de manipulação e pode ser modificado com vistas a bem servir aos anseios dos membros que dominam uma profissão, de forma a constituir um meio de defesa e autoperpetuação frente às inovações da ocupação.

Outra crítica ao estudo das profissões realizado até então foi a ausência da abordagem das condições históricas sob as quais as ocupações se desenvolveram, ou seja, a *a-historicidade* que marcou o primeiro período (RODRIGUES, 1997).

Do movimento crítico resultaram duas consequências metodológicas principais: 1) as questões de definição e caracterização das profissões deixaram de ser estudadas, passando-se à análise dinâmica do processo de obtenção do status profissional e 2) os discursos relativos à profissão passaram a ser vistos como representações sociais compartilhadas tanto por pessoas internas como externas às ocupações, ambas capazes de conferir status profissional. Dessa forma, o objeto da Sociologia das Profissões passou a focar os jogos sociais tecidos no seio da sociedade, que

permitiriam a uma determinada profissão conquistar poder e privilégios, distinguindo-se pelo status, grau de controle e influência de que goza, inclusive no imaginário social (RODRIGUES, 1997).

No **terceiro período**, compreendido entre as décadas de 1970 e 1980, destacam-se o *poder das profissões e a pluralidade de quadros metodológicos*, caracterizado pela diversidade de paradigmas, abordagens e perspectivas, com ênfase na análise do poder e dos monopólios profissionais. Seus principais autores são Terence Johnson (1972), Magali Larson (1977) e Eliott Freidson (1978).

Enquanto no paradigma funcionalista a explicação para profissão advinha de um processo de legitimação social (formação e funcionamento da estrutura social); no paradigma interacionista a profissão era permeada pelas relações de negociação e conflito das ocupações. Já nesse terceiro momento, o foco passa a ser o poder econômico, social e político dos grupos profissionais.

Johnson afirmava que as ocupações derivam da divisão do trabalho e que o surgimento de saberes ocupacionais especializados implica o estabelecimento de dependência social e econômica e relações de distanciamento social (desespecialização dos clientes). Tal distanciamento acaba por impor certo grau de incerteza na relação de produção e consumo que, para além do componente esotérico, possui também uma intencionalidade, qual seja, o aumento da autonomia e do controle sobre a prática profissional. Dessa forma, seria possível ao grupo atender seus próprios interesses políticos e econômicos (RODRIGUES, 1997; GONÇALVES, 2008).

O conceito de profissionalismo foi reformulado por Johnson como um tipo de controle em que o poder profissional estaria diretamente relacionado à contribuição do grupo profissional às “*funções globais do capitalismo* [quais sejam]: à *produção de lucro*, à *realização do capital* e à *reprodução das relações sociais que*

asseguram a manutenção do modo de produção capitalista” (RODRIGUES, 1997; p. 49).

Contudo, foi Freidson quem solidificou o paradigma do poder. Para ele, a profissionalização consiste num mecanismo pelo qual uma ocupação adquire exclusividade na realização de determinado tipo de trabalho, controle sobre a formação e o acesso, assim como jurisdição sobre o próprio trabalho. Sua análise do poder baseia-se em três conceitos: autonomia técnica, *expertise* (monopólio de conhecimento) e *gatekeeping* (credencialismo ou controle institucionalizado sobre os recursos), este último sendo conferido pelas universidades, associações profissionais e Estado (RODRIGUES, 1997).

Na obra de Freidson sobressaem os seguintes elementos constitutivos do profissionalismo: trabalho especializado fundamentado em conhecimento teórico, jurisdição exclusiva, controle profissional sobre a formação e credencialismo dos membros e existência de uma ideologia que legitime socialmente o trabalho profissional. Diferentemente dos outros autores, Freidson não se opõe ao profissionalismo; antes, concebe-o como forma de resistência ao poder das organizações burocráticas e antítese do trabalho alienado. Para ele, as profissões constituíram-se numa forma de organização do mercado de trabalho que confere proteção aos clientes frente os profissionais (GONÇALVES, 2008).

Larson dirige seu interesse para a análise da aquisição do monopólio de atividades que as profissões alcançaram no século XIX na Inglaterra e EUA, concluindo que tal processo ocorreu pelo fechamento de mercado a pessoas não profissionais, acrescido da legitimidade e proteção de mercado conferidas pelo Estado. Concebe as profissões como grupos de interesse imersos na sociedade capitalista e entende a profissionalização como meio de ascensão social coletiva, por meio de ganhos financeiros, status e prestígio (LARSON, 1977; RODRIGUES, 1997; GONÇALVES, 2008).

Concebe a profissionalização como um processo de fechamento no qual os grupos envidam esforços para aumentar resultados, limitando o acesso à profissão. Esse processo, gerador de exclusão e oposição a outros grupos, é justificado pelo serviço que a profissão oferece à comunidade, tendo legitimidade jurídico-política. O poder profissional dependeria da capacidade de transformar “recursos (cognitivos, políticos, relacionais/organizacionais, culturais e ideológicos) numa outra ordem (acesso privilegiado ao mercado, autonomia sobre o trabalho, controle sobre o acesso à profissão e outros privilégios profissionais)”. Nesses privilégios, caberia incluir, ainda, as recompensas econômicas e sociais (RODRIGUES, 1997; p. 58-59).

Enfatiza as mudanças ocorridas nas condições de trabalho: ao profissional livre no mercado de serviços sobrepôs-se o especialista assalariado nas grandes organizações. Segundo a autora, a história recente das profissões caminhou em paralelo à origem e ao estabelecimento do modo de produção capitalista. Com o crescente aumento em dimensão e complexidade, as organizações investiram na administração e organização burocrática (LARSON, 1977).

Considera ainda que os profissionais foram essenciais na implementação de comportamentos e normas nas instituições, mas eles próprios foram também sujeitados a esse processo. Tornaram-se dependentes da organização burocrática, na condição de funcionários proletarizados. Nesse sentido, as teorias de organização científica teriam surgido aparentando responder a uma necessidade objetiva, mas em realidade serviram de meio para institucionalizar a subordinação e a dominação capitalista.

A autora desvaloriza o poder dos profissionais, considerando que estão subordinados às instituições capitalistas e que a ideologia do profissionalismo docilizou-os:

“...as profissões seguem a ideologia dominante: os profissionais interiorizam o valor intrínseco do trabalho durante a sua continuada socialização; entendem a

profissão como uma vocação, porque, ao contrário da maioria dos trabalhadores, a escolheram e, sem dúvida, despenderam considerável esforço para a obter; veem seu trabalho como uma carreira que lhes trará benefícios contínuos, cumulativos e previsíveis; aprenderam a aceitar a hierarquia, a deferência e a subordinação como consequências inevitáveis do profissionalismo, através do exercício destas relações durante a formação profissional; e são recompensados por assim procederem pela sua extraordinária autoridade sobre os leigos (LARSON, 1977 apud RODRIGUES, 1997; p. 61)".

Rodrigues salienta que cada um dos autores compreendem o poder profissional a partir de perspectivas diversas. Para Johnson, o poder advém do controle sobre a relação produção/consumo; para Freidson, da autonomia, da proteção de mercado e do monopólio do conhecimento e, para Larson, do monopólio e do fechamento do mercado de trabalho. Destaca, ainda, que nesse terceiro período coexistiam autores que defendiam tendências de profissionalização, desprofissionalização e de proletarização na sociedade.

Dentre os defensores do aumento da profissionalização, autores como Bell, Galbraith e Touraine enfatizaram a importância crescente do conhecimento e do saber profissional por uma elite que mantém seu domínio e posição à custa de alianças com o poder político dominante, muitas vezes por meio da assunção de posições de confiança (RODRIGUES, 1997).

Freidson advogava que o poder do profissionalismo está relacionado à capacidade de divisão do trabalho dentro do próprio domínio profissional. Considerava que nas sociedades mais avançadas, com o aumento da complexidade das competências e do conhecimento necessários à resolução de problemas, surgiriam profissionais com maiores níveis de formação, o que, por sua vez, resultaria em novas identidades ocupacionais (RODRIGUES, 1997).

Quanto aos que defendiam a *desprofissionalização*, Haug afirmava que as mudanças no perfil dos clientes e as inovações tecnológicas acabariam por desencadear um processo de desprofissionalização, envolvendo: 1) quebra do monopólio de

conhecimento, pela maior difusão de conhecimento na população, em geral desencadeado pelo aumento da escolarização; 2) desconfiança na imagem humanitária dos profissionais, em que os clientes questionariam o elitismo profissional, apontariam erros e cobrariam responsabilização e 3) perda de autonomia e autoridade pelo crescimento do movimento social numa sociedade mais igualitária. Suas teses, todavia foram amplamente criticadas, especialmente pela falta de comprovação empírica e pela ênfase no movimento social em detrimento da análise do trabalho dos profissionais (RODRIGUES, 1997).

Outra tendência apontada por autores desse período é a *proletarização*, que derivaria do maior assalariamento e vinculação às organizações, ou seja, da burocratização das práticas profissionais, que geram, por sua vez, proletarização técnica (perda do controle sobre o processo e produto do trabalho) e ideológica (perda dos valores em consequência da proletarização técnica). Apontam, inclusive “que o poder de controle passa a ser exercido pelo capitalismo e não por consumidores mais informados” (RODRIGUES, 1997, p. 86).

A partir da década de 1960, nota-se uma tendência de enfoques nas *organizações*. Robert Merton (1957) diferenciou as funções manifestas das funções latentes das organizações profissionais. Para ele, uma profissão torna-se uma “organização fechada utilizando a missão de serviço que lhe é confiada para provocar um ‘efeito perverso’ de segregação social” (Dubar 2005, p. 194), por meio da burocratização da carreira e da regulação interna de seus membros por meio de normas e privilégios.

No que se refere especialmente à burocratização, Dubar (2005) identifica a seguinte sucessão de etapas: para ser reconhecido, um grupo de expertos vincula-se a uma instituição de ensino, possibilitando uma formação profissional específica, que se legitima através do currículo.

A escola profissional integra-se à Universidade e a formação, agora padronizada, torna-se parâmetro para o desenvolvimento de carreiras.

“Assim, de ‘profissão’ aberta a todos os que sentem a vocação para a realização de um ideal de serviço (função manifesta), o grupo profissional passa a ser, nesse modelo, uma ‘organização fechada’, preocupada antes de tudo com sua própria reprodução (função latente)... Desse modo, a profissão se torna um ‘corpo’ muito mais preocupado com seu funcionamento interno e com o respeito a seus procedimentos burocráticos do que com a qualidade dos serviços prestados aos clientes.” (DUBAR, 2005; p. 195).

Analisando a profissão médica, Freidson (1986) identificou três mecanismos que fazem dela uma organização: a divisão das tarefas com os demais ofícios envolvidos, à semelhança dos organogramas das empresas; existência de uma organização oficial capaz de se articular com o Estado e o público para aumentar seus privilégios jurídicos; e o estabelecimento de redes informais “que estruturam os diversos meios do trabalho e hierarquizam a ‘profissão’ em função dos diversos segmentos da clientela” (DUBAR, 2005; p. 196).

Freidson vinculava o desenvolvimento de uma profissão à racionalização das organizações (empresa industrial ou administração pública): ambas buscariam manter o monopólio sobre a clientela através do controle da competência de seus membros, e a divisão de tarefas nos dois casos procura maximizar a eficácia das atividades.

Vale lembrar que o desenvolvimento das fábricas foi antecedido pelo trabalho domiciliário, em que os artesãos recebiam matérias-primas e dinheiro dos mercadores e produziam em seus ateliês domésticos, geralmente auxiliados por familiares. Nessa época, os artesãos gozavam de plena responsabilidade por seu próprio trabalho e pela organização da produção. Já no século XIX os mercantilistas transferiram o local de produção do domicílio para a fábrica, objetivando aumentar o controle sobre a produção.

“É assim que manufaturas podem ser analisadas como invenções sociais destinadas a quebrar a autonomia dos produtores e a aumentar o poder de supervisão direta dos capitalistas” (DUBAR, 2005; p. 197).

Entretanto, na maioria das indústrias, os mercadores continuaram dependentes dos operários por ofício, os quais detinham o conhecimento sobre a fabricação de produtos. Dessa forma, alianças foram estabelecidas entre os empregadores e esses operários, para divisão tanto dos lucros quanto dos riscos da empresa. Os operários por ofício, portanto:

“...constituíam uma aristocracia salarial, frequentemente ganhando três vezes mais que o operário médio e partilhando com os outros trabalhadores por ofício as tarefas de supervisão e de controle do trabalho dos não-especialistas” (DUBAR, 2005; p. 199).

Esse modelo de “organização profissional do trabalho” era constituído por três grupos distintos: os empregadores, que detinham poder sobre o **capital**; os profissionais por ofício, detentores de poder sobre o **conhecimento**, e os assalariados não profissionais, excluídos duplamente de ambas esferas de poder.

Dubar (2005) destaca a instabilidade desse modelo organizacional: os empregadores buscando reduzir o poder e a autonomia dos profissionais por ofício, utilizando como mecanismos o progresso técnico e científico; os profissionais organizando-se para proteger sua competência e torná-la insubstituível. Já os não profissionais almejavam o acesso à formação para legitimar sua carreira.

No **quarto período**, a partir da década de 1990, sobressai-se a *abordagem sistêmica e comparativa ou à procura de modelos complexos*. Seus principais autores são Andrew Abbot, Yvette Lucas e Claude Dubar, que passam a realizar a comparação histórica e espacial das profissões, por meio da construção de uma teoria sistêmica capaz de explicar a complexidade e a diversidade das

situações no tempo e no espaço, a identificação de modelos e o surgimento de novas problemáticas.

A obra de Abbott intitulada *The system of professions: an essay on division of expert labor*, é considerada um marco na história da Sociologia das Profissões por criar um novo paradigma teórico-metodológico e por incorporar os anteriores. Nela, o autor centra sua análise na natureza do trabalho dos profissionais, ou seja, na prática profissional, e de que forma seus saberes e relações de negociação e conflito cooperam na defesa das jurisdições profissionais (RODRIGUES, 1997; GONÇALVES, 2008).

As cinco premissas fundamentais da produção de Abbott são: 1) ênfase no estudo da jurisdição profissional (tipo e condições de exercício do trabalho); 2) as disputas jurisdicionais dinamizam as profissões e determinam suas histórias; 3) as profissões estão inseridas em um sistema de interdependência e não constituem entidades isoladas; 4) o principal instrumento da disputa jurisdicional é o conhecimento abstrato que os grupos ocupacionais detêm e 5) o desenvolvimento profissional segue distintas direções, não havendo um curso único de profissionalização ou desprofissionalização. Abbott analisava o fenômeno das profissões em três níveis: *jurisdição, diferenciação interna e mudanças externas*. Para ele, a natureza do trabalho determina a vulnerabilidade jurisdicional diante de competidores.

O modelo sistêmico proposto por Abbott enfatizava o sistema de conhecimento e seu grau de abstração nas profissões, considerando as variações no tempo e no espaço (contexto sociocultural). Para legitimar de fato a jurisdição de uma profissão, torna-se necessário o reconhecimento social de sua base cognitiva. Para ele, a disputa de jurisdição envolve três instâncias: o sistema legal, a opinião pública e as situações de trabalho.

A fixação da jurisdição compreende a proibição legal de outros grupos ou indivíduos de desenvolverem o trabalho, podendo ser total,

por subordinação ou interdependência de grupos (RODRIGUES, 1997).

Para ele, a estrutura interna de uma profissão compreende os grupos ou segmentos diversificados, as instituições reguladoras e as situações de trabalho. A uma dada estrutura interna corresponde ao sucesso na reivindicação pela jurisdição. O autor considera que o poder profissional é fruto da capacidade de prevalecer frente a outros grupos profissionais, os empregadores ou o Estado. Alterações internas (novos conhecimentos e mudanças nas estruturas internas) e externas (na tecnologia e nas organizações) geram inquietações que se difundem pelo sistema, podendo levar à profissionalização ou incorporação na estrutura interna da profissão (RODRIGUES, 1997; GONÇALVES, 2008). São as diferenças internas de uma profissão que mais dinamizam o sistema, uma vez que os profissionais individualmente realizam diferentes atividades nos locais de trabalho, servem diferentes clientes, têm diferentes carreiras. Tais diferenças causam um desequilíbrio entre as relações dos profissionais em seu local de trabalho e as relações das profissões nos domínios público e legal (RODRIGUES, 1997).

As situações de trabalho variam quanto ao tipo e à dimensão da organização e ao vínculo empregatício e constituem também uma forma de diferenciação interna. Abbott destacava a importância do grau de divisão do trabalho profissional na situação de trabalho, capaz de impactar o status intraprofissional. Atividades “impuras” eram relegadas a certos segmentos da profissão, o que acaba por sedimentar posições de ranqueamento de status e poder de diferentes seguimentos (RODRIGUES, 1997).

No modelo sistêmico proposto por Abbott, a estrutura, os atos, o conhecimento abstrato e o grau de diferenciação interna são variáveis que podem enfraquecer ou fortalecer a jurisdição. O poder não tem importância fundamental; é considerado insuficiente dado que sofre interferências de diversas naturezas que restringem o poder das

profissões individualmente, como as profissões dominantes, os clientes, os empregadores e o Estado (RODRIGUES, 1997).

O autor sugeria que em longo prazo as forças conflituosas chegam a um equilíbrio que leva ao desenvolvimento da profissão e à redefinição das relações entre as ocupações (abordagem dinâmica do fenômeno das profissões) (RODRIGUES, 1997).

Dessa forma, na teoria de Abbott, pode-se identificar a presença do paradigma *funcionalista* na centralidade no conhecimento, do *interacionista*, na segmentação intraprofissional para compreender os conflitos interprofissionais; *do poder*, no auto-interesse e ação política para compreender a resolução de conflitos (RODRIGUES, 1997). A mesma autora destaca a contribuição de autores franceses, como Weiss, Day, Cuhe, Grelon, Thépot, Kessler, Fox e Guagnani, Lucas e Dubar, no estudo sobre o fenômeno das profissões, afirmando que na França:

“... desenvolveu-se uma vasta historiografia de instituições de formação, associações científicas e profissionais, de instituições econômicas que... têm hoje acumulado um vasto patrimônio científico que muito contribui para a história das profissões naquele país (RODRIGUES, 1997; p.108)”.

Lucas e Dubar indicam três marcas ou tendências importantes no desenvolvimento das profissões na França: a globalização, o individualismo das trajetórias profissionais e o aumento da feminização (Dubar, 1994; citado por Rodrigues, 1997). Claude Dubar, sociólogo francês com vasta produção literária sobre socialização e identidade profissional, enfatiza que somente através da realização das atividades do trabalho que é possível a aquisição de traços profissionais que vão constituindo a identidade profissional do indivíduo. Esse autor tornou-se referência nos estudos dessa temática e, inclusive, vem sendo utilizado por diversos pesquisadores da área da Enfermagem.

Em síntese, a principal contribuição da Sociologia das Profissões tem sido a análise das transformações econômicas, sociais e culturais pelas quais as profissões e as ocupações passaram ao longo da história e que acarretam sua atual conformação no contexto das sociedades globalizadas (GONÇALVES, 2008).

Seu surgimento teve suas bases epistemológicas associadas à busca de respostas para as seguintes questões: O que é uma profissão? Como uma ocupação torna-se uma profissão? Qual a função social da profissão? Quais as implicações do desenvolvimento de uma profissão? (RODRIGUES, 1997).

Na perspectiva dos funcionalistas, o reconhecimento de uma atividade como profissão dependia principalmente da coligação dos membros e sua argumentação persuasiva “para se fazer reconhecer e legitimar mediante ações coletivas múltiplas”. Entretanto, a maior parte dos assalariados não conseguia tal legitimação, o que levaria a diferenciação entre “profissões” e “semi-profissões”. Nesse sentido, os interacionistas deixaram de fora a análise dos assalariados menos qualificados (como operários, agentes administrativos), os quais ficaram a cargo da Sociologia do Trabalho.

“Tudo ocorre como se a socialização profissional não concernisse exatamente aqueles cujas condições de trabalho fossem definidas e controladas de acordo com as normas (taylorista ou não) da grande empresa capitalista” (DUBAR, 2005, p. 189).

A partir do momento que a Sociologia das Profissões ampliou o foco de análise para além das profissões liberais ou científicas, fragmenta-se em diversas correntes teóricas e inter-relacionadas: Sociologia do Trabalho, das Organizações, das Relações Profissionais (DUBAR, 2005).

Até a década de 1990 predominou um distanciamento da Europa continental da produção inglesa e norte-americana sobre a Sociologia das Profissões. Os possíveis motivos poderiam ser a rejeição às teses funcionalistas e a predominância de estudos a respeito do operariado

e do trabalho industrial, provavelmente devido ao papel destacado do Estado europeu no estabelecimento das fronteiras profissionais, bem como na intervenção burocrática, diferentemente do que ocorreu nos EUA e Inglaterra, onde os profissionais constituíram grupos de pressão e encontraram espaço para sua legitimação (RODRIGUES, 1997; GONÇALVES, 2008).

A partir do final da década de 1980, na Europa, começaram a ser desenvolvidos estudos históricos que consideravam os aspectos culturais, políticos e econômicos, procurando comparar e criticar os diferentes padrões de profissionalização e profissionalismo na organização das profissões. A profissionalização passa a ser entendida a partir de uma abordagem mais dinâmica, como processo histórico, e a tônica passa a ser a busca de explicações para o sucesso de algumas ocupações. (RODRIGUES, 1997).

Muitos desses estudos históricos permitem observar que a organização profissional resulta de processos de negociação e conflito, com diversidade e segmentação internas; e que o profissionalismo oculta várias ideologias ocupacionais e concretiza-se a partir de ligações com a elite, por meio da presença de seus membros nos grupos profissionais (RODRIGUES, 1997).

A partir da década de 1990, assiste-se a um aumento da produção sociológica sobre os fenômenos das profissões, bem como o surgimento de novas problemáticas de estudo, o que pode ser explicado por: redefinição de perspectivas teóricas, definição de problemáticas próprias, reconfiguração social e política nas sociedades capitalistas e propagação dos estudos sobre grupos profissionais (GONÇALVES, 2008).

As principais linhas temáticas que caracterizam a produção sociológica na Europa continental são: desenvolvimento de estudos comparativos entre países e profissões; emergência e reconfiguração dos grupos profissionais; organização e estruturação das profissões; inserção das profissões nos mercados de trabalho; feminização das

profissões; as profissões e as recomposições do trabalho e do emprego; os conhecimentos profissionais, a inovação tecnológica e a reconfiguração do trabalho profissional; as relações entre as profissões e os estados nacionais; as novas formas de controle do trabalho profissional e de regulação da inserção socioeconômica dos profissionais; as significações subjetivas do trabalho profissional e os processos de (re)construção das identidades profissionais. (GONÇALVES, 2008).

Atualmente se caminha para “uma leitura mais ampla dos fenômenos profissionais, tendo presente as suas articulações com o capitalismo, a globalização, o Estado e a estrutura de classes” (GONÇALVES, 2008; p. 194).

Na França e Itália, a análise das profissões tem se dado pela Sociologia do Trabalho. Demailly (2004) citado por Gonçalves (2008) defende um quadro teórico-metodológico que privilegia a análise do trabalho real e estudo dos discursos identitários profissionais como fenômeno político, aproximando-se da Sociologia Política; e os modelos históricos e sociais na sua vertente religiosa, relacionando-se com Sociologia das Religiões.

O aumento do interesse pelo estudo das profissões é percebido pelo incremento dos estudos sociológicos e da realização de eventos científicos sobre o tema, bem como pelo aumento de parcerias internacionais de investigação (GONÇALVES, 2008).

O aumento da reflexão, do debate e do estabelecimento de redes internacionais de pesquisa sociológica sobre as profissões é fruto da mobilização que vem sendo empreendida pelo *Research Committee 52: the sociological of professional groups* (RC52), da *International Sociological Association* (ISA) (GONÇALVES, 2008).

Em 1990, por ocasião do 12º Congresso Mundial de Sociologia da ISA, realizado em Madrid, foi que a Sociologia das Profissões emergiu primeiramente como um grupo temático. Dois anos depois

estabeleceu-se como um grupo de trabalho, sendo finalmente criado o RC52, em 1998 (GONÇALVES, 2008; ISA, 2013).

O grupo tem por objetivo estimular a colaboração entre pesquisadores do campo da sociologia das ocupações/profissões ao redor do mundo, por meio da realização de conferências internacionais, debate entre estudantes de doutorado e estudiosos de profissionais recém-formados no blog *researchcommittee52.wordpress.com*, publicação de artigos em periódico de livre acesso denominado “*Professions and Professionalism*”.

Na pesquisa inglesa mais recente sobre Sociologia das Profissões, destacam-se o trabalho de MacDonald (1995), que constituiu num importante levantamento da produção científica da área; o debate sobre as mudanças na natureza do trabalho dos profissionais e o profissionalismo (Middlehurst e Kennie, 1997; Broadbent, Dietrich e Roberts, 1997), as mudanças nas profissões tradicionais (Hanlon e Shapland, 1997); as novas formas de regulação do trabalho, o “accountability”, as novas políticas de Estado referentes ao trabalho dos profissionais (Broadbent e Laughlin, 1997); as mudanças na profissão médica (Saks, 1995); as relações entre gênero e profissões (Witz, 1992; Davies, 1995); os novos conceitos sobre o profissionalismo (Evetts, 2003); a reconfiguração das práticas profissionais (Becher, 1999), dentre outros (GONÇALVES, 2008).

Na Sociologia norte-americana, destaca-se o trabalho de Brint (1994), que investigou a transformação dos valores dos profissionais sob a perspectiva da recomposição das classes médias, percorrendo sobre a passagem do “velho profissionalismo” para a “nova ordem do expert” e a perda gradativa da autonomia profissional frente ao desenvolvimento do capitalismo (GONÇALVES, 2008).

Na atualidade, a regulação profissional tornou-se objeto de estudo da Sociologia, destacando-se nas profissões de saúde Evetts (2002); Saks (1995), Johnson et al. (1995), Eve e Hodgkin (1997) e

Allsop e Saks (2002). Evetts (2003), por exemplo, encontrou manutenção da autonomia e do controle do trabalho investigando outras sociedades ou ocupações (GONÇALVES, 2008).

“... [há] maior abertura dos mercados dos serviços profissionais (quebra parcial dos mercados monopolistas profissionais). Paradoxalmente, a ideologia neoliberal, com as suas restrições aos monopólios profissionais, possibilita alguma convergência entre o modelo anglo-americano de profissionalização e o modelo europeu continental (Svensson, 2003), podendo estar a assistir-se à redefinição dos posicionamentos das profissões - limitação crescente da sua autonomia, redução da sua capacidade de intervenção política - no seio dos Estados nacionais. Em segundo lugar, é notado por vários autores (...) a importância crescente que a “*accountability*” e a qualidade das actividades dos profissionais têm nos discursos produzidos por diversas instâncias estatais e nas medidas legislativas sobre as profissões” (GONÇALVES, 2008; p. 206).

2.2 O CONCEITO DE PROFISSÃO E SUAS RAÍZES HISTÓRICAS

As profissões são produtos sociais relativamente recentes. São ocupações que adquiriram status diferenciado como resultado da aquisição de conhecimento mediante o ensino formal, do oferecimento de um mercado próprio de serviços e da existência de entidades profissionais que as representam na sociedade.

No Ocidente, suas origens remontam às guildas artesãs da Idade Média, que estabeleciam quem tinha “direito ao corpo”, ou seja, quem podia fazer parte de determinada corporação. Um segundo momento de profissionalização ocorreu já no século XIX, com o surgimento do capitalismo industrial, que demandou a reorganização do mercado de serviços (DUBAR, 2005; LARSON, 1977).

Nas sociedades pré-literárias, a especialização de serviços decorria da necessidade de conhecimentos ou habilidades que contribuíssem para o bem estar individual e coletivo. Com o surgimento da escrita, os escrivães tornaram-se uma classe diferenciada que passou a monopolizar saberes e poderes especiais, da qual os especialistas tornaram-se dependentes para sua existência (LARSON, 1977).

Até a criação das universidades no século XIII, existia uma concepção de trabalho como arte. Os trabalhadores ligados tanto às artes liberais quanto mecânicas congregavam-se em corporações sob a forma de “ofício juramentado” em “cidades juramentadas”, onde uma arte era professada (DUBAR, 2005).

O termo *profissão* procede da “profissão de fé” que ocorria nas cerimônias de admissão de novos membros às corporações. Tal juramento tinha caráter religioso e era semelhante àquele pronunciado pelos padres, consistindo em três compromissos: observância das regras e do sigilo, e respeito aos jurados ou inspetores. Quando uma pessoa aprendia um ofício, além de adquirir habilidades específicas, também se unia moralmente a uma comunidade e estabelecia sua posição na vida. O estado juramentado da comunidade, uma vez regulamentado, passava a ser um corpo permanente do Estado.

“Quando um artesão entrava no ofício, ele adquiria um estado particular, uma condição social e uma qualidade ontológica permanente que compartilhava com quem exercia o mesmo ofício e que o distinguia dos membros das outras profissões. O estado de um artesão determinava definitivamente sua posição na ordem social e definia seus direitos, dignidades e obrigações.... O ofício era considerado, pois, um meio de estabelecer sua posição na vida” (DUBAR, 2005; p.166-7).

Com o advento e a solidificação das universidades, ocorreu a dissociação entre as artes liberais e as mecânicas, contrapondo os conceitos de *profissão*, aprendida nas universidades, e *ofício*, ligado

às artes mecânicas, embora ambos seguissem o mesmo modelo de união através dos laços morais entre seus membros e do respeito às regulamentações. Essa distinção entre profissões e ofícios parece estar associada a:

“...um conjunto de distinções socialmente estruturantes e classificadoras que se reproduziram através dos séculos: cabeça/mãos, trabalhadores intelectuais/trabalhadores manuais, alto/baixo, nobre/vil etc” (DUBAR, 2005; p. 165).

As profissões mais antigas surgiram nesse contexto em que as universidades separaram-se das guildas artesanais. As universidades foram rapidamente dominadas pela Igreja e assim permaneceram por longo tempo. O Direito e a Medicina foram as primeiras a se emancipar. As *“learned professions”* ou profissões aprendidas diferenciaram-se das guildas urbanas dos séculos XII e XIII principalmente pelo conhecimento do latim. A ligação das universidades com a Igreja potencializou a aura de mistério envolvendo o conhecimento esotérico das profissões, enquanto o latim associava-as com o mundo das elites. Dessa forma, a associação das universidades com a Igreja trouxe um entendimento de educação liberal baseada mais na cultura clássica do que nas habilidades práticas, constituindo-se numa confirmação adicional de posição social, um meio de ascender ao domínio e jurisdição da elite (LARSON, 1977).

Segundo a autora, tal concepção de educação chegou a influenciar os Estados Unidos da América (EUA) devido, principalmente, à grande influência do clero na educação superior, que valorizava o estudo dos clássicos com vistas a perpetuar o cerne moral e intelectual da vida comunitária na colônia.

Nesse particular, vale ressaltar que a primeira proposição de currículo padronizado para as escolas de enfermagem dos Estados Unidos, em 1917, também propunha aulas de latim para as estudantes como forma de compreensão de termos técnicos, embora as próprias autoras do estudo questionassem se não teria mais

utilidade o aprendizado de um idioma mais moderno (NATIONAL LEAGUE FOR NURSING EDUCATION, 1917).

Em contraposição, os especialistas originários das guildas (escrivães, advogados comuns, boticários, cirurgiões-barbeiros, mestres de obras) tiveram origens e clientes mais humildes, surgindo muito mais tarde, em uma relação mestre-servo com seus patronos aristocratas. Os médicos comuns das guildas artesãs, por exemplo, surgiram juntamente com os mercados da Europa medieval como artesãos livres e comerciantes, orientados para o mercado de serviços. Na Inglaterra, estes especialistas pré-profissionais sobreviveram ao declínio das guildas e desempenharam função importante na constituição das profissões modernas (LARSON, 1977).

No mundo anglo-saxônico do começo do século XIX, as profissões eram praticamente três: Teologia, Advocacia e Medicina. A posição social hegemônica da pequena nobreza proprietária de terras reservava as carreiras no governo e no serviço militar àqueles com quem possuía laços familiares. A Revolução Francesa, contudo, redefiniu claramente as carreiras, associando-as ao conceito de *talento*, o qual se fortaleceu com a Revolução Industrial. A mobilidade por mérito ao invés de nascimento ou patronato deveu-se à ligação com as elites políticas da classe média e à reforma eleitoral na Inglaterra (LARSON, 1977).

O processo de profissionalização moderna coincide com o surgimento do capitalismo industrial, perpassando sua crise e consolidação. Paralelamente à nova ordem social que se instituía, as profissões tiveram que criar um mercado para seus serviços para, em seguida, pleitear a aquisição de *status* e respeitabilidade para seus membros (LARSON, 1977).

Referindo-se ao contexto anglo-saxão, a autora afirma que a constituição das profissões modernas e a emergência de um modelo de carreira profissional representou para a classe média uma

possibilidade singular de aquisição de *status* pelo trabalho. Como principal característica do capitalismo industrial, as profissões passaram a proporcionar aos seus praticantes renda, respeito e um modo de viver, de forma que este último aspecto tenha passado a motivar os indivíduos a perseguir os primeiros (LARSON, 1977).

Tratando da história da enfermagem nos EUA, D'Antonio (2010) afirma que a emergência da enfermeira profissional naquele país, no início do século XIX, possibilitou às mulheres um papel público de maior autoridade.

As *trained nurses* modernas nasceram num processo constitutivo múltiplo em que mulheres buscavam conhecimento e os médicos buscavam mulheres com conhecimento. Mas, segundo a autora, não era aquele tipo de conhecimento enfatizado por Florence Nigthingale, cuja ênfase estava no conhecimento sanitário a ser compartilhado por todas as mulheres, o qual apenas reproduzia o status social e de classe das mães brancas de classe média.

Em contraste, o conhecimento médico, advindo dos novos dogmas da ciência, ensinado por médicos poderosos e aprendido no espaço hospitalar, convidou as mulheres americanas a se investir de uma autoridade mais efetiva e capaz de substituir as características maternais (D'ANTONIO, 2010).

Numa sociedade que estava se reorganizando centralmente sobre o mercado, a emergência das profissões foi resultado das novas oportunidades de rendimento que se ofereciam aos profissionais. Foi preciso um esforço coletivo para capturar e controlar os mercados em expansão e garantir a preferência e a confiança dos consumidores (LARSON, 1977).

Assim, o processo moderno de constituição das profissões representa uma faceta da reorganização em torno do *nexo monetário*, uma vez que este se tornou o princípio predominante de coesão social, impulsionado pelo modo de produção capitalista. Este último, após adquirir privilégios como proteção do Estado e o monopólio,

rejeitou todas as formas de regulação para o desenvolvimento de mercados competitivos (LARSON, 1977).

Dessa forma, foi característico da profissionalização da enfermagem norte-americana a aquisição de conhecimento médico em troca de autoridade profissional.

“...esta marca refletia a crença um tanto quanto ambiciosa de que o convite para compartilhar o mundo da ciência, aprendizagem e propriedade médica na qualidade de funcionária, garantiria à classe trabalhadora feminina maior status do que aquele conferido pela reputação e prática de cuidar dentro da comunidade de amigos e familiares (D’ANTONIO, 2010, p. 12; tradução livre).

O conhecimento é um elemento fundamental na análise das profissões. Na abordagem funcionalista da Sociologia das Profissões, o conhecimento tem centralidade no desenvolvimento de uma profissão. No interacionismo simbólico e no movimento crítico, é tido como necessário e indispensável, porém não suficiente, pois consideram a influência das condições sociais na aquisição de competências (RODRIGUES, 1997).

Abbott (1988) citado por Rodrigues (1997) defendia que o conhecimento permite diagnosticar problemas e definir as tarefas dos profissionais, sendo, dessa forma, essencial para a autonomia profissional e obtenção de poder e privilégio na sociedade e nas organizações.

Para Goldstein (1984) citado por Rodrigues (1997), a Sociologia das Profissões vinha enfatizando a dimensão social da profissionalização em detrimento da dimensão cognitiva. O autor aponta para a compreensão de ambas as dimensões e menciona autores como Foucault, que correlaciona o poder e o saber e tratam da transformação do conhecimento em funções ou papéis sociais nas instituições. O poder deixa de ser concebido atrelado diretamente ao saber: “... centra-se a análise nas mediações entre os saberes e os poderes, na transformação do valor intrínseco do conhecimento em valor de uso reconhecido socialmente (RODRIGUES, 1997; p. 114)”.

Larson (1988) afirma que o conhecimento por si é incapaz de definir a superioridade de um grupo; será necessário desenvolver um processo de constituição e apropriação de um discurso científico, cujo “sucesso... dependerá do contexto político, da eficácia dos profissionais e dos recursos intelectuais, ideológicos e sociais dos seus membros” (RODRIGUES, 1997; p. 114).

Destaca o papel da profissão em garantir a aquisição e a aceitação de competências numa determinada função. A aceitação seria, assim, fundamental no processo de profissionalização, ao requerer a apropriação de um conjunto de saberes homogêneos e normatizados, os quais acabam por constituir um campo de discurso comum aos profissionais. A autora menciona ainda a tendência existente na sociedade de os “diplomados” ocuparem a centralidade do campo discursivo,

“... donde provém o discurso mais verdadeiro..., destinado a defender os códigos de prática dominantes, quer dizer os códigos preferidos pelos agentes sociais que têm o poder ou a influência necessária para os fazer aceitar (LARSON, 1977; p. 115)”.

No tocante às profissões, o centro corresponderia ao núcleo de formação e investigação, que difunde o conhecimento à periferia e confere visibilidade social à profissão, qual seja, a universidade. Goldstein (1984) aproxima o conceito foucaultiano de *disciplina* – controle sobre o cumprimento de regras, direção moral e conhecimentos – das profissões, pois para Foucault estas últimas desenvolveram-se em “estreita colaboração com o Estado, utilizando as redes burocráticas e ‘policiais’ que se têm expandido desde os primórdios do Estado moderno para, sistematicamente controlar, observar e conter a população” (RODRIGUES; 1997; p. 116).

Para Foucault (1975), as profissões/disciplinas originaram-se no contexto histórico do aumento demográfico no século XVIII e da industrialização, que demandou maior necessidade de supervisão dos grupos profissionais, onde o olhar, a observação, assume papel

central. O conhecimento científico, dessa forma, consistiria num elemento de manutenção da ordem social, tendo as profissões como administradoras da disciplina.

“... estudos sobre a história das instituições de ensino superior, a origem social dos seus alunos, as saídas profissionais e carreiras dos profissionais formados, bem como a evolução dos currículos... [ora] confirmam as teses da reprodução do sistema social... [ora mostram] a participação das instituições de ensino na quebra dos círculos viciosos e nos processos de mobilidade e mudança social” (RODRIGUES, 1997; p. 119).

Weiss (1982) afirmava que as relações entre saber/poder, qualificação/atividade, bem como a hierarquia advinda da credenciação e das estruturas sociais, devem ser compreendidas como resultado de conflitos/negociações entre grupos com interesses específicos em determinado contexto social e não como simples resultado da modernização tecnológica. Schinn (1981) considerava que conhecimentos técnicos, operacionais, possuem reconhecimento social mediano, enquanto o conhecimento teórico em ciências fundamentais, que possibilita o desenvolvimento de projetos socioeconômicos, facilita o acesso a cargos de gestão nas indústrias (RODRIGUES, 1997).

O deslocamento do foco analítico das “profissões da estrutura para o processo [de desenvolvimento das profissões] confirma a existência de uma dimensão socialmente construída no conhecimento”, contribuindo para a compreensão das dicotomias social *versus* cognitivo, estrutura *versus* processo (RODRIGUES, 1997).

“E se o conhecimento é o elemento essencial na construção do poder profissional, em muitas abordagens a articulação com projetos políticos que utilizam esse mesmo conhecimento para a definição de problemas e para a sua solução é um elemento imprescindível para a sua ampliação e manutenção. (...) a relação política com o Estado, o papel das profissões no processo político, a sua dinâmica e estrutura política, a análise das suas redes de influência e ação coletiva são centrais para a

compreensão das profissões nas sociedades contemporâneas.” (RODRIGUES, 1997; p. 123)

Na perspectiva funcionalista, concebia-se o Estado agindo de forma passiva, atendendo às pressões profissionais no sentido de regularizar os direitos e competências dos grupos profissionais.

Em realidade, dado o contexto sociocultural norte-americano do liberalismo econômico contemporâneo no surgimento e no desenvolvimento do campo teórico da Sociologia das Profissões, pouca evidência foi dada às relações entre o Estado e as profissões. Foi na década de 70 do século passado que se incorporou a compreensão do contexto social na análise das profissões, que o papel do Estado começou a ser analisado. Na Europa, onde a Sociologia constituiu-se como campo de estudo mais tardiamente, alguns autores começam a enfocar os movimentos políticos que permeiam a definição dos monopólios profissionais (GONÇALVES, 2008).

Johnson (1972) evidenciou o papel ativo do Estado na garantia de clientela, oferta de empregos aos profissionais, implementação de políticas com implicações para as profissões, os quais permitem, por um lado, controle do Estado sobre as profissões, e por outro, concedem privilégio aos grupos Fielding e Portwood (1980) destacaram a participação das profissões na formação do Estado moderno e formularam o conceito de profissões burocráticas: ocupações cujos objetivos e valores estão em conformidade com a ideologia do Estado, que, por sua vez, assegura-lhes licenças, clientela e remuneração (Rodrigues, 1997). Corroboraram a afirmação de que os privilégios profissionais são resultantes:

“... das estratégias desenvolvidas pelos grupos e alianças com o poder político, nomeadamente a participação ativa das elites profissionais nos interesses das elites políticas, econômicas e culturais, através de estruturas de organização profissional e da ideologia” (RODRIGUES, 1997; p. 125).

Argumentaram ainda que os privilégios profissionais estão na esteira da desigualdade social, dado que as elites profissionais compõem a elite da sociedade e que o movimento de burocratização e profissionalização beneficiou tanto o Estado quanto os grupos profissionais (RODRIGUES, 1997).

Johnson, por sua vez, considerava que “as profissões emergem como uma condição de formação do Estado, que é a principal condição de autonomia profissional” (Johnson, 1982; apud Rodrigues, 1997; p, 126). Para o autor, a ascensão do capitalismo na Inglaterra esteve ligada aos movimentos inter-relacionados de constituição do Estado e de profissionalização.

Entretanto, Araújo (1985) num estudo sobre a profissionalização de professores da escola primária portuguesa, demonstrou que as profissões podem constituir formas de resistência ao poder do Estado e defesa da autonomia e do controle sobre o trabalho (RODRIGUES, 1997).

Dussault (1998) considera que se cabe ao Estado conceder privilégios e distribuir poder na sociedade com base na ideologia dominante, também constitui sua atribuição regular conflitos com o fim de manter a ordem social. (RODRIGUES, 1997). Para Rodrigues (1997), de fato, as profissões:

“constituem um tipo de corporativismo porque, ao mesmo tempo que participam do Estado (pelos lugares que ocupam os seus membros no aparelho e agências estatais, bem como pela autonomia que detêm na implementação de políticas), são uma instituição fora dele, instituição esta que estabelece uma mediação entre o Estado e os indivíduos, desenvolvendo mecanismos organizativos mais ou menos formais que lhes permitem influenciar as políticas públicas (RODRIGUES, 1997; 125-126)”.

O conceito de profissão guarda relação com o contexto histórico-social em que é desenvolvido, sendo que o mais tradicional está relacionado com a gênese e o desenvolvimento das profissões na Inglaterra e EUA no século XX (FREIDSON, 1998).

Gonçalves (2008) identifica o desenvolvimento de dois padrões distintos na história das profissões. No padrão europeu continental, as profissões compõem a organização burocrática do Estado e sua autonomia está sujeita às características políticas e ideológicas dele. No anglo-americano, o Estado é pouco intervencionista e as profissões possuem forte autonomia, sendo reguladas pelo mercado, pelas associações profissionais e organismos públicos, tendo apoio das universidades.

Há cerca de 40 anos, Chapoulie (1973) já evidenciava a dificuldade terminológica do conceito de profissão, afirmando que algumas pesquisas da época utilizavam o termo referindo-se à população economicamente ativa; na Europa, equivalia a ofício e podia designar qualquer ocupação; já na tradição inglesa, o termo *professional* aplicava-se apenas a trabalhadores diplomados no ensino superior (RODRIGUES, 1997).

Um obstáculo seria a “natureza polissêmica” do termo profissão e a dificuldade em diferenciar profissão e ocupação no mercado de trabalho (Gonçalves, 2008). Em francês, o termo “profissão” tem duas correspondências na língua inglesa: *occupations*, que se refere aos empregos reconhecidos pelo Estado; e *professions*, para as profissões liberais e científicas (*learned professions*) (DUBAR, 2005).

Hall (1975) diferenciava *professions* (profissões) e *crafts* (ocupação ou ofício de um artesão), afirmando que na primeira há domínio e utilização de conhecimento teórico e atividade intelectual, enquanto a segunda utiliza-se conhecimento técnico e atividades manuais. Tal afirmativa, entretanto, foi questionada por Klegon (1978), pois faria que cirurgiões, advogados e engenheiros fossem considerados *craftsmen* (*alguém com habilidade ou perícia manual*) (RODRIGUES, 1997).

O Dicionário Aurélio (1999) define profissão como o ato ou efeito de professor, sinônimo de atividade ou ocupação especializada, que demanda preparo; ofício, carreira, meio de subsistência remunerado

resultante de um trabalho. Aponta que a profissão encerra certo prestígio pelo caráter social ou intelectual, cujo exercício depende predominantemente de conhecimentos técnicos, científicos e intelectuais.

Moreira e Oguisso (2005), que consultaram os vocábulos *profissão*, *ocupação* e *ofício* em diversos dicionários, salientam que os termos são praticamente equivalentes hierarquicamente. Destacam também que a Constituição Federal de 1988 afirma, no art. 5º, inciso XVIII, que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações que a lei estabelecer”, embora a Lei nº. 6.229/75, que dispunha sobre o Sistema Nacional de Saúde, distinguisse profissão e ocupação na área da saúde ao fazer referência a “profissionais de nível universitário” e a “pessoal de nível técnico e auxiliar”.

Alguns autores consideram que a profissão define-se pelos anos de formação requeridos. Todavia, como argumentava Freidson (1998), a duração da formação de uma profissão poderia decorrer de ações deliberadas por aqueles que quisessem comprovar que sua ocupação é uma profissão. Assim, formações longas poderiam estar assentadas não em necessidades técnicas, mas na garantia de modificação das identidades sociais dos candidatos à profissão, transmissão ideológica e de conhecimentos e competências específicas a uma determinada profissão (RODRIGUES, 1997).

Dubar e Tripier (1998) apontam quatro perspectivas interdependentes ao conceituarem profissão: 1) como declaração (identidade profissional); 2) como *métier* (especialização profissional); 3) como emprego (classificação profissional) e 4) como função (posição profissional). Os autores:

“defendem a análise sociológica das profissões a partir de três perspectivas: como formas históricas de organização social das actividades de trabalho; como formas históricas de identificação e de expressão de valores éticos; como formas históricas de estruturação dos mercados de trabalho” (GONÇALVES, 2008; p. 189).

Admite-se atualmente uma variedade de conceitos profissão que, no entanto, possuem algumas similaridades: conhecimentos específicos adquiridos por educação formal, autonomia profissional, identidade própria e criação de associações profissionais. Mais que a diferenciação entre profissão e ocupação, importa:

“dar relevo aos processos de (re)configuração das ocupações em geral (incluindo nestas as profissões) - em termos de organização, de estruturação interna, de relações de poder com o Estado, os clientes e outros agentes sociais - e às articulações das ocupações com as transformações sociais mais amplas (GONÇALVES, 2008; p. 190).

2.3 A QUESTÃO DAS IDENTIDADES

A questão das identidades tornou-se mais central na área da Sociologia especialmente a partir do final da década de 1970, impulsionada pelo processo de globalização e em meio à crise econômica e as consequentes mudanças nos empregos e no mercado de trabalho, bem como pelos fenômenos migratórios, dentre outros. Entretanto, o conceito de identidades não é consensual entre os estudiosos do tema; ainda é considerado pouco desenvolvido e, portanto, as teorias a seu respeito permanecem inconclusivas (DUBAR, 2009; HALL, 2005; VIEIRA, 2009).

Segundo Castells (2003), a identidade consiste num processo em que as pessoas constroem significados na relação consigo mesmos, com os outros e com as coisas, de forma que tais significados embasam a sua prática. O autor destaca a importância da *cultura* que embasa um determinado povo ou grupo social.

Para Dubar (2009), o conceito de identidades está ligado a dois pensamentos filosóficos distintos: o *essencialista* e o *nominalista*. Já para Hall (2005), há três concepções de identidade: do *sujeito do Iluminismo*, do *sujeito sociológico* e do *sujeito pós-moderno*. Vejamos como as proposições desses dois autores se interconectam.

O essencialismo, advindo da Sociologia Clássica, supõe a existência de realidades essenciais, imutáveis e originais, ou “realidades em si”, assentando-se no fato de sua permanência ao longo do tempo (mesmidade) (Dubar, 2005). Corresponde à concepção do sujeito do Iluminismo, em que o indivíduo era plenamente centrado, unificado, apto ao raciocínio e à ação. Nessa concepção individualista, o “núcleo interior” da identidade surgiria no nascimento e permaneceria idêntico ao longo da existência de uma pessoa, ou seja, a identidade seria essencialmente a mesma por toda a vida (HALL, 2005).

Nessa perspectiva, as identidades são concebidas como heranças que o indivíduo adquire e que determinam seu comportamento a sua revelia. A identidade social é sinônimo de *categoria de pertencimento*, pois caracteriza dimensões da vida dos indivíduos (renda, escolaridade, etnia, origem social), com vistas a “explicar esses ‘fatos sociais’, isto é, ligar essas maneiras de fazer, (sentir, pensar) a esses pertencimentos considerados determinantes” (DUBAR, 2009; p. 18).

O conceito de *sujeito sociológico* surgiu da constatação da complexidade advinda da modernidade e da consequente rejeição à ideia de autossuficiência do que Hall denomina “núcleo interior individual”. Antes, o indivíduo estaria sujeito às modificações decorrentes das interações com outras pessoas consideradas importantes, o que levaria à possibilidade de assunção de valores e da cultura pelo indivíduo (HALL, 2005).

O sujeito moderno (sociológico) nasceu no período compreendido entre o Renascimento (século XVI) e o Iluminismo (século XVIII), trazendo uma nova concepção de individualidade, não mais instituída divinamente, inflexível a mudanças, e enraizada em tradições e estruturas sociais. Diversos movimentos sociais e culturais no Ocidente concorreram para o surgimento dessa concepção, podendo se destacar: a *Reforma Protestante*, que separou a consciência individual da Igreja; o *Humanismo*, que estabeleceu o

Homem como o centro do universo; as *Revoluções Científicas*, que evidenciaram a capacidade humana de pesquisar e interpretar os fenômenos naturais; e o *Iluminismo*, que descortinou o Homem racional e científico (HALL, 2005).

Conforme as sociedades foram se tornando mais complexas, também foram adquirindo um formato mais coletivo. A democracia, os direitos individuais, a propriedade, os contratos, dentre outros, foram conformando a sociedade pós-industrialização e o estabelecimento do capitalismo no século XVIII. O sujeito passou a ser compreendido dentro dessas estruturas sociais que seriam basilares para a sociedade moderna, em que as interações relacionais permitem o processo de socialização (HALL, 2005).

Os interacionistas simbólicos teriam sido elementos-chave na difusão da concepção interativa dos sujeitos e da identidade, de forma que o interacionismo simbólico tornou-se “a teoria sociológica clássica” sobre a questão. Nela, o sujeito mantém um núcleo interior que corresponde ao “eu real”, mas que é constantemente transformado dialogicamente mediante a interação com o mundo exterior e as identidades culturais com que se depara. O indivíduo amalgama o subjetivo ao objetivo e, dessa forma, ambos – eu e mundo – tornam-se mais integrados e estabilizados (HALL, 2005).

Por longo tempo, o conceito de socialização restringiu-se aos mecanismos de socialização da criança, isto é, ao desenvolvimento social dos seres humanos do nascimento até à fase adulta. Segundo Dubar (2005), de fato, o indivíduo herda uma identidade sexual, étnica e de classe social ainda na infância, geralmente a partir da relação com a mãe ou sua substituta. Entretanto, é **na e pelas** relações com os outros – como professores e colegas – que a criança vivencia sua primeira identidade social que não é escolhida, mas conferida pelos outros e pelas instituições.

Parsons, em sua obra “*Family, socialization and interaction process*”, de 1955, seguindo uma perspectiva funcionalista, postulava

que, para sobreviver, as sociedades reproduzem nas crianças sua cultura e estrutura social por meio da interiorização sucessiva na família, na escola e no mundo do trabalho. (DUBAR, 2005).

Com Piaget, a socialização deixou de ser vista como um processo de inculcação de maneiras de sentir e pensar pelas instituições em que o indivíduo passa. Os antropólogos também passaram a rejeitar a concepção de socialização como aprendizagem regida por mecanismos universais, dada a grande variabilidade de práticas educativas a que estão submetidas as crianças (DUBAR, 2005).

Nos anos de 1960 a 70 o funcionalismo entrou em crise, sendo criticado principalmente por não abarcar os movimentos sociais, políticos e culturais, como o feminismo, a luta pela igualdade de direitos e a luta de classes. Novos enfoques surgiram, apontando que as instituições de socialização constituem estruturas que reforçam a desigualdade social por meio da dominação cultural, econômica, de classe, dentre outras. Ganharam terreno as teorias críticas, principalmente estruturalistas e marxistas, que destacam o desenvolvimento da socialização tanto pelo meio institucional quanto individual: no primeiro, o sistema educacional apresenta-se como meio de dominação cultural e simbólico, reforçando as desigualdades sociais da classe burguesa; no segundo, ocorre a incorporação dos *habitus* de classe, ou seja, processos de ajustamento das condutas sociais adequadas, reforçando as posições de classe de modo subjetivo. (DUBAR, 2005)

A partir dos anos 1980 entraram em cena novas concepções de socialização, a que Dubar denomina “construção social da realidade”. Na obra de Berger e Luckman (1966) encontram-se os fundamentos distintivos entre a socialização do tipo primária e secundária. A socialização passou a ser compreendida como a “construção de um mundo vivido”, que pode ser construído, desconstruído e reconstruído ao longo da trajetória de vida, da mesma forma que as identidades. O indivíduo deve se tornar sujeito ativo desse processo diante das

atividades que desenvolve ao longo da vida (DUBAR, 2005). Na sociedade pós-moderna, a estabilidade proposta pelo sujeito sociológico passou a sofrer mudanças:

“... as identidades, que compunham as paisagens sociais ‘lá fora’ e que asseguravam nossa conformidade subjetiva com as ‘necessidades’ objetivas da cultura, estão entrando em colapso, como resultado das transformações estruturais e institucionais. O próprio processo de identificação, através do qual nos projetamos em nossas identidades culturais, tornou-se mais provisório, variável e problemático” (HALL, 2005, p. 12).

O sujeito pós-moderno não tem uma identidade permanente; esta se constrói histórica e continuamente, a partir da forma como é interpelado pelos sistemas culturais. O sujeito reúne identidades múltiplas e muitas vezes contraditórias – as *identidades possíveis* – com as quais temporariamente se identifica (HALL, 2005).

Esse novo pensamento filosófico, denominado *nominalista* por Dubar (2009), rejeita o conceito de uma essência imutável, compreendendo que tudo é variável, inclusive a identidade, sujeitando-se à época histórica e ao ponto de vista adotado. Nessa perspectiva, as identidades não dependem da permanência idêntica de algo/alguém, mas são o resultado de uma identificação eventual que incorpora a correlação entre a dimensão pessoal e os fatos sociais contemporâneos (DUBAR, 2009).

Na concepção nominalista, as identidades resultam de duas operações: a *diferenciação*, que consiste na singularidade de algo/alguém, em que a identidade corresponde à diferença; e a *generalização*, ou o ponto congruente a determinados elementos, de forma que a identidade resulta do pertencimento comum. À coexistência dessas duas operações, o autor denomina “paradoxo das identidades”, em que o singular também é o compartilhado (DUBAR, 2009).

Baseado em Ernest Laclau (1990), Hall defende que as sociedades da modernidade tardia, ou seja, a partir da segunda

metade do século XX, são marcadas pela *diferença*: divisões e contradições que conformam identidades diversas, mas que interagem de alguma maneira, caso contrário as sociedades desintegrar-se-iam. Embora a noção de identidades do ser humano pós-moderno seja marcada por descontinuidade, fragmentação, ruptura e deslocamento e promova certo negativismo, também indica a possibilidade de novas articulações mediante a criação de novas identidades e novos sujeitos.

O paradigma nominalista ou existencialista refuta que haja pertencimentos essenciais e estáveis entre os indivíduos e defende a existência de maneiras mutáveis de identificação ao longo da trajetória de vida pessoal e coletiva, sujeitas ao contexto histórico e social. Assim sendo, os modos de identificação ocorrem de duas formas: identificações conferidas pelos outros (identidade para o outro) e identidades reivindicadas pelo próprio indivíduo (identidade para si) (DUBAR, 2009).

A concepção tradicional de identidade, que considerava o sujeito de maneira integrada, está sendo substituída por um entendimento de identidades múltiplas que, na verdade, fragmentam o sujeito moderno. A chamada “crise de identidade” é parte de um processo mais amplo de mudanças estruturais da sociedade e vem colocando por terra parâmetros estáveis de sustentabilidade social antes tidos como certos (HALL, 2005).

A principal distinção entre as sociedades tradicionais e as modernas é que estas últimas estão em processo de mudanças rápidas e constantes. Enquanto nas sociedades tradicionais os símbolos eram utilizados para perpetuar a experiência de gerações, nas modernas as práticas sociais são interpretadas reflexivamente e reformuladas de modo permanente. (HALL, 2005).

Hall (2005) afirma que: “...as identidades modernas estão sendo ‘descentradas’, isto é, deslocadas ou fragmentadas” (p. 08). Advoga que está havendo uma crise de identidades que está transformando

as sociedades desde o final do século XX e que se caracteriza por um “duplo deslocamento – descentração dos indivíduos tanto de seu lugar no mundo social e cultural, quanto de si mesmos” (p. 09). São mudanças sociais estruturais que vêm abalando antigas concepções essenciais de gênero, classe social, sexualidade, etnia, dentre outros, e que acabam por impactar as identidades pessoais, ou seja, o conceito que cada um tem de si.

A globalização, por sua vez, solapou todas as formas tradicionais de estabilidade social. Essas transformações ocorrem tanto em amplitude, uma vez que alcançam todo o planeta, como em intensidade, haja vista que atingem características pessoais da vida cotidiana e assim constituem um processo sem fim de rupturas e fragmentações das estruturas sociais, cujos centros são permanentemente deslocados e substituídos por múltiplos outros. (HALL, 2005).

Esse complexo fenômeno de mudanças vem ocorrendo desde o final do século XX por meio de mecanismos que possibilitam a interconexão de comunidades e organizações, em alcance planetário, que vêm alterando as noções de tempo e espaço e subtraindo fronteiras nacionais e locais.

O encurtamento de distâncias e do tempo real, com consequente alteração da vida social, é o elemento principal da globalização, que impacta as identidades culturais de três maneiras: homogeneização cultural, com rompimento das identidades nacionais; fortalecimento das identidades nacionais como forma de resistência à globalização; e, por fim, constituição de identidades híbridas. As identidades encontram-se “localizadas” no tempo e no espaço simbólicos. Esses “lugares” ou “paisagens imaginárias” correspondem àquelas “práticas sociais específicas que nos moldaram e nos formaram e com as quais nossas identidades estão estreitamente ligadas” (HALL, 2005; p. 72). Com a globalização, a reconfiguração do tempo e do espaço no interior dos sistemas de representação impactam a localização e a representação das identidades. O lugar pode permanecer fixo; mas é

possível que o espaço seja percorrido em segundos, de avião, satélite ou fax.

A homogeneização cultural possibilitada na atualidade vem tornando as identidades mais “desvinculadas de tempos, histórias e tradições específicas”. Esse processo ocorre em razão do acesso a imagens e mensagens veiculadas pelas redes de comunicação como televisão, rádio, internet, normalmente de apelo consumista; pelas viagens internacionais, pelo fácil acesso a comidas típicas de outros países e regiões nas mais diversas localidades, dentre outros, e que levam a comunidade global a um “supermercado cultural” em que os indivíduos podem fazer escolhas para a constituição de suas identidades, sempre numa perspectiva efêmera (HALL, 2005).

Outra característica da globalização é a intensificação das interações – reais e virtuais – entre sujeitos e instituições, que passam a se relacionar num movimento de constante troca de informação, tecnologia, bens e serviços, com especial destaque à “*diáspora de ideias e imagens*”. Assim como HALL (2005), para essa autora, o mesmo processo de aglutinação planetária é responsável por outro fenômeno antagônico, qual seja, o disjuntivo (MACHADO, 2009).

O uso do termo “identidades” no plural, portanto, denota uma opção analítica contrária à noção de uma identidade essencial, acabada, autêntica. Considera que as identidades (SANTOS JUNIOR, 2013):

- manifestam-se na pluralidade, implicando diversos componentes das identidades pessoais: amorosa, profissional, política;
- pressupõem alteridade, ou seja, a diferenciação entre o “eu” e o “outro”, em que sobressaem as *diferenças*;
- envolvem a experiência, pois é a partir das situações vividas subjetivamente nos diferentes espaços de sociabilidade e, portanto, de interações, os indivíduos vão construindo diversas formas de representação identitária ao longo da vida;

- permitem o compartilhamento de interesses, sobressai o que é comum;
- são negociadas ao longo da vida, pelo seu caráter contingente diante das diversas possibilidades oferecidas pelas relações humanas.

Para Dubar (2005), a noção de identidades pode ser entendida a partir de uma abordagem sociológica apenas se a relação entre a *identidade para si* e a *identidade para o outro* for considerada no interior do processo de socialização, sem se limitar a uma explicação fenomenológica da relação eu-outro ou a uma abordagem psicanalítica que considera a relação interna entre ego-id-superego. Nessa perspectiva, o conceito de identidades corresponde a:

“o resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições” (DUBAR, 2005; p. 136).

Tal noção busca trazer o aspecto subjetivo, vivido e psíquico para o interior da análise sociológica, ou seja, compreender as identidades e suas diversas subdivisões como resultado “*de uma contradição interna ao próprio mundo social... e não essencialmente como resultado do funcionamento psíquico e de seus recalques inconscientes*” (DUBAR, 2005; p. 136).

Uma perspectiva mais subjetiva na análise do processo de identificação passou a ser adotada, dando preferência à utilização de entrevistas em lugar das estatísticas, usando interpretações mais subjetivas e menos deterministas. Para Dubar (2005), a identificação social repousa sobre uma dualidade social que compreende, por um lado, “*atos de atribuição*” e, por outro, “*atos de pertencimento*”. Os atos de atribuição buscam definir o tipo de pessoa que se é (identidade para o outro), incluindo desde a etnia, o estado civil, as designações profissionais etc. Já os atos de pertencimento expressam o tipo de pessoa que se quer ser (identidade para si).

Dessa forma, é **na** e **pela** relação com o outro que uma pessoa identifica-se e é levada a aceitar ou recusar as identificações que lhe são atribuídas.

Assim, dois processos heterogêneos estão envolvidos: um relativo à atribuição das identidades por instituições ou pessoas, que resulta das relações de força entre os envolvidos e da legitimidade, que pode levar à *rotulagem*, impondo-se na coletividade e produzindo identidades sociais virtuais. Outro refere-se à interiorização ativa ou assimilação da identidade pelos próprios indivíduos, com base nas trajetórias sociais nas quais os indivíduos constroem as **identidades para si** ou identidades sociais reais.

Quando há desacordo entre as identidades sociais virtuais e as reais, estratégias identitárias são desencadeadas objetivando reduzir a diferença entre elas. Tais estratégias podem ocorrer de duas formas: a) pela “transação objetiva”, em que há a tentativa de acomodar as identidades para si às identidades para o outro; b) pela “transação subjetiva”, desencadeada pela necessidade de salvaguardar parte das identidades herdadas e o desejo de construir novas identidades, buscando assimilar as identidades para o outro às identidades para si.

A relação entre essas duas transações conforma o cerne da compreensão sociológica de Dubar (2005) sobre a construção das identidades sociais. Para ele, tal construção realiza-se na articulação entre os sistemas de ação (instituição e agentes) e as trajetórias vividas.

As conformações identitárias compõem mecanismos até certo ponto estáveis, mas sempre em evolução, dos resultados dessas duas transações desigualmente conectadas. “Essa negociação identitária (...) implica fazer da qualidade das relações com o outro um critério e um elemento importante da dinâmica das identidades” (DUBAR, 2005; p. 141).

Dubar (2005) apresenta a seguinte tipologia a respeito das identidades:

- ✓ Forma Cultural (biográfica do tipo comunitário): predomínio do *nós* sobre o *eu*, das formas místicas de crenças sobre as formas reflexivas.
- ✓ Forma Estatutária (relacional para outrem): constrói-se sob pressão para a integração em um sistema instituído e hierarquizado. Implica um *eu* socializado pelo desempenho de papéis.
- ✓ Forma Reflexiva (relacional para si, ou *eu* reflexivo): existe um compromisso com um projeto que tem um significado subjetivo e que se desenvolve com outros que constituem um *nós* mais próximo e significativo de quem se espera que reconheça o *eu*.
- ✓ Forma Narrativa (biográfica para si): implica o questionamento das identidades atribuídas e o desenvolvimento de um projeto de vida com longevidade. É a história que cada um conta sobre aquilo que entende que é; trata-se de um *eu* projetado nos sucessivos pertencimentos. É instável, acompanhado por crises e que revela uma busca de autenticidade da procura de um *eu* significativo (Dubar, 2005).

2.4 A IDENTIDADE PROFISSIONAL

Mesmo admitindo a relevância das diversas identidades pessoais –racial, religiosa, sexual, dentre outras – Dubar (2005) enfatiza a precedência do **trabalho** na vida pessoal e da **identidade profissional** na vida social, dado “o contexto econômico e social de crise” que as pesquisas vêm frequentemente apontando. Segundo o autor:

“...a privação de trabalho é um sofrimento íntimo, um golpe na autoestima tanto quanto uma perda de relação com os outros: uma ferida identitária geradora de desorganização social (DUBAR, 2005; p. XXII)”.

Por outro lado, ser reconhecido no trabalho, nele se empenhar, ainda que estabelecendo relações conflituosas com outras pessoas, contribui para a construção da identidade pessoal e da criatividade. Embora a questão da precedência de uma ou outra identidade pessoal sobre a socialização secundária seja controversa, a articulação entre elas é fundamental para a construção da subjetividade (DUBAR, 2005).

A influência da escola e da profissão na construção das categorias sociais legitima-se pelo fato das esferas *trabalho*, *emprego* e *formação* serem consideradas aspectos importantes da identificação social das pessoas, especialmente a partir da crise que se instaurou no final da década de 1960.

A formação ganhou destaque no que se refere ao acesso ao mercado de trabalho, às trajetórias profissionais percorridas e até mesmo à saída do emprego. A formação está intimamente ligada ao trabalho e esse se torna cada vez mais fundamental na construção do processo identitário. Assim, a escola tem papel fundamental na primeira construção da identidade social, geralmente desconectada do mundo profissional. Por outro lado, quando da conclusão da formação escolar e da entrada no mundo do trabalho, ocorre um momento essencial para a construção de uma identidade autônoma. É do confronto com o mundo do trabalho que dependem a identificação pelos outros das competências, do status e da carreira possível para um indivíduo, assim como a construção de seu projeto, aspirações e identidade possível (DUBAR, 2005).

Em decorrência, surge a necessidade de criar estratégias pessoais de “apresentação de si”, o que ultrapassa os limites da escolha de uma profissão ou da aquisição de um diploma, avançando na direção de construir uma estratégia que projete a identidade para

si, de auto-avaliação das capacidades e realização de desejos. Dessa forma, a primeira identidade profissional para si está constantemente vulnerável a adaptações e conversões (DUBAR, 2005).

“De que modelos de identificação social os indivíduos que ingressam no mercado de trabalho dispõem atualmente para se definir nos campos do trabalho, do emprego e da formação? As categorias sociais oficiais constituem referências ainda pertinentes? Quais são essas pessoas coletivas de onde as pessoas individuais extraem o nome comum que as designa? Quais são as identidades de aspiração que permitem projeções de futuro eficazes para a ação?” (DUBAR, 2005; p. 150).

A identidade no trabalho é fundada sobre representações coletivas distintas, evidenciada pela maneira pela qual um determinado grupo no trabalho identifica-se com os pares, os chefes e com os demais grupos, de forma a constituir os sujeitos nesse sistema social. Envolve o *poder* nas relações de trabalho, pois é nelas “*que se experimenta o enfretamento dos desejos de reconhecimento em um contexto de acesso desigual, movediço e complexo ao poder.*” (SAINSAULIEU, 1987 *apud* DUBAR, 2005, p. 151)

Sendo assim, as identidades profissionais não se formam de maneira homogênea sobre determinado grupo profissional. Concorrem para esse processo diversas relações, para além da socialização profissão inicial e aquisição de valores (BONELLI; OLIVEIRA; MARTINS, 2006).

“A trajetória profissional, os valores compartilhados pelo grupo, os papéis exercidos, o perfil biográfico, a percepção da população sobre carreiras, a imagem interna e externa do grupo, sua presença na mídia, enfim, a dinâmica das relações sociais do grupo profissional tanto interna como externamente vai contribuindo para estimular e fortalecer sua identidade...” (BONELLI; OLIVEIRA; MARTINS, 2006, p. 101).

Tal perspectiva reforça que a identidade é mais um processo de *investimento de si* que de *construção de si*, pois, como **sujeito de si**

é necessário instaurar relações duradouras que permitam o reconhecimento recíproco.

Embora concorde que a construção da identidade social tem o local de trabalho como espaço privilegiado, uma vez que está subordinada às relações de poder e à posição ocupada pelo indivíduo e seu grupo, Dubar (2005) considera que é necessário que haja a legitimação das competências e imagens de si associadas às identidades reivindicadas. Tal legitimidade estaria diretamente ligada à transação objetiva.

Existe um *ethos* ou uma identidade coletiva que é compartilhada pelo grupo profissional, uma vez que no processo de socialização profissional a pessoa vai incorporando características específicas às quais é exposta frequentemente. Entretanto, essa identidade coletiva não exclui a identidade individual, já que a trajetória de vida interage constantemente com o processo de construção da identidade (BONELLI, 2006).

Ao longo da trajetória de vida, o indivíduo vai construindo suas identidades sociais e profissionais de acordo com as categorias que lhe são apresentadas pelas instituições (família, escola, empresa etc.) que constituem a transação subjetiva. Esse processo relacional legitima (ou não) o reconhecimento das identidades associadas a saberes, competências e imagens de si que os indivíduos propõem (transação objetiva). Cada geração constrói as identidades a partir dos arranjos herdados da geração antecedente, mas também por mecanismos identitários desenvolvidos nas instituições em que os indivíduos atuam. A construção identitária tem importância particular no âmbito do trabalho, do emprego e da formação “que conquistou uma grande legitimidade para o reconhecimento da identidade social e para a atribuição dos status sociais” (DUBAR, 2005; p. 156).

É nesse sentido que esta pesquisa elege como objeto de estudo o processo de construção das identidades das enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. Buscará,

a partir das histórias e experiências de formação e trabalho, analisar como foram se conformando as identidades dessas enfermeiras, bem como verificar de que maneira são percebidas pelas próprias enfermeiras, pelos demais profissionais da equipe de saúde e pela coletividade.

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

GERAL

- Compreender o processo de construção da identidade profissional das enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família.

ESPECÍFICOS

- Identificar se a história de vida das enfermeiras afetou a decisão pela Enfermagem como escolha profissional;
- Identificar a contribuição da graduação e pós-graduação para a formação da identidade profissional das enfermeiras;
- Identificar a contribuição da inserção no mundo do trabalho na construção da identidade profissional das enfermeiras;
- Verificar como as enfermeiras da ESF se identificam e como pensam que são identificadas pelos outros (demais profissionais, comunidade atendida e sociedade em geral);
- Verificar os impactos do trabalho das enfermeiras na ESF na construção de suas identidades.

4 Método

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizado um estudo descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, por meio de observação de campo e entrevistas semiestruturadas com enfermeiras e profissionais que atuam no NASF.

A utilização da abordagem qualitativa permite a incorporação do *significado* e da *intencionalidade* como sendo inerentes aos atos, estruturas e relações sociais, uma vez que aparecem de forma mais clara e natural nos discursos. Parte-se do pressuposto que para compreender a realidade social em sua dinamicidade é necessário examinar as relações complexas que se estabelecem entre os indivíduos, os grupos sociais e a sociedade, assim como entre a ação, o sujeito e o objeto. O objeto do estudo é histórico e existe em determinado tempo e espaço, sendo, portanto, passível de transformação (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000; MINAYO, 2011).

O estudo dos movimentos coletivos e o resgate do mundo dos sujeitos sociais possibilitam compreender os processos de socialização que levam à “coordenação das ações e a negociação dos ‘mundos’, que sempre são mistos de interesses e de valores” (Dubar, 2005, p. XVIII). Ao rejeitar a redução dos sujeitos sociais a categorias (renda, escolaridade, etnia, origem social), a tarefa do pesquisador envolve conhecer como tais sujeitos identificam a si próprios e aos outros. Neste sentido, a primeira ação do pesquisador deve ser investigar buscando compreender o fenômeno na perspectiva dos envolvidos.

As identidades estão sempre relacionadas com a época histórica e o contexto social, ou seja, são construídas por atos individuais e coletivos e estão imersas em contextos simbólicos. Assim, quando

passíveis de serem coletadas, as narrativas ou os relatos de vida constituem fontes muito ricas para o pesquisador (DUBAR, 2005).

Já o estudo de caso consiste em numa investigação empírica que busca compreender um fenômeno do tempo presente em seu contexto real, especialmente quando se depara com questões do tipo “como” e por quê”, tendo o pesquisador pouco controle sobre o acontecimento (YIN, 2005).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em UBS da ESF na subprefeitura do Butantã, localizada na Coordenadoria de Saúde da Região Centro-oeste do município de São Paulo. Essas UBS são administradas por meio da parceira da Prefeitura com a Organização Social Fundação Faculdade de Medicina.

O município de São Paulo possui uma área de cerca de 1.461 km² e uma população estimada de 11.253.503 habitantes em 2010. Pela Secretaria Municipal de Saúde, o município está dividido em cinco grandes Coordenadorias de Saúde: Norte, Sul, Leste, Sudeste e Centro Oeste, sendo que cada Coordenadoria possui seus Distritos de Saúde. Está dividido em 31 subprefeituras (Figura 1) e a Secretaria Municipal de Saúde é composta por cinco Coordenadorias Regionais (Figura 2) e 25 Supervisões Técnicas.

Figura 1 – Mapa das subprefeituras do município de São Paulo. São Paulo, 2010

Fonte: Prefeitura de São Paulo. Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/mapa/index.php?p=14894>

Figura 2 – Mapa das Supervisões Técnicas de Saúde da Coordenadoria Regional Centro-oeste. São Paulo, 2011

Fonte: Prefeitura de São Paulo. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/supervisoes_de_saude/index.php?p=5406/#CO

A subprefeitura do Butantã corresponde a uma área de 56,10 km² da cidade de São Paulo, com uma população estimada de 428.217 habitantes em 2010. É composta pelos distritos do Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia. Em 2013, esta subprefeitura contava com 35 estabelecimentos de saúde, sendo 13 UBS.

Figura 3 – Estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal, Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, Município de São Paulo, Agosto de 2014

SMS - CEInfo/Divulgação

- Hospital - Municipal
- Pronto Socorro e Pronto Atendimento (PSM e PA) - Municipal
- Ambulatório de Especialidades (AE) - Municipal
- Unidade Básica de Saúde (UBS) - Municipal
- Unidades de DST/AIDS - Municipal
 - Centro de Testagem e Aconselhamento DST/AIDS - CTA
 - Serviço de Assistência Especializada DST/AIDS - SAE
 - Centro de Referência DST/AIDS - CR
- Saúde Mental - Municipal
 - Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Adulto
 - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad
 - Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPS Infantil
 - Centro de Atenção Psicossocial Juventude - CAPS Juventude
 - Centro de Referência para Infância e Adolescência - CRIA
 - Centro de Convivência e Cooperativa - CECCO
 - Ambulatório de Especialidades em Saúde Mental - AE SM
- Centro de Referência Saúde do Trabalhador (CRST) - Municipal
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) - Municipal
- Clínica Odontológica Especializada (COE) - Municipal
- Laboratório - Municipal
- Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) - Municipal
- Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA) - Municipal
- Outras Unidades - Municipal
 - Unidade de Medicinas Tradicionais
 - Serviço de Diagnóstico por Imagem
- Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI) - Municipal
- Assistência Médica Ambulatorial (AMA) - Municipal
- Assistência Médica Ambulatorial Especialidades - Municipal

Durante a fase de elaboração do projeto, a coordenação da STS Butantã foi contatada por telefone para que o projeto de pesquisa fosse apresentado e solicitada a aprovação para a realização da coleta de dados nas UBS da região. O **quadro 1** apresenta o número de enfermeiras atuando nas UBS da STS Butantã que seguem o modelo da ESF, o número de enfermeiras que participaram da pesquisa e os motivos de exclusão de 05 delas neste estudo.

Quadro 1 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, segundo número de enfermeiras atuantes, enfermeiras entrevistadas e motivos de não participação em abril de 2014

NOME DA UBS	NUMERO DE EQUIPES	ENFERMEIRAS ENTREVISTADAS	EXCLUSAO E MOTIVOS
Boa Vista	06	06	—
Jardim D'abril	04	03	01 (licença médica)
Jardim São Jorge	06	06	—
José Marcílio Malta Cardoso	03	03	—
Paulo VI	06	03	03 (tempo de atuação < 3 anos)
Real Parque	02	01	01 (vaga em aberto)
Vila Dalva	05	05	—
TOTAL	32	27	05

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada Programa Saúde da Família (PSF) foi implantada em 1994 na região nordeste do País, nos municípios de Sobral e Quixadá, no Ceará, como uma possibilidade de consolidar a instituição do SUS no país. Deu-se como uma expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado exitoso na região por ter atingido

redução da taxa de mortalidade infantil e dos casos de doenças infectocontagiosas, bem como aumento do aleitamento materno exclusivo e da cobertura vacinal em crianças e gestantes (GUEDES, SANTOS, DI LORENZO; 2011).

No início da década de 1990, o cenário do setor saúde era a recente implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) por força da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas de Saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90). Tais mudanças eram fruto de um movimento político que envolveu trabalhadores da saúde, o movimento civil organizado e instâncias do poder constituído, que pleiteavam a reorganização das práticas em saúde em novas bases, superando a tradicional fragmentação e desarticulação da assistência.

Inicialmente voltada para aumentar a cobertura assistencial em áreas de maior vulnerabilidade social, e muitas vezes considerada um *programa pobre para pobres*, a ESF foi aos poucos se espalhando por dezenas de cidades do Nordeste, Minas Gerais, e na periferia de capitais como Porto Alegre, Recife e São Luís conforme seus resultados se traduziam na melhoria dos indicadores municipais (CAPISTRANO FILHO, 1999; ESCOREL ET AL, 2007).

Com a ampliação de equipes pelo país, a ESF adquiriu centralidade nas políticas públicas de saúde e tornou-se o modelo de reorganização das Unidades Básicas de Saúde, em consonância com as Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, primeiramente estabelecida na Portaria nº 648-MS/GM de 28/03/2006 e, posteriormente, na Portaria nº 2.488-MS/GM de 21/10/2011. Dessa maneira, a ESF hoje está estabelecida como a principal estratégia para efetivação da Atenção Básica no País.

Em 2012, a ESF já estava presente em 95% dos municípios brasileiros embora abarcando 55% da população. Ainda assim, vale ressaltar que os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) referentes ao mesmo ano, apontam para uma grande heterogeneidade no que se refere ao

acesso e à oferta de cuidados nas UBS entre os municípios visitados, como um reflexo das condições de desigualdade social do país (FAUSTO ET AL, 2014).

A ESF propõe a reestruturação do processo de trabalho em saúde, fundamentada na assistência integral e contínua às necessidades de saúde da população, com atendimento humanizado, resolutivo e de qualidade. Organiza-se mediante a delimitação de um território ou área geográfica, assistida por uma equipe multiprofissional mínima composta por um médico, uma enfermeira, um a dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por cerca de 1000 famílias, e presta atendimento integral à população por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura e tratamento, e reabilitação da saúde, numa Unidade Básica de Saúde (UBS).

Na ESF, as ações são dirigidas aos indivíduos em todos os ciclos de vida. A proposta é que a atenção seja centrada na família, englobando o seu ambiente físico e social, de forma a possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, e as soluções sejam buscadas tanto na rede de serviços de saúde como na sociedade em geral, através da intersetorialidade. À equipe mínima, somam-se os profissionais da Equipe de Saúde Bucal, composta por 1 cirurgião-dentista (CD), 1 atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD), responsável pelo atendimento a cada duas equipes. Outro grupo de profissionais que atua em conjunto com a ESF são os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A ESF chegou no município de São Paulo no ano de 1996, na região de Itaquera, através de um convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo e o hospital Santa Marcelina, criando o projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS). No ano seguinte ampliou a parceria com a Fundação

Zerbini, na região de Sapopemba Parque São Lucas na Zona Leste, e na Vila nova Cachoeirinha, na Zona Norte.

Vale ressaltar que por aquela época a gestão municipal havia optado por um sistema de saúde que não se alinhava à implantação dos princípios e diretrizes SUS, chamado Plano de Assistência à Saúde (PAS). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram transformadas em unidades de pronto atendimento e ações de promoção da saúde e da qualidade de vida da população ficaram relegadas a segundo plano (NEVES, 2003).

Com a nova gestão do governo municipal, em 2000, a SMS entra com pedido para assumir a gestão plena da atenção básica, junto à Comissão Intergestores Bipartite (Doninni, 2003). Decidiu-se, ainda, que a Secretaria pleitearia a Gestão Plena da Atenção Básica, dada a situação em que se encontrava (NEVES, 2003).

Em janeiro de 2001, começou a transferência das UBS estaduais e do PAS para gestão direta do município e o município foi formalmente habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica. Em seguimento a estudos da SES, definiram-se as áreas geográficas dos 41 DS (DONNINI, 2003).

Em 2002, a descentralização consolidou-se pelo processo de distritalização através da criação das Subprefeituras/Coordenadorias de Saúde, as Autarquias Hospitalares e a instalação do PSF. Em abril foram incorporadas as unidades do PSF/Qualis (DONNINI, 2003).

A Lei nº 13.399, de 1º de agosto de 2002, criou as 31 Subprefeituras que passaram a constituir instâncias regionais do poder público municipal na área geográfica sob sua jurisdição, as quais são administradas de forma descentralizada pelos subprefeitos. A Secretaria de Coordenação Municipal das Subprefeituras/SMS teve como missão promover a transição para o novo modelo de administração municipal descentralizada, baseado nas Subprefeituras, que foram criadas através de projeto de lei do Poder

Executivo, submetido à discussão e aprovação pela Câmara Municipal (SÃO PAULO, 2005).

O exercício profissional da enfermeira na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo está embasado em normativas legais ou protocolos, podendo ser acessados pela *Internet*. No site da Secretaria Municipal da Saúde há uma página específica voltada para a área da enfermagem, disponível em: (http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/enfermagem/index.php?p=8835).

Lê-se, na página, que os documentos ali disponibilizados são respaldados legalmente pela Secretaria e devem ser seguidos em toda a rede de serviços, incluindo Unidades Básicas de Saúde (UBS), Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Ambulatórios de Especialidades (AE), AMA Especialidades, Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Centro de Referência (CR) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) considerada as atribuições e os procedimentos característicos de cada serviço.

Estão disponíveis 10 documentos técnicos que tratam da regulamentação ou recomendações sobre ações de atribuição da equipe de enfermagem, assim como do funcionamento de serviços/áreas de atenção, conforme Anexo E.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 27 enfermeiras da ESF que atuavam nas UBS da STS do Butantã e 10 profissionais vinculados às equipes do NASF da região sendo um de cada categoria profissional: fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, educador físico, médico clínico geral, pediatra, ginecologista, psiquiatra. Da equipe NASF, só não foi incluído o médico fisiatra, que foi admitido durante o período das entrevistas e não tinha experiência prévia na ESF.

Como critério de inclusão da pesquisa foi requerido um tempo mínimo de atuação de três anos na ESF ou no NASF, de forma que tivessem vivenciado o trabalho das equipes para conhecer a atuação da enfermeira. Para a seleção dos sujeitos que fariam parte da entrevista, buscou-se a maior heterogeneidade possível no que diz respeito a sexo, idade, tempo de formação, formação em nível de pós-graduação, a trajetória ocupacional (especialmente a experiência ou não em outros níveis de atenção à saúde), atuação ou não como profissionais de nível médio da Enfermagem. Buscou-se compor uma amostra suficientemente heterogênea para possibilitar a pluralidade de discursos, em razão do objeto investigado.

A realização de entrevistas com outros profissionais justifica-se para verificar sua percepção sobre o trabalho das enfermeiras da ESF, em outras palavras, a identidade *para o outro*. A opção pelos profissionais do NASF deve-se ao fato de compartilharem o mesmo espaço e objeto de trabalho e por sua convivência com a equipe multiprofissional.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou os preceitos éticos relativos a pesquisas com seres humanos, estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetida aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) (Anexo A) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de São Paulo, tendo sido aprovada sob os Protocolos nº 456.720 e 500.193 (Anexo C, Anexo D). Também foi aprovada pelo gestor regional onde localizavam-se as Unidades Básicas de Saúde envolvidas na pesquisa (Anexo B).

Todos os sujeitos participantes da pesquisa foram esclarecidos e consultados quanto a sua concordância em participar, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (Apêndice A), sendo garantido o sigilo das informações e anonimato dos mesmos.

4.5 COLETA DE DADOS

Obtida a aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de São Paulo, teve início o contato telefônico com o gerente de cada UBS a fim de definir a estratégia pela qual as enfermeiras seriam convidadas a participar da pesquisa. As estratégias foram diversas, a depender da recomendação do gerente: participação em reuniões de enfermeiras, técnica ou geral de funcionários para apresentar a pesquisa e fazer o convite (04 UBS); apresentação do projeto em reunião da Comissão de Educação Permanente da UBS e posterior contato telefônico com as enfermeiras (01 UBS); convite e agendamento telefônico direto com as enfermeiras (02 UBS).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, no local de trabalho, conforme a disponibilidade dos sujeitos, compostas por questões relacionadas à história acadêmica e profissional e à construção das identidades (Apêndice B).

A entrevista consiste numa “conversa com finalidade” e foi escolhida por sua possibilidade para apreender o ponto de vista dos sujeitos envolvidos. A utilização de entrevistas semiestruturadas, ou conversas com finalidade, busca desencadear no entrevistado uma reflexão sobre o tema em questão, com mais liberdade, sem ficar preso à pergunta formulada. Têm o potencial de informar ao pesquisador as reflexões do sujeito a respeito da realidade ou fenômeno vivenciado, ou seja, suas ideias, crenças, opiniões, sentimentos, projeções futuras e as razões de condutas que lhe são conscientes ou inconscientes (MINAYO, 2011).

Para a caracterização dos sujeitos, elaborou-se um instrumento com informações básicas sobre idade, sexo, formação acadêmica, resumo da trajetória profissional, tempo de trabalho na ESF, carga horária, regime de trabalho, participação em entidades associativas profissionais/da área da saúde.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Os textos resultantes das entrevistas foram submetidos a análise de discurso, conforme preconizado por Fiorin (2000) e adaptado por Car e Bertolozzi (1999). Para sua interpretação, utilizou-se a hermenêutica dialética.

A hermenêutica ocupa-se da *compreensão* de textos, num sentido abrangente, em que compreender requer o movimento de se colocar no lugar do outro. Entretanto, “...*toda compreensão é parcial e inacabada*” (MINAYO, 2012; p. 623) e requer interpretação e o estabelecimento de relações. Compreender não consiste em um comportamento subjetivo do entrevistador, mas sim num movimento realizado pelo próprio entrevistado. Mais que desvendar a verdade do objeto, a entrevista visa entender o que o outro coloca como verdade, ou seja, entender a fala de acordo com as condições históricas sob as quais surge. “*Compreender acaba sempre sendo compreender-se*” (MINAYO, 2007; p. 337).

A ênfase está no tempo presente, compreendido como “o encontro entre o passado e o futuro, o diferente e a diversidade dentro da vida atual mediada pela linguagem” (MINAYO, 2007, p. 328). A “... *compreensão é, em princípio, entendimento, e compreender significa entender-se com os outros... A compreensão só se transforma numa tarefa quando há algum transtorno no entendimento, um estranhamento que se concretiza numa pergunta*” (MINAYO, 2007; p. 329).

Já a *dialética* de cunho marxista busca interpretar o mundo e os fatos históricos de forma dinâmica, com base no materialismo histórico. Implica reconhecer a dinamicidade dos fatos, que se encontram em um constante “vir a ser”, inacabados, constituindo “*um momento, uma síntese de sua afirmação e de sua negação*”. A união da hermenêutica com a dialética possibilita refletir sobre a práxis por meio das abordagens compreensiva e crítica da realidade social.

Considera-se que num dado momento histórico os indivíduos podem ter interesses comuns que os unem enquanto classe ou grupo, bem como interesses que os dividem (MINAYO, 2007).

O discurso é compreendido como um conjunto de frases que exprime o pensamento do sujeito, o modo como entende o mundo exterior, o mundo interior ou sua ação sobre a realidade. A técnica de análise de discurso busca refletir os condicionantes da produção e da apreensão na significação da palavra, considerando que ela “*expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as formas de relação são produzidas*” (MINAYO, 2007 p.319).

Na análise de discurso preconizada por Fiorin (2000) e adaptada por Car e Bertolozzi (1999), os discursos são analisados sob dois pontos de vista que se complementam. O primeiro refere-se à produção do sentido do texto de acordo com os mecanismos sintáticos e semânticos, enquanto o segundo considera os discursos de acordo com seus condicionantes históricos (Fiorin, 2000). Para operacionalizar tal análise, Fiorin (2000) recomenda a decomposição do texto discursivo em figuras e temas. As figuras correspondem a palavras ou expressões que existem no mundo real, enquanto os temas são palavras ou expressões que servem para organizar e categorizar a realidade. Car e Bertolozzi (1999) sugerem a recomposição dos discursos em frases temáticas e, posteriormente, sua síntese em temas mais gerais, ou categorias empíricas.

O material das entrevistas, devidamente gravado e transcrito, resultou em textos discursivos. Após a transcrição, realizou sua leitura

integral e a seleção de trechos relevantes para a pesquisa. Os discursos selecionados foram recompostos em frases temáticas que, por sua vez, foram organizadas de acordo com o grau de similaridade, formando grupos de temas. Posteriormente, os subtemas foram reorganizados em categorias empíricas, à luz do referencial teórico-metodológico.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 A CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para a caracterização dos entrevistados nesta pesquisa, os dados foram sistematizados em quadros que permitem visualizar o perfil das enfermeiras (Quadro 2) e dos profissionais do NASF (Quadro 3).

Quadro 2 – Caracterização das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, entrevistadas na pesquisa. São Paulo – SP, 2014

SUJEITO	IDADE	SEXO	CONCLUSÃO GRADUAÇÃO	TIPO INSTITUIÇÃO / GRADUAÇÃO	TEMPO ATUA NA ESF	LATO SENSU	STRITO SENSU	OUTRA GRADUAÇÃO	CURSO TÉCNICO/ PROFISSIONAL	PARTICIPAÇÃO EM ASSOC. PROFIS.
E1	28	M	8 anos	Privada	8 anos	Saúde coletiva	Cursando Mestrado	Não	Não	Não
E2	27	F	5 anos	Privada	3 anos	Saúde fam.	Não	Não	Não	Não
E3	32	F	8 anos	Privada	5 anos	Saúde pública	Não	Não	Não	Não
E4	57	F	35 anos	Privada	12 anos	Enf. Medico-cirúrgica Saúde pub., Gestão sau.	Não	Não	Não	Não
E5	34	F	10 anos	Privada	8 anos	Saúde fam., Saúde pub.	Não	Não	Não	Não

(continua)

(continuação)

SUJEITO	IDADE	SEXO	CONCLUSÃO GRADUAÇÃO	TIPO INSTITUIÇÃO / GRADUAÇÃO	TEMPO ATUA NA ESF	LATO SENSU	STRITO SENSU	OUTRA GRADUAÇÃO	CURSO TÉCNICO/ PROFISSIONAL	PARTICIPAÇÃO EM ASSOC. PROFIS.
E6	34	F	2 anos	Privada	11 anos	Saúde púb. saúde fam.	Não	Não	Não	Não
E7	26	F	5 anos	Privada	3 anos	Saúde fam. Gestão saú.	Não	Não	Não	Não
E8	32	M	6 anos	Privada	4 anos	Saúde mental, saúde fam.	Não	Não	Aux. Enf.	Não
E9	36	F	12 anos	Pública	5 anos	Saúde coletiva	Mestrado e doutorado	Não	Não	Não
E10	32	F	14 anos	Pública	9 anos	Envelhec., Saúde fam., Prat. Integrativas	Não	Tecnólogo em oftalmo	Não	Não
E11	30	F	7 anos	Pública	5 anos	Não	Doutorado cursando	Não	Não	Não
E12	32	F	09 anos	Privada	7 anos	Saúde fam.	Não	Não	Não	Não
E13	32	F	13 anos	Privada	8 anos	Saúde fam. Gestão sau.	Não	Não	Não	Não
E14	40	F	18 anos	Privada	8 anos	Oncologia acupuntura	Não	Não	Não	Não
E15	31	M	2 anos	Privada	8 anos	Não	Não	Não	Téc. enf.	Não
E16	33	F	5 anos	Privada	4 anos	Saúde fam.	Não	Não	Téc. enf	Não

(continua)

(continuação)

SUJEITO	IDADE	SEXO	CONCLUSÃO GRADUAÇÃO	TIPO INSTITUIÇÃO / GRADUAÇÃO	TEMPO ATUA NA ESF	LATO SENSU	STRITO SENSU	OUTRA GRADUAÇÃO	CURSO TÉCNICO/ PROFISSIONAL	PARTICIPAÇÃO EM ASSOC. PROFIS.
E17	34	F	14 anos	Privafa	12 anos	Saúde púb. Docencia, UTI Pediat..	Não	Não	Não	Não
E18	37	M	10 anos	Privada	8 anos	Saúde púb. Saúde fam.	Não	Não	Não	Não
E19	36	F	13 anos	Privada	7 anos	Saúde púb. Saúde fam.	Mestrado cursando	Não	Não	Não
E20	38	F	7 anos	Privada	4 anos	Saúde pública	Não	Não	Aux. Enf.	Não
E21	49	F	28 anos	Privada	12 anos	Enf. Médico cirúrgica	Não	Não	Não	Não
E22	37	F	5 anos	Privada	3 anos	Obstetrícia, climatério, acupunt., saúde coletiva	Não	Não	Téc. Enf.	Não
E23	30	F	3 anos	Privada	3 anos	Saúde coletiva	Não	Não	Aux. Enf.	Não
E24	32	F	6 anos	Privada	4 anos	Oncologia	Não	Não	Aux. Enf.	Não
E25	49	M	8 anos	Privada	5 anos	Gestão em saúde	Não	Não	Aux. Enf.	Não
E 26	32	F	3 anos	Privada	3 anos	Não	Não	Não	Aux. e Tec. Enf.	Não
E 27	38	F	6 anos	Privada	8 anos	Saúde Fam., Docência	Não	Não	Aux. Enfer	Não

(conclusão)

Quadro 3 – Caracterização dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entrevistados na pesquisa. São Paulo – SP, 2014

SUJEITO	IDADE	SEXO	PROFISSÃO/ FORMAÇÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	TEMPO DE ATUAÇÃO ESF/NASF	LATO SENSU	STRITO SENSU	OUTRA GRADUAÇÃO	CURSO TÉCNICO/ PROFISSIONAL	PARTICIPAÇÃO EM ASSOC. PROFISS.
NASF 1	32	M	Educador Físico	10 anos	4 anos	Fisiologia Exercício	Não	Não	Não	Não
NASF 2	37	F	Fisioterapeuta	16 anos	11 anos	S. públ., promoção saúde	Não	Não	Não	Não
NASF 3	32	F	Fonoaudióloga	11 anos	5 anos	Saúde púb.	Não	Não	Não	Não
NASF 4	35	M	Psicólogo	10 anos	6 anos	Saúde Pública Psicanál.	Sim Mestrado	Não	Não	Não
NASF 5	31	F	Nutricionista	07 anos	4 anos	Nutrição Clínica; Nutrição e Aliment. na AB	Não	Não	Não	Não
NASF 6	54	F	Médica clínica	30 anos	4 anos	Clin. Médica, reumato,	Não	Não	Não	Não
NASF 7	39	M	Psiquiatra	16 anos	5 anos	Resid. Médica, Psiquiatria	Mestrado	Não	Não	Não
NASF 8	45	F	Médica pediatra	22 anos	6 anos	Pediatria	Não	Não	Não	Não
NASF 9	31	F	Terapeuta ocupacional	7 anos	5 anos	Não	Mestrado	Não	Não	Não
NASF 10	42	F	Médica ginecologista	23 anos	5 anos	Ginecologia	Não	Não	Não	Não

5.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

O quadro 4 sintetiza os resultados das entrevistas realizadas com as enfermeiras e profissionais do NASF.

Quadro 4 – Síntese dos resultados das entrevistas com enfermeiras e profissionais do NASF, São Paulo, 2014

A socialização profissional	<p><i>Influências sobre a decisão de cursar a graduação em enfermagem</i></p> <p>Ter contato com profissionais da área da saúde/enfermagem ou cuidadores leigos</p> <p>Identificação com o cuidado e a área da saúde</p> <p>Ter trabalhado na área da saúde anteriormente</p> <p>Ter cuidado de um familiar</p> <p>Escolha aleatória</p> <p><i>Modelos profissionais durante a graduação</i></p> <p>Docentes</p> <p>Enfermeiras de serviços/ campos de estágio</p> <p>Profissionais de fora do âmbito acadêmico / profissional</p> <p>Ninguém</p> <p><i>Motivação para trabalhar na ESF</i></p> <p>Contato durante a graduação</p> <p>Características do trabalho na ESF</p> <p>Acaso</p> <p><i>Alicerces para o início da vida profissional</i></p> <p>O dia-a-dia do trabalho</p> <p>O apoio dos colegas enfermeiros</p> <p>O estudo por iniciativa própria</p> <p>A experiência acumulada durante a graduação</p> <p>Capacitações</p>
A identidade para si	<p>Eu sou a líder da equipe e da UBS</p> <p>A profissional de referência para a comunidade</p> <p>Uma profissional com uma ampla gama de conhecimentos</p> <p>Tem de saber trabalhar em equipe</p> <p>Uma profissional que tem certa autonomia</p> <p>Uma educadora em saúde</p>
A identidade para o outro, segundo as enfermeiras	<p>Coordenadora da equipe de saúde da família</p> <p>A profissional mais acessível da equipe</p> <p>A profissional que resolve tudo</p> <p>Uma “quase” médica</p> <p>Uma parceira na equipe de saúde da família</p> <p>Uma profissional desconhecida e desvalorizada</p>
A identidade para o outro, segundo os profissionais do NASF	<p>Líder da equipe e responsável por ações de gerenciamento</p> <p>A enfermeira como uma referência para a coletividade</p> <p>A enfermeira como profissional que presta assistência em todos os níveis de atenção</p> <p>A enfermeira como a profissional em busca de maior autonomia</p> <p>Uma profissional que ainda está buscando a especificidade de seu trabalho</p>

5.2.1 O processo inicial de socialização das enfermeiras

Esta seção apresentar aspectos que caracterizaram a construção da identidade profissional das enfermeiras entrevistadas em momentos considerados “chave” para seu processo de socialização e que antecederam seu ingresso no “mundo do trabalho”, e logo após sua inserção na ESF. Tais aspectos estão agrupados segundo as influências sobre a decisão em cursar a graduação em enfermagem, os modelos profissionais durante a graduação, quando presentes, as motivações para trabalhar na ESF e o início da vida profissional.

Influências sobre a decisão de cursar a graduação em enfermagem

As enfermeiras foram inquiridas sobre suas motivações para escolher o curso de graduação em enfermagem, entendendo que tais motivações constituem o primeiro passo para escolher uma área profissional.

Ter contato com profissionais da área da saúde/enfermagem ou cuidadores leigos

Ter convivido com familiares que atuavam da área da enfermagem pareceu ter exercido influência na decisão pelo curso. Algumas enfermeiras fizeram referência a várias pessoas na família que atuam ou atuaram nas diversas categorias profissionais da enfermagem, o que lhes permitiu conhecer o trabalho da enfermeira.

“Eu tenho alguns familiares que são enfermeiros. Antes de eu entrar já tinha uma ideia do papel; cheguei a acompanhá-los antes de fazer o curso em alguns momentos para saber se era isso mesmo [o que queria]”.

“Minha mãe era funcionária do Centro de Saúde Escola Butantã há muitos anos e eu cresci respirando aquilo. E o que mais me influenciou é que tinha uma profissional, que é muito amiga nossa, que era enfermeira”.

“Eu tenho uns primos que são da área; eles me estimularam”.

“Eu tenho uma prima que é enfermeira. Nós somos bem próximas e eu me identificava muito com as coisas que ela contava”.

“Na minha casa, minha mãe foi auxiliar de enfermagem, uma irmã mais velha é enfermeira, minha esposa também é enfermeira e minha irmã caçula é técnica de enfermagem. Então, tem toda a influência da família”.

“Eu acho que era uma contribuição muito importante da minha família, mais especificamente do meu irmão. Ele fez técnico de enfermagem e hoje ele é enfermeiro também”.

“Eu venho de uma família muito cuidadora, de cuidar de pessoas, assumir vários cuidados; então, para mim o cuidar sempre foi uma coisa normal. Sempre que alguém no bairro precisava de alguma coisa, meus avós iam, aplicavam injeção, faziam curativo. Mas não era profissional; era uma coisa de ajuda, sabe?”

Outra influência vinda da rede social das enfermeiras previamente à escolha pela profissão foi ter amigos ou conhecidos que trabalhavam na área.

“Foi uma amiga minha que começou a fazer a faculdade, eu não sabia. Ela me contou o que era a faculdade, o que eram os cuidados, e eu gostei bastante”.

“A esposa de um colega era auxiliar de enfermagem e ele comentou sobre a profissão; eu me interessei”.

“Sempre fui influenciado por conviver com amigos e pelos vizinhos que já eram da área da enfermagem e eu acabava sempre no meio deles. E isso acabou só aumentando a vontade”.

Identificação com o cuidado e a área da saúde

Algumas enfermeiras afirmaram ter afinidade pessoal pela área da saúde ou com o cuidado em si.

“O cuidado, não é? A gente se depara com o cuidado, o cuidado está aí, a gente já nasce cuidando, vive cuidando. Sempre me interessei muito pelo cuidado. Me identifiquei e me identifico muito com essa área; gosto do que faço. É uma coisa muito linda, na área da saúde toda. É um emprego muito bom poder trabalhar com pessoas, cuidar de pessoas, orientar. A gente ganha muito com isso; todos ganham com isso”.

“Eu queria ter contato com o paciente, contato mais direto, uma profissão que me desse a oportunidade de ter um convívio próximo. E eu achava que a enfermagem ia me proporcionar isso”.

Na experiência de algumas delas, essa percepção vinha desde a infância.

“Desde que eu me conheço por gente, que comecei a estudar, sempre me interessei pela área de biológicas, isso sempre, sempre, sempre... Desde que eu era criança, gostava de ciências, biologia e tal. Quando eu estava no ensino médio, me interessei muito pela área de saúde”.

“Foi uma coisa já desde pequeno, eu gostava da área”.

“É uma coisa que vem desde a infância mesmo, sempre gostei da área da saúde”.

“Eu sempre gostava de cuidar”.

Já outra se identificaram com a profissão quando a conheceram em evento durante o cursinho preparatório para o vestibular de ingresso no curso superior, quando foram pesquisar para conhecer melhor a área ou por indicação de algum conhecido.

“Quando eu fui para o cursinho, eles convidaram uma enfermeira para fazer uma palestra sobre o que era o trabalho da enfermagem, e eu me apaixonei. Falei: ‘É isso que eu quero fazer!’ Aí que eu fui começar a ler sobre a Enfermagem”.

“Fui ler sobre as profissões da área de saúde e quando me informei percebi que a Enfermagem era o que eu mais me identificava”.

“Eu fui lendo muito sobre as profissões, sobre cada cargo, e fui acompanhando cada profissional. E no final acabei me identificando mais com a Enfermagem”.

“Fui pesquisar, fui ver como era a Enfermagem, como funcionava”.

“Me interessei pelo perfil da profissão, pela atuação do enfermeiro”.

“A esposa de um colega de trabalho, que era auxiliar de enfermagem, falou sobre a profissão e fui pesquisar na internet”.

“Não sofri influencia de ninguém, porque eu não conhecia ninguém da área, não tinha contato com ninguém. Foi pelo campo de trabalho mesmo”.

“Pela questão de trabalho mesmo, que é uma área que, apesar de estar um pouco saturada agora, há alguns anos atrás a gente não tinha esse problema de emprego, tinha facilidade de conseguir emprego”.

Ter trabalhado na área da saúde anteriormente

Algumas enfermeiras já haviam tido experiência prévia na área da saúde, tendo atuado como auxiliar de enfermagem, agente comunitária de saúde, segurança da UBS, tecnólogo em oftalmologia, ou ainda, como voluntária.

“Quando terminei a faculdade de tecnólogo em oftalmologia, comecei a trabalhar no serviço de oftalmologia no Servidor Público, e como não tinha enfermeiro naquele andar eu acabava fazendo muito o papel do enfermeiro daquele lugar: organizava as agendas, fazia as escalas, organizava como iria ser o fluxo. Comecei a perceber que o trabalho do enfermeiro tem muito mais autonomia do que o meu preconceito me deixava enxergar”.

“O que me influenciou foi eu ter sido agente comunitária de saúde antes”.

“Pelo fato de trabalhar como segurança; já trabalhava na UBS. Então eu via mais diretamente o trabalho, o que fazia o enfermeiro, o auxiliar e o técnico”.

“Eu cheguei a ser voluntária numa instituição de idosos antes de fazer a faculdade. Aquilo me despertou o interesse. Achei que eu poderia contribuir cuidando dos outros que precisam”.

Ter cuidado de um familiar

Para uma das enfermeiras entrevistadas, ter cuidado do pai hospitalizado foi uma situação que despertou o interesse pela profissão.

“Uma coisa que talvez tenha sido um fator muito marcante foi quando eu fiquei com meu pai internado. “Eu tinha 14 anos e meu pai ficou em estado grave. Minha mãe trabalhava e eu fiquei muito com ele no hospital. Talvez no meu inconsciente essa questão do meu pai ficou bem lá dentro e foi a minha escolha”.

Escolha aleatória

Entretanto, houve quem optou pelo curso sem conhecer muito bem previamente, mas acabou gostando depois.

“A secretária do cursinho me falou sobre o curso de enfermagem e me inscrevi no vestibular”.

“Na verdade foi mais no “achódromo”. Falei -: “Acho que é isso.” Fui, me identifiquei e gostei”

Modelos profissionais durante a graduação

O período da graduação – compreendido como momento fecundo de socialização profissional – também foi abordado nas entrevistas com vistas a identificar de que maneira a graduação e a pós-graduação contribuíram para a formação da identidade profissional das enfermeiras.

Docentes

A identificação com professores durante a graduação pareceu ter um peso importante na identificação com o trabalho em Saúde Coletiva e possivelmente também na construção do significado da profissão para as enfermeiras. As entrevistadas destacaram alguns atributos das docentes que chamaram sua atenção durante o curso.

“Eu tive duas professoras de Saúde Coletiva, foram minhas orientadoras de TCC e foram meu espelho. Talvez se eu não tivesse tido professoras tão legais, eu não teria descoberto a Atenção Primária”.

“Na Saúde Coletiva eu tive muito contato com duas professoras e nelas eu me espelho até hoje. Elas foram o modelo que me ajudou inclusive a determinar qual é a minha visão de mundo, qual minha visão do processo saúde-doença, minha visão da sociedade e como construir minha identidade”.

“Teve uma professora com quem trabalhei em atividades de extensão e ela sempre foi meu norte. Tive professoras muito técnicas que também foram muito exemplo”.

“Tem minha orientadora, que é uma pessoa em quem eu me espelho muito. Ela é uma pessoa fantástica, tanto como pessoa, quanto como profissional, e eu me inspiro muito nela”.

“Teve uma professora que deu a disciplina de Metodologia, depois Sistematização da Assistência de Enfermagem e também Pediatria. Eu a achava muito inteligente, ela tinha uma postura muito boa em estágio, cuidava muito bem dos pacientes”.

“Eu tinha um professor que dava aula de Fisiologia. Eu o achava muito correto, dominava bastante o assunto e tinha aquele prazer de dar aula. Quando ele estava dando aula, você sentia que o cara gostava daquilo que fazia e que o olho brilhava. Então, eu pensava: - “Quando eu estiver formado, quero ter esse pique, esse afinco de fazer as coisas com prazer, com vontade”.

“Tinha uma professora que chamou muito a minha atenção pelo jeito como ela colocava a saúde das pessoas durante as aulas, como ela tratava o próximo, o ser humano, como ela colocava na aula, foi o que mais me motivou. O cuidado dela era totalmente diferente. Ela tinha aquele cuidado de pensar na família, nas pessoas que convivem com o paciente, a questão do trabalho, como ele está inserido no trabalho. Isso me motivou bastante também”.

Enfermeiras de serviços/campos de estágio

Na passagem pelos serviços de saúde enquanto estudantes de graduação, as entrevistadas também tiveram alguns exemplos profissionais nas enfermeiras desses serviços.

“Uma enfermeira desse posto de saúde de Santos, onde eu estagiei, tenho como um exemplo a ser seguido. Ela era ótima, excelente, me ensinou muito enquanto eu estava lá”.

“Quando eu estava na graduação, tinha muitos profissionais em quem eu me espelhava, profissionais com posturas adequadas e não adequadas e dali que eu fui pensando: - “Eu quero ser dessa forma, não quero ser dessa forma, vou tentar agir diferente”.

“Eu tive uma pessoa que está na Fiocruz que foi um exemplo fantástico, que trabalha comunidade como ninguém e tem uma noção de ensino e educação. Ela norteou boa parte das minhas ações educativas em saúde”.

“Na graduação, fiz estágio na UTI do Hospital Universitário e tive a sorte de ficar com uma enfermeira que era uma pessoa que impunha muito respeito entre os outros profissionais, porque ela é muito boa tecnicamente”.

“Tive uma gerente de enfermagem no IBCC maravilhosa. Uma pessoa muito ética, muito consciente das coisas. Em minha opinião, é uma ótima enfermeira e gerente, tem uma maneira especial de lidar com as coisas, os problemas e as pessoas, a maneira de tratar o paciente. Apesar de ser gerente, quando faltava alguém, cansei de passar plantão pra ela. Ela sabia mesmo não só ser enfermeira de papel; quando a gente ia discutir algum problema ela sabia exatamente onde o negócio pegava, nossas limitações, os recursos existentes, as falhas do sistema”.

“Foram espelho profissionais que eu achava que tinham uma conduta que era coerente e que tinham interesse realmente pela profissão, pelo crescimento da profissão”.

“Tive uma enfermeira quando eu trabalhava como auxiliar de enfermagem. Ela tinha muita disponibilidade para tudo. Ela era muito dinâmica, atenciosa, principalmente com os pacientes, dedicada e a gente tinha uma afinidade boa”.

“Teve uma enfermeira que atuou tanto na minha contratação como enfermeira e ministrou a pós para mim”.

“No Centro de Parto Normal tinha uma enfermeira que eu achava que trabalhava com a paciente de forma bem humanizada; então me espelhei nela. E na época em que trabalhava em maternidade particular no São Luís, eu me espelhava bastante na enfermeira que trabalhava comigo porque eu achava que ela tinha bastante autonomia; eu achava que ela se colocava de uma forma bem ética”.

Profissionais de fora do âmbito acadêmico / profissional

Também foram mencionados outros profissionais de seu convívio social, além do âmbito acadêmico e profissional, que constituíram modelos profissionais para as enfermeiras:

“Tive uma madrinha minha; nós trabalhamos com saúde pública a vida toda”.

“Essa minha prima que eu te falei, ela sempre foi motivo de orgulho pra mim”.

Ninguém

Já uma parte das entrevistadas referiu não ter tido nenhum modelo profissional. O fato de terem uma vocação para o curso da enfermagem já era suficiente foram incorporando características que consideravam apropriadas em diferentes profissionais para construir a própria identidade.

“É, eu não sei... Eu já tinha uma coisa anterior a tudo que não tem nada a ver com a faculdade ou com a pós-graduação”. “Quando eu fui, fui muito certa do que eu queria. Acho que eu já tinha uma coisa anterior do cuidado e da coordenação”.

“Sabe que não? Fui apreendendo, mas não me espelhei na época não, só fui aprendendo”.

“Eu não tive um espelho, mas tentava juntar as coisas boas que eu via nos professores”.

“Às vezes a gente até pega um pouco de cada profissional, seleciona as coisas boas de cada um, e você vai adquirindo o seu jeito de trabalhar. Mas, no geral, não tenho uma referência”.

“Durante a graduação, não. Eu achava que os professores eram muito distantes da realidade”.

Motivação para trabalhar na ESF

Quanto à motivação para trabalhar na ESF, as enfermeiras citaram vários motivos, como conhecer e identificar-se com o trabalho na ESF durante graduação, ou o acaso, quando não planejaram, mas por alguma circunstância vieram a trabalhar nesse serviço.

Contato durante a graduação

“Tinha um grupo de estudo voltado para a parte de saúde coletiva. A convite de um professor, eu comecei a ir, me interessei, fiz o projeto de iniciação científica. E ainda na graduação, entrei no conselho de saúde da cidade. E toda minha formação foi um pouco mais voltada para a saúde coletiva, a saúde pública. Quando eu me formei, fui

procurar alguns concursos, processos seletivos mais nessa área”.

“Na verdade, a Saúde da Família sempre foi um acaso bom na minha vida. Eu sabia que queria fazer Atenção Primária. No ano que eu me formei foi o grande bum da estratégia em São Paulo. Foi quando as unidades começaram a surgir, as equipes começaram a ser montadas; juntou o útil ao agradável. Eu sabia que queria fazer Atenção Primária, só não sabia o que ia fazer”.

Foi o estágio que eu vi na na faculdade. Eu acompanhei as visitas domiciliares e achei muito legal, então foi por isso que eu gostei.

Desde a graduação eu queria o PSF, porque eu achava que era o lugar que o enfermeiro teria mais autonomia e eu queria ter autonomia, não queria ser subordinada a ninguém.

Senti essa afinidade na graduação e depois já fui atrás dos concursos públicos.

Características do trabalho na ESF

Eu gosto muito desta questão de gerenciamento do cuidado. É uma coisa muito gratificante porque você consegue gerenciar desde a família que você visita, as atividades de sua equipe, até o planejamento das ações junto com a prefeitura. É uma coisa muito legal, muito dinâmica, o tempo todo. Você tem uma autonomia impressionante no PSF, que poucos outros lugares te dão.

Eu acredito tanto na Estratégia acho que ela corre na minha veia, assim... Não consigo viver sem esse serviço, sem trabalhar com isso. Não têm nenhum sentido os outros serviços para mim.

Principalmente por causa dessa autonomia das enfermeiras, de fazer a consulta, de atender, de fazer as visitas.

Eu não sei se eu teria tanto interesse de trabalhar em uma Saúde da Família se não fosse nessa Unidade Básica de Saúde que aqui tem umas peculiaridades que não existem em outras Unidades em outros serviços. E como eu conheço outros serviços? Levei alunos em outros serviços.

Eu casei, resolvi ter filhos e queria um pouco mais de qualidade de vida. Eu não queria mais trabalhar feriado, dar plantão. E eu nem sabia direito o que era a Estratégia Saúde da Família. Tenho um primo que é médico e

trabalha na Estratégia, que me falou: - “Por que você não vai para Estratégia Saúde da Família? - “Mas o que é isso?!” Ele foi me explicando... - “Acho que eu vou tentar”. E me chamaram para fazer a prova, meu filho tinha uns dez dias de vida. Eu saí desesperada tentando achar material pra estudar, passei e estou aqui até hoje. Gostei e me surpreendi.

Quando eu era auxiliar eu via muito o trabalho da enfermeira. Eu queria dar continuidade aos meus estudos e não queria ficar só na parte dos procedimentos, porque na Estratégia a enfermeira vai além do procedimento.

As pessoas buscam a Estratégia pela facilidade do horário e pelo salário; é isso que eu vejo.

Acaso

“Minha colega falou: - “Está tendo seleção para o PSF e tal”. Na época eu não tinha muito conhecimento do PSF em si, mas sabia mais ou menos como funcionava o trabalho e aí ela falou: - “Vamos fazer a prova?”. E a gente fez a prova, passou e a partir daí que eu passei a ter mais envolvimento com a Estratégia Saúde da Família. Fiz a faculdade e decidi que queria continuar na Estratégia. Foi na vivência mesmo do dia-a-dia”.

“Não foi uma escolha, foi o acaso da vida (risos) porque quando eu estava na graduação eu queria mais a parte hospitalar. Quando fui fazer a escolha para fazer o estágio curricular, não tinha mais vaga no hospital. Eu fiz tudo o que você possa imaginar pra não vir (risos). Chorei, fui falar com a coordenadora da graduação, com o chefe do Departamento, com a orientadora do TCC. Mas não teve jeito, eu tive que vir pra cá. Quando eu vim, me apaixonei (risos)...”

“A UBS em que eu trabalhava passou a ser Estratégia e eu pude optar em ficar”.

“Acho que não foi o que me levou; foi ela que me escolheu, a oportunidade que surgiu. Porque quando eu fui procurar por auxiliar foi na Estratégia, então eu fui pegando o gosto”.

Alicerces para o início da vida profissional

A construção da identidade profissional das enfermeiras deu-se mediante sua inserção no mundo do trabalho:

O dia-a-dia do trabalho

O próprio desenvolvimento do trabalho pareceu ter sido um propulsor da criação da identidade profissional. Ou seja, o trabalho das enfermeiras na ESF foi sendo criado no dia-a-dia, a partir das demandas que surgiram e no que elas foram capazes de fazer, de fato.

A convivência com outros profissionais da ESF no início do trabalho ou ter atuado na coordenação da Estratégia também contribuiu para a construção da identidade das enfermeiras quando da entrada no mundo do trabalho.

“O que eu acho que foi mais difícil foi cair na realidade: - “OK, agora você precisa adaptar todas as coisas que você sabe para o mundo real”. E reconhecer que: “Eu saí da faculdade e não sei a maior parte das coisas que preciso saber para estar aqui...”. Foi uma coisa meio que de construir; não foi muito fácil. Foi o dia-a-dia que me ensinou, fomos construindo e aprendendo o que fazer”.

“Quando eu comecei a trabalhar aqui, tudo era muito novo. Eu saí crua da faculdade, não tinha base quase nenhuma para trabalhar, não tinha experiência. Precisei amadurecer, crescer. E isso foi o próprio dia-a-dia que foi me dando. E até hoje, a gente vai refletindo, trabalhando. Então, é a experiência que vai nos dando isso”.

“Quando eu vim pra cá, logo depois de 20 dias fiquei sem médico, fiquei quase um mês sem ninguém na equipe. Mas acho que foi muito importante porque eu cresci muito nesse tempo”.

“Como o tempo, a gente fica mais intuitivo, tem mais feeling, malícia para entender o que está acontecendo. Acho que essa mudança é mais difícil para nós enfermeiros porque a gente não aprende isso na faculdade: como você maneja a consulta, como que você tira as informações do paciente que você quer tirar, até onde você cutuca; isso a gente aprende muito na raça. A gente não aprende em canto nenhum e eu acho que faz toda a diferença para a experiência profissional, faz muita diferença”.

“Eu tive muita dificuldade. Quando eu comecei a trabalhar eu achei que sabia fazer e no decorrer eu vi que eu tinha que mudar muita coisa. Primeiro, eu não sabia delegar! Mas aí chegou uma hora que você tem que fazer, porque você não tem condições de fazer tudo, de segurar tudo. Também tive que aprender a chamar atenção do funcionário, que é uma coisa que também eu não gostava. Eu não queria ter esse perfil de líder, mas tem uma hora que você tem que fazer. Quando eu ia fazer, eu me sentia culpada, mas não tinha outro meio a não ser esse”.

“Acho que o maior problema foi a convivência, a adaptação, conhecer as pessoas, as pessoas me conhecerem, a mudança de chefia quando eu entrei. Então estava todo mundo meio que se acostumando, com medo, quem é quem...”

“Minha identidade enquanto enfermeira foi se construindo com a relação com a médica e ela foi me dando muita segurança. Como ela tinha o hábito de discutir tudo comigo, o que ela fazia e tal, e pedir minha opinião em tudo, ela foi a pessoa que entrou comigo; nós fomos construindo juntas”.

“Algo que eu acho que ajudou muito foi trabalhar direto na coordenação, para entender o sistema como um todo. Você tem uma visão mais ampliada de como a coisa funciona, como as coisas estão inseridas, das políticas de saúde”.

O apoio dos colegas enfermeiros

As enfermeiras referiram que se apoiaram umas nas outras quando a UBS iniciou as atividades segundo o modelo da ESF. Aquelas que começaram a trabalhar numa UBS já em andamento buscaram apoio em colegas que já estavam atuando.

“Quando essa Unidade começou a funcionar, ninguém tinha experiência. Estava todo mundo perdido junto (risos). E a gente foi aprendendo na marra, no dia-a-dia. Uma ajudava a outra, pedia ajuda, dava ideias. Foi uma construção conjunta mesmo.

Eu tive muito apoio dos enfermeiros daqui, que me ajudaram muito em questões de manejo, de atendimento, de dúvidas que eu tinha”.

“O que me fortaleceu foi o apoio dos colegas, os profissionais enfermeiros”.

“As enfermeiras daqui tinham muita experiência; tem umas que estão há 13 anos na saúde da família. Foi nelas que eu busquei ajuda. Elas me ajudaram bastante, eu ficava o tempo todo com elas, foi mais com as colegas de trabalho mesmo [que aprendi]”.

“Encontrei pessoas boas que me ajudaram muito e me ensinaram muito; bons enfermeiros que eu não encontrei na área hospitalar eu encontrei na Estratégia”.

“As colegas de trabalho que já atuavam na área como enfermeiras também deram esse suporte pra mim, pra não ter muita dificuldade nessa transição”.

“Eu tive enfermeiros muito bons trabalhando comigo, eu aprendi muito trabalhando com enfermeiros”.

“A gerente é uma pessoa super acessível, sempre qualquer problema que você tem, precisa de um respaldo, ela está presente, está escutando; dá muito apoio, a gerente. E até as próprias colegas de trabalho ajudaram bastante nessa transição, muitas vezes elas tiravam Xerox de alguma coisa, e diziam: “olha a gente faz assim aqui” então você já pegava aquela folhinha, já ia, já tentava implementar na sua consulta. Acho que o apoio tanto da gerente como das enfermeiras fortaleceu mais ainda o meu aprimoramento”.

“Eu fiquei três anos trabalhando como auxiliar de enfermagem, e praticamente dois anos e meio formado já como enfermeiro, e esse tempo eu usei pra ganhar conhecimento junto com os enfermeiros com quem eu trabalhava lá”.

“Meu apoio foi a minha irmã, que já trabalhava na Estratégia para outra OSS. Ela me ajudou bastante, trazia impressos pra eu ver, me explicava como funcionava. Porque dos colegas quando eu entrei, não tive muito apoio, não sei se pela demanda... mas não teve essa questão assim de ajudar o colega que estava entrando, mostrar como as coisas funcionam”.

O estudo por iniciativa própria

As enfermeiras relataram que buscaram se apropriar dos conhecimentos necessários para o exercício de sua função por iniciativa própria.

“Na primeira semana eu fiquei em choque, era muita coisa, muita informação. Eu chegava em casa e falava: - “Eu preciso ler”, sabe aquele desespero de você querer saber de tudo?”

“Eu tive que buscar conhecimento que eu não aprendi na faculdade, ler artigos, essas coisas”.

“A falta de recursos e a minha vontade de fazer, isso foi trazendo um novo conhecimento”.

“Na parte de atendimento, da consulta de enfermagem, foi através de protocolos, conversando com os colegas de trabalho”.

A experiência acumulada durante a graduação

Outra fonte de apoio que as enfermeiras relataram, notadamente as com menor tempo de formadas, no início das suas atividades na ESF foi a experiência acumulada durante a graduação.

“Para mim foi até um pouco tranquilo porque eu tinha feito a minha disciplina curricular aqui, eu tinha ficado três meses seguidos nesta Unidade. Então eu já tinha visto bastante sobre Atenção Básica. Eu tinha que fazer supervisão em sala de vacina, aí eu fui buscar mais conhecimento sobre sala de vacina, mas como ainda também estava tudo fresquinho na cabeça foi relativamente tranquilo em relação a isso”.

“Principalmente no conhecimento teórico que a gente obtém na graduação e na vivência da Estratégia”.

“A vivência que eu estava tendo do PSF como auxiliar e o conhecimento adquirido na própria graduação me ajudaram”.

Capacitações

Algumas enfermeiras também mencionaram as capacitações ocorridas no próprio âmbito do serviço que as ajudaram no início da vida profissional na ESF.

“Teve algumas capacitações em que você vai conhecendo um pouco mais, compreendendo um pouco mais o sistema. Quanto você compreende, acaba se interessando mais”.

“Eles fazem um treinamento inicial – que deveria ser inicial - chamado Momento Um. Eu fiz dois anos depois de estar trabalhando”.

“Deram a oportunidade da gente fazer o ‘Momento Dois’, de fazer aulas; a gente teve quase um ano de aulas uma vez por semana. Todas as equipes iam nessas aulas e a gente passou por Saúde da Criança, Saúde da Mulher, do Adulto, do Idoso, Psiquiatria. Isso foi muito importante no começo e a gente foi aprendendo no dia-a-dia”.

5.2.2 A identidade para si segundo as enfermeiras

Esta seção busca apresentar os resultados referentes à verificação de como as enfermeiras da ESF identificam a si mesmas profissionalmente.

Eu sou a líder da equipe e da UBS

Ao serem questionadas sobre quem é a enfermeira da ESF e o que ela faz cotidianamente no trabalho, ficaram evidentes as funções administrativas e as características que são necessárias para tal função. O gerenciamento da equipe e da UBS esteve presente na fala de 100% das enfermeiras.

“O enfermeiro tem muito mais uma posição administrativa, burocrática, do que assistencial”.

“Ele tem que ter iniciativa, tem que ser proativo, tem que ter facilidade de estabelecer vínculos, de se comunicar, tem que ter perfil de liderança”.

“A enfermeira tem todo o papel administrativo do posto também. Quem toca, quem faz o andamento do posto é a enfermeira”.

“A gente tem que ter uma postura de liderança. É muito importante assumir essa postura, tanto em relação a conflitos pra tentar gerenciar isso quanto em relação a metas que a gente tem que atingir e cumprir”.

“Ela não toca só a equipe, mas toca a Unidade; a gente fala que é ‘pau para toda obra’”.

“Na verdade o Enfermeiro é o maior gestor da equipe.

Destacaram ainda a função de **coordenar o cuidado**, fazendo a ponte entre coletividade e o serviço, e de **centralizar a negociação dos conflitos**:

“A enfermeira é a pessoa que dá energia para funcionar, que faz a máquina funcionar; é a pilha do brinquedinho. A gente está aqui para dar essa força que eles precisam. Quando você não está bem você percebe que sua equipe não vai render, quando você está cansada você percebe que sua equipe não anda; ela é muito o reflexo do que a enfermeira é. Quando eu estou irritada parece que a equipe também está irritada, quando eu estou briguenta, parece está tudo mundo briguento. Parece que passa; contamina. Mas quando estou bem, fica tudo bem, não tem problema. Parece que somos o norte”.

“Tem que ser uma pessoa que consiga permear nas várias categorias, porque a gente precisa se relacionar. Esse meio de campo é sempre a gente que faz, até entre o paciente e o profissional. Acho que tem que ser uma pessoa muito dinâmica, pois a gente não para o dia inteiro”.

“Ele tem que ter disposição pra trabalhar com a população, tem que ter a liderança, tem que estar bem focado; uma pessoa que tenha uma liderança clara. Porque precisa lidar não só com o agente comunitário, mas com o auxiliar de enfermagem, o médico da equipe. Tem que saber se comunicar com toda a equipe”.

“Geralmente quem traz e leva os casos é a enfermeira. A enfermeira tem uma capacidade de observar e captar as

necessidades de saúde e acionar quais são os trabalhadores que ela precisa; ela tem essa visão”.

“É papel da enfermeira tentar fazer o meio de campo dos conflitos entre profissionais e, mesmo sendo difícil, na medida do possível a gente consegue”.

“Tirando a paciência? Acho que paciência é uma [das características da enfermeira]; outra é saber lidar com conflitos entre a equipe”.

Dentro desse amplo leque de atividades que realizam, as enfermeiras identificam-se como **a profissional que faz-tudo**.

“O enfermeiro tem um pouquinho de cada coisa: um pouco de assistente social, um pouco de psicólogo, um pouco nutricionista. Porque querendo ou não a gente estuda um pouquinho de cada área”.

“A gente é multiuso. Tudo que acontece ou a maioria das coisas a gente tenta resolver. Por exemplo, se a gerente saiu de férias, é o enfermeiro que fica. Quem coordena a equipe? Os enfermeiros. Em relação aos ACS, à equipe de enfermagem; quem coordena? São os enfermeiros.”

“É aquela pessoa que cuida dos outros, cuida da equipe, cuida dos pacientes. É uma pessoa que estabelece uma postura de liderança da equipe, tenta resolver os conflitos, atende os pacientes, faz visitas, faz grupos, tenta estabelecer essa postura de resolver de tudo um pouco (risos)”.

“A enfermeira Saúde da Família é meio um personagem curinga (risos), tem que ser um pouco de tudo. Você tem que ter bem clara a sua função, mas tem que ser um profissional curinga, tem que ser uma pessoa com bastante paciência e que consiga fazer essa ponte com a equipe NASF, com a própria equipe Saúde da Família”.

“Os auxiliares às vezes dizem que a gente consegue resolver, porque a gente acaba resolvendo tantas coisas, que acaba parecendo que a gente resolve tudo. Mas tem coisas que fogem da nossa alçada”.

“A gente faz de tudo: faz barba, cabelo e bigode; lava, passa e cozinha (risos)”.

“É um faz tudo, é um cara que tem que correr atrás e se virar. É o faz tudo, desde problema de saúde, social, psicológico. O guarda-chuva tem que ser grande...”

“Você tem que ser muito organizada porque conseguir dividir seu dia entre as questões administrativas, as relações pessoais que tem um monte para você resolver entre os pacientes, as visitas, as consultas, a organização da agenda... Tem que ser uma pessoa muito organizada”.

A profissional de referência para a comunidade

As enfermeiras identificaram a si mesmas como aquela pessoa da equipe que é a referência para a coletividade, dada a postura de vínculo/acolhimento que possuem no exercício do trabalho. Uma característica marcante de seu trabalho seria a facilidade de acesso com que se colocam diante da comunidade.

“Tem que ser humana, saber se colocar no lugar do outro; ter empatia, ter comprometimento, responsabilidade”.

“O grande legal da Estratégia é que a gente tem contato direto com ele [paciente] e com a família; então a gente vincula muito”.

Você tem que gostar do que faz. Eu acho que você tem que saber entender o outro também”.

“O acesso é mais fácil com os enfermeiros do que com os médicos, até mesmo por conta do vínculo”.

“A gente tem que ser carismática também porque tem muitos pacientes que estão passando por conflitos emocionais, familiares, muito grandes e eles não tem uma rede social. Então eles acabam se apoiando muito na gente. A gente tem que dar um apoio para essa pessoa”.

“Precisa gostar de pessoas, porque a gente fica o tempo todo com o paciente. Tem que ter paciência, porque são várias queixas; você atende desde o bebê até o idoso, atende todos os conflitos familiares. Tem que gostar de se envolver nas histórias das famílias. Você vai à casa do usuário hoje, amanhã você vai voltar e encontrar o mesmo problema lá, às vezes. Então você tem que gostar de se envolver; tem que gostar desse vínculo”.

“Você tem que vir de peito aberto, desprovida de julgamentos, tem que estar disposta a ajudar mesmo e estimular no outro, plantar uma sementinha do cuidado, tornar a pessoa o mais independente possível, contribuir para que essa pessoa consiga ser melhor, ter uma vida melhor, sofrer menos, se cuidar mais, estimular a autonomia crítica num lado construtivo, uma educação permanente e com um olhar privilegiado”.

“Tem casos em que você não tem experiência nem embasamento, nem é da nossa área. Mas o usuário chega na gente por conta do vínculo”.

“Na ESF, você tem que saber lidar com as pessoas. Vom o tempo, você vai conseguindo melhorar. Quando vê, está fazendo um atendimento terapêutico que antes você achava que não era”.

“Ela tem ter um perfil de construir vínculo e de estar sempre disposta a enfrentar os desafios, qualquer que seja”.

“Tem que ser uma pessoa acessível, aberta para escutar, dividir e tentar ajudar. Tem que ter um vínculo muito forte, senão não consegue ter uma visão do tratamento, não consegue programar ou mudar uma realidade. No PSF é uma coisa mais forte essa acessibilidade para o paciente para ele se sentir à vontade para ele conversar, poder dividir e para você poder ajudá-lo. Tem que ser humana, tem que respeitar aquilo que o paciente está te passando. Aquela condição dele eu não vou mudar. Tem que respeitar, ter muita ética também”.

“A pessoa tem que ter bastante jogo de cintura e conseguir compreender a linguagem da população que está atendendo. Inicialmente tem que entender como é a cultura, qual é a base daquela população, o que ela tem de instrução, o que ela tem de conhecimento, qual é a linguagem dela, para tentar se comunicar de uma forma mais fácil”.

“A gente visita a casa deles, entra na casa deles, tem um vínculo com eles e não pode quebrar esse vínculo. Se eles abrem a porta da casa deles, você tem que abrir a porta da Unidade para eles também; é a sua obrigação”.

“Eles se identificam muito com o enfermeiro, eles sempre procuram o enfermeiro, eles vêm na Unidade e procuram:

‘Cadê o fulano?’. Então, às vezes quando eles têm qualquer coisa para resolver, eles vêm a minha procura”.

“Ele não é o ACS que mora na comunidade, mas tem grande vínculo com a comunidade; é obrigatório ter isso. Ele é um espelho para a comunidade. O cara que está cadastrado na sua equipe vem aqui e já vai te procurar. O ACS vai lá na casa dele e fala: - “Vai lá e procura o enfermeiro”.

Uma profissional com uma ampla gama de conhecimentos

As enfermeiras referiram a necessidade de deter um conhecimento amplo e atualizado na área das ciências da saúde, como também de ciências humanas.

“Ela tem que ter muito conhecimento técnico e teórico”.

“Você tem que saber realmente tudo, tem de saber um pouquinho de cada coisa. Você tem de saber de todas as idades; gestante, idoso. Isso demanda muito estudo; a gente precisa estudar o tempo todo e estudar coisas absurdamente diferentes. A gente precisa ter muita informação. É muito complicado; o tempo todo você precisa estar fazendo alguma atualização”.

“Precisa ter uma capacidade de interligar diversas disciplinas”.

“Ela [a enfermeira] é um trabalhador coletivo com instrumentos específicos, que são a consulta de enfermagem, o cuidado e os conhecimentos específicos. Coisas que os outros profissionais não têm; conhecimentos principalmente de gestão e administração, que nenhum outro profissional aqui dentro tem”.

“A gente precisa ter muita clareza de qual é a nossa visão de sociedade, de mundo, de saúde-doença; ter claro para si qual é nosso objeto de trabalho”.

“Boa vontade, criatividade, pró-atividade. Tem de ser uma pessoa que acredita naquilo que faz, tem de gostar do que faz, gostar de ser enfermeira. Tem de acreditar na Enfermagem saber o papel dela dentro de uma equipe e estudar muito, tem de ser muito estudiosa porque se você não souber daquilo que você está falando, seu paciente

não irá te respeitar, sua equipe não vai te respeitar, seus gerentes não vão te respeitar. Você tem de saber o que está dizendo e, se você não sabe, tem de ter energia para ir atrás, investigar, descobrir e resolver”.

“A gente tem que se apropriar do conhecimento técnico-científico”.

“Para mim [a enfermeira] é um profissional multifacetado, que procura entender um pouco de cada coisa, desde saúde mental, saúde infantil, saúde da mulher, né, agora, álcool e drogas, dependência química, que é uma coisa que a gente ainda tá muito defasada na saúde pública”.

“A gente precisa ter um olhar diferenciado; não lidar só com a doença, mas com os determinantes sociais. Porque a gente não vai só tratar dessa tuberculose, por exemplo, da doença; a gente precisa saber por que está acontecendo isso, ir atrás de redes de apoio”.

“Hoje eu me acho muito bem preparado porque eu sempre estou me atualizando, sempre buscando, estudando. Às vezes a gente até erra ali, mas já procura se corrigir. Chega em casa e vê: “Errei nisso, naquilo”. E o dia a dia vai preparando a gente; a gente nunca está sempre 100% preparado, mas vai tentando no dia a dia”.

Tem de saber trabalhar em equipe

Segundo as enfermeiras, atuar na ESF exige a habilidade de trabalhar em equipe, dada as características do modelo assistencial, que adota a discussão de casos, o compartilhamento do processo decisório, dentre outros.

“Tem que saber trabalhar em equipe, porque aqui a gente não faz nada sozinho; a gente trabalha com uma equipe multiprofissional bem grande. E a gente precisa deles para fazer nosso trabalho”.

“Saber reconhecer que até certo ponto você consegue e dali para frente você vai precisar do colega, de outro olhar. Essa construção a gente consegue fazer; é muito bacana”.

“As demandas não vêm assim: ‘isso é para tal, isso é para tal’. Vem a pessoa em si, como ela é, como ela se alimenta, como ela vive, como é o meio social dela, qual medicação que ela usa. Vem tudo junto. Acho que isso dá uma abertura muito boa, tanto do enfermeiro, como dos outros profissionais, para conversar”.

“Essa parte [trabalhar em equipe] é uma construção, tanto de você ser a enfermeira-chefe (risos) ou ser uma enfermeira uma enfermeira auxiliar do médico”.

O relacionamento em equipe foi considerado como **harmonioso** para a maioria das enfermeiras. Quando há dificuldades, cabe a ela negociar e resolver.

“De modo geral, o relacionamento na equipe é harmonioso. Depende muito da característica do enfermeiro também, de como ele é um líder da equipe, ir criando esse processo de harmonia na equipe”.

“Hoje eu posso garantir que eu faço parte de uma equipe, meu trabalho é considerado, minha opinião é considerada, eu sou valorizada e é isso uma das coisas que eu mais gosto na Estratégia. Eu realmente faço parte desta equipe multidisciplinar”.

“Vai entrar muito na questão da liderança, como falei para você, ela vai ser harmoniosa a partir do momento que a gente conseguir ter um diálogo com a equipe e com os outros profissionais”.

“Não vou puxar a sardinha para o meu lado e falar que [a enfermeira] é um profissional completo, porque o que completa são os outros saberes também: o trabalho em equipe, você ter a visão dos outros colegas também”.

“Aqui pelo menos eu não tive resistência de nenhum profissional; a gente procura trabalhar de forma bem harmoniosa”.

Uma profissional que tem certa autonomia

Com relação à autonomia no exercício do trabalho, os protocolos foram um tema comum; entretanto, as enfermeiras foram discordantes na forma como avaliavam as conquistas deles advindas.

Uma parte minoritária referiu que o protocolo garante autonomia satisfatória e que contempla o que de fato é o trabalho da enfermeira na ESF.

“A Estratégia dá uma possibilidade de autonomia, de coisas que você pode fazer. Têm protocolos que a gente segue, de todas as coisas que a gente pode fazer nas nossas competências. A gente pode prescrever e resolver muita coisa sem precisar necessariamente de uma avaliação médica”.

“Acho que a gente tem autonomia 100%; não dependemos de outros profissionais para fazer, não fica emperrando”.

“Eu tenho autonomia sim e me limito ao que eu posso fazer, ao que o COREN me permite, ao que o exercício profissional me permite. Por mais que eu saiba como fazer outras coisas, eu jamais farei. Lutei muito para ter o meu COREN e não vou perder”.

Eu me formei enfermeira, me formei para cuidar; eu não me formei pra prescrever e tomar decisões médicas. Se fosse isso eu teria feito Medicina. Não me incomoda nem um pouco [a limitação imposta pelos protocolos]. Incomoda é ter enfermeiro que quer que eu faça coisas que não me cabem e que não estão no protocolo, não dizem respeito ao que eu estudei.

“Eu vejo como boa a autonomia do jeito que está nos protocolos, só que às vezes os colegas acabam fazendo a mais; pedindo coisas que não são da nossa alçada ou competência. A autonomia é boa, desde que você se respalde para poder exercer essa autonomia. Não pode extrapolar, fazer além do que a tua profissão permite. Os usuários estão muito mais orientados do que há uns anos atrás; eles têm alguns canais para denunciar, reclamar. Então, a gente precisa ter muito cuidado com essa questão da autonomia.

“A gente tem bastante autonomia aqui na Estratégia; esse é o diferencial. Poder discutir os casos, fazer uma discussão do que a gente acha que precisa ser feito e isso

é levado em consideração, não é só a palavra do médico. A gente tem protocolos de medicamentos que pode prescrever, e isso é uma autonomia muito grande para gente”.

“A gente tem bastante autonomia, porque se a gente não tiver, não consegue fazer esse tudo que a gente faz. Se estiver esbarrando, aí a gente vai até o nosso limite ali. Se a gente tiver muito empecilho, não consegue fazer muita coisa”.

“O enfermeiro é autônomo. Aqui na Unidade a gente segue todos os protocolos. Nosso gerente é uma pessoa excelente, tranquilo, confia no trabalho da gente, dá apoio. A gente tem uma autonomia muito boa para trabalhar, para resolver os casos dos agentes de saúde, com os auxiliares. E até mesmo coisas que não são da nossa alçada a gente vai lá e resolve tranquilo, sem problemas”.

“A conquista, na Estratégia, se dá a longo prazo, é demorado mesmo. É uma construção diária. Então, o profissional tem que engolir toda ansiedade do que ele quer fazer e ir devagarzinho, porque senão ele se frustra. Tem que ir devagar, no ritmo da população, no ritmo da Unidade. Tem que ter bastante paciência, saber administrar o tempo”.

A maior parte das enfermeiras considera que **os protocolos restringem** suas ações e a capacidade de raciocínio clínico, de forma que sua competência técnica não é contemplada.

“Não pode ser uma enfermeira presa a protocolos. Nós temos protocolos para tudo! Só que a gente precisa ter esse senso crítico e precisa se sentir segura o suficiente”.

“Você tem uma autonomia no sentido de poder prescrever determinada medicação, mas o protocolo não te dá autonomia de julgamento. Se existe um grande problema na enfermeira de Saúde Coletiva é essa autonomia relativa”.

“Acredito que tem muito mais coisas que a gente poderia fazer e pelo protocolo, a gente não pode fazer. Daria pra expandir esses protocolos para a gente fazer coisas além do que a gente faz hoje. Muitas vezes eu me sinto muito presa a esses protocolos. Eu queria fazer mais, tenho o conhecimento para fazer mais, mas não posso fazer”.

“Embora o enfermeiro tenha uma boa autonomia, a maioria das pessoas lá fora não tem noção disso. A autonomia ainda precisa caminhar muito. Existe autonomia entre aspas, eu acho que falta um respaldo legal e até uma conscientização dos profissionais das outras áreas de que o enfermeiro tem capacidade e pode algumas coisas. Ninguém tirou do além, ninguém está fazendo o exercício ilegal de profissão”.

“Tem os protocolos que nos dão autonomia para fazer nossas consultas, mas ainda tem que melhorar”.

“Ainda faltam algumas coisas para a gente trabalhar com maior autonomia, que iria fazer muita diferença no quanto o paciente consegue confiar no que você está falando. Por exemplo, eu tenho que sair do meu consultório para pedir que o médico assine qualquer tipo de coisa. Acho que isso acaba com a minha consulta; eu detesto fazer isso. Eu fiz tudo e vou sair agora para alguém carimbar uma receita e voltar. Tem muita coisa que a gente faz o tempo todo e está escancarado que é da gente. As pessoas acabam tampando isso, sei lá porque. Acho que não inviabiliza, mas atrapalha”.

“Os protocolos engessam muito a Enfermagem, atrapalham nosso julgamento. Nós temos uma formação muito boa para fazer julgamento. A questão dos protocolos junto com a construção social de que nós somos hierarquicamente dependentes do médico atrapalha muito nossa capacidade de julgamento e até da gente se constituir como profissional, porque isso acaba deixando as próprias enfermeiras inseguras”.

“A enfermeira tem autonomia, muito mais do que em outro ambiente de trabalho. Mas em alguns pontos ela ainda está engessada em protocolos. O COREN barra muita coisa, às vezes o CRM cai em cima tentando vetar alguma coisa. Se comparar com hospital, não tem nem comparação a autonomia que a gente tem, mas mesmo assim é uma ilusão falar que a gente tem. Somos totalmente autônomos? Não. A gente ainda está subordinada a órgãos, a protocolos e conselhos”

“Uma questão que me chateia é ter que, muitas vezes, pela demanda do serviço – que não é pouca, você sabe! – a gente fazer receita e levar para o outro carimbar. Fazendo isso, você sobe e desce quinhentas vezes no dia; se você não fizer é pior ainda. É uma autonomia?! É, mas é uma coisa muito frágil”.

“Se a gente está nesse mundinho nosso, aqui dentro, não existe problema. Mas quem garante que o nosso usuário que transita aqui não vai para o outro lado da cidade, num especialista ‘X’, que às vezes a própria rede mandou, e vai com uma receita com um carimbo de um enfermeiro? Eu acho isso muito complicado. Dentro da Atenção Básica, acho que isso está claro, fora disso eu acho que é muito frágil mesmo”.

“Às vezes eu me rebelo, porque eu vejo que tenho conhecimento científico para poder tomar alguma posição, mas pelo papel que rege eu não posso fazer. Você fica querendo dar um passo para frente, mas você não consegue dar”.

Uma educadora em saúde

Outro aspecto mencionado foi a educação em saúde, incluindo a discussão de questões sociais e políticas.

“O nosso cuidado é pautado na educação em saúde, que é o principal instrumento da enfermeira. Ela é uma grande educadora em saúde e uma mobilizadora social”.

“A gente vai olhar mais para a saúde, para o processo educativo, para organização do cuidado e da família, para o apoio de conflitos de dinâmica familiar”.

“Quando eu estou sem médico, infelizmente eu sou o cara que vai falar o ‘não’, que ‘não tem’ e eu tento compartilhar esse não com eles. Não tem, não contratou, o que eu será que a gente pode fazer também? Eu sempre questiono essa parte política. Pergunto: ‘Em quem você votou?’ E eles dizem: ‘Ah, eu votei em qualquer um’. ‘Viu, e qualquer um não contratou’”.

5.2.3 A identidade para o outro segundo as enfermeiras

Esta seção trata da identidade para o outro e traz os resultados do questionamento feito às enfermeiras sobre como elas pensam que são vistas pelos outros profissionais da UBS e pela comunidade.

Coordenadora da equipe de saúde da família

As enfermeiras consideram que os demais profissionais lhes atribuem a função de **coordenadoras da equipe**, pois elas supervisionam o trabalho de outros profissionais, organizam as atividades e as informações, resolvem os problemas. Segundo as enfermeiras, por exemplo, só a presença física delas numa reunião já é capaz de organizar a equipe.

“A gerência da Unidade vê o enfermeiro como a peça piloto de coordenação das equipes. Quando precisa implantar qualquer coisa ou precisa fazer algo, ela chama a gente para ajudar”.

“Para os agentes comunitários, como a gente é responsável por eles, eles têm a gente como um contato mais direto”.

“Os ACS sabem que nós podemos auxiliar; sabem que a gente é responsável por eles”.

“Ela é vista mesmo como líder da equipe, sempre tem alguma coisa passando para gente, para conversar, para resolver”.

“Sou a enfermeira da equipe e às vezes [os outros profissionais] acham que tenho mais o papel de coordenação”.

“Os agentes e auxiliares de enfermagem têm na figura da enfermeira a coordenadora de equipe. Tanto é que quando às vezes a médica da equipe quer solucionar algum problema, quer ajudar, eles não gostam. Eles falam que quem tem que resolver sou eu, eu que sou a enfermeira, eu que sou a coordenadora”.

“Ela é vista como a coordenadora, a responsável. No final das contas, qualquer problema com essa equipe, com essa área ou com esse paciente, quem vai responder por isso é o enfermeiro. Todo mundo vê isso e reconhece esse papel, tanto médico, quanto os outros membros, os gerentes, os ACS, os auxiliares. Isso é muito claro”.

“O enfermeiro é inclusive chamado coordenador da equipe e é esse papel mesmo, de coordenação da equipe de Saúde da Família, não só da equipe de enfermagem”.

“Eles veem a gente como gerenciador mesmo: -‘Nossa, você não estava na reunião, nem parece que teve reunião!’ Então a gente coloca ordem mesmo na casa, acho que isso é muito da enfermeira, a gente tem que por muito limite nos outros, coordenar a reunião, isso é muito importante, sente feliz até”.

“Acho que sou vista muita como uma líder, gerenciadora dos conflitos, gerenciadora dos problemas. Quando tem problema às vezes eu estou em uma reunião e não preciso falar nada; só de estar na reunião elas se resolvem. Aí falo: ‘Está vendo gente, não fui eu que fiz isso, foram vocês que decidiram’. ‘Ah, mas quando você está parece que as coisas fluem melhor’. Então, as vezes a gente é vista muito como organizadora. Eu coloco as coisas em ordem; isso é o que eu faço com muita propriedade. Salas, equipes, folhas, impressos, problemas, atividades. Por se organizar, a gente consegue clarear os problemas para as pessoas e fica muito mais fácil de resolver”.

A profissional mais acessível da equipe

De acordo com as enfermeiras, elas são vistas pela coletividade como uma profissional acessível e disponível para a escuta.

“A comunidade sabe que chegando na gente ou no ACS é mais fácil pelo vínculo que você tem”.

“A enfermeira é aquela em quem eles podem chegar primeiro quando não tem coragem de falar com o médico. É uma porta-voz para levar para o médico muitas vezes. Eles veem que é uma pessoa que cuida e que eles podem contar e o médico é aquela pessoa mais difícil de ser alcançada. A enfermeira é aquela que está mais disponível, mais próxima, que pode escutar melhor”.

“Eu acho que eles me veem como uma pessoa que colabora no cuidado deles. E quando eles vêm para a consulta falam: - ‘Eu gosto muito de você porque você conversa muito com a gente, você orienta, você esclarece as dúvidas’”.

“A nossa avaliação é boa, porque o nosso termômetro aqui é o usuário e do enfermeiro tem pouquíssima reclamação. Eu vejo [que eles me vêem] como um profissional resolutivo, um profissional que tem uma

autonomia, dentro do possível, que é respeitado pelos médicos”.

“Eu vejo que a comunidade tem o enfermeiro como um indivíduo em que o acesso é mais fácil. Ele sabe que a hora que ele chegar aqui vai te encontrar. E mesmo que você não consiga dar uma solução para o problema na hora, você vai ter uma orientação, vai tentar sempre dar uma resposta para ele, nem que a resposta naquele momento seja não”.

“Você acaba sendo a referência para as famílias, para as pessoas”.

“A população acaba tendo a gente meio como referência, eles vêm e me procuram”.

“Quando eles entendem a consulta é uma relação legal, eles vêm e te procuram: - ‘Vim falar com você, estou com um problema em casa’. E quer discutir, quer conversar, falar dos problemas. Por tudo eles vêm e procuram a gente, sabe! É bem interessante, gostoso até”.

“Muitos até falam essa expressão, que eu sou como se fosse uma mãe (risos). O que eu percebo de maneira geral é que eles percebem que podem ser acolhidos por mim, independente da situação. É uma função acolhedora”.

“Para eles a enfermeira é a amiga, a confidente, a pessoa que você pode contar, que ele pode vir, que cuida”.

“É com quem você pode contar ali, porque a gente sempre vai estar aqui”.

“Ele vê como aquele com quem eu posso comunicar. É difícil eles não irem te procurar. Se eles querem alguma coisa ou estão precisando de alguma coisa, é mais difícil eles irem bater na porta do médico, eles vem me procurar e dizem: - ‘Estou precisando disso e disso, está acontecendo isso.’ Eles me veem como alguém que resolve”.

“Eles têm a referência, sabem que podem me procurar para várias coisas, para fazer consulta, ou para qualquer queixa, para qualquer ajuda”.

A profissional que resolve tudo

À função de coordenadora do cuidado e à postura de vínculo e escuta, soma-se a função de resolver tudo. As entrevistadas consideram que são a referência da equipe e da comunidade para resolver qualquer tipo de problema e necessidade, parecendo estar imbuídas desse senso de servir.

É muito aquela pessoa que resolve; tipo, “Ah, se não der certo, deixa que ela resolve”.

“Nos veem como uma rota de fuga. Por exemplo: - ‘Não consigo resolver isso, preciso do enfermeiro para me ajudar e é nele que eu vou!’. Às vezes não é nem algo que seja da Enfermagem, mas eles se apoiam no enfermeiro. Na minha opinião, eles veem o enfermeiro como alguém que tem autonomia para resolver aquele problema”.

“Muitas vezes eles vem direto, furam o fluxo da Unidade, pra falar com o enfermeiro pra tentar resolver algumas questões que não estão conseguindo resolver. Eles veem a gente como alguém que pode solucionar as questões de dificuldade, como apoio também”.

“A gente é como se fosse o faz tudo, aquele cara que nunca está parado, está sempre resolvendo alguma coisa, está colhendo o Papa, está fazendo o pré-natal, está fazendo o atendimento, não para. É um faz-tudo. Não existe nada que a gente não faça”.

Referiram sentir-se **sobrecarregadas de tarefas e responsabilidades**, o que por vezes inviabiliza realizar outras atividades que são de sua competência e que acreditam que deveriam fazer.

“A quantidade de famílias por equipe é grande, porque tem áreas muito vulneráveis. Não deveria ser um pacote; devia ser uma coisa um pouco mais centrada nas características da população”.

“Eu me sinto sobrecarregada em termos de responsabilidades; às vezes eu acho que a enfermeira assume responsabilidades que não são dela. Aí vou lá no documento norteador e vejo as atribuições do enfermeiro e: ‘Nossa! Isso daqui eu não faço! Isso daqui eu estou

deixando de fazer!’ E por que eu estou deixando de fazer? Porque eu sou tomada por outras demandas”.

“Com a mudança da agenda, a enfermeira ficou um pouco prejudicada porque não vai ter como fazer grupos, que eu achava bastante importante. A gente não consegue mais participar; então, eu acho que a gente perdeu bastante com isso”.

“E como eu ainda estou fazendo doutorado, é muita coisa, não dá tempo. Então talvez e espere passar o doutorado, vou tentar terminar este ano, para ter mais tempo para ver isso [filiação a entidades profissionais]”.

Na ausência do médico na equipe, assumem mais responsabilidades.

“O que mais a gente tem dificuldade é a rotatividade dos médicos, em todas as equipes. O enfermeiro acaba assumindo um papel a mais, né? Quando a gente está com a equipe incompleta fica mais difícil, e você está ali só apagando fogo; a demanda vem e você está ali só tentando achar uma solução”.

“Quando não tem médico na equipe, o enfermeiro sempre tem que ser o que vai dar um jeitinho pra alguma coisa, ele tem que arrumar alguma consulta, tentar encaixar em algum outro médico, fazer a ponte com a outra equipe”.

Uma “quase” médica

Segundo as enfermeiras, a comunidade as veem como “quase” médicas, pois podem resolver a maior parte das necessidades da população.

“Grande parte da população ainda me vê como um mini-médico. Alguns até questionam: ‘Ah, você é enfermeiro? Daqui a algum tempo você vai ser médico, né?’ Falta essa compreensão; eles acham que é um quase-médico.

“Quando eles veem a consulta eles já percebem: ‘Nossa, mas você pode fazer isso por mim, você consegue resolver algumas questões e não precisa do médico’. E a gente diz: ‘É’. E alguns falam: ‘Nossa, mas você é enfermeira mesmo?’ E fica nisso: ‘Ah, estuda mais um pouquinho que você vira médica’”.

“E também confundem muitas vezes com o médico e por mais que você diga que é enfermeira eles continuam chamando você de doutora”.

“Sempre vem aquela história: - ‘Mas quando você vai se formar doutora?’ Sempre! Às vezes a gente faz aquela consulta caprichada, aí vem: - ‘Mas falta muito pra você virar médica?’ Eles não sabem, não adianta...”

“Eles dizem:- ‘Mas você é tão boa, você devia ser médica’. Aí você vai explicar que não é médica, que também fez faculdade, mas eles têm muita dificuldade para entender”.

“Percebo que as pessoas de mais idade – não vou nem falar das pessoas que tem pouco estudo – mas as de mais idade, quando estou atendendo, viram para mim e falam:- ‘Você podia ser médica’. Aí eu explico que uma coisa é diferente da outra, que são profissionais diferentes. Já as pessoas mais jovens, é difícil elas fazerem esse comentário”.

“Por estar há bastante tempo aqui, há oito anos, aqueles pacientes que usam bastante [a UBS] já sabem”.

“Tem alguns pacientes que querem passar na consulta de enfermagem. Acho que isso também é um reconhecimento do papel, do trabalho que você faz, qual é a tua atribuição. Às vezes, o paciente está atrás de uma medicação e mesmo sabendo que muitas vezes o enfermeiro não prescreve, mesmo assim ele procura. Isso também é uma espécie de valorização do trabalho. É um reconhecimento, um estabelecimento de vínculo com o paciente, de confiança também. E isso se dá através do dia-a-dia, em que você demonstra qual é seu papel, qual a sua atribuição, para que você está ali. Que você também faz exame físico, faz anamnese e as orientações que você faz tem alguma importância na vida do indivíduo”.

“Eu tenho paciente que vem e se não tiver uma vaga comigo ele vai embora, porque ele não quer passar com o médico, ele quer passar comigo. Mas a gente o tem o inverso também: o paciente que chega e só tem vaga minha no dia e ele diz: - ‘Eu não quero passar com o enfermeiro, eu quero o médico!’. Eu acho que vão anos ainda para a gente conseguir mudar isso”.

“É muito confuso para o usuário. Eles dizem assim: - ‘Estude mais um pouco, você vai chegar lá’. ‘Você é enfermeira padrão?’ ‘Você pode fazer isso? Não é o

médico?’ Mas você pode fazer isso e não aquilo? Então, é difícil eles entenderem o que é o cuidado da enfermeira”.

Uma das entrevistadas sugeriu que os médicos acham que as enfermeiras aspiram ser médicas e por isso acabam delegando a elas parte do que eles não querem fazer. Algumas enfermeiras chegaram a relatar objeção em serem comparadas ao médico.

“E tipo assim: eu não estou tirando o lugar de ninguém, ninguém vai ficar desempregado, não estou querendo ser pseudo-médica. Até dificuldade de entender o que é meu, o que é seu. Embora eu esteja fazendo uma consulta, o foco da minha consulta é outro, não é o mesmo. Eu acho que esse entendimento é um limiar superpequeno entre uma coisa e outra”.

“Um dia eu tinha recebido uma aluna de fora que disse que eu estava consultando tão parecido com uma consulta médica. ‘Não repita isso nunca mais, você está achando que está elogiando e não está! Pelo amor de Deus, não repete isso nunca mais!’ Aí eu falei para ela: ‘Vou fazer outra consulta, [você vai] junto comigo, aí eu vou te mostrar ponto a ponto que não é’”.

“Eu vejo que eles [médicos] acham que a enfermeira quer ser médico e que a enfermeira não está capacitada para fazer isso. Se passa em consulta, o médico diz: - ‘Agora volta com a enfermeira que ela pede o exame’. Para não ter que preencher o papel, entendeu? ‘Ah, vai com a enfermeira que ela te orienta sobre a mama’. É uma coisa assim: ‘Ah, tá, eu atendo e faço a minha parte e ela faz o auxílio. Aquela parte que eu não quero’...”

Uma parceira na equipe de saúde da família

As enfermeiras entrevistadas acreditam que são vistas como parceiras pelos demais profissionais de nível superior da equipe. Julgam que o relacionamento com os médicos é bom quando esses têm perfil para trabalhar na ESF.

“Os médicos valorizam muito o nosso trabalho aqui, e eles veem a gente como um parceiro. Os profissionais do NASF, acho que eles também têm essa visão, da gente

como um profissional para agregar, não para tapar buraco”.

“A visão dos médicos é de uma colega de trabalho que tem suas especificidades e com a qual ele vai compartilhar algumas questões que ele também não dá conta”.

“O enfermeiro é aquele profissional que não está ali só para vistoriar, só para delegar, mas também para dar o apoio que eles precisam pra resolver as outras atividades. Eles veem o profissional da enfermagem com alguém que está ali para dar apoio, um suporte, uma segurança maior ali no atendimento”.

“A equipe vê a enfermeira mais focada no cuidado. Eles falam pra mim, por exemplo: - ‘Olha, o paciente está com uma ferida assim’. Vai mais para o lado do cuidado”.

Uma das entrevistadas referiu que trabalhar em equipe ainda é uma dificuldade, pois se desconhece o que os outros profissionais fazem.

“Trabalhar em equipe não é fácil. A gente não sabe direito o que o outro faz; o trabalho não está claro ainda. Até a gente não sabe as vezes. ‘Espera aí, o que é isso que estou fazendo?’” Às vezes falo para mim mesma: ‘Acho que eu não sou enfermeira, não; acho que sou [auxiliar] administrativo!’”

Entretanto, algumas enfermeiras relataram a **dificuldade em trabalhar em equipe com o médico**.

O médico não é formado para trabalhar em equipe; é uma coisa sempre difícil quando você vai discutir com eles. Imagina um recém-formado, que está achando que vai salvar o mundo, que sabe tudo e tem que trabalhar com uma enfermeira que faz as atividades muito próximas ao que ele faz, mas com outro foco. É bem difícil esse relacionamento, mais ainda quando eles não têm o entendimento do que está acontecendo.

Uma profissional desconhecida e desvalorizada

Algumas enfermeiras julgam que muitas vezes seu trabalho é desconhecido e desvalorizado, parecendo haver uma dificuldade tanto para que definam sua própria especificidade quanto para o entendimento por parte da coletividade.

“Acho que não é claro o que é a enfermeira, o que que ela faz exatamente, qual é o papel dela”.

“É difícil para a gente também explicar o que faz. As pessoas perguntam: - ‘Mas o que você faz?’ Para as pessoas leigas, quando você diz: - ‘Eu faço pré-natal’. ‘Mas enfermeiro faz pré-natal?’ Aí você parte do zero para explicar tudo”.

“É difícil para eles entender o papel. Se nem a gente entende direito...”

“Quando eu falo que eu sou enfermeira, por exemplo, na minha roda de conhecidos, a primeira coisa que se fala: - ‘Nossa, parabéns!’.” “Parabéns por quê? Por que parabéns?” (risos). Então assim, não acho que mudou muita coisa, não. Acho que tem muita coisa pra mudar e acho que é uma questão cultural mesmo, sabe... Da caridade, a enfermeira vista como: ‘Ai coitada; pôxa’. o que você ouve é isso ‘Nossa, coitada!’ Eu não sou coitada, muito pelo contrário, eu sou feliz.

“Em alguns momentos infelizes, a gente não se acha tão reconhecida pela importância do nosso papel. Mas de certa forma, quando você faz as coisas corretas, quando você se doa, quando você está fazendo o que gosta, se esse reconhecimento não vem agora, vem depois: é consequência. Às vezes você sente tristeza por não ter o reconhecimento que teria, mas, ao mesmo tempo, você se sente em paz porque está fazendo o melhor que pode fazer”.

“A grande maioria da população ainda não reconhece o trabalho do enfermeiro e não valoriza a consulta de Enfermagem. Num primeiro momento, quando nunca passaram [em consulta de enfermagem], eles dizem: - ‘Nossa, mas eu vou passar com um enfermeiro? O enfermeiro vai fazer o que por mim? Não vai resolver o meu problema’”.

“Foram entrevistados alguns usuários [pelos estudantes de Medicina] e perceberam que eles realmente

desconheciam o trabalho do enfermeiro. Eles pensam que a gente tem o papel de triagem. Ele pensa que vai vir na consulta e dizer: - 'Eu estou com isso, isso e isso', 'Ah, então você vai lá e passa com o médico'. E na realidade não é essa a finalidade; a grande maioria dos casos a gente consegue resolver com as nossas competências".

"Os usuários praticamente não sabem distinguir, alguns sabem a nossa importância e outros têm dúvidas".

"Eu sofri tanto no início... mas depois as pessoas já estavam acostumadas com aquilo [as consultas com a enfermeira]. Não sei se elas aceitavam, mas já estavam acostumadas".

"A gente está fundando esse conceito junto com a população, do que é um enfermeiro, do que o enfermeiro faz".

De acordo com as enfermeiras, a população **desconhece as diferentes categorias profissionais da Enfermagem** e suas atribuições. Algumas vezes, a enfermeira é confundida com outros profissionais da saúde.

"Mas mesmo você fazendo consulta de pré-natal, puericultura, eu acho que eles não conseguem identificar a diferença do auxiliar para o enfermeiro. Acho que a dificuldade emperra aí, porque todo mundo que usa avental branco é enfermeiro".

"Acho que eles não entendem muito, porque para eles todo mundo é enfermeiro; a equipe toda é enfermeiro. O auxiliar é enfermeiro, o técnico é enfermeiro, o enfermeiro é enfermeiro".

Você está fazendo uma consulta que é muito parecida com a consulta médica em algumas situações; então eles acham que você é médico também, ou psicólogo.

Segundo as enfermeiras, existe **desconhecimento e desvalorização inclusive por parte dos demais profissionais da UBS**, ou mesmo da equipe.

“Os próprios profissionais da recepção às vezes dizem: - ‘Ah, tem consulta com a enfermeira, serve?’ Tipo... é o que temos para hoje”.

“Alguns profissionais têm dificuldade de saber qual é o papel do enfermeiro. Os ACS têm um pouco de dificuldade para entender, mesmo a gente explicando. Do NASF eu não sei te falar se eles sabem realmente. Os médicos da minha equipe sabem o que o enfermeiro faz, mas têm algumas dúvidas com relação a protocolos, o que pode ou não pode fazer”.

“Para os agentes comunitários não há clareza da identidade da enfermeira, porque há muitas coisas que eles solicitam que a gente vê que estão confundindo nosso papel com o do médico”.

“Quanto mais separado do trabalho ou quanto menos direto, mais dúvidas”.

“A gente começa a ter um certo desconforto com os ACS, que é quem mais se aproxima da população, de não entender o papel do enfermeiro. A gente já pensou e repensou como explicar para eles entenderem o que a gente faz. E é bem difícil deles conseguirem entender. Onde esbarra? Qual é o problema? Onde que eles não entendem? Inclusive, a gente já colocou eles para assistirem consultas nossas: ‘Senta aqui para você ver o que eu faço’. Mas a relação mais difícil que a gente tem aqui são com os ACS, de não entender o que a gente faz”.

Dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras no desenvolvimento do trabalho, segundo a própria percepção

As dificuldades que as enfermeiras relataram enfrentar no desenvolvimento do seu trabalho foram: a falta de recursos físicos e materiais, e estrutura de rede; a existência de metas assistenciais e a falta de uniformidade das ações entre os enfermeiros.

Consideram que há escassez de recursos físicos e materiais e de estrutura de rede. Especialmente este último item pareceu ser um motivo de sofrimento emocional/psíquico para as enfermeiras, o que poderia desmotivar a continuidade em trabalhar na ESF.

“Existe um problema grande de estrutura da Unidade porque ela não comporta todos os profissionais para prestar um atendimento de qualidade, da forma como você quer. Tem um mapa de salas que você tem que preencher antes de fazer o atendimento senão você não acha sala. Às vezes falta uma balança, fita métrica. Tem muitas vezes que a gente tem que usar aparelho de pressão de casa.

“Faltam recursos, falta material, às vezes falta alguma medicação que é importante para o paciente. Aí a gente fica de mãos atadas, e isso acaba afetando diretamente a assistência”.

“Aqui é a questão do espaço físico. Tem muita coisa que eu gostaria de fazer e não consigo porque não tenho possibilidade, por conta de que aqui a gente tem muito residente, muito aluno, residente de Enfermagem”.

“Tem o problema de ter muito profissional, tem residente da Enfermagem, da Medicina, tem os profissionais de NASF e a gente tem pouca sala. Tem a questão de ter algumas salas que são insalubres para atender, principalmente o curativo, a sala de procedimentos de enfermagem, medicação, a sala de acolhimento. São salas que não têm ventilação, não têm janela; então, são salas muito quentes. Faltam medicamentos também, é uma coisa que impacta”.

“O que dificulta muito é a falta de rede, a falta de encaminhamento para o caso grave. É essa questão de que no papel tem apoio, mas na prática você não tem apoio”.

“Dificulta as questões das redes. As redes são muito pobres. Devia ter mais ONGs, da gente poder contar mais com os trabalhos nas escolas, para ajudar mais nesse cuidado, de fazer parcerias”.

“Eu procuro seguir os princípios do SUS, eu gosto muito de cuidar e de atender. Mas também chega uma hora em que a gente cansa, porque são sempre as mesmas questões, de não ter soluções para elas, não ter para quem encaminhar e não ver resultado. Para algumas coisas a gente tem muito resultado e para outras continua e não sai do lugar, não tem resultado, não tem rede, não tem nada. Eu acho que a gente tem vencimento aqui”.

“São muitas as dificuldades. A principal é que falta resolutividade por problemas da rede. A gente não sabe mais o que faz com algumas famílias. Já discutimos o caso no matriciamento, mas é muito complicado; não se resolve, não tem mais o que a gente fazer”.

“A gente sofre. A gente tem muitas questões em relação aos pacientes e não tem com quem compartilhar; não tem saúde do trabalhador”.

Eu lido com muitas questões sociais. A área é bastante vulnerável, tem questões que a gente não consegue mexer, porque são questões sociais: a falta de dinheiro é muito grande, as pessoas moram em casas que não tem muitos recursos. Então, às vezes a gente se sente um pouco frustrada e precisa trabalhar isso dentro da gente.

Outra dificuldade apontada pelas enfermeiras foi a existência de metas assistenciais estabelecidas e cobradas pela Prefeitura. Para elas, a ênfase no aspecto quantitativo em detrimento do qualitativo oculta a visibilidade de um trabalho importante realizado por elas, mas que não pode ser quantificado. Além disso, o esforço para o alcance das metas “numéricas” dificulta ou inviabiliza o desenvolvimento de atividades que julgam inerentes a seu trabalho.

“As metas também influenciam muito. Hoje as metas são em números. Às vezes você fica muito mais voltado para isso: quantas consultas fez, quantas visitas fez; nós e os agentes. Acho que a forma como é avaliado limita, porque é mais voltado para o quantitativo do que para o qualitativo. Tem que ser um pouco de cada, quali-quant”.

“O cumprimento de metas é o que atrapalha bastante. Temos metas de visitas, metas de consultas e tem um trabalho muito necessário de ser feito no território que a gente tem que fazer depois do horário.”

“O que dificulta de um ano e meio pra cá é meta de visita, meta de consulta... Às vezes você vai na casa do paciente e chega a ficar duas, duas horas e meia lá. Mas eu não posso ficar duas horas e meia. Mesmo que a dona Maria esteja chorando, eu tenho que ficar meia hora, senão eu não vou bater a meta de visita”.

“Outra coisa que me chateia é a cobrança por metas, por uma produtividade quantitativa e não qualitativa. A gente tem consciência que faz um bom trabalho, mas não é uma coisa quantitativa. Às vezes você pega uma família com vários problemas, vai te demandar muito tempo. As intervenções, a escuta, e você não tem como mensurar isso”.

“No início, você tem que estar mais junto com o residente, você tem que atender em algum momento junto com ele, avaliando a bagagem com que ele entra. Isso te onera um pouco mais de tempo: a gente atende a cada 20 minutos e com residente você passa a atender no início em 40, depois a gente diminui para 30 a consulta. Isso tem um impacto nos atendimentos e lá na frente vai te prejudicar na produção”.

Segundo as enfermeiras, outra dificuldade é a falta de uniformidade entre as ações dos enfermeiros, entre os protocolos dos enfermeiros nas distintas OSS que gerenciam a ESF no Município.

“Eu sinto uma falta de consenso entre as equipes, não que cada equipe vai trabalhar igual a outra, mas tentar afinar um pouco a questão do atendimento ao usuário, porque é muito diferente, cada equipe parece que funciona como um feudo”.

“Cada hospital tem um protocolo diferente do outro, Cada OSS também. A OSS em que eu trabalhei anteriormente teve um protocolo que foi para câmara técnica do COREN justificando a necessidade do enfermeiro poder pedir mamografia, foi aceito e lá os enfermeiros podem pedir a mamografia embasados pelo protocolo. Aqui não, só que aqui a gente não fez o movimento ainda e eu vejo que é uma necessidade”.

“A classe das enfermeiras não é uma categoria unida, porque poderia fazer uma discussão mais ampliada pra conseguir mudar isso, pela própria construção histórica da enfermagem não é verdade?”

Mudanças na identidade profissional da enfermeira, segundo elas próprias

As enfermeiras foram questionadas a respeito de como percebiam a identidade profissional da enfermeira atualmente, em comparação a períodos anteriores, sem contudo especificar um período determinado. Algumas delas creditam que houve mudanças para melhor, no sentido de a identidade hoje ser mais compatível com o trabalho que a enfermeira faz. As mudanças na identidade profissional foram atribuídas ao desenvolvimento profissional da enfermeira, ao modelo assistencial da ESF e às conquistas sociais das mulheres.

Com relação ao desenvolvimento profissional, as entrevistadas referiram que a enfermeira foi se capacitando academicamente, foi inovando e conquistando seu espaço na divisão social do trabalho.

“Eu acho que a própria profissão. A enfermeira foi correndo atrás de querer estudar, querer se aperfeiçoar. Acho que o que tem contribuído bastante foram os estudos, as pesquisas, cada vez mais na área da Enfermagem tem contribuído bastante para essa mudança, essa autonomia que a gente está vendo. Até mesmo a questão da nossa graduação”.

“Porque eu tenho que ser robozinho, seguir exatamente a prescrição médica? A inovação, o espaço que o enfermeiro conquistou, até para avaliação de feridas, de ostomias, em várias áreas!”

“A gente ainda não tem o ‘eu enfermeiro’, mas acho que a gente tem mais autonomia. A enfermeira hoje é muito menos subalterna e mais resolutiva. A gente tem menos medo de dar a cara a tapa e dizer: ‘Olha, isso é meu’. Antigamente era o que deixavam para a enfermeira; hoje é o que é nosso”.

“Anteriormente, o enfermeiro era visto como um profissional braçal mesmo: o profissional do curativo, da vacina, de medir a pressão. Não que isso não seja uma atribuição do enfermeiro também; ele também precisa saber fazer um curativo, puncionar uma veia, orientar. Hoje em dia não. Hoje você vê o enfermeiro como o profissional que tem a parte científica, ele estudou, tem embasamento científico nas suas ações, consegue discutir com outros profissionais também de nível superior o porquê das coisas, o porque de determinada medicação, porque de determinado curativo. Então eu

vejo dessa maneira, o enfermeiro mais empoderado na profissão”.

Para uma das enfermeiras, a mudança da identidade profissional é decorrente de conquistas de outras profissões, dado que a enfermeira sempre foi muito submissa.

Acho que foi a luta dos outros profissionais que melhorou para a Enfermagem. Nós sempre fomos muito submissas. Aquele perfil antigo não é compatível com a Estratégia, mas nós ainda temos muito que caminhar. A mudança da identidade ainda está em construção.

Algumas enfermeiras mencionaram a existência de algumas imanências de períodos anteriores sobre a identidade profissional das enfermeiras, embora acreditem que esteja havendo uma mudança desse panorama.

“A visão de alguns era que o enfermeiro era auxiliar do médico e hoje mudou um pouco. Mas, no começo, quando a gente entrou, eu escutei essa fala. Hoje trabalhando mais certinho, não; a gente trabalhando junto, o pessoal vendo que a gente está junto e é difícil escutar essa fala”.

“Ainda a gente vê muitos pacientes que levam pelo lado pejorativo a profissão, que levam pelo lado da prostituição, para o lado do homossexualismo; alguns ainda têm algum tipo de preconceito”.

As características do novo modelo assistencial possibilitaram uma reconfiguração do processo de trabalho na ESF e no trabalho da enfermeira. Antigamente, tinha caráter mais administrativo, hoje conquistou maior legitimidade na assistência e maior horizontalidade das relações. Entretanto, tais mudanças possam ter um viés da racionalidade dos custos com profissionais.

“Eu acho que é a própria Estratégia, pode ser por questões de valorização profissional, pode ser por questões de custo. O enfermeiro custa menos que o profissional médico, por exemplo”.

“As mudanças foram por conta do serviço, do conhecimento mesmo e a forma como a gente foi tomando conta do espaço”.

Na Atenção Básica, a enfermeira ficava muito mais em questão burocrática do que diretamente na assistência. A Estratégia possibilita essa autonomia principalmente através da consulta de Enfermagem.

“A Estratégia Saúde da Família é uma coisa que veio para aumentar a autonomia e para que a gente fosse buscar conhecimento, para gente não ficar naquele marasmo de tocar plantão, tocar serviço”.

“Os enfermeiros faziam procedimentos e não registravam no prontuário. Então, eu entendia assim: o que eles faziam? Porque não mostravam o que era feito, não registravam nada em prontuário. Eles não faziam atendimento; faziam a parte mais administrativa. Não tinha planejamento, não tinha reunião em equipe”.

“O Programa Saúde da Família potencializa esse processo em relação principalmente à horizontalidade das relações, a relação da hierarquia e da tomada de decisão em relação ao cuidado com o paciente”.

“Acredito que seja a Estratégia Saúde da Família, porque você tem metas a cumprir, tem indicadores a cumprir, tem acompanhamento. Acho que a diferença é muito mais em relação ao acompanhamento, o vínculo, a proximidade com a comunidade.

“Os enfermeiros de Estratégia Saúde da Família vão ter que ir se apropriando desses conhecimentos e, uma vez que você detém conhecimento, fica muito mais fácil você se posicionar, até para a parte médica. O conhecimento é importante, você ter embasamento para falar, para discutir um caso, para dar sua contribuição para aquele caso”.

Segundo uma entrevistada, as conquistas sociais das mulheres também contribuíra para a mudança na identidade das enfermeiras.

“Acho que tem todo um contexto histórico da mulher. A maior parte dos profissionais são mulheres. Tem um contexto da mulher ser submissa e que foi mudando, a gente foi tendo mais autonomia por conta dos novos programas e das novas propostas. A gente foi ganhando

um pouco de reconhecimento e de espaço no mercado [de trabalho]”.

Já alguns dos entrevistados referiram desconhecer as gerações anteriores e que não sabiam comparar a identidade da enfermeira de hoje com épocas passadas.

“Olha, não sei te falar isso, até não conheço as gerações anteriores, mas acho que vem de cada profissional, acho que o profissional que tem vínculo com a comunidade, que tem um trabalho a ser feito, a desenvolver, pela pessoa que está ali para resolver os problemas, tranquilo. Agora eu não posso te falar das gerações anteriores”.

“Não sei muito bem como comparar antigamente com o hoje, sei que hoje tem muito mais enfermeiro ruim do que antigamente”.

5.2.4 A IDENTIDADE PARA O OUTRO, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DO NASF

A seguir serão apresentados os resultados das entrevistas realizadas com os profissionais do NASF, de acordo com o roteiro (Apêndice C).

Líder da equipe e responsável por ações de gerenciamento

Ao serem questionados sobre quem é a enfermeira e o que ela faz no cotidiano do trabalho em saúde, foi unanimidade entre os profissionais do NASF que a enfermeira é a líder da equipe da ESF, a responsável pelo gerenciamento da UBS, da equipe e do cuidado. O gerenciamento foi considerado uma atividade inerente à prática profissional da enfermeira e a liderança foi mencionada entre as habilidades gerenciais que são requeridas para executar adequadamente suas funções. Para os profissionais do NASF, a enfermeira é considerada a **profissional “chave”** nas equipes da ESF, como mostram os excertos a seguir:

“Eu vejo a enfermeira como a peça principal da equipe”.

“A enfermagem é o arrimo da equipe Saúde da Família. Apesar da soberania, do empoderamento médico, todo esse histórico, eu acho que a Enfermagem hoje em dia está ganhando campo”.

“...a enfermeira em si sustenta a equipe Saúde da Família”.

“A enfermeira é a líder, pelo menos deveria ser a líder da equipe”.

O **papel gerencial** da enfermeira é destacado como inerente a sua prática profissional:

“O papel mais fundamental da enfermeira dentro da equipe de Saúde da Família é coordenar a equipe”.

“Na ESF eu vejo que as enfermeiras tem muito o papel de liderança dentro das equipes, mais que os médicos, muitas vezes”.

“... trabalha muito a questão do processo de trabalho, porque ela tem uma visão ampla, consegue trabalhar com a supervisão do trabalho do ACS, as visitas domiciliares”.

“Acredito que a enfermeira seja uma peça principal na questão administrativa da equipe, para o planejamento de escala de horário, escala do médico e do enfermeiro, para organizar o trabalho dos ACS. Então me vem uma questão bem administrativa dentro da equipe. Eu acho que o principal administrador da equipe é o enfermeiro”.

“Ela faz também a organização dos trabalhos, bastante organização da equipe; na realidade é ela quem faz funcionar a equipe porque ela flutua menos; é uma das mais estáveis da equipe. Acho que o grão, o centro, a gestão do trabalho da equipe fica na mão da enfermeira, no final das contas”.

“Tem o papel de coordenação dos ACS e dos outros profissionais de Enfermagem, os auxiliares de Enfermagem. São responsáveis por vacinas, de acordo com os protocolos”.

“A enfermeira tem uma visão gerencial, administrativa, de formação mesmo, que não acontece nas outras faculdades isso. A gente não vê isso na formação de fisioterapeuta, do psicólogo, do médico, [dos profissionais] das outras áreas da saúde”.

Muitos consideram uma atribuição da enfermeira a **coordenação da equipe**, embora a legitimidade de tal função tenha sido questionada em alguns casos:

“Como a enfermeira de fato é coordenadora da equipe, os ACS a veem um pouco como chefe. Existe uma relação hierárquica que acho que é necessária porque tem que ter alguém com o papel assimétrico dentro da equipe. Acho que eles a veem um pouquinho como chefe – com tudo de bom e de ruim que tem em ser chefe. Para os outros profissionais, acho que a gente compõe muito como parceiro, é bem um trabalho de parceria”.

“[Ela] tem que ter liderança sem aquele tom autoritário. Tem que saber ouvir os dois lados da moeda, mediando conflitos o tempo todo, tanto dos pacientes, quanto da própria equipe”.

“Às vezes eu acho que tem algumas que se colocam nessa posição meio de ‘chefinha’ perante a equipe. A partir do momento que você deixa essa pequena gestão dentro da UBS, que é o enfermeiro na relação com os ACS e com as auxiliares, eu acho que fica meio hierarquizado”.

“Estamos numa sociedade capitalista e isso é inevitável, né? Quem ganha mais é considerado mais na hierarquia. Função tem a ver com formação e tem a ver com a sociedade capitalista, em que poder, imagem e dinheiro estão intrinsicamente relacionados. O ACS fica em uma posição em que tem que obedecer, tem que prestar contas e se fizer alguma coisa de errado... Fica uma coisa meio paternalista muitas vezes na relação do ACS junto ao enfermeiro. O técnico e o auxiliar já é menos, mas também devem prestar contas ao enfermeiro. E com o médico, vejo algumas relações de enfermeiro-médico onde o enfermeiro sente que tem que prestar contas”.

Conquanto exerça uma atividade gerencial na equipe e na Unidade, os profissionais do NASF consideram que a enfermeira também deve **saber trabalhar em equipe**.

“Tem que saber trabalhar em equipe multiprofissional, tem que ser uma pessoa com um bom vínculo com as pessoas”.

“... trabalhar em equipe, predisposição para a escuta, a troca, disponibilidade ao aprendizado, em relação a outras categorias profissionais também. Tem que ter uma posição de liderança”.

Outras **habilidades gerenciais** mencionadas foram: a organização do trabalho, a mediação de conflitos, a escuta qualificada, o levantamento de necessidades de saúde e o gerenciamento do cuidado.

“Tem que ter pró-atividade, organização. Tem que ser uma pessoa organizada, organizada no papel mesmo, com agenda”.

“Tem que ter muito espírito de liderança, ter muita flexibilidade porque são espaços extremamente de negociação dentro da equipe e de negociação com os usuários”.

“Quando a gente pensa no cuidado e no cuidado centrado no doente, no usuário, não na doença; acho que tem que ser muito flexível, tem que ter muita criatividade, porque a gente trabalha num ambiente com pouco recurso material”.

“Tem que ser uma pessoa centrada, dedicada e flexível. Tem que ter um jogo de cintura, muita calma, porque ele está à frente de muita coisa. Saber ouvir, perceber as dificuldade da sua equipe, como as pessoas que estão na sua equipe, um olhar para as diferenças de cada um, inclusive dos pacientes Predisposição da enfermeira com o trabalho mais com a população”.

“... a enfermeira vai tentar resolver os conflitos e todos os problemas ou de alguma forma vai dar um acolhimento diferenciado do que talvez o médico faria”.

“Lida muito com as pessoas, com o processo de trabalho da Unidade, a escala de trabalho, a cobertura”.

“Outra coisa que a enfermeira faz são os diagnósticos de área”.

“Outra coisa é a coordenação de cuidado também, de organização de lista de acamado, de necessidades, acho que tudo isso a enfermeira faz e faz bem”.

Entretanto, algumas vezes a **prática profissional da enfermeira** mostrou-se algo **desconhecido** pelos profissionais do NASF. Um dos entrevistados, que tinha cinco anos de atuação no NASF, admitiu que quando recebeu o convite para participar da pesquisa, pensou consigo mesmo que desconhecia o trabalho da enfermeira na ESF e que deveria procurar se informar. Entretanto, reavaliando o assunto, decidiu que sua participação seria importante, pois seu desconhecimento poderia ser um achado da pesquisa.

“Eu fiquei até meio com um sentimento de culpa porque não sei tanto o que a enfermeira faz em termos de procedimento, de intervenções”.

“A impressão que eu tenho é aqui é um lugar mais indeterminado do enfermeiro. Ele é obrigado a dialogar, ter essa visão da integralidade, olhar de uma maneira mais ampla. Eu vejo que os enfermeiros que vem para cá e que depois voltam para o hospital e porque eles gostam de uma coisa mais determinada”.

A enfermeira como uma referência para a coletividade

Para os profissionais do NASF a enfermeira é uma referência para a equipe e a coletividade. É aquela que está mais disponível para acolher e direcionar as demandas que lhe são trazidas pelos usuários.

“Eu acredito que é uma profissional de apoio; ela é apoiadora. Ela tem um poder muito grande em relação ao vínculo com os usuários no território, é um diferencial do trabalho do enfermeiro. Acho que ela é vista como o principal símbolo do vínculo com os usuários”.

“Ela tem que ter escuta, ser humanitária para trabalhar no coletivo”.

“Elas são mais disponíveis. Os médicos às vezes são um pouquinho mais rígidos: -“Não posso atender, não posso atender.” Ou: - “Vou embora às cinco horas, vou embora”.

às cinco horas”. A enfermeira vira e mexe se dispõe a ficar um pouquinho mais porque ela entende que aquele caso precisa; ela sabe essa pessoa não dá para deixar para amanhã. - “Essa pessoa eu preciso ver hoje.” E os outros profissionais acabam percebendo isso.

“Com a Estratégia, como a equipe conhece muito bem o território e são muito próximos, então as pessoas acabam confiando mais e entendendo mais o papel da enfermeira. As enfermeiras são referência para os pacientes por serem mais acessíveis. Se às vezes estão com algum problema, eles vêm procurar a enfermeira”.

“Tem que ter uma boa escuta porque ela vai ouvir de tudo, todos os tipos de problemas. Tem que ser muito disponível também, porque a população procura muito e demanda muito”.

A enfermeira como profissional que presta assistência em todos os níveis de atenção

Também foi possível identificar a percepção de que a enfermeira é habilitada a prestar assistência à saúde em todos os níveis de atenção, a todas as faixas etárias.

“Dentro da Atenção Básica ela tem várias funções e trabalha nesses três meios: na promoção, no curativo e na reabilitação dos casos graves. Acho que ela tem um espaço importante para atuar na prevenção e na promoção e isso é aqui com a população”.

“Vejo que ele atende algumas demandas, intercala atendimentos, infantis por exemplo, de puericultura, de gestantes, junto com o médico. O enfermeiro está à frente do acolhimento, como o médico. Além das consultas e visitas domiciliares periódicas aos pacientes e do apoio em grupos, o enfermeiro consegue participar bastante de atividades educativas, que para o médico é um pouco mais restrito”.

“Tem a expertise da profissão. Tem que ter competência técnica, acho que isso vem antes de qualquer coisa”.

“Faz muita coisa. Ela tem uma ação bastante assistencial. Diante do que eu entendo que deveria ser, um pouco de

prevenção, um pouco de educação. Eu acho que ela está fazendo assistência a maior parte do tempo”.

“[Faz] o atendimento da população, pois muitas queixas são resolvidas pela enfermeira. Os trabalhos de prevenção também são fundamentais em todas as faixas etárias. Quando eu penso nas doenças crônicas eu acho que elas fazem um trabalho bastante bom de prevenção de doenças vasculares em diabetes, de adesão ao tratamento nas doenças crônicas.

“Tem os atendimentos que elas fazem, os exames que elas colhem”.

A enfermeira como a profissional em busca de maior autonomia

Segundo os profissionais do NASF, na AB o âmbito de atuação da enfermeira expandiu-se e a profissional vem conquistando uma maior credibilidade. Entretanto, é frequente a comparação com as atividades e o perfil médicos.

“Uma coisa que ajuda é que no PSF o enfermeiro pode fazer mais coisas que em outras instituições, como pedir exames, checar exames. Acho que isso aumenta a credibilidade do papel da enfermeira como alguém resolutivo”.

“Pelos contatos que eu tive com enfermeiras que trabalhavam em psiquiatria, eu percebi que elas são mais proativas. E aqui no PSF nem se fala!

“De uma maneira geral as enfermeiras são bem proativas, bem independentes. Mas isso depende da postura da enfermeira”.

Ela também tem que saber administrar o fato da população resistir em passar em consulta com ela, explicar isso para os usuários e fazer uma consulta que faça sentido também para os usuários, para justificar isso.

“Há uma série de variáveis que repercutem na autonomia da enfermeira: a formação dos outros profissionais que estão com ela, a própria formação dessa enfermeira, o que ela traz de bagagem das instituições de ensino superior e que a respalda, o que ela tem como vivência e também o que ela tem por objetivo de trabalho”.

“Mesmo que o enfermeiro tem essa capacidade de mudar alguma coisa, ele não vai mudar nada sem falar com o médico, ou se não for bom para a equipe ou algo do tipo. E acho que há autonomia dentro do atendimento, dentro das funções das visitas e acho que algumas prescrições o enfermeiro pode fazer de algumas medicações. (DESTACANDO O TRABALHO EM EQUIPE).

Uma profissional que ainda está buscando a especificidade de seu trabalho

Ainda que apontem o aumento do âmbito da prática da enfermeira, segundo os profissionais do NASF essa ainda parece ser uma característica tímida na enfermeiras. Em alguns casos, persiste a visão da enfermeira como “mãe” e “ajudante de médico”.

“Às vezes eu percebo o quanto o enfermeiro acaba sendo um secretário do médico: faz a receita, faz isso e o médico só vai lá e “túm”, carimba. Então não sei até que ponto há essa autonomia... Muitas vezes se questionam as condutas, eu já vi, principalmente em relação aos médicos.

“A enfermeira não tem voz ativa, muitas vezes é o médico quem dita as regras e ela é só cumpridora; “tarefeira”, na verdade. Em alguns serviços o enfermeiro consegue ter muito mais autonomia que em outros. Mas, muitas vezes, a comunidade tem aquele estereótipo da enfermeira ser mãe, ser cuidadora e muitas vezes não só fazer papel da enfermagem, fazer tudo, ser assistente social, servir”.

“Há bastante reconhecimento dos profissionais e clareza da potência e das limitações. O usuário não está acostumado com uma enfermeira mais ativa; ainda tem a imagem da enfermeira ajudando o médico e que é o médico que resolve e que a enfermeira não resolve. Mas isso também está mudando”.

“Na graduação a gente é criado para ver a enfermeira como auxiliar de médico e eu imagino que em alguns ambientes ainda funcione um pouco assim, principalmente em ambiente hospitalar”.

“A comunidade vê a enfermeira como ajudante do médico; eles não veem a enfermeira como alguém que está no cuidado de sua saúde”.

“Em outra Unidade a gente percebe um traço mais submisso ao médico; o médico não dá tanta autonomia e ela [enfermeira] também não consegue conquistar esse espaço. Com a gente do NASF elas são boas parceiras, normalmente topam mais fazer coisas junto, atendimento, grupo. Elas são muitas vezes mais parceiras que os colegas médicos; são mais disponíveis”.

“A gente brinca que aqui na Unidade funcionaria muito bem sem médico, porque as enfermeiras dão conta de muita coisa”.

Dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras sob a ótica dos profissionais do NASF

As dificuldades que os profissionais do NASF apontam que a enfermeira enfrenta para desenvolver seu trabalho são a falta de credibilidade, a sobrecarga de atividades, desenvolvimento do trabalho em equipe, e os limites legais do exercício profissional.

Consideram uma dificuldade a **falta de credibilidade** junto ao profissional médico e à população. Novamente a comparação com o profissional médico fica evidente.

“A dificuldade é a credibilidade com o profissional médico”.

“O profissional de Enfermagem ainda tem uma dificuldade maior por conta do histórico do empoderamento médico, do engessamento médico. Acredito que ainda há esse preconceito e acredito que ele está sendo desconstruído ao longo dos anos”.

“Torna-se um pouco difícil quando o médico é uma pessoa difícil, complicada pessoalmente, uma pessoa cabeça dura, vamos dizer assim, que tem dificuldade de diálogo com a enfermeira”.

“Há falta de reconhecimento também por parte da população. Existe resistência em passar em consulta com enfermeiro quando o programa é novo”.

“A população valoriza mais a questão médica. “É um diagnóstico que dá para você passar por um enfermeiro”. “Não, eu quero médico”. A população infelizmente está voltada para a medicalização, pensa o papel médico nesse sentido, quer consulta, quer remédio. A população talvez subestime o papel do enfermeiro na maioria das vezes. Mas quem convive mais, quem é atendido, quem está na Estratégia há mais tempo e tem um período maior sendo acompanhado pelas equipes, dá para perceber essa diferença e o poder, a capacidade que o enfermeiro tem de resolver várias coisas”.

“Quem já passou numa consulta de enfermagem, quem recebe a visita domiciliar da enfermeira, esses não têm muito problema e não têm muita dúvida. Tem mais dúvida quem nunca passou ou, se passou, passou com um problema que não era para a enfermeira e agendaram para ela, que acaba tendo que sair para pedir pro médico fazer alguma coisa; então eles ficam com essa ideia errônea de que ela não resolve”.

“Se em alguns momentos a pessoa consegue atender o desejo da comunidade, vai tudo muito bem, mas se ela não consegue, é um ponto negativo em relação à comunidade”.

Os profissionais do NASF consideram ainda que o trabalho da enfermeira é dificultado pelo **excesso de atividades**, impedindo-a de realizar aquilo que poderia ser executado com maior ênfase, especialmente as ações educativas e de promoção da saúde.

“Outra dificuldade é a sobrecarga de trabalho, especialmente quando um profissional como o médico se ausenta. Ela começa a acolher umas demandas que não seriam para ela, mas a população cobra e é necessário ter uma produção”.

“Acho que a Enfermagem não esgota o leque de possibilidades que tem, até por conta do engessamento que já disse [burocratização do sistema]. Acho que ela se restringe, não se coloca”.

“É um volume muito grande de coisas que ela tem que dar conta e tem que se responsabilizar”.

“A burocratização do sistema e o gargalo da demanda não permitem que ela tenha um melhor aproveitamento nesses dois aspectos de prevenção e promoção de saúde dentro do campo da Enfermagem”.

“Elas são muito sobrecarregadas pelas questões administrativas. Acho que não conseguem focar muito na equipe, só nisso; fica muito disperso com muitas atribuições”.

“Tem a questão do cumprimento de metas. Então, não sei se ela é tão autônoma assim quanto ao processo de trabalho”.

“É o desejo de muitos profissionais fazer grupos, mas não conseguem, seja por falta de espaço ou porque a produção cai. E isso que vai podando um pouquinho essa autonomia”.

A enfermeira também é vista como alguém que tem **dificuldade para trabalhar em equipe**, tal como os demais profissionais.

“Conviver no coletivo, o trabalho inter, multidisciplinar e na área são um grande desafio para nós todos”.

“Com poucos enfermeiros eu fiz um trabalho que achava que seria legal de ser feito. Acho que o NASF poderia ter mais essa característica de troca de saberes; mas fica bastante limitado, não é o suficiente. Dentro da assistência, o trabalho flui bem; a gente compartilha bastante as ações, divide bastante. O que a gente não faz é a troca dos saberes; é mais uma divisão do que uma troca. Um racionamento de trabalho, muito mais que uma interação”.

“A enfermeira fica no seu mundinho porque tem dificuldade de compartilhar com outro profissional”.

“Acho que depende muito de profissional para profissional. Tem profissionais que fazem um trabalho super legal, super dedicado, mas que muitas vezes, pela questão interprofissional, não é reconhecido”.

Outra dificuldade mencionada pelos profissionais do NASF são os **limites legais do exercício profissional da enfermeira** que, segundo eles impedem-na de realizar ações para as quais está capacitada.

“Tem essas amarras burocráticas, da gestão, dos conselhos, pra fazer mais. [As enfermeiras] só não fazem mais porque não podem legalmente; não porque não tem a competência ou não tem a segurança pra fazer. Competência pra fazer e autonomia pra fazer, as enfermeiras têm pra fazer muita coisa”.

Mudanças na identidade profissional da enfermeira, segundo os profissionais do NASF

As mudanças que identificam na identidade profissional da enfermeira foram atribuídas à ESF, à formação universitária e ao desenvolvimento do próprio trabalho. As características do **novo modelo assistencial**, em que a ESF configura uma nova conformação tecnológica, produziram mudanças no cotidiano do trabalho dos profissionais envolvidos e, por conseguinte, da enfermeira.

Se antes o trabalho da enfermeira era mais administrativo, subsidiário e submisso ao profissional médico, com a ESF abriu-se a possibilidade de ganhar novos contornos.

“Acho que por ser PSF ter que obrigatoriamente trabalhar de forma multiprofissional, muda um pouco o conceito, muda a visão”.

“Acho que o SUS é um responsável por isso. Documentos, diretrizes, portarias, as Leis Orgânicas da Saúde. Acho que isso é importante, né? Muitas vezes a coisa ainda não mudou na prática, mas tem que ter um papel que marque aquilo”.

“Antigamente a enfermeira estava mais vinculada a uma profissão mais paramédica, com procedimentos mais determinados, mais submissa ao que o médico mandava, com uma posição de chefia do médico. A APS e a ESF,

que é uma coisa nova, convoca o enfermeiro para [ocupar] um lugar de autonomia, se responsabilizar mais. Mas tudo isso tem seu preço, né? Isso angustia também, esse lugar que passo a ter. Mas tem o bônus: uma condição desejante do sujeito. Acho que o bônus na verdade é muito maior”.

Outro aspecto destacado pelos profissionais do NASF foi a questão das **mudanças** que vem ocorrendo **na educação superior no Brasil** e que acabam por possibilitar novas práticas.

“A grade curricular e as experiências dentro das Instituições de Ensino Superior, nos estágios curriculares e extracurriculares são imprescindíveis para essa mudança na categoria profissional”.

Consideram que o próprio desenvolvimento do **trabalho cotidiano** das enfermeiras vem contribuindo para a mudança na identidade profissional.

“Contribui quando [a população] conhece mais de perto o trabalho do enfermeiro”.

“Talvez esteja mais junto à população, mostrando mais seu espaço. Houve aumento do número de enfermeiras atuando nas unidades. Há 30 anos atrás, as UBS tinham às vezes uma enfermeira que era responsável pela unidade e que ficava muito mais fazendo coisas burocráticas, administrativas, do que atuando como enfermeira de campo. Sair desse papel de só administrar para atuação no campo é uma coisa mais recente”.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 O PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS

Os resultados deste estudo revelam que a **escolha pelo curso de graduação em Enfermagem** foi influenciada pelo conhecimento prévio da profissão por meio de contato com familiares ou amigos que atuavam na área, identificação com o cuidado e ter trabalhado na área da saúde anteriormente. Nos depoimentos das enfermeiras, o tom que prevaleceu foi o da escolha consciente pela profissão, embora uma minoria tenha relatado que fez uma escolha aleatória.

No Brasil, a opção profissional em geral ocorre ainda na adolescência, logo após a conclusão do ensino médio, na escolha do curso de nível superior que irá seguir. Quando se faz uma opção dentre muitas possíveis, não se trata simplesmente da escolha de uma carreira; a área ocupacional guarda estreita relação com o sentido dado à vida, com base em imagens e concepções que se tem sobre a profissão. O candidato a um curso superior está escolhendo quem será na vida (KEMMER; SILVA, 2007; RIBEIRO et al., 2006).

A escolha profissional é fortemente influenciada pela representação que se tem sobre aquela carreira, ou seja, a imagem que uma pessoa vai construindo ao longo da vida a partir do encontro com as experiências sociais, econômicas, culturais, além das imagens transmitidas pelos veículos de informação (KEMMER; SILVA, 2007).

Diversos estudos empíricos têm investigado por quais razões as pessoas escolhem a Enfermagem como carreira. D' Antonio (2010) ressalta que as mulheres e homens que ingressam na área da Enfermagem trazem consigo experiências variadas – origens, ambições e história de vidas diferentes. Em sua trajetória pessoal, foram capazes de capturar as possibilidades para viver suas vidas,

encontrar em alguma medida o poder profissional e enfrentar os problemas relacionados a suas escolhas e a seu trabalho.

Segundo a autora, uma importante marca da enfermagem profissional americana, no final do século XIX e início do XX, foi que a escolha pela Enfermagem pelas ingressantes estava associada ao significado e ao poder que a identidade da enfermeira trazia à vida pessoal no interior das famílias e das comunidades locais (D'ANTONIO, 2010).

Contextualizado para o presente estudo, essa convivência com pessoas próximas que eram profissionais da área da Enfermagem ou leigos que cuidavam da sua comunidade próxima, como vizinhos, parece ter oportunizado a construção da imagem da enfermeira como referência para o cuidado e da Enfermagem como prática social significativa para as entrevistadas.

Quando jovem, o candidato a uma determinada profissão pode imbuir-se de certo romantismo e expectativas irreais acerca da futura atuação profissional e a orientação da família é fundamental nesse processo. A identificação com os ideais da profissão contribui para opção profissional. A imagem da enfermeira que as pessoas já construíram antes de iniciar o curso de enfermagem é a de uma pessoa próxima e com alto grau de responsabilidade; uma figura importante. Essa ideia é ainda mais forte se tiver contato com os profissionais de enfermagem, o que potencializa a decisão para seguir a carreira (JOFRE; 2005; OLIVEIRA, 2006).

Para alguns das integrantes deste estudo, a convivência frequente com pessoas de seu círculo social durante a infância, a juventude ou mesmo na idade adulta parece ter exercido influência decisiva na escolha da profissão. Predominou a identificação com o cuidado, mais que a opção pela Enfermagem como garantia de subsistência ou realização profissional.

Pelas falas das entrevistadas, foi possível inferir que ter acompanhado pessoas da área da Enfermagem ou ter trabalhado na

área da saúde anteriormente permitiu introjetar valores e atitudes que de alguma maneira fizeram sentido para as postulantes, de forma que a ideologia concernente à profissão levou-as a se preparar para o exercício profissional na área.

Num estudo sobre a temporalidade do ser acadêmico de enfermagem, Kempfer (2011) também constatou que a tendência à identificação com a profissão de enfermeira está atrelada às experiências pessoais e familiares com a Enfermagem e o cuidado. Para a autora, o contato prévio com a área da saúde estimula a reflexão com base na experiência vivida, influenciando a escolha profissional.

Neste estudo, algumas enfermeiras haviam trabalhado anteriormente como agentes comunitárias, auxiliares de enfermagem, segurança em UBS e relataram que essa experiência prévia motivou-as a optar pela Enfermagem na graduação.

Em sua tese sobre valores e atitudes entre enfermeiras da Catalunha, Jofre (2005) também verificou que as experiências com o cuidar anteriores ao curso de Enfermagem são essenciais na construção da socialização profissional, que no contexto de seu estudo ocorreram por meio do voluntariado ou do trabalho como auxiliar de enfermagem.

Na presente investigação, algumas entrevistadas fizeram menção à vocação para o trabalho da enfermeira. Segundo Perussi (2006) a vocação consiste em uma *“escolha de vida, um projeto pessoal, um engajamento subjetivo”* que permite ao profissional enfrentar as dificuldades na realização de suas ações, sendo ela responsável pela junção entre a motivação para a carreira e a realização pessoal do projeto de vida profissional. Embora palavras como compaixão ou altruísmo não tenham surgido de forma explícita, fizeram-se presentes de forma velada:

“Sua ocorrência [vocação] de maneira clara e marcante é rara, tornando vocação-aptidão-interesse um misto que ocorre por conta das diferenças individuais, oportunidades

que surgem na vida e necessidades de desenvolvê-las (TAKAHASHI; 2001, apud RIBEIRO; 2006, p. 246).

O modelo vocacional remonta à instituição da Enfermagem profissional, refletindo os ideais propostos por Florence Nightingale, para quem as enfermeiras não deveriam aderir à profissão como outra qualquer. Reforçando a mística da profissão, Florence considerava que a opção pela Enfermagem deveria vir em resposta a um chamado, a assunção de um compromisso que implicaria a negação de si própria em favor daqueles a quem prestariam os cuidados. A devoção já não era religiosa; mas ao cuidado, ao paciente, à instituição e aos médicos. O modelo vocacional permanece no imaginário individual e coletivo quando se trata da escolha pela Enfermagem como profissão (RIBEIRO ET AL., 2006).

As entrevistadas também fizeram referência ao *serviço*. O sentido religioso de assistir na Enfermagem, que perdurou durante anos, significa estar a serviço do outro para o atender em suas necessidades, as quais se encontram temporal ou permanentemente comprometidas. Sob a perspectiva religiosa, tal tarefa não se faz sem a assunção de virtudes da “boa enfermeira”, quais sejam: o amor ao próximo e a dedicação. Assim, a escolha pela profissão de enfermeira carrega um forte simbolismo, que revela seu aspecto nobre e torna essa opção digna e louvável.

Em uma revisão bibliográfica, os autores concluíram que há três grupos de fatores que influenciam tal decisão: *limitativos*, tais como condições financeiras e responsabilidades familiares; *atrativos* como ter uma imagem positiva acerca do trabalho da enfermeira, ter boas experiências passadas de cuidar de outros ou de hospitalização; e *motivações internas* como, por exemplo, altruísmo e desejo de atender necessidades pessoais e emocionais. Dentre todos, o altruísmo destaca-se com mais frequência na escolha da profissão de enfermeira (MIMURA; PETER GRIFFITHS, 2009).

Jofre (2005) também verificou que dentre os valores e atitudes iniciais presentes entre estudantes de enfermagem prevalecia o conceito de “ajudar os outros”, a principal motivação para estudar Enfermagem. Segundo o autor, essa escolha traria implícito o conceito de “profissão de serviço”, na qual a imagem a enfermeira “ideal” é dotada de importância e poder e capaz de exercer a ajuda aos outros.

Vale ressaltar aqui que o ideal de serviço, ou o desejo de ajudar a sociedade ou o altruísmo é central em todas as profissões modernas. Remonta à própria constituição das profissões – daquelas ocupações que passaram a buscar um status diferenciado enquanto corpo de conhecimentos e mercado de trabalho delimitados, com fins de atender a necessidades sociais (DUBAR; 2005, LARSON; 1977, BARBOSA; 1998, BONELLI, 1999).

A chamada “Enfermagem Moderna”, que se instituiu como profissão em meados do século XIX, portanto contemporaneamente à constituição das profissões modernas, também teve sua sustentação na ideologia de serviço à sociedade (aos doentes, aos feridos de guerra e, mais tardiamente, aos indivíduos saudáveis).

Nos dias atuais, a enfermeira é considerada uma “missionária da saúde” por alguns profissionais da área. Num artigo que traz esse título, Sochalski e Melendez-Torres (2013), afirmam que a enfermeira é uma profissional que aplica conhecimentos e princípios do cuidado de enfermagem para manter os indivíduos, as famílias e as comunidades a uma situação ótima de saúde. Quando perguntaram quem era a enfermeira para amigos, familiares e pessoas eventualmente passando na rua, as respostas obtidas foram: alguém que cuida de mim mais do que eu mesmo; alguém em quem se pode confiar, alguém que ouve ativamente e decodifica informações, dentre outros.

O ideal de serviço também pode ser encontrado no site da *American Nursing Association*, que afirma que a enfermeira é uma

profissional que protege, promove e otimiza a saúde e as habilidades das pessoas, previne as doenças, alivia o sofrimento e age em defesa do cuidado aos indivíduos, família e comunidades (American Nursing Association, 2014). Conceito semelhante está presente no Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, publicado na Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), segundo a qual:

“A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.... atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. O profissional de enfermagem participa... das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde” (COFEN, 2007).

No documento, quando se trata em definir o ideal de serviço da enfermagem e, por conseguinte, da enfermeira, sobressaem o comprometimento, a satisfação de necessidades, a manutenção da saúde e a defesa de direitos dos cidadãos brasileiros.

Para outras depoentes, entretanto, a Enfermagem foi uma escolha aleatória e despontou como uma possibilidade de trabalho. Em ambas as situações a Enfermagem abriu-se como uma possibilidade de trabalho que traria algum tipo de satisfação, seja ela pessoal, familiar ou outra. Sabe-se que processo de reflexão sobre as possibilidades profissionais é estimulado pelas necessidades materiais que uma pessoa enfrenta (KEMPFER, 2011).

Num estudo em se verificou a motivação para realizar o curso de Enfermagem, constatou-se que muitos estudantes optam pelo curso devido a condição socioeconômica familiar, sendo motivados tanto pelos ideais internos de realização profissional quanto pela

necessidade de adquirir estabilidade econômica, o que os leva a optar pela Enfermagem mesmo sem ter muito conhecimento sobre ela (OLIVEIRA; 2006).

Nesse estudo em particular, concorreram para o momento de questionamento sobre a escolha profissional, as aptidões, as experiências e as possibilidades que se projetavam a partir do contato prévio ou da pesquisa a respeito da profissão e o que se supunha viria a ser a futura vida profissional.

Quanto aos **modelos profissionais durante a graduação**, as docentes e as enfermeiras de campo foram os principais modelos no processo de socialização escolar. Mesmo dentre aquelas que negaram a existência de modelos profissionais específicos, referiram que se beneficiaram observando as características de docentes e enfermeiras para construir o que acreditavam ser sua própria identidade profissional.

Dentre os atributos esperados foram citados o domínio de conteúdos teóricos, humanização e autonomia, as características para o trabalho na atenção primária e a satisfação no trabalho. Também foram citadas características atribuídas ao perfil requerido de enfermeiras de saúde pública, como disponibilidade para o acolhimento e a escuta, vínculo com o usuário, necessidade de domínio de conteúdo teórico e habilidades técnicas variadas (Backes et al; 2012, D'Espiney; 2008, Witt; 2005). Parecem ter sido despertadas nas enfermeiras ainda na graduação, especialmente no contato com docentes e profissionais nos campos de ensino prático em serviços da AB.

A difusão de normas, valores e comportamentos viabilizada pela formação escolar corrobora para a construção de uma identidade profissional reivindicada por um determinado grupo (ALVES; CANÁRIO, 2006).

O processo de socialização profissional é também um processo de aquisição de identidade, uma vez que as estudantes vão

desenvolvendo sentimentos de pertencimento a um grupo profissional à medida que realizam seus estudos. Também é um momento de integração de valores, cultura profissional e conhecimentos a serem adotados pelas futuras enfermeiras. Esse processo, entretanto, não se dá somente por meio de transmissão de uma cultura profissional, como será visto a seguir.

Uma parte considerável das entrevistadas referiu não ter identificado modelos profissionais durante a formação inicial. Uma delas mencionou que tinha um interesse anterior pelo cuidado; outra afirmou que fez o curso com muita certeza do que queria. O interesse e a busca consciente pela profissão parecem ter sido a motivação para a escolha profissional e denota a existência de um modelo mental de enfermeira que desejavam para si próprias.

Isso vem ao encontro do que propõem Dubar (2005), Hall (2005) e Bonelli (2006) no que se refere à socialização. O primeiro, tratando do papel da socialização institucional, seja na escola ou no trabalho, rejeita a ideia de socialização como incorporação de *habitus*. Considera que a relação com um sistema ou instituição consiste em uma “*oportunidade estratégica para a realização dos objetivos dos indivíduos*” (p. 93). O encontro de uma pessoa com certa trajetória de vida com um sistema não leva inevitavelmente à reprodução de maneiras de ser (sentir, pensar e agir), da visão de mundo, crenças e cultura daquele sistema. Antes, seria uma das possibilidades, dentre muitas outras que a pessoa poderia fazer a partir de sua leitura da realidade (DUBAR, 2005)

Para Hall (2005), o sujeito pós-moderno constrói histórica e continuamente sua identidade, a partir da forma como é interpelado pelos sistemas culturais, não existindo uma identidade permanente. Isso faz com o sujeito reúna identidades múltiplas e muitas vezes contraditórias ao longo da vida – as *identidades possíveis* – com as quais se identifica temporariamente.

Bonelli (2006) também afirma que, embora os estudantes de uma mesma profissão compartilhem valores semelhantes durante o processo de socialização, suas trajetórias e carreiras serão distintas e isso implicará heterogeneidade no interior do grupo profissional.

Os resultados desse estudo mostraram que, por meio do contato com docentes e enfermeiros de campo, as enfermeiras passaram pelo processo de aprendizagem de uma cultura profissional coletiva, o “*nós enfermeiras*”. Esse processo de socialização, entretanto não excluiu a possibilidade de incorporação do “*eu enfermeira*” que projetavam para si mesmas.

Verificou-se que a **motivação para trabalhar na ESF** surgiu durante os estágios da graduação e por se identificarem com as características do trabalho inerentes à saúde pública.

A motivação corresponde a um conjunto de condições conscientes ou não utilizado por uma pessoa para explicar um ato e que induz certos comportamentos a fim de buscar o alcance de objetivos. É um fenômeno dinâmico que pode sofrer modificações em função de condições internas e externas e a partir de releituras que uma pessoa faz de experiências e situações que vivencia (JOFRE, 2005).

Nesse sentido, os resultados levam a crer que durante o processo de aprendizagem escolar a afinidade com o processo de trabalho da enfermeira na AB e, mais especificamente na ESF, as tenha motivado para atuar nesse nível de atuação.

Outras enfermeiras relataram que foram trabalhar na ESF por acaso. Uma delas soube da vaga e inscreveu-se no processo seletivo; outra realizou o último estágio da graduação na AB porque era o único disponível no momento da escolha, o que a levou a gostar da ESF; outra mencionou que a UBS em que trabalhava aderiu à ESF e ela pôde optar por lá permanecer. Possivelmente, ter conhecido a ESF e ver como se dava o trabalho da enfermeira ou já conhecendo, mas passando a exercer de fato a função no dia-a-dia, permitiu uma

releitura dessa realidade e a ESF passou a se configurar como uma oportunidade de trabalho para tais enfermeiras.

Terminada a etapa de socialização profissional, as enfermeiras começam a por em prática o projeto profissional propriamente dito. É o momento em que se aplicam os conhecimentos, as habilidades e as atitudes desenvolvidas durante a etapa anterior. Quanto aos **alicerces para o início da vida profissional**, os resultados permitiram identificar diversos mecanismos para a solidificação da identidade profissional das enfermeiras, destacando-se o apoio de colegas, o próprio desenvolvimento do trabalho, as capacitações em serviço, o estudo teórico por conta própria, além do aprendizado durante a formação inicial.

Muitas das experiências das enfermeiras caracterizaram-se pela saída da faculdade e o ingresso imediato na ESF. Isso ocorreu porque a expansão desse modelo assistencial na cidade de São Paulo encontrava-se em fase de implantação há alguns anos atrás e o trabalho da enfermeira nesse contexto era uma folha em branco, uma história ainda a ser contada porque ainda seria vivida. Com exceção de algum documento norteador do Ministério da Saúde ou dos governos estadual e municipal, naquele momento não havia uma referência consolidada sobre quem eram e o que faziam as enfermeiras na ESF no Município.

Mesmo aquelas enfermeiras que ingressaram em UBS com a ESF já em andamento ou que já tinham uma experiência anterior em outro nível de atuação, verbalizaram a sensação de insegurança. Relataram a necessidade de se ajustar, tornando-se aptas para a função que exerciam. Foram utilizadas expressões como: “cair na realidade”, perceber que “não sabia quase nada para exercer a função”, “algumas coisas de manejo não se aprendem na graduação”, que revelam o quanto as enfermeiras tiveram que buscar individual e coletivamente formas para enraizar sua prática. Esse conjunto de experiências em situações que não estavam previamente

determinadas levou-as a buscar a identidade possível, para dar significado a sua prática.

A realidade do trabalho em saúde é certamente muito mais complexa que a realização das atividades práticas nos estágios da graduação. Até que chegue a ser reconhecida profissionalmente, a enfermeira precisa ter uma certa bagagem prática, adquirida nas situações que vai enfrentando no dia-a-dia de trabalho. Esse processo de aprendizagem por meio de situações vividas permite conferir sentido aos conhecimentos aprendidos, aumentando a competência, até chegar à *expertise* profissional. Essa constante reafirmação profissional nos primeiros anos consiste no primeiro passo para sair do estado de “trabalhar como enfermeira” e passar a “ser enfermeira” (JOFRE, 2005).

Entretanto, as experiências práticas vivenciadas na formação inicial são extremamente relevantes, uma vez que são vividas em primeira pessoa. Quando defrontadas com a prática profissional, as enfermeiras recorrem à memória e as primeiras experiências tornando-se um facilitador na aceleração da maturidade profissional (JOFRE, 2005).

O ingresso no mercado de trabalho representa um momento de transação ou ajustamento entre a identidade profissional para si (identidade proposta) e a identidade profissional para o outro (atribuída), e que marca o encontro entre o processo biográfico e o relacional (BROWN, STEVENS, KERMODE, 2012; DUBAR, 2005; FAGERBERG, KIHLGREN, 2001; WHORTINGTON ET AL, 2013).

Sobre essa temática, esses e outros estudos sobre a socialização profissional ou sobre a construção da identidade profissional em enfermagem têm utilizado uma abordagem mais relacional do que de moldagem durante o processo.

6.2 A IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA DA ESF

6.2.1 A liderança da equipe multiprofissional

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que a competência gerencial no trabalho da enfermeira é percebida como intrínseco a sua atividade profissional, tanto na identidade para si quanto na identidade para o outro. A enfermeira percebe-se como gerente da equipe, do cuidado e da unidade, uma negociadora de conflitos. Algumas chegaram a detalhar algumas atividades gerenciais que consideram ser sua atribuição, tais como a organização dos papéis, das agendas dos profissionais, das informações dos usuários e das próprias tarefas ao longo do dia de trabalho.

Os profissionais do NASF também indicaram ser essa uma atribuição da enfermeira. Destacaram aspectos relacionados à liderança, ora apontando o fato de ser “chefinha” como um desvirtuamento dessa função ligada a características pessoais que exacerbam o “mandar”; ora como uma característica inerente a determinado profissional no sistema capitalista.

De fato, o saber administrativo de enfermagem emergiu concomitante à institucionalização da enfermagem hospitalar no século XIX, em paralelo à criação da Escola de Enfermagem por Florence Nightingale. Aquela época, a formação de *nurses* e *ladies nurses* reproduzia a divisão de classes sociais sob a égide capitalista. Às *nurses*, de origem social humilde, ficavam reservadas as tarefas manuais; enquanto as *ladies nurses*, provenientes das classes mais privilegiadas, recebiam um ensino de cunho técnico-científico e encarregavam-se da organização hospitalar (ALMEIDA; ROCHA, 1986; ALMEIDA; ROCHA, 1997; FREITAS, 2001).

Pode-se afirmar que o saber administrativo foi incorporado à identidade profissional da enfermeira desde os primórdios da Enfermagem moderna, ao final do século XIX, dando-lhe um espaço

específico na divisão técnica do trabalho: a de gerenciadora do cuidado e do processo de trabalho.

“O contexto sociopolítico da época de Florence Nightingale caracterizava-se pela constituição de um projeto burguês com ênfase na expansão do modo de produção capitalista e na recuperação da força de trabalho” (FREITAS, 2011, p. 46).

O processo liderado por Florence teve como pano de fundo o contexto socioeconômico europeu da época, mais do que a questão da vocação em si. No bojo da reforma hospitalar como espaço de cura, a Enfermagem institucionalizou-se para organizar o ambiente onde se prestava a assistência curativa, favorecendo o trabalho do médico, que se consolidava como a figura hospitalar central (FREITAS, 2011).

As técnicas de enfermagem foram o primeiro instrumento de trabalho para o cuidado. Embora já estivessem descritas desde o século XVII em algumas obras como *El arte de enfermeira*, foram organizadas a partir do final do século XIX, na Inglaterra e em seguida no início do século XX nos Estados Unidos. O controle do ambiente deu-se por meio da observação e da supervisão rigorosas por parte das enfermeiras, pautado numa rígida disciplina que acompanhou o desenvolvimento da profissão (ALMEIDA; ROCHA, 1997; FREITAS, 2011).

A inserção da enfermeira nos serviços de saúde pública no Estado de São Paulo ocorreu a partir do final da década de 1960, com a introdução de um novo modelo assistencial que pretendia a ampliação e diversificação da assistência médica, chamado *Programação em Saúde*. Com a entrada da enfermeira, esta passou a supervisionar o atendimento prestados pelos atendentes de enfermagem que já estavam nos serviços, sem nenhum preparo formal. Além disso, a enfermeira passou a coordenar a equipe de enfermagem, treinar o pessoal elementar, operacionalizar o conceito

de trabalho em equipe, e organizar as atividades burocráticas e técnicas dos centros de saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1977).

Assim como a enfermeira havia sido uma profissão proposta pelo governo federal na década de 1920 para viabilizar a primeira reforma sanitária brasileira, ao final da década de 1960 a enfermeira foi incumbida pelo estado de São Paulo da operacionalização dos programas de saúde pública que ora se colocavam em pauta.

À enfermeira de saúde pública foi gradualmente oportunizado um papel que lhe permitiu ser socialmente reconhecida e legitimada em face ao trabalho requerido ou prescrito. Assim, esta profissional foi se identificando e sendo identificada como a “*corporificação da norma*”, expressão usada por Almeida e Rocha (1997) ou a “*guardiã da instituição*”, como referiu D’Espiney (2008).

Com as mudanças advindas especialmente da implantação do SUS e da ESF no Brasil, as ações em saúde passaram a requerer um trabalho de caráter mais coletivo, multiprofissional. A enfermeira teve o seu âmbito de atuação ampliado, deixando o trabalho essencialmente administrativo para absorver a dimensão assistencial em novas bases, conquanto não tenha abandonado o primeiro. Ganhou destaque o papel de coordenadora e centralizadora do processo de trabalho nas UB, elo e referência para a equipe.

As atuais leis, portarias e documentos técnicos que regulam a formação da enfermeira no Brasil bem como as atribuições da enfermeira em geral e da enfermeira da ESF, também ressaltam a natureza gerencial de sua função.

A atribuição de gerenciamento da equipe e da unidade de saúde são ressaltadas na lei do exercício profissional, n. 7898/86, na Política Nacional de Atenção Básica (2012) e no Manual de Normas e Rotinas dos Procedimentos de Enfermagem da Prefeitura de São Paulo (2012). Algumas atividades específicas que podem ser encontradas são: a supervisão do trabalho da ACS e dos auxiliares de enfermagem, “*cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e*

rotinas específicas da Unidade de Saúde na qual está inserido”, e participação na elaboração de projetos de construção e reforma das unidades e dimensionamento da equipe de enfermagem, quando necessário.

Já as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que regulam os currículos dos cursos de enfermagem no país destacam o perfil de liderança e gerenciamento do futuro profissional. Segundo essa norma, o futuro enfermeiro deve estar habilitado a assumir posições de liderança e de gerenciar recursos materiais, humanos e informação em saúde.

Tanto as enfermeiras quanto os profissionais do NASF salientaram o fato da enfermeira ser a profissional que “resolve tudo”. Na identidade para si, expressões como “multiuso”, “coringa”, “peça piloto”, “o guarda-chuva tem que ser grande” guardam relação com a identidade para o outro quando os profissionais do NASF dizem: “peça principal da equipe”, sustenta a equipe” e “faz funcionar a equipe”.

Foi possível notar nas falas das enfermeiras entrevistadas a existência de um conflito frente à maneira como compatibilizar as dinâmicas contraditórias da profissionalização e da interprofissionalidade. De forma mais específica, a dificuldade em lidar com aspectos gerenciais próprios ao exercício profissional da enfermeira na equipe da ESF e o compartilhamento de saberes e decisões com os demais profissionais.

A interprofissionalidade, segundo Colet (2002), apud Ellery, Pontes e Loyola (2013), consiste no processo de integração de saberes e colaboração interprofissional, que tem lugar no cotidiano do trabalho. Os autores afirmam que no campo da Saúde Coletiva, os profissionais são instigados a desenvolver práticas interprofissionais colaborativas, dada a complexidade das situações com que se deparam.

A necessidade pela prática interprofissional vem aumentando ao longo dos últimos anos devido a transição demográfica e epidemiológica populacional, com notável envelhecimento e aumento das doenças crônico-degenerativas e mortes por causas externas; bem como pelo entendimento sobre a complexidade das necessidades de saúde e da abordagem integral na atenção à saúde (PEDUZZI ET AL., 2011)

Assim, no trabalho em Saúde Coletiva coexistem lógicas conflitantes: por um lado, aquela baseada na profissionalização, que requer domínio de um corpo específico de conhecimentos, regulação do exercício profissional e disputa de poder e prestígio. E, por outro lado, a lógica da interprofissionalidade, em que abordagem centrada nas necessidades de saúde dos usuários requer a construção de um campo comum de atuação (ELLERY, PONTES, LOYOLA, 2013).

Num estudo sobre a dinâmica das relações interprofissionais na produção do cuidado na ESF, Ellery (2012) identificou três possibilidades de intervenção de forma a propiciar o trabalho interprofissional. Na dimensão organizacional, a autora propõe arranjos institucionais ou suportes para as atividades, a transformação das unidades de saúde em espaços de ensino, pesquisa e assistência; a educação permanente interprofissional, com vistas a ultrapassar a lógica hegemônica da profissionalização presente na formação dos profissionais da saúde, e a abordagem centrada na família, evitando a organização dos serviços em bases corporativas. A dimensão coletiva enfoca aspectos relacionados à organização dos profissionais como grupo de trabalho, caracterizado pela pactuação de um projeto em comum, engajamento mútuo e repertórios compartilhados. A terceira dimensão refere-se a aspectos subjetivos, como a identificação dos profissionais com o modelo assistencial da ESF, saber lidar com frustrações e a afetividade.

De acordo com a autora, embora os profissionais da saúde tenham sido formados hegemonicamente segundo a lógica da profissionalização, a qual envolve luta por status e reserva de

mercado de trabalho, participar de uma equipe da ESF possibilita a aprendizagem de outros valores, favorecendo a integração de saberes e a colaboração interprofissional, ainda que de forma conflituosa.

Os gerentes dos serviços de saúde podem propiciar a organização do processo de trabalho das equipes de modo a viabilizar o trabalho interprofissional, superando a tendência tradicional de isolamento profissional na dinâmica dos serviços. (PEDUZZI et al, 2011)

Algumas entrevistadas deste estudo referiram não ter clareza sobre o papel de cada membro da equipe e muitas vezes o seu próprio, o que pode ser um importante obstáculo no desenvolvimento das ações colaborativas. Entretanto, de maneira geral, afirmaram que trabalham bem em equipe, pois consideram que essa é uma competência imprescindível para sua função.

Já para os profissionais do NASF, prevaleceu a fala de que a enfermeira não desenvolve bem o trabalho em equipe, ou porque fica mais fechada no seu próprio trabalho ou porque o trabalho interprofissional seja difícil de ser operacionalizado por qualquer profissional da ESF.

De acordo com Khalili et al (2013), o desenvolvimento de um forte senso de identidade uniprofissional entre estudantes leva-os a perceber sua profissão como diferente e melhor/pior do que as demais. Esse processo resulta em favoritismos e discriminações de forma que, quando posteriormente os indivíduos de diferentes profissões são colocados para trabalhar juntos, apresentam dificuldades para implementar práticas colaborativas em prol do usuário.

A própria concepção de prática colaborativa já se constituiria numa ameaça aos limites profissionais de cada profissão em particular, levando à limitação das possibilidades comunicacionais e interacionais na condução do trabalho em equipe. Entretanto, a

socialização interprofissional permitiria a construção de uma identidade profissional dupla: uma profissional e outra interprofissional, possibilitando uma melhor compreensão de como as profissões de saúde podem se combinar para fortalecer o trabalho equipe colaborativo e complementar (KHALILI et al, 2013).

O presente estudo aponta para a necessidade das enfermeiras se apoderarem de maior compreensão histórica-social sobre o desenvolvimento da profissão, de suas funções e competências atuais na AB, bem como suas possibilidades e limitações. Assim, acredita-se que possam ter entendimento de seu papel como profissional singular na equipe de saúde, bem como maior clareza de onde estão e para onde querem ir.

Em paralelo, o trabalho interprofissional parece ser um tema a ser desenvolvido por todos os membros da equipe de saúde, e ser pensando na prática atual e nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde.

6.2.2 A enfermeira como a profissional que promove o acesso, o vínculo e o resolutividade

Os resultados dessa pesquisa, tanto no que se refere à identidade para si quanto à identidade para o outro, evidenciaram que a enfermeira é uma profissional de referência para a coletividade, sendo conhecida pelo seu nome, onde e de que maneira pode ser encontrada.

As características do processo de trabalho na ESF promovem o contato frequente da enfermeira com a coletividade. Por serem uma profissional mais constante na equipe, dado que os médicos têm maior rotatividade na ESF por questões ligadas à satisfação no trabalho (Campos, Malik, 2008; Ney, Rodrigues, 2012), são capazes de realizar o acompanhamento longitudinal das famílias, conhecê-las

melhor e serem mais conhecidas. Elas vão e voltam nas casas e nos casos.

As enfermeiras andam com frequência no território, pois seu período de realização de visitas domiciliares é maior que o do médico ou dos profissionais das equipes de apoio. Dessa forma, conhecem os problemas das famílias, seu histórico peculiar, seus recursos e possibilidades. Estabelecem vínculos, inclusive afetivos, pois muitas vezes são elas que acolhem, aconselham, prestam cuidados terapêuticos e constroem a relação de ajuda. Se a resolução do caso está acima de suas possibilidades, são elas que encaminham, direcionam e acabam tornando-se responsáveis pelo manejo do caso.

A proximidade possibilitada pela visita domiciliar e pelo acompanhamento continuado dos indivíduos e famílias facilita a participação do sujeito na busca de soluções para os problemas identificados, possibilitando o desenvolvimento da autonomia e do *empowerment* (D'ESPINEY, 2008).

As enfermeiras prestam atendimento aos usuários em todos os ciclos de vida. Acompanham a gestante e depois a mãe e seu filho; trabalham a educação em saúde, realizam o acompanhamento dos casos agudos que eventualmente tornam-se crônicos. Nas consultas que realizam na UBS, o cuidado longitudinal facilita a criação de vínculos e possibilita a escuta. Outra forma são os grupos educativos que implementam.

No que se refere ao acolhimento da demanda espontânea diária no UBS, geralmente é a enfermeira ou o auxiliar de enfermagem quem recebe o usuário, faz a chamada *escuta qualificada* e o direciona para algum tipo de atendimento. Se considerados os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) de 2012, em que 82,6% dos usuários referiram ter sido escutados na UBS sem necessidade de hora marcada, reforça-se o trabalho da enfermeira relaciona-se à escuta e à resolutividade dos problemas dos usuários (FAUSTO ET AL, 2014).

Referindo-se à avaliação do PMAQ, Alves (2014) considera que 97,2% dos usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas. Nos casos quando o usuário tem um problema para o qual não se recomenda o agendamento para outro dia, em 92,2% há reserva de vagas para ser atendido no mesmo dia. Novamente, tais dados fortalecem a enfermeira ou a equipe de enfermagem como os profissionais que com maior frequência recebem e dão acolhida às necessidades dos usuários.

Na maioria das equipes, são as enfermeiras que se reúnem diariamente com as ACS e recebem informações sobre as famílias, as quais muitas vezes demandam resolução de questões fora de um contexto que se poderia classificar como atendimento ou consulta de enfermagem. O contato da enfermeira com o ACS permite dar encaminhamento a diversas demandas. O indivíduo/família pode vir a ser orientado a procurar a enfermeira de um modo mais breve em um intervalo de consulta ou em um atendimento de demanda espontânea, de maneira que a enfermeira assume responsabilidade pela resolução ou encaminhamento dos casos que lhes são passados pelas ACS. Vale lembrar que esse tipo de atividade muitas vezes não é contabilizado na produção individual da profissional, permanecendo, portanto, invisível.

Na imagem para o outro, os resultados também apontaram que a enfermeira disponibiliza-se para extrapolar seu horário de trabalho para acolher um usuário ou um situação-problema, bem como para fazer um “encaixe” na agenda quando necessário.

Em pesquisa realizada em Portugal no âmbito da atenção primária, D' Espiney (2006) também constatou que, no processo de cuidar das famílias, as enfermeiras estabelecem uma relação personificada e, portanto, significativa. Com isso, a enfermeira torna-se um profissional de referência no serviço, especialmente para aqueles usuários mais assíduos. A imagem que a enfermeira passa a

projetar é a de alguém que acompanha o usuário e sua família na trajetória de saúde/doença.

O Manual de Normas e Rotinas e Procedimentos de Enfermagem (2012) sublinha diversos requisitos para a função da enfermeira nos serviços de saúde da Prefeitura de São Paulo, dentre eles: comunicação, flexibilidade, ética, interesse, pró-atividade, relacionamento interpessoal. Depreende-se que a explicitação de tais requisitos busca propiciar condições para a função acolhedora da enfermeira junto à equipe e à coletividade.

Dentre as competências de enfermeiras de saúde pública de Porto Alegre, Witt (2005) também encontrou os domínios da comunicação, resolução de problemas e orientação para a comunidade. Esse aspecto, segundo a autora, evidencia o comportamento ético-político e também uma prática engajada e comprometida com os princípios e diretrizes do SUS.

Como os resultados evidenciaram, as enfermeiras têm uma imagem de si como uma profissional disponível, responsável, comprometida com o trabalho e com a população. Atribuem tais características a humanização do cuidado, empatia, isenção de julgamentos, disposição para ajudar, ouvir com paciência, compreender a linguagem do usuário e saber se relacionar com ele e a família, além de atuar de forma a favorecer sua independência. E, sobretudo, consideram que a forma como se colocam à disposição dos usuários vai se delineando um modo de ser enfermeira da AB.

6.2.3 O conhecimento como um caminho possível para a construção da identidade e da autonomia profissional

Os resultados dessa pesquisa mostraram que o conhecimento da enfermeira para atuação clínica é um aspecto significativo em seu trabalho na ESF. Enfermeiras e profissionais do NASF salientaram que a enfermeira profissional detém ampla variedade de

conhecimentos, pois atende indivíduos em todos os ciclos de vida, nos diferentes níveis de tratamento, reabilitação, prevenção de agravos e promoção da saúde; portanto, com demandas variadas. Para tal finalidade, os entrevistados neste estudo indicaram a necessidade de atualização constante do conhecimento técnico.

Na identidade para si, quando as enfermeiras falam sobre a forma como pensam que são vistas, ficou claro que quando os usuários reconhecem o seu trabalho, ligam-na à figura do médico. Equivaleria a dizer que, para a coletividade, a boa enfermeira seria “quase médica”. Por isso os usuários perguntam quando ela se tornará médica, se ela é mesmo enfermeira, chamam-na de doutora e a aconselham a estudar “mais um pouquinho” para se tornar médica. Com isso revelam que para a população, o conhecimento técnico, clínico e resolutivo está associado à figura do médico.

Como nos lembra D’Espiney (2006), a identidade profissional da enfermeira estruturou-se modernamente tendo por referência uma instituição (o hospital) e uma outra profissão (a medicina), sendo imperativo considerar tal relação para compreender a trajetória identitária deste grupo profissional. As respostas às necessidades das enfermeiras foram sendo buscadas fora do âmbito do grupo e das atividades concretas realizadas no cuidado aos usuários. Ainda de acordo com a autora, a aproximação ao modelo médico parece ter fornecido um substrato importante que conferiu significado às ações e às intervenções da enfermeira. Inicialmente, elas se colocaram como auxiliares dos médicos na organização do espaço hospitalar e mais tarde na organização dos serviços de saúde pública. Para isso, gradativamente foram assumindo a função de “*guardiãs da instituição*”, imbuindo-se dos valores e normas por ela impostas.

Essas duas marcas na identidade da enfermeira (guardiã da instituição e auxiliar do médico) estão presentes na atualidade, pois:

“Continua a ser o trabalho associado à função curativa que se afirma como fonte de significado mais consistente, quer pela sua ligação ao poder mágico de cura, quer por

mobilizar saberes técnico científicos socialmente mais reconhecidos pela racionalidade que comportam” (D'ESPINEY, 2006, p. 13).

Nas décadas de 1980 a 1990, com o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde e a ampliação da atenção médica individual para abarcar ações de saúde coletiva, o trabalho dos enfermeiros estruturou-se para organizar o serviço para o atendimento médico e para a realização de ações como vacinação e vigilância epidemiológica (MATUMOTO et al, 2011).

Entretanto, nos últimos anos, a atuação da enfermeira ganhou maior destaque como membro da equipe multidisciplinar, a partir da natureza de seu próprio corpo de conhecimentos para a prestação de cuidados aos usuários, que vem se expandido largamente e produzindo impactos em seu exercício profissional (OGUISSO; FREITAS, 2007).

Para isso foi preponderante a implantação do SUS no final da década de 1980 e da ESF, no começo da década seguinte, pois ressignificaram o trabalho da enfermeira. Além das atividades administrativas ou gerenciais previstas, houve ampliação das ações clínicas de atenção direta ao usuário (MATUMOTO ET AL, 2011).

A Lei 7498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, afirma que cabe privativamente ao enfermeiro a consulta de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem. Como integrante da equipe de saúde, cabe-lhe ainda a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (2011) atribui à enfermeira:

“...realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços” (s/pág).

Os protocolos (Anexo E) têm um caráter norteador importante para a execução das atividades da enfermeira, detalhando a forma de realizar as consultas: a abordagem do usuário, a coleta do histórico, o exame físico, o diagnóstico, a prescrição de cuidados e/ou medicamentos. Definem os conceitos e os valores profissionais que devem embasar a prática, o funcionamento dos serviços de saúde e as funções ou atribuições de cada membro da equipe de enfermagem, as técnicas ou procedimentos de enfermagem além das metas assistenciais, onde se incluem o número de consultas e visitas por categoria profissional.

A prescrição de medicamentos e a solicitação de exames pela enfermeira, segundo a Lei 7498/86, que rege o exercício profissional em enfermagem, estabelece a obrigatoriedade de tais ações estejam fundadas em protocolos a fim de habilitar legalmente tal prática nos serviços de saúde.

Por outro lado, sendo a ESF relativamente nova no cenário brasileiro, é possível que as ações realizadas pelas enfermeiras nesse nível de atenção não sejam ainda práticas consagradas. Isso pode ser observado também em nível internacional, como verificado por Oguisso e Freitas (2007) quanto à prescrição de medicamentos. Segundo os autores, em alguns países a habilitação para tal prática requer que a enfermeira possua determinada especialização ou mestrado.

Neste estudo, as falas das enfermeiras não foram consensuais quanto à maneira como avaliam a questão da autonomia proporcionada pelos protocolos. Algumas demonstraram estar de acordo com os limites estabelecidos, enquanto outras mencionaram os protocolos estão muito aquém tanto de sua capacidade técnica no atendimento às necessidades dos usuários e famílias aos quais prestam cuidado.

Outras sugeriram ainda a existência de conflito real no dia-a-dia de trabalho com o profissional médico no tocante a ações que seriam

consideradas exclusivas de competência médica, numa espécie de “competição” pelo exercício profissional.

Esta não é uma questão que diz respeito apenas internamente ao grupo profissional das enfermeiras ou das enfermeiras da ESF, mas deve ser entendido num contexto maior da divisão social e econômica do trabalho em saúde, dentro de um sistema neoliberal e racionalizador dos custos em saúde pública pelo Estado, onde inclusive os médicos vêm perdendo espaços de autonomia (MACHADO,1995).

Uma situação emblemática e muito debatida entre todas as profissões da saúde no Brasil e que vem gerando enfrentamento políticos e jurídicos é o Projeto de Lei n. 268/2002, conhecido como *Ato Médico*. Esse projeto previa a delimitação de ações e procedimentos a serem realizados exclusivamente pelos médicos, o que seria compartilhado entre as profissões da saúde e o que seria de competência exclusiva de outros profissionais não-médicos. O diagnóstico e a terapêutica, por exemplo, atualmente realizados pelas enfermeiras na ESF, foram considerados atividade exclusiva dos médicos. Esse projeto já passou em tramitação no Congresso Nacional e foi sancionado pela presidente da república em 2013 com diversos vetos em relação a seu formato original.

As entidades representativas de classe da enfermagem (COFEN, ABEn e FNE) posicionaram-se contra o Projeto e defenderam o veto a alguns itens do projeto, tendo como justificativa a melhoria de indicadores de saúde conquistada pela organização do trabalho em equipes multiprofissionais no enfrentamento das necessidades de saúde da população, sendo que a aprovação total do projeto limitaria a ação de diversos profissionais da saúde, dentre eles a enfermeira.

6.2.4 A enfermeira da ESF: uma identidade em construção

Os resultados dessa pesquisa também evidenciaram algumas percepções sobre a enfermeira da ESF que remetem à inespecificidade ou ao desconhecimento de seu papel e às questões relacionadas à submissão da enfermeira ao médico e à instituição.

Na identidade para si, as enfermeiras pontuaram que seu papel na ESF não está totalmente claro para a coletividade, para os demais profissionais e nem mesmo para elas. Pelas semelhanças de atividades, relatam que às vezes são confundidas ora com médicos ora com auxiliares de enfermagem.

Alguns autores afirmam que é comum para a população denominar enfermeira todo profissional de saúde que esteja de branco e não seja médico, gerando essa confusão ou imagem de sobreposição a outras profissões (GOMES, OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA, 2006).

Corroborando para essa situação o fato das próprias enfermeiras terem dificuldade em definir quais atividades profissionais lhes são exclusivas, bem como a realização de atividades que nem sempre estão relacionadas com os usuários. Segundo Gomes e Oliveira (2005), essas ações inespecíficas não contribuem para o fortalecimento do “núcleo duro profissional” por um lado, e por outro, acabam por gerar frustração e estresse ao seu cotidiano de trabalho.

Diversos autores apontam para a questão da inespecificidade do trabalho da enfermeira na AB, segundo a própria percepção desta profissional (BORGES; 2008; BORGES; SILVA, 2010; GOMES, OLIVEIRA, 2005; GUITTON; FIGUEIREDO, 2002; VILLA, CADETE, 2000; OLIVEIRA, 2005; WITT, 2005).

Para GOMES e OLIVEIRA (2005), uma vez que “...*tudo e todos são assuntos pertinentes ao enfermeiro e, portanto, devem ser resolvidos pelo mesmo*” (p. 1015), seu espaço profissional próprio estaria sendo delimitado de forma desorganizada, o que se traduz

pela inespecificidade e o torna invisível à instituição, à equipe de saúde e à sociedade.

Outro fato que poderia contribuir para essa dificuldade é a característica coletiva do trabalho em saúde (Witt, 2005), particularmente na AB, onde o compartilhamento de saberes e de tomada de decisão pode levar a diminuição das fronteiras ou limites profissionais e aproximar as competências e até mesmo as atividades entre os diferentes profissionais. A enfermeira, na posição de resolver “tudo” ou ser a referência na busca para resolução de problemas, muitas vezes se apresenta como a imagem de “argamassa” (GOMES; OLIVEIRA, 2002).

“Essa imagem traduz a representação de aglutinador a partir das atividades desenvolvidas no processo tecnológico de trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que destaca a representação do trabalho do enfermeiro inserido nos espaços vazios deixados pela equipe multiprofissional” (GOMES; OLIVEIRA, 2002; p. 1015).

Entretanto, considerando as respostas das enfermeiras como um todo, constata-se que elas foram capazes de especificar aspectos que podem ser considerados exclusivos ou ao menos proeminentes em sua profissão. Exemplos foram a escuta qualificada, a resolução de problemas, a coordenação da equipe, a organização do processo de trabalho da equipe e da UBS, a consulta de enfermagem.

Possivelmente exista um hiato entre o trabalho prescrito e o realizado. Existem papéis descritos em protocolos, procedimentos e valores profissionais detalhados, incumbências a serem seguidas pelas enfermeiras e a responsabilidade de que elas assegurem o cumprimento de certas normas na UBS como um todo (seja pelos usuários, pelos demais profissionais ou pela equipe de enfermagem). Entretanto, que as enfermeiras não estão inteiramente seguras do trabalho que realizam. Parte disso diz respeito à falta de respaldo institucional: na atualidade a enfermeira, assim como muitas

profissões, tem que ser a gerente de si mesma e do seu trabalho (DUBAR, 2005; D'ESPINEY, 2006).

A enfermeira muitas vezes é incumbida de dar respostas às necessidades de saúde da coletividade, mesmo na eventualidade da ausência de médico na equipe. É imperativo que a equipe coloque em prática a diretriz da resolutividade, ainda que haja carência de serviços de referência para outros níveis de atenção. A enfermeira, como profissão de nível universitário que mais está presente nas equipes de saúde da família e, como esse e outros estudos já demonstraram, é a profissional que se vincula a esse compromisso da resolução de problemas.

Portanto, a função de *argamassa*, que na maioria das vezes refere-se a um tipo de trabalho invisível, mas que dá sentido e significado individualmente ao trabalho das enfermeiras. “*A trajetória de uma enfermeira abre espaço para repensar que na singularidade também está a totalidade*” (OLIVEIRA, 2006, p. 65). Equivale a afirmar que as experiências vividas pelas enfermeiras são, ao mesmo tempo, individuais e coletivas, pois tem por base entendimentos formados social e culturalmente.

Essa particularidade do trabalho da enfermeira precisa ser reconhecida nas políticas de saúde pública, a fim de fortalecer a competência resolutiva da enfermeira, o que pode trazer um respaldo maior e fortalecer a identidade profissional, fazendo com que o obscuro se torne evidente e legítimo. É preciso considerar as competências não apenas a partir das políticas formuladas para a AB e para a formação dos profissionais de saúde, mas também pela prática concreta que diariamente vem sendo realizada nas UBS (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

De acordo com as enfermeiras, quando os usuários não as conhecem, quando nunca passou em consulta de enfermagem, a primeira reação normalmente é de estranheza e da avaliação prévia de falta de resolutividade – notadamente clínica – para suas

necessidades. Com o tempo, acabam se acostumando, embora não tenham certeza se eles apenas aceitam ou se de fato reconhecem o trabalho da enfermeira.

É interessante que as próprias enfermeiras referiram que a identidade da enfermeira da ESF está em construção junto à coletividade e, poder-se-ia acrescentar, que de forma geral na sociedade. Ou seja, não está acabada – e nem deve estar – mas, por outro lado, não é totalmente desconhecida.

Nesse estudo, foi possível verificar que a prática profissional das enfermeiras da ESF está envolta em inúmeras ambiguidades e tensões, conformando um fazer problemático, que torna o cotidiano das profissionais estressante e algumas vezes marcado por desestímulos e indefinições.

A autonomia profissional está diretamente relacionada à identidade profissional da enfermeira, em interface com os aspectos sociais, políticos, de mercado e culturais nos quais a profissão está inserida. Segundo os autores, quando a concepção de autonomia, mesmo que seja uma “*autonomia em processo*”, está ligada ao saber-fazer específico da profissão, àquilo que a torna diferente, isso se torna mais significativo para a essencialidade da profissão. Porém, quando a autonomia é considerada como um saber-fazer ampliado resultante da aquisição de conhecimentos (saber) e de práticas (fazer) de outras áreas profissionais, a autonomia é mais frágil devido a não fortalecer a essência da profissão (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Nesse estudo, tal aspecto também foi percebido de forma heterogênea pelas enfermeiras, pois algumas associaram o desconhecimento à desvalorização, enquanto outras conceberam-no como um processo em andamento.

Ainda no que diz respeito à identidade para si, as enfermeiras afirmam que por vezes são consideradas como “coitadas” pela profissão que escolheram. Algumas referem que, apesar da falta de

reconhecimento, fazem o melhor que podem; outras chegam a afirmar que são felizes por terem escolhido a profissão de enfermeira.

Já na identidade para o outro, no que se refere à desvalorização e ao desconhecimento sobre a profissional enfermeira, os profissionais do NASF revelaram questões que não emergiram e nem seriam esperadas nas falas das enfermeiras. Percepções de subordinação ao profissional médico, cumprimento de tarefas institucionais, realização de tarefas variadas ou “faz tudo”, além do cuidado maternal, se são atitudes apresentadas pelas enfermeiras, são por elas omitidas.

Segundo Faria (2006), a enfermagem de saúde pública permitiu às profissionais conquistarem espaços de autonomia e legitimidade diante da hierarquia médica, desafiando, portanto, a posição subalterna das enfermeiras, típica dos hospitais desde o século XIX. Entretanto, entende-se que este processo se caracterize por rupturas e avanços, mas também por continuidades, assim como o presente estudo mostrou.

Em paralelo à complexidade das necessidades de saúde da população, somam-se as dificuldades de fortalecimento da AB, de forma a integrar as ações de promoção da saúde, prevenção e manejo de condições de saúde e doença. Existe uma carência de incorporação do entendimento e de estratégias que considerem os determinantes sociais da saúde e doença e a aplicabilidade de ações intersetoriais.

Condicionantes das mudanças na identidade profissional da enfermeira

Aos participantes dessa pesquisa, foi questionado se estaria em curso uma mudança da identidade profissional das enfermeiras na sociedade brasileira. Segundo as próprias enfermeiras, sua identidade profissional vem sendo influenciada pelo desenvolvimento da profissão, pelo modelo assistencial da ESF e também pelas conquistas sociais das mulheres. Para os profissionais do NASF, a

identidade profissional da enfermeira vem passando por transformações relacionadas às características do modelo assistencial proposto pela ESF, pelas mudanças que vêm ocorrendo na educação superior no Brasil e pelo próprio desenvolvimento do trabalho cotidiano.

Os grupos profissionais têm sido grandemente influenciados pelas transformações ocorridas no sistema formal de ensino, no mercado de trabalho e nas políticas sociais, levando-os a renegociações identitárias cada vez mais diversificadas e ao surgimento de novos grupos profissionais que procuram estabelecer o reconhecimento de sua expertise por via de negociações interprofissionais (ALVES; CANÁRIO; 2006).

As transformações que tomam corpo no âmbito do sistema educativo também se fazem ecoar no contexto do trabalho por meio de renegociações identitárias. Outros fatores determinantes de mudanças no trabalho e, portanto, de reconfiguração identitária são a precariedade, as mudanças nos modelos organizativos, novas formas de vínculo e de desenvolvimento do trabalho (ALVES; CANÁRIO; 2006).

7 Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enfermeiras compõem um grupo que vem se dedicando pela afirmação e reconhecimento social da profissão, luta essa que apresentou múltiplos contornos de acordo com os momentos históricos e os distintos contextos sociais e políticos onde foi sendo desenvolvida.

Especialmente nas últimas três décadas, as identidades das enfermeiras vêm sendo acometidas por rupturas e clivagens ocasionadas pelas transformações sociais, econômicas, culturais e políticas. Como diversas outras profissões, a Enfermagem é confrontada e impelida pela necessidade de se rever e recriar em um complexo processo de grandes mudanças sociais.

Em especial da enfermagem brasileira, que emergiu no seio de instituições com a missão de desenvolver um trabalho prescrito e alheio às necessidades do próprio grupo profissional, possivelmente não exista, em sua história particular, uma era áurea à qual se queira verdadeiramente retornar. O desafio, portanto, está em construir o presente e arquitetar o futuro, uma vez que a construção da identidade profissional da enfermeira está continuamente em processo.

No decorrer de sua trajetória, a enfermeira vem desenvolvendo sua evolução profissional de diversas maneiras, seja por meio de especializações que aprimoram sua prática, elaboração de técnicas e teorias que subsidiam seu saber-fazer e até mesmo pela inserção em espaços que anteriormente não ocupavam, em especial no âmbito da AB.

Entretanto, no contexto histórico recente dessas transformações, é possível notar a persistência de identidades passadas que, por vezes obstinadamente tentam perpetuar-se no presente.

Durante anos, a fonte de identificação das enfermeiras esteve assente no conhecimento biomédico e nos valores, princípios e regras

das instituições hospitalares, que influenciaram tanto a identidade para si como a identidade para o outro nesse grupo profissional.

Atualmente, porém, dada a complexidade e fragmentação das instituições, essa tarefa assume um caráter mais ético, uma vez que o profissional depara-se com a necessidade de conjugar normas de justiça e julgamentos de conduta sobre os outros a partir de seu *ethos* profissional e não tanto por uma imposição moral externa.

A heterogeneidade de princípios que regem hoje as instituições e a gradativa diminuição do respaldo que oferecem aos profissionais, leva a necessidade de redefinir prioridades durante o exercício diário do trabalho, apoiadas mais no julgamento profissional que nas normas institucionais. Esses novos desafios que emergem no campo da saúde vão possibilitando às enfermeiras reconstruir suas experiências de cuidar e reconfigurar a sua identidade profissional.

O papel prescrito perdeu peso e as competências individuais ganharam relevância em face dos resultados esperados, definidos em termos de ganhos em saúde. Há um certo sentimento de frustração entre as enfermeiras, possivelmente resultante da ambiguidade na tentativa de conciliar valores sabidamente divergentes, quais sejam os do serviço e os da profissão. A crise que se instaura e acompanha a profissão é exatamente essa lacuna existente entre a “enfermagem real e a enfermagem ideal”: os valores que fundamentam a profissão chocam-se com as transformações no mundo do trabalho e com as crescentes exigências dos usuários.

Neste mesmo cenário, as enfermeiras também não estão seguras quanto ao seu papel gerencial. Há um trabalho prescrito, de caráter institucional, muitas vezes traduzidos em números a serem alcançados pela produção individual, que dificulta a realização de outras ações como as de promoção da saúde e prevenção de agravos. Elas são instadas a “cumprir e fazer cumprir” normas, rotinas e assumir valores e comportamentos que não mais se coadunam com a direção a qual sua própria identidade para si vem apontando.

Embora a divergência entre a subjetividade do profissional e a objetividade do sistema, embora ocasione certa perda de segurança, a reconstrução da ação ou da profissionalidade em Enfermagem por meio da criatividade e da reflexão crítica.

Os profissionais se veem obrigados a buscar a legitimação de suas intervenções, favorecendo o surgimento de valores diversificados e o aparecimento de novas formas de conceber a profissionalidade. A negociação de novas identidades entre os enfermeiros confronta a lógica de mercado para responder à necessidades numa perspectiva ampliada de saúde. É quando a relação personificada com os usuários ganha destaque. Na ESF, a enfermeira torna-se uma profissional disponível para realizar a escuta, uma possibilidade de aproximação. Esta tarefa, vale ressaltar, emerge e estabelece-se como iniciativa das próprias enfermeiras, indo além do que está prescrito.

No processo de trabalho da enfermeira no cuidar das famílias estabelece-se uma relação personificada e, portanto, significativa desta profissional com os usuários, de forma que a enfermeira torna-se um profissional de referência no serviço, especialmente para aqueles mais assíduos da unidade.

Sabe-se uma única categoria profissional é incapaz de implementar a intervenção em saúde, que requerer as diversas competências possibilitadas pelo trabalho em equipe. O usuário passa a ser entendido, para a Enfermagem, como o centro da ação profissional, agora não restrito ao quadro de doença mas também na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

A participação do usuário traz tanto a possibilidade de decidir conjuntamente sobre os cuidados de que necessita, como também traz uma maior horizontalidade na sua relação com o profissional de saúde. A legitimidade de sua ação profissional da enfermeira passa a ser conquistada por meio de sua capacidade de intervir e de se relacionar com o outro.

Para ser capaz hoje de responder às novas solicitações com que se confrontam nas comunidades, a enfermeira deve dominar um conjunto de conhecimentos e habilidades que deixaram de ser exclusivas de uma profissão (medicina) ou de uma instituição (hospital). Possuir o diploma de enfermeira já não é mais suficiente, é preciso conquistar legitimidade para a ação profissional. Embora haja aumento da autonomia na tomada de decisão, há maior insegurança pela crescente responsabilização individual pelas ações. Como a instituição já não oferece mais proteção, o trabalho em equipe com co-responsabilização pelas decisões configura-se como uma solução viável.

Uma vez que as fronteiras interprofissionais expandem-se, algumas respostas que anteriormente advinham somente do médico começam a ser assumidas pelas enfermeiras e há necessidade imperativa e crescente de desenvolvimento de novas competências.

De um ponto de vista histórico mais amplo, a enfermeira da ESF vem se afastando parcialmente do domínio da Medicina e procurando firmar-se com mais autonomia tanto na gestão do serviço e do cuidado quanto na atenção clínica individual, em que pesem as limitações impostas pelos protocolos assistenciais.

Entretanto, ao procuram sair do domínio da medicina, a ampliação do seu escopo clínico de atuação aproxima as enfermeiras do trabalho médico. De auxiliar de médico, gradualmente a enfermeira vai se transformando em “mini-médico”, socialmente mais valorizada, apesar da menor autonomia e do menor salário. Um paradoxo instaura-se no momento em que gozar de valorização social requer da enfermeira maior dependência do saber médico e da tecnologia, no hospital, enquanto na Saúde Coletiva, na área em que possui maior autonomia, goza de menor status social.

A Enfermagem, a despeito do histórico recente de inserção profissional no cenário brasileiro, é uma profissão essencial para o cuidado em saúde, em permanente tensão no mercado de trabalho,

representando atualmente cerca de 70% da força de trabalho em saúde. É evidente que as necessidades de saúde estão se tornando cada vez mais complexas e de forma muito veloz, com as famílias vem passando por diversas mudanças estruturais, as mulheres trabalhando cada vez mais fora de casa, a expectativa de vida que vem aumentando etc.

Diversos avanços foram alcançados nas condições de saúde e na expectativa de vida da população, mas muitos desafios ainda permanecem, dadas as dimensões continentais do País, além das profundas desigualdades sociais, econômicas e ambientais. Dentre as diversas ações para o enfrentamento dessas condições, é imperativo incorporar e qualificar os múltiplos agentes do cuidado de Enfermagem, mas não sob a justificativa de “profissionalizá-los”, mas já os acolhendo sob o manto da profissão, incluindo-os, compartilhando saberes, expandindo as fronteiras do cuidado, para que este seja cada vez mais qualificado e mais humano.

O trabalho dos profissionais nas UBS também passa por mudanças. A finalidade do cuidado prestado pela enfermeira deixa de ser um fim em si – como o era no papel de auxiliar de médico – e passa a ser compreendido como um meio. A centralidade que se busca agora está nas intervenções nos níveis de promoção da saúde e da prevenção da doença. Essa transformação dos fins em meios requer a transformação das práticas e a reconstrução identitária.

O cuidado de enfermagem é construído na prática diária, mobilizando o profissional a realizar uma ação que compreende a si próprio, a relação com o outro e as condições nas quais esse trabalho é feito. Esses mecanismos envolvem o papel prescrito da enfermeira pela instituição e a posição por ela ocupada na divisão social do trabalho, bem como a forma como reelabora as referências que tem da profissão. Embora inicialmente esses mecanismos fossem coincidentes, hoje a tendência é o aumento dessa lacuna, e que vem abrindo a oportunidade de reconstrução identitária.

Na luta pela afirmação e reconhecimento profissional, a enfermeira segue cotidianamente em busca de uma imagem de si condizente com a concretude de seu trabalho.

Referências

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. R. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALVES, M. G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 34-51, 2014.

ALVES, N.; CANARIO, R. Educação, trabalho e identidades profissionais. **Sísifo Revista de Ciências da Educação**. n.6, maio-agosto, 2006.

AMERICAN NURSING ASSOCIATION. What is a nurse? Disponível em: <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>. Acesso em 23 nov. 2014.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos avançados**, v. 81, n. 28, 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. São Paulo: Positivo; 1999.

BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. XVII, n. 1, p. 223-230, 2012.

BAPTISTA, S.S.; BARREIRA, I.A. Condições de surgimento das escolas de enfermagem brasileiras. **Revista Alternativa de Enfermagem**. Ano I, n.2, p. 04-17, 1997.

BARBOSA, M. L. O. Para onde vai a classe média: um novo profissionalismo no Brasil? **Tempo Social; Revista de Sociologia da USP**, v. 10, n. 1, p. 129-142, 1998.

BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose**. 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro.

BARREIRA, I. A. Os primórdios da enfermagem moderna no Brasil. **Revista Escola Anna Nery**, ano I, nº de lançamento, p. 161-176, 1997.

BARREIRA, I. A. A prática da enfermagem no Brasil: a enfermeira de saúde pública dos anos 20. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.7, n.1, p. 42-57, 1998.

BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 7. n. 3, p. 87-93, 1999.

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

BONELLI, M. G. O Instituto da Ordem dos Advogados Brasileiros e o Estado: a profissionalização no Brasil e os limites dos modelos centrados no mercado. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14. n. 39, p. 61-8, 1999.

BONELLI, M. G. **Profissionalismo, Gênero e Diferença nas Carreiras Jurídicas**. 1. ed. São Carlos: EDUFSCar - FAPESP, 2013.

BONELLI, M.G.; OLIVEIRA, F.L.; MARTINS, R. **Profissões jurídicas, identidades e imagem pública**. São Carlos: EdUFSCar, 2006.

BRACCIALLI L. A. D. **Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. Lei nº 7.498, 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. 10.

BRASIL. Número de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/19/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>. Acesso em: 04 jun. 2013.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BROWN, J.; STEVENS, J.; KERMODE, S. Supporting student nurse professionalisation: the role of the clinical teacher. **Nurse Educ Today**, v. 32, n. 5, p. 606-10, 2012.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP** – Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008.

CAMPOS, P. F. S.; OGUISSO, T. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 6, p. 892-8, 2008.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados**, n. 13, v. 35, p. 89-100, 1999.

CAR, M. R.; BERTOLOZZI, M. R. O procedimento de análise de discurso. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (Orgs). **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva-CIPESC**, Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.

CARVALHO, V. **Sobre Enfermagem: Ensino e Perfil Profissional**. Rio de Janeiro: Central de Eventos, 2007.

CARRIJO, A. R. **Ensino de história da enfermagem: formação e identidade profissional**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

CASTRO SANTOS, L. A. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.15, n.1, p. 13-28, 2008.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

CIOSAK, S. **Das práticas de isolamento às práticas de controle de infecção: uma (re)evolução histórica**. 2004. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COLIÉRE, F. **Promover a Vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 311/2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Posicionamento das organizações de enfermagem – COFEN, ABEN e FNE sobre o impacto PL nº 268/2002 - Ato Médico no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2013/06/carta_cofen_aben_fne.Pdf. Acesso em 08 dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Março de 2011.

D'ANTONIO, P. **American Nursing:** a history of knowledge, authority, and the meaning of work. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2010.

D'ESPINEY, L. M. C. A. **Enfermeiros nas comunidades: produção de cuidados e reconstrução identitária.** 2010. Tese (Doutorado). Instituto de Educação, Universidade de Lisboa. Portugal.

DONINI, O. A. A reorganização da gestão de saúde em SP. In: SOUZA M. F.; MENDES, A. **Tempos radicais da saúde em São Paulo:** a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 31-73.

DUBAR, C. **A socialização:** a construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, C. **A crise das identidades:** a interpretação de uma mutação. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

ELLERY, A. E. L. **Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional.** 2012. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, n. 21, v. 2, p. 164-76, 2007.

EVETTS, J. The sociology of professional groups. **Current Sociology**, v. 54. n.1, p. 03-25, 2006.

FAGERBERG, I.; KIHLGREN, M. Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses two years after graduation. **J Adv Nursing**, v. 34, n. 1, p. 137-45, 2001.

FARIA, L. Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, v. 27, p.173-212, 2006.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 13-33, 2014.

FAIRMAN, J. History for the future (of Nursing). **Nursign History Review**, v. 20, p. 10-13, 2012.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS. História. Disponível em: <http://www.portalfne.com.br/fne/historia>. Acesso em: 24 jan. 2013.

FIORIN, J.L. **Elementos da análise de discurso**. São Paulo: Editora Contexto, 2000.

FOUCAULT, M. **Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault**. Washington: OPS, 1978.

FREIDSON E. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: EDUSP, 1998.

FREITAS, G. F. **Gênese e incorporação do saber administrativo em enfermagem: análise do discurso a partir das obras El Arte de Enfermería e Notas Sobre Enfermagem**. 2011. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GALLEGUILLOS, T. G. B, OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.35. n.1, p.80-87, 2001.

GASTALDO, D. M., MEYER, D. E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. **Rev. Bras. Enferm**, v. 42, n, 1,2,3/4, p. 7-13, 1989.

GERMANO, R. M. A Enfermagem do passado e do futuro: perspectivas e desafios do cuidar. In: MIRANDA, S. M. R. C.; MALAGUTTI, W. (Org.). **Os Caminhos da Enfermagem: de Florence à Globalização**. São Paulo: Phorte, 2010.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo, Cortez, 1985.

GOMES, A. M. T. **A autonomia profissional da enfermagem em saúde pública: um estudo de representações sociais dissertação**. 2002. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 393-8, 2005.

GONÇALVES, C. M. **Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento**. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9224/2/5512000064254.pdf> Acesso em: 16 mai. 2012.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; DI LORENZO, R. A. V. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.875-883, 2011.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

HEIDEMANN, H. D.; TOLEDO, C. A.; BOECHAT, C. A. O trabalho no Brasil: traçado interpretativo de sua história de formação e de sua crítica. **Estudos avançados**, v.28, n. 81, p. 55-67; 2014.

HELMSTADTER C. Florence Nightingale's opposition to state registration of nurses. **Nursing History Review**, v.15, p. 155-166, 2007.

HENRIQUE, H. M. G. **Formação, sociedade e identidade profissional dos enfermeiros: a Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias (1948-1988)**. 2011. Tese (Doutorado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal.

JOFRE, A. M. **Valores y actitudes profesionales**: Estudio de la práctica profesional de enfermera en Catalunya. 2005. Tese (Doctorado), Universidad de Barcelona, Espanha.

KHALILI, H. et al. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. **J Interprof Care**, v. 27, n. 6, p. 448-53, 2013.

KEMMER, L. F.; SILVA, M. J. P. Como escolher o que não se conhece? Um estudo da imagem do enfermeiro por alunos do ensino médio. **Acta Paul de Enferm**, v. 20, n.2, p. 125-30, 2007.

KEMPFER, S. S. **A temporalidade do ser-academico-de-enfermagem na experiência de cuidado: uma interpretação em Heiddger**. 2012. Tese (Doutorado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LARSON, M. S. **The rise of professionalism**: a sociological analysis. Berkeley-CA: University of California Press, 1977.

LEWENSON S. "Of logical necessity... they hang together": nursing and the woman's movement, 1901—1912. **Nursing History Review**, v. 2, p. 99-117, 1994.

LEFRÉVE, F.; LEFRÉVE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

MACHADO, M. H. **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2011.

MEDEIROS, R.G. A Enfermagem do passado e do futuro: perspectivas e desafios do cuidar. In: MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C. **Os caminhos da enfermagem**: de Florence à globalização. São Paulo: Phorte, 2010.

MELO, C. **Divisão social do trabalho em enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

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

MIRÓ-BONET, M. **Por que somos como somos?** Continuidades e transformaciones de los discursos e las relaciones en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976). 2008. Tese (Doctorado en Enfermería y Salud Internacional), Universitat de les Illes Balears, Espanha.

MIMURA, C.; PETER GRIFFITHS, I. N. What motivates people to enter professional nursing? **International Journal of Nursing Studies**, v. 46. p. 603-605, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2011.

MOREIRA, A. Movimentos de profissionalização da enfermagem. In: OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2007.

MOREIRA, M.; OGUISSO, T. A trajetória da profissionalização da enfermagem no Brasil. In: **Profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.

MOURA, A. et al. **SENADEn: expressão política da Educação em Enfermagem**. Rev Bras Enferm, v. 59 (esp), p. 442-53; 2006.

NATIONAL LEAGUE FOR NURSING EDUCATION. **Standard Curriculum for School of Nursing**. Baltimore: Waverly Press, 1917.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; 1989.

NEVES, H. Vigilância em saúde na capital paulista. In: SOUSA, M.F.; MENDES, A. (Org.). **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. São Paulo: Hucitec; 2003.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2007.

OGUISSO, T.; FREITAS, G.F. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 2, p. 141-4, 2007.

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

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

OLIVEIRA, B. G. R. B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 60-7, 2006.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, p. 9-15, 2000.

PADILHA, M. I. C.; BORENSTEIN, M. S. História da Enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, p. 532-538, 2006.

PADILHA, M. I. C.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 4, p. 575-84, 2005.

PADILHA, M. I. C.; BORENSTEIN, M. S.; ALVAREZ, A. M. A construção social da ABEn: papel histórico e político de suas primeiras seções. 2005. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/construcao_social_da_aben.pdf. Acesso em 31 dez. 2013.

PADILHA, M. I. C.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. (Org.). **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PERRUSI, A. Profissão, vocação e medicina. **Política & trabalho**, v. 16, set, p. 73-84, 2000. Disponível em: <http://www.biblionline.ufpb.br/ojs2/index.php/politicaetrabalho/article/view/6460/4036>. Acesso em: 19 nov. 2014.

PILARTE, J. R.; SÁNCHEZ, M. S. Historia da enfermagem. 09 de abril de 2014. Disponível em: <http://enfeps.blogspot.com.es/2014/04/historia-da-enfermagem.html>. Acesso em: 04 jul. 2014.

POCHMANN, M. Brasil: segunda grande transformação no trabalho? **Estudos avançados**, v.28, n. 81, p. 23-38; 2014.

PORTO, F.; SANTOS, T. C. F. O rito e os emblemas na formatura das enfermeiras brasileiras no Distrito Federal (1924-1925). **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 13, n. 2, p. 249-255, 2009.

RIBEIRO, A. A. A., et al. A escolha profissional no imaginário social - enfermeiras brasileiras e peruanas. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 2, p. 241-50, 2006.

RODRIGUES, M. L. **Sociologia das profissões**. Oeiras: Celta Editora, 1997.

SANTOS, T. C. F. et al. A memória, o controle das lembranças e a pesquisa em história da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; v. 15, n. 3, p. 616-625, 2011.

SANTOS, A. F. P. R. Principais abordagens sociológicas para análise das profissões. **BIB**, São Paulo, n. 71, p 25-43, 2011.

SANTOS JUNIOR, J. Sob o véu da linguagem: desafios e impasses no estudo das identidades. **Indagatio Didactica**, v. 5, n. 2, p. 506- 516, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrumento normativo: normas para o monitoramento técnico e administração dos recursos financeiros das ESF/convênios**, 2008.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: abordagem crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SOCHASLKI, J.; MELENDEZ-TORRES, G. J. What is a nurse? A missioner of health. **Academic Medicine**, v. 88, n. 11, p. 1616, 2013.

VIEIRA, L. (Org.). **Identidade e globalização**: impasses e perspectivas da identidade e a diversidade cultural. Rio de Janeiro: Record; 2009.

WITT, R. R. **As competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WHELAN, J. C. **Too many, too few: the supply, demand and distribution of private nurses, 1910-1965**. 2000. Dissertation (Doctorate in Philosophy), University of Philadelphia, United States of America.

WORTHINGTON, M.; SALAMONSON, Y.; WEAVER, R.; CLEARY, M. Predictive validity of the Macleod Clark Professional Identity Scale for undergraduate nursing students. **Nurse Educ Today**, n. 33, v. 3; p. 187-91, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. São Paulo: Bookman, 2005.

Apêndices

APÊNDICE A:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Juliana Guisardi Pereira, doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Convido-a(o) para participar, como voluntário, da pesquisa que estou desenvolvendo, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, intitulada *“As identidades da enfermeira da Estratégia Saúde da Família: um processo em construção”*. O objetivo do estudo é analisar o processo de construção das identidades das enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas relacionadas a dados pessoais e história de vida profissional.

Esta pesquisa não lhe trará nenhum tipo de risco de qualquer natureza, bem como não lhe trará nenhum tipo de benefício direto. Entretanto, buscará contribuir para compreender quais são as principais influências que incidem sobre as identidades da enfermeira de saúde da família na atualidade. Os dados referentes a sua pessoa serão confidenciais e o sigilo de sua participação é garantido durante toda pesquisa, inclusive em sua divulgação, uma vez que os resultados serão apresentados de forma que mostrem a opinião do coletivo.

No caso de aceitar fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma delas sua e a outra, minha. Ressalto que você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos.

Estou a sua disposição para me localizar a qualquer momento caso haja necessidade. Meu telefone pessoal é 99840-7500 e meu e-mail é: juguisardi@usp.br.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar. Telefone: 3061-7548 - e-mail: edipesq@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com.

Eu, abaixo assinado, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador principal

APÊNDICE B:
INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA –
ENFERMEIRAS DA ESF

CARACTERIZAÇÃO

Sexo:

Idade:

Instituição em que se graduou e ano:

Possui outra graduação ou curso técnico? Instituições e anos de formatura.

Possui cursos de pós-graduação na área da saúde/enfermagem? Instituições e anos de formatura.

Resumo da trajetória profissional:

Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família.

Carga horária de trabalho:

Tipo de vínculo empregatício:

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Conte-me como foi sua escolha pela profissão. O que contribuiu ou influenciou essa escolha?
- 2) Durante sua formação profissional (graduação ou pós-graduação), você se recorda de pessoas (professores, enfermeiros) ou situações que influenciaram na construção da sua identidade profissional como enfermeira? Conte-me um exemplo.
- 3) Gostaria que você pensasse na época do seu ingresso no mundo do trabalho na Enfermagem. O que contribuiu ou prejudicou a construção da sua identidade profissional enquanto enfermeira (o)? Conte-me um exemplo.

4) SOMENTE PARA OS ENFERMEIROS QUE JÁ ATUARAM EM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE/ NÍVEIS DE ATENÇÃO.

O que a(o) levou a trabalhar na saúde da família?

5) Em sua opinião, qual o perfil profissional ou quais características que uma enfermeira de Saúde da Família deve ter?

6) O trabalho da enfermeira na saúde da família tem algumas peculiaridades; uma delas é o trabalho em equipe, em que a enfermeira convive com diversas outras profissões. Na sua opinião, como a enfermeira é vista pelos outros profissionais da equipe?

7) Pela sua experiência, como a enfermeira da saúde da família é vista pela comunidade atualmente?

8) Como você vê a autonomia profissional da enfermeira na saúde da família atualmente?

9) Que tipo (s) de segurança e que tipo de insegura(s) você percebe no seu trabalho hoje em dia?

10) Você considera que o seu trabalho é reconhecido?

11) Você encontra alguma dificuldade no desenvolvimento do seu trabalho?

12) Você acha que a identidade profissional da enfermeira hoje é diferente das gerações anteriores? Por quê? Se sim, o que você acha que causou essas mudanças?

13) Você participa de algum tipo de associação profissional? Qual(is)? Como você descreveria sua participação nela(s)?

APÊNDICE C:
INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA –
PROFISSIONAIS DO NASF

CARACTERIZAÇÃO

A. Sexo:

B. Idade:

C. Profissão:

D. Em qual instituição você se graduou? Em que ano?

E. Você possui outra graduação ou curso técnico/profissionalizante?
Instituições e anos de formatura.

F. Você possui cursos de pós-graduação na área da saúde?
Instituições e anos de formatura.

G. Faça um resumo da sua trajetória profissional.

H. Há quanto tempo atua na Estratégia Saúde da Família?

I. Qual é a carga horária semanal de trabalho?

J. Qual é o tipo de vínculo empregatício?

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) O que te levou a trabalhar na Estratégia Saúde da Família?
- 2) Pelo que você conhece, o que faz uma enfermeira de saúde da família no dia-a-dia do seu trabalho?
- 3) Na sua opinião, qual o perfil profissional ou quais características que uma enfermeira de Saúde da Família deve ter?
- 4) O trabalho da enfermeira na saúde da família tem algumas peculiaridades; uma delas é o trabalho em equipe, em que a enfermeira convive com trabalhadores de diversas profissões. Poderia se afirmar que essa relação entre profissões é harmoniosa, e que a enfermeira consegue fazer seu papel na equipe, e seu trabalho é reconhecido?
- 5) Na sua opinião, como a enfermeira é vista pelos outros profissionais da UBS?
- 6) E para a comunidade, quem é a enfermeira da ESF?
- 7) E pra você, quem é a enfermeira de saúde da família?
- 8) Como você vê a autonomia profissional da enfermeira na saúde da família atualmente?
- 9) Você poderia apontar alguma (s) dificuldade (s) que a enfermeira de saúde da família enfrenta no desenvolvimento do seu trabalho?
- 10) Você acha que a identidade profissional da enfermeira hoje é diferente das gerações anteriores? Por quê? Se sim, o que você acha que causou essas mudanças?
- 11) Você participa de algum tipo de associação profissional? Qual(is)? Como você descreveria sua participação nela(s)?

Anexos

ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – EEUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As identidades da Enfermeira da Estratégia Saúde da Família: um processo em construção

Pesquisador: JULIANA GUIARDI PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21655113.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 489.982

Data da Relatoria: 10/12/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto foi aprovado pelo CEP da EEUSP e pelo CEP/SMS/SP.

A pesquisadora o re inseriu na Plataforma por ter feito modificação na metodologia de pesquisa, com troca de sujeitos de pesquisa, que passaram a ser profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Justifica pela maior proximidade dos profissionais do NASF com o trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, possibilitando uma maior contribuição na avaliação da identidade profissional dessas. Trata-se de um estudo qualitativo que visa analisar o processo de construção das identidades das enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família, à luz do referencial teórico da Sociologia das Profissões, buscando investigar como essas enfermeiras se identificam profissionalmente e como são identificadas pelos outros. Trata-se de uma pesquisa de campo a ser realizada em Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, município de São Paulo e no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Os sujeitos serão as enfermeiras que trabalham nas instituições referidas. Para coleta de dados será utilizada entrevista semi-estruturada e o método de análise será a hermenêutica dialética. Tem como questão norteadora: Que impactos a inserção na ESF vem produzindo na identidade profissional das enfermeiras?

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 489.982

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar o processo de construção das identidades das enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família.

Objetivos Específicos:

1. Identificar se a história de vida das enfermeiras afetou a decisão pela Enfermagem como escolha profissional;
2. Identificar a contribuição da graduação e pós-graduação para a formação das identidades das enfermeiras;
3. Identificar a contribuição da inserção no mundo do trabalho na construção das identidades das enfermeiras;
4. Verificar como as enfermeiras da ESF se identificam e como pensam que são identificadas pelos outros (demais profissionais, comunidade atendida e sociedade em geral);
5. Verificar os impactos do trabalho das enfermeiras na ESF na construção de suas identidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo

Benefícios: Fornecer subsídios aos processos que visem o desenvolvimento profissional das enfermeiras de saúde da família, tanto em nível local, como em outras regiões, ou ainda através das entidades representativas da profissão, abrangendo desde reflexões e ações concretas de educação permanente em saúde, de planos de carreira e de promoção do trabalho interdisciplinar em saúde, dentre outros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado por meio de observação de campo e entrevistas semi-estruturadas com o universo de enfermeiros (n=34) que atuam em Unidades Básicas de Saúde que atendem segundo a Estratégia de Saúde da Família na subprefeitura do Butantã, localizada na Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste do município de São Paulo e que tenham, ao menos, cinco anos de experiência profissional e, quatro enfermeiros da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), localizado dentro do campus da Cidade Universitária, no município de São Paulo que também atuem profissionalmente há pelo menos cinco anos e que não tenham atuado anteriormente na ESF. Todos serão convidados a participar voluntariamente da pesquisa após lerem e assinarem o TCLE. Entre os enfermeiros da ESF serão selecionados profissionais que já tenham trabalhado em outros tipos de serviços de saúde antes de virem para a ESF.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 489.982

e os que só trabalharam na ESF após a graduação, visando analisar se há diferenças na construção das identidades a partir de diferentes experiências profissionais.

Serão excluídos aqueles que se recusarem a participar da pesquisa, que estiverem afastados por motivo de licença médica ou de férias e aqueles que se ausentarem no dia da entrevista. Como método de análise dos textos resultantes das entrevistas, será utilizada a hermenêutica dialética, por meio da análise de discurso, conforme preconizado por Fiorin (2000) e adaptado por Car e Bertolozzi (1999). A pesquisadora tem aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa da Sec Munic de Saúde de SP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado está adequado ao que é preconizado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresentado está de acordo com o preconizado, não apresentando pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição co-participante, antes do início da coleta de dados.

Os resultados da pesquisa devem ser registrados na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 489.982

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO B: PARECER DA SUPERVISAO TÉCNICA DO BUTANTÃ

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO OESTE
RUA DR. RENATO PAES DE BARROS, N. 77 - ITAIM BIBI - FONE/FAX. 3078-6808

São Paulo, 15 de Outubro de 2013.

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SMS

Manifestamos parecer favorável à realização do Projeto de Pesquisa:

Título: "AS IDENTIDADES DA ENFERMEIRA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO"

Pesquisadora(s) : JULIANA GUIARDI PEREIRA- Enfermeira doutoranda da Escola de Enfermagem da USP, sob orientação de Profa. Profa Dra Maria Amélia de Campos Oliveira - Universidade de São Paulo..

Campo de Pesquisa: Unidades de Saúde com a Estratégia Saúde da Família na STS Butantã.

Informamos que esta Autorização está condicionada ao parecer de APROVADO do CEP/SMS.

Recomendamos que a referida Pesquisa, bem como resultados obtidos sejam inseridos na Biblioteca Virtual em Saúde- BVS/SMS.

Atenciosamente,

DENISE CARREIRA
COORDENADORA SUBSTITUTA
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO OESTE

ANEXO C: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SMS/SP (VERSÃO 1)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As identidades da Enfermeira da Estratégia Saúde da Família: um processo em construção

Pesquisador: JULIANA GUISSARDI PEREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21655113.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 456.720

Data da Relatoria: 07/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado por meio de observação de campo e entrevistas semi estruturadas com enfermeiros. O estudo será realizado em Unidades Básicas de Saúde que atendem segundo a Estratégia de Saúde da Família na subprefeitura do Butantã, localizada na Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste do município de São Paulo e no Hospital Universitário.

Para coleta de dados no HU foi eleito o Departamento de Enfermagem Cirúrgica do referido Hospital, que é composto pelos seguintes setores: Central de Material e Esterilização; Centro Cirúrgico; Clínica Cirúrgica; e Hospital Dia no Hospital Universitário.

Serão sujeitos desta pesquisa 34 enfermeiros de saúde da família que trabalham nas UBS da STS do Butantã, no município de São Paulo, e 4 enfermeiros que trabalham no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), sendo que todos serão convidados a participar voluntariamente.

Critério de inclusão:

1. da ESF - atuar na função há pelo menos cinco (5) anos.
2. DO HU - ser formadas há pelo menos 5 (cinco) anos e nunca terem atuado profissionalmente como enfermeiras de saúde da família.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 456.720

Serão excluídos aqueles que se recusarem a participar da pesquisa, que estiverem afastados por motivo de licença médica ou de férias e aqueles que se ausentarem no dia da entrevista.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas semi estruturadas, compostas por questões abertas e fechadas, relacionadas à história profissional e à construção das identidades. Como método de análise dos textos resultantes das entrevistas, será utilizada a hermenêutica dialética, por meio da análise de discurso, conforme preconizado por Fiorin (2000) e adaptado por Car e Bertolozzi (1999).

O material das entrevistas, devidamente gravado e transcrito, resultará em textos discursivos. Após a transcrição, realizar-se-á a leitura dos textos e a seleção de trechos relevantes para a pesquisa. Os discursos selecionados serão recompostos em frases temáticas que, por sua vez, serão organizadas de acordo com o grau de similaridade, formando grupos de subtemas.

Objetivo da Pesquisa:

Geral - Analisar o processo de construção das identidades das enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família.

Específicos:

- Identificar se a história de vida das enfermeiras afetou a decisão pela Enfermagem como escolha profissional;
- Identificar a contribuição da graduação e pós-graduação para a formação das identidades das enfermeiras;
- Identificar a contribuição da inserção no mundo do trabalho na construção das identidades das enfermeiras;
- Verificar como as enfermeiras da ESF se identificam e como pensam que são identificadas pelos outros (demais profissionais, comunidade atendida e sociedade em geral);
- Verificar os impactos do trabalho das enfermeiras na ESF na construção de suas identidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, e estão relacionados a possibilidade de algum desconforto durante a entrevista.

Benefícios: não foram claramente descritos, mas os resultados poderão subsidiar as ações profissionais dos enfermeiros, bem como melhorar a integração com a equipe multiprofissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia está bem descrita e adequada aos objetivos propostos pela pesquisa e os currículos do orientador e pesquisador são pertinentes.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 456.720

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está adequadamente preenchida, devidamente assinada pelo geitor da instituição. Foi apresentado documento de autorização da Coordenadoria onde o estudo será realizado.

Foi apresentada planilha de custos que estarão a cargo da pesquisadora.

O cronograma foi atualizado.

O TCLE foi considerado adequado após retificações.

Recomendações:

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e). De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 456.720

realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 19 de Novembro de 2013

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO D: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SMS/SP (VERSÃO 2)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As identidades da Enfermeira da Estratégia Saúde da Família: um processo em construção

Pesquisador: JULIANA GUIARDI PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21655113.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 500.193

Data da Relatoria: 06/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda a projeto anteriormente avaliado, solicitando alteração da metodologia com a inclusão de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como sujeitos da pesquisa, e a exclusão das enfermeiras do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de construção das identidades das enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família, à luz do referencial teórico da Sociologia das Profissões, buscando investigar como essas enfermeiras identificam a si mesmas profissionalmente, e como são identificadas pelos outros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Do ponto de vista ético, este adendo não muda a essência do estudo que continua a mesma, estando de acordo com a Res 644/12 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 500.193

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Não se aplica.

SAO PAULO, 18 de Dezembro de 2013

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

**ANEXO E: RESUMO DOS DISPOSITIVOS LEGAIS
QUE RESPALDAM O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA
ENFERMEIRA NA ESF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

DOCUMENTO	ANO	DESCRIÇÃO
Manual técnico: procedimento e legislação para risco biológico – biossegurança na saúde nas Unidades Básicas de Saúde.	2011 76 pág.	Documento com 76 páginas que aborda o cuidado com as mãos, a importância dos Equipamentos de Proteção Individual, os cuidados com a exposição e atenção à vigilância ocupacional e noções básicas de cuidados com os resíduos sólidos de serviços de saúde”. Estabelece claramente condutas na rotina de trabalho que devem ser tomadas pelos profissionais de enfermagem no tocante à prevenção do risco de infecção.
Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem	2012 127 pág.	Regulamenta o funcionamento interno das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo, bem como a administração do serviço de enfermagem (incluindo sugestões de roteiros de supervisão e escalas de profissionais de enfermagem); estabelece as atribuições de cada membro da equipe de Enfermagem; institui a Comissão de Ética; conceitua e descreve os passos para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, visita domiciliar; educação permanente em saúde (profissionais da equipe) e grupo educativos com a comunidade. Por fim, descreve rotinas das salas de atendimento da UBS.
Manual técnico: saúde da criança e do adolescente nas Unidades Básicas de Saúde.	2012 96 pág.	Descreve detalhadamente a consulta de Enfermagem à criança, abordando o desenvolvimento pondero-estatural, o exame físico, a complementação vitamínica, a higiene oral, o aleitamento e alimentação, o conteúdo programático para grupos educativos, o calendário vacinal da criança, a assistência de enfermagem aos problemas comuns na infância, a triagem neonatal – exame do pezinho, e o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Descreve a consulta de enfermagem ao adolescente, o crescimento e desenvolvimento puberal, a prescrição medicamentosa, a alimentação na adolescência, a imunização ao adolescente, os principais agravos na adolescência, a obesidade, os transtornos alimentares – anorexia nervosa e bulimia, a saúde bucal do adolescente, a gravidez na adolescência, a violência na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis, e os grupos educativos na adolescência.
Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde.	2012 73 pág.	Aborda a assistência de enfermagem à mulher em quatro capítulos, que tratam da: gestação, prevenção do câncer do colo uterino e mamas, atenção ao direito reprodutivo e climatério.
Atenção à saúde do Adulto - Notas Técnicas	2012	O primeiro capítulo discorre sobre o adulto saudável (saúde do trabalhador, alimentação, abandono do consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo; atividade física, medidas antiestresse, redução do peso corporal, vacinação, saúde bucal, educação em saúde, atividades em grupo). No segundo capítulo, são abordadas doenças e agravos não-transmissíveis: hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Descrevem-se fluxogramas, consultas de enfermagem, fatores de risco, monitoramento, prevenção, reconhecimento precoce, tratamento, metas para controle clínico. O capítulo três enfoca os fatores de risco, o rastreamento e os cuidados do câncer de próstata; o quatro trata das doenças sexualmente transmissíveis; finalizando com o capítulo 5 que aborda outros agravos como escabiose, pediculose e parasitose intestinal.
Atenção à saúde do Idoso - Notas Técnicas	2012 68 pág	São abordados temas como o envelhecimento e a velhice, alimentação e nutrição, atividade física, sexualidade, imunizações e saúde bucal, avaliação geronto – geriátrica, fluxograma de atendimento, consulta de enfermagem, avaliação laboratorial, tratamento não medicamentoso e medicamentoso, trabalhos em grupos, caderneta de saúde da pessoa idosa, visita domiciliar, quedas, demências, incontinência urinária, hipertensão arterial, hipotensão postural ou ortostática, diabetes, osteoporose, adesão ao tratamento medicamentoso e violência.

Manual técnico/auxiliar de enfermagem	2012 75 pág.	O primeiro capítulo trata do tema “promoção da saúde”. Explora conceitos e pontua posturas pertinentes aos seguintes temas: profissionais da enfermagem – elo de relevância para a efetivação da promoção da saúde; humanização: acesso, acolhimento e vínculo; educação em saúde - várias maneiras de fazer educação em saúde e requisitos para realização da educação em saúde. O segundo capítulo trata da assistência à saúde pelo técnico/auxiliar de enfermagem nas diferentes fase do ciclo de vida (pessoa idosa, saúde do adulto, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente). E o terceiro discute sobre cuidados e intervenções educativas nas doenças e agravos não transmissíveis (DANT) – hipertensão e diabetes mellito.
Manual para Auxiliares de Enfermagem - Assistência ao Portador de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	2007 68 pág.	Trata de temas relacionados à hipertensão arterial e diabetes mellitus, dividido em 4 seções. Seção I - Saber conhecer: epidemiologia, fisiopatologia, conceitos, valores de referência, complicações agudas e crônicas, fluxograma de busca ativa e acompanhamento, tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Seção II - SABER FAZER – Técnicas de enfermagem: aferição do peso e da estatura, mensuração da circunferência abdominal, cálculo do índice de massa corporal, técnica para aferição da pressão arterial, coleta de glicemia capilar, preparo e administração de insulina, técnicas de trabalho com grupo, sugestões de dinâmicas de aquecimento. Seção III - SABER CONVIVER: vínculo, comunicação, trabalho em equipe. Seção IV - SABER SER: desenvolvendo atitudes específicas ao cuidar do portador de condições crônicas: atitudes, acolhimento, responsabilização pela saúde do indivíduo e da comunidade, respeito à autonomia do indivíduo.
Documento de atualização dos protocolos de enfermagem: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto e saúde do idoso	2007 32 pág.	Documento de 27 páginas onde se descreve o atendimento às principais queixas na saúde da criança, a técnica de coleta dupla do papanicolaou, os principais problemas dermatológicos no adulto, avaliação laboratorial, interpretação do mini exame do estado mental.
Cuidados Domiciliares de Saúde - Guia de Apoio	2007 80 pág.	Aborda conceitos e bases legais, critério de elegibilidade, hierarquização dos cuidados, necessidades de saúde, autonomia, escuta, vínculo e responsabilidade profissional, oxigenoterapia, controle da dor, recursos farmacológicos, prevenção de úlceras de pressão, cateterismo intermitente, manipulação do cateter urinário, preparo de dietas enterais e higienização dos utensílios, cuidados com ostomias e traqueostomia, higiene oral, diálogo com a pessoa com dificuldade de comunicação, alimentação de pessoas com disfagia, posicionamento da pessoa no leito, manuseio da pessoa com dependência, prevenção da ocorrência de perdas funcionais e dependência, promoção do envelhecimento ativo.

O Manual de normas, rotinas e procedimentos de enfermagem (2012), aponta como requisitos básicos para a enfermeira:

1. Comunicação: Transmitir as informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.
2. Flexibilidade: Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.
3. Iniciativa: Realizar outras atividades que não estão previstas na rotina de trabalho, não se limitando às funções específicas do cargo.
4. Interesse: Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.
5. Planejamento e organização: Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.
6. Pró-atividade: Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.
7. Relacionamento Interpessoal: Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo.
8. Ética: Desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.
9. Qualidade: Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos clientes internos e externos da PMSP.
10. Trabalho em equipe: Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementaridade de outros conhecimentos e especializações.
11. Visão sistêmica: Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da SMS e seus respectivos impactos no todo.

NORMATIVA	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO
Política Nacional de Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e Política Nacional de Atenção Básica - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
Protocolo prefeitura SP	<p>1 . Da organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas unidades de saúde pública; - Planejar, organizar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem, participando da organização do processo de trabalho da unidade e da escala de trabalho dos serviços de enfermagem, bem como de folgas e férias, anualmente, mensalmente ou semanalmente, mediante a característica do serviço/ações gerenciadas; - Realizar o processo de enfermagem aplicando todas as etapas do processo – Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); - Solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas de Saúde Pública e, em rotinas aprovadas pela SMS/PMSP; - Prestar cuidados de Enfermagem a clientes graves e com risco de vida; - Prestar Assistência Integral à pessoa, família e comunidade; - Prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem; - Realizar a educação em serviço/ continuada/ permanente para equipe de enfermagem; - Participar no desenvolvimento, implantação, execução e avaliação dos programas de saúde pública; - Prestar assistência de Enfermagem à gestante, à parturiente, à puérpera, ao recém-nascido, criança/adolescente, adulto e pessoa idosa mediante a característica do serviço de saúde; - Atuar na prevenção e controle sistemáticos de infecção mediante seu local de atuação; - Executar as ações de assistência integral: prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde aos indivíduos e famílias na unidade e, quando necessário ou indicado, no domicílio e/ou demais espaços comunitários, em todas as fases do ciclo de vida, particularmente daqueles prioritários e de alto risco; - Realizar registro das atividades de enfermagem exercidas, bem como supervisionar os registros realizados pela equipe de enfermagem conforme a rotina administrativa do serviço; - Planejar e executar visita domiciliar de referência da unidade de saúde mediante a característica do serviço de saúde;

NORMATIVA	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO
	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar e analisar a produção dos serviços de enfermagem; - Participar da elaboração de projetos de construção e reforma dos setores de atuação da enfermagem nas unidades de saúde; - Participar da elaboração/ atualização de manuais, guias, protocolos, notas técnicas para os serviços de enfermagem, quando solicitado por SMS/PMSP; - Participar na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, e nos programas de vigilância epidemiológica; - Realizar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; - Exercer suas atividades de acordo com os princípios da Ética e da Bioética; - Participar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de enfermagem; - Participar em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral; - Manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento de referência e contrarreferência; - Realizar atendimento de enfermagem da demanda espontânea; - Participar da construção do dimensionamento da equipe de enfermagem na unidade de saúde; - Participar do planejamento e monitorar os estágios curriculares desenvolvidos por SMS/PMSP nas unidades de saúde; - Participar nos programas de saúde ocupacional e biossegurança; - Participar da elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território. <p><u>2. Da organização dos serviços de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirigir/gerenciar a organização dos serviços de saúde, se designado; - Dirigir ou Assessorar centros de pesquisa e desenvolvimento de projetos, se designado; - Cumprir e fazer cumprir os regulamentos, normas e rotinas específicas da Unidade de Saúde na qual está inserido. <p><u>3. Atribuições específicas do Enfermeiro na ESF (além das referidas nas Atribuições Gerais)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar no acompanhamento do trabalho do agente comunitário; - Acompanhar o cadastramento e atualização dos dados das famílias da área de abrangência realizada pelo agente comunitário; - Supervisionar e coordenar ações de capacitação dos agentes comunitários de Saúde e de Auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções; - Participar das reuniões ou semanais/ diárias da equipe (conforme organização da unidade); - Acompanhar os boletins de produção referente ao trabalho do Auxiliar de Enfermagem e do Agente Comunitário de Saúde; - Participar da análise da produção da equipe; - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade.
Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), 2007	<p>A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.</p> <p>A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.</p>

NORMATIVA	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO
	<p>O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.</p> <p>O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.</p> <p>O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões”.</p> <p>“O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integridade, de acordo com os princípios da ética e da bioética”</p>
Lei do exercício profissional	<p>Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:</p> <p>I - privativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; d) (VETADO); e) (VETADO); f) (VETADO); g) (VETADO); h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; i) consulta de enfermagem; j) prescrição da assistência de enfermagem; l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; <p>II - como integrante da equipe de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i) execução do parto sem distocia; j) educação visando à melhoria de saúde da população.