

Maria Socorro Pereira Rodrigues

ENFERMAGEM: Representação Social das/os Enfermeiras/os

Florianópolis
1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ENFERMAGEM
REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS/OS ENFERMEIRAS/OS

MARIA SOCORRO PEREIRA RODRIGUES

TESE APRESENTADA AO CURSO DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM
ENFERMAGEM NA ÁREA DE FILOSOFIA DA
ENFERMAGEM

Orientadora: Dra. Maria Tereza Leopardi

Florianópolis

1998

A Deus e aos que me cercam com carinho

À memória de meu pai Antonio Rodrigues
Sobrinho e de minha mãe, Francisca (Sinhá)
Pereira Rodrigues

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

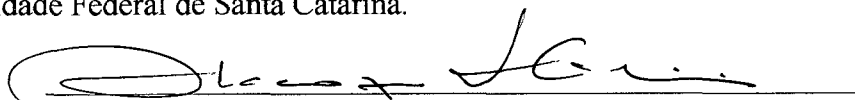
ENFERMAGEM - REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS

MARIA SOCORRO PEREIRA RODRIGUES

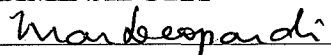
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

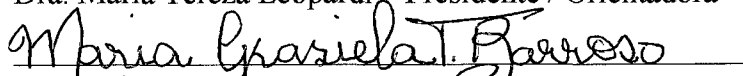
Doutor em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 18 de dezembro de 1998, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

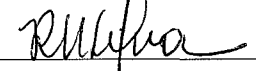

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Coordenadora do Curso

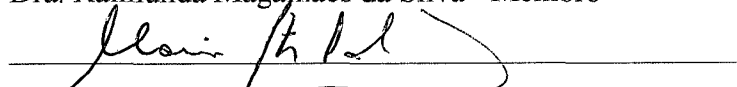
BANCA EXAMINADORA


Dra. Maria Tereza Leopardi – Presidente / Orientadora


Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso - Membro


Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Membro


Dra. Raimunda Magalhães da Silva - Membro


Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha – Membro

Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca - Suplente

Dr. Theophilos Rifiotis - Suplente

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Tereza Leopardi, por suas orientações, disponibilidade incondicional, e por me servir de barco, nesta travessia

Aos professores Ivo Gelain e Alacoque Lorenzini Erdmann, nas orientações iniciais do meu caminhar metodológico

À professora Eloita Neves Arruda, coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando e aos demais membros do Grupo, pela acolhida à minha chegada.

Às professoras Ana Lucia Magela, Rosane Nitschke e demais membros do NUPEQS (Núcleo de Pesquisa e Estudos do Quotidiano e Saúde), pela experiência de viver uma quotidianidade agradável

À REPENSUL, representada pela profa. Maria de Lourdes de Souza, pela oportunidade de minha participação nas atividades da Rede, resultando em proveitosa e rica experiência

À profa. Maria de Lurdes Cardoso, representante do GAE (Grupo de Assistência Espiritual), e profa. Dalva Grüdtner, que gentilmente me atraíram ao grupo, a fim de me ajudarem em minha harmonização espiritual, o meu caloroso reconhecimento

Às profas. do Programa de Pós-graduação da UFSC, e colegas do Doutorado, com quem tive oportunidade de me relacionar com mais proximidade, aos quais chamo para representar: Lígia Paim Müller Dias, Zuleica Maria. Patrício, Lucia T. Gonçalves, Valéria e Wilsom Lunardi, Angela Alvarez, Sayonara de Fatima Faria Barbosa, Maria de Fatima Zampieri, Ari N. Assunção, Alvaro Pereira, Ana Rosete C. Maier, Aldanéa Norma de Souza, Alcione Leite da Silva, Rosangela Ma. Fenili, Alejandrina Arratia, Marta Lucia Vasquez, Mila (por não lembrar propriamente o nome), pela troca de experiência, pela simpatia e solidariedade, em momentos especiais e no cotidiano de nossas atividades acadêmicas.

À Helena, Cecília, Ricardo, Suzana (Repensul) e demais funcionários da Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, pela disponibilidade incondicional, ao me atenderem

Aos professores da UFC, que me substituíram em minhas atividades, durante o meu afastamento

Às professoras Zulene e Raimundinha, por me assessorarem em reflexões críticas deste trabalho

Às colegas do Hospital Universitário Walter Cantídio e do Instituto Dr. José Frota, que contribuíram com informações para esta pesquisa

A Maria Aparecida Pereira (Cidinha), Zaida, Francisca, Francinez, Carneiro (em memória), Dna. Vera, Dna. Carlota, Yolanda e Francisco, Valéria e Wilsom, pelo carinho e por me agregarem às suas famílias, em Florianópolis

Ao meu irmão Pedrinho (P.P), pelo carinho e a ajuda na revisão gráfica desta Tese

A meus irmãos, Maria do Carmo e Josenias, pelo carinho e força, ao assumirem alguns encargos a mim pertencentes, enquanto estive ausente

A Conceição, que me assessorou com serviços de secretaria para este trabalho

Ao Elísio, por compartilhar comigo as minhas incertezas

Ao Pedro e demais integrantes do MCVV pelo incentivo, pelas orações e pelo carinho durante o meu curso de Doutorado

Aos meus parentes e amigos que souberam compreender o meu distanciamento, durante o período do Doutorado

A todos que, de alguma maneira, uniram-se a mim, invocando forças para o trilhar desta empreitada.

RESUMO

Neste trabalho, parto da tese de que **enfermeiras/os representam a enfermagem como sendo uma profissão, cuja importância não é reconhecida pela sociedade**. Toma por base, a revelação das/os enfermeiras/os sobre o seu cotidiano na prática hospitalar. Orienta-se pela teoria das Representações Sociais, embasada em Moscovici. A amostra é do tipo aleatória, estratificada proporcional e caracteristicamente probabilística, composta por 29 enfermeiras e 01 enfermeiro, que trabalham em dois hospitais de grande porte, da Cidade de Fortaleza – Ceará. A coleta de dados realizou-se a partir de uma entrevista semi-estruturada, com auxílio de gravador, que foram analisados com base no referencial de Bardin (1977). A Análise originou dois grandes temas, **Enfermagem e status social e O profissional enfermeira/o em sua socialidade**, que estruturam cinco sub-temas: **1) Enfermagem: história e evolução profissional; 2) Reconhecimento e valorização social da enfermagem; 3) Repercussão do trabalho da/o enfermeira/o na sociedade; 4) Dimensões pessoais do profissional enfermeira/o perante a profissão e a sociedade; 5) Imagem e sentimentos da/o enfermeira/o no exercício da enfermagem**. As representações sociais apontam para: a) existência de confronto entre contexto histórico e evolução da profissão; b) dissonância entre valor e reconhecimento da enfermagem; c) existência de maior independência, autonomia e conscientização profissional da/o enfermeira/o; d) necessidade de melhor conscientização do papel profissional; e) o desconhecimento pela sociedade do papel da/o enfermeira/o; f) dificuldade nas relações internas entre os membros da equipe; g) diversificação de encargos da/o enfermeira/o e longas jornadas de trabalho, precárias condições de material disponível para o trabalho, mão de obra insuficiente, baixa remuneração salarial, são fatores que não contribuem para a efetivação de uma maior satisfação das/os enfermeiras/os; h) a enfermagem proporciona prazer e realização profissional e pessoal; i) as atividades de Ensino, Pesquisa, Saúde Pública e Cargos Administrativos são os mais valorizados pela sociedade. O contexto ambíguo dos discursos, aponta para a necessidade de maior consciência social, profissional e política da/o enfermeira/o, a fim de melhor lidar com as questões polêmicas da profissão.

ABSTRACT

In this work, to start the thesis that the nurse and male nurses represents the nursing as being a profession whose importance is not recognized by the society. It takes for base, the revelation of the nurses and male nurse on its quotidian in the practical hospitals. It is guided by the theory of the Social Representations based in Moscovici. The sample is of the allegory type, proportional stratified and characteristically probabilistic, composed by 29 nurses, and 01 male nurses, that work in two hospitals of great load, of the City of Fortaleza - Ceará. The collection of data took place starting from a semi-structured interview, with tape recorder aid, that were analyzed with base in the referential of Bardin (1977). The analysis originated two great themes: **Nursing and social status** and **The professional nurse in its sociality**, that structure five sub-themes: 1) nursing: history and professional evolution; 2) recognition and social valorization of the nursing; 3) repercussion of the work nurses and male nurse in the society; 4) personal dimensions of the professional nurse and male nurses before the profession and the society; 5) image and feelings of the nurses and male nurses in the exercise of the nursing. The social representations point for: a) existence of confront between historical context and evolution of the profession; b) dissonance between value and recognition of the nursing; c) existence of larger independence, autonomy and understanding professional of the nurses and male nurses; d) need of better understanding of the professional paper; e) the ignorance for the society of the paper of the nurses and male nurses; f) difficulty in the internal relationships among the members of the team; g) diversification of responsibilities of the nurses and male nurses and long work days, precarious conditions of available material for the work, hand of work insufficient, low salary remuneration, they are factors that don't contribute to the efetivation of a larger satisfaction of the nurses and male nurses; h) the nursing provides pleasures and satisfaction of the nurses and male nurse; i) the activities of Teaching, she/he Researches, Public Health and Administrative Positions are more valued by the society. The ambiguous context of the speeches, points for the need of larger social conscience, professional and political of the nurses and male nurses, in order to best to work with the polemic subjects of the profession.

SUMÁRIO

RESUMO/ ABSTRACT

I. INTRODUÇÃO -----	01
1.1. Apresentação do problema na perspectiva da valorização da enfermagem-----	01
1.2. A importância do estudo-----	04
1.3. Objetivo -----	06
II. REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO -----	08
2.1. Enfermagem em um contexto de mudanças -----	08
2.1.1. O despontar da enfermagem até o séc. XIX -----	08
2.1.2. Aspectos que impulsionam a evolução da enfermagem na atualidade-----	14
2.1.3. Questões que circundam a projeção e valorização da enfermagem-----	17
2.2. O profissional enfermeiro em um contexto de socialidade-----	20
2.2.1. O enfermeiro perante a profissão e a sociedade-----	20
2.2.2. Prática de Enfermagem e cotidiano: considerações-----	24
2.3. A teoria das Representações Sociais enquanto suporte teórico metodológico-----	26
2.3.1. Componentes estruturais -----	26
2.3.2. A abordagem da teoria das Representações Sociais segundo Moscovici e sua aplicação ao desenvolvimento deste estudo-----	30
2.3.3. Processos utilizados na elaboração de Representações Sociais-----	33
2.3.4. Correlação das propriedades cognitivas das Representações Sociais com os motivos de sua formação -----	36
	39

III. METODOLOGIA	39
3.1. Característica da pesquisa	40
3.2. Local de realização da pesquisa	43
3.3. População e amostra	44
3.4. Coleta dos dados	45
3.5. Sistemática utilizada na coleta dos dados	48
3.6. Análise de conteúdo	59
IV. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	59
4.1. Descrição e apresentação	60
4.2. Tema 1: Enfermagem e status social	79
4.3. Tema 2: O profissional enfermeiro em sua socialidade	95
V. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	96
5.1. Enfermagem: história-evolução e valorização	101
5.2. Enfermeiro: exercício e implicações da prática profissional	111
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	
ANEXO.	

I - INTRODUÇÃO

1.1. -APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA NA PERSPECTIVA DA VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM

Quando ainda jovem, me formei, logo me deparei com uma questão, a qual, soube depois, ser comumente colocada para enfermeiras e enfermeiros. A pergunta que me faziam era, sobre a razão de não haver cursado medicina, ao invés de enfermagem. Então, me perguntavam em que eu estava apta a trabalhar, se eu tinha competência para instrumentar cirurgias e por aí iam muitas outras do gênero.

Percebi que boa parte das pessoas de minhas relações não sabia bem o que faz um enfermeiro, qual o seu âmbito de atuação. Dúvidas que também eu tinha, no momento em que entrei para a universidade. Vi, então, que o caminho estava aberto, e eu iria ter que caminhar rápido, para mostrar, para todos, o que eu estava capacitada a fazer. Para isso, eu não contava com quase ninguém, pois naquele primeiro hospital em que trabalhei só havia três enfermeiras, no segundo, era eu sozinha. Com a continuação, fui percebendo que era só o início de uma caminhada, na qual a minha identidade profissional era estranha para a maioria das pessoas, permeada, entretanto, de sucessivos estereótipos, o que já era uma vantagem, algum tipo de identificação, só que eles não eram nada amenos, pelo contrário, tinham múltiplas e conflituosas variações que iam de santa a demônio. A visão que tinha a sociedade sobre enfermeiras e enfermeiros, apoiava-se em idéias preconcebidas, mitos, tabus, faltando, portanto, o verdadeiro conhecimento. O que me deixou desolada, pois eu havia descoberto, na faculdade, que ingressara, certamente, na mais útil das profissões e, quem sabe, na mais bela, e via, então, que a estes dois adjetivos eu podia juntar mais um, a mais desconhecida. E eu ia ter que decifrá-la para a sociedade.

Posteriormente, durante a minha prática docente, continuei observando e conversando com enfermeiras e enfermeiros sobre questões relativas ao âmbito profissional, tais como, cuidado com pacientes, administração e orientação da equipe de trabalho, dentre outras. Também, outras questões concernentes à atividade profissional, que se relacionavam com encaminhamentos burocráticos, autorizar ou desautorizar afastamento de um paciente do hospital, a permanência de acompanhantes, dentre outras ações que fazem parte do cotidiano do enfermeiro, e bem poderiam ser de seu domínio profissional, não fossem as normas institucionais. O conhecimento de um estudante de medicina é muitas vezes considerado suficiente para decisões como essas, ao passo que não o do enfermeiro, mesmo com sua condição de profissional formado, muitas vezes, com superior experiência. Essas limitações suscitam, com frequência, polêmica entre os profissionais. Percebi que, principalmente a sociedade, tinha ainda muitas dúvidas em relação à competência do enfermeiro.

Ao mesmo tempo, ao analisar o livro de programas ou anais de sete dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, realizados entre 1987 e 1996, vi que em cinco deles foram abordados temas que enfocam a questão do imaginário social da enfermagem e seus estereótipos, que são as formas como enfermeiras e enfermeiros são identificados no senso comum. Esta questão tem acompanhado a enfermagem em todo o seu curso evolutivo, parecendo incomodar e suscitar discussões, dentre enfermeiras e enfermeiros, sempre com o mesmo preâmbulo: os primórdios da enfermagem, sua sustentação histórica e seu desenvolvimento.

Apesar de todos os esforços e ações direcionadas para a independência e autonomia técnica e científica da enfermagem, a força e prevalência dos acontecimentos do passado se refletem, ainda, sobre a profissão.

A fim, portanto, de contribuir para a redução dessa problemática, senti-me inclinada a desenvolver este trabalho, tomando por base a representação social da enfermeira e do enfermeiro sobre sua profissão. O ponto de apoio inicial para esta idéia advém de revelação textual de enfermeiras e enfermeiros sobre o seu cotidiano na prática hospitalar, em que dizem sentir-se preteridos, discriminados e inferiorizados, em relação a outros profissionais

com os quais trabalham, nos aspectos dentre outros, de volume de trabalho, carga horária e remuneração salarial condizente, já encontrados em alguns trabalhos de minha autoria.

Consciente da real importância dos serviços que prestam à sociedade, enfermeiras e enfermeiros vêm implementando, junto aos meios de comunicação, expondo idéias, além da sistemática e significado do trabalho da enfermagem, como forma de insurgir-se contra fatos que denotam discriminação e inferiorização. Reivindica e até exige um reconhecimento mais digno ao exercício de seu trabalho. Não aceita estigmas, que decorrem de fatos de um passado remoto, nem sempre glorioso, marcado por sujeições, conturbado por crises políticas, sociais e econômicas. A enfermagem busca, no aprimoramento científico, construir-se, acompanhando a evolução que se evidencia atualmente, nas mais diversas áreas do campo das ciências, resultante de reflexões sobre o conhecimento, em sua pluralidade e em uma perspectiva transformadora. Pode mostrar que cresceu, desenvolveu-se, vive sua inserção na ciência e na tecnologia e apesar de jovem, possui já requisitos para equiparar-se com profissões centenárias. Enfermeiras e enfermeiros começam a se conscientizar que vivem um processo de aprendizado contínuo, o qual envolve sentidos e juízos, mobiliza emoções, em um sistema de interação sincronizado do potencial do indivíduo, em consonância com suas metas e objetivos.

A enfermagem é uma profissão que visa a promoção do bem estar do ser humano, quando sua situação, por qualquer razão, demande atenção de um profissional com formação para administrar cuidados à saúde. Pode-se dizer que, além das limitações estruturais relativas à concretização de seu projeto profissional, a repercussão social de sua prática parece não ser condizente com a desejada, conforme Daher (1995); Braga & Bersusa (1995); Leopardi (1994); Rezende (1993). Segundo Leddy & Pepper (1989, p.36), a enfermagem “é um processo que compreende juízos e atos dirigidos à conservação, promoção ou restabelecimento do equilíbrio nos sistemas humanos”. Teve, ao longo de sua existência, seguidores, cuja maioria constituía-se de mulheres, as quais, ao mesmo tempo em que enfrentavam as constantes mudanças e transformações do seu próprio papel social, também participavam da luta pela independência científica da profissão e da conquista de um espaço social condigno, ao lado das demais profissões já estabelecidas na sociedade.

As profissões existem em função do ser humano e, mais genericamente, da sociedade, que estabelece parâmetros de exigências para cada uma delas, em termos de praticidade, de objetividade e até de eficiência, os quais devem ser considerados pelos sistemas formadores, a fim de que procurem formar profissionais aptos a se desenvolverem com eficiência, de forma a justificar a utilidade e existência da profissão, segundo Rodrigues (1996). Afirmam Leddy & Pepper (1989, p.36) que a enfermagem é uma “profissão que está surgindo”, enquanto Donahue (1993, p. 235) refere ser esta, “a mais antiga das artes e a mais jovem das profissões”.

Um aspecto de singular complexidade na enfermagem é a sua estruturação interna, cuja equipe congrega elementos de categorias diversas. Esse fato, em muitas ocasiões, termina por conturbar a opinião pública, ao considerar parâmetros que, via de regra, são utilizados pelos sistemas sociais para atribuir valoração a profissionais e profissões, como é o caso da autonomia, posição ou status; responsabilidade/ autoridade dos profissionais no desempenho de suas ações; nível de influência e organização social, conforme Silva (1981) e Rodrigues (1986).

Diante desse quadro, tão móvel quanto complexo, proponho-me a uma discussão sobre algumas dessas características, sem pretensão de esgotá-las

1.2. A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

São os papéis institucionalizados, a forma de vivenciá-los no cotidiano, e os modos de participação nessa prática, que legitimam o perfil ou imagem do profissional perante a sociedade. É a partir das significações do viver o cotidiano dos agentes sociais, que pode ser abstraído o sentido objetivo das atividades, para uma estimativa valorativa pelos sistemas sociais.

Novas visões de mundo emergem de estudos centrados nos sistemas sociais, podendo guardar características discrepantes e acarretar dificuldades nas interações entre profissionais e os sujeitos sociais. Essas podem advir de inconsistências e inadequações entre sistemas tradicionais, carregados de estereótipos ultrapassados na dinâmica do tempo, e propostas

interdisciplinares das ciências e das artes. Muitas delas, divorciadas do progresso científico, das questões de ordem cultural, econômica, espiritual e social, porém capazes de interferir, ainda que sutilmente, na coerência relacionada ao saber-fazer das pessoas e profissões. Por outro lado, essas visões de mundo poderão, também, determinar uma reorganização de valores e atitudes e ocasionar mudanças capazes de afetar fortemente a forma de viver das pessoas, o âmbito de atuação das profissões. Contribuir, conseqüentemente, para a estruturação de referência mais atualizada e coerente com a ciência e com o contexto social, promovendo uma nova tomada de consciência voltada para a busca da plenitude da condição humana, em relação à dignidade, solidariedade e responsabilidade do cidadão na sociedade.

É meu desejo, portanto, desenvolver um trabalho que contribua para promover, junto à sociedade, o entendimento sobre o conjunto de idéias representativas da profissão de enfermagem, evidenciando seu sistema interno de princípios e valores, baseados na ciência e na arte de assistir e cuidar do ser humano, tendo em vista o seu bem-estar e o respeito a valores e crenças.

Intento trabalhar, visando mostrar que determinadas analogias com “feiticeiras”, “irmãs de caridade” ou “mulheres de vida fácil” perderam-se no tempo e já não se aplicam à realidade atual, à realidade da enfermagem científica, no século XX. Buscando subsídios que ajudem a corrigir as distorções sobre a enfermagem, enquanto arte e profissão. Desejo apresentar a caracterização da profissão, a partir dos próprios profissionais em relação ao seu *corpus* filosófico, o que constitui importante capítulo de estudos, e pode, ao mesmo tempo, proporcionar aos mesmos a oportunidade de tornar evidente, inconfundível aos olhos da sociedade o seu referencial de atuação. Significa, ao meu ver, uma reflexão que se reveste de grande importância, visto encaminhar e propor discussões que podem desencadear estratégias ao desenvolvimento de uma nova imagem da profissão na sociedade.

A partir dos sujeitos sociais em sua profissão, no conviver cotidiano em grupo e no interagir com outros sujeitos, podem emergir da síntese entre o científico e o senso comum, representações diversas que se voltam para a execução de projetos e auto-realização, na busca da felicidade, que segundo Lowen (1970, p.21), é universal, e “todos nós queremos que a vida seja mais do que uma luta pela sobrevivência”. Refere Moscovici (1981), que há uma necessidade cada vez maior de se continuar reconstituindo o “senso comum”, que constitui

uma soma de conhecimentos decorrentes de imagens e significados indispensáveis à vida de uma coletividade. Os fenômenos que formam as Representações Sociais estão ligados com uma forma especial de se adquirir e comunicar conhecimentos, a partir da realidade do senso comum, tornando conhecido o desconhecido, através do ato da representação.

Na elaboração deste trabalho, uno-me a vários outros pesquisadores enfermeiras e enfermeiros, abordando a necessidade de reconhecimento social da enfermagem, profissão que sofre injustiça social, como é o caso da falta de status, tomando por base os importantes serviços que são por ela prestados à sociedade. As representações dos enfermeiros, portanto, como dados de pesquisa estarão refletindo, provavelmente, as representações da clientela, mesmo sendo referências de um determinado grupo, que tem a sua história, suas experiências e formação científica.

Consustancia-se de importância, ao meu ver, o desenvolvimento de trabalhos que subsidiem a construção do “projeto político-social” profissional, visando elevar seu *status* na sociedade e também a consciência ética, intelectual e psicológica de enfermeiras e enfermeiros, sua auto-estima e sua realização na profissão.

1.3. - OBJETIVO

Constituiu objetivo deste estudo:

- **investigar junto à enfermeira/o qual a sua representação sobre a enfermagem.** Enfoca os **componentes** seguintes, a serem identificados a partir da representação social:

- 1º. motivos que atraem enfermeiras e enfermeiros para a enfermagem;
- 2º. atributos que caracterizam a enfermagem como profissão;
- 3º. a importância que a sociedade atribui à enfermagem, na visão de enfermeiras e enfermeiros;
- 4º. características sociais atribuídas ao trabalho da enfermagem.

II. REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO

2.1 – ENFERMAGEM EM UM CONTEXTO DE MUDANÇAS

2.1.1. O DESPONTAR DA ENFERMAGEM ATÉ O SÉC. XIX

Os acontecimentos históricos, o emergir de uma profissão, via de regra, determinam certas características que a acompanharão, talvez até em toda a sua caminhada. No caso da enfermagem, muitas marcas parecem advir, sem nenhuma dúvida, de seus primórdios e, com o evoluir das reflexões dos seus seguidores, revisões no seu contexto filosófico social passaram a ser processadas.

Os referidos acontecimentos ocorrem, basicamente, em período que antecede o século XX, são marcados por atos de subjugo e tratamentos deprimentes contra a mulher, que tinha sua cidadania negada e submetida à força física e aos preconceitos. Há de se supor que estes, se por um lado reforçavam o estado de negação e submissão da mulher na sociedade, por outro devem ter contribuído para despertar-lhe o desejo de justiça e libertação, para, aos poucos, ir-se configurando a necessidade da construção de uma consciência empenhada em provocar mudanças que lhe garantissem receber um tratamento mais justo e igualitário, em conformidade com os princípios políticos e sociais entre os seres humanos. Pioneiras de trabalhos neste sentido, como Florence Nightingale, Simone de Bouvoir, dentre outras, no decorrer da história, enfrentaram, certamente, muitas dificuldades, visto que compartilhavam de um contexto político-social construído e constituído, basicamente, por e para homens. À mulher esteve sempre reservado, simplesmente, submeter-se e servir ao homem na cama e à mesa; engravidar e parir seus filhos; lavar pratos e panelas; lavar, passar, bordar e costurar roupas e fazer comida. E, necessariamente, ser concomitantemente fiel, virtuosa, esposa e boa mãe.

Constituía-se um verdadeiro desafio nascer, crescer e desenvolver-se mulher em um meio ambiental machista e cheio de discriminações. Veyne (1984) destaca a complexidade e inventividade da história, papel e identidade podem ser reduzidos a meras circunstâncias. Entretanto, a questão da escolaridade e do prestígio social da mulher repercutiu como um componente de herança histórica, de tal forma que, somente agora, no limiar do século XX, o número de mulheres que entram para as universidades praticamente já ultrapassa o número de homens, conforme recentes pesquisas jornalísticas. Somente hoje é que as mulheres libertam-se das correntes que as prendiam a normas de condutas e preconceitos, praticamente já ultrapassados e, inclusive, já podem ter uma profissão liberal.

Visto que, ao seu emergir, a enfermagem foi composta por um significativo contingente feminino, o contexto de discriminação social e política sobre a mulher repercutiu enfaticamente sobre a profissão, ao mesmo tempo em que, segundo Miranda, (1994), essa era controlada em suas atitudes e movimentos, por infundáveis códigos e normas institucionais, eticamente reforçados através de sistemáticos treinamentos e avaliações. Entretanto, a mulher, com a sua peculiar força moral, espiritual e psicológica, como que a compensar sua originária fragilidade física, desencadeou movimentos nas mais diversas direções, visando impulsionar o crescimento da enfermagem, uma profissão que, parafraseando Malek (1975), é tida por pequena, mas de um fazer extremamente essencial à sociedade.

O contexto da enfermagem tem, de alguma forma, estado ligado aos fatos veiculados pelo seu passado, seja pela dificuldade que tem tido de se auto-afirmar junto à sociedade e, até mesmo, em relação à sua organização interna, no tocante à autonomia e gerência de assuntos, que podem promover a profissão no seu crescimento técnico-científico. Entretanto, instrumentalizada com a pesquisa e a tecnologia, a enfermagem já se associa competitivamente às demais ciências e, com largos passos progressistas, dispõe-se a superar dificuldades e oferecer a seus seguidores, em um futuro próximo, um legado condigno, que os estimulará e subsidiará na constante luta em prol do progresso da profissão.

A enfermagem traz em si marcas ainda bem nítidas dos seus primórdios, mas também dos efeitos das lutas empreendidas pelos seus seguidores, em prol do seu desenvolvimento, tanto em forma de conquistas de espaços como na aquisição de

conhecimentos científicos e tecnológicos. É uma profissão ainda jovem em relação, por exemplo, à medicina, que se institucionalizou bem mais cedo e, apesar de muitas providências de cunho formativo terem sido tomadas com a intenção de aperfeiçoar e elevar o nível científico dos enfermeiros, no entanto, parecem ser sempre insuficientes, ficam como que suplantadas pela marca do passado, que, em forma de *mitos*, interpõe-se, com a força do sentido simbólico desses na relação desenvolvida entre profissionais e a clientela por ela beneficiada. Embora não se trate somente desse tipo de influência, ela é suficientemente forte para que a consideremos uma questão a ser elucidada, motivando e orientando este projeto

As informações mais remotas sobre práticas de saúde, advindas dos “tempos antes de Cristo”, não mencionam enfermeiras, levando os historiadores a atribuir essa denominação às mães de família. Conforme fontes históricas, as práticas de saúde mais antigas referem que a terapêutica se limitava a dois fins: aplacar as divindades por meio de sacrifícios expiatórios e afastar os maus espíritos, através de meios variados como massagens, banho de água fria ou quente, purgativos e substâncias nauseantes Paixão (1963).

As práticas de saúde elaboradas por mulheres na cura de doenças centravam-se no movimento dos astros, das pedras, em fórmulas mágicas produzidas com suco de ervas e raízes, e, em orações aos deuses da vida, da morte e da saúde. Já, as doenças eram consideradas como produzidas por espíritos malignos ou decorrentes de castigos impostos por Deus aos culpados (Paixão, 1963; Collière, 1989 e Geovanini et al, 1995). Nessa diversidade e constituição, influenciadas por culturas muito remotas, mesclando-se, dentre os métodos de tratamento de saúde, os “biológicos, espirituais e mágicos” (Rezende, 1984), um só indivíduo podia reunir em si as funções de artista, cirurgião, feiticeiro, botânico, médico e enfermeiro. Por ausência de registros, não se pode precisar com exatidão o período em que se colocaram estes acontecimentos, que foram sucedidos pelo período cristão, marcando uma verdadeira revolução social.

Advieram, certamente de então, os cognomes de “bruxa”, “feiticeira” e “demônio”, como referências às mulheres que praticavam a “cura” de doenças. Esses acontecimentos, cujos exemplos bem populares são o de Joana D’Arc e a própria Medéia, ocasionaram, possivelmente, o surgimento do *mito da “feiticeira” ou “bruxa”*.

A partir do século V, com a afirmação da religião cristã, essas práticas passam a ser severamente combatidas, “instala-se uma nova concepção dos cuidados que nega a inter-relação corpo-espírito, dando a supremacia ao espírito e relegando o corpo impuro”. A mulher é conjurada a “símbolo de impureza e de pecado”. Tem início a “caça às bruxas”, que é implementada entre o final do século XIV e início do século XVIII (Paixão, 1963 ; Rezende, 1984; Pires, 1989; Collière, 1989).

As relações de subordinação/dominação eram determinadas pela força e o poder do vencedor nas guerras e na tribo. O monopólio da autoridade moral, intelectual e financeira era determinada pelas extensões de terras e pelo domínio do saber. As três classes sociais básicas eram constituídas pelo clero, nobreza e servos. Às mulheres cabiam apenas os cuidados no lar, inclusive com a saúde de seus familiares. São, então, organizados serviços de assistência à saúde, prestados por pessoas leigas e religiosos. Durante três séculos, houve sérias perseguições de judeus e pagãos contra o cristianismo. A era cristã foi marcada pelo surgimento de confrarias, das cruzadas e das irmandades, com conseqüente fundação de hospitais para o tratamento de doentes. Seguiu-se, então, o incentivo da vida nos mosteiros, cujos seguidores dedicavam-se aos cuidados dos enfermos. A enfermagem foi considerada uma atividade de amor, docilidade, ternura, paciência, bondade, meiguice, abnegação e caridade. Muitos, enfermeiras e enfermeiros santos mais famosos pertenceram à ordem terceira, seguidores de São Francisco de Assis, tais como Isabel da Hungria, Isabel de Portugal, Isabel da França, Clara de Assis (século XII), (Collière, 1989; Pires, 1989; Donahue, 1993; Leopardi, 1994) período que originou certamente o *mito dos “anjos” e “santas”* na enfermagem.

As várias reformas e rebeliões (século XVI) resultaram também na divisão do cristianismo. A maioria dos hospitais, dirigidos por ordens religiosas católicas, fecharam ou passaram às mãos dos protestantes. Foram suprimidas todas as ordens religiosas católicas nos países governados por soberanos protestantes. Resultou em completa decadência para os hospitais e, face ao caráter repulsivo e à aparência desagradável e degradante apresentadas por alguns doentes e peregrinos, foram recrutadas para cuidar deles pessoas das camadas mais baixas da sociedade, como ex-carcerárias, viciados, mulheres de idade, ex-prostitutas, pessoas sem idoneidade, que barganhavam com os doentes os cuidados que ofereciam a eles,

exigiam pagamentos adicionais, do tipo “propina” ou “gorjetas” e até roubavam seus pertences. Não havia qualquer normatização no que se refere a turnos e limite de horas de trabalho e, certamente, sem qualquer negociação salarial, conforme Donahue (1993); Dingwall, Rafferty, Webster (1993); Miranda (1994); Geovanini et al (1995).

Representou, certamente, um período de grande prejuízo para uma parcela da sociedade, que veio a necessitar de tratamento de saúde. É importante considerar que, à época, a enfermagem não existia de forma normatizada, sendo tida simplesmente como uma ocupação doméstica, não havendo ainda qualquer tipo de organização, segundo Dingwall, Rafferty, Webster (1993). Desta época e destes episódios parece ter emergido um outro *mito* que foi o de “*mulher de comportamento social duvidoso*”.

Damas da sociedade interessavam-se pelo cuidado de doentes, visto o caráter de “humanitarismo e altruísmo” que envolve o mesmo. Dentre elas, estava Florence Nightingale, que viveu na Inglaterra, de 1820 a 1910, tendo nascido em Florença, na Itália. Aos 17 anos, enfrentando os preconceitos sociais e familiares, resolveu dedicar-se a treinamentos direcionados para o cuidado de doentes. Essas ações eclodiram com a sua decisão de, em 1854, recrutar e treinar um grupo de 38 mulheres, para, intermediada pelo ministro da guerra, seguir com elas para a Criméia, a fim de ajudar no cuidado com os feridos da guerra. Lá chegando, dentre outras providências, organizou e procedeu a um verdadeiro saneamento ambiental do local que servia de enfermaria. À noite, utilizava-se de uma “lamparina”, para, através de um percurso pelas enfermarias, perscrutar alguma coisa que indicasse a necessidade de qualquer providência, originando-se daí, o *mito da “dama da lâmpada”* (Leddy e Pepper, 1989; Donahue, 1993 e Dingwall, Rafferty, Webster, 1993).

Ao retornar, em 1856, da guerra da Criméia, para onde foi na condição de voluntária, a então ‘lendária heroína’, com a saúde abalada, por ter contraído lá a febre da Criméia (tifo), passou a trabalhar em cargos de assessoria e levou a opinião pública a compreender que a enfermagem era uma arte, que devia adquirir a posição de uma profissão que requer preparo, conforme Leddy e Pepper (1989), Donahue (1993) e Dingwall, Rafferty, Webster (1993).

O próprio ato de voluntarismo de Nightingale, e dos religiosos que se dedicaram à enfermagem, parece ter sido usado na tentativa de construção de um outro “mito”, o da *abnegação*, de tal forma que, ainda hoje, os sistemas legisladores persistem em *remunerar indevidamente as enfermeiras*.

Em gratidão pelos serviços prestados durante a guerra, Florence recebeu como donativo uma importância significativa, que foi transformada em fundo, com o qual criou a primeira escola de enfermagem, sendo também usado para suprir despesas de moças humildes que atendiam a determinados padrões de moralidade e que desejassem ingressar na enfermagem. Na época, as *nurses* eram orientadas pelas *lady nurses*, as quais, provinham de uma camada social abastada, segundo Leddy e Pepper (1989), Donahue (1993) e Dingwall, Rafferty, Webster (1993). Nasceram daí, certamente, dois mitos: o *mito de que as enfermeiras são vocacionadas* e o *mito de que as enfermeiras são de procedência humilde e com poucas condições para custear os estudos*.

Ficava, assim, institucionalizada, a enfermagem, em 1860, na Inglaterra. A enfermagem nascia em meio a um contexto de “quase caritismo”, passando a conviver com uma plêiade de circunstâncias desfavoráveis que envolviam, à época, as “práticas de saúde”. Desde então, composta majoritariamente por mulheres, teve um evoluir que lhe foi bem peculiar, visto a natureza dos fatos que marcaram o seu surgimento na sociedade, a sua história, tanto no aspecto científico, quanto no cultural e no econômico. O ensino da enfermagem se estabeleceu sob o controle de médicos em hospitais, ao mesmo tempo em que a medicina já alcançava o nível de pós-graduação. À época, a enfermagem era tida como eminentemente prática, executora apenas de tarefas domésticas de rotina, que não exigiam qualquer julgamento, nenhum espírito crítico, nenhuma iniciativa, sendo desnecessários estudos teóricos mais especializados, o que é referido por Collière (1989), Leddy e Pepper (1989) e Donahue (1993). Isso veio, certamente, dar origem ao *mito de ser a enfermagem uma profissão submissa aos médicos, ou o mito de executora apenas de ordem - obediência*.

Ao final de 1870, as universidades estatais americanas passaram a admitir mulheres, mas não queriam estragar o seu nome associando-se com uma ocupação de reputação duvidosa, ao mesmo tempo em que, financeiramente, estava fora do alcance de

mulheres de classe baixa, que eram as que se sentiam atraídas pela enfermagem (Leddy e Pepper, 1989).

Foram marcas infligidas pelos acontecimentos e que, ressaltadas no jogo de poder das classes sociais, poder-se-ia dizer, maculam o passado remoto da enfermagem, podendo, inclusive, interferir na auto-estima de enfermeiras e enfermeiros em relação à profissão. Destaco, aqui, Capra (1983, p.40), quando diz que “o mito incorpora a abordagem mais próxima da verdade absoluta, é o espelho alegórico das verdades eternas que são as nossas”.

2.1.2. ASPECTOS QUE IMPULSIONAM A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM NA ATUALIDADE

A enfermagem moderna, nascida pelas mãos de Nightingale, que em sua instituição estabeleceu regulamentos rígidos e complexos, bem aos moldes do regime militarista, visando a preservação da moralidade dos que nela ingressavam, somente agora, mais de 110 anos depois, começa a alcançar uma posição profissional e ser considerada autônoma e economicamente necessária, segundo Leddy e Pepper (1989); Dingwall, Rafferty, Webster (1993).

Tanto as rígidas regulamentações, quanto os fatos relacionados com os *mitos*, podem ter contribuído para impedir o desencadeamento mais rápido das mudanças necessárias para o progresso da profissão, provocando considerável atraso na sua evolução. Muitas questões importantes para a profissão foram ignoradas ou proteladas, como, por exemplo, aquelas relativas à sua integração à legislação trabalhista.

No Brasil, as escolas de enfermagem foram criadas em instâncias da prática de saúde, de tal forma que, em 1890, foi criada a primeira Escola de enfermagem, frente a uma crise de mão-de-obra, no Hospital Nacional dos Alienados, em virtude do afastamento das irmãs de caridade (Geovanini et al, 1995). Posteriormente, em 1923, junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública, foi criada uma Escola para enfermeiras diplomadas, cujas diretrizes são regulamentadas em 1931, através de Decreto-Lei do ensino e do exercício da

enfermagem no Brasil, reformulada em 1949, 1955, 1961, 1962 e 1986. Em 1926, criou-se a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas. A sindicalização já estabelecida desde 1933, foi tornada mais específica, somente para enfermeiras e enfermeiros, em 1945. Em 1973, era realizada a criação dos Conselhos Nacional e Regionais de Enfermagem, segundo Dourado (1984) e Germano, (1993).

Completada a institucionalização do exercício da Enfermagem, tendo já aprovado, em 1958, o primeiro Código de Ética, havia a necessidade da profissão continuar o seu curso, visando o aprimoramento científico. Assim, em 1984, deu-se início à pós-graduação, com doutoramento, como informa Germano (1993). Colocam Leddy e Pepper (1989) que, mesmo com alguns retardamentos, face às reestruturações, tanto no ensino médico, quanto no ensino da enfermagem, esta passou já a constituir uma ameaça para os próprios médicos, no sentido de questionar as práticas exclusivamente bio-curativas e propor alternativas mais integradoras de assistência.

O despontar das profissões e seu progresso, suas origens e perspectivas, seu *corpus* filosófico, são particularidades que se concatenam entre si, imprimindo-lhes uma marca. Encontram-se em constante movimento e sofrem sistematicamente influência dos sistemas sociais. As transformações que ocorrem em algum ramo das ciências estão sempre direcionadas para um fim e são movidas, invariavelmente, pela incessante busca do conhecimento, o qual, imprimindo um ritmo à caminhada, conduz cientistas a ingressarem na ciranda mágica de descobertas para renovações constantes, num processo de regularidade cíclica e providenciando a manutenção de valores filosóficos que continuam a prevalecer, realimentando sentimentos e sensações.

As profissões, estão, via de regra, em sintonia com as mudanças pelas quais passa a sociedade. Segundo Leddy e Pepper (1989, p.92) ,“os séculos transcorridos entre 1500 e 1700 podem ser considerados como os anos mais importantes no desenvolvimento da civilização, marcados pelo surgimento do método científico”. E Malek (1975) refere que, por volta dos anos de 1945 a 1949, aconteceu o ápice do momento histórico da hegemonia ocidental, quando o mundo contemporâneo entrou numa histórica fase de alterações contínuas fundamentais em todos os níveis, em todos os campos. No primeiro período, a enfermagem

nem era ainda institucionalizada e, já em 1940, iniciava-se no Brasil, a discussão da primeira versão do código de ética, que só foi aprovada em 1958, ocasião esta em que a profissão estaria procurando se firmar perante a sociedade, tendo, certamente, para tanto, enfrentado muitas dificuldades, que ainda perduram em plena fase de amadurecimento, como evidencia o seguinte comentário de Moura et al.(1995, p.117) “a busca da construção de um projeto político para a enfermagem aponta para uma compreensão do conceito de competência, que deve ultrapassar os limites da competência técnica, pura e simples para alcançar a dimensão da competência técnico-científica e política”, a partir dessa função singular e única que compete à enfermeira, conforme Henderson (1962).

Há de se estruturar ampla e profundamente o domínio de conhecimento da enfermagem, a partir de uma prática específica, com delineamentos objetivos e definições conceituais claras do objeto para o estudo e o aperfeiçoamento adequado de técnicas no seu corpo de conhecimentos científicos e filosóficos, clarificando princípios, processos e encaminhando resultados (Rodrigues, 1997-a). A enfermagem, enquanto profissão em seu exercício, deve desenvolver, de maneira informal, junto à sociedade, uma negociação, no sentido de propor a esta o seu projeto tecnológico, que é construído por todo o conjunto da classe profissional, o qual deve ter na pesquisa a ênfase fundamental, e contemplar espaço para um projeto individual de enfermeiras e enfermeiros, que lhes permita, conforme refere Augras, (1978, p.22), complementado por Malek, (1975, p.46), “transcender as limitações oriundas do sistema de tensões internas” e “reencontrar ao nível dos conteúdos, a sua identidade e universalidade”. Os profissionais de enfermagem devem ampliar seus limites de competência e aprendizagem, reduzir níveis de subordinação, envidar meios que favoreçam projetar para a sociedade o resultado de um trabalho harmônico, voltado para o bem-estar da comunidade no contexto da valorização profissional.

2.1.3. QUESTÕES QUE CIRCUNDAM A PROJEÇÃO E VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM

Dentre os parâmetros utilizados pela sociedade para conferir valor às profissões e aos profissionais estão, sem dúvida, os relacionados aos benefícios que são revertidos pela

atividade para a sociedade, de onde decorre destaque social, importância da atividade que é desenvolvida e de cargos ocupados pelo profissional, assim como a sua competência formal ou estatutária, conforme Gibsons et al. (1988). Os meios de comunicação de massa constituem importantes veículos na mensuração e informação do padrão de competência e importância do objeto, de modo que a visibilidade da enfermagem pode aumentar ao projetar-se como uma profissão construída em torno da competência e amadurecimento de seus profissionais.

Um fator importante neste cômputo social profissional é a excelência científica, a modernização tecnológica e administrativa, cujo alcance constitui um desafio para as profissões, os quais podem ser atingidos, a partir do desenvolvimento de processos de trabalho eficientes, e do estabelecimento de projetos que conduzam às ações de forma eficiente e eficaz, em função de objetivos pertinentes e inteligentemente traçados. Se constituirá em meta que requer o desenvolvimento de processos de trabalho que possam satisfazer necessidades concretas dos indivíduos. No caso da enfermagem, constitui um aspecto que está relacionado à questão da autonomia (Almeida e Rocha, 1986), uma vez que é na própria forma de vivenciar uma atividade, na demonstração clara de conhecimento das leis e ditames da profissão, que o profissional se expressa e, conseqüentemente, efetiva junto à sociedade o seu nível de autonomia. É a partir de um desempenho competente e consciente de sua função que o profissional transmite à sociedade o seu estado de satisfação em relação à profissão, considerando também que, na avaliação da qualidade de uma profissão, são levados em conta os aspectos de característica intelectual, referentes ao conjunto de conhecimentos no qual se fundamenta a prática da profissão, assim como o conhecimento necessário para transmiti-los, de forma criativa, utilizando-os autonomamente na prestação de serviços adequados e de qualidade à sociedade, parafraseando Leddy e Pepper (1989).

O direito e o dever de zelar pela preservação e pelo progresso da profissão, no que se refere ao corpo de conhecimentos que fundamentam a sua prática, os benefícios desta para com a sociedade, no contexto de hábitos e necessidades da sociedade, constitui um exercício de autonomia. Para isso, necessário se faz que o profissional tenha consciência na íntegra do teor da Lei do exercício profissional e a ponha em prática, esteja apto e à disposição para defender junto à sociedade a profissão, destacando sua importância e os princípios teóricos que servem de suporte para a prática.

Autonomia significa a instância na qual o indivíduo estabelece sua própria forma de conduta, implica no domínio das habilidades físicas, mentais e intelectuais para tomar decisões e agir conforme as mesmas, (Nikku, 1997). Decorre daí a independência e a autoconfiança, a fim de emitir juízos, participar da elaboração de políticas profissionais, determinar e procurar alcançar as próprias metas de trabalho. A cada direito (ou autonomia) corresponde uma obrigação ou responsabilidade, implica na capacidade de responder pelos próprios atos e tomar decisões. Está sempre em conexão com a autoridade relativa às obrigações que competem a alguém imbuído dessa determinada autoridade, ou encarregado do cumprimento de determinada tarefa, envolvendo direitos e privilégios, de acordo com Leddy e Pepper (1989). Essa característica, tão necessária a um profissional, conecta-se à responsabilidade social e ética, determinada pelo código de ética e responsabilidades, (Jucius e Schlender, 1974).

Importantes avanços no sentido do reconhecimento da autonomia da enfermagem na sociedade têm sido empreendidos, a partir de iniciativas dos profissionais, professores e pesquisadores, entretanto, esses resultados não são ainda suficientes para serem detectados através de pesquisas. Há que se perseguir mudanças que venham tirar as enfermeiras de situações dúbias e conflitantes, sejam as situações de ordem legal, ou simbólica. Um aspecto a considerar neste sentido, que é inclusive destacado por Leonard e Crane (1993), é o fato de que enfermeiras e enfermeiros comumente trabalham em organizações com outros profissionais e estão sujeitas à autoridade da organização que as emprega, não exercem uma influência mais determinada sobre estas organizações, em particular no que se refere ao salário que lhe é concedido, o que constitui fator de insatisfação para a maioria das/os enfermeiras/os, o que pode repercutir como atributo da sua imagem na sociedade. Entretanto, vale considerar que esse aspecto de subordinação é comum a muitos dos diferentes profissionais de uma equipe de trabalho.

Há, então, que se trabalhar, entendendo os princípios da Ciência, no que se refere ao fazer da/o enfermeira/o no sistema social e na complexidade da relação entre sistema de saúde e mundo circundante em que um novo paradigma incorpora o antigo, mesmo passando por importantes mudanças no seu ramo de conhecimento. É necessário seguir rumo à concretização de um projeto político consistente e bem fundamentado, que coloque a

enfermagem em um patamar de real destaque, em conformidade com a gama de trabalhos desenvolvidos por ela em benefício da sociedade, com destaque para o dimensionamento de suas competências e importância para a sociedade, como já apontei em trabalhos anteriores. Embarcar, no que chama Novaes (1994, p.260), em “tempos novos, energias novas e sinergias diferentes”.

2.2- O PROFISSIONAL ENFERMEIRA/O EM UM CONTEXTO DE SOCIALIDADE

2.2.1. A/O ENFERMEIRA/O PERANTE A PROFISSÃO E A SOCIEDADE

A/o enfermeira/o é um profissional que pode estar presente em ambientes de características bastante variáveis, desde os domésticos, os institucionais e aqueles caracteristicamente públicos, com interesses diversos e compartilhados com os mais diversos agentes sociais. O fato de ser enfermeira/o o acompanhará, certamente, em todas essas instâncias, suscitando necessidades de ações, sejam essas de ordem ética, política, econômica ou outra, que demandem assistência ou atendimentos envolvendo os mais variados aspectos. Até mesmo em circunstâncias de lazer, não assistenciais, é enfermeira ou enfermeiro, e, acredita-se, deseja ser olhado com respeito, tendo-se em vista a sua condição profissional.

A autoridade que tem um profissional decorre do cargo e papéis concernentes ao mesmo, inclusive no que se refere a obrigações e responsabilidades, incluindo a obediência devida por um determinado grupo, o qual torna-se susceptível de ser influenciado por essa autoridade e por suas decisões no cumprimento de ordens, execução de trabalhos ou tarefas anteriormente designadas. Implica em habilidades, aptidão e responsabilidade para com o desempenho da ação (Lopes, 1978). O exercício da autoridade envolve um posicionamento profissional e capacidade de liderança para formular e implantar estratégias, que impulsionem projetos de forma a obter colaboração dos membros do grupo, o que poderá assegurar o êxito dos mesmos.

A auto-suficiência constitui um fator que decorre da capacidade que tem o indivíduo de autopostar-se, ter um auto-direcionamento, perante fatos que tenham relação às suas atividades, ou à sua própria vida, no sentido de obter êxito em seus objetivos. Refere Ullmann

(1985) ser a auto-suficiência uma meta significativa da existência humana, uma vez que é através dela que o indivíduo faz as suas próprias opções entre o certo e o errado, entre o bem e o mal, partindo em busca de verdades ditadas pelos próprios sentimentos, e agindo de acordo com suas próprias preferências. Refere-se não só à liberdade de estabelecer bases para um projeto profissional, mas envolve também a aquisição de condições materiais e intelectuais para ir e vir, planejando adequadamente suas horas de trabalho e lazer, estabelecendo negociação salarial, ou outras atividades complementares do profissional.

Os estereótipos, rótulos, preconceitos relativos à enfermagem podem contribuir para conturbar os valores e a auto-estima das/os enfermeiras/os, interferindo no seu nível de autonomia e autoridade. Podem até mesmo ter implicação sobre o caráter de autoridade e responsabilidade desse profissional que, ao assimilar o estereótipo e considerar-se de fato inferior, poderá não se julgar apta a exercer funções e competências que a ela cabem, esquivando-se, passando-os a outrem, o que ajudaria a alimentar o estereótipo, o qual, ao ser reforçado, se voltaria com mais força contra o profissional.

O desejo de conhecimento das qualidades de um objeto é atribuído ao espírito, visto a sua necessidade de identificá-lo e atribuir-lhe categorias de mais ou menos puro, belo, sublime ou útil. Conforme Burke (1993), as qualidades que são em geral buscadas em um objeto variam com as características desse objeto e com a sua utilidade real e/ou desejada, podendo ainda variar na sua contemporaneidade, seja em termos de aparência na sua graciosidade, transmitida pela desenvoltura dos gestos ou movimentos, ou seja pela harmonia desses predicados.

Gestos, forma, movimentos, beleza, fins aos quais a ação se destina, é o que pode ser chamado de “regulador”, segundo Canguilhem (1977). A beleza, por exemplo, enfraquece a rigidez decorrente de algum aspecto que inspire terror, conforme Burke (1993). Com esta colocação, desejo chamar atenção para o fator arte na enfermagem, o que pode contribuir para diminuir a rigidez da rotina, da repetitividade do dia-a-dia.

Este aspecto quase esquecido no mundo da produção econômica, ou seja, o sentido estético das ações humanas, evidenciando sua criação e plasticidade, pode ser observado

como valor na enfermagem, quando se preocupa com a ordem dos objetos, a limpeza e conforto no ambiente e em relação à sua clientela.

A forma como perpassam as relações das enfermeiras e enfermeiros com os objetos que lhe são afetos, suas ideologias, seus mitos, suas crenças, estão invariavelmente imiscuídos no processo de produção da ideologia profissional, repercutindo no social.

Refere Laubet (1993, p.128) que os determinantes das “relações do homem com o mundo, do universal com o singular, da existência como objeto com a existência como representação, da alma com o corpo (...)”, resultam da imaginação. Segundo Gibsom et al. (1988, p.109), “o termo estereótipo tem sido usado para descrever julgamentos feitos sobre pessoas com base no fato de elas pertencerem a determinado grupo...” Os estereótipos que têm sido usados sobre a enfermagem estão relacionados, via de regra, a circunstâncias históricas, também denominadas *mitos*, ao que Japiassú (1991), diz ser uma crença não justificada, mesmo que, comumente aceita, plausível de ser questionada, sob o ponto de vista filosófico Aproximando-se, mais ou menos da realidade, o fato é que os mitos influenciam no processo social de identificação e valorização da enfermagem. A imagem do profissional na sociedade é determinada pelo reflexo, pela importância e pelo impacto que a atividade desse profissional provoca na sociedade, podendo influenciar fortemente suas mais importantes formas de organização, segundo Francastel (1983).

Conforme trabalhos de pesquisa realizados ao longo desta última década, que a seguir destaco, pode-se observar a preocupação de estudiosos com o que se refere ao imaginário social de mitos na enfermagem. Rezende (1993, p.6), a partir de Kalisch & Kalisch, trabalha leituras de imagens da enfermeira, cujas representações feitas pela sociedade, surgem, a enfermeira como anjo, emissária de Deus para servir a humanidade; a enfermeira como heroína; a dama da lâmpada; a enfermeira como mãe e exemplo de devoção, ao ato de cuidar; a enfermeira como símbolo sexual, que atrai para si médicos e pacientes. Destaca, ainda, citando Horta, os estereótipos da “dama da caridade; ajudante de médico; executora de técnicas; cuidadora de doentes”. Leopardi, ao abordar Pita (1994, p.28), comenta que “as primeiras vocações para o cuidado dos enfermos se situam certamente no âmbito da religião e não da ciência e da técnica”. Isto pode significar que, sendo a aderência popular

mais significativa em relação às esferas culturais que às tecnológicas, a sociedade ainda não reconhece seu *status* científico. Siqueira, Watanabe e Ventola (1995, p.52) colocam que “a sociedade apenas parece conseguir relacionar o trabalho do enfermeiro aos valores cristãos de fraternidade e caridade, como forma de salvação da própria alma. Sua imagem persistiu vinculada a valores como bondade e humanismo, servindo também para refrear o nível reivindicatório da categoria”. Braga e Bersusa (1995, p.256) dizem que “o enfermeiro, ao longo de sua história, teve sua imagem associada a vários estereótipos que não acompanharam sua evolução técnico-científica através dos tempos”. Daher (1995, p.264) refere que, com base no “conjunto de valores simbólicos dos enfermeiros, elaborados pela sociedade, serem esses possuidores de uma identidade social dúbia, carregada de estigmas e estereótipos...”. Marziale e Rozestraten (1995), além de Siqueira, Watanabe e Ventola, (1995, p.) referem que, na percepção da sociedade, a imagem da enfermeira permanece ‘envolta em preconceitos e tabus’ e seus históricos estereótipos recaem também sobre o sofrimento decorrente da confrontação quotidiana da enfermeira com a dor e com a morte; na complexidade dos procedimentos técnicos; na sobrecarga física e mental; na deturpação dos ritmos biológicos, pela constante mudança de turnos.

São, sem dúvida, em sua maioria, imagens, crenças já, se não ultrapassadas, no mínimo desatualizadas e, portanto, necessitando serem questionadas. Novas imagens mais apropriadas ao desenvolvimento da profissão já podem ser adotadas, a fim de serem percebidas. É preciso que descubramos formas de detectá-las e afixá-las em nosso acervo, a fim de transformar, atualizando o contexto imaginal da enfermagem, ou, ao contrário, buscar junto ao profissional formas de melhor expressar a imagem da enfermeira e do enfermeiro da era científica para a sociedade. Os estereótipos da enfermagem, assimilados pela sociedade se relacionam, de alguma forma, com as imagens decorrentes da sua origem, defasados, portanto, e distorcidos e, provavelmente, já não mais se aplicam.

O aspecto da feminilidade predominante na enfermagem faz recair sobre o feminino o enfoque básico do imaginário social, trazendo embutido, conseqüentemente, em seu contexto, as imagens marcantes da “mulher anjo”, da “mulher mãe e protetora”, “mulher que acolhe, aconchega e ampara” e, por outro lado, “mulher de comportamento social duvidoso”, conforme referem acima, Rezende (1993) e Braga, além de Bersusa (1995). Segundo Durand

(1988), o símbolo é caracterizado pelo sentido secreto, que em sua representação, ele faz aparecer. Enfermeiras e enfermeiros parecem ter uma consciência difusa sobre sua condição representada socialmente. Tornar explícita essa representação pode ajudar no delineamento de estratégias que favoreçam a mudança da mesma de forma mais acelerada e coerente com o desejo das/os enfermeiras e enfermeiros.

Enfatizam Leddy e Pepper (1989, p.83) que “se a enfermeira tem seu próprio conceito profissional, poderá desafiar os mitos e suposições de generalizações anteriores”. Enquanto Maffesoli (1984) coloca que o conviver harmonioso, natural e transparente com os mitos e os símbolos do nosso fazer poderá ajudar a melhorar a sua representação e/ou transformá-los. São acepções que merecem reflexões acuradas por parte de enfermeiras e enfermeiros, cujo cotidiano é permeado de rituais, símbolos e *mitos*. Crespi (1983, p.6) destaca “a importância de se procurar viver o sentido de cada momento da existência, evitando a pressa, a fadiga embrutecedora, a dispersão atordoadora, a formalidade excessiva das relações interpessoais e a desapropriação da parte do prazer dos espaços do agir cotidiano”. Em relação a isto, pode-se concordar com Gomes (1992, p.16), ao referir que “os significados não estão nas coisas, mas na compreensão de si mesmo”, no “transcender as limitações”, no auto-conhecimento consciente do profissional que é capaz de transmitir o seu saber através do fazer.

2.2.2. PRÁTICA DE ENFERMAGEM E QUOTIDIANO: CONSIDERAÇÕES

É durante o desenvolvimento das ações, na sua interação com o cliente e com o ambiente social, que a/o enfermeira/o transmite para a sociedade seu padrão de trabalho, os valores da profissão, a sua concepção de enfermeira/enfermagem, para obter, como retorno, a compreensão, o respeito e o valor conferido pela sociedade. Somente por intermédio da expansão e do expressar conhecimentos através de atitudes, destacando os componentes de sua ação, deixando explicitados os seus valores, é que a sociedade poderá perceber sua importância e utilidade. Referem Leddy e Pepper (1989, p.357) que “as enfermeiras devem ajudar aos pacientes a identificar e valorizar os serviços de enfermagem como contribuições específicas e valiosas para a sua saúde”.

O cenário onde atuam os sujeitos constitui fator importante na comunicação das suas qualidades. É marcante a influência que exerce o “campo ambiental” sobre o ser na sua integralidade e substancialidade, face à realidade objetiva. A mudança, portanto, na forma, no comportamento e nas reações, decorre de uma resposta aos estímulos e solicitações acontecidas ao seu movimento, ao exercício de suas relações. O cenário em que enfermeiras e enfermeiros desenvolvem a sua prática profissional é de rico conteúdo imaginário. Aí se destacam outros sujeitos com os quais a categoria se relaciona, estão presentes seus “rituais simbólicos do quotidiano”; sua linguagem verbal e não verbal; suas “obstacularidades, redundâncias e incongruências”, constituindo elementos que, certamente, subsidiam a percepção das classes sociais, no que se refere à captação e interpretação das representações da ideologia coletiva sobre o fazer da/o enfermeira/o. Os atributos, assim como a sua natureza, são características que modelam o ser ou os objetos na sua integralidade e na complexidade, no seu “meio comportamental”. As forças, os movimentos, sejam muito rápidos, ou muito lentos, constituem fatores potencialmente influentes no conjunto de variáveis que imprimem caráter aos fenômenos, os quais são, por sua vez, influenciados pelos elementos do “cosmos” e estão fortemente ao sabor das ondas dos acontecimentos, contingenciados pelo tempo. Cada ser é revelado em sua “unidade real ou comportamental”, na harmonização das partes com o todo, em seus vários e particulares aspectos, conforme o prisma sob o qual seja este vislumbrado na sua pertinência e existência (Rodrigues, 1997-b).

Pode acontecer que, no caso da enfermagem, por exemplo, as circunstâncias históricas apresentem características de alguma forma adversas ao progresso e desenvolvimento, entretanto, ainda assim, elas são significativas, até porque conforme adverte Canguilhem (1977, p.92), “a história da verdade não é linear e monótona”. Mills (1992, p.12) diz que “o primeiro fruto da imaginação sociológica, é a de que o indivíduo só pode compreender sua própria experiência e avaliar seu próprio destino, localizando-se dentro de seu período – histórico; só pode conhecer suas possibilidades na vida, tornando-se cômico das possibilidades de todas as pessoas nas mesmas circunstâncias que ele”. É importante buscar, então, junto às enfermeiras e enfermeiros, a sua conscientização em relação a suas possibilidades, à sua própria experiência e ao progresso da enfermagem dentro do atual período histórico, como representa ele esses aspectos e como se representa em relação a eles na sociedade. Conforme Freire (1970, p.16) a conscientização não consiste em “estar frente à

realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual, ... não pode existir sem o ato ação-reflexão”.

2.3. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ENQUANTO SUPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO:

2.3.1- COMPONENTES ESTRUTURAIS

A contextualização das Representações Sociais (RS) acontece a partir das percepções nos relacionamentos e nas experiências grupais. Segundo Durand-Dassier (1971), as relações se estabelecem mais facilmente em grupos homogêneos, ou formado por pares, e, mais dificilmente, entre pessoas de status diferentes. A cultura, hábitos, expressões e ainda o tamanho do grupo são aspectos que muito influenciam no estabelecimento das relações sociais. Esses fatores, ao meu ver, são favorecidos na enfermagem, embora haja profissionais de diferentes grupos sociais, o que, provavelmente, pode contribuir para a formação de representações conturbadas, divergentes e diferenciadas. Do ponto de vista conceitual, isto poderia significar ainda, ou uma imagem em mudança, ou inconsistência no uso do referencial. Porém, no caso da enfermagem, tal diferenciação social dos profissionais é própria da profissão desde sua institucionalização, de modo que o grupo amostral assim constituído é representativo da realidade.

As RS têm suas raízes na Psicologia Social e são classificadas, tomando por base o enfoque sociológico da psicologia social. Ocupam-se basicamente com a relação dos indivíduos entre si e suas identificações, passando do nível coletivo ao nível individual. Os estudos sobre a mesma foram iniciados durante a era moderna, marcada firmemente com o estudo realizado por Moscovici, em 1961, intitulado, “La Psycanalyse: son image et son public”. Tem sido considerado como uma continuidade do estudo das representações coletivas de Durkheim, que tem Weber como um seu antecessor teórico. Descreve, ou identifica, uma categoria coletiva que deve ser explicada a um nível inferior, ou seja, em nível da psicologia social (Moscovici, 1988 e ainda Jodelet, 1989 e Farr, 1995).

A RS resulta de uma representação mental apreendida na consciência. Advém de figuras, imagens, atos ou de experiências, aos quais o indivíduo atribui um significado ou

símbolo, conforme seja a sua percepção sobre os mesmos, podendo originar comportamentos ou atitudes. Explica Chartier (1994) que essas produções intelectuais e estéticas são sempre governadas por mecanismos e dependências desconhecidos dos próprios sujeitos. Refere que o conceito de representação permite designar e ligar três realidades maiores: 1º) as representações coletivas que incorporam nos indivíduos as divisões do mundo social e estruturam os esquemas de percepção e de apreciação, a partir dos quais estes classificam, julgam e agem; 2º) as formas de exibição do ser social ou do poder político - o que Weber chamava de “estilização da vida” e 3º) “presentificação” em um representante (individual ou coletivo, concreto ou abstrato) de uma identidade ou de um poder. O que está contido na colocação de Moura et al. (1995), ao dizerem que “a sistematização do processo de produção da ideologia profissional acontece por intermédio das classes sociais e, em geral, em função dos interesses de classe e dos representantes políticos”. Reforçando esta idéia, cito Moscovici (1978), quando aborda a questão de que os grupos diferenciam ou interpretam objetos sociais ou representações de outros grupos. Suas normas e seus símbolos são abastecidas nas trocas científicas, ou, em outras comunicações, sendo, conseqüentemente, efetuada uma filtragem necessária dessas informações e de seus estilos.

A forma como o indivíduo se percebe e ao seu grupo social, ou mesmo a profissão, projetando para a sociedade essa percepção, pode ser influenciada por uma série de fatores que variam em qualidade e em natureza. Dentre esses fatores, o aspecto da culturalidade, mudanças sistemáticas desencadeadas pelo progresso tecnológico e científico, o sentimento de liberdade, resistências inconscientes, a fidelidade aos projetos grupais, os próprios compromissos com cargos e projetos, nos quais se incluem as necessidades e os desejos individuais e mesmo a questão do sentimento ou limite ético, que pode tolher o indivíduo ao seu expressar-se.

Conforme Bicudo (1991), as representações encarregam-se de trazer à realidade o conhecimento em suas várias perspectivas, o qual pode ser expresso ou veiculado para a compreensão e interpretação, através da linguagem e das situações nas relações nos grupos sociais; explicitar materializando o conhecimento existente nas estruturas sociais, o qual pode ser veiculado pelo discurso humano, cujas verdades resultarão do sentido existente na raiz dos termos e pode ser obtido a partir da análise lingüística. A experiência é intrinsecamente

temporal, histórica, portanto a compreensão/ interpretação ocorre nessa perspectiva. Sá (1993, p.32) refere que RS “designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados.(...) designa uma forma de pensamento social”. E Minayo (1994, p.174) alerta que “as RS não conformam a realidade e seria ilusão tomá-las como verdades científicas, reduzindo a realidade à concepção que os atores sociais fazem dela”. Neste caso, ao se avaliar RS busca-se a imagem da realidade, não a realidade em si mesma.

Destaca Pegaroro (1979) que as representações têm por finalidade tornar compreensível e explícito o saber implícito, enquanto Teixeira (1996, p.148), interpretando o pensamento de Moscovici, diz que a RS “media o ato de familiarizar-se do estranho e, a partir daí, pode-se buscar ou a integração ou a desintegração. Procura conhecer o estranho e o ausente para torná-lo familiar e próprio”. Ao mesmo tempo, Santos (1995, p.331), abordando a distinção entre aparência e realidade, diz que “a aparência é a não realidade, a ilusão que cria obstáculos à inteligibilidade do real existente”. Chama a atenção para a necessidade de a ciência buscar ultrapassar a aparência para atingir a realidade. No entanto, dado que a dimensão simbólica e representacional faz parte da realidade humana, como possibilidade de compartilhamento das experiências subjetivas, o estudo das RS pode se constituir uma oportunidade de compreender a versão de um segmento particular sobre a realidade percebida.

Uma representação resulta de analogias a partir do nosso universo quotidiano que, ao serem captadas, alojam-se no cérebro e são posteriormente expressadas, seja por palavras ou por gestos, realçam e simbolizam atos e situações, cujos significados circulam, cruzam-se e se cristalizam constantemente, consubstanciando conteúdos simbólicos, oriundos, portanto, da própria prática, e é isto que lhe impõe o caráter de dinamismo na produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente. Lembrando ainda que representar um objeto é conferir-lhe o “status” de um signo, interiorizá-lo, torná-lo parte de si. A estrutura de cada representação se nos apresenta composta de duas faces indissociáveis, a face figura ou imagem e a face da significação do fenômeno, de acordo com Moscovici, (1978), com quem concordam Araújo (1991), Padilha (1994), Lemos (1994), Teixeira (1996), Guimarães (1997). Nesta síntese, observa-se uma perfeita conexão com as questões e situações que permeiam o quotidiano da/o enfermeira/o, o seu interagir com pacientes, com outras/os enfermeiras/os e

com profissionais de outras categorias. O significado resultante dessas relações sociais conformam as RS, que vão repercutir no senso comum e vice-versa. A intersecção e diversificação entre os dois citados pólos poderão resultar em um conhecimento de grande utilidade para a enfermagem na re-elaboração dos componentes da prática profissional.

Léfèvre (1992,p.238) define representação como a “dimensão ideativa que acompanha necessariamente toda ação prática, que difere de um ‘pensar sobre’. Metaforicamente, pode estar associada à idéia de ‘sombra’. É um processo reflexo que acontece em nível da sociedade como um todo, que está necessariamente associado às ações desses indivíduos”. Chartier (1994, p.97) comenta que, conforme estudos realizados na área da política e das artes, “toda construção de interesse pelos discursos é ela própria socialmente determinada, limitada pelos recursos desiguais (de linguagem, conceituais, materiais etc.) de que dispõem os que a produzem”. Aspecto este que, ao mesmo tempo em que é componente do contexto social do indivíduo, traz também uma certa singularidade, visto produzir matizes diversificados aos conceitos obtidos.

Jodelet (1989, p.13), referida ainda por Guareschi (1995) e Sá (1993), oferece a seguinte definição, de amplo consenso para quem discute o conceito de RS, ou seja, como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

2.3.2. A ABORDAGEM DA TEORIA DAS RS SEGUNDO MOSCOVICI E SUA APLICAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DESTE ESTUDO

Tomando por base as considerações feitas no item anterior a respeito de componentes, conceito e aplicação de RS, considero serem as mesmas suficientes e aplicáveis ao tipo de estudo que estou me propondo realizar. Tomando por base, então, como enfoque metodológico, o referencial das representações sociais, segundo Moscovici, foi considerado adequado ao estudo, cujos componentes básicos abordo a seguir.

Segundo Moscovici (1978, p.25), “conjuntamente, uma RS é a organização de imagens e linguagem, porque ela realça e simboliza atos e situações que, no seu uso, nos tornam comuns. Toda representação é composta de figuras e de expressões socializadas. A RS é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (...). É um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas, graças à qual os homens tornam inteligível sua realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação. Representar não consiste somente em selecionar, completar um ser objetivamente determinado com um suplemento de alma subjetiva, é, de fato, ir mais além, edificar uma doutrina que facilite a tarefa de decifrar, predizer ou antecipar os seus atos”. As imagens daí resultantes, “são construções combinatórias, análogas às experiências visuais. São independentes, em graus diversos, simultaneamente no sentido de que se pode induzir ou prever a estrutura das imagens-fontes pela estrutura de outras, e no sentido de que a modificação de certas imagens cria um desequilíbrio que resulta numa tendência para modificar outras imagens. Refere-se ainda às RS como sendo o conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no quotidiano, no decurso de comunicações inter-individuais, cujo estudo se focaliza na maneira pela qual seres humanos tentam captar e compreender as coisas que os circundam. As informações, palavras e pensamentos recebidos pelo cérebro são processados, em movimentos, atribuições e julgamentos, fenômeno visto como sendo um conceito. É uma forma particular de adquirir e comunicar conhecimento. Suas imagens e significados se originam no “senso comum” (Moscovici, 1981). Ao que Teixeira (1996) destaca a tridimensionalidade (informação-atitude-íagem), na relação de um grupo com um determinado objeto de representação socialmente valorizado (ou não). Pormenor este que se ajusta perfeitamente ao objeto em função do qual desenvolvo este trabalho, o valor social da enfermagem. Pode-se, inclusive, a exemplo do trabalho de Jodelet (1989), obter-se a representação sobre o seu sentir-se aceita, adaptada e acolhida, ou acolhendo a profissão; a sua percepção sobre os estereótipos da profissão no imaginário coletivo, propiciando estabelecer relações entre os aspectos da objetivação e ancoragem em RS.

Moscovici (1981, p.182) lembra que “os grupos ou segmentos socioculturais podem variar bastante quanto a algumas dimensões, por exemplo: 1) o **grau e consistência da informação** que tenham sobre um dado assunto; 2) a **estruturação visualizável**, unidade e

hierarquização desse conhecimento em um *campo de representação*; 3) a **atitude** ou orientação global - favorável/desfavorável, por exemplo - em relação ao objeto da representação. Prossegue, colocando que “a sociedade deve ser considerada não só como um sistema econômico ou um sistema político, mas também como um sistema de pensamento. E, nesta perspectiva, no que tange à RS, considera coexistirem nas sociedades contemporâneas duas classes distintas de *universos de pensamento*: os **universos consensuais** e os **universos reificados**. Nos últimos, bastante circunscritos, se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica. Nestes, a sociedade se vê como um sistema com diferentes papéis e categorias, cujos ocupantes não são igualmente autorizados para representá-la e falar em seu nome. Aos **universos consensuais** correspondem as atividades intelectuais da interação social cotidiana, pelas quais são produzidas as RS. Aí, a sociedade se vê como um grupo feito de indivíduos, que são de igual valor e irredutíveis, cada qual é livre para se comportar como um ‘amador’ e um ‘observador curioso’, (...) que manifesta suas opiniões, apresenta suas teorias e tem uma resposta para todos os problemas”. Acrescenta Moscovici (1981, p.182) que, “a rigor, ambos os universos [reificado e consensual] atuam simultaneamente para moldar a nossa realidade”, e que “em RS, uma *realidade social*, é criada apenas quando o novo ou o não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais”.

Utilizo-me, também, de Sá (1993), que interpreta com muita propriedade o pensamento de Moscovici, no que se refere à forma de pensamento que é enfocada ao se trabalhar com RS, isto é, uma forma de obter conhecimento a partir de uma camada da sociedade que convive com mais frequência em agrupamentos não circunscritos e, portanto, as idéias são trabalhadas a partir do enfoque de “senso comum”.

A representação corresponde a um processo de “**classificação e nomeação**, constituindo um **método de estabelecer relações entre categorias e rótulos**”. Representações Sociais emergem de fenômenos que surgem com o acontecer da vida cotidiana, sucedem-se e renovam-se constantemente em suas categorias, segundo Moscovici (1978, 1981, p.193) e Leme (1993).

As/os enfermeiras/os que, no cotidiano de sua prática, desenvolvem ações prestando assistência a pacientes em unidades hospitalares executam muitas elaborações mentais resultantes de suas interações, seja em decorrência de observações e conversas ocasionais ou de questionamentos recíprocos. Destas elaborações mentais relacionadas à assistência que é prestada aos pacientes, imagens ou conceitos diversos, provavelmente, vão-se configurando adversas até daquelas idealizadas por elas. Até por que as pessoas, em geral, esperam obter um reconhecimento de seu potencial de habilidades, ao lidarem com os objetos que lhe são afetos, quando o sentido do que fazem é validado pelo senso comum, isso certamente, deixa uma sensação de vitória e realização. Entretanto, a não comprovação de suas idealizações poderá trazer arrefecimento na sua autoconfiança. A evidenciação de imagens dessa natureza, em geral abstratas e complexas, poderá acontecer, a partir de uma construção teórica com o emprego da teoria das RS.

Assim, pois, neste projeto, utilizar-me-ei da teoria das Representações Sociais, por ter a mesma o caráter de busca de operações mentais, que levam aos significados que são atribuídos a fatos ou objetos existentes na realidade, podendo os mesmos ter o seu significado reduzido a uma representação, que é “a manifestação, o sentido, a re-velação do fato” (Pegaroro, 1979). Segundo Minayo (1995), nas Ciências Sociais, as representações sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a.

Com base nessas considerações e neste referencial, apresento a seguir os elementos a serem considerados no estabelecimento de RS, os quais são favorecedores de uma abordagem operacional desta pesquisa.

2.3.3. PROCESSOS UTILIZADOS NA ELABORAÇÃO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O surgimento de uma Representação Social envolve dois processos centrais. O *primeiro* se refere à **ancoragem** das representações (categorias e imagens diárias) e o *segundo* à **objetivação** das representações (a transformação de uma abstração em algo quase físico), como forma de traduzir o pensamento para algo que existe na natureza. São processos que

visam tornar conhecido o desconhecido, possibilitando a comparação e interpretação dos fatos.

Tanto a **ancoragem** quanto a **objetivação** são operações, através das quais agimos, com base na memória que armazena e identifica coisas, pessoas e eventos como protótipos, aos quais classifica e atribui denominações.

A **ancoragem** consiste “na integração cognitiva do objeto representado - sejam idéias, acontecimentos, pessoas, relações etc. - a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas”, conforme Jodelet (1985, p.466) apoiada por Sá (1993). Referem que, o processo se constitui em trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado, em geral, é responsável pelo enraizamento ou acolhimento de novas representações (ancoragem). E, portanto, **ancorar** é, classificar e denominar: “coisas que não são classificadas, são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras”. Dizem que na **ancoragem** (ou amarração), o conceito adquire status instrumental. É feita aí a inserção do saber entre as operações realizadas. É quando na vida cotidiana surge um referencial, um modelo de ação. Moscovici (1981, p.197), apoiado por Jodelet (1989), Sá (1993), Leme (1993), Teixeira (1996), lembram que no processo de **ancoragem** “a neutralidade é proibida pela própria lógica do sistema em que cada objeto ou ser, deve ter um valor positivo ou negativo e assumir um determinado lugar numa hierarquia claramente graduada, e permite compreender o modo como os elementos contribuem para modelar as relações sociais e como as exprimem”.

•Classificação e denominação:

A **classificação e categorização** acontecem mediante a escolha de uma forma denominativa, esquema, modelo ou paradigma, conforme referencial mental do classificador, a fim de ser estabelecida comparação com as classes, às quais serão ou não incluídas. O processo de denominação visa tirar um objeto do anonimato, para dotá-lo de uma genealogia e incluí-lo num complexo de palavras específicas ou categoria, para localizá-lo, conferindo-lhe um status matricial de identidade da nossa cultura, seja ainda de natureza positiva ou negativa.

Qualquer conjunto de categorias pressupõe uma teoria que a defina e especifique seu uso, segundo Moscovici (1981); Sá (1993).

Conforme Jodelet (1985) e Araújo (1991), dialeticamente, o processo de **ancoragem**, com a objetivação, articula as seguintes funções básicas da representação:

- a) função cognitiva de integração da novidade, que se refere ao conhecimento de um fato novo, tornando-o familiar;
- b) função de interpretação da realidade, com base na interpretação do fato;
- c) função de orientação das condutas e das analogias sociais, tendo em vista a tomada de decisão e a ação.

Considera que as várias modalidades, nas quais se decompõe o processo de ancoragem permitem apreender:

- a significação atribuída ao objeto representado;
- a utilização da representação como sistema de interpretação do mundo social, forma e sistema de conduta;
- a integração aceitável e conversão adequada dos elementos.

A **objetivação**, conforme Jodelet (1985, p.481) e referido também por Sá (1993, p.39), consiste em uma “operação imaginante e estruturante”, pela qual se atribui uma ‘forma’ ou - desenho - apropriado ao conhecimento ao qual se refere o objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato, “materializando a palavra”. Citando Moscovici, diz Sá (1993, p.39), que “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou ser impreciso, reproduzir um conceito com uma imagem”. E Teixeira (1996), nos coloca, baseando-se em Moscovici, que a objetivação refere-se à conversão de idéias em objetos do senso comum, à materialização de uma imagem, destacando a integração dos elementos representados a uma realidade social.

O processo de **objetivação** envolve três fases: **1) seleção e descontextualização de elementos da teoria, em função de critérios culturais, normativos**. Esta fase é nomeada por Moscovici (1981, p.198) de “*construção seletiva da realidade*: corresponde ao ato de se fazer equivarer o conceito com a imagem; modelar comparando, preenchendo com alguma substância espaços vazios, descobrir o aspecto icônico de uma idéia”; **2) formação de um**

núcleo figurativo, no qual é feita a seleção de determinadas palavras, conforme o potencial de representação de cada uma, as quais são incorporadas, formando uma combinação, um modelo que reproduz a estrutura conceitual, um núcleo figurativo. Um exemplo é o aparelho psíquico derivado da psicanálise, formado de duas partes: consciente e inconsciente, segundo Moscovici (1978). Nesta fase, deve acontecer a produção de uma estrutura conceitual a partir de uma estrutura metafórica; **3) naturalização dos elementos do núcleo figurativo**, quando as representações (figuras), a nível de pensamento, na condição de elementos de conceito, passam a compor a realidade. O que então, antes, era percebido como abstrato, é agora transformado em concreto; figuras deixam de ser elementos do pensamento passando a integrar a realidade. Esses desenhos configuram, em grande parte, o nosso ambiente, e muito poderão enriquecê-lo, transformado-o, com incessantes agregações de umas e desagregações de outras. Nesta sistemática, muitas idéias são incorporadas ao domínio comum, segundo Moscovici (1978), com quem concordam, Jodelet (1989); Araújo (1991) e Sá (1993).

A desnaturalização de elementos inseridos na prática quotidiana da/o enfermeira/o, a partir desta pesquisa, poderá constituir uma ação de grande importância para o contexto social da profissão, no sentido de um enriquecimento da realidade com idéias que poderão ser incorporadas ao *sensu comum*.

As formas de **causalidade** (atribuição e imputação) são aspectos subjetivos, que repousam ao abrigo do que parece ser objetivo. É importante estar atento à necessidade de que o verdadeiro propósito desta ação apareça. É um aspecto importante nas RS, visto que é necessário decodificar cada símbolo que apareça no cenário social (Farr, 1995).

2.3.4. CORRELAÇÃO DAS PROPRIEDADES COGNITIVAS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COM OS MOTIVOS DE SUA FORMAÇÃO:

A razão do surgimento das RS e a correlação de suas propriedades cognitivas com os motivos de sua formação podem estar associadas às três hipóteses seguintes:

- a) **Hipótese do interesse** - referente à criação de imagens capazes de expressar ou de esconder objetivos individuais ou coletivos, o que resultaria numa distorção subjetiva da realidade objetiva;
- b) **hipótese do desequilíbrio** - considerando-se que ideologias e conhecimento sobre o mundo são formas de resolver tensões afetivas e psíquicas, resultantes de fracassos na integração com a sociedade. Constituindo, portanto, formas compensatórias imaginárias para restaurar de certa forma o equilíbrio interno;
- c) **hipótese de controle** - quando grupos produzem representações, direcionando-as a agirem como filtros para informações que provêm do ambiente, visando moldar comportamentos individuais. É uma forma de manipulação do processo de pensamento e da estrutura da realidade.

Adverte Farr (1995) que estas hipóteses podem corresponder, de alguma forma, à verdade, uma vez que podem refletir um **interesse** individual, podem ser postas em movimento por um **desequilíbrio** e podem também servir como elemento de **controle** indesejável e contínuo.

Quanto a este aspecto, o método favorece a divulgação de aspectos que influenciam na questão da valorização social da enfermagem e sua concatenação com o senso comum, relacionados à estruturação imaginária e a ideologias existentes na profissão.

Vale considerar, ainda, os dois seguintes aspectos relacionados aos fundamentos, na estruturação de RS; referem-se a dois enfoques: o **primeiro**, diz respeito à representação, enquanto **campo socialmente estruturado**, decorrente das experiências individuais do sujeito que veicula as representações sociais, a partir de um dado contexto social do qual é este oriundo ou no qual está inserido. Pode ser composto por familiares, por componentes de sua comunidade ou de seu bairro, por pessoas de sua categoria profissional ou de outro agrupamento, que poderão influenciar no conteúdo do discurso. O **segundo**, enfoca a RS enquanto **núcleo estruturante da ação**, considera o sujeito que expressa os componentes de

uma representação como sendo o produtor do sentido para uma dada experiência no mundo social, de acordo com Jodelet (1985) e Padilha (1994).

As características fundamentais da análise do fato considerado na representação estão sintetizadas em cinco itens, conforme Jodelet (1985) e Araújo (1991):

1. a representação refere-se sempre a um objeto;
2. tem caráter de metáfora e tem a propriedade de tornar intermutável o sensível e a idéia; a percepção e o conceito;
3. tem característica simbólica e significante;
4. tem um caráter construtivo;
5. tem caráter autônomo e criativo.

Estas características mostram a vantagem de se trabalhar com RS, visto que se prende a um objeto definido e específico; oferece oportunidades para grandes descobertas sobre o objeto de pesquisa, a título de construtividade, significância e autonomia no trato com o objeto de estudo, favorecendo ainda contemplar o aspecto da simbologia, o qual, segundo Durand (1988, p.18), diz respeito aos “níveis formadores das imagens simbólicas, que se formam e informam em todos os setores e em todos os aspectos da atividade humana” e, conseqüentemente, também permeia a atividade de enfermagem.

Considero que os componentes teóricos acima apresentados, aplicáveis ao estudo do conhecimento de RS que permeiam o cotidiano da enfermagem, deveriam ser submetidos a um sistema processual, conforme o recomendado teoricamente. A partir de sua captação, através da linguagem, passada pelo processo de ancoragem para classificação e categorização, articulando suas funções básicas e objetivação, em sua estrutura conceitual, culminando com a estruturação da RS com suas características fundamentais.

III. METODOLOGIA

3.1. CARACTERÍSTICA DA PESQUISA

Esta pesquisa tem caráter exploratório, com abordagem qualitativa, cujo desenvolvimento orienta-se pela teoria das Representações Sociais embasada em Moscovici. O enfoque metodológico e referencial das Representações Sociais, “ênfatisa a existência de uma sociedade pensante que absorve e produz conhecimento, através de indivíduos e grupos que pensam de forma autônoma”, segundo Nascimento-Schulze (1997, p.40).

A opção deveu-se ao fato de esta teoria aplicar-se com bastante praticidade à questão da percepção de enfermeiras e enfermeiros sobre a profissão e como essa é projetada para a sociedade. A questão é bastante susceptível a influências de fatores de natureza diversa, tais como, a culturalidade, mudanças decorrentes da evolução natural dos fatos, e ainda, dos próprios sentimentos das pessoas envolvidas na amostra.

A temática com a qual me propus trabalhar nesta pesquisa, teve, a princípio, caráter de desafio. Ao longo do processo, entretanto, transformou-se, paulatinamente, em emoção. Uma particularidade que o pesquisador sabe que terá a enfrentar é a questão da dificuldade do “estranhamento”, ao lidar com assunto familiar à sua prática. É portanto, indispensável ater-se aos dados, evitando extrapolações que possam envolver opiniões pessoais. Nesta pesquisa, foi indispensável seguir esta regra, mesmo porque o assunto ora trabalhado, faz parte, continuamente, das “conversas de corredores” e dos “locais de cafezinho”, por onde circulam enfermeiras e enfermeiros.

A visão prática de uma RS está no fato do seu concorrer para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, conforme Jodelet (1988). Em particular, no caso da enfermagem que, por ser constituída de diferentes profissionais, já se esperava, produzissem representações divergentes, diferenciadas e conturbadas, ou ambíguas. Mesmo porque, essas

são originadas de figuras, imagens, atos ou das experiências quotidianas, às quais o indivíduo atribui um significado ou símbolo, e que podem originar comportamentos ou atitudes.

O método favorece a divulgação de aspectos que influenciam na questão da valorização social da enfermagem e sua concatenação com o senso comum, relacionados à estruturação imaginária e a ideologias existentes na profissão, manifestam-se em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais.

A explicitação desse conhecimento oriundo do senso comum, através da linguagem, é buscado, em uma situação de relação em um grupo social específico, no caso, as enfermeiras e enfermeiros, em sua experiência temporal e histórica, tendo em vista, ultrapassar a aparência e atingir a realidade, considerando a dimensão simbólica emitida por palavras, ou por gestos que são integradores da realidade humana do nosso universo quotidiano.

No contexto deste trabalho, considere a sociedade representada pelo cliente que recebe tratamento de saúde em hospital ou ambulatório. Este cliente transmite à enfermeira e ao enfermeiro suas representações a respeito desse profissional e da profissão, assim como dos serviços por ele oferecidos. Isso possibilita tornarem-se do domínio do profissional as representações do cliente.

3.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O local de eleição para realização do trabalho foi a cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará, onde resido. O Estado conta com 6.362.620 (seis milhões trezentos e sessenta e dois mil e seiscentos e vinte) habitantes, cuja maioria é composta por pessoas jovens, de restrito poder aquisitivo, que necessitam e usufruem com frequência dos serviços de saúde mais acessíveis, no caso, serviços cujos ônus recaem sobre o Sistema Único de Saúde. Dispõe de uma média de 30 hospitais de grande porte, na Capital, e vários postos de Saúde, distribuídos

em vários Distritos Sanitários. Possui quatro escolas de enfermagem, sendo três na Capital e uma no interior.

A partir deste contexto, selecionei, para coletar os dados desta pesquisa, dois dos hospitais de grande porte que atendem pacientes das várias faixas etárias e de todas as classes sociais e têm um dos maiores quadros permanentes de enfermeiras/os.

O primeiro, Hospital Universitário Walter Cantídio (HCWC), é um hospital caracteristicamente universitário. Conforme informação da Diretora de enfermagem, tem como missão “desenvolver, promover e estimular com qualidade o ensino, a pesquisa e a assistência em saúde, a nível hospitalar e ambulatorial, a pessoas de todos os grupos sociais integrados á realidade de nosso meio, de modo a contribuir com as soluções de seus problemas e de seu desenvolvimento. O paciente é visto como um ser total e atendido em todas as suas necessidades biopsicossociais. Recebe pacientes oriundos de todo o Estado e até de outros Estados circunvizinhos. Esses são de classe cultural baixa, cuja problemática predominante são as doenças crônicas e degenerativas e casos clínicos e cirúrgicos, de um modo geral, exceto atendimento de emergência”. Funciona em um prédio, de construção com características arcaicas, passa por constantes e freqüentes pequenas reformas. A emergência foi fechada já, há mais de um ano, por falta de condições de funcionamento.

Tem em seu quadro funcional um total de 103 enfermeiras/os, 80% com especialização, 6 mestres e uma cursando o doutorado. São contratadas sob duas formas, a primeira, através de concurso pela Universidade Federal do Ceará e a outra por contrato feito através da SAMEAC, empresa de terceirização. As/os enfermeiras/os trabalham sob regime de escalas, que pode ser do tipo fixa, isto é, a/o enfermeira/o trabalha em um determinado horário, de segunda a sexta- feira; ou o tipo de escala de rodízio, no qual a/o enfermeira/o trabalha em sistema de plantões, em horários variados. Ambas, com 36h semanais e mais 4 h reservadas para a passagem de plantão.

O segundo hospital é o Instituto Dr. José Frota (IJF), recém reconstruído, já em estilo bem moderno. Conforme declaração da Diretora do Serviço de Enfermagem, “é um hospital de referência no atendimento em todas as especialidades das urgências e emergências

de pacientes traumatizados e politraumatizados. Atende pacientes de todo o Estado e também de Estados vizinhos, como Piauí, Maranhão e Rio Grande do Norte. Sua visão é proporcionar assistência de urgência e emergência à população, seja a necessidade de assistência, de pequena, média ou grande complexidade”. Os clientes pertencem às mais diversas camadas sociais, chegam ao hospital trazidos por ambulâncias ou carros particulares, pelo corpo de bombeiros, ou outro meio. Sendo o caso da família desejar um atendimento mais diferenciado, através de convênios, existe área física específica, devidamente equipada para tal, apartamentos com suites, ou enfermaria de 2 leitos. As equipes médicas são compostas, em geral, por clínicos, cirurgiões, cirurgiões plásticos, neurocirurgiões, neuro-clínicos, pediatras clínicos, cirurgiões pediátricos e traumatologistas.

Esse hospital possui um quadro de 160 enfermeiras, das quais 80 são especialistas, 09 são mestras, 01 está cursando o mestrado e 01 cursando o doutorado. As/os enfermeiras/os mais antigos eram contratados em regime celetista, passando, posteriormente, ao regime estatutário, e as que entraram mais recentemente são selecionadas através de concurso. A maioria segue escala de plantões diurnos e noturnos. Existe ainda a escala das enfermeiras que trabalham só nos finais de semana, ou no sábado, ou no domingo que, conforme decreto municipal, têm a contagem de hora feita em dobro. Essas/es enfermeiras/os vêm ao hospital somente 04 ou 05 vezes por mês. As chefias trabalham de segunda a sexta feira, com carga horária de 8 h/dia.

Informa ainda a Diretora do Serviço de Enfermagem, que a assistência visa o máximo de qualidade possível, com o oferecimento de um atendimento humanizado às necessidades do paciente, apesar de ser a clientela de nível social bastante diversificada, pois o hospital recebe desde o mendigo até qualquer autoridade que venha a necessitar de tratamento de urgência e emergência, o que suscita o desenvolvimento de programas, inclusive de reeducação em higiene para crianças e adultos. No momento, já se trabalha no estabelecimento de padrões, tipo “protocolo”, para tratamentos, cuja orientação é divulgada, inclusive para novos médicos residentes. Visto haver, dentre os pacientes, uma demanda quase constante de marginais de alta periculosidade e até de detentos mantidos sob vigilância com escolta policial, envolve a questão dos rígidos plantões policiais, o que não impede a ocorrência, muitas vezes, de certos constrangimentos desagradáveis, como intimidações ao

peçoal de enfermagem, o que pode desencadear a necessidade de providenciar a imediata transferência do paciente.

3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Após os contatos de identificação e caracterização de enfermeiras e enfermeiros que participariam desta pesquisa, passei ao trabalho de seleção da amostra, a qual foi estabelecida, considerando-se os parâmetros globais definidos em projeto, na perspectiva de uma pesquisa de natureza qualitativa, apoiada na teoria das Representações Sociais.

Definiu-se, inicialmente, ter por base, uma média amostral de 30 (trinta) pessoas. A amostra foi constituída aleatoriamente, através de sorteio, de forma estratificada proporcional, uma vez que foram sorteados profissionais dentre enfermeiras e enfermeiros, dos vários setores do hospital, considerando-se que se desejava fosse oferecida, tanto àqueles profissionais quanto à pesquisadora, a oportunidade de ter em conta informações de qualquer um dos referidos profissionais, que trabalham em qualquer dos setores do hospital, e probabilística, visto serem os integrantes, todos enfermeiras e enfermeiros, com suficientes condições de relatarem suas experiências na profissão. Para tanto, os mesmos foram relacionados conforme os setores onde trabalhavam, após, então, reagrupados, em 05 (cinco) grupos de especialidades afins e sorteados 03 (três) elementos de cada um desses 05 (cinco) grupos, de forma a perfazer o total de 15 (quinze) elementos em cada um dos dois hospitais.

No momento que precedeu à coleta de dados, as seguintes ações foram desenvolvidas: estabelecimento de contato com a diretoria de enfermagem dos dois hospitais e cumprimento dos trâmites burocráticos legais para o caso, determinados pela instituição como necessários para o referido trabalho. Posteriormente, solicitei ao serviço de enfermagem o escalonamento por setores de enfermeiras/os daquele hospital. A princípio, selecionei 15 (quinze) desses profissionais em cada um dos dois hospitais, cujo total, conforme o plano, poderia, ao longo da coleta dos dados, ser restringida ou ampliada, conforme fosse verificada repetição ou ausência de informações suficientes. Entretanto, foi conveniente manter este número até o final da pesquisa.

Cada um dos dois hospitais foi estudado em separado, até porque cada um deles é setorizado em especialidades diferentes. Os setores de lotação desses profissionais, considerados em cada um dos dois hospitais foram os constantes abaixo:

1^º) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO:

- 1) Clínicas Médicas (3 elementos)
- 2) Clinicas Cirúrgicas, Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação, Transplante Renal, Central de Material (3 elementos)
- 3) UTI (3 elementos)
- 4) Ambulatórios (3 elementos)
- 5) “Staff” (3 elementos)

2^º) INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA:

- 1) UTI e Centro de Tratamento de Queimados (3 elementos)
- 2) Centro Cirúrgico, Centro de Material, Tomografia e Sala de Recuperação (3 elementos)
- 3) Emergências (3 elementos)
- 4) Unidades de Internação (3 elementos)
- 5) “Staff” (3 elementos)

3.4. COLETA DE DADOS

A abordagem às/os enfermeiras/os que compuseram a amostra foi centrada em uma **entrevista do tipo semi-estruturada**, focalizada, ou seja, direcionada por um roteiro pré-estabelecido, para a questão de pesquisa, constando de 6 (seis) itens, (Anexo).

A opção pela entrevista visou oportunizar aos informantes franca liberdade de expressão sobre RS na sua experiência cotidiana, considerando que alguns autores recomendam que ao se trabalhar com RS é importante considerar o veículo a ser utilizado para a captação das representações. O mais comum costuma ser a linguagem, ao que Minayo (1994) se refere como sendo “a mediação privilegiada para a compreensão das representações

sociais”. E Foucault (1992), alerta ser necessário estar-se atento para as sutilezas envolvidas no trabalho com a linguagem, a qual se refere como sendo o elemento do universal, na medida em que pode traduzir todas as representações. Lembra que a linguagem real é uma coisa opaca, misteriosa, massa fragmentada, enigmática, se mistura e se imbrica com figuras diversas, formando uma rede de marcas, onde cada uma pode desempenhar, e desempenha de fato, em relação a todas as outras, o papel de conteúdo ou de signo, de segredo ou de indicação. Está enraizada fora de si mesma, na natureza ou nas analogias das coisas. O discurso tem por tarefa dizer o que é, mas nada além do que ele diz. Da sua análise, decomposição e composição surgem, com o sistema de suas identidades e de suas diferenças, o princípio geral de uma ordem. E Spink (1993) refere que, “as técnicas verbais são, sem sombra de dúvida, a forma mais comum de acessar as representações sociais”.

3.5. SISTEMÁTICA UTILIZADA NA COLETA DOS DADOS

Após o sorteio, passei a contatar os elementos sorteados, a fim de programar com cada um, dia e horário da realização da entrevista. Cada pessoa era procurada em seus horários e locais de trabalho. Na maioria das vezes, conforme estivesse a carga de trabalho no serviço da/o enfermeira/o, a entrevista era marcada e concedida ainda para aquele mesmo horário, desde que se tivesse a tolerância para possíveis e ocasionais interrupções, o que não chegava a obstruir o curso dos depoimentos.

O roteiro das entrevistas, na maioria das vezes, era lido pelo próprio profissional que o respondia de imediato. Foram colhidas com a ajuda de um gravador, acondicionadas em fita cassete, cujo gravador era ligado e/ou desligado, conforme aceno da/o depoente. Desenvolveram-se, em sua totalidade, em clima de muita simpatia e disponibilidade por parte de quem as concedeu. O tempo médio de duração para cada entrevista variou entre 10 e 20 minutos, conforme fosse o interesse da (o) entrevistado em seu depoimento. Após colhidas, as entrevistas foram transcritas, tão logo se fez possível, com a maior fidedignidade possível à idéia original.

No desencadear-se das entrevistas, vimos ser conveniente manter na amostra os 30 (trinta) elementos sorteados, sem também haver necessidade de ampliação da mesma, uma vez que já se verificava caráter de saturação nas informações que estavam sendo prestadas. Em ambos os hospitais sorteou-se substituto para um dos elementos, devido à impossibilidade do anteriormente sorteado responder, em tempo hábil, a entrevista.

Dentre os 30 (trinta) selecionados, foi sorteada apenas uma pessoa do gênero masculino, sendo os demais elementos do gênero feminino. O tempo de serviço dos entrevistados variava entre 8 e 22 anos, cuja média recaía em 12 anos de serviço na enfermagem hospitalar. Seis deles desenvolviam, no momento, atividades de chefia de serviço ou departamento. Os demais faziam administração e assistência de enfermagem, em unidade de internação hospitalar ou ambulatorial, trabalhando em diferentes sistemas de escala de serviço. Alguns trabalhavam em mais de um emprego.

Foi notório o fato de que os mais antigos na profissão deixavam patente o seu testemunho sobre as mudanças favoráveis ocorridas na profissão, principalmente no que tange ao aspecto da conquista da autonomia científica, da independência, traçando paralelo dos fatos entre a época que iniciaram na profissão e os atuais. Já, por parte dos mais jovens, surgiram queixas relativas a decepções, sonhos desfeitos, dentre outros “senões”. Uma queixa marcante, oriunda tanto dos mais jovens, como dos mais antigos, foi em relação a uma certa mentalidade pouco profissional existente nessa categoria profissional, que foi denominada de “picuinha”, e atribuída a uma certa “cultura”, que, segundo os depoentes, precisa ser revertida em conscientização do profissionalismo crítico e científico. O que, é provável, deve-se ainda a este despotar de autonomia, que somente aos poucos será assimilado e assumido devidamente pela classe. O desprestígio da classe é atribuído à gama de profissionais de categorias diversas, que representam a maioria na equipe de enfermagem, terminando por confundir, perante a sociedade, quem realmente é a/o enfermeira/o. Esta diferenciação não se relaciona absolutamente com qualquer tipo de preferência por formas hierárquicas de distribuição de poder, mas com uma necessidade de identificar o profissional de nível superior com a maior responsabilidade que lhe é atribuída no processo assistencial.

Algumas das participantes, pareciam mesmo aproveitar o momento da entrevista para desabafar suas restrições e mágoas relacionadas à “amada e, injustamente, maltratada profissão”, expressão citada, de formas diferentes, pela grande maioria dos entrevistados. Os mais jovens e menos decepcionados, demonstram sua energia juvenil com uma implícita crença de que conseguirão contribuir para a efetivação das mudanças necessárias, salvo alguns com marcantes frustrações.

Ficou evidente que se estava em um caminho bom, havia-se definido um excelente informante sobre o tema, e a teoria de representações sociais apresentava-se bastante adequada à sua abordagem. Aquelas situações narradas pelas/os enfermeiras/os estavam muito vivas em sua consciência, conformavam a realidade do seu cotidiano. e daí decorria a importância do assunto para ele.

Foi gratificante perceber o empenho dos colegas em colaborar com o fornecimento das informações, a responsabilidade com que colaboravam, o desejo de estar ajudando a enfermagem a crescer. Inclusive, com francas demonstrações de desejos de, posteriormente, continuar o assunto, de forma mais ampliada para outras dimensões, demonstrados por uma parcela muito significativa das enfermeiras e do enfermeiro que participaram deste trabalho no fornecimento de informações. Pude perceber que o assunto “projeção, prestígio da/o enfermeira/o na sociedade”, reconhecimento de suas habilidades, do seu nível de formação, de seu campo de atuação é um assunto que envolve e empolga, principalmente, os profissionais mais jovens, que guardam em seus planos e ideais a vontade de ver a enfermagem ser devidamente reconhecida pelo humanitário e grandioso trabalho que acreditam fazerem, ao mesmo tempo em que, estarão contribuindo para o crescimento da profissão. Já enfermeiras/os mais antigos guardam consigo, e confessam isso, muitas decepções a esse respeito. Foi até mesmo preocupante observar e sentir o grau de frustração de uma jovem que se confessava apaixonada inicialmente pela enfermagem, mas que na continuação, as escalas pouco humanizadas, principalmente no que diz respeito ao não atendimento das preferências de especialidades na enfermagem, a haviam levado a uma forte decepção sobre a sua profissão.

3.6. O MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Após o trabalho de coleta dos dados e transcrição das entrevistas, passou-se, então, ao trabalho de Análise de Conteúdo (AC), conforme projetado anteriormente. Este teve por base o referencial de Bardin (1977):

3.6.1. TÉCNICA DE AC, UTILIZADA NESTE TRABALHO

A opção recaiu na **técnica de análise das relações**, a qual conforme Bardin (1977), é orientada em função das relações que os elementos do texto mantêm entre si, a partir do aparecimento dos ordenadores e do estruturalismo (lingüística e sociologia). Neste enfoque, a análise das coocorrências (quando procura extrair do texto as relações entre os elementos da mensagem, assinala as presenças simultâneas de dois ou mais elementos na mesma unidade de contexto) e a análise das contingências completam a análise freqüencial simples.

3.6.2. A APLICAÇÃO DO MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

O trabalho de Análise de Conteúdo que aqui desenvolvo segue o referencial de Bardin (1977), aplica a técnica de **Análise das relações** e é desenvolvido segundo modelo adaptado por Riffiotis (1998).

Em sua estrutura, está subdividida nas **três seguintes fases básicas**:

1ª. **Pré – análise**, à qual fazem parte as pré – determinações referentes a objetivos sob os quais se pauta a análise em questão; a **leitura flutuante** ou leitura para assimilação e avaliação instantânea e inicial do material a ser trabalhado, assim como os demais componentes envolvidos no trabalho de planejamento, tais como: corpus, documentos a serem considerados na análise, a **pertinência** entre conteúdo das entrevistas e objetivos do trabalho; a **exaustividade**, no que se refere à abrangência dos elementos contidos no texto, explícita ou

implicitamente; a **homogeneidade**, com base na variação dos parâmetros sobre o que foi questionado às enfermeiras, e demais critérios a serem seguidos.

2ª. Exploração do material, está subdividida em **05 (cinco) etapas**, cada uma delas com a função de encaminhar paulatinamente a decantação da essência das mensagens, e centra-se basicamente em um trabalho de identificação das isotopias (expressões com sentidos idênticos ou similares) existentes nos discursos. São as seguintes essas etapas:

Etapa n.º. 1 ou decomposição e normalização do texto, nesta fase foi portanto, realizado o trabalho de transcrição e codificação das entrevistas na seguinte sistemática: cada entrevista, ao ser transcrita, era identificada com um número o qual correspondia ao número de ordem da realização da mesma, tendo sido codificadas entrevistas com os números de 01 a 30. Após, foram as mesmas recortadas em unidades significativas, ou **unidades de registro**, as quais foram ordenadas sequencialmente de 1 a 385

Etapa n.º. 2, corresponde à **demarcação das redes isotópicas ou categorias de base**, quando foram identificadas as categorias centrais, passou-se a uma reorganização do conteúdo em uma nova filtragem e definiram-se as **categorias de base**, que decorreram dos principais temas abordados por cada um dos entrevistados. Emergiram aí temáticas recorrentes emitidas por um/a mesma, ou por várias/os enfermeiras/os, as quais, delineavam já, a representação social das/os enfermeiras/os sobre a enfermagem. Foram identificadas 29 (vinte e nove) **categorias de base**, as quais passaram, em uma etapa seguinte, por um novo processo de sedimentação visando o delineamento das representações sociais das enfermeiras e do enfermeiro sobre a profissão.

Etapa n.º. 3, corresponde ao **reagrupamento semântico**, em que as categorias foram reestudadas, consideradas segundo a similaridade de seus significados, feito então um reagrupamento com recortes de arestas. Este reagrupamento segundo o significado dos registros deu origem às **categorias temáticas**, destacadas na etapa seguinte.

Etapa n.º 4, corresponde à **identificação das categorias temáticas**, quando o conteúdo já é apresentado em forma de condensado sintético, cuja essência será trabalhada a partir de então, visando a consecução dos objetivos propostos no trabalho.

Foram, então, identificadas as **categorias temáticas** a seguir relacionadas.

1. Mudanças, evolução e perspectivas na enfermagem
2. Conscientização e subserviência na enfermagem
3. Indicadores da valorização social da profissão
4. Fatores que mostram a/o enfermeira/o o reconhecimento social de sua atividade
5. Aspectos que destacam a projeção da profissão/ profissional na sociedade
6. Atividades de enfermagem que desencadeiam maior projeção social
7. Atitudes e ações possíveis de impulsionar a projeção da/o enfermeira/o na sociedade
8. Motivos que levam a/o enfermeira/o a entrar para a profissão
9. Motivos que levam a/o enfermeira/o a permanecer na profissão
10. Motivos que suscitam na/o enfermeira/o reflexão sobre sua desistência de atuação na enfermagem
11. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos positivos no exercício da enfermagem
12. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos negativos no exercício da enfermagem
13. Quotidiano e conceito de enfermagem na prática profissional

A 5ª. e última **etapa** corresponde ao tipo de técnica selecionada para a qual deve centrar-se o foco das inferências e interpretações a serem tecidas neste trabalho, sendo no caso, **o estabelecimento de núcleos de relações**, para o trabalho de correlação semântica das co-ocorrências, segundo Bardin (1977).

3ª. fase : tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os resultados estão sendo apresentados em quadros. Considerando ser uma pesquisa qualitativa, trabalho com indicadores em forma de unidades de registro, associados às suas frequências, baseadas em operações estatísticas simples. A partir disso, estabeleço inferências e interpretações, conforme objetivos previstos e a questão de pesquisa, que têm por base a idéia que gerou o assunto da pesquisa, contextualizada em **uma tese sintética**, de **que a/o enfermeira/o**

representa a enfermagem como sendo uma profissão cuja importância não é reconhecida pela sociedade.

3.6.3. TEMAS, SUB-TEMAS E CATEGORIAS TEMÁTICAS

Os dados desta pesquisa encaminham para um núcleo formado por dois temas centrais emergidos das categorias, que são: **Enfermagem e status social e A/o Profissional enfermeira/o em sua socialidade**. O primeiro se abre em **três sub-temas**: (a) Enfermagem: história e evolução profissional e reconhecimento, (b) Valorização social da enfermagem e (c) Repercussão do trabalho da/o enfermeira/o na sociedade.

Já o segundo tema se abre em **dois sub-temas**: (a) Dimensões pessoais da/o enfermeira/o perante a profissão e a sociedade e (b) Imagem e sentimentos da/o enfermeira/o no exercício da enfermagem. Os mesmos são re-agregadas às categorias emergidas dos discursos, consubstanciados nas unidades de registro, conforme vêm abaixo apresentados.

No esquema a seguir apresento uma sinopse dos **temas, sub-temas e categorias**. Os **registros** vêm apresentados em separado, em seqüência posterior, com as correspondentes frequências.

Tema I: ENFERMAGEM E STATUS SOCIAL

1º. Sub- tema: Enfermagem: história e evolução profissional,

Categorias:

- 1.1.1. Mudanças, evolução e perspectivas na enfermagem (49 unidades de registro)
- 1.1.2. Conscientização e subserviência na enfermagem (47 unidades de registro)

2º. Sub- tema: Reconhecimento e valorização social da enfermagem

Categorias:

- 2.1.1. Indicadores da valorização social da profissão (21 unidades de registro);

- 2.1.2. Fatores que mostram a/o enfermeira/o o reconhecimento social de sua atividade (43 unidades de registro)

3º.Sub- tema: Repercussão do trabalho da/o Enfermeira/o na Sociedade

Categorias:

- 3.1.1. Aspectos que destacam a projeção da profissão/ profissional na sociedade (21 unidades de registro);
- 3.1.2. Atividades de enfermagem que desencadeiam maior projeção social (15 unidades de registro);
- 3.1.3. Atitudes e ações possíveis de impulsionar a projeção da/o enfermeira/o na sociedade (48 unidades de registro).

Tema II: O PROFISSIONAL ENFERMEIRA/O EM SUA SOCIALIDADE

4º. Sub-tema: Dimensões pessoais do profissional enfermeira/o perante a profissão e a sociedade

Categorias:

- 4.1.1. Motivos que levam a/o enfermeira/o a entrar para a profissão (46 unidades de registro);
- 4.1.2. Motivos que levam a/o enfermeira/o a permanecer na profissão (38 unidades de registro);
- 4.1.3. Motivos que suscitam na/o enfermeira/o reflexão sobre sua desistência de atuação na enfermagem (83 unidades de registro);

5º. Sub- tema: Imagem e sentimentos da/o enfermeira/o no exercício da enfermagem

Categorias:

- 5.1.1. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos positivos no exercício da enfermagem (41 unidades de registro);
- 5.1.2. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos negativos no exercício da enfermagem (38 unidades de registro);

5.1.3. Quotidiano e conceito de enfermagem na prática profissional (42 unidades de registro)

O tema I, ENFERMAGEM E STATUS SOCIAL, carrega um forte peso da problemática que ora tratamos, isto é, a qualidade e contexto das representações sociais de enfermeiras e enfermeiro acerca da enfermagem, seus limites e formas de visão da sociedade sobre a profissão, em sua finalidade e estruturação, considerando que, em sua essência, visa a promoção do bem estar do ser humano, em seu contexto de vida, quando sua situação, por qualquer razão, demande atenção de um profissional com formação para administrar cuidados à saúde.

Conforme Moscovici (1981), há uma necessidade cada vez maior de se continuar reconstituindo o “senso comum”, que constitui uma soma de conhecimentos decorrentes de imagens e significados indispensáveis à vida de uma coletividade. Diz que os fenômenos constituintes das Representações Sociais estão ligados, como uma forma especial de se adquirir e comunicar conhecimentos, a partir da realidade do senso comum, tornando conhecido o desconhecido, através do ato da representação.

Ao abordar-se a questão da representação social de enfermeiras e enfermeiros na enfermagem, inevitavelmente, vêm à tona, os fatos históricos que circundam a origem da enfermagem e, conseqüentemente, para as circunstâncias que envolvem a sua evolução, e é justamente este aspecto que vem definir o primeiro dos dois sub-temas nele inseridos - Enfermagem: história e evolução profissional.

Os registros que ilustram a Categoria 1 **Mudanças, evolução e perspectivas na enfermagem** (49 unidades de registro), com um índice bastante considerável, referem-se, basicamente, às questões observáveis na prática da profissão, tanto no que se refere à formação, à assistência e a aspectos de imagem do profissional enfermeiro. Mostra também a existência de uma forte preocupação por parte da/os enfermeira/os para a parte científica da profissão; a parte de conscientização e de humanização do profissional. Na Categoria 2, **Conscientização e subserviência na enfermagem** (47 unidades de registro), os registros voltam-se para o aspecto da competência científica e da conscientização, tanto de

profissionais como da população, sobre os reais padrões de atuação da enfermagem, como fator básico da aquisição de independência profissional.

No que se refere ao Sub-tema 2, **Reconhecimento e valorização social da enfermagem**, emerge de duas categorias: **1. Indicadores da valorização social da profissão**, (21 unidades de registro); **2. Fatores que mostram a/o enfermeira/o o reconhecimento social de sua atividade** (43 unidades de registro). Os registros, já a partir dos próprios índices, fortemente significativos, demonstram a importância que é dada por enfermeiras e enfermeiros a esta questão. Os mesmos referem-se à autonomia adquirida pela enfermeira e enfermeiro frente aos demais profissionais da área de saúde e seu posicionamento nas ações de saúde e em cargos administrativos; às formas de expressão de reconhecimento dos clientes; à distinção que pode ser estabelecida pela população entre esse profissional e os demais membros da equipe de enfermagem, sendo destacada, também aí, a importância da performance profissional e competência científica da enfermagem, assim como, das dificuldades que enfrentam, enfermeiras e enfermeiros no desempenho do exercício de sua profissão.

O sub-tema 3, **Repercussão do trabalho da/o Enfermeira/o na sociedade**, conecta-se às categorias: **1. Aspectos que destacam a projeção da profissão/ profissional na sociedade** (21 unidades de registro); **2. Atividades de enfermagem que desencadeiam maior projeção social** (15 unidades de registro); **3. Atitudes e ações possíveis de impulsionar a projeção da/o enfermeira/o na sociedade** (48 unidades de registro). Essas estão caracterizadas em registros que evidenciam a real projeção da enfermagem na sociedade, apesar de algumas circunstâncias que ainda precisam ser ultrapassadas, ao mesmo tempo em que destacam as atividades de enfermagem mais susceptíveis à maior projeção na sociedade e os componentes que necessitam ser observados, a fim de que a enfermagem tenha sempre mais reconhecida pela sociedade a importância da sua finalidade que é o cuidado da população.

O segundo tema, **O PROFISSIONAL ENFERMEIRA/O EM SUA SOCIALIDADE**, abre-se nos dois seguintes sub-temas: **Dimensões pessoais do profissional enfermeira/o perante a profissão e a sociedade e Imagem e sentimentos da/o**

enfermeira/o no exercício da enfermagem. O primeiro com as seguintes categorias: **1. Motivos que levam a/o enfermeira/o a entrar para a profissão** (46 unidades de registro); **2. Motivos que levam a/o enfermeira/o a permanecer na profissão** (38 unidades de registro); **3. Motivos que suscitam na/o enfermeira/o reflexão sobre sua desistência de atuação na enfermagem** (83 unidades de registro). Os registros que definem estas categorias centram-se naqueles aspectos responsáveis pela congregação da categoria de enfermeiras e enfermeiros, sejam referentes àquilo que eles aspiravam ao ingressarem na profissão, àquilo que eles aspiram quando já na profissão e ao que eles não desejariam que houvesse na profissão. São colocados pelas/o enfermeiras/o seus sonhos, seus projetos e suas decepções, enquanto profissionais de enfermagem. O segundo sub-tema se constitui com as categorias: **1. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos positivos no exercício da enfermagem**, (41 unidades de registro); **2. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos negativos no exercício da enfermagem** (38 unidades de registro); **3. Quotidiano e conceito de enfermagem na prática profissional** (42 unidades de registro). Neste, os registros apontam para uma performance profissional da pessoa, desejosa principalmente de respeito e reconhecimento, visto a invulgar característica de sua profissão. Ao mesmo tempo em que abordam o prazer com que grande parte das/os enfermeiras e enfermeiros desenvolvem sua profissão, são também referidas as decepções e até os desenganos e, ainda, o desejo de que as marcas da evolução consigam dissipar determinadas ocorrências desagradáveis que ainda circundam o ambiente profissional.

IV. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1. DESCRIÇÃO E APRESENTAÇÃO

Conforme delineamentos prévios desta pesquisa, para seus procedimentos, passo a sequenciá-los com a descrição e apresentação dos dados que foram obtidos através da entrevista.

Apresento, estrutural e analiticamente, a partir de **Quadros**, os **Temas**, **Sub-temas**, **Categorias**, identificadas pelos **Registros** do conteúdo analisado, com conseqüentes **Freqüências**.

Para a explanação, utilizo nomes fictícios para os informantes, a fim de melhor personalizar os relatos que transcrevo. Os registros estão, via de regra, seguidos da letra **(R)**, e o número ao qual corresponde aquela afirmação, no cômputo geral da categorização estabelecida no recorte do texto.

O **Tema 1, ENFERMAGEM E STATUS SOCIAL**, conforme já destacado, está contemplado pelos três seguintes sub-temas:

Sub-tema 1, Enfermagem: história e evolução profissional) as **Categorias 1.1.1. Mudanças, evolução e perspectivas na enfermagem e Categoria 1.1.2. Conscientização e subserviência na enfermagem**, vêm apresentadas em separado, mesmo visto seu caráter de inter-relação, já que se correlacionam entre si, o que inclusive, favorece a integração das representações acerca das referidas Categorias.

O segundo Sub-tema, (Reconhecimento e valorização social da enfermagem) será, no conjunto de suas duas Categorias, apresentado concomitantemente, visto a forte pertinência existente entre essas: **2.1.1. Indicadores da valorização social da profissão;** **2.1.2. Fatores que mostram a/ao enfermeira/o o reconhecimento social de sua atividade.**

O terceiro Sub-tema: **Repercussão do trabalho da/o enfermeira/o na sociedade**, será apresentado concomitantemente, no conjunto de suas Categorias: **3.1.1. Aspectos que destacam a projeção da profissão/ profissional na sociedade;** **3.1.2. Atividades de enfermagem que desencadeiam maior projeção social;** **3.1.3. Atitudes e ações possíveis de impulsionar a projeção da/o enfermeira/o na sociedade.**

4.2. Tema 1: ENFERMAGEM E STATUS SOCIAL

Sub-tema 1: Enfermagem: história e evolução profissional

Quadro 01

Categoria 1.1.1. Mudanças, evolução e perspectivas na enfermagem

Registro	Frequência
a) a profissão de <u>enfermagem evoluiu</u>	07
b) a profissão <u>ficou mais independente</u> e com maior abertura, adquiriu opinião própria e mais autonomia para decisões	04
c) existe um <u>melhor nível técnico - científico</u> na enfermagem, melhorou o nível de consciência profissional	10
d) está havendo <u>menos competitividade interna</u> na enfermagem	03
e) já existe <u>maior número de profissionais qualificados</u> , inclusive enfermeiras assistenciais	01
f) órgãos formadores mudaram a concepção de enfermagem, fazendo uma adaptação à realidade	04
g) há a necessidade de se <u>estudar</u> mais, para melhorar a formação e para se ter um constante <u>aperfeiçoamento</u>	11
h) a realidade na enfermagem não mudou, a profissão poderia <u>evoluir mais</u>	03
i) a profissão está <u>menos reconhecida, mudou para pior</u>	02
j) ainda tem muita coisa para melhorar	

No aspecto das mudanças e seu caráter, ocorridas na profissão, fica evidente, pelo que apontam as enfermeiras e o enfermeiro, em sua ampla maioria, 29 registros, que estes percebem ser a **evolução na enfermagem**, indiscutível. Evolução esta voltada, fundamentalmente, para o aspecto da **independência e da autonomia científica**, estando destacadas a influência da ação dos órgãos formadores e, ainda, a qualidade das relações entre

os profissionais. Contextualmente, está afirmado pelas enfermeiras e enfermeiro, em sua maioria, conforme registros no **Quadro 01**, que as mudanças na enfermagem, e que essas configuram **evolução**, associada a melhor nível técnico, menor competitividade e maior autonomia.

As **Mudanças** são enfatizadas como importantes impulsionadores de crescimento, e necessárias para a evolução da Enfermagem, sob o ponto de vista da melhoria da formação dos profissionais, do aprimoramento do profissional, tendo em vista ainda o reconhecimento do profissional e da profissão. Conforme destacado por **Jasmim**,

“a cabeça mesmo do profissional, ainda precisa mostrar mais o lado científico, a fim de superar o lado da história, mas tem que ser um trabalho conjunto” (R 49).*

São aspectos que mostram a realidade em que trabalham enfermeiras e enfermeiros, e como essa repercute, a partir de suas reflexões prático-científicas, para os que estão nas Escolas, lidam com a elaboração das mudanças e para os que ocupam cargos administrativos, ou que estão diretamente nas comunidades sanitárias, hospitalares ou não, em função de trabalhar em prol dessa “belíssima profissão”, conforme é referido por **Tulipa (R. 86)**, prestando serviços à sociedade.

As representações das enfermeiras e do enfermeiro, conforme registros apresentados no **Quadro 01**, trazem à realidade, em “uma perspectiva temporal, histórica, a partir do senso comum”, o conhecimento decorrente de experiências (Sá, 1993). O conhecimento sobre a *evolução da enfermagem desencadeado através das mudanças*, é caracterizado pela independência e autonomia científica, qualificação dos profissionais, concepção mais atualizada dos órgãos formadores, surgindo como componentes indicativos da evolução da profissão. Vê-se, entretanto, pela **fala de Adélia**, “[...]Eu acho que a enfermagem não melhorou [...], (R. 57), sendo enfatizado até um retrocesso, em termos de reconhecimento da enfermagem, o que indica pairarem dúvidas quanto à evolução da enfermagem. Parece estar envolvida uma questão de julgamento de valor a respeito de fatos e acontecimentos na enfermagem, decorrente de juízos que, para Batalha (1968, p. 81), é a faculdade de pensar o particular como contido no geral, o que envolve reflexão sobre a

R*, corresponde a registro, fragmento de fala do entrevistado

natureza de fatos particularizados. Representa uma ambigüidade que decorre da imprecisão que pode ser verificada nas relações quotidianas entre os indivíduos. Leddy & Pepper (1989, p.36), em estudos sobre a profissão de Enfermagem, referem que esta tem passado por significativas mudanças nos últimos 15 anos, desde o seu aspecto da formação até o aspecto das conquistas no campo profissional. É possível que alguns dos profissionais mais jovens, ansiosos por mudanças extremamente significativas, exteriorizem de forma mais exigente seus anseios, a ponto de negarem ter havido evolução na profissão, alertando, inclusive para um estado de involução.

É enfatizada, também, a necessidade de *enfermeiras e enfermeiros precisarem estudar mais*, ficando explícito que a evolução referida da enfermagem, deve ser mantida em uma perspectiva ascendente, tendo em vista, principalmente, ser uma profissão ainda jovem, com âmbito de atuação bastante abrangente e susceptível a constantes mudanças.

O destaque à *melhoria na qualidade dos relacionamentos* constitui um fator que integra o contexto dessa evolução, entretanto, conforme registros apresentados mais adiante, no **Quadro 12**, existe menção a “*picuinhas*” internas existentes entre o pessoal de enfermagem, acrescentada da necessidade de mudança dessa cultura. Esse aspecto que corresponde a episódios de “ataques e defesas” ou mesmo dos “disse-me-disse”, necessita ser ainda trabalhado, com a devida habilidade, por esses profissionais, para que seja vencida esta lacuna tão importante que é o fator relacionamento em serviço, com repercussões éticas. O mesmo pode ainda ser indicativo da necessidade de se voltarem esses, mais e em maior número, para as questões científicas de sua prática quotidiana. Resulta, possivelmente, de tradicionais enfoques prescritivos da profissão, que eram regidos por códigos de conduta pessoal em detrimento dos componentes científicos, conforme Ferreira-Santos (1973). Este universo simbólico das enfermeiras e enfermeiros abrange uma dimensionalidade no âmbito da cientificidade manifestada na perspectiva de uma realidade estrutural científica e tecnológica, o que, à luz da teoria das representações sociais, contextualiza um conhecimento construído e identificado na reciprocidade de atividade cognitiva e objetificado, a partir da interação grupal.

Quadro 02

Categoria 1.1.2. Conscientização e subserviência na enfermagem

Registros	Frequência
a) a postura da enfermagem <u>não mais alimenta a subserviência</u>	07
b) a <u>maior conscientização</u> dos enfermeiros tende a acarretar <u>reconhecimento e valorização</u> , <u>reduzindo a submissão</u>	10
c) a <u>submissão profissional denota inferioridade</u>	01
d) a população já está mais conscientizada sobre quem é o enfermeiro, tem mais condições de fazer um julgamento de valor	09
e) a enfermeira já <u>está mais conscientizada sobre o seu papel</u>	04
f) a população e os outros profissionais precisam se <u>conscientizar</u> sobre o que é o enfermeiro	04
g) o não <u>assumir do seu papel</u> pela enfermeira	05
h) existe falta de <u>autonomia</u> no trabalho	03
i) a <u>enfermeira não mais é vista como uma freirinha</u>	01
j) <u>não se faz mais enfermagem por amor</u>	03

Na **Categoria 1.1.2., Conscientização e subserviência na enfermagem, (Quadro 02)**, a **autonomia profissional** surge associada à **conscientização profissional**, ao mesmo tempo em que se contrapõe à **subserviência**. É marcante a correlação que é estabelecida entre a questão de uma maior conscientização de enfermeiras e enfermeiros, o reconhecimento e a valorização, sob o aspecto da redução da submissão. Do índice total de 47 menções para esta categoria, 29 referem-se a estes aspectos, aqui sintetizados pela **fala de Rose**,

“...antes, também a gente era muito submissa, inferiorizada, e agora já não, (a enfermagem) está mais valorizada.... anteriormente, a própria postura da enfermagem alimentava aquela realidade...” (R. 50),

A questão da conscientização influenciando as mudanças e o reconhecimento profissional vem destacada por **Papoula**, ou seja, que

“[...]está havendo uma conscientização maior, e isso faz com que a enfermeira se imponha, reconheça o seu valor, mude a sua realidade no mundo que a circula...” (R. 51)

Triviños (1992) atribui à consciência indubitável capacidade de reflexão sobre a realidade objetiva, para abstrair, daí, imagens, conceitos, juízos e representações. Isso mostra a sensível percepção das/os enfermeiras/os em dar ao tema uma importância especial, visto que os processos de objetivações, as atribuições de significações à realidade, na construção de novos conhecimentos oriundos do senso comum, emergem da subjetividade das interpretações

comandadas pela consciência dos fatos, na integralidade das relações na vida quotidiana. A consciência do próprio papel do enfermeiro, considerando-o em toda sua abrangência filosófica e nas inter-relações de classes, no universo de seus espaços estruturais na sociedade. Será a partir de uma reflexão crítica da realidade que poderão ser identificadas forças e limitações, a fim de que sejam buscados meios para suprir as deficiências.

É também notória a referência sobre a necessidade de uma maior conscientização por parte das enfermeiras e enfermeiros e a importância de seu papel, pois, virá, inclusive, ajudar na questão da divulgação da profissão. É a partir da conscientização, do entendimento da essência histórica, filosófica, conjuntural e estrutural de alguma função, ou mesmo idéia, que dependerá o êxito do desempenho da/o enfermeira/o. Será a partir de um nível de entendimento desse porte, que o profissional poderá bem desenvolver-se e demonstrar o valor do serviço que ele presta em prol da sociedade, visto que, o valor de um profissional é medido pelo grau de benefício prestado por ele à sociedade. Estará, ainda, na dependência do que sinta, demonstre, pense e como age essa parcela da sociedade, que é o grupo composto por enfermeiras e enfermeiros, o reconhecimento e valorização que lhe serão empenhados por toda a sociedade.

A força do discurso reside numa imagem da enfermagem dependente da “conscientização”, ou seja, seu valor para mais (reconhecimento) ou para menos (subserviência) depende mais daquilo que pode ser percebido, do que de sua capacidade de gerar benefícios aos usuários.

É ainda a partir da consciência que a autonomia poderá ser exercida, segundo os entrevistados, visto que esta se refere à capacidade de tomar decisões, reconhecendo as limitações, ao mesmo tempo em que se respeita o espaço e as deliberações dos que estão próximos. A postura científica é um componente de grande importância no exercício da autonomia, visto sua relação com o conhecimento do próprio papel da/o enfermeira/o e a divulgação deste. Esta opõe-se à submissão, na medida em que enfermeiras e enfermeiros são colocados como cômicos do seu papel de executor de um serviço que visa prover o paciente de uma assistência integral e contínua, considerada em seus objetivos e metas, conforme seja seu grau de necessidades afetadas. Para tanto, condição importante é a “consciência”

científica do enfermeiro, a qual vem sendo paulatinamente ampliada, com o evoluir da profissão. Porém, “historicamente, o pessoal da enfermagem, em sua maioria, é de origem humilde” (Leopardi, 1994), composto majoritariamente por mulheres, a quem cabe, no lar, uma parcela significativa de encargos domésticos, de que, historicamente, também os homens não participavam. À mulher cabe também parir e resguardar-se a si e ao seu conceito durante período considerável, o qual é culturalmente estabelecido. A essas circunstâncias, que vêm, entretanto, sendo paulatinamente, superadas, soma-se o fato de nos vestibulares, os menores escores, serem de alunos que optam pela enfermagem, o que vem concorrer para fragilizar a/o enfermeira/o em sua autonomia profissional, e na competitividade no mercado de trabalho.

Pelos registros, deixa-se ver que, nas representações das enfermeiras e do enfermeiro, eles entendem que a sociedade percebe os componentes de seu papel, mesmo que de uma forma ainda um tanto restrita e até ambígua, uma vez que acontecem na quotidianidade das relações entre indivíduos, as quais são, via de regra, sujeitas a juízos e susceptíveis, portanto, de uma certa ambigüidade. **Margarida** destaca que “... *falta conscientização da população sobre o que é o enfermeiro...*”, (R. 36), o que é mediatizada pela colocação de **Madressilva**, quando diz que, “...*talvez já assim uns 70%, já melhorou sobre o que a sociedade entende por enfermeira*” (R.145).

As próprias atitudes sociais, morais e culturais, elaboradas a partir dos valores, regidos pela consciência, postos na “ordem do dia” da época, são efeito e consequência dos estereótipos, aquela forma de um determinado objeto ser percebido por um grupo. Seja relacionado aos padrões e status em que são contraídos os laços familiares, a ênfase dada ao direito dos indivíduos, o papel da mulher e do homem na sociedade, as atividades que deve ter uma criança, e assim sucessivamente, terminam por influenciar até mesmo na tomada de decisão ética, que termina por acontecer de acordo com instâncias legais vigentes, que visam, em geral, beneficiar o ser humano em suas necessidades. Decorre, então, dessa “ordem do dia”, a mudança de valores, de padrões, atitudes e comportamentos. As profissões, por sua vez, adequam-se aos ditames valorativos sociais e éticos, às orientações filosóficas e ideológicas que fundamentam uma prática. A enfermagem, antes de ser instituída, existia em função de uma necessidade que terminou por gerar uma conduta, uma cultura para mulheres. Visto a necessidade dos indigentes, desenganados e desamparados serem cuidados em seus

problemas de saúde, essa missão, esse ofício, passou a constituir uma motivação para as “consagradas” que, em uma “profissão de fé”, adotavam essa atividade, como uma convicção religiosa, de caridade e imagem materna, que posteriormente veio servir de base para os alicerces da profissão de enfermagem (Colière, 1989). Data de então a imagem social da enfermeira e enfermeiro, tendo por base a dedicação e a disponibilidade, não constituindo também um meio de subsistência remunerado, resultante do exercício daquele trabalho, desprovida ainda do prestígio, o qual, via de regra, advém do caráter intelectual, da distinção e sociabilidade.

Com o avanço tecnológico e científico e o aprimoramento técnico dos métodos de tratamento, a enfermagem precisava se empenhar em dominar novos conhecimentos, para o que o componente da intelectualidade passava a constituir parte importante na profissão. O caráter vocacional e religioso cedia lugar ao científico, o que, certamente, já repercutindo no cotidiano do profissional, leva **Gardênia** a afirmar que “*a enfermeira não mais é vista como uma freirinha*” (R. 77). É provável que este aspecto motive **Rose** a referir que “*não se faz mais enfermagem por amor*” (R. 75), o que, entretanto, parece não ser confirmado, quando, conforme se verá no **Quadro nº. 11**, as menções à “satisfação com a profissão”, “gratificação”, “realização” e “recompensa espiritual”, corresponde a um total de 19 registros. Lembrando ainda Fromm, (1983, p.90), ao colocar que “*o desvelo, a responsabilidade, o respeito e o conhecimento*”, são elementos básicos característicos em todas as formas de amor produtivo. Uma vez que esses elementos, intrinsecamente compõem a essência da enfermagem, pode-se dizer que a enfermagem é uma forma de amor produtivo (Rodrigues, 1997-c). Em seu depoimento, **Rose**, enfatiza este aspecto da seguinte maneira: “[...] *a enfermagem é também uma profissão de amor. de dedicação*” (R. 75). Refere Fromm (1983, p.100), que “*se um indivíduo é capaz de amar produtivamente, ele também ama a si mesmo; e que a afirmação da própria vida, felicidade, crescimento, liberdade do indivíduo, origina-se de sua capacidade de amor, isto é, de seu desvelo, respeito, responsabilidade e conhecimento*”. Diz Frankl (1991, p.106), “*que a transitoriedade da nossa existência, de forma alguma, lhe tira o sentido. No entanto, ela constitui a nossa responsabilidade, porque tudo depende de nos conscientizarmos das possibilidades essencialmente transitórias(...)*”.

Sub - tema 2: Reconhecimento e valorização social

Quadro 03

Categoria: 2.1.1. Indicadores da valorização social da profissão

Registros	Frequência
a) a profissão <u>está mais reconhecida e respeitada</u>	11
b) a enfermagem já tem <u>um trabalho próprio</u>	03
c) enfermeiros já <u>ocupam mais cargos administrativos</u>	01
d) o paciente <u>percebe as ações de gerência</u> da enfermeira no comando de um serviço	02
e) o reconhecimento social pode <u>impulsionar maior número de contratação de enfermeiras</u> na rede privada	02
f) pacientes <u>confiam mais na enfermeira que no médico</u>	01
g) pacientes <u>não reconhecem que a enfermagem é tão importante quanto a medicina</u>	01

Nos registros que compõem o **Quadro 03**, a Categoria **Indicadores da valorização social da profissão**, inserida no **Sub-tema Reconhecimento e valorização social**, destacam-se aspectos como, **reconhecimento, respeito, desempenho de funções, maior número de enfermeiras e enfermeiros desenvolvendo atividades, a confiabilidade que o paciente deposita na/o enfermeira/o e no fato da enfermagem constituir já um serviço especializado**, na condição de importantes indicadores de valorização profissional da enfermagem.

Já nos registros do **Quadro 04**, apresentado a seguir, referentes aos **Fatores que mostram a/ao enfermeira/o o reconhecimento social de sua atividade**, estão enfocados os aspectos que levam os pacientes a perceberem a presença da enfermeira ou enfermeiro, os limites de percepção dessa presença e a forma como os pacientes demonstram essa percepção.

Quadro 04

Categoria: 2.1.2. Fatores que mostram a/ao enfermeira/o o reconhecimento social de sua atividade

Registros	Frequência
a) as <u>cartas de agradecimento, elogios, presentes</u> , demonstram que os pacientes saem agradecidos à enfermeira	10
b) o <u>paciente percebe a diferença</u> do cuidado recebido do enfermeiro para o do auxiliar ou o do técnico	14
c) a <u>distinção decorre da postura</u> , do conhecimento científico, da técnica e da linguagem	04
d) o cliente percebe o trabalho responsável e com amor	02
e) pacientes <u>pedem ajuda para tomar decisões e em relação ao sistema de saúde</u>	03
f) <u>muitos pacientes e familiares, distinguem e solicitam a enfermeira, reconhecem que podem se apoiar no enfermeiro</u>	08

Ao trabalhar as Categorias, **2.1.1. Indicadores da valorização social da profissão**, e, **2.1.2. Fatores que mostram a/ao enfermeira/o o reconhecimento social de sua atividade (Quadros 03 e 04)**, vê-se que são enfatizados aspectos que, de alguma forma, decorrem da própria evolução da enfermagem, conforme já enfocados na **Categoria 1.1.2. Conscientização e subserviência na enfermagem (Quadro 02)**.

Na Categoria **2.1.1. Indicadores da valorização social da profissão (Quadro 03)**, o aspecto do “respeito e o reconhecimento” e “o ter um trabalho próprio” destacam-se pelo maior número de indicações, seguidos das “ações de gerência”. Parece significar que os enfermeiros se reconhecem capazes de se desenvolverem de forma independente, autônoma e, também, assim fundamentarem a sua prática, indo, sem dúvidas, resultar no incremento de mão de obra de enfermagem no mercado, do que decorrerá maior número de profissionais em exercício, conseqüentemente, maior divulgação do seu trabalho e maior reconhecimento, no caso, em aspecto quantitativo conforme **fala de Gardênia, (R.11)** apresentada no parágrafo seguinte.

A valorização e o reconhecimento das atividades da enfermeira e enfermeiro surgem como uma categoria de destaque especial, haja visto que o número de registros nos **Quadros 03 e 04** atribuídos aos itens referentes a esta perfazem o número de **37**, o que demonstra pertinência das/os enfermeiras/os sobre este aspecto. **Cravo** corroborado por **Papoula**, assim se colocam:

“...o papel do enfermeiro é muito importante na sociedade, ele é destacado pelo conhecimento científico que a gente tem, ele é destacado quando a gente vai prestar algum cuidado” (R. 333); “Hoje pela própria postura da enfermagem, ela está se tornando mais respeitada, está se fundamentando mais, a própria maneira de falar, a vestimenta, tudo enfim, do se portar...” (R. 55),

Apresentam como justificativas mais palpáveis para suas afirmações, distintas formas de declarações dos pacientes a este respeito, sejam elogios, através de cartas publicadas na imprensa escrita, sejam pequenos “souvenir”, ou agradecimentos pessoais sobre os cuidados e desvelos recebidos. **Bugari** exemplifica:

“[...] alguns pacientes quando saem de alta e depois voltam ao ambulatório, sobem aqui só prá falar com a gente, abraçar, trazem presentes. Então, esse retorno demonstra que eles reconhecem,(o trabalho da enfermeira) principalmente os mais simples[...].” (R. 195)

Gardênia, apresenta porém, a seguinte situação restritiva ao reconhecimento e valorização:

“...Para isso [o paciente valorizar a atividade do enfermeiro], ele [o paciente], precisa ter um contato com a enfermeira, senão ele não vai poder notar... é fundamental então que o cliente tenha contato com o enfermeiro, e como são muitos doentes para um enfermeiro só..., a partir de então [de ele ser cuidado por enfermeiro], ele cobra a sua presença” (R.111)

Entretanto, também neste pormenor surge o caráter ambivalente de percepções, o qual, conforme pode-se perceber, vem se mantendo presente ao longo das declarações representacionais dos discursos dos enfermeiros. **Orquídea** diz: *“..na minha experiência eu não constato se ele [o paciente] atribui algum valor...” (R.362),*

Armênia contemporiza da seguinte maneira:

“[...]dentro do próprio hospital ainda tem profissional que confunde a auxiliar de enfermagem com a enfermeira, eu acho que melhorou um pouco, mas ainda tem muita coisa prá ser feita” (fala n°.107)

Outro fator do qual enfermeiras e enfermeiro se utilizam para atribuir valor e reconhecimento à profissão e ao profissional é o fato de esses estarem assumindo cargos administrativos em uma escala considerável, e o fato de já terem um trabalho próprio, que é a consulta de enfermagem.

Neste sentido, a gerência e outros cargos administrativos resumem o sentido que é dado à valorização, provavelmente pelo poder inerente. O desempenho da gerência é uma das ações de enfermagem que, em geral, absorve grande número de horas de trabalho da enfermeira, visto envolver comando de pessoal e tomada de decisão na administração do serviço, ao mesmo tempo em que é uma forma de mostrar a enfermagem em destaque, retirando-a do anonimato, da tutela de outros profissionais afins mais antigos, adicionando-lhe cientificidade e expansão na sociedade. **Dalia** oferece a seguinte declaração, *“[...]a enfermagem tem hoje uma forma diferente de trabalhar, tem um trabalho próprio...” (R. 58)*

e, **Relva** comenta que “[...] *já se encontra enfermeiras ocupando cargos administrativos importantes...*” (R. 62)

A gerência tem em si uma conotação de poder e, de alguma forma, afasta o desgastado rótulo de submissão, tão insistentemente imputado a/ao enfermeira/o, com o qual esta/e não tem conseguido se identificar, até porque o mesmo comporta a condição de um agente receptor ou consumidor de informação, violentado em sua capacidade intelectual e na consciência científica. Conforme refere **Jasmin**

“[...] *existe da parte dos médicos uma necessidade muito grande de subserviência para com a enfermeira... ficar levando grito de médico*” (R. 237, 228)

O persistente desconhecimento sobre a/o enfermeira/o, por parte de profissionais que dividem com ele o mesmo espaço de trabalho, tem se constituído em inesgotáveis fontes de conflitos, desencadeando infindáveis polêmicas que, entretanto, vêm, de alguma forma, contribuindo para uma melhor assimilação sobre as reais características sociais da/o enfermeira/o. Essas atitudes parecem representar uma tentativa de descaracterização da/o enfermeira/o, que corroborada pelo “folclórico” desvalor histórico, tende a forçar situações para coloquem enfermeiras e enfermeiros em uma condição de subordinados, forjando uma aparente depreciação de sua intelectualidade e de sua autonomia. Este contexto situacional pode ter, “subliminarmente”, implícita intenção de mostrar à opinião pública uma condição de desvalia da/o enfermeira/o. Em outra instância, entretanto, configurar-se-ia um quadro de “profissionalismo neurótico”, no qual, as enfermeiras e os enfermeiros sendo reduzidos a uma condição de menores, ficam reduzidos conseqüentemente, em sua consciência e autonomia e desprestigiados nos serviços que prestam, para repercutir nos benefícios a lhes serem conferidos, podendo ocasionar que o profissional mais próximo se sobressairia. Por outro lado, tais situações estariam sendo usadas como escudo para presumíveis falhas, com as quais não fosse capaz de lidar. Situações como a que se refere acima **Jasmim**, necessitam ser tratadas juridicamente, visto os fortes agravos sociais que trazem à profissão. Coerentemente, a este respeito, coloca **Relva** que “*quanto mais qualificado for o profissional, mais credibilidade a população vai ter*” (R.122), enquanto Frankl (1987) refere que a consciência,

a liberdade e a responsabilidade, são trindade inseparável que adquirem significado, quando consideradas juntas.

O fato de ser estabelecido pelas enfermeiras e pelo enfermeiro, freqüente paralelo entre circunstâncias evidenciadas no seu cotidiano e a medicina, ou entre os profissionais médicos, deve-se, certamente, ao fato de ser a medicina uma profissão amplamente reconhecida pela sociedade e visto, ainda, que os espaços de trabalho são comuns aos dois profissionais, enfermeiros e médicos.

A distinção sobre a forma de execução dos cuidados entre enfermeiras/os e elementos de outras categorias; a confiança que é depositada na enfermeira e enfermeiro pelo paciente; a colaboração da/o enfermeira/o com o paciente em suas tomadas de decisões, constituem segundo opinião desses, formas de valorização da sua atividade. Rosa diz que

“[...]ele [o paciente] procura muito a gente para resolver problemas ou dificuldades em relação a acesso ao sistema de saúde e quando ele recebe essa ajuda, então, ele valoriza a enfermeira” (R.331)

Está afirmado que é a partir do posicionamento profissional que esse anuncia a sua presença em um determinado serviço e, por sua vez, o paciente a percebe e usufrui do benefício que esse profissional pode oferecer. Entretanto, o paciente ainda não atribui a esse profissional a mesma importância que atribui a profissionais que já são valorizados há bem mais tempo na área da saúde institucionalizada. Segundo Madressilva,

“[...]ele [o paciente] confia mais na enfermeira do que até no médico... mas reconhecer que a gente faz um trabalho tão importante quanto o do médico, eu acho que não” (R. 352).

São referidas, também, as formas das ações da/o enfermeira/o chegarem ao cliente, assim como a forma do cliente demonstrar reconhecimento a essas ações, em função do serviço prestado à comunidade.

Quanto ao aspecto do paciente apor superior confiança na enfermeira e se apoiar nela, em casos de dificuldades para tomada de decisões, é uma questão bastante própria da enfermagem, visto que, por natureza, a enfermagem tem em si a função “maternal” de

“apoiar”, “de “estar perto”, de “amparar”, de “orientar em tomadas de decisões”, “mostrar caminhos” para, por exemplo, explicar códigos do sistema de saúde, como é o caso acima destacado. “Amor ‘plural’, é aquele amor que, como o amor de mãe, se expressa “no olhar, no estar perto, no sentir a presença, no prestar atenção, no valorizar gestos, desejos, (...)”, (Gadotti, 1989, p.33).

Já, no que se refere à colocação de que o paciente faz distinção entre o cuidado que é prestado pela/o enfermeira/o e aquele que presta o auxiliar, é um pouco discutível, já que conforme poderá ser visto no quadro seguinte (**Quadro 05**), existem referências que indicam limitação neste aspecto, não podendo ser ainda considerada uma ocorrência genérica. Igual apreciação pode ser feita em relação ao que é citado por **Rose**, ou seja, que o “*o cliente percebe o trabalho responsável e com amor*” (**R. 121**). Visto que também ao técnico e ao auxiliar de enfermagem se pode imputar realização de cuidado “responsável e com amor”, portanto tais características não podem ser relacionadas somente a/ao enfermeira/o.

O Sub-tema 3, **Repercussão do trabalho da/o enfermeira/o na sociedade**, está constituído pelas **Categorias: 3.1.1. Aspectos que destacam a projeção da profissão/profissional na sociedade; 3.1.2. Atividades de enfermagem que desencadeiam maior projeção social, e 3.1.3. Atitudes e ações possíveis de impulsionar a projeção da/o enfermeira/o na sociedade**, será apresentado em conjunto, visto a importância de estabelecermos constantes paralelos nas acepções atribuídas a essas Categorias.

Sub- tema 3: Repercussão do trabalho da/o enfermeira/o na sociedade

Quadro 05

Categoria: 3.1.1. Aspectos que destacam a projeção da profissão/ profissional na sociedade

Registro	Frequência
a) a <u>execução da atividade</u> pela enfermeira <u>leva ao reconhecimento</u>	04
b) já se observa projeção da enfermeira na sociedade	02
c) <u>existe uma discreta projeção</u> , difícil de ser percebida	01
d) somente os pacientes de <u>maior nível cultural entendem conseguem perceber a diferença</u> entre o enfermeiro e os demais elementos da equipe	08
e) os clientes <u>mais humildes valorizam mais</u>	01
f) o que <u>reconhece mais é o paciente mais grave</u> , pois <u>recebe mais cuidados do enfermeiro</u> , envolvendo atividades complexas	05

Os registros do **Quadro 05, Categoria, 3.1.1. Aspectos que destacam a projeção da profissão/ profissional na sociedade**, destacam a evidência de projeção do trabalho da enfermeira e do enfermeiro na sociedade, apesar de ainda “discreta”; as diferenças dos cuidados prestados por diferentes elementos da equipe de enfermagem são mais facilmente percebidas por pacientes de melhor nível cultural, pacientes mais humildes e pelos pacientes mais graves, estes por serem cuidados por enfermeiras e enfermeiros mais freqüentemente.

A fim de se estabelecer um contraponto, com a representação das enfermeiras e enfermeiro sobre a enfermagem, encetou-se, uma consulta, restrita, com médicos e pacientes, sobre a importância atribuída por eles ao trabalho da enfermagem. O resultado mostrou uma grande convergência com as representações dos entrevistados. Os médicos confessam reconhecer a grande importância da enfermeira no hospital, uma vez que é ela quem permanece com o paciente; quem toma as providências em relação a uma série de providências para o paciente, e de orientação da equipe de enfermagem. Já os pacientes, em sua grande maioria, não sabem quem, dentre os integrantes da equipe, é o enfermeiro, e nem tão pouco, o que ele faz.

Quadro 06

Categoria: 3.1.2. Atividades de enfermagem que desencadeiam maior projeção social

Registro	Freqüência
a) a <u>docência e a pesquisa</u>	02
b) a enfermagem de <u>Saúde Pública</u>	05
c) <u>cargos de chefia</u>	01
d) a execução dos <u>cuidados mais complexos</u>	03
e) a realização de <u>educação em saúde</u>	02
f) o trabalho em setores de <u>planejamento de saúde</u>	01
g) o <u>trabalho autônomo</u> projetado	01

Nos registros do **Quadro 06, Categoria: 3.1.2. Atividades de enfermagem que desencadeiam maior projeção social**, constam as atividades que, na opinião das enfermeiras e do enfermeiro, projetam a profissão na sociedade, dentre as quais destacam-se, principalmente, a enfermagem de Saúde Pública, a execução dos cuidados mais complexos, a docência e a pesquisa.

Quadro 07

Categoria: 3.1.3. Atitudes e ações possíveis de impulsionar a projeção da/o enfermeira/o na sociedade

Registro	Frequência
a) a forma <u>humanizada de atuação</u> da enfermeira	02
b) a demonstração de <u>competência</u> , de saber, de conhecimento, a qualificação da enfermeira	09
c) a adoção de <u>novas metodologias</u> de trabalho	01
d) o <u>aperfeiçoamento técnico-científico</u> através de cursos	01
e) a real e aparente <u>melhoria do nível assistencial</u>	03
f) a <u>atuação do enfermeiro direto com o paciente</u> favorece o seu reconhecimento	08
g) é necessário, <u>orientar sobre a profissão</u> , divulgando-a	13
h) o enfermeiro adquirir o <u>hábito de se identificar sempre</u> , se mostrar mais	08
i) O COREn tem ajudado no trabalho de divulgação	03

Os registros constantes no **Quadro 07, Categoria: 3.1.3 Atitudes e ações possíveis de impulsionar a projeção da/o enfermeira/o na sociedade**, mostram que dentre as ações que podem promover a projeção da/o enfermeira/o na sociedade estão: ações que podem impulsionar a divulgação da profissão; o aperfeiçoamento técnico-científico e qualificação da/o enfermeira/o, e a execução de trabalhos diretos com o paciente.

Para que haja projeção e reconhecimento, é necessário que haja um conhecimento prévio do Objeto. A efetivação desse conhecimento corresponde à explicitação de suas características, de sua identidade, ou seja, clareza e facilidade na sua identificação. Somente após isso poderá ser elaborado um processo de reconhecimento desse Objeto. No caso da enfermagem, para que ela seja reconhecida pela sociedade, esta deve dispor de determinados pontos indicativos, que lhe devem ser facilitados e tornada, portanto, acessível tal ação. A sociedade somente estará inteiramente instrumentalizada para fazer o devido reconhecimento do trabalho de enfermeiras e enfermeiros quando este estiver mais amplamente divulgado e até desmistificado de suas abstratas características históricas.

É importante estar-se atento para o fato de que na vida social, a identidade engloba o útil e o belo, arte e ofício se integram. “*A arte consiste na criação de formas que manifestam a verdade, que desocultam as aparências (...). Refere-se à maneira de fazer bem, de ocupar-se bem (...)*”, conforme Buzzi, (1992, p.211). Conforme já enfocado na **Categoria 1.1.2. Conscientização e subserviência na enfermagem**, a profissão de enfermagem tem

passado por adequações históricas e científicas, sendo que, somente uma parcela ainda restrita da sociedade entende os componentes que integram o papel da/o enfermeira/o, suas competências, o que corresponde à identidade do enfermeiro. “*A identidade é uma realidade sempre presente em todas as sociedades humanas*”, (Spink, 1994, p.177). Um grupo se autodefine perante a realidade subjetiva, através da seleção de um sistema axiológico, que lhe serve de fator de identidade. Estruturalmente, a identidade profissional é construída, mantida ou modificada, em meio aos processos sociais históricos e contemporâneos. Envolve “*conhecimentos e instrumentos utilizados, crenças e valores pelos quais se rege, assim como, poderes, limites e abrangência social e econômica da área de atuação*” (Colière, 1971, p.234). A identidade social atribuída está intrinsecamente associada ao valor que lhe é atribuído e decorre, particularmente, da atuação ou desempenho público que apresente o profissional. É um aspecto bem ilustrado pelas colocações de Adélia ou seja,

“se a enfermeira não se identificar, não disser que é enfermeira, então o doente, não vai ter tempo de descobrir quais são as atividades dela” (R. 127).

Já, **Orquídea**, sintetiza da seguinte forma:

“o que projeta a enfermeira na sociedade é o saber e a humanidade. Ela precisa ser uma enfermeira que tenha conhecimento do que ela está fazendo e uma enfermeira que seja humana” (R.113)

Madressilva, estabelece, em sua colocação, uma abordagem que considera o contexto histórico, em relação ao conhecimento da sociedade, necessário a um reconhecimento do enfermeiro:

“...não existia o conhecimento da população em relação ao trabalho do enfermeiro, hoje isso melhorou, mas a gente não está ainda suficientemente reconhecida”. (R.143)

Considerar-se-ão, também, as restrições mencionadas, como é o caso dos mais humildes, que valorizam mais, os de melhor nível cultural percebem mais facilmente e os mais graves, pela oportunidade de poder identificar melhor, ao receberem cuidados da enfermeira com mais frequência.

Levar-se-ão em conta, igualmente, os destaques que favorecem o reconhecimento, como é o caso em relação às condições de informação da sociedade, em que determinadas

particularidades são enfocadas como facilitadoras do reconhecimento do trabalho da/o enfermeira/o, como no **Quadro 05**. No caso, são destacados “os mais humildes”, que são os que reconhecem mais; “os de melhor nível cultural”, percebem mais facilmente e “os mais graves” e/ou aqueles que estão sob cuidados especiais, pela oportunidade de poderem identificar melhor, já que recebem cuidados da enfermeira com mais frequência. O acesso do paciente aos cuidados de enfermeiras e enfermeiros termina assim, por ser um privilégio de poucos. **Sorriso de Maria** traz-nos uma dimensão dessa questão, ou seja, que

“...no caso de clientes não bem orientadas eles não conseguem entender que são tratados com eficiência ao receber assistência de um profissional formado pela universidade, cabe ao enfermeiro despertar nele esse reconhecimento ...”
(R.365)

Uma forma de contribuir para a projeção da profissão, é apontada pelas enfermeiras e pelo enfermeiro, a partir do impulsionar da divulgação, conforme **Quadro 07** e ainda com respeito à demonstração de competência e aperfeiçoamento técnico-científico do profissional; utilização de novas metodologias; o hábito que a enfermeira e o enfermeiro devem ter de se identificar sempre, se apresentar mais, procurar descobrir formas de orientar o paciente ou comunidade sobre a profissão. Podem, inclusive, nesse intento, associarem-se aos órgãos de classe, uma vez que, conforme declarações, o COREn vem ajudando nesse trabalho de divulgação, através de “out-doors” e propagandas na imprensa falada e escrita. A este respeito, destacam-se as colocações de **Dalia** ao lembrar que

“por ocasião dos cuidados, a gente pode projetar a nossa profissão, a nível de assistência que se dá ao paciente, e ele vai divulgando, vai passando para os outros” (R.109)

Para **Vitória**,

“o COREn está fazendo um bom trabalho de divulgação do profissional enfermeiro, lembrando que o enfermeiro é aquele que é cadastrado e que tem a sua carteira etc, e isso é muito bom” (R.106).

A questão do valor é abordada por **Armênia** ao mesmo tempo em que o correlaciona à dificuldade de divulgação e ao irrisório número de enfermeiras e enfermeiros existente nos hospitais: “...eles [os pacientes] atribuem, [valor] apesar de que é um só [enfermeiro] prá 40 pacientes...” (R.342).

A projeção profissional pode estar correlacionada ao valor social, que por sua vez sofre influência das questões culturais, legais e institucionais e, conseqüentemente, jurídicas, protocolos tecnológicos e econômicos. A importância que é atribuída a uma atividade decorre do valor que a sociedade coloca no seu objeto. A preservação da vida do indivíduo pode constituir um bem irrestituível, impagável, assim, toda forma que se relacione à manutenção do equilíbrio funcional do organismo social e individual, vem a constituir um valor social indiscutível. Para Foucault, (1995, p.207) “o valor corresponde a sacrificar um bem em troca de outro e não exatamente em satisfazer necessidades”. Um valor, portanto, não é um bem, mas deve ter a condição de equivar-se a ele. A integridade do ser humano pode ser identificada como um bem, na medida em que for considerada como um valor supremo. Desta forma, levará em si a origem e a possibilidade de todos os demais valores. “São os atos que servem de veículo para a efetivação de um valor, no que fica comprometida a responsabilidade de um agente”, de acordo com Foucault (1995, p.422).

Dentre as atividades de enfermagem, apontadas pelas/os enfermeiras/os como de maior projeção social, no **Quadro 06** estão citadas atividades, cujo desenvolvimento envolve modernização tecnológica e aperfeiçoamento científico, com o fim de serem aplicadas amplamente em benefício da sociedade, como no caso de iminente salvamento de vidas.

No caso da Saúde Pública, esta teve seu desenvolvimento impulsionado principalmente pelos programas de combate à tuberculose, que à época, chegava a dizimar famílias inteiras, e não discriminava nobres ou plebeus (Barreira, 1993,p.48). O próprio programa oferecia treinamento específico para as enfermeiras e já promovia a divulgação de suas competências. O próprio fato da Saúde Pública ser uma atividade de enfermagem, cujo “know how” administrativo e tecnológico já está mais modernizado, com normatizações mais claras e objetivas, produz um maior nível de satisfação no profissional, e ainda por ser desenvolvida em ambientes mais abertos, em comunidades, facilita o acesso de todos e até mesmo da própria imprensa, favorecendo sua divulgação e, conseqüentemente, uma valorização mais concreta. Facilita à população perceber as atividades realizadas pela/o enfermeira/o, favorecendo o reconhecimento e a cobrança pela sociedade do nível de desempenho dos profissionais. **Buganvilia** refere:

“[...] a enfermagem se sobressai muito na parte da S. Publica, na parte preventiva....existem colegas com trabalhos excelentes na comunidade. ...Na S. Publica. Se ela [a enfermeira] trabalhar bem, ela tem maior respaldo dentro da comunidade, na sociedade...” (R. 92)

Nos hospitais, historicamente, eram empregados como “enfermeiros”, em sua maior parte, pessoas de nível mais elementar, que ficavam sob o comando do médico, ou de uma só enfermeira ou enfermeiro “de alto padrão”, até mesmo como resultado da precariedade das Escolas de Enfermagem, existentes no Brasil (Paixão, 1963,p.55). **Armênia** assim expressa a sua opinião a este respeito:

“área hospitalar, eu acho que projeta pouco... No hospital, afora o médico todo mundo é enfermeira... melhorou bastante, mas ainda está meio incipiente, não há ainda esse reconhecimento por parte da comunidade, por parte da sociedade, que o enfermeiro é uma pessoa importante dentro do hospital” (R.107)

Conforme as atividades apontadas pelos enfermeiros como as que mais projetam a enfermagem na sociedade no **Quadro 06** estão, além da Enfermagem de Saúde Pública, a execução de atividades complexas, a pesquisa e a docência, o que deixa claro o caráter de profissão científica, no contexto de docência, pesquisa e serviços. **Peônia**, destaca:

“[...], são principalmente [atividade] de pesquisa, que pode projetar muito mais, ... planejamento hospitalar e planejamento de programas de saúde, são as que mais se projetam hoje em dia...” (R. 100 e 101)

E **Flora** que assim complementa: *“projetam mais, a docência, a Saúde Publica e Chefia de Hospital” (R. 91)*

De uma certa forma, a imagem continuamente apregoada é a de uma profissão que não se projeta, em parte porque historicamente outras profissões foram mais valorizadas, em parte porque as/os enfermeiras/os não têm investido suficientemente numa espécie de “marketing” do seu trabalho.

4.3. Tema 2: O PROFISSIONAL ENFERMEIRA/O EM SUA SOCIALIDADE

Este **Tema**, está contemplado por dois **Sub-temas**. O primeiro, **Dimensões pessoais do profissional enfermeira/o perante a profissão e a sociedade**, integrado pelas

Categorias: Motivos que levam a/o enfermeira/o a entrar para a profissão; Motivos que levam a/o enfermeira/o a permanecer na profissão e Motivos que suscitam na/o enfermeira/o reflexão sobre sua desistência de atuação na enfermagem. O segundo **Sub-tema, Imagem e sentimentos da/o enfermeira/o no exercício da Enfermagem**, compõe-se das três seguintes **Categorias:** Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos positivos no exercício da enfermagem; Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos negativos no exercício da enfermagem e Quotidiano e conceito de enfermagem na prática profissional. Serão apresentadas concomitantemente, pois mesmo independentes em caráter, se correlacionam entre si. Dessa maneira, favorecem a integração das representações acerca das referidas Categorias.

Sub-tema 4: Dimensões pessoais do profissional enfermeira/o perante a profissão e a sociedade

Quadro 08

Categoria: 4.1.1. Motivos que levam a/o enfermeira/o a entrar para a Profissão

Registro	Frequência
a) por gostar de <u>enfermagem</u> , de cuidar de pessoas	09
b) desejava <u>qualquer curso na área da saúde</u>	19
c) <u>influência familiar</u> ou vivência de <u>situações em hospital</u>	15
d) sem motivo especial	07
e) o desejo por <u>qualquer curso superior</u>	03

Na categoria, **Motivos que levam a/o enfermeira/o a entrar para a profissão (Quadro 08)**, dentre outros, estão referidos, principalmente, a opção pela área de saúde; a influência familiar, vivências em ambiente hospitalar e o gosto com o cuidar de pessoas.

Na Categoria seguinte, **Motivos que levam a/o enfermeira/o a permanecer na profissão, (Quadro 09)**, se pode ver que os registros se voltam, em sua maioria, para a oportunidade de amadurecimento e crescimento pessoal e profissional, oferecida pela profissão, ampliando e reciclando conhecimentos; a satisfação em estar fazendo o que gosta; o convívio em equipes multidisciplinares; o desenvolvimento do espírito de luta, e a garantia da própria sobrevivência.

Quadro 09

Categoria: 4.1.2. Motivos que levam a/o enfermeira/o a permanecer na Profissão

Registro	Frequência
a) <u>satisfação com a profissão</u> , fazendo o que gosta	06
b) ajudar na <u>habilitação para lidar melhor com as próprias emoções, aquisição de amadurecimento, tranquilidade e favorecimento de melhoria no relacionamento com o próximo, o crescimento pessoal</u>	09
c) o <u>aprendizado adquirido</u> pode ser <u>aproveitado para cuidados aos familiares</u>	02
d) <u>impulsiona o desenvolvimento do espírito de luta</u>	05
e) o favorecimento de <u>acesso à informações, conhecimento científico na enfermagem</u> , dar vazão à curiosidade científica	03
f) a <u>oportunidade de trabalho em equipes</u> multi e inter-disciplinares	05
g) por ser a enfermagem uma <u>ciência de ajuda ao próximo</u>	02
h) a enfermagem oferece a <u>possibilidade da qualificação profissional</u> e de reciclagem	03
i) garante a <u>sobrevivência, o sustento</u>	03

Já, a Categoria que vem abaixo, **Motivos que suscitam na/o enfermeira/o reflexão sobre a desistência de atuação na enfermagem (Quadro 10)**, está constituída principalmente por registros sobre ausência de status da/o enfermeira/o; falta de reconhecimento, de valorização, de respeito, incluindo-se a defasagem salarial; a conotação da enfermagem como trabalho braçal ou subalterno; excesso de carga horária, o estresse, a sobrecarga de trabalhos gerais e burocráticos; o desconforto no trabalho, a não disponibilidade de material para os cuidados e a reduzida quantidade de pessoal para o trabalho, dentre outros, de significação também importante.

Quadro 10

Categoria: 4.1.3. Motivos que suscitam na/o enfermeira/o reflexão sobre a desistência de atuação na enfermagem

Registro	Frequência
a) a <u>ausência de status da enfermeira, a falta de reconhecimento, de valorização, de respeito</u> , ser preciso estar-se se impondo sempre	25
b) a <u>conotação da enfermagem como trabalho braçal ou subalterno, o desconforto no trabalho, a não disponibilidade de material para os cuidados e reduzida quantidade de pessoal</u>	20
c) <u>defasagem salarial</u>	15
d) as decepções com a profissão	03
e) o <u>excesso de carga horária</u> , o estresse, a <u>sobrecarga de trabalhos gerais e burocráticos</u>	11
f) observar a <u>falta de integração dos profissionais</u>	04
g) a <u>constante mudança de escala</u> e a <u>não opção por uma especialidade</u>	05

Considerando, portanto, o conjunto dos registros reunidos na primeira das 3 Categorias aqui apresentadas, ou seja, no **Quadro 08** está evidente que enfermeiras e

enfermeiros, em sua maioria, entram para a enfermagem por ser esta uma profissão da área de saúde, ou por influência familiar, ou do próprio ambiente hospitalar. E aí permanecem por realmente se identificarem com a profissão, por outros aspectos inerentes a esta questão, ou ainda, por razões de sobrevivência. Alguns dos que entram sem qualquer motivo especial, ou simplesmente por desejarem fazer um curso superior, terminam descobrindo uma identificação com a profissão.

As colocações a seguir focalizam o contexto dos motivos que levam os enfermeiros a entrarem para a enfermagem: **Acácia:**

“[...] adoro a enfermagem, eu adoro a área de saúde. Fiz vestibular prá medicina hoje não faria jamais, adoro a enfermagem, me é gratificante...” (R. 11)

O aspecto do ambiente familiar e de hospital vem assim representado por **Violeta** e **Vitória** que dizem:

“eu sempre gostei de enfermagem. Aquelas brincadeiras de criança eram muito centradas nisso[...].” (R. 05),

“...eu tinha já enfermeiras na família, cunhadas, colegas...e também quando eu fazia o segundo grau, eu fiquei muito tempo no hospital com minha mãe[...].” (R. 13).

Rosa, por sua vez destaca já um outro aspecto, ou seja:

“...eu simplesmente queria cursar a universidade. Fiz o vestibular, passei, fiquei e fui gostando. Acho que devido ser ligada a área de humanas” (R. 19)

O contingente de pessoas que entram para a enfermagem, por **gostar de cuidar de pessoas**, ou por **gostar da área de saúde** (43 dos 53 registros desta Categoria), mostra que o pessoal que ingressa na profissão, em sua maioria, tem interesses coerentes com os princípios da profissão, o que fornece ao corpo profissional uma unidade axiomática e filosófica, o que também serve de explicação para as declarações de empenho de enfermeiras e enfermeiro, em prol do respeito e do zelo pela enfermagem, além do desejo de usufruir das oportunidades de crescimento pessoal e profissional oferecidas pela profissão, conforme registros constantes nos **Quadro 09**, corroborados posteriormente pelos apresentados no **Quadro 11**.

Conforme o cômputo da frequência dos registros apresentados de permanência na profissão, que totalizam 38, 24 direcionam-se basicamente para o crescimento pessoal e profissional, a ajuda ao próximo, vindo em seguida a satisfação para com a profissão. Os primeiros são aqui enfocados por **Dalia**, quando diz que a profissão,

“...proporciona conhecimentos científicos[...]”, “[...] temos também a vantagem de poder trabalhar em equipes multiprofissionais, o que é muito bom...” (R. 160)

A permanência de enfermeiras e enfermeiros na profissão parece decorrer, fundamentalmente, da motivação inicial, apesar de que, em um segundo momento, as experiências e suas valências, se mais para positivas ou mais para negativas, influenciam bastante.

Daí se imaginar que, à medida em que a classe conseguir melhorar o seu padrão de vida no trabalho, melhorando o nível de satisfação, poderá ser detectado sensível progresso em seu contexto profissional e social. **Vitória**, destaca no seu representar, o aspecto do prazer superando qualquer obstáculo:

“[...] é a satisfação de você trabalhar naquilo que você escolheu, apesar das dificuldades, dos preconceitos, das barreiras[...]” (R. 201),

O aspecto da identificação com a profissão é destacado por **Adélia**:

“passei a me identificar muito com a profissão por causa da questão da humanização, eu gosto muito de trabalhar com gente, com o ser humano” (R. 171)

Gardênia, aborda o lado da sobrevivência, da realização material, dizendo que:

“apesar do salário ser muito baixo, a gente consegue sobreviver e alcançar alguns objetivos a custa da profissão em si, da enfermagem” (R. 186)

Como se vê, não fica esquecido o aspecto fundamental da sobrevivência, que serve também de motivo de luta e impulsionador, até mesmo, quem sabe, para as qualificações científicas e para as quebras de obstáculos, assim enfatizado por **Violeta**:

“...uma profissão que precisa lutar, me tornou uma pessoa lutadora ao invés de ser acomodada, se tivesse entrado em uma profissão com tudo já pronto, tudo certinho.” (R. 307)

O desenvolvimento do espírito de luta constitui, ao meu ver, um aspecto significativo, visto que a enfermagem é uma profissão jovem, com diversas questões a serem solucionadas e encaminhadas, a fim de melhorar tanto as condições de vida da comunidade, como a estrutura interna e o crescimento da própria profissão. Me leva, inclusive, a parafrasear Salles (1983), que se refere à importância que tem para o indivíduo, o ser capaz de não temer crises, antes, utilizá-las como estímulo para as lutas e contra as acomodações, como mola propulsora para as iniciativas e para as mudanças a serem realizadas.

Outro aspecto enfatizado pelas/os enfermeiras/os, não menos singular, é o fato de utilizarem-se do aprendizado adquirido na enfermagem para os cuidados com os próprios familiares e a aquisição de crescimento e amadurecimento conforme refere **Orquídea** ao dizer: *“...cresci como gente...” (R. 79)*. **Buguari** diz que:

“...a enfermagem [a ensinou] até a enfrentar a vida, até com mais otimismo, encarar a vida e as pessoas com mais naturalidade, ser mais compreensiva com as pessoas...” (R. 165)

E **Rosa** comenta que,

“...outro aspecto é o fato de a gente aprender a cuidar de nossos próprios pacientes em casa..” (R. 162)

O gosto pela profissão, entretanto, parece não ser o suficiente para garantir a satisfação de enfermeiras e enfermeiros. A própria estrutura em que ela está afixada, isto é, as longas e estressantes jornadas de trabalho, a não valorização devida da profissão e respeito ao profissional, assim como a recompensa salarial, vão aos poucos promovendo um desestímulo no profissional, conforme registros contidos no **Quadro 10**. Neste sentido, pelas declarações de **Azaléia, Camélia e Margarida**, vê-se que as dificuldades decorrem mais da infraestrutura profissional, cujos desequilíbrios são oriundos de uma instância maior. Resultam de um desequilíbrio estrutural conjuntural superior, entre as forças expansivas e as estratégias de contenção de custos expressos nos mecanismos de controle, existentes no sistema de saúde. E os enfermeiros não estão isentos de indignar-se frente a esta emergência de cidadania.

Segundo Mendes (1995, p.68), “a cidadania não é dada, como também nunca está acabada, pois constitui processo em permanente construção no cotidiano social”.

Assim, constituem elementos de desestímulo o desequilíbrio existente entre jornada, carga de trabalho e recompensa salarial, ou as precárias condições de trabalho nos hospitais, em termos de suprimento de material e quantitativo de pessoal disponível.

“ ...A profissão não é reconhecida nem valorizada, e daí, o profissional começa a se desmotivar pela sobrecarga de trabalho e a não recompensa monetária adequada, é [um trabalho] muito cansativo e estressante, e o financeiro, não é recompensador. A pessoa tem que gostar muito da profissão...” (Margarida, R. 249)

Camélia, aborda o aspecto das parcas condições de trabalho:

“... as poucas condições que a gente tem nos hospitais hoje em dia, a gente vê que o número de profissionais é insuficiente, são muitos pacientes prá poucos profissionais...” (R.257,238)

Adélia reforça o aspecto do respeito social afirmando que,

“[...] o status que a enfermeira não tem, a falta do respeito que a enfermagem ainda tem” (R. 213)

O peso dessa questão vem demonstrado ainda pelo próprio índice de registros detectados, 71 do total de 83, somente para aspectos de desconforto físico ou psicológico no exercício da profissão.

O segundo sub-tema referente ao Tema II, 5º e último do conjunto global, refere-se à **Imagem e sentimentos da/o enfermeira/o no exercício da enfermagem**. Está composto pelas Categorias: **5.1.1. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos positivos no exercício da enfermagem**; **5.1.2. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos negativos no exercício da enfermagem**, e **5.1.3. Quotidiano e conceito de enfermagem na prática profissional**. Os dois primeiros serão apresentadas concomitantemente, a fim de haver um confronto entre os aspectos positivos e negativos colocados em suas representações. Posteriormente, apresentar-se-á em separado, salvaguardando sua inter-relação aos demais, a **Categoria: 5.1.3. Quotidiano e conceito de enfermagem na prática profissional**

A Categoria: 5.1.1. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos positivos no exercício da enfermagem, objeto do Quadro 11, exposto a seguir, enfoca, em seus registros, aspectos sobre como a/o enfermeira/o se sente ao atuar em sua profissão e de que forma as circunstâncias do seu atuar podem influenciar na sua imagem perante a profissão, perante si próprio e perante a sociedade.

Sub-tema 5: Imagem e Sentimentos da/o Enfermeira/o no exercício da Enfermagem

Quadro 11

Categoria: 5.1.1. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos positivos no exercício da enfermagem

Registro	Frequência
a) o prazer de assistir e observar a melhora de um cliente cuidado por si, o sentimento de gratificação e de realização pelo êxito do que é feito pelo paciente	09
b) a oportunidade de se obter maior renda com mais trabalho	02
c) o fato de ter o próprio emprego	05
d) o sentir-se valorizada, reconhecida, sentir o respeito e a amizade do paciente	05
e) obter o espontâneo agradecimento do paciente e de sua família	04
f) a recompensa mais significativa é a espiritual decorrente da doação durante o cuidado e pelo êxito no tratamento do doente e o seu bem-estar	05
g) a satisfação por estar apta a ajudar alguém, por fazer o bem ao próximo	05
h) se tivesse que escolher tudo outra vez, eu faria a mesma coisa	03
i) a importância de desenvolver postura leal perante os colegas	02
j) o aproveitamento de orientações de professores sobre valores profissionais	01
k) ser um enfermeiro de coração mesmo preocupado em ter sido o único homem da turma	01

Nesta Categoria, Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos positivos no exercício da enfermagem, pode-se perceber pelos seus registros que, a despeito de não ser uma profissão com um teto de remuneração satisfatório, prazer, satisfação e gratificação espiritual são sentimentos presentes em suas representações, com índices de frequência de registros que corresponde a 20 de um total de 42.

Quadro 12

Categoria: 5.1.2. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos negativos no exercício da enfermagem

Registro	Frequência
a) o enfermeiro é confundido com qualquer elemento da equipe	07
b) internamente o pessoal de enfermagem é cheio de “picuinhas”	05
c) talvez não fizesse enfermagem novamente	01
d) é desagradável levar grito de médicos	01
e) é muito triste quando se perde um paciente	02
f) a sensação de <u>impotência para ajudar o paciente em determinadas circunstâncias</u> de saúde	02
g) não poder fazer mais pela profissão	02
h) <u>culpabilização</u> quando algo dá errado	02
i) expectativas frustradas, <u>não gostei de quase nada da enfermagem</u>	01
j) o fato de <u>trabalhar-se muito e ganhar-se pouco</u>	15

Já, no que se refere à **Categoria 5.1.2. Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos negativos no exercício da enfermagem (Quadro 12)**, os registros que o compõem se apresentam com conotações de insatisfações, decepções, frustrações, angústia, culpabilização e impotência.

Verifica-se que, no que se refere à **Imagem da/o enfermeira/o e sentimentos relacionados ao exercício da enfermagem**, há existência de significativos impasses conflituosos de natureza psicossocial, em vários aspectos. Ao mesmo tempo em que desfruta do prazer de assistir à melhora do paciente, que conforme revelam, representa para eles, o grande prêmio, pode significar também, em determinadas circunstâncias, um “nada poder fazer” pela recuperação de alguém que agoniza sob sua vista, o que constitui um forte estresse emocional. Este impasse pode ser mostrado pelas falas de **Sorriso de Maria** quando diz que,

“...é extremamente gratificante quando v. cuida do doente e que ele está saindo, que seus cuidados foram realmente muito importantes para a recuperação dele, da saúde dele, tanto psicológico quanto física, deixa-se perceber um resultado...” (R.176)

E **Madressilva** ao indicar que,

“...muitas vezes também se ficar impotente frente as dificuldades existentes em relação aos problemas de saúde... quando eu não posso ajudar fico frustrada...” (R.262, 263)

Outro impasse se refere ao respeito, valorização e reconhecimento profissional. Surge em decorrência do fato de que, se por um lado, a/o enfermeira/o sente que é valorizado e reconhecido por um trabalho realizado com competência e responsabilidade, muito desprendimento e dedicação, cujo resultado é sentido na recuperação do paciente. Por outro, pode sentir, a qualquer momento, jogados sobre si, por outros elementos da equipe e até mesmo pela família do paciente, a responsabilidade por qualquer eventual ocorrência desagradável e inesperada, em relação ao êxito no tratamento do paciente. Esta situação pode ser representada pelas falas de **Flambayant** ao dizer que “*é importante sentir o reconhecimento, o respeito e a amizade do paciente*” (R.192), e **Jasmim** quando afirma que,

“... por mais que a gente faça, muitas vezes a gente não é reconhecida, a gente não é respeitada. Qualquer coisa que dá errada é culpa da enfermagem...o não reconhecimento, dói muitas vezes..” (fala n°.230)

Aparecendo, aqui, o aspecto da imputação de culpa, o que está intrinsecamente relacionado às questões culturais, visto toda crença ser um hábito de vida, um costume a que aderiu um grupo, que vêm se evidenciar nos comportamentos. Esses hábitos estão, por sua vez, ligados aos valores, os quais se correlacionam às crenças e apoiam-se no conhecimento efetivo desses hábitos de vida, parafraseando Collière (1971, p.274,275). Esses hábitos são, em geral, adquiridos nas relações ambivalentes entre história e espaços sociais. Nos comportamentos, que conformam os traços culturais, se expressam às relações sociais.

Uma atitude de imputação indevida de culpa, o que ocorre devido à susceptibilidade contextual que culturalmente representa o profissional enfermeiro, vem resultar em um forte sentimento de angústia, visto a impressão de que possa constituir uma tentativa implícita de expor as dúvidas, a integridade da consciência profissional do enfermeiro, em termos de incapacidade em responder positivamente a atos, os quais, supostamente, seriam de sua responsabilidade. Afetando, conseqüentemente, a sua autonomia e consciência científica e profissional. Essa situação vem resultar em um estado de insatisfação emocional, traduzido por sensação de angústia e frustração, em forma de ameaça às possibilidades do profissional, decorrente do devastamento da liberdade do ser, repercutindo fortemente na auto-estima, “totalmente ancorada nas relações sociais”,

representada, basicamente, pelo sentimento de autovalia, em termos de autonomia e participação.

O não reconhecimento e valorização, em termos de recompensa financeira condizente, implica, coincidentemente, em uma atribuição de valor material, o que fica em contradição à percepção das/os enfermeiras/os sobre as suas condições de ser útil, capacitado, dedicado, abalando o seu sentimento de autovalia. O caráter subjetivo existente na inter-relação dessa abordagem constitui, talvez, um pormenor que permeia, com frequência, as instâncias da enfermagem, o qual precisa ser trabalhado à luz das competências científicas.

Uma particularidade, também cultural, conforme declarações, é um tipo de relação sociocultural, cognominado por “picuinhas”. Conforme **Vitória**,

“o pessoal de enfermagem, é um grupo muito cheio de picuinha, alguns nada fazem para crescer, mas procuram puxar as outras para trás” (R. 150)

Esse destaque, já levantado anteriormente, repercute na qualidade das relações quotidianas, podendo significar que há, ainda, necessidade de uma conscientização mais efetiva dos profissionais da enfermagem, de forma que enfermeiras e enfermeiros se ocupem mais das questões científicas, ou daquelas que respeitem o espaço e a liberdade dos demais, e, portanto, não conturbam o ambiente. Constitui este um aspecto que se contrapõe à **fala de Sorriso de Maria**, acima citada.

A defasagem salarial que acomete o mercado de trabalho das enfermeiras e enfermeiros, pode ser compensada com mais de um contrato trabalhista, conforme nos apresenta **Gardênia**, ao dizer que,

“ela [a profissão] pode lhe proporcionar uma boa remuneração, (sorrisos) eu por exemplo tenho 3 empregos...” (R. 184)

Para **Madressilva**, “...o fato [é] que o emprego se arranja mas não se tem uma boa remuneração” (R. 252).. Visto o trabalho de enfermagem exigir uma demanda significativa de energias físicas, mentais e psicológicas, isso trás comprometimento para a capacidade vital e orgânica. Alguns, enfermeiras e enfermeiros, porém, encontram uma forma

singular, coerente com o contexto cultural histórico da profissão, de compensá-la, desintegrando os aspectos material e espiritual, no contexto de uma função remunerada, como é o caso da enfermagem, mostrado por **Angélica**, como “ *uma área que se ganha até pouco, mas eu sou gratificada com o que eu faço, com o que eu realizo...* ” (R. 180) ou **Madressilva**, para quem “ *...a recompensa é espiritual, o salário aqui é muito pouco, aqui a gente trabalha por responsabilidade moral...* ” (R. 172).

No que tange às dificuldades e ao fato de ser uma profissão ainda jovem, com muitas arestas a serem trabalhadas, necessitando ainda de seus seguidores renúncias e empenho no sentido de superá-la, desencadeia nas/os enfermeiras/os atitudes também opostas, conforme **Violeta**, quando refere que,

“ apesar de já ter tudo muito definido em termos de dificuldades, mas nem porisso penso em desistir da enfermagem, só em continuar ” (R. 87)

Régia comenta que,

“ [...] eu talvez não fizesse enfermagem novamente, fizesse um outro curso que fosse mais independente, que desse melhor para conciliar dois empregos sem ter uma carga horária muito grande...” (R.212)

Dentre as frustrações que refere sentir a/o enfermeira/o, consta até mesmo o fato de “não poder fazer mais pela enfermagem”, no sentido de seu engrandecimento, suprimindo lacunas da profissão e até as próprias, deixando implícito, até mesmo neste desabafo de decepção, o “amor pela enfermagem”. Decepção para uns, incentivo para outros que confessam que, com tudo isso, “fariam tudo outra vez”.

Flamboyant aponta ser

“ um trabalho que exige muita abnegação... um distanciamento muito grande da própria família, você não tem hora para nada, não tem finais de semana, nada...” (R.271)

E **Azaléia** afirma que,

“se trabalha muito, se tem vários empregos, há sobrecarga de trabalho e não há recompensa monetária adequada, não se tem tempo de se cuidar, se valorizar como ser humano...”, (R. 248)

Evidenciando a sobrevivência necessária, assim como o aspecto da abnegação e também “do amor”, conforme enfatizado na Categoria 1.1.3.

Esse caráter humanístico da profissão está bem enriquecido com o toque masculino de Cravo, ao afirmar sua dedicação à enfermagem, considerando todos os prós e os contras da enfermagem, incluindo as susceptibilidades mais pessoais, invisíveis a uma sociedade, nem sempre bem informada, nem muito próxima do convívio com a/o enfermeira/o, expondo seus sentimentos de “ser enfermeiro de coração”, corpo, alma e espírito, ao dizer:

“Eu sempre gostei de cuidar do paciente, de ajudar, de ver o paciente se recuperando, isso é uma das maiores recompensas prá mim [...]um dos aspectos positivos é lidar com pacientes acamados, muitas vezes totalmente dependentes, e com o passar dos dias o paciente se recupera e sai se tornando independente desses cuidados... é uma coisa que me deixa realizado como enfermeiro” (Cravo, R. 205)

Os vários ângulos dimensionais da imagem da/o enfermeira/o, conforme exposto nestes recortes, que envolvem facetas de sentimentos dos mais diversos, compõem traços tão sutis, muitas vezes até difíceis de serem traduzidos com palavras, mas que, via de regra, estão presentes no cotidiano de sua prática, expressos através de um gesto, de um olhar, de um toque, acompanhados de seu conhecimento, bom senso e discernimento.

É uma imagem eclética, multicolorida e multifacetária, marcada pelas contingências históricas, culturais e formativas. Retrata um ser que se curva diante do sofrimento alheio e até parece sentir-se naquele outro ser humano de quem cuida, e disso tira a sua gratificação. Em uma incansável busca de solução, consegue suplantar o próprio dissabor de saber-se incompreendido, mal retribuído, mal reconhecido. Ora visto como “uma freirinha”, ora, como “uma mulher chata”, mas sempre “cheio de amor pelo que faz, pelo seu fazer”. Decide, porém, que continuará sua missão, independente das incongruências, e parte em busca da superação das próprias lacunas, a fim de buscar para si o reconhecimento e para o doente uma assistência mais competente, mais eficaz. Suas ações, mesmo permeadas de

buscas e incertezas, de algumas decepções, estão também repletas de sonhos, de projetos, que têm em vista o crescimento da profissão e o bem estar do paciente.

A sociedade, esse juiz “cego”, insensível à arte do belo e do útil que existe na enfermagem, nem de longe vem conseguindo perscrutar o valor imenso que se esconde por trás de gestos simples, racionais e nobres desse profissional. Não se atém à arte, à grandeza de fatos simples e tão complexos, visto seu caráter humanitário, que historicamente vêm construindo essa profissão. Comete uma injustiça, desconhecendo essa *“profissão na qual pessoas complexas cuidam de outras pessoas complexas e de grupos mais complexos ainda”* (Rogers, apud Rhodus, 1984, p.35). Sabe-se, porém, que os parâmetros utilizados pelos sistemas sociais, para atribuir valoração aos profissionais e à profissão de enfermagem, são também bastante complexos, vez que o amor, *“que é a unidade espiritual na ordem do sentimento”* para Oliveira (1979, p.94), o prazer, que é o princípio diretor da ação humana, conforme Fromm (1983), e muitos outros sentimentos permeiam com muita energia as suas relações.

Quadro 13

Categoria: 5.1.3. Quotidiano e conceito de enfermagem na prática Profissional

Registro	Frequência
a) <u>prazer de fazer o que gosta</u>	04
b) <u>prática, vivência, e experiências do dia-a-dia na enfermagem</u>	31
c) <u>mudanças ocorridas na profissão</u>	03
d) <u>enfermeira vista pela população como uma “mulher chata”</u>	01
e) <u>maior independência da profissão promoveria melhor qualidade de vida para o enfermeiro</u>	03
f) <u>hiperdesenvolvimento da emotividade</u>	01
g) <u>decepções devido a expectativas frustradas</u>	04
h) <u>exíguo número de enfermeiros na equipe desfavorecendo a divulgação do trabalho do enfermeiro</u>	02
i) <u>dificuldade de interação com os médicos</u>	02
j) <u>distanciamento da família provocado pela escala de trabalho</u>	02
k) <u>abnegação e disponibilidade exigidas pela profissão</u>	04
l) <u>possibilidade de acomodação própria e de colegas</u>	01
m) <u>incongruência entre teoria e prática</u>	07

Na categoria **Quotidiano e conceito de enfermagem na prática profissional**, está, de alguma forma, retratado o cotidiano das enfermeiras e do enfermeiro implicados

neste estudo, no que se refere ao seu modo de vivenciar a enfermagem. Os vários aspectos que conformam a enfermagem, no cotidiano desses profissionais, compõem o seu “modus vivendi” profissional e, a partir deles, são elaboradas as suas representações, nas quais se insere todo o seu potencial de experiências individuais e grupais, envolvendo as atividades globais da sua realidade física e social, regulados pelo seu poder de imaginação que, ao se processar, poderá resultar em um núcleo de representação social.

As suas experiências quotidianas centram-se, basicamente, no seu fazer e viver a enfermagem, permeados que são de muitas mudanças, muito prazer, mas também de sofrimento. Fortes sinais de crescimento e de independência profissional, imiscuídas em desejos de suprir lacunas se insinuam. O enfrentamento de desafios sociais de ordem tecnológica e científica, as atividades e interações, terminam por conformar um conceito de prática de enfermagem, vivido e debatido, compartilhado com o paciente e família, com os próprios familiares da/o enfermeira/o, que o valorizam e o admiram. É o que confessa **Vitória**, dizendo que,

“é importante sentir o reconhecimento, o respeito e a amizade do paciente... e muito respeito por parte das pessoas de minha família que atuam na área da saúde”(R. 13)

Lidam, ao mesmo tempo, com os estigmas retrógrados, decorrentes de históricos tabus sociais; com as incongruências do fazer e do sentir em uma prática repleta de emotividade, em um ambiente que requer ação constante e as mais diversas providências, sejam de ordem terapêutica, de suprimento de pessoal e de material para cuidados. A condição de constante alerta para providências e acomodações pode resultar em um motivo de estagnação profissional, de desgaste e desencanto, que vem anexado ao seu quadro imaginal sobre a profissão.

É neste cotidiano de esperadas, constantes e infindáveis estruturações que são determinados os elementos básicos, que compõem as representações sociais das/os enfermeiras/os que trabalham em unidade hospitalar, a respeito da importância de sua profissão para a sociedade.

O conceito de enfermagem elaborado no cotidiano da prática de enfermeiras/os que trabalham em unidade de internação hospitalar, participantes deste estudo, é mesclado de sentimentos comuns, mas também de muitos outros nobres, assim como são seus projetos em relação a seus pacientes, integrados por “desvelo, respeito, responsabilidade e conhecimento”, em uma prática que nem todos escolheram, mas que, na maioria, fariam tudo outra vez; muito desejo de crescimento e amadurecimento profissional e científico; de abnegação, seja ela espontânea ou por que é exigida pela profissão; de tentativa de repressões à sua autonomia, à sua valorização, ao respeito que lhe é devido; de desencontros relacionais entre os profissionais; de dificuldades nas práticas hospitalares, ocasionadas pela escassez de material para os cuidados e da própria mão de obra, dificultadas também por incongruências sistemáticas entre teoria e prática, mas, em contrapartida, é uma prática repleta de doação pelo próprio ser humano e de muito amor.

V. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O mundo real se expressa a cada um através de visões fragmentadas, que por sua vez nos chegam por meio de nossos sentidos, em formas as mais variadas possíveis, a ponto de nos surpreender, em determinadas ocasiões.

O que dota cada pessoa do status de participante da realidade que o cerca é a própria forma de participar, o seu atuar e a maneira como essa acontece. É a partir dessa ação que resultam as representações. Cada um está apto a projetar no seu ambiente a própria realidade individual, a qual, por estar permeada de influências muito diversas, pode deixar a impressão de que o indivíduo seja portador de múltiplas identificações, que praticamente o descaracterizam em sua identidade. Segundo Paz (1974, p.55), “nossa realidade mais íntima está fora de nós e não é nossa, nem é una, mas plural, e instantânea, nós somos essa pluralidade que se dispersa [...]”.

As ações dos indivíduos, direcionadas por influências e condições socio-históricas e sociopolíticas, valores reciclados pela teoria e pela prática, são fatores que participam no delineamento de sua imagem, a qual se projeta para o exterior, mostrando traços diversificados, cujas características decorrerão também das vivências experimentadas pelo indivíduo. A este respeito, Erdmann (1996) destaca que a crise de valores e de modos de vida e os avanços tecnológicos invadem nosso mundo interior e influenciam os hábitos e as regras sociais. Dessas experiências, então, decorrerá a forma como cada indivíduo estabelece suas representações sobre sua realidade social e as diferentes formas de se colocar, em relação a situações idênticas. A representação, fenômeno que sofre constante influência das mudanças sociais e ambientais, pelas quais passa o indivíduo, é integrada de aspectos afetivos e cognitivos. No momento em que surge na consciência, vem carregada de afetividade. Conforme considera Lane, citado por Tavares e Teixeira (1985, p.53), “a representação é

aquilo que nos permite explicar o mundo que nos cerca. Decorre de nossa convivência. Implica ação, experiência e reconhecimento de um objeto ou situação e significados que possamos atribuir a eles”.

Neste trabalho, as representações das enfermeiras e enfermeiros, vêm ancoradas, no contexto a seguir:

5.1. ENFERMAGEM: HISTÓRIA-EVOLUÇÃO E VALORIZAÇÃO

Uma profissão pressupõe o exercício técnico e intelectual. É um **meio de subsistência**, o que pressupõe **remuneração resultante do seu exercício**, e encerra **certo prestígio**, pelo **caráter social ou intelectual**. É o **professar crenças, sentimentos e opiniões**, através da **maneira de agir**, de se portar, relaciona-se ao desempenho de uma atividade especializada e supõe determinado preparo, (Ferreira, 1986). Entretanto, enquanto **ciência e arte**, a profissão é susceptível a constantes **mudanças**, às quais os profissionais vão adaptando-se paulatinamente. Na enfermagem, essa situação não poderia ser diferente. Segundo Padilha et all (1997, p.309), a enfermagem vem, ao longo do tempo, desconstruindo e construindo sua história, libertando-se de antigos paradigmas. “Muitos dos significados trazidos pelas alunas são construídos a partir de sua **formação familiar e social**, e vêm impregnados de **estereótipos e preconceitos (...)**”. Esta afirmação é reforçada pelos resultados do presente trabalho que mostram, através de um significativo número de registros emitidos pelas enfermeiras e enfermeiros, serem as influências familiares um dos motivos que atrai uma parcela considerável de jovens a **ingressar na profissão**.

O fator **conscientização** está, também, bastante destacado, no que se refere à **evolução e mudanças**. Sabe-se que, para haver o **reconhecimento**, a assimilação e acatamento de mudanças, é necessário o entendimento do significado daquela mudança, o que **envolve sentimentos**, para que ela não seja negada, além da assunção de posições frente àquela nova situação, fato ou circunstância. O que importa é assumir-se, em um projeto que comporte o nós e os outros, como seres sociais e históricos, como seres pensantes, comunicantes, transformadores, criadores, realizadores de sonhos, capazes de experimentar

sentimentos de raiva e de amor (Freire, 1998). É um **amadurecimento** que enfermeiras e enfermeiros necessitam atingir. A **conscientização** envolve, portanto, o **entendimento** profundo e integral do próprio indivíduo.

Ser integrante de uma **profissão em construção** exige ter a **consciência do inacabado**, do advir, e pode-se perceber que essa consciência, a maioria das enfermeiras e enfermeiros já começam a adquirir, o que contraria a **acomodação** e impescinde de **liberdade** e de **autonomia**, a fim de que haja um direcionamento coerente e crítico nas ações profissionais, individuais e grupais. O que envolve posicionamento crítico fundamentado em pontos de vista, apoiados em questões teórico - práticas, embasadas em raciocínios claros e objetivos, tendo em vista a experiência. Dizem Berger & Luckmann (1994) que é pela ação que o ser se define, o ato é a **expressão da liberdade**. E esta amadurece no confronto com outras liberdades, na defesa de seus direitos, segundo Freire, (1998).

Neste trabalho, viu-se notório depoimento de **Relva** (R. 39) sobre o fato de já estar havendo maior abertura na enfermagem, condição esta fundamental para o **crescimento e amadurecimento** da classe, visto que o paternalismo deturpa a condição para a autonomia pessoal, profissional e científica.

O conhecimento da realidade, portanto, impescinde da experiência histórica, política, social e cultural, do indivíduo ou grupo. Envolve conflitos de forças internas e externas ao indivíduo e suas causas. Conflitos esses que servem de fermento à construção social e política da solidariedade, ao mesmo tempo em que, promovendo o amadurecimento, propicia à pessoa, um estado de disponibilidade autêntica, de sensibilidade para lidar com questões diversas; de tranqüilidade para perguntar e responder, para concordar e para discordar, para, enfim, se colocar na vida e no caso da enfermagem, também em relação a questões críticas, como é o caso da morte. O conhecimento constitui, então, condição indispensável para um posicionamento profissional, distinto, diferenciado, o qual não passa despercebido, nem ao mais grave dos pacientes, uma vez que seus familiares observam a qualidade e a forma como os cuidados são prestados.

Conforme Kalish & Kalish (1986, p.2), “o termo **imagem da enfermagem** pode ser definido como o conjunto de crenças, idéias e impressões que as pessoas têm da enfermagem”, o que decorre de **conhecimentos culturais e contribuições sociais**, daí a importância de se produzir insumos, no sentido de subsidiar a **imagem histórica evolutiva da enfermagem**. Em nome do valor moral e ético, essa classe de profissionais, viu, no passado, negados muitos de seus direitos e privilégios sociais. Sem dúvidas, o presente está orientado pelo passado, onde reside a maior importância deste último, e é justamente a distinção crítica, entre o espaço e o tempo, as verdades e as certezas que o circundam, que devem guiar nossa consciência sobre os fatos. Todos, enfermeiras e enfermeiros, podem, em sua consciência, perceber as mudanças que se evidenciam na enfermagem.

A profissão de enfermagem, **enquanto arte**, tem passado por estágios bastante importantes, no sentido de **liberação de medidas, de padrões** determinísticos para o modo de execução de práticas ou procedimentos, e isso favorece a criatividade, nas formas, movimentos e proporções. Conforme Buzzi, (1992), a **arte** se relaciona à *criação de formas* que manifestam a verdade, que desocultam as aparências (...). Deve favorecer a primazia, o conforto na execução de uma atividade. Grande parte das atividades de enfermagem, muitas vezes também chamadas de procedimentos, resumem essencialmente a arte, na qual devem estar integrados conhecimento, movimentos e sentimento, particulares, portanto, a cada ser, a cada indivíduo. A maneira de fazer alguma coisa deve estar em sintonia com a própria identidade do executor da atividade. Dependendo, ainda, das susceptibilidades do sujeito receptor ou beneficiado pela atividade, esta pode sofrer adaptações em seus componentes, visto que deve ser agradável a ambos os sujeitos da ação. Deve ser realizada com espontaneidade, com emoção, e nela deve estar impressa toda a verdade, o sentido do que está sendo realizado. Segundo Burke (1993), a graciosidade da aparência, transmitida pela desenvoltura dos gestos ou movimentos, são qualidades que podem ser comunicadas, a ação da beleza enfraquece a rigidez e o belo funda-se no prazer puramente. Considero uma colocação adequada para uma analogia às atividades de enfermagem, que envolvem conhecimento, arte e movimento, em função do belo que é a saúde do ser humano.

O **caráter de arte da enfermagem** parece ser muito forte, muito presente. A arte parece superar as lacunas circunstanciais do **quotidiano de sua prática**, sejam relacionadas à

defasagem salarial, à sobrecarga de trabalho, às dificuldades relacionadas a deficiências de material, ou mesmo às decepções. Não preenche lacunas, entretanto, **como falha quantitativa de pessoal,** justamente porque ela precisa de mãos, de agentes sociais para existir, para expressá-la.

Os **atrativos** que mantêm as enfermeiras e enfermeiros na profissão, parecem sustentar-se fracamente no trabalho como fonte de renda, firmam-se basicamente, **na arte do cuidar e no prazer de ver o seu produto,** que é a **recuperação do paciente.** Mesmo, ainda que ressentidos pelo fato de que a norma ético-profissional os afasta do prazer do lazer em família, pois entendem que a saúde deve ser constante, e a doença, muitas vezes, não dá tréguas. Para tratar do aspecto do prazer em sua pertinência com o trabalho de enfermeiras e enfermeiros, no cuidar e no se relacionar com o paciente, uso como suporte Lowen (1970, p. 200) que a este respeito diz ser “o prazer a sensação de harmonia entre o organismo e seu ambiente. É um conceito não estático, já que o ambiente está em constante mudança e desta forma fornece oportunidades para novos e maiores prazeres”, que abrangem todas as nossas atividades e relações. A sensação de prazer é originada no ritmo natural e sem perturbação da vida já que há um tempo para trabalhar e um tempo para descansar [...]. **Todo indivíduo conhece quais são seus ritmos,** percebendo, através de sensações de dor ou de falta de prazer, quando seus ritmos estão perturbados. O autor correlaciona a sensação de prazer ao livre fluir e ritmicidade dos movimentos do corpo em **harmonia com o ambiente.** O trabalho pode constituir uma fonte de prazer, dependendo das condições nele existentes e da **satisfação que possa derivar dos resultados.** O **prazer** que a pessoa sente no corpo está ligado ao **produto,** que por sua vez reflete o prazer através da boa qualidade e da atitude que se tenha em relação à tarefa. Depende sempre da **identificação da pessoa com a atividade;** quando se está identificado com uma atividade, fluímos livre e espontaneamente. O prazer resulta desse fluxo de sentimentos.

Refere ainda Lowen (1970, p.99) que todo projeto empreendido por nós, deve produzir satisfação em dois níveis: ao nível físico, através do **prazer das atividades,** e ao nível do ego, através da **consciência da realização,** que se manifesta através da auto-expressão, o que corresponde à dualidade da natureza humana. Lembra que a **aquisição de conhecimentos e o domínio das habilidades** são relevantes fontes de satisfação do ego, “o

‘eu’ quer saber e ser capaz de fazer”. O desejo da auto-expressão leva o indivíduo a buscar experiências e assim envolve-se em lutas, compartilha realizações e fracassos, o que vem resultar em uma **identificação**, o indivíduo pode, então, se sentir parte da sociedade, preenchendo sua necessidade para estar em relação harmoniosa com o ambiente. A **auto-expressão**, entretanto, necessita ser reforçada com o **reconhecimento**, oriundo da reação da comunidade àquele ato, cuja **satisfação** será equivalente ao tipo de **reação**, - recompensa - positiva ou negativa. O ato criativo que passa despercebido, geralmente deixa seu autor frustrado. **Todos precisamos de algum reconhecimento** de certo reconhecimento de nossa individualidade, sem o que é difícil **manter a identidade**. É nesse contexto que se ancora o **desejo de reconhecimento** e a questão do **status**, que provém da necessidade do ego de ser reconhecido. O **grau de reconhecimento** determina o **status**, que expande a sensação de identidade do indivíduo e apoia seu ego. Serve para assegurar a sobrevivência. Diz o autor, que determinados fatores podem representar papel importante na **determinação do status**, tais como a hereditariedade, riqueza, maneira de falar, relações familiares. E que o **status molda a imagem do ego do indivíduo**; quanto maior o status, maior a imagem, pois só podemos nos ver através dos olhos dos outros. O que mostra que o prazer das enfermeiras e enfermeiros com o seu exercício na enfermagem, estaria bem mais completo se a profissão já contasse com reconhecimento social.

É necessário desafiar a própria opinião pública, impactuando-a com uma **divulgação maior sobre o que é realizado por enfermeiras e enfermeiros**, sobre todo este caráter de dedicação ao seu trabalho, ao seu cliente. Provocar nela a compreensão dessas ações ímpares e singulares, para o que, a enfermagem tem formas de comunicar muito sensibilizadoras e profundas, ou seja, o produto de suas ações, a existência, a preservação da vida é imperativa em todos os sentidos, nisso reside a **valorização** da enfermagem.

5.2. ENFERMEIRA/O: EXERCÍCIO E IMPLICAÇÕES DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Desde a primeira entrevista até a última, o “tom” de importância do assunto, surgia rápido na voz daqueles entrevistados, como que ávidos em falar sobre a sua profissão,

dos encantos e dos desencantos, das glórias e das frustrações. Levantar, talvez, reflexões possíveis de melhorar as circunstâncias em que acontecem as situações de prática vivenciadas por eles. Colocações diferenciadas e não menos entusiasmantes, nesse sentido, surgiam, à medida em que se sucediam as abordagens a novos participantes.

O significado contido no trabalho da enfermeira e do enfermeiro, assim como a dinâmica que é desenvolvida na realização do mesmo, veio a sugerir, na opinião de um dos entrevistados, a idéia da enfermeira ou enfermeiro como um elemento de sustentação da vida, ponte que permite passar a esperança, a cura, a confiança, a tranqüilidade, o conforto o bem estar, verdades e incertezas; de forma a, um dos entrevistados, se referir à enfermeira ou enfermeiro como um “elo”, elemento de sustentação e apoio. **Elo** esse que sustenta também, muitas vezes, com um sorriso nos lábios, a **responsabilidade de liderar grandes e pequenas equipes**, mas em geral, complexas, visto a grande heterogenidade que caracteriza as mesmas, e considerando ainda, o mister que essa equipe tem em um cotidiano permeado de emoções fortes, ora prazerosas, ora sombrias, e mesmo mórbidas, nessa atividade que envolve doação, abnegação, desvelo, responsabilidade e, conforme referido pelos entrevistados, **muito prazer**. Ação, portanto, divinizada na ética e na estética do cuidar, em um correlacionamento de ação, sentimento e percepção sensorial e corporal, que vem influenciar a carga energética da valência emocional envolvida no contexto das representações sociais apresentadas.

É uma prática que se desenvolve, na complexidade de múltiplas partes que compõem, cada uma delas, um todo distinto, ao mesmo tempo que indissociável de um fim único, o tratamento, o cuidado, a manutenção ou recuperação do bem mais precioso para o ser humano, que é a vida e a saúde. Decorre em um contexto interrelacional entre semelhantes, que ocasionalmente experimentam situações diferenciadas e duais, entre sadio e doente; entre o estar e o não estar, em condições ótimas de discernir sobre o que fazer, ocasionando a existência desigual de uma condição de poder e determinação. Situação esta que se, de um lado, envolve a imperatividade do conhecimento científico e do discernimento, do outro, o do doente, envolve insegurança e intensa angústia e ansiedade, sempre influenciados por fatores individuais, ambientais e éticos-filosóficos, compartilhada, no entanto, por ambos, a fim de que o entendimento das ações aconteça, nas duas partes, para produzir resultados que promovam uma satisfação recíproca e eficaz, considerando a intencionalidade da ação; o

planejamento prévio e a intencionalidade da ação; seu conteúdo explicativo e o contexto de raciocínio feito anteriormente, conforme já colocado por mim em trabalhos anteriores.

Toda essa contextualidade envolve tensões anteriores e também momentâneas, que poderão interferir, tanto nas estratégias e métodos adotados, como em seus resultados.

Além dos fatores individuais, dentre os quais se destacam, historicidade do indivíduo, suas crenças, valores, padrões culturais, religião e expectativas, estão implicados os fatores de ordem ambientais, com particulares conotações individuais, capazes de imprimir fortes implicações psicossociais. A enfermeira, ou enfermeiro pode deparar-se, conforme destacado no Diagrama 2 (p.105), com a busca da sua melhoria de status, do seu aprimoramento profissional, de uma melhor definição do seu papel profissional, assim como das questões políticas e sociais que envolvem a profissão.

Vale perceber que, nesta complexidade, as enfermeiras e enfermeiros trabalham em uma dinâmica de ser concomitantemente, dual, aquele que busca, que necessita, e aquele que é o alvo, o lenitivo, a proteção, o apoio, a resposta, a despeito de qualquer realidade hostil ou favorável ao acontecer.

•STATUS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

As enfermeiras e enfermeiros entendem que o seu exercício tem um valor real, uma vez que estão constantemente conferindo os resultados do mesmo, através da melhoria do estado de saúde do paciente; da série de tratamentos e outros procedimentos realizados sob os auspícios de sua interferência. O que ilustro aqui, com uma colocação de **Gardênia (R. 216)**: “já pensou um hospital sem enfermeiro, será que funcionaria...?”. Entretanto, a sociedade à qual estão integrados, culturalmente não o valoriza e, portanto, não atribui a esse profissional, o reconhecimento moral e financeiro correspondente. Foi colocado por **Sorriso de Maria (R. 252)**, em tom de quase divagação que “o emprego se arranja, mas não se tem uma boa remuneração”. Referia-se ao fato de haver um bom mercado de trabalho para a enfermagem, o que evidencia a necessidade e importância desse profissional para a sociedade,

mas, não lhe é concedido um salário compensador. Ao mesmo tempo, tradicionalmente, não é visto como um profissional importante. Esta questão repercute, então, conformando o status social da profissão/ profissional, age como fator desmotivante para muitas das enfermeiras e enfermeiros, ao mesmo tempo em que serve como meio de reforço para o desvalor profissional.

Reconhecem que é necessário trabalhar em prol do crescimento da profissão que deve acontecer a partir de uma melhor formação dos profissionais, de forma a se tornarem mais conscientes do papel da enfermeira ou enfermeiro, para então adotarem posições coerentes com sua função e obterem, a partir desta, o reconhecimento desejado por este profissional, para si e para a profissão.

Esta situação parece produzir representações com conotações ambíguas por parte do profissional, visto a inconsistência situacional, conforme pode ser observado no Quadro sinótico 2, (p.107). O profissional, como que sensibilizado por uma realidade que lhe é adversa, conturba-se quanto à certeza da eficiência profissional, esta parece tornar-se tênue, o que faz enfermeiras e enfermeiros vivenciarem desarmonias em aspectos importantes que representam a imagem profissional perante a sociedade.

Percebe-se uma forte ambigüidade no que se refere ao reconhecimento (valorização), do profissional visto que, ao mesmo tempo em que é referido estar sendo este melhor reconhecida/o (valorizado), também é referido faltar no mesmo, consciência profissional (Quadro sinótico 2, p.107). Existe, tanto a referência de haver consciência das mudanças positivas, ocorridas na profissão, ao longo de sua história, como também a de que, antigamente a enfermagem estudava mais. Existe a referência de que enfermeiras e enfermeiros já têm um trabalho próprio, mas ainda assim, é referida indefinição neste papel. É referido haver uma certeza do reconhecimento do paciente ao trabalho de enfermeiras e enfermeiros, mas também é dado destaque ao desconhecimento da população sobre o que enfermeiras e enfermeiros fazem. Assim, portanto, os aspectos de autonomia/ independência; consciência e qualificação profissional; evolução, projeção e valorização social, são parâmetros, suscitam, nas enfermeiras e enfermeiros, representações ambíguas, que decorrem da carga de influência que estes recebem dos diferentes extratos sociais, impedindo, portanto,

de alguma forma, uma maior certeza de sua competência e autonomia profissional, assim como a importância desta na sociedade.

• EVOLUÇÃO E RECONHECIMENTO SOCIAL

Enfermeiras e enfermeiros entendem, na sua maioria, que a enfermagem evoluiu tanto no aspecto técnico quanto no científico. Apesar de não haver ainda muitos enfermeiras e enfermeiros desenvolvendo trabalho autônomo, já existem muitos assumindo cargos administrativos importantes. Reconhecem ser a formação, um fator que determina a evolução, conforme depõe **Flora (57)**: *“hoje o currículo já mudou, está evoluindo, melhor adaptado à nossa realidade”*.

Referem ter o reconhecimento de que a qualificação e a atualização profissional são indispensáveis, no sentido de enfermeiras e enfermeiros serem melhor valorizados e, conseqüentemente, reconhecidos. Sabem, por outro lado, que a longa jornada de trabalho que enfrentam, praticamente os impede de freqüentarem cursos, pois somente poucos conseguem redução da jornada para este fim, conforme **Gerânio, (R.154)**: *“mesmo apesar da grande carga horária que se tem, o enfermeiro já despertou para a importância de estudar mais”*

Percebe-se que a evolução da profissão, assim como seu reconhecimento social, é marcado principalmente pela qualificação científica e a autonomia profissional conquistada pelos profissionais. Outro aspecto bastante marcante, também evidenciado no Quadro sinótico 2, (p.107), que tem correlação com os dois anteriores, é a independência profissional. São fatores que, visto a sua importância, no que se refere ao manuseio de métodos e técnicas profissionais, promovem o reconhecimento profissional, tão necessário quando existe, e necessidade de um trabalho conjunto com vistas a uma melhor posição de status e projeção social da profissão/ profissional.

Ao mesmo tempo, ao considerar os modos favoráveis e desfavoráveis, Quadro sinótico 1, (p.106), segundo a perspectiva dos profissionais, vê-se que existe, basicamente, um equilíbrio entre estes, no que se refere à quantidade numérica dos itens. O apreço à profissão,

está impresso, ao se verificar que naqueles aspectos, que envolvem prestígio, valorização, divulgação social, organização e status, dentre outros, as enfermeiras e enfermeiros, desejariam poder dar maior ênfase às suas respostas.

•CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL E REALIZAÇÃO PESSOAL

Ao mesmo tempo em que, as enfermeiras e enfermeiros desejariam envolver-se, em maior escala, com cuidado de enfermagem, com a finalidade, também, de melhor divulgarem a própria profissão, apresentando-se pessoalmente ao paciente, desenvolverem-se na arte da enfermagem, o que poderia trazer-lhes realização, são impedidos, devido terem que se desencumbir das atividades administrativas e burocráticas. Sabem que somente uma parcela pequena da clientela recebe cuidados diretos de enfermeiras e enfermeiros, o que possibilitaria poder vislumbrar neles a **imagem do profissional**. Esta imagem entretanto, é multidimensional. Possui dimensões que podem ser inalcançáveis a olhos pouco perceptíveis, visto que essa é revestida de muita subjetividade, dado à complexidade de sua forma de apresentação. Ela se evidencia através de ações as mais diversas, sejam ativas ou passivas. Essa atuação expressa por ações, palavras e gestos, pode acontecer de forma apenas subliminar, com o encontro de um olhar que transmite confiança, incentivo, ternura e força. Esta dimensão só pode ser percebida por aquele que compartilha esse olhar, o qual é fortuito a uma parcela significativa da sociedade, que ignora essa dimensão.

A busca da auto-realização implica em auto-expressão, à qual, no caso das enfermeiras e enfermeiros, deve acontecer a partir do cuidado ao paciente, tendo em vista o que revela **Gardênia (R. 201)**, ou seja, *“a satisfação de você trabalhar naquilo que você escolheu”*.

A caracterização profissional, portanto, é marcada por uma complexidade de traços, mesclados pelo belo e o disforme; pela alegria e pela dor; pelo encantamento e pelo desencanto; de desejos e de decepções; do evoluir e do estagnar; do dinamismo e do marasmo; por aquilo que é cristalino e pelo imperscrutável; de subserviência e de autonomia; pelo respeitoso e pelo desvalor; do bem e do mal resolvido; do pronto e do inacabado; por

horizontes límpidos, profundos, mas também pelos turvos e superficiais; do conhecimento simplista ao conhecimento complexo; do nós e do outro; do real e do transcendental; do definido e do ambíguo; de harmonias e de desencontros; da liberdade do prazer e do aprisionamento salarial; de sabedoria e de carência desta; de metodização e de falta de instrumentalização organizacional; de ações individuais, isoladas, independentes e de ações grupais e integradas; da complexidade do todo e da simplicidade de suas partes, na dimensão da complexidade do ser e do fazer, conforme nos mostra o Quadro sinótico 1, (p.106).

Pode-se ver, nos Diagramas 1 (p.104) e 2 (p.105) e no Quadro sinótico 1 (p.106), a frequência com que a palavra prazer vem apresentada. Esta é atribuída, ora ao aspecto da aquisição de aprendizagem de conhecimentos, ora a cuidados necessários à recuperação e ao bem-estar do outro, ou pelo aprender a lidar com as próprias emoções; ora, à emoção de observar o êxito de um tratamento, do qual é co-partícipe; ora, por um motivo, talvez até mais imperativo, que é a própria sobrevivência, e, ainda, pela suprema sensação de sentir-se valorizado, reconhecido na sua condição de ser capaz, no seu poder de oferecer, e, enfim, sente o agradecimento do paciente pela sua parcela de doação a ele. Nesta conjunção complexa portanto, de sentimentos, emoção e aprendizado, o prazer insere-se como uma constante, que vem mesclar-se a fatores de insatisfação que surgem paralelamente aos que originam o prazer, vêm resultar em paradoxos e ambigüidades, próprias de um cotidiano permeado de prazer e dor, como é o experimentado por enfermeiras e enfermeiros em seus ambientes de trabalho.

A satisfação na enfermagem, que é geradora do prazer, decorre do exercitar –se na prestação de cuidados ao paciente, visto que, conforme depoimentos, o prazer resulta do “*sentir-se útil, prestar um atendimento que vai gerar tanta coisa boa para a outra pessoa*” (R. 177), conforme declara **Papoula**. Enquanto **Dália** refere: “*me dá uma sensação de prazer, eu adoro fazer o que eu faço*” (R. 199). Essas colocações mostram que para a enfermeira ou enfermeiro é importante o exercício do cuidado, e que é um direito seu que ele deve continuar defendendo de “trabalhar naquilo que escolheu”. Para tanto, como ponto importante no fundamento normativo para a defesa do direito do exercício do cuidado pelas enfermeiras e enfermeiros, é o entendimento de que os direitos humanos, são **universais, absolutos, inegociáveis e inalienáveis**, conforme Cortina (1995).

A relação com o doente torna-se, para enfermeiras e enfermeiros, objeto do próprio desenvolvimento, do aprimoramento ético e científico que contempla uma complexidade relacional e emerge de uma realidade recíproca, que envolve individualidade e incerteza, vislumbrada, sob o ponto de vista humanístico.

•CONOTAÇÃO DOS INTER-RELACIONAMENTOS

Considerando a natureza do serviço que é executado, enfermeiras e enfermeiros entendem a necessidade e importância de trabalhar em equipe, entretanto, vêem-se envolvidos em situações desagradáveis, decorrentes de divergências de atitudes profissionais que implicam na questão da consciência ética, que se refere ao comportamento individual. Essa situação foi denominada de “picuinhas”, por algumas das enfermeiras.

Por outro lado, enfrentam o descaso e atitudes desrespeitosas, vindas de outros profissionais da área da saúde. Determinados profissionais da área da saúde, mesmo reconhecendo na atividade das enfermeiras e enfermeiros, um substancial apoio para a sua, frente a circunstâncias que lhe são adversas, criam situações que expõem aqueles, a humilhações, dirigem-se aos mesmos com palavras grosseiras. Gesto esse que tem, certamente, o intuito de perpetuar um discurso de supremacia, que não mais se aplica, que enfermeiras/os tem, já, condição de provar, com o seu posicionamento científico e de tomada de decisão na equipe. Pode representar uma intencionalidade, mesmo que inconsciente, de tentativa de fragilização desse profissional, no sentido, talvez, de perpetuar uma situação de fragilidade, em relação a outros profissionais da mesma área de atuação.

Através do Quadro sinótico 1 (p. 106), observam-se, alguns destaques que constituem fonte de insatisfação e de ansiedade para o profissional, sendo esses: ser confundido com qualquer elemento da equipe, o que vem de encontro à identidade do profissional; desarmonias internas, que decorrem certamente de fatores individuais e culturais da pessoa, assim como da diversificação de pessoas de categorias diversas, existentes na equipe de enfermagem; os horários de trabalho destoantes dos demais membros da família, o que ocasiona, certamente, estresse; a não assunção do seu papel por alguns membros da

equipe; ambientes insalubres e com condições de trabalho precárias, árduas e desgastantes, nos quais as enfermeiras e enfermeiros desenvolvem sua prática; o pequeno contingente de profissionais existente para a prática do cuidado; interferência decorrente da pouca habilidade de relacionamento dos médicos para com os profissionais de enfermagem.

Pode-se ver, assim, que os fatores apontados como envolvidos nos inter-relacionamentos são diversos, em número e em natureza. Envolvem diferentes características, e apesar de terem forte componente de implicação organizacional, entende-se ser delicada a manipulação dos mesmos no sentido de esses fatores serem reduzidos ou modificados, com vistas a uma melhor interação do profissional à sua prática.

•NORMATIZAÇÕES INSTITUCIONAIS

As enfermeiras e enfermeiros entendem e reconhecem a necessidade de regimes e horários alternados para o seu trabalho, entretanto, não deixam de se ressentir, em seus próprios ritmos biológicos, dos rodízios de horários e das exaustivas cargas horárias, o que resulta em prolongado distanciamento dos filhos e cônjuges.

No caso dos rodízios de setores, foi emocionante o depoimento de uma colega recém - formada, que trabalhava há seis meses em uma clínica, absolutamente de seu desagrado. O seu estado de descontentamento, revolta e frustração ficou grifado em cada uma de suas colocações durante a entrevista, as quais soavam como profundo desabafo de frustração por estar na enfermagem, profissão que, segundo ela, amava tanto, anteriormente a essa ocorrência. *“Não gosto desta clínica, desde estudante eu não gosto de clínica médica, passei mais de 6 meses com raiva, eu vinha prá cá à força, levantava prá vir prá cá à força, depois de uns 6 meses é que melhorou, mas eu vou agora de volta prá clínica cirúrgica”*. (Armênia, R. 261).

A administração de serviços e setores de enfermagem, é uma atividade privativa de enfermeiras e enfermeiros, conforme inciso I, item a do Art. 8º da Lei nº. 94406/87, que regulamenta o exercício da enfermagem, no entanto este aspecto gera ainda, desagradados, visto

a polêmica suscitada em virtude de não haver a devida recompensa financeira, por parte da instituição. É uma atividade, cujo desempenho demanda uma parcela preciosa do tempo desse profissional. É uma situação que vem a ser útil somente para o caso de profissionais que entram impensadamente para a profissão, e terminam permanecendo na mesma, mesmo sabendo que não se identificam com ela. O que é colocado por **Bugari** (R.296), nos seguintes termos: *“muitos profissionais até aproveitam quando o hospital dá um direcionamento distorcido às atividades do enfermeiro, porque ele se apega a isso até para fugir do que seria sua atividade própria”*.

Via de regra, a questão da organização e dos métodos de administração institucional, é um capítulo que comporta a inserção de experts para investir na realização de estudos e experimentos, que possam produzir resultados no sentido de solucionar problemáticas, e através dos mesmos se possam suprir lacunas e corrigir falhas. Tal providência, acredito, já vem sendo adotada por especialistas e pesquisadores, de tal forma que essa distorção na profissão há de ser sanada, em um reduzido espaço de tempo, o que virá, sem dúvidas, melhorar consideravelmente o grau de satisfação das enfermeiras e enfermeiros institucionalizados.

•SUPORTE PARA TODAS AS DEFICIÊNCIAS

Dentre as várias atribuições associadas às enfermeiras e enfermeiros, está a de prover o necessário e indispensável ao cuidado do paciente. A despeito de toda a defasagem existente no sistema de saúde, desde a medicação, quando não está disponível; o equipamento para substituir o que esteja avariado e necessário a tratamentos urgentes; a presença do médico para assinar prescrição de medicamentos ou tratamentos. A/o enfermeira/o é destinado providenciar até mesmo o improvidenciável, que é quando então entra nas “improvisações”, expressão tão conhecida dos que convivem com as dificuldades financeiras das Instituições de saúde.

Às enfermeiras e aos enfermeiros, cabe responder que não tem vaga para aquele paciente, que, na maca, tem sua vida dependendo urgentemente de uma assistência

especializada. São aspectos administrativos, que certamente encontram ressonância, no seu modo abnegado, repleto de responsabilidade e bondade compassiva, no seu saber e conhecimento de tudo, parafraseando Lunardi (1998), e, também, até no seu diletantismo, visto a defasagem salarial e sobrecarga física e mental, ocasionada pelo excesso de trabalho. Enfrenta, também, a intenção de outros profissionais em responsabilizá-lo por “*aquilo que sai errado*”, quando, muitas vezes, sequer teve participação em determinado ato. Constitui uma circunstância em que, sentimento de culpa e dignidade se contrapõem, instalando-se na pessoa, uma sensação de conflito, que pode ocasionar desencanto e decepção pelo seu trabalho, podendo ainda, desencadear um estado de fragilização do profissional, que ele precisa desancorar do seu cotidiano.

Enfermeiras e enfermeiro entendem, portanto, que é necessária maior conscientização sobre o seu papel, a fim de melhor interpretá-lo para a sociedade, de forma que juntos, profissional e sociedade, comunguem da mesma idéia sobre a importância e significado do mesmo, e obtenham, conseqüentemente, maior reconhecimento. Enquanto isso, então, se assumem no papel de “fada madrinha” do doente, parece até que encontram forças nas próprias dificuldades existentes na profissão, e no bem estar que vêm no paciente quando este recebe suas atenções e cuidados, retiram daí sua realização profissional e pessoal, canalizam para o seu interior, energias das emoções positivas e relevam as negativas. Até porque, concordando com Lowen (1970, p.219), “com prazer, a vida é uma aventura criativa; sem ele, é uma luta pela sobrevivência”.

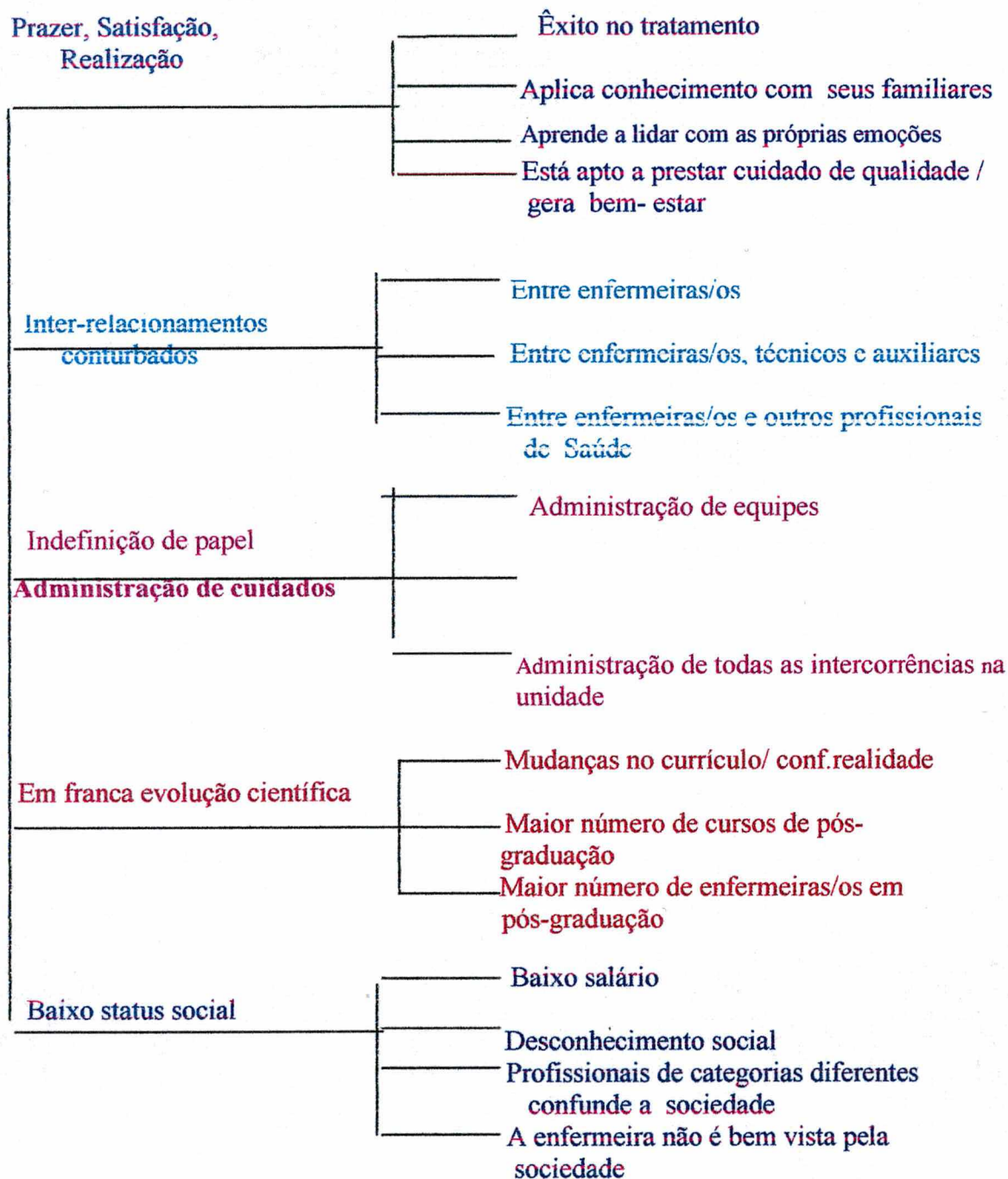
Estão conscientes de que alguns estereótipos, como por exemplo, “*ser vista como uma freirinha*” (Acácia, R.77), já está defasado, entretanto, parece que não lhes agrada “*ser vista como uma mulher chata*” (Angélica, R.356). Estão conscientes de que atualmente não se faz mais enfermagem “*só por amor*” (Rose, R75), é preciso ter a qualificação necessária exigida pela categoria. “*Precisamos estudar mais para ser mos respeitada*”, diz Flora (R.318).

Apresento a seguir, em diagramas e quadros esquemáticos, com diferentes abordagens, uma síntese das RS expressadas pelas/os enfermeiras/os participantes deste estudo, que permitirá ao leitor fazer interpretações próprias sobre o tema.

Diagrama 1

Representação de fatores presentes nas relações profissão / profissional de enfermagem

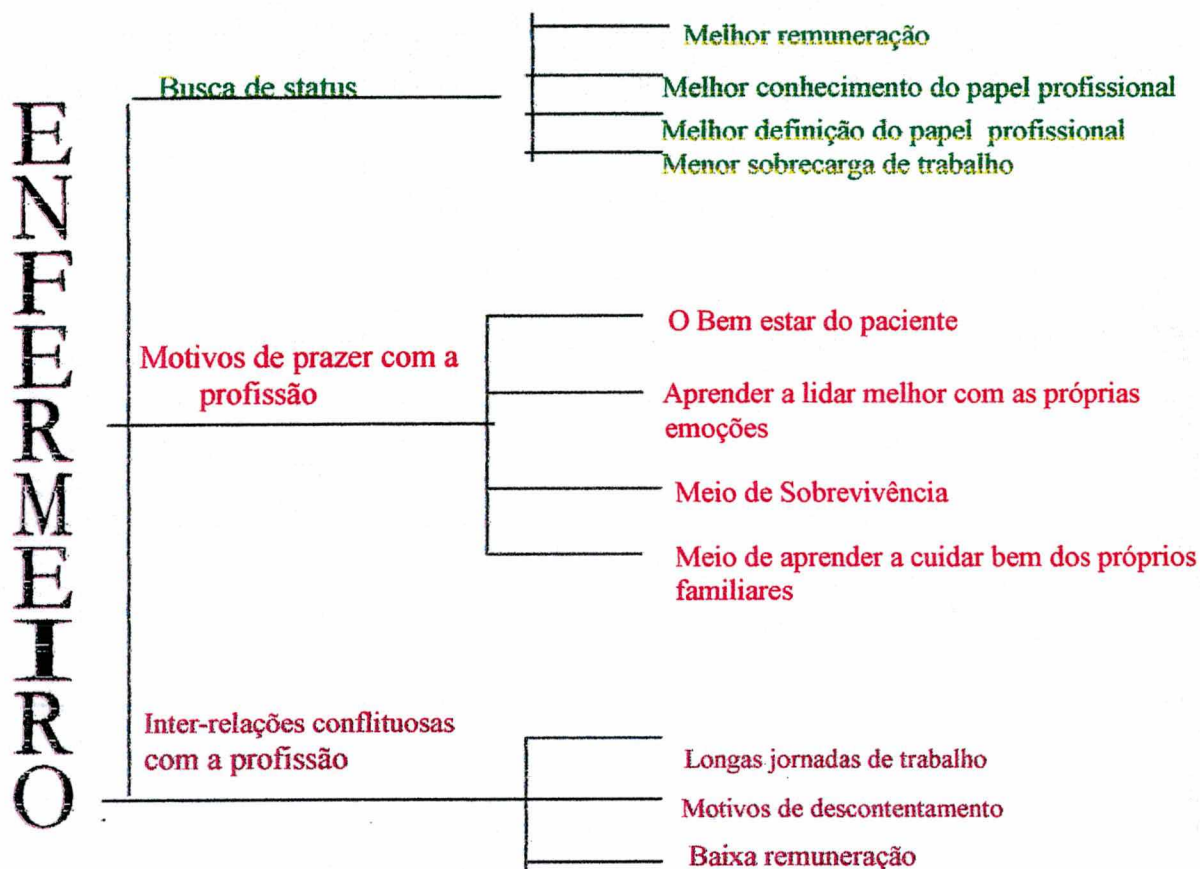
ENFERMAGEM



O Diagrama acima mostra os componentes da RS, perceptivelmente ligados a condições pessoais, tanto quanto a sociais e culturais das enfermeiras/os, em seu confronto com a enfermagem

Diagrama 2

Atributos que configuram a representação das/os enfermeiras/os em relação ao profissional



Neste Diagrama, os componentes da RS ligam-se a busca de realização profissional do e a motivação existente na profissão, envolvendo também condições pessoais, sociais e culturais da/o enfermeira/o

Quadro sinótico 1

Modos compatíveis à perspectiva da imagem da/o enfermeira/o e da enfermagem, representada pela/o enfermeira/o

Como a/o enfermeira/o vê a enfermagem na sociedade		Como a/o enfermeira/o se vê na enfermagem	
Modos favoráveis	Modos desfavoráveis	Modos favoráveis	Modos desfavoráveis
- Profissão extremamente útil;	- Poderia já ser mais independente e ter maior autonomia;	- Prazeroso, gratificado e realizado com a recuperação do paciente;	- Confundida/o com qualquer elemento da equipe de enfermagem;
- Profissão em franca evolução científica e tecnológica;	- É pequeno o contingente de enfermeiras/os para o cuidado ao paciente;	- Com muito empenho pelo bem-estar do paciente;	- Pouco valorizada/o;
- Vem adquirindo maior autonomia e independência;	- É pouco respeitada e valorizada;	- Valorizado, reconhecido e agradecido pelo paciente;	- Hiperemotiva;
- Oferece oportunidades de reciclagem para as/os enfermeiras/os;	- As questões culturais dificultam o relacionamento dos médicos com a enfermagem;	- Pode obter maior renda se pegar mais de um emprego;	- Ansiosa/o por melhorar o status da enfermagem;
- Oportuniza o desenvolvimento do espírito de luta;	- Exige muita abnegação e disponibilidade;	- Compensa a desvantagem salarial com a recompensa espiritual que recebe pela sua doação com o cuidado ao paciente;	- Preocupada/o com as desarmonias internas
- Oportuniza o trabalho em equipe;	- Há disparidade entre teoria e prática;	- Empenha-se em desenvolver postura leal perante os colegas;	- Outros profissionais procuram fazer recair sobre ele, a culpa por coisas que saem erradas;
- Oferece bom mercado de trabalho;	- A excessiva carga horária não favorece o aperfeiçoamento científico das/os enfermeiras/os;	- Atribui importância ao seu emprego;	- Muitas vezes, é tratada/o grosseiramente por profissionais médicos;
	- Necessita divulgar mais e melhor o seu trabalho;	- Apesar das dificuldades, se tivesse que escolher, faria enfermagem outra vez;	- Sobrecarregada/o com encargos diversos e burocráticos
	- Há necessidade de maior reconhecimento social;	- Está havendo menos competitividade interna;	- Mal remunerada/o;
	- As condições de trabalho são árduas e desgastantes;	- A/o enfermeira/o já está mais conscientizado sobre o seu papel;	- Desenvolve jornadas de trabalho com excessiva carga horária;
	- A existência de elementos de categorias diversas na equipe, confunde a consciência crítica da sociedade, sobre a profissão	- Detém grande confiabilidade vinda do paciente;	- Horários de trabalho que destoam do dos demais membros da família;
		- Sua postura, linguagem e conhecimento técnico-científico, o distinguem dos outros elementos da equipe de enfermagem;	- Perplexa/o em situações que não lhe permitem ajudar o paciente;
		- A postura das/os enfermeiras/os não mais alimenta a subserviência;	- Alguns, talvez não fizessem; enfermagem outra vez;
			- Nem sempre assume o seu papel;
			- Muitas vezes, trabalha em ambientes insalubres e com precárias condições de trabalho, o que resulta em estresse.

Neste Quadro, estão destacados os vários aspectos através dos quais a/o enfermeira/o delineia, na sua opinião, a imagem social do enfermeira/o e da enfermagem, na sociedade.

Aspectos	+	-
- Consciência profissional	. A/o enfermeira/o está mais conscienciosa/o	. falta consciência profissional
- AUTONOMIA	. a submissão já foi extinta da enfermagem	. A/o enfermeira/o é muito subserviente
- Mudança/ Evolução	. Houve mudança , a enfermagem está mais científica	. Não houve mudança , antigamente a enfermagem estudava mais
- Qualificação profissional	. As/os enfermeiras/os já procuram mais fazer cursos, inclusive de mestrado e doutorado	. As/os enfermeiras/os estudam pouco e não se posicionam
- INDEPENDÊNCIA	. A/o enfermeira/o já tem um trabalho próprio	. Falta definição do papel da/o enfermeira/o
- Reconhecimento/ Valorização	. O paciente reconhece o trabalho da/o enfermeira/o	. Falta conscientização da população sobre o que a/o enfermeira/o faz
- PROJEÇÃO	. Pesquisa, docência, cargos administrativos, são atividades que se projetam mais na sociedade	. Enfermagem hospitalar é pouco projetada na sociedade

No Quadro acima, incidem nos aspectos destacados, posicionamentos ambíguos das/os enfermeiras/os em relação à enfermagem. Apresenta uma tendência, tanto para o pólo positivo como para o negativo.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem, pode-se dizer, tem em sua história, passado glorioso, no qual agrega-se a participação em lutas pela emancipação feminina, na conquista da independência e, até mesmo, da própria cidadania. Emerge de épocas remotas, de características bastante diferentes da atual, onde a ciência e a técnica já conquistaram lugar de destaque social e político.

Sociologicamente, ocupou sempre lugar de destaque junto à população mais carente, em termos de cuidados e atenção. Sua prática assistencial, mesmo quando não primava pela cientificidade, já era pródiga em benesses, tanto para com os mais ou menos carentes, fosse em relação a cuidados e higienização de feridos, peregrinos, inválidos, idosos, ou ainda a doentes em manicômios.

Arcou com os mais diversos estereótipos, dos quais, tem ido, paulatinamente se libertando, ligando seu nome a um perfil do profissional necessário, que trabalha conforme padrões ditados pela ciência e pela técnica.

No cenário hodierno em que enfermeiras e enfermeiros desenvolvem sua prática profissional estão presentes os seus rituais e símbolos do cotidiano, sua própria linguagem verbal e não verbal, o “prazer e o sofrimento”, ocasionados pela complexidade dos cuidados, pelas longas jornadas de trabalho, pelo estresse emocional e físico, na confrontação cotidiana da própria competência técnica, vislumbrada na recuperação do paciente, e na reação de outros elementos da equipe. Esses elementos podem, ainda, ser utilizados como suporte para a percepção da sociedade sobre a realidade do fazer do enfermeiro, podendo ser melhor captado e interpretado nas suas representações.

O próprio aspecto “histórico, sociológico e ideológico”, da origem da enfermagem como profissão, cuja prática era atribuída a familiares dos próprios doentes, seus escravos, e a

religiosos cristãos, o que a isentava de qualquer prestígio; sua estruturação, na qual pessoas de formação e categorias diversas unem-se em uma equipe de cuidados, trazem em si um descompasso com as mudanças, visto que, para alguns integrantes da mesma, pode ser conveniente, muitas vezes, a permanência da fantasia de que são mais capacitados. A necessidade, porém, de acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico, leva os enfermeiros a buscarem métodos de intervenção modernos e formas de organização profissional mais adequadas. Entretanto, deparam-se com a questão histórica e cultural do desconhecimento dessa evolução pela sociedade, que, sensibilizada em sua “memória coletiva”, não conseguiu acompanhar o fluxo das mudanças da profissão, resultando em equívocos e situações constrangedoras para enfermeiras e enfermeiros, constituindo um obstáculo a um maior progresso e reconhecimento.

Neste tocante, o aspecto ético-social tem tido significativa implicação, visto, exatamente a dificuldade, que, tanto a sociedade, no sentido mais genérico, e mesmo, profissionais da própria área da saúde e da própria equipe de enfermagem, demonstram ter tido, em acompanhar as mudanças ocorridas na profissão, tanto relacionadas ao aprimoramento profissional, quanto ao de estruturação interna.

As/os enfermeiras/os são conscientes da importância dessas mudanças, assim como do empenho que tem tido a classe em buscá-las. Muitas diligências foram empreendidas, a fim de que houvesse êxito nas mesmas. Mas, por ser uma profissão jovem, que enfrenta o tabu social de ser “majoritariamente feminina”, é de se esperar que muitos na sociedade não tenham acompanhado as mudanças ocorridas na enfermagem. Parece que este cenário provoca uma certa insegurança, de tal forma que os leva a expressarem-se com discursos ambíguos em relação ao que é esperado da própria classe e o que eles próprios desejam para si na enfermagem. Percebe-se que a necessidade de tomadas de posição para condutas profissionais deixa alguns enfermeiras/os ainda ansiosos e inseguros. Conforme Mills (1992), para o indivíduo compreender sua própria experiência e avaliar seu próprio destino, é necessário localizar-se dentro de seu período histórico, a fim de conhecer suas possibilidades na vida, tornando-se cômico das possibilidades do grupo que compartilha com ele das mesmas circunstâncias.

Pelos dados desta pesquisa, observam-se, muita instabilidade e flexibilidade por parte de alguns dos entrevistados, com opiniões, muitas vezes, ambíguas, mais especificamente, em relação aos atributos que caracterizam a profissão. Mostra que eles chegam até a encarar, ainda, a enfermagem, com uma espécie de “memória nostálgica”, ou de sonho, o qual eles desejam que se torne uma realidade profissional, a fim de poderem obter, além de sua realização profissional e pessoal, o produto para sua sobrevivência.

Passados, então, quase cento e cinquenta anos da enfermagem institucionalizada, período esse, em que, as/os enfermeiras/os foram levados a um exercício de ação e reflexão profissional, considero oportuno desvelar opiniões sobre a importância dos fatos, circunstâncias e idéias, ocorridos neste interregno, com a profissão, e sua repercussão na sociedade. E, vê-se que a percepção das enfermeiras e enfermeiros, aponta para uma enfermagem, em franca evolução. Existe um forte apelo para uma tomada de posição sociopolítica e técnico-científica, que promova um maior aprimoramento profissional, na perspectiva da importância a ela atribuída pelas/os enfermeiras/os. Esse valor, entretanto, não é constatado, por elas/e, como vislumbrado pela sociedade, ao que atribuem, ser decorrente da falta de um maior conhecimento e discernimento sobre o verdadeiro papel que compete a enfermeiras/os. Recomendam, para sanar tal lacuna, maior divulgação e posicionamento da/o enfermeira/o.

Fica evidente que, a despeito de a enfermagem ser uma profissão financeiramente pouco compensadora, as enfermeiras e o enfermeiro a representam como sendo prazerosa, cujo fundamento é a resposta que obtêm com o êxito no tratamento do doente, referindo que a mesma oferece oportunidade de realização profissional. Reconhecem que o valor, respeito e reconhecimento atribuído à enfermagem pela sociedade, deixa muito a desejar, decorre principalmente do desconhecimento que têm da enfermagem, e também a sua estruturação interna, cuja equipe congrega elementos de formação diversa, o que conturba a opinião pública. Algumas profissões mais jovens já se apresentam com mais status na sociedade, visto o caráter autônomo da atividade.

Percebe-se, pelo contexto ambíguo dos discursos, que falta, ainda, a/ao enfermeira/o, maior consciência social, profissional e política, a fim de melhor lidar com as

questões polêmicas da dinâmica de sua atividade profissional. Associo este contexto à colocação de Lowen (1970), ao dizer que, quando a maneira como nos vemos não corresponde à maneira como nos sentimos, há uma perturbação no nosso sentido de identidade, ficamos confusos sobre quem somos. No caso, a/o enfermeira/o é um profissional que sente prestar à sociedade, um grande benefício, entretanto, as impressões projetadas para ele, pela sociedade não indicam um reconhecimento nesse sentido, o que o levaria a se questionar sobre essa realidade.

A partir deste quadro, portanto, mesclado de incongruências, confissões de prazer e realização, desejos de melhor status e reconhecimento social, a necessidade de posicionamentos mais coerentes com um profissionalismo científico, de maior divulgação da profissão, a fim de que a população tenha consciência de sua importância, pode-se, portanto considerar confirmada, a tese de pesquisa da qual se partiu, isto é, **a/o enfermeira/o representa a enfermagem como sendo uma profissão cuja importância não é reconhecida pela sociedade,**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, J.S.Y. - O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986, p. 122.
- ARAÚJO, L.D.S.de Querer / poder amamentar. Uma questão de representação? Florianópolis, 1991.141p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Curso de pós-graduação em enfermagem, Univers. Federal de Santa Catarina
- AUGRAS, M. O ser da compreensão. 5ª ed. Petrópolis: Vozes., 1994
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977. 226p.
- BARREIRA, I. de A.A enfermeira ananéri no país do futuro: a verdade da luta contra a tuberculose. Rio de Janeiro: Univ. Feder. do Rio de Janeiro. 1993. 335p.
- BATALHA, Wilson de Souza Campos. A Filosofia e a crise do homem - panorama da filosofia moderna de Descartes a Sartre. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1968. 459p.
- BICUDO, M.A.V. A hermenêutica e o trabalho do professor de matemática. São Paulo. Sociedade de Estudos e pesquisa qualitativos. Caderno 3. Ano no. 3. 1991.p.63-95.
- BRAGA, M. S. & BERSUSA, A. A.S. Imagem do enfermeiro sob a ótica de médicos e do próprio profissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, Goiás, 1995. Anais... Goiás: ABEn, 1995.
- BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Legislação. Rio de Janeiro. 1996.
- BURKE, E. Uma investigação filosófica sobre a origem de nossas idéias do sublime e do belo, Campinas- São Paulo: Papyrus Edit.UNICAMP. 1993.
- BUZZI,A.R. Introdução ao pensar: O ser, o conhecimento, a linguagem. 21.ed. Petrópolis: Vozes, 1992. 260p.

- CANGUILHEM,G. Ideologia e racionalidade nas ciências da vida. São Paulo: Livraria Martins Fontes 1977.
- CAPRA, F. O tao da física. São Paulo: Cultrix, 1983.
- CHARTIER,R. A história hoje: dúvidas, desafios, propostas. São Paulo: ANPOCS. In: Estudos históricos, Rio de Janeiro, vol.7, n. 13, 1994, p.97-113.
- COLLIÈRE,M.F. Promover a vida. Sind. Enf. Portugueses. Lisboa.1989
- CORTINA, A. Ética sin moral. Madrid: Ed Tecnos, S.A., 3ª. ed. 1995. 318p.
- CRESPI, F. Os riscos do cotidiano. Cahiers internationaux de sociologie, v. 74, 1983, p.39-
Tradução de: Ana Lúcia Magela de Rezende.
- DAHER, D. V. Por detrás da chama da lâmpada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47 1995, Goiás,. Anais... Goiás: ABEn, 1995 ..p. p. . 1995.
- DINGWALL, R; RAFFERTY, A.M.; WEBSTER, A. C. An Introduction to the social history of nursing. London, Great Britain by Biddles . 1993.
- DONAHUE,P. História de la enfermeria. España: edições Doyma. 1993, p.235.
- DOURADO, H. G. O papel da mulher no processo histórico da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36 1984, Belo Horizonte, Anais Belo Horizonte. ABEn, 1984.....p.77-84..
- DURAND-DASSIER, J. Structure et psychologie de la relation. 3e.éditio. Paris.Epi editeurs. 1971.
- DURAND, G. A imaginação simbólica. São Paulo : Cultrix., 1988.
- ERDMANN, A. Sistema de cuidados de enfermagem. Pelotas: Ed. Universitária.1996.141p.
- FARR ,Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH,S. Textos em representações Sociais. 2e.Petropolis: Vozes, 1995.324p.
- FERREIRA, A. B. de H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2ª. ed. 1986.

- FERREIRA-SANTOS, C.A. A enfermagem como profissão. São Paulo: EDUSP. 1973.
- FOUCAULT, M. As palavras e as coisas, 6^a. ed.. São Paulo: Martins Fontes. 1992.
- FRANKL, V.E. Em busca do sentido. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. 71p.
- FRANCASTEL, P. Imagem, visão, e imaginário. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- FREIRE, P. Conscientização. São Paulo: Edit. Moraes, 1980, 102p.
- _____. Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 7^a. ed. 1998. 165.
- FROMM, E. Análise do homem. 13. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. 211p.
- GADOTTI, M. Dialética do amor paterno. 5. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1989. 111p.
- GERMANO, R.M.A. A ética codificada na medicina e na enfermagem. In: A ética e o ensino da ética do Brasil. São Paulo, Cortez, 1993, p.41-59.
- GEOVANINI, T et al. História da Enfermagem, versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter. 1995.
- GIBSON, J.L.; IVANCEVICH, J.M.; DONNELLY, J.H. Organizações, comportamento, estrutura, processos. São Paulo: Edit. Atlas. 1988, (p.109).
- GOMES, M. M. F. Ter o filho internado na uti neonatal: significado para os pais. São Paulo: EPMS, 1992....p. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, 1992.
- GUARESCHI, P.A. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. In: Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes. 1995.
- GUIMARÃES, M.C,T.V. Velhice: perda ou ganho? Florianópolis, 1997 .p. Dissertação (Mestrado) - Univ. Feder. de Santa Catarina. 1997.
- HANDY, C.B. Como compreender as organizações. Rio de Janeiro: Zahar editores. 1978, p.102
- HENDERSON, V. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem. 1962. 62p.

- JAPIASSÚ, H. e MARCONDES, D. Dicionário básico de filosofia. Rio de Janeiro: Zahar ed. 1991.
- JODELET, D. Folies et représentations sociales. Univ. de France:1989.
- _____ La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI,S. Psicologia social. Barcelona: Paidós, 1985, 2v.
- _____ Représentations sociales: un domaine en expansion. In: MOSCOVICI, S. (ed.). Paris: Presses Universitaires de France, 1989, p.31-61.
- JOVCHELOVITCH, S. et al. Textos em representações sociais. Petropolis: Vozes, 2ª. ed. 1995.
- JUCIUS, J.M; SCHLENDER, W.E. Introdução à administração. 3ª.ed.S. Paulo: Atlas.1974.
- KALISCH, P.A. & KALISCH,B.J. The changing image of the nurse. Califórnia: A.W.P.C.1987. 253p.
- LAUBET, M. S. Estudos da estética. Campinas : UNICAMP, 1993.
- LEDDY,S e PEPPER,J.M. Bases conceptuales de la enfermeria pronal, São Paulo: J.B.Lippincott Company. 1989.
- LÉFÈVRE, F. Novos estudos de demanda em saúde. Representação coletiva: algumas notas metodológicas. In: SPÍNOLA, A.W.P. et al. Pesquisa social em saúde .São Paulo: Corte, 1992.
- LEME, M. A. V. da S. O impacto da teoria das representações sociais. In: SPINK, M. J. P.O conhecimento no cotidiano. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- LEMOS, D. de O. As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez. Uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal. Florianópolis, 1994, 119p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem, Univ.Feder. de Santa Catarina.
- LEONARD, M.K. e CRANE, M.D. Ida Jean Orlando .in: GEORGE, B.J. e col. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médiicas. 1993. pg. 141.

- LEOPARDI, M.T. Entre a moral e a técnica: ambigüidades do cuidado de Enfermagem. Cap.I. A Necessária reconstrução do cuidar: da marginalidade para a valorização. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.
- LOPES, C.T.G. Planejamento e estratégia empresarial. São Paulo: ediç.Saraiva. 1978.p.469
- LOWEN,A. Prazer – uma abordagem criativa da vida. São Paulo: Círculo do livro ltda. 1970. 245p.
- LUNARDI, V. L. História da enfermagem, rupturas e continuidades. Pelotas: Editora Gráfica e Universitária. 1998. 74p.
- MAFFESOLI, M. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.
- MALEK, A.A. A dialética ocial. Petropólis-R.J: Paz e Terra, 1975.
- MARZIALE, M.H.P., ROZESTRATEM, R.J.A. Turnos alternativos: fadiga mental de enfermagem. Rev.Latino-Am.Enferm., Ribeirão Preto, v. 3, n.1, p.59-78, jan.1995.
- MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996,.300p.
- MILLS, C.W. A imaginação sociológica. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- MINAYO, M.C. S. O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 3.e. S. Paulo- Rio de Janeiro:HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269p.
- MIRANDA, C.L. O parentesco imaginário. Rio de Janeiro: Cortez. 1994.
- MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.291p.
- _____ On social representations. In: FORGAS, J. P. (ed.).Social Cognição: perspectives on everyday understanding. Londres: Academic Press. 1981.
- _____ Notes towards a description of social representations. European Journal of Social Psychology. École des hautes etudes eu Sciences sociales, Paris. V.18: 211-250. 1988.
- MOURA, A. et al. A propósito da ideologia e produção do conhecimento em enfermagem: reflexões teóricas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, Goiás, 1995. Anais... Goiás: ABEn, 1995

- NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. As contribuições do enfoque psicossocial para o cuidado junto o paciente portador de câncer. In: Dimensões da dor no Cancer. Nascimento-Schulze, C. M. São Pulo: Probel editorial, 1997.
- NIKKU, N. Informative Paternalism. Studies in the ethics of promoting and predicting health. Sweden: Linköpings Universitet. 1997. 368p.
- NOVAES, M.H. Em busca do tempo na criação. In: VIRGOLIM, A M. R; ALENCAR, E.M.S.L. (org.). Criatividade. 1994.
- OLIVEIRA, M.A. de. Hegel e o Cristianismo. In: SEMANA DE FILOSOFIA, 5, Brasília, 1979. Conferência..Brasília. Ed. da UNB, 1981.159p.p.87-105. (Cadernos da UnB).
- PADILHA, M. I. C. de S.; NAZÁRIO, N. O.; MOREIRA, M. C. A compreensão do ideário da enfermagem para a transformação da prática profissional. R. Bras. Enferm., Brasília, v.50, n.3, p.307-322, jul./set., 1997.
- PADILHA, K.G. DESCUIDAR: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem. São Paulo, 1994, 190p. Tese(Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- PAIXÃO, W. Páginas da História da enfermagem. Rio de Janeiro: Bruno Buccini. 1963.
- PAZ, O. O monogramático. Rio de Janeiro: Guanabara. 1974. Parte 9: p.51-58.
- PEGARORO, A.O. Relatividade dos modelos. Ensaios filosóficos. Petrópolis: Vozes. 1979. p. 97,98,100.
- PIRES, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez. 1989.
- REZENDE, A.L.M. A imagem da enfermagem numa perspectiva formista. Enferm. Rev. Belo Horizonte, v.1, n.1, p.25-36, abr. 1993.
- _____ A enfermagem no contexto da Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36, Belo Horizonte, 1984. Anais... Belo Horizonte: ABEn, 1984. ..p.11-34.

RHODUS, C. C. A formação do enfermeiro no contexto social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36 1984, Belo Horizonte. Anais Belo Horizonte. ABEn, 1984... p. 35-45.

RIFIOTIS, T. Comunicação oral e anotações de aula na disciplina de análise do discurso: UFSC, 1997.

RODRIGUES, M.S.P. De fada e feiticeira a sua imagem atual- a mulher gerente, cuidadora, pesquisadora. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.6,n. 1, p.104-117, jan./abr. 1997-(a).

----- Gerência de Enfermagem e Imaginário Social. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.5, n. 2, p.170-178, jul./dez. 1996.

----- A complexidade da inter – ação enfermeira -enfermo Cogitare Enferm., Curitiba, v.2, n. 1, p.50-52, jan./jun. 1997-(b).

----- Enfermagem: Relação amorosa – Uma abordagem Hegeliana. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.6, n. 3, p.295-270, set./dez. 1997-(c).

----- LINHARES, C.R; ASSIS, M.J.M. Fatores institucionais capazes de dificultar o desenvolvimento científico do enfermeiro. Trabalho apresentado no Cong. Bras. De Enfermagem. Belém - Pa. 1986.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria In: O conhecimento no cotidiano, Spink, M.J. São Paulo: editora brasiliense.1993.

SALLES, M. O que a enfermagem pode fazer por você e pelo Brasil. Tema Oficial. ABEn, Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 1983.

SANTOS, B.S. Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, G.B.da., Aspectos sociais da enfermagem . Rev. da Escola de Enfermagem da USP. V.15, n 2, p.205- Agost.1981.

SIQUEIRA, M.M.; WATANABE, F.S.; VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de a auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. Rev. Latino-am.enfermagem- Ribeirão Preto, v.3, n. 1, p.45-57. Jan.1995.

- SPINK, M.J.P. O estudo empírico das representações sociais .In: O conhecimento no cotidiano. São Paulo: Brasiliense. 1993.
- TAVARES, C.M.M & TEIXEIRA, E.R. Trabalhando com representações sociais na enfermagem. In: GAUTHIER, J.H.M et al. Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas. Cap. 4. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1985. 302p.
- TEIXEIRA, M.C.S. Sócio-antropologia do cotidiano e educação: repensando aspectos da gestão escolar. São Paulo, 1988. Tese (Doutorado), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 1988.
- TEIXEIRA, E. Resenha: Moscovici, Serge. A representação social da psicanálise. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v.5, n.1, p.147-151. Jan/junh. 1996.
- TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.
- ULLMANN, L. Opções. Rio de Janeiro: Nórdica, 1985.
- VEYNE, P. Acreditavam os deuses em seus mitos. São Paulo: Editora Brasiliense. 1984

ANEXO**ITENS DA ENTREVISTA**

1. O que a/o motivou a entrar para a profissão?
2. Ao longo de sua experiência profissional, na sua visão, o que mudou sobre a profissão? Por quê?
3. Como as atividades realizadas pela/o enfermeira/o projetam a profissão na sociedade?
4. O que a enfermagem pode lhe proporcionar? Aspectos positivos e negativos.
5. O que influenciou você a ter este conceito ou imagem da enfermagem?
6. O cliente atribui algum valor às atividades que são próprias da/o enfermeira/o? Justifique.