

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

CANDICE ELLEN BARBALHO LAGE

**RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DE
ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE
FORA – MG**

**JUIZ DE FORA
2015**

CANDICE ELLEN BARBALHO LAGE

**RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DE
ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE
FORA – MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde Enfermagem.

Grupo de pesquisa sobre Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem.

Orientador: Prof.Dr. Marcelo da Silva Alves

**Juiz de Fora
2015**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lage, Candice Ellen Barbalho.

RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE FORA - MG / Candice Ellen Barbalho Lage. -- 2015.

101 p.

Orientador: Marcelo da Silva Alves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. História da Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Valorização Social. I. Alves, Marcelo da Silva, orient. II. Título.

CANDICE ELLEN BARBALHO LAGE

**RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DE
ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE
FORA – MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Marcelo da Silva Alves – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a. Maria José Menezes Brito
Universidade Federal de Minas Gerais

Dr^a. Regina Gema Santini Costenaro
Centro Universitário Franciscano

Dr^a. Sônia Maria Dias
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a. Denise Barbosa de Castro Friedrich
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho a todos os enfermeiros, que assim como eu, amam a profissão e acreditam e lutam por uma Enfermagem mais reconhecida e mais valorizada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar sempre me guardando e guiando meus passos.

Aos meus pais, Glaucia e Lage, por todo amor e dedicação, por acreditarem nos meus ideais, nos meus sonhos, e na minha capacidade de realizá-los, sendo também essenciais na realização dos mesmos. Ao meu irmão, Erick, pela força e diversão.

Ao meu namorado, Vinícius, por não medir esforços para estar ao meu lado e por me dar forças e apoiar no dia-a-dia.

Aos meus tios e primos, que estão sempre na torcida e presentes em ligações e orações, em especial à tia Dilza e ao João, que mais do que um lugar para morar, foram fundamentais para a concretização desse sonho, e ao Jonathan, pelo exemplo e incentivo nessa jornada.

Ao meu orientador, professor Dr. Marcelo, por ter me recebido de braços abertos em um período da minha vida em que muitos poderiam ter me fechado as portas, se não tivessem tamanha sensibilidade e grandeza de coração como a desse querido professor. Obrigada pela compreensão, pelas orientações, pela paciência, e principalmente por ser fonte de sabedoria e não hesitar momento algum em compartilhá-la.

À coordenadora do curso, Dr^a. Anna Maria Salimena, por da mesma forma, ter me recebido com compreensão e sensibilidade. Por conduzir nosso Mestrado com maestria e estar sempre disponível a todos.

Aos professores do Mestrado da UFJF, por contribuírem de forma grandiosa no meu crescimento enquanto enfermeira e por todo conhecimento compartilhado.

À secretária do Mestrado, Elisângela, sempre educada, solícita, paciente, amiga. Obrigada por toda ajuda.

Às professoras Dr^a. Regina Costenaro, Dr^a. Denise Friedrich, Dr^a. Maria José Brito e Dr^a. Sônia Dias, que gentilmente aceitaram integrar minha banca de avaliação, compartilhando seu conhecimento e fazendo contribuições essenciais para o aprimoramento desse trabalho.

Aos colegas de turma, em especial Paulo, Elaine e Laís, pelo ombro amigo, pelos conselhos, pela paciência, pela parceria, pelas caronas e pela amizade, que tornaram esses dois anos mais leves.

À Flávia e ao Dion, pela amizade, ensinamentos e parceria na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, e a todos os alunos que passaram por mim, me ensinando e transformando de diversas formas.

A todos os colegas que são ou já foram membros do Grupo de pesquisa sobre Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem, por todo conhecimento construído, dividido e multiplicado.

Aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, que gentilmente aceitaram participar desse estudo, e foram fundamentais para a concretização desse sonho.

Aos professores da UFVJM, que me ensinaram essa linda profissão, à qual tanto me orgulho de fazer parte.

À UFJF pela bolsa de monitoria, essencial para a minha dedicação ao Mestrado e a esta pesquisa.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

A história da Enfermagem é permeada por imagens estereotipadas, preconceituosas, percepções distorcidas e errôneas que se perpetuam até os dias de hoje. A profissão ainda encontra dificuldades em ser reconhecida como uma ciência, que desenvolve suas ações fundamentadas em conhecimento técnico, relacional e científico. Nessa perspectiva, o objetivo desta pesquisa foi compreender as percepções dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora - MG, acerca do reconhecimento e valorização da sua profissão. Utilizei como metodologia a pesquisa qualitativa do tipo descritiva, obtive as informações por meio de uma entrevista semiestruturada e analisei os dados por meio da análise de conteúdo. Os resultados encontrados foram organizados por mim em quatro categorias, as quais revelam as representações dos enfermeiros acerca do reconhecimento e valorização da sua profissão, os fatores que contribuem para essas representações, os significados e implicações da representação da Enfermagem para o enfermeiro e as possíveis saídas que podem ajudar a transformar de forma positiva o cenário em voga. Os resultados desse estudo revelaram que tais desafios são antigos e que ao longo do tempo as mudanças ocorridas ainda são lentas para se chegar ao seu ideário.

Palavras-chave: História da Enfermagem. Enfermagem. Valorização Social.

ABSTRACT

The history of nursing is permeated by stereotyped images, prejudiced, distorted and erroneous perceptions that are perpetuated until today. The occupation still finds their difficulties for being recognized as a science, even developing their activities based on technical, relational and scientific knowledge. From this perspective, the objective of this research was to understand the perceptions of nurses working in Primary Health Care of Juiz de Fora-MG about the recognition and appreciation of their occupation. Descriptive qualitative research methodology was used and the information was obtained by a semi-structured interview. The research was previously approved by the CEP / UFJF, and the answers were studied by content analysis. Four categories were used to organize the answers, which revealed representations of nurses about the acknowledgement and appreciation of their profession; the factors that contributed for these representations; the meanings and implications of the importance of Nursing for nurses; and possible solutions that could help transform positively the scenary in question. It was revealed that these challenges are old and the changes that have been happening over the years are still too slow to reach the ideal scenary.

Keywords: History of Nursing. Nursing. Social Desirability.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NHB	Necessidades Humanas Básicas
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBST	Unidade Básica de Saúde Tradicional
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	6
2.	Referencial Teórico.....	9
2.1	O surgimento da Enfermagem Moderna.....	9
2.2	O surgimento da Enfermagem no Brasil.....	15
2.3	A Construção do SUS e a Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.....	21
2.4	(In)visibilidade e (des)valorização da Enfermagem.....	25
3.	Métodos	31
3.1	Tipo de estudo	31
3.2	O Cenário e os Participantes da Pesquisa	32
3.3	Aspectos éticos.....	33
3.1	Coleta e análise dos dados	33
4.	Resultados.....	36
4.1	“Tem hora que eles acham a gente é até empregado do médico, né?”	36
4.2	“Se ele não sai com o remédio e com a consulta que ele queria, ele acha que não foi atendido”	47
4.3	“Eu sinto uma desvalorização e assim, desmotiva, né?”	58
4.4	“A partir do momento que o próprio profissional se valoriza, ele acaba passando, transmitindo isso pras outras pessoas”	68
5.	Considerações Finais.....	77
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICE	90
	ANEXO	91

1. INTRODUÇÃO

A imagem tem relação direta com a procura por determinada profissão. Mesmo imerso numa era tecnológica, de compressão de tempo e espaço, o jovem adolescente vê-se confrontado com dúvidas e desinformações sobre suas escolhas. Encorajados por familiares, procuram vencer a barreira da entrada na universidade, sofrendo influência da sua inscrição social na construção de sua representação, sendo influenciados a buscarem carreiras que representam status e associações de poder e sucesso (FONSECA E PAES DA SILVA, 2012).

Ao optar pelo ingresso no curso de Enfermagem, eu pouco sabia sobre a profissão. Assim como a sociedade em geral, ouvia dizer que “enfermeiro é empregado de médico”, ou que iria apenas trocar fraldas e dar banhos a vida inteira. Minha família também possuía a imagem da Enfermagem associada à representação criada pelo senso comum, e mesmo aceitando a minha escolha, não a apoiavam.

Ao refletir sobre as razões que levam muitas pessoas a “rejeitar” a minha escolha, observei como meu círculo social desconhece o papel da minha profissão e a importância desta prática social, e principalmente, como suas representações sobre a Enfermagem são estereotipadas e ligadas a crenças arcaicas.

A partir dessa reflexão, comecei a reparar nas representações em geral: de usuários, enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, médicos, fisioterapeutas e profissionais da saúde em geral. Para a minha desventura as representações e opiniões eram sempre aproximadas a de um profissional desvalorizado, sem reconhecimento social, submisso ao médico, associado à figura de um anjo.

Essa situação por mim vivenciada, também foi encontrada por (JESUS *et al.*, 2010), em um estudo que objetivava compreender as percepções de enfermeiros acerca do preconceito envolvendo a escolha da profissão. Os pesquisadores observaram nos depoimentos que a maioria dos participantes não obteve apoio da família ou amigos na escolha da profissão, em função do desconhecimento das reais funções desempenhadas pelo enfermeiro, e ainda destacaram um relato em que um dos participantes dizia não ter recebido apoio do pai, porque este considerava que a enfermeira era a prostituta do hospital que tinha caso com os médicos. Em outros relatos, perceberam a valorização do conhecimento médico em detrimento do saber da Enfermagem, onde o descrédito do saber da Enfermagem era exteriorizado em função de uma crença em que o saber técnico científico é dispensável ao exercício da profissão. Algumas enfermeiras ainda revelaram que perceberam a manifestação do preconceito em relação às funções inerentes ao seu exercício profissional, no sentido de

serem vistas como menores ou inferiores, e algumas perceberam o preconceito com relação à enfermeira ser vista pela sociedade como símbolo sexual.

Dessa maneira, percebe-se que os estereótipos, presentes na imagem do enfermeiro, são baseados em crenças arcaicas e ligados à trajetória histórica da profissão, tais como: humildade, caridade, religiosidade, prostituição, silêncio e submissão, e ainda, que a Enfermagem encontra dificuldades em ser reconhecida como uma profissão que desenvolve suas ações fundamentadas em conhecimento científico (AVILA *et al.*, 2013).

Há ainda fatores que contribuem para a perpetuação desta imagem distorcida e perturbadora da Enfermagem. Nos dias de hoje, a descaracterização da real imagem do enfermeiro e sua vinculação a esses estereótipos, permanecem sendo veiculados pela mídia.

A mídia ocupa, em determinadas situações, o lugar das relações sociais diretas e transmite representações por meio das mensagens que difunde, e é identificada como fator determinante na formação da imagem do enfermeiro entre adolescentes. As representações circulam e transformam-se por vários canais de comunicação, tanto pelas relações pessoais como pela mídia. A forma como as representações se dão, formarão a imagem a ser captada pelos jovens e pela sociedade como um todo (FONSECA E PAES DA SILVA, 2012).

Apesar dessa avalanche de representações e informações distorcidas propagadas de forma negativa sobre a profissão, as novas descobertas durante a graduação sobre a função do enfermeiro, as amplas dimensões em que atua, seu papel ubíquo, seu potencial de gerente/organizador, interlocutor e articulador das ações e da equipe de saúde, sua importância em todas as dimensões do cuidado, aumentavam cada vez mais o meu fascínio pela carreira e a certeza da minha escolha.

Todavia, embora eu demonstrasse o meu encantamento e relatasse sobre a Enfermagem, a opinião alheia – de familiares, amigos e profissionais de saúde – continuaram contrárias a esse enlevo. A insistência de todos eles para que eu abandonasse o curso e tentasse a carreira médica, era e é algo que sempre gerou um grande incômodo em mim, pois mesmo após a conquista do diploma de Enfermeira e da entrada em um Mestrado de Enfermagem, o discurso alheio permanece o mesmo.

“É incômodo reconhecer os limites de uma prática social que parece não ir ao encontro de uma atuação de seres críticos, criativos, conhecedores das mais variadas práticas de saúde, estimulados à competência interpessoal, à gerência e à sensibilidade humana” (DAL PAI, SCHRANK E PEDRO, 2006 p.83). Esse incômodo gerou em mim um anseio em conhecer as percepções que os enfermeiros têm sobre a sua representação profissional na sociedade e se essa representação por eles percebida interfere de alguma maneira na sua prática.

Dessa forma, a escolha do tema da investigação advém da percepção da atuação do enfermeiro enquanto aluna de graduação em Enfermagem, onde através de estágios pude notar a invisibilidade do enfermeiro e a subvalorização da profissão, tanto em seu ambiente de trabalho quanto na sociedade e na mídia. Assim, tracei como objetivo desta pesquisa compreender as percepções dos enfermeiros acerca do reconhecimento e valorização da sua profissão.

A relevância deste estudo está na possibilidade de identificar as representações que o enfermeiro percebe sobre sua a profissão, e a forma com a qual lida com essas representações, as quais podem de diversas formas, influenciar na sua autoestima e na sua atuação. Acredito que trazer clareza à compreensão de como esses profissionais percebem o reconhecimento e a valorização da sua profissão, estimulará reflexões dos próprios participantes acerca da sua atuação, tornando-se possível desta forma, desenvolver estratégias que venham a favorecer ou fortalecer o reconhecimento e a valorização deste profissional em seu ambiente laboral e perante a sociedade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O surgimento da Enfermagem Moderna

Estudar a história da Enfermagem é o caminho para encontrar o reconhecimento social da profissão e a construção de uma sonhada autonomia. Cada profissional terá que se apropriar do importante papel de agente transformador para tornar a categoria não só autônoma, mas, sobretudo valorizada. A atual conjuntura da profissão pode ser entendida como resultado de uma realidade socialmente e culturalmente construída, passível de mudança (JESUS *et al.*, 2010).

Conhecer o passado é imprescindível para entender o que é indispensável a todos, para aclarar o contexto vivido, e fornecer os sentidos deste contexto (DE SOUZA PADILHA E BORENSTEIN, 2006). Desta forma, torna-se essencial um breve relato sobre a historicidade da Enfermagem e seu surgimento como profissão.

As pessoas, desde o nascimento, necessitam de cuidado para crescer, desenvolver-se, viver e morrer. O cuidado é um conjunto harmônico e independente, é uma expressão real, significativa da essência humana, que contempla a pessoa em sua unidade e totalidade bio/psico/sócio/espiritual, não se resumindo, portanto a uma simples manifestação. O cuidado visa pois, à construção e à conservação da identidade humana. E para que o cuidado se realize dignamente, a Enfermagem se destacou e fundamentou os seus princípios, bem como as suas crenças e valores, de forma empírica. As mudanças e transformações da sociedade e, sobretudo a evolução da ciência, provocaram reflexões e questionamentos que fizeram com que o enfermeiro refletisse sobre tais evoluções e questionasse sua prática passando a guiar suas ações cuidativas nos processos de formação dos profissionais, na pesquisa e no exercício da profissão, desenvolvendo assim, um corpo de conhecimento específico (SOUZA *et al.*, 2001).

Nos primórdios o cuidado era realizado por mulheres na Sociedade Primitiva, pelos escravos, sacerdotes e mulheres da Sociedade Grega. Para os primitivos, saúde e doença eram tidas como consequência da ação de espíritos, ligados ao sobrenatural, enquanto para os gregos relacionavam-se a causas mais objetivas. Até este momento, receber cuidados das pessoas era privilégio dos que tinham posses, já que o cuidado era uma atividade mista, onde se misturavam funções domésticas praticadas por escravos e com fim em si mesmo (SILVA, 1989 *apud* RODRIGUES, 2001).

As primeiras referências à Enfermagem foram encontradas na Bíblia, no Antigo Testamento, onde o cuidado estabelecia-se como uma prática expressiva na Enfermagem, associado à figura feminina e indispensável à sobrevivência humana, buscando a promoção da saúde, o conforto e a prevenção de doenças, com a finalidade de manter a alimentação, a reprodução e a defesa da espécie humana. A partir da era Cristã, com o surgimento do Cristianismo, a Enfermagem foi fortemente influenciada pela religião, sendo neste período executada pelas mulheres consagradas ou irmãs de caridade, que eram as mulheres solteiras (diaconisas), as virgens e as viúvas, que prestavam cuidados não remunerados (ALVES *et al.*, 2005; NAUDERER E LIMA, 2005; ZEFERINO *et al.*, 2008).

Com o início do poder da Igreja e do Cristianismo, a prática da Enfermagem sofreu profundas mudanças, passando saúde e doença a serem vistas relacionadas ao aspecto religioso, onde a saúde era uma graça e ganhou sentido do agrado de Deus, enquanto a doença tornou-se sinônimo de um castigo divino (SILVA, 1989 *apud* RODRIGUES, 2001).

Entretanto, a falta de controle das doenças e as condições de moradia levaram a Igreja Católica a ampliar as instituições de caridade onde o cuidado aos doentes era prestado (ALVES *et al.*, 2005). Essas instituições são consideradas as primeiras referências do que viria a ser na atualidade o hospital, todavia, não tinham como finalidade a cura, serviam apenas como uma forma de exclusão e isolamento daqueles considerados potenciais disseminadores de doenças (MUSSI, 2005).

As mulheres realizaram ações notáveis na Europa em nome de Deus. Construíram escolas, orfanatos, e importantes instituições sociais para os pobres. Apesar de suas conquistas, elas permaneceram invisíveis aos outros à sua volta. Pelo fato de serem mulheres, foram contidas pela Igreja, para impedir sua independência e autonomia, sobretudo porque sendo religiosas com dedicação a Deus, deveriam ser mais reservadas e se dedicarem às demais habilidades femininas. (NELSON, 2011)

Alguns autores afirmam que a percepção distorcida e errônea da profissão vem de sua origem histórica e, mais precisamente que a gênese foi a partir da laicização do cuidar iniciado na Reforma Protestante. Durante este movimento, as religiosas responsáveis pelo cuidado dos doentes, foram dispensadas dos hospitais. Esse fato concorreu para a busca de mão-de-obra para substituí-las, e devido às consideráveis desvantagens, só se candidatavam ao cargo pessoas de moral duvidosa e sem qualificação, que se disponibilizavam a enfrentar o trabalho pesado, insalubre e mal remunerado, (PAIXÃO, 1979; JESUS *et al.*, 2010) passando a Enfermagem a ser considerada um ofício servil e desvalorizado em razão da excessiva carga horaria, baixa remuneração e do estressante trabalho (MIRITZ BORGES *et al.*, 2010). Na

dualidade referente ao tipo de profissionais religiosas e mulheres inidôneas, chegou-se à formação de enfermeiros, que lutam até hoje contra os preconceitos presentes no imaginário coletivo, na aceitação, na importância e reconhecimento social dessa profissão (PAIXÃO, 1979; JESUS *et al.*, 2010).

Mesmo após a entrada das mulheres não-religiosas na Enfermagem, as descrições do trabalho que efetuaram eram feitas ligadas a termos de caridade, devoção ou altruísmo. Para moldar a Enfermagem em uma profissão respeitável, sem representar uma ameaça à soberania médica, e atrativa para atrair mulheres da classe média, foi dada ênfase na virtude e na ética, em detrimento de conhecimentos e habilidades específicas. (NELSON, 2011)

Apenas a partir do século XIX, com os avanços nos campos da física e química, e conseqüentemente da medicina, é que a prática da Enfermagem começa a se distanciar dos valores religiosos e a se aproximar do modelo biomédico, valorizando o tecnicismo, tornando-se o tratamento da doença e a cura o seu foco (BACKES, 2000 *apud* MIRITZ BORGES *et al.*, 2010; TERRA *et al.*, 2006).

Com o surgimento do capitalismo, passa a ser construída uma nova ordem social, e o hospital surge como uma instituição disciplinadora desse ambiente desordenado (MUSSI, 2005). Juntamente com esse processo, ocorre a decadência do positivismo como concepção científica e surgem na Modernidade, avanços na área da saúde, como conceitos de saúde, doença, e ser humano, e a própria Enfermagem, projetada por Florence Nightingale (KLETEMBERG *et al.*, 2010), mulher que em um percurso revolucionário, iria contra o destino de uma mulher da alta sociedade britânica, e com uma diferenciada educação de base, sabedoria prática e técnica, revolucionaria a saúde e a organização dos cuidados de saúde, a nível mundial (LOPES E SANTOS, 2010).

A Enfermagem hospitalar na Grã-Bretanha no Século XIX é citada por Graça e Henriques (2000), como dominada pelas *matrons* e pelas *nurses*, as irmãs de caridade, as quais, no entanto, apresentavam alguns problemas no desenvolvimento de suas atividades, como por exemplo, a inconstância, a desvalorização social, a má remuneração e a desqualificação do trabalho, a ausência de funções específicas e da autonomia técnica, condições de trabalho insalubres e dificuldades no recrutamento e de estruturas na formação de pessoal. Além da falta da qualificação técnica, as *matrons* e *nurses* apresentavam muitas vezes, um comportamento moralmente reprovável, o que contribuía para a desvalorização da atividade, considerada indigna de uma mulher respeitável para a sociedade vitoriana. (LOPES E SANTOS, 2010)

A Enfermagem, no decorrer dos anos, foi sofrendo influências expressivas na sua constituição, destacando-se durante esse processo Florence Nightingale, mulher determinada, que nasceu na Itália, em Florença, no dia 12 de maio de 1820, tornando-se precursora da Enfermagem atual (LEOPARDI, 2006 *apud* MIRITZ BORGES *et al.*, 2010).

Pertencente a uma família rica da alta sociedade britânica e engajada politicamente, Florence recebeu uma educação vasta e abrangente, desenvolvendo um sentido de envolvimento com assuntos relacionados à sociedade da sua época (LOPES E SANTOS, 2010). Sua capacidade perspicaz se destacava na ocasião, dada a influência intelectual de sua família, que a estimulava ao pensamento crítico e à educação, como requisitos para a ascensão social (LEOPARDI, 2006 *apud* MIRITZ BORGES *et al.*, 2010).

Desde sua adolescência, começou a sentir um conflito entre os prazeres de uma animada vida social da família e seu desejo interior para a ação. Aos 17 anos de idade, Florence relatou em seu diário pessoal o que considerou como o “chamamento” da sua vocação, o que aumentou a sua convicção de que não estava destinada a uma vida comum (ATTEWELL, 1998). Mas foi aos 30 anos de idade que decidiu dedicar o resto da sua vida à Enfermagem (GRAÇA E HENRIQUES, 2000).

Em 1845, almejando meios práticos de aprendizagem sobre Enfermagem, Florence pediu autorização aos seus pais para atuar disponibilizando cuidados na Enfermaria de Salisbury, onde um amigo da família trabalhava como médico. A permissão foi recusada pelo fato dos seus pais considerarem o trabalho inadequado para uma dama da alta sociedade (ATTEWELL, 1998).

Em 1849, em uma visita cultural à Kaiserswerth, na Alemanha, Florence ficou conhecendo o hospital, escola e orfanato, fundado em 1836 pelo pastor da Igreja Reformada Luterana, Theodor Fieldner (1800-1864), juntamente com a sua esposa, local em que Diaconisas prestavam cuidados aos doentes, e decidiu então, dedicar-se à Enfermagem. Apesar da oposição de sua família, retornou à Kaiserswerth para receber o treino desta atividade. Entre 1851 e 1854, complementou sua experiência prática adquirida, visitando hospitais no Reino Unido e Europa, sistematizando e refletindo criticamente suas experiências em relatórios de hospitais e publicações do governo (ATTEWELL, 1998).

Em 1853, Florence conquistou o seu primeiro emprego oficial, tendo a oportunidade de aplicar o seu conhecimento e experiência adquiridos, vindo a tornar-se *Lady Superintendent* de uma Instituição Londrina, onde permaneceu até ao desenrolar da Guerra da Crimeia. Durante este período, Florence demonstrou habilidades com a liderança e gestão, sendo esta última caracterizada pela subordinação das enfermeiras e de si própria aos

médicos, no que se refere ao tratamento dos doentes, e por sempre questionar e procurar influenciar algumas matérias, sempre com o propósito de direcionar as políticas para o interesse dos doentes (ATTEWELL, 1998).

Em 1854, eclodiu a Guerra da Criméia (1854 – 1856), guerra entre russos e otomanos que posteriormente envolveu outras nações como França e Inglaterra. Durante este período, milhares de pessoas morreram, em sua maioria devido à alta incidência de doenças infectocontagiosas, falta de organização dos hospitais e baixas condições sanitárias no terreno, ficando evidente a fragilidade da organização hospitalar britânica (GRAÇA E HENRIQUES, 2000), de tal maneira que a preocupação da população levou o Secretário de Estado, Sidney Hebert, a destacar para a guerra um grupo de enfermeiras, nomeando Florence Nightingale para Superintendente do grupo (LOPES E SANTOS, 2010).

Na era vitoriana, a Enfermagem se referia apenas à administração de medicações e realização de curativos; era um trabalho manual exercido apenas por empregadas domésticas. Para Nightingale a Enfermagem como profissão significava muito mais: deveria ser a utilização adequada de ar puro, luz, calor, limpeza, silêncio e a administração da dieta apropriada, buscando sempre preservar a força vital do paciente (NIGHTINGALE, 1969 *apud* COSTA *et al.*, 2009).

Assim, Florence rapidamente apreendeu a situação em Scutari, principal hospital militar britânico (GRAÇA E HENRIQUES, 2000), e entrou em ação: submeteu as suas enfermeiras às ordens dos médicos, criou uma lavanderia, e proporcionou roupas limpas, melhoria nas dietas hospitalares e manutenção das enfermarias (LOPES E SANTOS, 2010). Além disso, todas as noites, à luz de uma lamparina turca, Florence percorria os corredores do hospital, vigiando e cuidando dos doentes, ficando consagrada como a “Dama da Lâmpada” (ATTEWELL, 1998).

Foi então, nesse cenário hostil, que Florence revelou-se uma mulher com grande capacidade e trabalho, determinação, gestão liderança, obtendo o respeito da Rainha Vitória e da população britânica (LOPES E SANTOS, 2010). Ao retornar da Guerra Florence se transformara em uma figura popular, sinônimo de doçura, eficiência e heroísmo (COSTA *et al.*, 2009).

Assim, Nightingale é reconhecida mundialmente como protagonista de um projeto social de saúde (FORMIGA E GERMANO, 2005). Florence Nightingale integrou ao desenvolvimento de suas ações na edificação da Enfermagem como profissão, as experiências e influências que adquiriu em suas viagens e passagens em locais em que o cuidado era adimplido de forma leiga e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade, amor ao

próximo, doação, humildade, e também pelos princípios de valorização do ambiente adequado para o cuidado, divisão social do trabalho em Enfermagem e domínio sobre o cuidado a ser prestado.

Na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, transformações sociais foram consolidadas com colaboradores diversos, e Florence Nightingale contribuiu em campanhas de promoção à saúde e em conflitos, como na Guerra da Criméia em 1854. O caráter moderno de operacionalizar as práticas da profissão de Enfermagem ficou evidenciado por tais ações, que permitiram ressaltar não só o valor ambientalista de sua teoria, como também atitudes sanitárias, administrativas e epidemiológicas (LEOPARDI, 2006 *apud* MIRITZ BORGES *et al.*, 2010). O equilíbrio entre o ser humano e o ambiente ao seu redor, estavam associados à saúde e à sua permanência e assim, o enfermeiro se tornava um sujeito que colaborava para promover a relação harmoniosa entre o ser e o estar na sociedade. E Florence, dentre os seus objetivos, estava determinada a consolidar, a revigorar as forças restauradoras que existiam no ambiente onde o paciente estava inserido. E aí, deixou sua marca e contribuição (DE OLIVEIRA MACEDO *et al.*, 2008).

Em 1860, Florence estabeleceu a Nightingale School for Nurses, anexa ao St. Thomas's Hospital, considerada a primeira Escola Profissional de Enfermagem em todo o mundo e criou um sistema baseado na formação, no treino, dedicação disciplina e hierarquia, reproduzindo em seu modelo hospitalar a estrutura da família vitoriana: os médicos eram homens e das classes média-alta; a Enfermagem era composta pela mesma classe, porém pelo sexo feminino, e os homens e mulheres das classes populares eram responsáveis por tarefas subalternas consideradas menos nobres (ATTEWELL, 1998; DE SOUZA PADILHA E BORENSTEIN, 2006; LOPES E SANTOS, 2010).

Preocupada com as dimensões físicas, sociais e psicológicas do homem, Florence já valorizava na época, uma atenção humanística e holística, e voltava ainda sua atenção para o autocuidado, com enfoque educativo no processo de cuidar de si, sendo esse processo incentivado e praticado pelas enfermeiras (DE OLIVEIRA MACEDO *et al.*, 2008; LEOPARDI, 2006 *apud* MIRITZ BORGES *et al.*, 2010). Além disso, o conhecimento científico, os conceitos acerca do meio ambiente, ventilação e condições sanitárias, também eram valorizados por Florence, que ressaltava ainda como instrumentos primorosos de cuidado a comunicação verbal e não verbal (STAMM, 2002).

A importância da ação de Florence Nightingale está também na voz que deu ao silêncio daqueles assistiam aos doentes realizando cuidados de Enfermagem, e que provavelmente não entendiam a importância dos rituais que seguiam (BALY, 1998 *apud*

COSTA *et al.*, 2009). Com a institucionalização da Enfermagem como profissão, produziu um sentido na prática de Enfermagem, que anteriormente era realizada por aquelas cuja intenção era servir ao próximo, por amor a Deus (BARREIRA, 1999).

Florence ampliou o olhar da Enfermagem para além da intervenção direta no doente, direcionando-o também para o meio ambiente, serviços de lavanderia, rouparia, cozinha, dietética, almoxarifado e limpeza, promovendo ainda a hierarquização do serviço de Enfermagem, através de duas categorias profissionais: as *nurses* e *lady-nurses*, sendo que a primeira categoria era treinada para o cuidado direto com o paciente, e a segunda era preparada para o ensino e supervisão de pessoal, tornando-se responsável pela expansão do sistema Nightingale na Europa e no mundo (FORMIGA E GERMANO, 2005).

Florence é considerada a percussora da Enfermagem, pois elevou o status dessa profissão, através da qualificação da assistência por meio de seus ensinamentos teóricos e universais, que se baseavam no outro e na potencialização da sua subjetividade, vindo a tornar-se uma teórica e uma referência para a integralidade do trabalho em saúde. Ela tornou-se então uma personagem que representa a Enfermagem a partir da sua visão de mundo, tornando-se também um referencial de vida e de prática profissional para esta profissão (MIRITZ BORGES *et al.*, 2010).

Um fato interessante é que Florence considerava que o reconhecimento da Enfermagem como profissão poderia comprometer a atuação das enfermeiras, e por esta razão, já na fase final da sua vida, quando se começou a colocar em pauta a questão do Registo de Enfermeiras (que em Portugal corresponde à Ordem dos Enfermeiros), Florence posicionou-se contra, pois considerava que o bem-estar do doente estaria mais assegurado se o trabalho da enfermeira fosse considerado como uma vocação e chamamento divino e não propriamente uma profissão (ATTEWELL, 1998).

2.2 O surgimento da Enfermagem no Brasil

O Brasil, desde o descobrimento até a instalação do império, foi colonizado praticamente por degredados e aventureiros, e não possuía nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem havia por parte de Portugal, país colonizador, a intenção de tê-lo. Assim, a atenção à saúde era realizada por curandeiros e limitada aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) (POLIGNANO, 2001).

Com a Proclamação da República, pouco mudou. No final do século XIX e início do século XX, as condições sanitárias do Rio de Janeiro beiravam o caos, pois a cidade estava

assolada por várias epidemias, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste. Com essas epidemias cada vez mais graves, os navios estrangeiros evitavam atracar nos portos da cidade, causando um enorme prejuízo econômico e diminuindo a vinda de imigrantes, afetando o modelo econômico de exportação (POLIGNANO, 2001).

Após um acelerado processo de urbanização e de lutas sociais no Brasil, saúde e educação eram cobranças da população, que enfrentava problemas nesses setores em função desse processo. O Estado fez com que as políticas públicas se voltassem para esses setores através de discursos e dispositivos legais, porém, na prática, pouco se viu transformado em ações que trouxessem benefícios para a população (DO NASCIMENTO E DE OLIVEIRA, 2006).

Medidas políticas de controle de doenças tiveram que ser tomadas para controlar e sanar tais doenças. Surgiu daí, a necessidade de formação de profissionais capacitados e treinados para prestação dos serviços. Esses envolviam a vigilância de portos e o cuidado aos doentes (KLETEMBERG E SIQUEIRA, 2003).

Nesse mesmo momento, a figura da mulher vinha sofrendo transformações perante a sociedade, que passava a ser vista como apta para funções dignas de vida e trabalho, além das atividades domésticas e religiosas. Contudo a Enfermagem era uma opção que não modificava o papel submisso da mulher, já que ela continuaria subordinada às ordens médicas, sem obter independência (DO NASCIMENTO E DE OLIVEIRA, 2006).

Em meio a esse cenário, ocorreu a estruturação da Enfermagem no Brasil.

A promulgação do Decreto nº 791 em 1890, representou o início do ensino da Enfermagem no país, tendo como objetivo preparar profissionais para trabalharem em hospícios e hospitais civis e militares, inspirado no modelo da escola existente em Salpetrière, na França (GALLEGUILLOS E OLIVEIRA, 2001).

No mesmo ano, foi criada no Hospital Nacional de Alienados, a Escola Profissional de Enfermeiros, posteriormente denominada como Escola Alfredo Pinto. Os médicos exerciam um domínio cada vez maior sobre as ações de saúde neste hospital, e as irmãs de caridade sentindo-se desprestigiadas, abandonaram a instituição, deixando de prestar os cuidados aos doentes. A criação dessa Escola representou a primeira tentativa de sistematização do ensino de Enfermagem no país, e se deu paralela ao despertar do novo Governo Republicano, 82 anos após a criação das primeiras escolas de ensino superior no Brasil, tendo como intuito, apenas atender às necessidades específicas daquela instituição, ou seja, preparar pessoas que realizassem o cuidado dos doentes mentais no lugar das irmãs de caridade e que aceitassem a

presença médica, inclusive a submissão a ela (COSTA, 2012; DE ALENCAR BARREIRA, 2005; STUTZ, 2011).

Segundo Stutz (2011), a Enfermagem foi estruturada no Brasil sempre vinculada ao ideário de uma profissão que exigia para o seu exercício disciplina, generosidade, renúncia, caridade e sacrifício.

No imaginário social da época, a Enfermagem era tida como extensão da delicadeza e dos cuidados maternos aos doentes. Esse aspecto contribuiu para que ao longo da história da Enfermagem no Brasil, esta profissão tenha sido predominantemente exercida pela ala feminina, embora essas escolas não fizessem distinção entre os sexos para a carreira profissional. Assim, a Enfermagem foi um instrumento que permitiu à mulher encontrar aceitação no mercado de trabalho (STUTZ, 2011).

Ao descreverem a criação do ensino de Enfermagem no Brasil, Kletemberg e Siqueira (2003) relatam que para entrar na Escola Profissional de Enfermeiros, não se faziam maiores exigências, já que para o ingresso do aluno era suficiente que o mesmo fosse maior de idade, alfabetizado e possuísse bons costumes, estando o ensino da profissão ligado ao saber-fazer, e ainda eram oferecidos a alguns alunos auxílios como alimentação, dormitório e gratificação. Assim, ficava claro que a profissão estava sendo criada não para uma elite, mas para uma classe social que pudesse servi-la, já que à elite não interessava alojamento, alimentação nem as gratificações mensais.

Um fato interessante da época, é que a direção e supervisão de ensino da Escola Alfredo Pinto era realizada por médicos, e em uma reunião do Conselho Internacional de Enfermeiras realizada em 1901, a representante do Brasil, Jane A. Jackson, ignorou a existência desta instituição, deixando de mencioná-la no evento. Isso talvez justifique o fato da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) ser considerada a primeira escola de Enfermagem no Brasil (PAIXÃO, 1951; ALCÂNTARA, 1963; CARVALHO, 1972; PAIVA, 1999 *apud* GALLEGUILLOS E OLIVEIRA, 2001).

O processo de industrialização no Brasil promoveu modificações no cenário brasileiro, que resultaram em transformações no estilo de vida da população e um intenso processo de modernização do país. Todavia, juntamente com a urbanização, o comércio, a necessidade de mão-de-obra, o capital e a população, cresciam também as epidemias (COSTA, 2012).

Enquanto o Brasil procurava se impor como Nação, sua luta por um país forte, soberano e desenvolvido, o altruísmo, a organização e a solidariedade eram ressaltados pelas agências do governo e pelos meios de comunicação impressa. Dessa forma, a Enfermagem foi aos poucos sendo introduzida como forma de aliciar os brasileiros em torno de ideais

nacionalistas (STUTZ, 2011). Em 1916, com o intuito de treinar socorristas voluntários, foi criada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira.

A partir de 1920, com a Reforma Sanitária, o sanitarista Carlos Chagas tornou-se Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e um membro ativo para o estabelecimento da profissão das enfermeiras visitadoras, tendo como preceito a profilaxia envolvendo a educação e a saúde e tendo como escopo melhorar os hábitos de higiene da população, os cuidados com as moradias e a redução de doenças (STUTZ, 2011).

Desse modo, com o objetivo formar enfermeiras que atuassem junto à população, disseminando a educação sanitária foi criada em 1923, a Escola de Enfermeiras Profissionais do Departamento Nacional de Saúde Pública, dirigida por Carlos Chagas por meio de uma missão de enfermeiras norte-americanas lideradas por Ethel Parsons, que tinham como modelo o sistema *nightingaleano*. A capacitação foi realizada por enfermeiras da Fundação Rockefeller, que ficaram encarregadas de dirigir a escola e organizar o serviço de Enfermagem de saúde pública, com o propósito de formar profissionais que correspondessem à necessidade do governo em controlar as epidemias e endemias que se alastravam no país, e colocavam em risco a população e as relações comerciais do Estado (GALLEGUILLOS E OLIVEIRA, 2001).

A partir de 1926, passou a se chamar Escola de Enfermeiras Anna Nery, em homenagem a mulher que é considerada a pioneira da Enfermagem no Brasil. Atualmente, esta instituição é conhecida como Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GALLEGUILLOS E OLIVEIRA, 2001). A Escola Anna Nery reconfigurou o modelo de enfermagem profissional no Brasil, servindo como modelo para as escolas criadas posteriormente, reproduzindo de forma hegemônica o currículo das escolas norte-americanas (DE ALENCAR BARREIRA, 2005).

Ainda no ano de 1926, foi fundada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, mais tarde denominada Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), criada com a preocupação de uma melhor educação na área. A Divisão de Educação da ABEn assumiu a organização, planejamento e elaboração do currículo e a determinação do regime escolar dos cursos previstos. Orientando-se pelo currículo norte-americano, o currículo brasileiro de 1949 foi composto por um grande número de especialidades médicas com conteúdos de Enfermagem. Tal tarefa foi realizada pela Subcomissão de Currículo da ABEn, e contribuiu para regulamentação do ensino de Enfermagem, através da lei n. 755/49 (GALLEGUILLOS E OLIVEIRA, 2001).

Percebe-se então uma incoerência na formação profissional de Enfermagem da época, visto que apesar da necessidade do Estado em controlar as epidemias que se propagavam de maneira desordenada na época, o currículo do curso era nitidamente direcionado para a formação de profissionais voltados para a assistência na área hospitalar.

Embasado nesse modelo, novos curso de Enfermagem foram sendo criados com o mesmo objetivo de corresponder às necessidades emergenciais do país. Entretanto, a inovação chegou aos hospitais concomitante às necessidades de melhoria da saúde pública, e as tecnologias cada vez mais avançadas nessas instituições exigiam pessoal qualificado, exigindo uma formação adequada a este fim. Assim, paralelo ao desenvolvimento dos serviços de saúde pública, aconteceu a valorização e a procura por profissionais de Enfermagem na área hospitalar (STUTZ, 2011).

Em meados da década de 20, as epidemias foram obtendo resolutividade e desaparecendo do cenário de saúde brasileiro, e as práticas de saúde pública, então difundidas no modelo sanitarista, foram incorporando e assemelhando-se ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, inferindo na forma como a Enfermagem profissionalizou-se e estabeleceu o seu ensino no país (COSTA, 2012).

Do Nascimento e De Oliveira (2006) consideram que nessa conjuntura, a estruturação da Enfermagem brasileira na área hospitalar serviu mais para o progresso da medicina e para qualificar os serviços de Enfermagem neste setor, tido como centro da atividade médica no capitalismo, do que para edificar uma assistência de Enfermagem direcionada para a prevenção ou atender as demandas de saúde da maioria da população.

Dessa forma, pode-se afirmar que o exercício da Enfermagem no Brasil, que objetivava o seu desenvolvimento integrado à saúde pública, não se realizou, já que se configurou voltado prioritariamente ao modelo hospitalocêntrico.

Com a eclosão da 2ª Guerra Mundial na década de 40, houve uma valorização da Enfermagem e um crescimento significativo no preparo de enfermeiras profissionais e voluntárias. Através de notícias em jornais, o Estado Novo divulgava a boa imagem da mulher e da profissão da enfermeira em todo país. A trajetória e consolidação da Enfermagem enquanto carreira profissional enquadrada pelo Estado é marcada pela mobilização de enfermeiras, que como parte de um processo mais amplo, marca também um novo caminho para a emancipação das mulheres de classe média (DE ALENCAR BARREIRA, 2005).

Com a finalidade de atender as necessidades de explicar, descrever e refazer um referencial próprio da Enfermagem surgiram em 1950 as primeiras teorias na área. No Brasil foram propostas várias teorias com o objetivo de fundamentar os cuidados de Enfermagem e

tornar possível a autonomia e independência na sua atuação junto ao paciente. Baseada na Teoria de Maslow, a enfermeira Wanda Aguiar Horta, afirma em seus estudos que a Teoria aplicada é a das Necessidades Humanas Básicas (NHB), embasada na Teoria Humana. Assim, Wanda Horta se torna a primeira enfermeira brasileira a preconizar a Teoria de Enfermagem no campo profissional. O desenvolvimento da Teoria das NHB foi motivado pela preocupação com a prática não reflexiva e a dicotomia da Enfermagem e principalmente para tentar a unificação do conhecimento científico da Enfermagem para obter autonomia e independência. Os trabalhos de Horta deram início e ênfase ao planejamento da assistência, na luta para tornar autônoma a profissão e de caracterizá-la como ciência, através da implementação do Processo de Enfermagem (GASSEN, CARVALHO E GOES, 2013).

Em 17 de setembro de 1955, a Enfermagem passa a ser considerada profissão no Brasil, tendo seu Exercício Profissional regulamentado no país através da lei 2.604 (BRASIL, 1955).

A expansão do ensino superior de Enfermagem esteve diretamente associada ao aumento do número de hospitais, (MEDEIROS, TIPPLE E MUNARI, 1999) e tal como o modelo inglês e norte-americano, a Enfermagem brasileira institucionalizou-se subordinada à prática médica (GALLEGUILLLOS E OLIVEIRA, 2001).

A partir da década de 80, a crise política e econômica no país atingiu de forma expressiva a área da saúde e fez parte dos debates referentes ao ideário de criação Sistema Único de Saúde (SUS). As críticas à exclusão do ensino de saúde pública do currículo comum cresceram, e a definição de novas diretrizes educacionais para a Enfermagem exigia a incorporação dos conteúdos que proporcionassem o exercício de atribuições que viessem atender às necessidades sociais de um novo tempo (GALLEGUILLLOS E OLIVEIRA, 2001).

A partir de 1994, as disciplinas referentes à saúde pública, extintas do currículo da Enfermagem retornaram à grade agora como Saúde Coletiva. Contudo, ficou claro que a ruptura com a matriz flexneriana que orientou o ensino da profissão no país não se realizou de fato, pois apesar da reestruturação curricular, manteve-se a subdivisão em especialidades médicas.

A inabilidade dos serviços de saúde em assistir com equidade toda a população, evidenciou as fragilidades do modelo flexneriano. O surgimento de um novo conceito, denominado até os dias de hoje Atenção Primária à Saúde veio para inovar o cenário em voga, contrariando o discurso de hegemonia, e criando ideias que se incorporaram em modelos como o da Vigilância Sanitária, exaltando a necessidade de novas políticas e práticas em saúde, caracterizando a Reforma Sanitária. Há que ressaltar, porém, que nas transformações

da formação dos profissionais de saúde, pouca relação foi feita com a Reforma Sanitária (KISIL, 1998 *apud* GALLEGUILLOS E OLIVEIRA, 2001).

A influência dos princípios norte-americanos trazidos ao Brasil pelas enfermeiras americanas no século XX, assim como a forte influência dos princípios religiosos do século XVIII, podem ser percebidas no profissional da Enfermagem nos dias de hoje (STUTZ, 2011).

2.3 A Construção do SUS e a Enfermagem na Atenção Primária À Saúde

A partir da década de 80, a crise política e econômica no país atingiu de forma expressiva a área da saúde e fez parte dos debates referentes ao ideário de criação Sistema Único de Saúde. O acesso à saúde oferecido pelo Estado era limitado, e ocorria através da Previdência Social somente para os trabalhadores da economia formal e seus dependentes, assim, até a Constituição Federal de 1988, tal acesso não abrangia as demais pessoas, pois o sistema em voga não possuía caráter universal (BRASIL, 2007).

Nessa lógica, o modelo vigente, marcado pela desarticulação dos serviços à saúde, com limitação a uma parcela de pessoas previdenciárias, provocava prejuízos evidentes à população e isso originou um movimento na direção de uma reforma sanitária, que levou à transformação dos paradigmas do sistema de saúde. Tais fatos tiveram iniciativas na comunidade de profissionais da saúde, de sanitaristas, sindicatos e da própria sociedade brasileira (JUNIOR *et al.*, 2011).

Com o intento de resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social, sobretudo no que se refere à saúde coletiva, foi elaborado um novo modelo de atenção, que visava ainda, sua consolidação como um dos direitos da cidadania (BRASIL, 2007).

Assim, o SUS foi criado e aprovado pela Constituição Federal de 1988, onde se estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Novas formas de organização dos serviços de saúde foram necessárias para implementação do SUS, dentre as quais se destacam: a descentralização das decisões, a instituição da regionalização e hierarquização da rede de serviços, assim como a resolutividade dos problemas de saúde que demandam a procura de atendimento no sistema formal de saúde, atitudes que exigem profissionais aptos para operacionalizá-lo. Tal organização de serviços busca cumprir os rumos e princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade pelos quais o SUS se norteia (BRASIL, 2001a). Como uma

estratégia de organização para o novo modelo de saúde, surge a Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada como Atenção Básica (AB) (PEREIRA, 2008).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, é considerada a porta de entrada dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2012).

A APS representa o primeiro nível de atenção à saúde, proporcionando aos indivíduos, famílias e comunidades o alcance de cuidados essenciais de saúde, sendo eles apoiados em métodos e tecnologias, bem fundamentados cientificamente, e socialmente aceitáveis, expressando de uma forma material novo modo de pensar e agir na construção de um modelo de atenção à saúde (SOUSA E HAMANN, 2009).

Atualmente, em Juiz de Fora, a APS é exercida predominantemente sob a forma de dois modelos: da Unidade Básica de Saúde (UBS), caracterizada pelo chamado modelo tradicional, e pelo antigo Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As UBS Tradicionais, também conhecidas como Postos ou Centros de Saúde são estabelecimentos sanitários designados a prestar serviços básicos à população. Criadas na década de 1930, tais Unidades se multiplicaram por todo o país aceleradamente a partir dos anos 80. Essa rede de atenção privilegiou dois eixos em sua oferta de serviços: a prestação de atendimento ambulatorial nas especialidades médicas básicas e a prestação de ações de caráter preventivo, segundo a ordem da programação em saúde (CAMPOS, 2003). Nesses serviços, a demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços, e no Brasil, esse modelo vem sendo substituído pela ESF.

Idealizada pelo Ministério da Saúde, a ESF surgiu em 1994 como PSF, visando a consolidação do SUS, adotada também como estratégia para contribuir na edificação de um novo modelo de atenção integral à saúde das famílias e para a reorganização das ações de ABS (CHAVES *et al.*, 2014; BRASIL, 2015). Esta estratégia propõe-se a agir preventivamente sobre a saúde da população, realizando suas ações com base na integralidade da assistência, a partir de um novo modelo de atenção, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (ROSA E LABATE, 2005).

A ESF tem possibilitado ao enfermeiro a expansão de conhecimentos e habilidades técnicas capazes de edificar sua identidade profissional, fatos evidenciados pela conjuntura de redefinição do conceito de saúde e da prática profissional (CAÇADOR *et al.*, 2012).

Nesse novo contexto, a contribuição do enfermeiro é importante para a implementação e consolidação do SUS e é no desempenho de suas funções, que se efetivará este ato, pois ao prestar assistência ao indivíduo seja ele sadio ou doente, família e comunidade, estará ele, desempenhando atividades para promoção, manutenção e recuperação da saúde daqueles que estão sob seus cuidados e cumprindo assim, o papel que lhe outorga o SUS (SILVA *et al.*, 2001).

A ESF representa hoje a principal estratégia de descentralização dos serviços de saúde, abrindo espaços para novas relações profissionais e destes com a comunidade. Numa nova concepção de trabalho, incentiva uma maior integração dos profissionais, permitindo que as ações desenvolvidas sejam compartilhadas por todos os envolvidos nesse processo. Tendo anteriormente uma base multidisciplinaridade modificou-a por uma nova relação com base na interdisciplinaridade, o que exige uma nova abordagem que questione as certezas profissionais e impulse o diálogo horizontal entre a equipe de forma constante. Assim, nesse tipo de serviço em especial, o enfermeiro possui mais autonomia e liberdade para desenvolver as suas ações, podendo o seu trabalho alcançar maior visibilidade e ser mais valorizado (DE ARAÚJO E OLIVEIRA, 2009).

O cuidado da Enfermagem é um componente fundamental no sistema de saúde local. Isso vem proporcionando à Enfermagem uma ampliação do seu espaço na área da saúde, tanto no âmbito nacional quanto no cenário internacional. A assistência de Enfermagem apresenta os seus reflexos nos níveis local, regional e nacional, e por isso, também é motivo de crescentes debates e novas significações. Desse modo, o enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões (BACKES *et al.*, 2012).

Como alçada do enfermeiro, espera-se do mesmo a aptidão de compreender a natureza humana em seus diversos aspectos e dimensões, assim como, atuar conscientemente, buscando conhecer e compreender a natureza física e social do homem, suas expressões culturais, emocionais e sociais, bem como as fases evolutivas e que promova cuidados de Enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades tanto pelo indivíduo e pelos diferentes grupos da comunidade. Inclui ainda, sua atuação eficiente nos programas de

assistência integral à saúde do homem em suas fases da vida: criança, adolescente, adulto e idoso (BRASIL, 2001b).

Contudo, na sociedade contemporânea, que prioriza o tratamento e não o cuidado, o reconhecimento do seu trabalho mostra-se difícil perante a mesma. A sociedade condicionada às tecnologias duras, dominada pela globalização, centrada no consumo, em valores capitalistas e na biomedicina, menospreza valores próprios do trabalho da Enfermagem, que é o cuidar. São renegados valores como solidariedade, direitos universais à vida digna e ao cuidado, que são pouco ou não priorizados, sendo consequência dessa lógica a resistência em reconhecer e valorizar a prática da Enfermagem (PIRES, 2009; CAÇADOR *et al.*, 2012).

Soma-se a isso, o fato de que a ESF nem sempre apresenta condições para que o trabalho do Enfermeiro possa ser desenvolvido de forma plena. A gestão dos serviços nem sempre assume compromisso com a ética, submetendo os profissionais a sobrecarga de atividades, que podem ser causadoras de esgotamento físico e mental. Este estresse se faz também pelas múltiplas funções desempenhadas com o tratamento de pacientes, coordenação de equipe, diagnóstico e prevenção da doença, vivência de carências diversas: de recursos humanos, materiais e financeiros (CAMELO e ANGERAMI, 2004; DE FIGUEIREDO SIQUEIRA *et al.*, 2013).

De tal modo, é comum o desvio de funções desenvolvidas pelo enfermeiro onde diferentes atividades que são por ele desenvolvidas nem sempre são compatíveis com sua formação. Em virtude das múltiplas atribuições que acaba assumindo, cria-se uma distorção da sua imagem profissional, impedindo o seu efetivo reconhecimento. Por conseguinte, a cobrança de um profissional polivalente na ESF torna-se um obstáculo ao delineamento do seu objeto de trabalho (CAÇADOR *et al.*, 2012).

Com o intuito de compreender qual a imagem que os usuários possuem do profissional de Enfermagem Caçador *et al.* (2012), questionaram aos usuários se os mesmos conseguiam identificar o enfermeiro dentre os demais profissionais da equipe de saúde e nenhum dos entrevistados conseguiram fazer essa diferenciação. Ao questionarem sobre trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, perceberam que os usuários entrevistados referiram apenas aos procedimentos técnicos, e não souberam descrever qual o trabalho realizado pelo profissional na unidade de saúde. Percebe-se assim que existe uma ampliação do campo de atuação do enfermeiro, mas esse fato ainda não contribui para modificar a percepção sobre o seu trabalho.

Desse modo, tem-se como desafio dessa proposta inovadora que é a ESF, a indigência de se definir o perfil das competências imperativas aos profissionais que a compõe. Cabe

ainda um grande reconhecimento ao profissional enfermeiro, que não mede esforços em seu trabalho e apesar das dificuldades, tem sua atuação intimamente relacionada à consolidação da ESF.

2.4 (In)visibilidade e (des)valorização da Enfermagem

A história da Enfermagem é permeada por imagens estereotipadas, preconceituosas, percepções distorcidas e errôneas da profissão, que se perpetuam até os dias de hoje (DE SOUZA PADILHA E BORENSTEIN, 2006).

Estes julgamentos e opiniões carregadas de preconceitos sociais, estigmas e imagens estereotipadas são reforçados pelo seu exercício basicamente manual e predominância do sexo feminino no desenvolvimento desta prática. Estas falsas generalizações se devem ao fato da Enfermagem ser vista como uma profissão basicamente manual e exercida majoritariamente pelo sexo feminino, e como o trabalho das mulheres é pouco reconhecido, a profissão é injustamente desvalorizada (JESUS *et al.*, 2010). Para De Souza Padilha e Borenstein (2006), a história da Enfermagem, assim como a história das mulheres, permanece como um campo suplementar.

Em meio às inúmeras mudanças que ocorrem no mundo, a imagem da Enfermagem se encontra desalinhada dessa realidade, sobretudo entre os jovens, apresentando um quadro de descompasso entre as grandes potencialidades de atuação da Enfermagem e seu fascínio como mercado de trabalho. A falta da devida atenção, do apreço ao corpo de Enfermagem, traz consequências, subestimado em número e qualificação, que poderão interferir indiretamente na assistência dada, na qualidade do trabalho e na vida de uma população (FONSECA E PAES DA SILVA, 2012).

Fonseca e Paes Da Silva (2012) realizaram um estudo em que procuraram conhecer as representações sociais de adolescentes sobre a Enfermagem antes e após a divulgação da profissão em um *website*. No primeiro momento, os jovens retrataram o enfermeiro como auxiliar de médico, tendo o hospital como único campo de ação. No segundo momento, após a navegação pelo website construído pelos autores, os adolescentes mostraram-se surpresos com o amplo espectro de atividades que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro, passando a associar a imagem da Enfermagem com uma profissão autônoma. Dessa forma, ficou nítido que o desconhecimento acerca do vasto campo de atuação da Enfermagem contribui para a perpetuação de uma imagem distorcida da profissão.

Esse desconhecimento ficou evidente também em estudos realizados com os próprios graduandos da Enfermagem. Em um estudo realizado por Sousa *et al.* (2010) recentemente, revela que a visão de estudantes matriculados no curso traz algumas concepções sobre a profissão que pouco diferem das impressões da população em geral, e que ainda possuem uma visão limitada em relação à missão e às habilidades do profissional. Outra pesquisa, realizada por Erdmann *et al.* (2009), mostra que ao ingressarem na graduação os acadêmicos tinham uma visão limitada acerca da atuação do enfermeiro, relacionando a sua atividade apenas ao trabalho institucionalizado, em Unidades Básicas de Saúde e hospitais. Um dos participantes ainda referiu desconhecer as competências técnicas e científicas das diferentes categorias de Enfermagem. E em um terceiro estudo, ao questionar seus alunos, matriculados em diferentes períodos do curso qual o entendimento que eles tinham sobre a profissão do enfermeiro, Rodrigues (2001) refere que sempre encontrou como respostas a associação da Enfermagem a adjetivos caritativos, como ajuda, vocação e doação, o que segundo ele, revela que o entendimento dos alunos sobre esta prática também está associado ao do senso comum.

A invisibilidade do cuidado ao outro e da profissão de Enfermagem está ligada à forma silenciosa do cuidado, do voluntariado, espontaneidade, do cuidado não explícito, evidente ou visível, não percebido pelo outro (BAGGIO E ERDMANN, 2010).

A dificuldade do enfermeiro em mudar a visão de sua imagem está associada a fatores variados e entre eles destaca-se o rompimento do elo com o silêncio para passar a destacar suas próprias qualidades. Esse fator o impede de conseguir mostrar suas próprias virtudes, o que contribui para que socialmente a profissão e o profissional continuem cada vez menos visíveis (GENTIL, 2009; AVILA *et al.*, 2013).

O profissional de Enfermagem ao perceber-se como ser humano e profissional invisível sente-se desvalorizado por ser assim percebido pelo outro ser. Condições ambíguas se fazem presentes nas ações e atitudes de cuidado, principalmente por serem elas rotineiras, passando despercebidas pelo outro (situação invisível); entretanto a ausência é vista como um não-cuidado (situação visível). Revela-se aí, os movimentos ambíguos, complexos, contraditórios e até divergentes, mas que fazem parte das relações humanas inseridas no cuidado e não cuidado (BAGGIO E ERDMANN, 2010).

O enfermeiro tem embutido no seu inconsciente que seu trabalho é caridade, abnegação e, portanto, não deve ser divulgado. Por esta razão, torna-se quase impossível para este profissional criar uma imagem que reflita suas qualidades, e tornar-se visível (GENTIL, 2009).

Além disso, a estrutura montada no processo de trabalho da Enfermagem determina o modo como o trabalho é realizado, as realizações que se dão entre as pessoas no trabalho, e com a produção dos cuidados que se realizam, estão sob a orientação do modelo clínico e tem sua direção atribuída no projeto intelectual. Esse modelo articula os profissionais da Enfermagem em torno da atuação médica. A interdisciplinaridade da equipe de saúde foi motivo de debates e discussões como meta criar e construir um modelo centrado no paciente como meio norteador do planejamento e da execução das ações de saúde. Porém, a realidade organizada estava em torno e em função do diagnóstico e tratamento de corpos doentes. Ainda com a Carta de Ottawa, que define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de equilíbrio entre bem-estar físico, mental e social, considerando o contexto social, ambiental, político e econômico (WHO, 1986), a assistência em saúde atual ainda tem no curativismo e na queixa-conduta o seu foco principal, e nesse contexto, o médico é o protagonista. Assim, a Enfermagem acaba limitando sua atuação a um trabalho complementar às práticas médicas, sendo desta maneira reconhecida pela sociedade (DAL PAI, SCHRANK E PEDRO, 2006; ERDMANN *et al.*, 2009).

O fato é que a Enfermagem, desde sua criação, pautou seu saber técnico e científico em práticas biologicistas e assistencialistas, com ênfase na doença e na cura. Além disso, na sua edificação, Florence Nightingale, centrou o conhecimento em “o que fazer” e “como fazer”, espelhando-se sempre em princípios científicos pertencentes a outras profissões.

Assim, o enaltecimento da medicina em detrimento à Enfermagem é mais um fator que contribui para a fragilização da sua imagem e visibilidade, implicando no comprometimento da construção do vínculo com o paciente (AVILA *et al.*, 2013).

Há quem considere que apesar dos esforços das escolas de formação profissional estas ainda deixam a desejar, pois o currículo é conteudista e não contribui para a mudança de postura e imagem do enfermeiro, uma vez que ainda mantém a concepção de que as enfermeiras devem ser disciplinadas e, portanto, obedientes. Desmitificar estas ideias tem sido um trabalho gradativo. As mudanças partem da preocupação com a boa formação, pautada na aquisição de competências essenciais para o cargo, mas o posicionamento crítico e atitudes firmes de combate a atitudes preconceituosas são reduzidas (LIMA, 1994).

O alicerce que deveria proporcionar ao enfermeiro ações diferenciadas e atribuições em qualquer nível de atuação é deficiente, pois, a grande maioria escolhem vínculos profissionais que ofereçam estabilidade e ações mecanizadas. A realidade que se observa no campo da Enfermagem, é a da supremacia da atuação institucionalizada, provocando uma

delimitação da atuação deste profissional em renúncia do estímulo à atuação criativa para um aperfeiçoamento que permita maior visibilidade a seu potencial e à sua profissão.

Baggio e Erdmann (2010) afirmam que os clientes têm dificuldade para distinguir enfermeiros e demais profissionais da saúde, e que é comum a dificuldade das pessoas para distinguir as diferentes categorias da Enfermagem. O desconhecimento por parte dos demais profissionais da saúde acerca das atribuições do Enfermeiro e a falta de clareza em relação às diferenças instituídas entre as demais categorias da Enfermagem (Enfermeiros, técnicos e auxiliares), refletem negativamente na imagem deste profissional (AVILA *et al.*, 2013).

Essa dificuldade das pessoas em identificar o enfermeiro dentre as diferentes categorias da Enfermagem, é comum, denotando que há um anonimato, que os tornam invisíveis nas múltiplas esferas da profissão (BAGGIO E ERDMANN, 2010).

O caráter da profissão, estratificada em categorias, cria dificuldades em se identificar os limites específicos de cada profissional da equipe de Enfermagem de acordo com sua formação específica. As relações de dominação e subordinação entre seus membros tende a se reproduzir, devido a esse modelo baseado na hierarquização e segregação entre gestão e os afazeres, onde o enfermeiro fica responsável pela gestão do cuidado e os técnicos e auxiliares pelo cuidado direto ao indivíduo. Dessa forma, entre os profissionais da Enfermagem a representação social da profissão é para a população ineficiente, o que a impede de distinguir as funções específicas de cada um e dos membros da equipe. (CAÇADOR *et al.*, 2012)

A atuação que contribua para a categoria de enfermeiros ganhe a aprovação e elevação social da classe, há que partir de todos os ângulos e setores profissionais e sociais, a fim de eliminar conceitos errôneos acerca deste profissional não só de pessoas e profissionais preconceituosos, mas principalmente do próprio enfermeiro que muitas vezes não se valoriza e se submete a situações de submissão (JESUS *et al.*, 2010).

As posturas assumidas pelos enfermeiros, a submissão a outros profissionais de saúde, a execução da prática sem reflexão e sem conhecimento clínico, associados à desvalorização e a estereótipos suscitados pela sua trajetória histórica, contribuem para o não reconhecimento do saber do enfermeiro pela equipe de saúde, pelos pacientes e pela sociedade de modo geral (AVILA *et al.*, 2013).

Em um estudo realizado por (AVILA *et al.*, 2013), foram elucidados como fatores que comprometem a visibilidade da Enfermagem a falta de conhecimento e de habilidades técnica dos próprios enfermeiros para realizar determinados procedimentos, a sobrecarga de trabalho que impossibilita a realização da atividade de uma maneira plena e a ausência de reconhecimento do valor do profissional, sendo destacado que esse último fator pode ter

influência direta na satisfação e insatisfação com o trabalho desenvolvido e na qualidade da assistência de Enfermagem.

A falta de visibilidade e reconhecimento da profissão pela equipe de saúde e pelos pacientes pode comprometer a construção de vínculos como também a efetivação do cuidado (AVILA *et al.*, 2013), enquanto o reconhecimento da Enfermagem e o prestígio social podem fazer com que o enfermeiro se sinta pleno com as atividades desempenhadas no contexto de trabalho e perante a sociedade. O trabalhador quando reconhecido, desenvolve o seu fazer com maior comprometimento e satisfação. A satisfação pode motivar o enfermeiro a desenvolver a assistência ao paciente com maior qualidade por sentir-se reconhecido e valorizado (AVILA *et al.*, 2013; SILVEIRA *et al.* 2012).

Batista *et al.* (2005), buscou identificar em um estudo realizado por ele, os fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Como fatores motivacionais, listados aqui em ordem de prioridade, identificou o gostar do que faz, o bom relacionamento multiprofissional, a possibilidade de crescimento profissional, a resolutividade e compromisso com a população, as condições de trabalho, o apoio do gestor e por último a remuneração. Como fatores de insatisfação foram citados as condições de trabalho e o salário, seguidos pelo relacionamento interpessoal e intersetorial. Assim, percebeu que apesar de ser um fator de insatisfação, a remuneração também é um fator motivacional entre a classe, não sendo, todavia, o de maior relevância.

Dal Pai, Schrank e Pedro (2006) mencionam que a Enfermagem fica em desvantagem na luta pela representatividade da classe em espaços de poder, principalmente pelas diferenças salariais. Entretanto, essa situação parece não refletir em ações que busquem mudanças a favor de uma realidade nova e justa.

Mostrar que o trabalho do enfermeiro é importante, necessário e que precisa ser reconhecido e remunerado dignamente, exige organização da categoria e um enfoque para desenvolver o senso de valorização e luta por melhores condições para o desempenho das atividades cotidianas. Vale sugerir que as organizações avaliem tais fatores para que a assistência realizada por ele possua melhor qualidade. Por outro lado, a fim de serem percebidos através de um cotidiano mais revelador e com transformações, estes profissionais devem se mostrar, se fazerem percebidos para conquistar o seu reconhecimento, através da organização da categoria, da politização, do posicionamento na equipe e na instituição, da realização de um trabalho de qualidade e competente (BATISTA *et al.*, 2005).

A sustentação da profissão inicia-se na construção de uma formação criadora de identidade e na representatividade diante das variadas esferas sociais. Para que o

reconhecimento da profissão seja alcançado é preciso ir mais longe e não se contentar com conhecimentos que lhes permita apenas equiparidade na concorrência do mercado de trabalho, incluindo ainda a reconstrução das exigências sociais que nos sustentam, participando das organizações das políticas de saúde, e principalmente reconstruir o processo de ser Enfermagem (DAL PAI, SCHRANK E PEDRO, 2006).

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Para que os objetivos fossem alcançados, a pesquisa teve abordagem qualitativa do tipo descritiva. A pesquisa qualitativa permite uma relação entre o fenômeno que se mostra e o sujeito que o vivencia (MAFFESOLI, 1988).

Como um estudo qualitativo que buscou a lógica da compreensão, e não a mera explicação da relação de causas e efeitos dos fenômenos humanos, o sentido do caminho percorrido no tratamento do objeto de estudo nesta investigação se deu sob a luz da sociologia compreensiva de Michel Maffesoli, mais como um norteador para a coleta de dados, do que como uma fundamentação a priori para a análise e tratamento dos dados. A escolha da Sociologia Compreensiva como um aporte para a coleta de dados está centrada no fato de que o método proposto pelo autor busca manter a captação dos fenômenos em sua essência, afastando os maniqueísmos, e principalmente a corrupção do olhar do pesquisador, que deve sempre estar centrado no cotidiano e nas pequenas grandes coisas do dia-a-dia.

“O fato de ater-se aos fenômenos requer uma verdadeira ascese, aquela que, recusando a facilidade do céu das ideias, ou dos conceitos abstratos, permanece enraizada no aqui e agora” (MAFFESOLI, 1998, p. 119).

Ainda segundo o autor, (1988, p.25), esse tipo de pesquisa “descreve o vivido naquilo que é, contentando-se assim, em discernir as visadas dos diferentes atores envolvidos”. Deste modo, “não há uma verdade única e universal aplicável em qualquer tempo e lugar, ao contrário, há uma multiplicidade de valores que relativizam uns aos outros, ora se opondo ora se complementando, lado a lado, sem se excluírem [...]” (SANTOS, 2012).

Assim, a pesquisa qualitativa corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2010), em que o conhecimento é construído por meio da compreensão do sentido que os sujeitos dão à vida, já que busca compreender o outro, a experiência vivida, a essência e não as aparências (MAFFESOLI, 1998).

3.2 O Cenário e os Participantes da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com Enfermeiros atuantes nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) de Juiz de Fora, MG, incluindo-se aí as UBST e as UBS com ESF implantadas.

A Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora é composta por 67 unidades, sendo entre essas 36 UBS com ESF zona urbana e 10 na zona rural, e 12 UBST na zona urbana e 9 do mesmo tipo na zona rural.

Logo, os dois tipos de serviços, a UBST e a UBS com ESF são a forma pela qual a Atenção Primária a Saúde funciona em Juiz de Fora, são através dos dois que os usuários têm o primeiro acesso aos serviços de saúde, e por não coexistirem na mesma área, os usuários de determinada região são atendidos apenas por um ou por outro. Assim, os dois tipos de unidades de saúde são a referência e o primeiro acesso aos serviços de saúde dos bairros em que estão instalados.

O cenário de estudo foi escolhido por se tratar de um setor que tem absorvido de forma efetiva o profissional enfermeiro nos últimos anos, onde a prática tem se transformado e incorporado novas tecnologias. Além disso, nesse campo o enfermeiro possui mais autonomia e liberdade para desenvolver as suas ações, podendo o seu trabalho alcançar maior visibilidade e ser mais valorizado (DE ARAÚJO E DE OLIVEIRA, 2009).

Para a seleção dos participantes, foi utilizado como critério de inclusão os enfermeiros do cenário acima descrito, que aceitassem participar como voluntários, demonstrando sua aquiescência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I). Foram utilizados como critérios de exclusão os enfermeiros residentes e os enfermeiros que estivessem em período de férias, licenças, ou que não fossem localizados durante o período da coleta de dados.

As unidades que integram esse estudo foram escolhidas de forma aleatória, a partir de uma lista com todas as unidades disponibilizada por uma enfermeira conhecida. Assim, foram participantes do estudo 12 enfermeiros, sendo seis enfermeiros das UBST e seis das UBS com ESF implantadas.

Em relação ao perfil, a idade dos participantes variou entre 29 e 57 anos; o tempo de formados, entre quatro anos e meio e 32 anos; tempo de atuação na unidade de saúde em que trabalha, entre um mês e 09 anos; em relação às titulações máximas, nove possuem especialização e três possuem mestrado. Todos são concursados na prefeitura do município.

Ao realizar uma breve análise do perfil dos participantes, percebi que os mesmos possuem experiência na profissão, fato importante para que o objetivo deste estudo fosse alcançado. Apesar de alguns apresentarem pouco tempo de atuação em determinada unidade, eles relataram já ter tido experiência em outros campos.

3.3 Aspectos éticos

Todas as fases de realização do estudo foram pautadas nas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contemplada na Resolução do CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Antes de ter início o trabalho de coleta de dados, solicitei a autorização do Subsecretário da Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora e da Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG, e submeti o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF), sendo posteriormente aprovado sob o parecer 622.548 de 22/04/2014 (anexo II).

A coleta de dados foi realizada mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa, onde de forma clara e objetiva, os participantes eram informados sobre os objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos. Expliquei aos mesmos que os dados ali colhidos seriam utilizados apenas para fins científicos, sendo-lhes assegurados o sigilo e a privacidade, e garantida a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Informei que a interrupção da participação poderia se dar a qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo ou dano e que os riscos de sua participação seriam mínimos, devido ao método de pesquisa adotado, e caso houvesse algum dano comprovado em decorrência da sua participação, este seria de minha responsabilidade (da pesquisadora).

O material gravado durante a coleta de dados, os TCLEs e os dados da pesquisa serão guardados durante cinco anos, sendo destruídos após este período. Os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição de todos os participantes envolvidos neste estudo.

3.4 Coleta e análise dos dados

O primeiro contato com os participantes deu-se através de visitas em que fui pessoalmente às UAPS apresentar-lhes a pesquisa e convidá-los a participarem da mesma, e

também através de contato telefônico àqueles que não estavam presentes ou disponíveis na UAPS no momento da visita.

As entrevistas foram realizadas entre os meses outubro e dezembro de 2014, dentro das próprias UAPS, em dias e horários escolhidos pelos próprios participantes, e gravadas em mídia digital, para que se obtivesse total fidedignidade aos relatos.

Todos os participantes mostraram-se disponíveis, receptivos e interessados em contribuir com o presente estudo, assim, a coleta de dados ocorreu de forma tranquila, orientada por um roteiro semiestruturado (Apêndice A).

Segundo Maffesoli (1998, p. 113):

Talvez seja preciso deixar que o eu e, naturalmente, o eu crítico, se dissolva, para melhor ouvir a sutil música nascente, para melhor dar conta da profunda mudança que se opera sob nossos olhos. Em suma, pôr em ação um espírito contemplativo que saiba perceber a inegável criação social que caracteriza este fim de século.

Assim, notei todos os entrevistados muito ansiosos e à vontade em falar sobre o seu cotidiano de trabalho, suas decepções e aspirações com a profissão, de modo que um deles ao final da entrevista brincou que não precisaria ir à terapia mais, pois já havia desabafado comigo e estava se sentindo mais leve naquele dia.

Percebi que durante as entrevistas os participantes puderam discorrer sobre algo que se encontra intimamente relacionado às suas percepções das representações alheias sobre o seu ser profissional, revelando também o subjetivo, ou seja, como se sentem e como lidam com as descrições apresentadas. Uma apropriação natural, espontânea e existencial, onde as sutilezas e um estado de contemplação tornam-se o caminho mais apropriado para se chegar ao “fundo das aparências”.

As duas primeiras entrevistas foram realizadas, transcritas e analisadas por mim como um estudo-piloto, com o objetivo de testar e avaliar o instrumento de coleta de dados e assim, fazer os ajustes necessários, além de analisar de forma crítica o meu desempenho como pesquisadora. As duas entrevistas também foram incluídas no relatório da pesquisa.

O número de entrevistas não foi estabelecido a priori, uma vez que, de acordo com Minayo, seguimos o critério de saturação, que é definido pela autora como o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que pôde compreender a lógica interna do grupo em estudo. Por volta da décima entrevista, acreditei que o havia coletado dados suficientes para atender o objetivo da pesquisa, devido à riqueza das falas e à repetição de dados. Para

corroborar essa ideia, realizei mais duas entrevistas, que confirmaram a saturação dos dados, e assim, finalizei as coletas.

Após a coleta de dados, transcrevi as entrevistas na íntegra, de forma atenta e minuciosa, e realizei uma leitura recorrente das mesmas para organização do material, seguida de exploração exaustiva para assim identificar as unidades estruturais significantes. Em seguida, agrupei os dados em categorias analíticas a partir dos sentidos e dos significados das falas dos sujeitos, e analisei a partir da análise de conteúdo, técnica de pesquisa que através da palavra e expressão do sujeito, permite ao pesquisador categorizar dados obtidos com maior frequência, inferindo expressões que os representem. (CAREGNATO e MUTTI, 2006; CAMPOS e TURATO, 2009).

Para preservar a identidade e garantir o sigilo, os participantes foram denominados por “ENF”, seguidos do número correspondente à ordem pela qual foram entrevistados.

4. RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentadas as categorias representativas, onde organizei as falas dos participantes agrupando-as pelas aproximações de conteúdos. O objetivo deste tipo de organização foi o de realizar a identificação dos sentidos das representações, que puderam mostrar a essência do mundo vivido dos participantes, mostrando e desvelando o seu cotidiano, plural e polissêmico, fugaz e perceptível em suas premissas.

“[...] não é mais inútil observar que o mundo, sua retórica e seus feitos são, essencialmente, plurais, não se prestam a uma conclusão, mas sim a uma abertura. Numa palavra, conformam-se menos a uma representação, e isto no bom sentido do termo, do que a uma apresentação. Não devem, portanto, constituir objeto de uma demonstração, sejam quais forem as premissas, mas sim de uma mostração (MAFFESOLI, 1998, p. 114)”.

Por meio da triangulação dos dados, que realizei entre as entrevistas, o referencial teórico e os meus conhecimentos, emergiram quatro categorias de análise, que foram intituladas a partir de fragmentos das entrevistas, sendo elas:

- 1) “Tem hora que eles acham a gente é até empregado do médico, né?”.
- 2) “Se ele não sai com o remédio e com a consulta que ele queria, ele acha que não foi atendido”.
- 3) “Eu sinto uma desvalorização e assim, desmotiva, né?”
- 4) “A partir do momento que o próprio profissional se valoriza, ele acaba passando, transmitindo isso pras outras pessoas”.

É válido ressaltar que alguns destes temas poderiam se adequar perfeitamente entre as demais categorias. Todavia, sua disposição dessa forma, foi uma opção pessoal, baseada em meus conhecimentos e visando uma melhor organização deste estudo.

4.1 Categoria 1: “[...] tem hora que eles acham a gente é até empregado do médico, né?”.

Nesta primeira categoria, serão apresentadas as percepções dos enfermeiros acerca da representação, da imagem, que o próprio profissional e a profissão de Enfermagem recebem da sociedade na atual conjuntura.

Silva, Padilha e Borenstein (2002), descrevem a imagem profissional como um conjunto de representações sociais da Enfermagem, que reproduz e é reproduzida pelo sistema de ideias produzidas no dia-a-dia das práticas sociais, interna/ externas a ela. A imagem

profissional encaminha-nos à própria identidade profissional, em sua rede de significados complexa e intrínsecos à profissão. A imagem profissional se consolida, pois, na própria reprodução da identidade profissional, instituída em um fenômeno histórico, social e político.

O estudo da história da Enfermagem leva a compreender que as lutas travadas contra os preconceitos presentes no imaginário coletivo, tem importância na aceitação e no reconhecimento social dessa profissão.

Sabe-se que os estereótipos, presentes na imagem do enfermeiro, são baseados em crenças arcaicas e ligados à trajetória histórica da profissão, tais como: humildade, caridade, religiosidade, prostituição, silêncio e submissão, e ainda, que a Enfermagem encontra dificuldades em ser reconhecida como uma profissão que desenvolve suas ações fundamentadas em conhecimento científico (AVILA *et al.*, 2013).

Como consequência, o trabalho do enfermeiro muitas vezes é visto como abnegado, volvido para a caridade e com ausência de autonomia, sendo dessa maneira identificado pela sociedade como os enfermeiros demonstram perceber nas falas a seguir:

[...] vê com uma profissão bonita, né, nossa que dom, tem que ter muito dom, mas existe também esse outro lado da questão da desvalorização, que você é igual a todo mundo, né, o mais importante sempre é o médico [...].
(ENF 11)

O enfermeiro ele é visto como um profissional que se doa, eu acho que não é nem clichê ficar falando a questão da caridade, a gente já traz isso culturalmente, histórias da profissão, né? (ENF 12)

Percebo que a imagem atual do enfermeiro ainda denota uma herança histórica, com forte influência dos princípios religiosos em que a mesma foi edificada, não havendo um distanciamento das representações arcaicas acerca da profissão.

O saber de Enfermagem, atrelado em grande parte ao trabalho manual e a cercado de virtudes, de modéstia e abnegação, propiciou uma imagem negativa, de profissão de caridade.

Essas representações atribuem ao enfermeiro o caráter altruísta e abnegado, que se baseia na mulher consagrada, e segundo Sandra Caponi (2000), se distancia dos conhecimentos científicos. Expressa que a dama da caridade precede a enfermeira profissional.

A lógica da compaixão piedosa, segundo a autora, compõe um jogo cruel e "desumanizante", difícil de desvelar, pois é uma prática muito arraigada e velada em nossa sociedade, que tem como protagonista a dama de caridade, que tinha uma imagem de "mulher sagrada" devido ao seu comportamento altruísta de ofertar esmola e filantropia. De maneira

gradativa, essa dama de caridade foi sendo substituída pela enfermeira, e essa imagem perpetuada, mostrando seus reflexos até os dias atuais.

A grande questão em torno da representação da enfermeira como uma dama de caridade, é que para a caridade não é necessário conhecimento, e sim compaixão.

A caridade é uma virtude humana, que estimula o desenvolvimento de ações altruístas de ajuda a alguém sem busca de qualquer recompensa. Já a Enfermagem, é uma ciência que exige habilidade técnica, científica e relacional. Não que virtudes não sejam importantes à prática da Enfermagem, mas elas não devem sobrepor a todo conhecimento necessário à profissão. Portanto, ao representar a Enfermagem como uma profissão caritativa, exclui-se seu valor científico, caracterizando-a como um saber qualquer, uma ação que qualquer um pode fazer, levando ao não reconhecimento da sua ciência e à consequente desvalorização da sua prática.

Associada a essa desvalorização da Enfermagem como campo científico, e a outros estigmas provenientes da sua origem, é possível perceber também a sua desvalorização em relação às práticas médicas.

A história da organização das profissões de saúde mostra o processo de institucionalização da medicina como detentora legal do saber em saúde. Nas principais escolas de Enfermagem, o médico era considerado o único capacitado para ensinar, pertencendo a ele ainda, o poder de decidir as ações que deveriam ser desempenhadas pelas enfermeiras. Associado às relações de gênero e das disparidades econômicas, a figura simbólica da medicina representada pelo médico, é também fonte de autoridade, exercendo aí, o poder do curador sobre a cuidadora. O papel de curar, quase divino, expressa um poder superior, enquanto o papel de cuidar, sob a orientação médica, pertencente à Enfermagem, uma ação subalterna (BAZZARELLI E AMORIM, 2010).

Nessa perspectiva, o trabalho do enfermeiro acaba sendo visto apenas como uma prática complementar às práticas médicas, como se ambas não fossem profissões paralelas portadoras de conhecimentos científicos, e sim hierarquizadas, num patamar em que a medicina é superior e a Enfermagem submissa a ela, como pode ser visto a seguir:

Olha, eu acho que poucos valorizam a Enfermagem, eles valorizam mais o médico, a figura do médico. A figura da Enfermagem ela tá sempre em segundo plano... Eu acho que tem hora que eles acham a gente é até empregado do médico, né? (ENF 1)

Nessa fala, o enfermeiro relata que seu trabalho e a sua presença se tornam apagados comparados ao trabalho do médico. A leitura que muitas pessoas fazem é de que o médico é mais importante e por isso, ele é mesmo mais valorizado. O enfermeiro é considerado apenas um aliado e algumas vezes, confundido como secretário, não recebe a mesma distinção. Noto que a não percepção das pessoas do enfermeiro como profissional habilitado, qualificado, deixa-o aborrecido.

Em outras falas, os participantes deste estudo também demonstram perceber a desvalorização da Enfermagem, principalmente quando os usuários os procuram apenas como um caminho de acesso ao médico, ou como uma segunda alternativa quando esse acesso não é possível, como pode ser evidenciado a seguir:

Olha, especificamente aqui onde eu trabalho, a gente vê muito que, isso assim, o que eu vejo da população em relação à Enfermagem é que a gente fica como se fosse um quebra-galho, entendeu? "Ah, tô precisando de tal coisa rápida, e se eu não posso ir com o médico eu vou com o enfermeiro, entendeu? É ele que vai resolver pra mim". Acredito que aqui, especificamente nessa unidade a gente é vista assim, como um quebra-galho. (ENF 4)

Pra unidade de Atenção Primária, o nosso atendimento aqui, o momento em que eles vão procurar o enfermeiro, o enfermeiro seria uma porta de um acesso pra eles chegarem ao médico, então a maioria, a questão são coisas que eles querem resolver a nível de questão do médico, a consulta, e às vezes se não marcou no dia, não conseguiu, eles correm pro enfermeiro. (ENF 12)

Diante das falas, percebo que alguns enfermeiros se veem representados como "quebra-galhos", uma segunda opção quando o acesso ao médico não é possível, não sendo reconhecidos como profissionais habilitados, capazes, competentes, dotados de um saber científico, técnico e crítico.

Jean Watson (2002), diz que a os símbolos da Enfermagem originais permanecem como um estereótipo da profissão na consciência pública. As enfermeiras são representadas em papéis tradicionais e antiquados que não correspondem à complexidade e à autonomia de que a Enfermagem moderna se tornou. A Enfermagem busca o modo de cuidar numa sociedade que resigna a valorizar o cuidar, e o modo de servir sem ser servil.

Essa representação da Enfermagem como uma profissão não científica, não possuidora de conhecimento, também fica evidente, quando ao prestar um atendimento em que seus conhecimentos são expostos, o enfermeiro é confundido com o médico:

Tem que explicar, porque a pessoa às vezes pensa, confunde a gente “ah o doutor” eu falo” não, eu não sou doutor, eu não sou médico, eu sou enfermeiro”. Então identifico, porque ele acha que assim, pelo domínio que você tem da situação, tem aqueles que acham que você é medico, então tem que tá sempre se identificando [...]. (ENF 7)

Percebo nessa fala a desvalorização da Enfermagem quando o enfermeiro diz que por realizar um bom atendimento, com domínio, conhecimento, propriedade, competência, ele é confundido com o médico, numa alusão de que apenas o médico é um profissional dotado de conhecimento para realizar uma boa assistência.

Noto aí dois aspectos que aí estão subentendidos: a admiração por sua competência, que poderia tê-lo levado ao curso de medicina, para os usuários mais valorizado, e a não percepção de que para exercer a Enfermagem, também são necessárias habilidades, conhecimentos e competência.

Questionamentos do tipo "Você é tão inteligente! Por que não estudou medicina?" são recorrentes na vida de um enfermeiro. Buresh e Gordon (2006) citados por Tellez (2013), afirmam que ao ouvir essa pergunta, exatamente por ser inteligente, o questionamento atinge em cheio um enfermeiro, pois se a ideia de quem indagou era elogiar, o elogio soa como um insulto. Está aí presente uma insinuação sutil de que a sua inteligência poderia ter lhe levado mais adiante e que a escolha foi mal feita. A percepção que se tem é que alguém está penalizado por você não ter explorado toda sua capacidade, todo seu potencial. Em sua visão a profissão é um desperdício, um não aproveitamento da sua inteligência.

Procurando refutar essas impressões errôneas que desqualificam a Enfermagem enquanto ciência e profissão, o COFEN através da resolução 256/2001 autorizou aos enfermeiros o uso do título de Doutor, que “tem por fundamento procedimento isonômico, sendo em realidade, a confirmação da autoridade científica profissional perante o paciente/cliente” (COFEN, 2001).

O Conselho ainda entende que:

“a não utilização do título de Doutor, leva a sociedade e mais especificamente a clientela, a que se destina o atendimento da prática da Enfermagem pelo profissional da área, a pressupor subalternidade, inadmissível e inconcebível, em se tratando de profissional de curso superior”.

Todavia, apesar dessa resolução ter entrado em vigor no ano de 2001, poucos enfermeiros se apropriaram desse título e poucos usuários reconhecem assim esse profissional, uma vez que ao enxergarem o enfermeiro como um profissional competente,

capacitado, bom no que faz, consideram que ele tem potencial para ser algo mais do que APENAS um enfermeiro:

É, existe essa questão do quase médico, né. Assim, vou fazer Enfermagem mas "nossa, porque você não tenta medicina", ou então, vou fazer Enfermagem "ah que bom, você vai ser uma quase médica, mais um pouquinho você vira uma médica". Então assim, tem essa questão do subgrupo, assim, um grupo abaixo, não visto ainda como uma profissão independente [...]. (ENF 6)

[...] existe a questão "nossa mas você é enfermeiro, nossa, mas por que não fez medicina?" Sempre existiu cobrança, "você não fez a medicina, por que você fez então a Enfermagem?" (ENF 11)

[...] as pessoas não conseguem enxergar a Enfermagem como uma profissão paralela, do corpo multiprofissional, nós ali, cada um com a sua atuação, é sempre uma fala "quase médico", quando você se dá, dá o seu conhecimento, você faz um bom atendimento, uma boa escuta, "ah, você podia ser a doutora, né", "por que você não fez medicina, por que você não é médica?" É raro alguém que vem aqui e entende o quê que é o profissional, acho que de uma maneira geral a profissional, ela é um pouco menosprezada. (ENF 12)

Nas falas dos enfermeiros 6 e 11, observo que ao optarem pela Enfermagem, surgem comentários e sugestões para trocarem o curso pela medicina, demonstrando a representação da Enfermagem como uma profissão que possui menor valor em relação à profissão médica.

O enfermeiro 12 identifica nas situações contidas na interrogação que as pessoas não enxergam a Enfermagem como profissão paralela à medicina e entende daí que a profissão é um pouco menosprezada. Mas ao analisar a pergunta, percebo que há uma empatia entre o cliente e o enfermeiro, há um olhar comparativo, no qual as matrizes desse ideal desabrocham para além de paradigmas vigentes. Uma profissão cuja imagem ainda se encontra em construção até hoje, deve se ocupar em depurar, tonificar, fortalecer um terreno para que essa cultura e o meio social disciplinem para redimensionar a distinção da imagem refletida.

Verifico nas falas apresentadas, certa exaltação do saber médico em detrimento do conhecimento científico adquirido pelo enfermeiro, subestimando-o, por meio de uma crença de que o saber técnico científico não é necessário para a prática da Enfermagem, cuja história é marcada por traços sócio-históricos-culturais que não autenticam o seu saber e fazer.

Há entre os profissionais de medicina e de Enfermagem uma assimetria, observada nas práticas cotidianas da saúde, onde as relações de poder, de saber, de subordinação e de status entre os profissionais são visíveis. Tais diferenças são explicadas pela caracterização do

médico como 'mais' intelectual, e que simbolicamente, detém o 'poder da cura' (FLORENTINO E FLORENTINO, 2009).

Sabe-se que a partir da reestruturação hospitalar realizada no século XIX, o médico tornou-se a principal figura desse ambiente, e passou a deliberar quais de suas funções poderiam ser executadas pela Enfermagem, definindo os encargos da profissão e exigindo as qualificações para a realização de atividades e funções a ela incumbida, como as de higiene, alimentação e administração de medicamentos. Assim, a Enfermagem surgiu como uma profissão complementar às práticas médicas, se constituindo como apoio e suporte para o trabalho médico (FLORENTINO E FLORENTINO, 2009).

Nesses dois séculos que se passaram, a Enfermagem evoluiu bastante, conseguindo tornar-se uma ciência, uma profissão independente, dotada de teorias e conhecimentos próprios. Contudo, dois séculos após esse episódio, percebe-se que a representação da Enfermagem permanece a mesma e ainda sofre influência desse momento.

Como disciplina do conhecimento científico, a Enfermagem tem impugnado questões que a estigmatizaram devido à sua origem e história, questões essa como o espírito abnegado e altruísta, e a subordinação, sendo ela subordinação das práticas, do conhecimento, da autonomia e de seu objeto de trabalho (Florentino e Florentino, 2009), em que a ideia de dominado limita o posicionamento da profissão de enfermeiros.

Contudo, a falta de visibilidade do enfermeiro ainda se apresenta das formas mais diferenciadas. Como já mostrado, para alguns o enfermeiro é chamado de doutor, confundido com o médico que é lembrado por sua roupa branca, como agente salvador, detentor da cura e resolutividade, enquanto para outros, como pode ser visto a seguir, o técnico ou auxiliar de Enfermagem são confundidos e chamados de enfermeiro:

Eu acho que a gente é pouco valorizado, né? Até enquanto enfermeiro e auxiliar de Enfermagem e técnico, todo mundo chama o pessoal da Enfermagem de enfermeiro... não tem uma separação, o pessoal não sabe o quê que é ser enfermeiro, o quê que é ser um auxiliar, o quê que é ser um técnico, é tudo misturado, então é sinal de que eles não valorizam. [...] Até um cuidador eles chamam de enfermeiro, então é sinal de que não... não qualifica direito a profissão da gente. (ENF 1)

Eles confundem muito ainda, ainda há essa confusão do enfermeiro com o técnico de Enfermagem, chama o técnico de Enfermagem de enfermeiro, para a sociedade é uma categoria só. (ENF 7)

A população não tem diferenciação se existe curso técnico, nível superior, né, pra eles ou é médico ou é enfermeiro, né? Se você é cuidador “ah minha filha é enfermeira, porque ela dorme lá no hospital com a minha vizinha”, o

cuidador é enfermeiro, no hospital até o faxineiro é enfermeiro, se você não é médico, você é enfermeiro. (ENF 9)

Percebo nessas falas que há um desconhecimento de quem é o enfermeiro e conseqüentemente uma desvalorização da sua prática, à medida que qualquer pessoa vestida de branco, é considerada enfermeiro.

Observo que algumas pessoas ainda não conseguem distinguir o enfermeiro na equipe multiprofissional, nem diferenciar as categorias que compõe a equipe de Enfermagem, além de muitas vezes, nem terem conhecimento de que existe uma hierarquia dentro da profissão, não observando também as diferenças expressivas quando assistidos pelos diferentes membros da equipe. O trabalho do enfermeiro está conectado com outros trabalhos na área, mas possui características que o identificam; porém a sociedade ainda não consegue fazer essa distinção.

Essa não diferenciação pode estar atrelada a diversos fatores, como a fragmentação da assistência de Enfermagem decorrente da divisão social da profissão e o conseqüente afastamento do enfermeiro do cuidado direto ao paciente.

A profissionalização do enfermeiro tem sido historicamente caracterizada pela dificuldade na definição do seu perfil profissional, pois a má delimitação do seu papel é causa de sua fraca identidade profissional. Isso acontece devido ao processo de profissionalização da Enfermagem, já ter nascido com divergência no interior da categoria em decorrência do seu caráter estratificado, estabelecido a partir da origem social das enfermeiras (DE ARAÚJO E DE OLIVEIRA, 2009; CAÇADOR *et al.*, 2012).

Erigida na segunda metade do século XIX com Florence Nightingale, a Enfermagem moderna surgiu acompanhada pela divisão técnica do trabalho, onde as *ladies nurses* eram incumbidas pela administração da Enfermagem e as *nurses* ficavam responsáveis pelo cuidado de Enfermagem (BELLATO, PASTI E TAKEDA, 1997).

Assim, a divisão social da profissão proposta por Nightingale fez com que o agir da Enfermagem se tornasse acrítico e funcionalista, e como conseqüência, o cuidado tornou-se fragmentado e hierarquizado, sendo os cuidados mais complexos executados pelos enfermeiros e os cuidados mais simples pelos técnicos e auxiliares de Enfermagem.

Para Waldow (1999), a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado está na conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade. Se o cuidado no seu sentido ideal não se efetivou, o que ocorreu então foi apenas uma intervenção de Enfermagem.

Desse modo, essa categorização dos profissionais de Enfermagem distancia o enfermeiro do cuidado em seu sentido ideal e cria dificuldades em se identificar os limites específicos de cada profissional da equipe de Enfermagem de acordo com sua formação específica e proporciona um enfraquecimento de uma visão crítica e política do seu trabalho, ocorrendo uma descaracterização da realidade profissional, quando frequentemente são confundidos com outros profissionais da saúde ou quando não há uma diferenciação entre essas categorias. Assim, entre os profissionais da Enfermagem a representação social da profissão é para a população ineficiente, o que a impede de distinguir as funções específicas de cada um e dos membros da equipe.

Para que essa distinção ocorra, é necessário que o enfermeiro se identifique como “chefe”, como mostrado nas falas a seguir:

Às vezes pra pessoas saberem quem é você como profissional, você tem que falar que você é a enfermeira-chefe, a antiga enfermeira-chefe. Então assim, ainda existe, quando você fala enfermeira-chefe você fala a palavra mágica, aí tudo clareia, aí "ah então você, você fez a faculdade". E assim, ainda é difícil no senso comum saber diferenciar, a parte de quem é o enfermeiro quem é as outras classes, o técnico e o auxiliar. (ENF 6)

[...] E então você é médico ou você é enfermeiro, e aí enfermeiro eles consideram qualquer pessoa ali, desde o balcão pra dentro, é enfermeiro. Mas aí na cabeça deles tem uma diferenciação, tem os que fazem, realizam um trabalho mais manual, e tem o “chefe” então eles sempre falam que tem um “chefe” na unidade, “é a chefe”, que é o enfermeiro graduado. (ENF 9)

Conforme esclarece o enfermeiro 9, a confusão que se faz em torno de quem você é como profissional, se desfaz ao esclarecer cargos de chefia. Chefe, lembra ele, suscita a ideia de que você é mais estudado, fez a faculdade, e aí, há uma certa distinção.

De França e de Alencar Barreira (2004), descrevem que:

Em meados do século XX, a enfermeira-chefe representava a enfermeira modelo e a figura-tipo dos hospitais, que, incumbida de ensinar pelo exemplo, provocar comportamentos imitativos e positivos, ser responsável pela assistência de Enfermagem a pacientes da unidade onde os estudantes estagiavam, pelo ensino às alunas de Enfermagem e pela administração e supervisão de todos os fatores que englobavam a enfermagem sob sua responsabilidade, representava a docente como modelo a ser imitado não apenas no que se relacionava à sua competência profissional, mas também em relação às suas atitudes e valores morais e sócio-profissionais.

Noto a partir deste trecho, que o movimento pela reforma da Enfermagem para distinguir as funções específicas dos trabalhadores da saúde, ocorreu em meados do século

XX. A Enfermagem profissional moderna consolidou seu papel, apesar de ainda hoje notar-se resquícios velados de preconceitos.

Assim, compreendo que ao se destacar cargos de chefia para a enfermeira, ela toma uma nova representação. A figura de chefe, ainda atrelada a representações históricas e à divisão social do trabalho, traz a imagem de seriedade, rigidez, moral, disciplina, autoridade e intelectualidade, acontecendo assim através dessas referências ao passado, a distinção atual entre o enfermeiro e os demais profissionais da categoria. Nesse prisma, Galante (2001) e Gentil (2009), que ainda há a necessidade de exaltar a postura e a moral dos enfermeiros em detrimento do seu conhecimento científico.

Todavia, os últimos anos representaram um salto para a Enfermagem que começou a se estabelecer como protagonista, criando condições políticas, éticas, técnicas e humanas para o desenvolvimento da saúde, quanto do enfermeiro.

Apontando outro lado da medalha, parece existir uma transição, onde no nível da APS, a visibilidade da Enfermagem passa a ter, aparentemente, uma nova transparência. Os dados abaixo não negam os anteriores, mas reforçam como essa desvalorização está em curso de desconstrução sócio-histórica e pode ser transformada culturalmente:

Vejo que as pessoas reconhecem a nossa importância, os usuários, pelo menos aonde eu trabalho, nos procuram como uma referência mesmo, de assistência, de vínculo, tanto por ser enfermeira, como por ser a supervisora da unidade [...]. (ENF 5)

Então, pelos usuários a gente nota que tem usuários, tem usuários que conhecem a importância do enfermeiro, tanto é que vem e nós temos aqui PSF, marcam consultas com o enfermeiro, exames com o enfermeiro, falando em exames preventivo, pré-natal, quanto a isso assim, eles tem confiança no nosso trabalho. (ENF 7)

E8: [...] em relação à população eu acredito que a população sabe muito bem quem cuida, quem que é o enfermeiro no nível da Atenção Primária [...]. (ENF 8)

Mas assim, hoje, eu acho que a Atenção Primária já tá bem trabalhada, o PSF ainda precisa melhorar mais, mas tem situações como exame citopatológico, as mulheres já sabem, já tem o respeito pelo profissional enfermeiro que na unidade é quem faz as coletas, né [...]. (ENF 12)

Ao refletir sobre esses relatos, observo que está havendo uma expansão no campo de atuação do enfermeiro, e este fato está contribuindo para modificar a percepção sobre o seu trabalho entre os usuários.

A APS, representando um outro modelo de estruturação dos serviços de saúde, abre espaços para que a Enfermagem se desvencilhe do suporte às ações médicas, e desenvolva suas ações pautadas no seu próprio saber/fazer. Permite que a Enfermagem estabeleça uma nova relação do profissional com a comunidade e com os outros profissionais de saúde e quem sabe uma remodelação da sua imagem.

Nesse contexto, a Consulta de Enfermagem, citada pelo enfermeiro 7, é um instrumento importante para auxiliar na consolidação do verdadeiro papel da profissão.

Instituída como uma atividade privativa do enfermeiro através da lei 7.498/86, a Consulta de Enfermagem é regulamentada pela Resolução 358/2009, e definida como um

“instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”, que “evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional” (COFEN, 2009).

Portanto, a consulta de Enfermagem se apresenta como um momento e um espaço privilegiado para que o enfermeiro exercite um saber/fazer específico, próprio. Realizada em um espaço físico próprio, a relação entre o profissional e o usuário acontece sob a assistência única do enfermeiro, o que o torna referência e detentor do atendimento às necessidades da população em questão. Logo, a Consulta de Enfermagem apresenta-se como um campo decisório e de poder, que possibilita uma nova relação entre os enfermeiros e a equipe de saúde e entre os enfermeiros e os usuários (GOMES E OLIVEIRA, 2005).

Entendo assim, que há espaços para que o enfermeiro transforme essa representação equivocada que ainda se perpetua nos dias de hoje. Para tanto, é preciso aos profissionais mostrarem à população a sua importância, tanto para os usuários quanto para o funcionamento dos serviços de saúde e saberem se organizar, visando a mudanças de práticas cujo enfoque não seja apenas o médico, mas o enfermeiro, que mais próximo, está disponível e preparado para propiciar uma assistência de qualidade e resolutiva.

Fica evidente de tal modo, que apesar de ainda estigmatizada, gradativamente a imagem do enfermeiro vem sofrendo transformações positivas, que aos poucos se aproximam do reconhecimento e valorização que o profissional de Enfermagem anseia e merece. Contudo, devido à grande proporção de representações errôneas e estereotipadas, na próxima categoria serão discutidos os aspectos que ainda contribuem para a perpetuação da imagem indevida da profissão.

4.2 Categoria 2 – “Se ele não sai com o remédio e com a consulta que ele queria, ele acha que não foi atendido”.

Por meio da análise das informações da primeira categoria, pode perceber que a representação e valorização do enfermeiro começam a sofrer transformações positivas, onde alguns usuários começam a reconhecer e valorizar essa prática profissional. Entretanto, em sua maioria, as representações ainda estão distantes da realidade e do que é esperado por esse profissional, e estão associadas a diversos fatores, como a sua trajetória histórica que já foi discutida e outros aspectos que serão abordados a partir de agora.

O acesso aos serviços de saúde no Brasil e a assistência integral e resolutiva, são assegurado através da Constituição Federal e dos princípios organizativos e doutrinários do SUS, pela lei 8.080/90, que dispõe sobre as ações e serviços de saúde executados em território nacional. Essa lei, entre outros, apregoa o dever do Estado em garantir a saúde e as condições que assegurem o acesso universal e igualitário às suas ações e serviços, para a sua promoção, recuperação e proteção, a integralidade como um dos princípios doutrinários destinados a conjugar ações direcionadas à materialização da saúde como direto e como serviço, e a resolubilidade, que é a habilidade do sistema em resolver situações relacionadas à saúde e doença dos usuários e de oferecer assistência de maneira apropriada em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990).

Todavia, mesmo a saúde sendo um direito garantido em lei, o Estado, em suas três esferas, demonstra dificuldades em provisionar recursos suficientes e gerenciamento apropriado para concretizar o direito à saúde como estabelecido na Constituição Federal de 88 (SOUSA, ERDMANN E MOCHEL, 2011).

Nessa direção, sabe-se que o trabalho do enfermeiro na APS é influenciado por diferentes fatores do sistema de saúde, destacando-se entre eles, a qualidade, as entraves e a disponibilidade dos instrumentos ou meios de trabalho disponíveis nos serviços de saúde e as suas próprias ações (NAUDERER E DA SILVA LIMA, 2008).

Nesse contexto, a falta de recursos materiais foi citada de maneira recorrente pelos enfermeiros como um fator que dificulta o desenvolvimento das ações de Enfermagem e o seu reconhecimento profissional na APS, como pode ser observado nas falas a seguir:

Olha, muitas vezes, não ter o material atrapalha muito [...] você faz o planejamento e você gostaria de fazer aquilo tudo, mas em dado momento você vê que não dá pra fazer alguma coisa, então você vai deixando. (ENF 3)

Agora dificultadores é a questão de estrutura mesmo, necessidades do serviço, falta de medicamento, falta de profissional, que não tem muita relação com a gente e reflete na gente, mas não depende da gente. A população reclama “ah porque não tem médico, não tem remédio, não tem exame, não tem vaga pra marcar exame”, mas isso vai além da nossa competência. (ENF 9)

Nas declarações acima, observo que apesar do empenho em desenvolver suas atividades, a deficiência de insumos materiais necessários para a realização das mesmas, impede que o enfermeiro as execute conforme o planejado.

Esse contexto de carências (de materiais e conseqüentemente de atendimento) repercute de forma negativa na valorização e reconhecimento da profissão, uma vez que os usuários não compreendem que essas dificuldades apresentadas abrangem questões estruturais que estão fora do alcance da Enfermagem, e que as mudanças necessárias se esbarram em determinantes econômicos, políticos e sociais para resolver as situações de maior oferta e qualidade da assistência.

Dessa maneira, a ausência de insumos implica em redução do acesso aos serviços, da resolutividade, da continuidade da assistência, além da não realização de determinadas ações, comprometendo assim a integralidade da assistência, a resolubilidade dos serviços ofertados e o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário.

O Ministério da Saúde estabelece a formação de vínculos na ESF, como elemento central para a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e os usuários, reforçando que para tanto, é necessário que os profissionais conquistem a confiança da população, que emerge com o reconhecimento do profissional como elemento componente de seu tratamento, passando o paciente a enxergá-lo como referência, tendo-o muitas vezes como confidente, após compreender o seu trabalho (BRASIL, 2012).

Guelber (2014), coloca o vínculo como uns dos princípios essenciais para fortalecer as relações de confiança, apoio emocional e respeito mútuo, o que facilita o relacionamento interpessoal entre profissional e usuário, e Baratieri, Mandú e Marcon (2012), afirmam que o vínculo implica em que os usuários reconheçam o serviço de saúde como fonte satisfatória e habitual de atenção a suas necessidades de saúde.

Deste modo, os enfermeiros que teriam na APS um maior espaço para o desenvolvimento e divulgação das suas ações, têm encontrado na insuficiência de recursos um fator limitante para a sua prática no cotidiano dos serviços de saúde e conseqüentemente para a construção desse vínculo; a ausência desses insumos dificulta a realização das tarefas previstas pela Política Nacional de Atenção Básica, e gera um descrédito na população

(SAMICO *et al.*, 2005; PEDROSA, DE PAULA CORRÊA E MANDÚ, 2011), como é relatado pelos enfermeiros:

Então às vezes a compreensão que a pessoa tem é que “ah, lá não tem quase nada”, ou então vem aqui, o usuário fala “ah aqui não tem nada, não sei nem porque eu venho aqui”, e isso é muito ruim pra gente, às vezes a gente tá ali disposto a atender, mas não tem tanto recurso, faltam coisas que às vezes você precisa providenciar para que você tenha o mínimo para o atendimento. (ENF 5)

[...] você tenta fazer, se dedica e faz um plano de ação, faz as coisas e não tem um material pra você fazer, não depende de você, né. [...] você fala com o cidadão, você fala com ele pra trazer o documentinho, quando ele traz, não tem remédio, não tem medicação, não tem material pra fazer o curativo correto, então a falta da estrutura, da matéria prima do trabalho, dificulta muito, dificulta bastante. (ENF 11)

As falas revelam certo desapontamento e uma dificuldade para fazer valer um plano de ação que se pretende executar diante de tanta precariedade. O enfermeiro procura adequar-se às determinações próprias e relacionadas ao seu trabalho, contudo não encontra um cenário adequado para realizá-lo. Busca resolver sozinho situações que vão além do que lhe compete tentando tomar providências para atendimento mínimo, mas nem sempre encontra a compreensão da população, que não entende porquê algumas atividades não podem ser realizadas naquele momento.

Noto dessa forma, que a falta de materiais faz com que as necessidades de saúde dos usuários nem sempre sejam atendidas, tornando o trabalho do enfermeiro menos resolutivo, e quando a assistência deixa de ser prestada, mesmo que por razões alheias à vontade do enfermeiro, o vínculo e os laços de confiança naquele serviço e naquele profissional ficam estremecidos, e o reconhecimento e a valorização do profissional deixam de acontecer.

Somada às questões relacionadas à falta dos recursos materiais, a insuficiência de recursos humanos também surgiu na fala dos enfermeiros como um outro fator que na percepção deles, ajuda a comprometer essa visibilidade e valorização das suas práticas:

Quando falta pessoal, também isso tira um pouco do entusiasmo. Se a gente tem medicação, material, pessoal, isso tudo dá uma satisfação, sabe? Porque quando você tem que ficar inventando, "não tem isso, mas o serviço tem que continuar, então vamos inventar, o quê que dá pra fazer"? "Ah, não tem pessoal, então a gente aqui vai ter que abrir mão disso, praquilo, o quê que é prioridade"? (ENF 3)

Olha, dificultador é essa questão de ter mais profissionais, tanto atendente de balcão, quanto atendente de farmácia, que auxiliariam a gente, a gente não precisaria ficar tanto assim na linha de frente, e também a gente lida com

equipes de saúde da família incompletas, igual aqui tem uma microárea que está sem agente de saúde, então isso também é um ponto dificultador, pra gente estar programando ação. (ENF 4)

A partir da fala do enfermeiro 3, percebe-se que a improvisação é fator de utilização cotidiana para o enfermeiro. Tais precariedades de recursos refletem em certa falta de entusiasmo no seu ofício, uma vez que as atividades que exerce não obedecem aos limites de atuação estabelecidos, e suas funções se tornam indefinidas. Outro agravante é a não definição de prioridades, pois não tendo como estabelecê-lo "se faz o que dá pra fazer", e ela indaga: o que é prioridade?

Na fala do enfermeiro 4, revela-se as dificuldades no trabalho pela deficiência de material humano para compartilhar das tarefas, o que submete a Enfermagem a um exaustivo trabalho, pois são esses profissionais que ficam sempre na "linha de frente", ou seja, a responsabilidade recai apenas por quem assume estar sempre presente e ser cumpridor de seus deveres. Revela-se ainda que as equipes incompletas interferem na programação de ações que alicerçam o desempenho de suas funções, na competência e eficiência técnica delas exigidas.

Entendo assim que a falta de recursos humanos está diretamente relacionada ao acúmulo e desvio de funções do enfermeiro, uma vez que na carência de pessoal, é ele quem busca suprir as lacunas deixadas pela ausência de outros profissionais. Assim, eles passam a assumir responsabilidades que vão além e que ficam aquém do que é preconizado pela sua profissão, o que também é demonstrado em outra fala a seguir:

Hoje a gente tá com falta de pessoal, técnico fica de licença por muito tempo, funcionários de recepção afastados, de licença por muito tempo, sobrecarregando o trabalho da equipe [...] a gente é desviado de função, então todo aquele planejamento que eu tinha que ter junto à minha equipe aqui, de fazer um grupo no cronograma do mês, as questões de problemas da minha microárea, né, ser enfermeira da Saúde da Família. A gente se perde em decorrência de cobrir esses espaços, da entrega de medicação, de recepção, a gente não consegue aquela ideia, da gente sair da unidade, fazer a Saúde da Família, a gente fica um pouco presa a esses procedimentos aqui, pra dar todas essas respostas ao usuário. (ENF 12)

O depoimento acima demonstra que a falta de frequência e o afastamento de outros profissionais são fatores provocadores da sobrecarga do trabalho das equipes de saúde.

Essa falha de recursos humanos acarreta também no desvio de funções do enfermeiro, na mudança no que foi planejado, altera cronogramas e conseqüentemente interfere no andamento de todo o trabalho, deixando-os perdidos, ou seja, desorganizados para cumprir suas devidas funções e presos apenas a procedimentos técnicos e a cobrir espaços de trabalhos

que não lhes competem. Assim, ao assumirem responsabilidades que não são da sua competência, as ações inerentes ao cuidado dos usuários são prescindidas em função do acúmulo de diferentes atribuições.

Dentro dessa perspectiva, Gomes e Oliveira (2005a) encontraram em um estudo por eles realizado, a descrição do enfermeiro como uma espécie de "argamassa", o que traduz a representação não só de aglutinação, como o hábito do enfermeiro de inserir-se nos "espaços vazios", deixados ou não preenchidos por outros profissionais da equipe de saúde. Ao agir como um aglutinador das diferentes práticas profissionais dos serviços de saúde, o enfermeiro realiza a sobreposição das suas ações e das atividades concernentes a outros profissionais. Essa forma de agir acontece pela postura que o enfermeiro assume, tomando como seu todo o trabalho, sem que haja uma particularização ou a delimitação de um papel próprio, o que tende a torná-lo invisível ao serviço.

Além das lacunas deixadas por outros profissionais, os enfermeiros acabam assumindo também funções pontuais, que tem importância para o fluxo do serviço, mas deixam de lado a essência do seu trabalho:

É tudo, a luz queimou, o enfermeiro é culpado, a medicação falhou, a culpa é do enfermeiro que não solicitou, e ele solicitou e a gente faz, os programas não estão aqui mais, e assim, toda situação de problema cai em cima do enfermeiro. (ENF 12)

Analisando esse trecho, percebo que há uma sobrecarga de tarefas, que apesar de não serem inerentes à profissão, ficam sob a responsabilidade do enfermeiro.

Essa posição reflete uma visão em que tudo e todos são assuntos inerentes a esse profissional, e assim sendo, ele assume a resolução dos mesmos, o que resulta em um distanciamento entre o planejamento e o trabalho que realmente é desenvolvido pelo enfermeiro.

Somado a isso, além de realizarem funções rotineiras relacionadas ao cotidiano de uma UBS, na APS os enfermeiros também precisam dar conta de cumprir e atingir as metas propostas pela gestão, realizar a cobertura de programas estabelecidos e lidar com as questões relativas do trabalho em equipe, o que contribui mais ainda para a sobrecarga do profissional (DUARTE, 2013).

[...] tem que ter muita perna e muito braço pra poder fazer tanta coisa com essa sobrecarga de trabalho que eles colocam na gente, e não tem valorização nenhuma. (ENF 1)

Às vezes você podia ter um contato maior, mais intenso com o usuário, né, [...] essa parte administrativa eu acho que é um dificultador, porque você acaba tendo que fazer coisas que muitas vezes é extraprofissional, então assim, não te cabe, não tá na sua competência, e aí você tem que dar conta, né. (ENF 6)

Observo assim que a forma pela qual o trabalho se organiza, faz com o enfermeiro tenha que diariamente contornar desafios, como o cumprimento de metas, as reuniões, e os imprevistos que englobam as demandas dos usuários e as demandas administrativas, que muitas vezes vão além da sua alçada.

O excesso de tarefas que acaba ficando como responsabilidade do enfermeiro, torna-se um fator que influencia diretamente a sua relação com o seu trabalho, pois com a sobrecarga de serviços que na maioria das vezes nem são de sua competência, o enfermeiro não tem tempo de realizar suas tarefas privativas como gostaria, o que faz com que ele acabe realizando sua assistência de forma mecanizada, acrítica, resultando na alienação das práticas de saúde, uma vez que, aparentemente, o cuidado oferecido não leva em consideração o potencial que os usuários tem em seguir os planos terapêuticos, sejam por questões sociais, emocionais ou econômicas.

Em decorrência dessa prática, os usuários então recebem um cuidado de Enfermagem que já é preestabelecido e que não prioriza as particularidades do indivíduo, impedindo dessa forma que suas reais necessidades sejam alcançadas. Esse contexto favorece o desencadeamento de um conjunto de insatisfações e contribui para a desvalorização do cuidado (REGIS E PORTO, 2011).

Esse distanciamento das suas reais competências desencadeiam no profissional um sentimento de culpa pelo não cumprimento de suas tarefas, resultando em um desapontamento com ele próprio, com seu trabalho e com o resultado do mesmo (SPRANDEL E VAGHETTI, 2012).

Isso torna seu trabalho vulnerável a diversos problemas, correndo o risco de prejudicar a qualidade do cuidado e de trazer para si fadiga e estresse (ALVES, DESLANDES E DE ARAÚJO MITRE, 2011; CHAVES *et al.*, 2014), como é relatado no depoimento abaixo:

[...]a questão da gente assim, acaba se frustrando, porque a sobrecarga toda da Atenção Primária, a resolutividade das coisas, a parte administrativa, gerencial, o cuidado, fica todo pro enfermeiro. (ENF 12)

A fala demonstra a frustração e sobrecarga como fatores pertinentes às dificuldades enfrentadas na profissão. Ao citar a carga referente a resolutividade, a parte administrativa e gerencial, bem como o cuidado, que fica a seu encargo, o enfermeiro destaca a forma paliativa usada pelo sistema para que o mesmo funcione, evitando a estagnação.

Percebo assim que além de sobrecarregar o profissional, esse comportamento faz com que o enfermeiro se ocupe de outros espaços como se fossem próprios de suas atividades, o que contribui para a indefinição do seu papel, se tornando um fator prejudicial à produção de autonomia e reconhecimento e valorização profissional. Ao perceber o enfermeiro ocupando (indevidamente) de todos os espaços, a população espera que o enfermeiro também solucione todos os seus problemas:

[...] a gente na Atenção Primária é a porta do serviço, e ouvido do governo, então qualquer insatisfação com o governo, o primeiro lugar que eles vão falar é aqui, e às vezes a gente não tem culpa, [...] não é você que contrata, não é você que compra remédio, então eles vem, xingam a Enfermagem porque não tem remédio, quer dizer, também não tem essa consciência de que nós somos empregados, nós somos cidadãos, a gente paga imposto, não tem remédio pra ele, mas também não tem pra gente, isso a população não vê [...]. (ENF 9)

Por meio do relato, noto que ao buscar ajuda para a solução de um problema, o usuário quer que o mesmo seja resolvido. Não tendo essa resposta que ele deseja, ele culpa o enfermeiro, pois não tem compreensão do seu papel, nem a consciência de que esses profissionais também são vítimas do sistema como qualquer outro cidadão.

Assim, como apresentado nessa categoria até agora, a exigência de um profissional polivalente no serviço torna-se um obstáculo à definição do objeto de trabalho do enfermeiro (CAÇADOR *et al.*, 2012). Ao lidar com as relações humanas, torna-se difícil para o enfermeiro identificar os limites que demarcam o início e o fim das suas atividades, o que muitas vezes, faz com que a sua atuação profissional ultrapasse o próprio papel profissional (TRAESEL E MERLO, 2009). Essa dificuldade também está presente no usuário, que não compreende bem o papel do enfermeiro, e passa a cobrar do profissional uma solução para todas as suas inquietações, mesmo não sendo elas da sua atribuição.

A falta de clareza acerca do objeto de trabalho do enfermeiro, bem como do conceito de cuidado, prejudica a delimitação de seu campo de atuação e competência. Não saber definir seu objeto de trabalho (o cuidado) e ainda, o significado de ser enfermeiro, pode resultar em uma única prática que reproduz o modelo curativo, distorcendo assim sua identidade diante da sociedade (BORGES, LIMA E ALMEIDA, 2008).

Explicitar o que é específico do enfermeiro, destacar sua singularidade, assim como do saber e fazer peculiares do enfermeiro é preciso para caracterizar a profissão, diferenciando-a das demais profissões do campo de saúde. A definição, a construção do papel que lhe cabe exercer e responder por suas ações, tem relação estreita não só na construção da identidade profissional como também pela responsabilização de seus atos pelo seu fazer, o pensar, o decidir, o compartilhar no seu processo de cuidar (GOMES E OLIVEIRA, 2008).

Andrade e Vieira (2005) citando Faveri e Fernandes (2003), expõem que o trabalho de cada profissional deve ser embasado nos valores de sua profissão, e não nos valores institucionais ou de outras áreas. Por isso quando o enfermeiro prioriza funções de outros profissionais em detrimento das suas, ele subestima suas funções e a si mesmo como profissional, já que o exercício de suas funções está centrado na administração da assistência ao paciente e deve estar embasado nos valores de sua profissão.

Além de todas essas questões, algumas enfermeiras relataram que o reconhecimento e valorização da Enfermagem também ficam comprometidos em função da supervalorização da prática médica e a subvalorização do objeto de trabalho do enfermeiro, o cuidado, não o reconhecendo como uma forma de assistência, como representado a seguir:

[...] Então você pode estar por trás, você faz tudo, mas quem ganha todo o mérito são outros profissionais [...] Então eu acho que se eu pegar uma folha de receituário e passar um remédio, eu vou ser muito mais valorizado do que quem vai estar diretamente com você todos os dias, a todo o momento. [...] (ENF 10)

Muitas vezes aqui, na Atenção Primária, ele acha que eles não são atendidos “ah, fui lá e não resolveu nada”, mas às vezes ele saiu daqui com uma orientação. Se ele não sai com o remédio e com a consulta que ele queria, ele acha que não foi atendido [...]. (ENF 11)

Percebo nessas falas que apesar de assumirem o cuidado das pessoas, seja do indivíduo, da família ou comunidade, o enfermeiro não se vê reconhecido. A sua missão visando à manutenção da vida, à melhoria da qualidade da mesma, auxiliando na prevenção de doenças ou amenizando seus efeitos, não são suficientes para efetivar a devida valorização.

Observo ainda, que essa valorização não acontece pelo fato da população considerar que foi assistida apenas quando recebeu uma prescrição ou medicamento, não valorizando o cuidado em suas outras dimensões.

Essa aparente compreensão de cuidado que os enfermeiros percebem por parte dos usuários, está diretamente associada ao modelo de saúde biomédico, que exalta a assistência curativista e subestima as outras formas de cuidado.

A Enfermagem pós-moderna vem com a ideologia do interacionismo simbólico, traz filósofos como Weber, que valoriza a pessoa e a interação entre o ser cuidado e o cuidador. Coloca a pessoa no foco das ações conforme Jean Watson (2002) e busca através das relações e interação o crescimento de ambas.

Entretanto, no contexto de saúde brasileiro, impera ainda o modelo biomédico, que se opõe a essa nova ideologia, comprometendo a prática e a emancipação do profissional da Enfermagem.

Barros (2002) descreve que como consequência do estudo fragmentado do corpo, surgem as especializações dedicadas a conhecer de forma profunda pequenas partes do corpo, tirando o espaço assim, dos antigos médicos de família, hoje representados pelos médicos clínicos gerais, e médicos das Unidades de Saúde da Família. Com o avanço tecnológico difundido nos últimos anos, as tecnologias diagnóstico-terapêutica passaram a ser vistas como objeto de consumo, tendo sua eficácia e efetividade confundidas com seu grau de sofisticação, consolidando o modelo biomédico e, como parte dele, a medicalização. O autor pressupõe que a medicalização é resultado das distorções e consequências do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos.

Assim, na sociedade contemporânea, que prioriza o tratamento e não o cuidado, o reconhecimento do trabalho do enfermeiro mostra-se difícil perante a mesma. A sociedade condicionada às tecnologias duras, dominada pela globalização, centrada no consumo, em valores capitalistas e na biomedicina, menospreza valores próprios do trabalho da Enfermagem, que é o cuidar. São renegados valores como solidariedade, direitos universais à vida digna e ao cuidado, que são pouco ou não priorizados, sendo consequência dessa lógica a resistência em reconhecer e valorizar a prática da Enfermagem (PIRES, 2009; CAÇADOR *et al.*, 2012).

Quando as atividades são realizadas na forma tarefas não palpáveis, ou seja, quando não há produção de objetos materiais, como no caso das atividades de serviço, não há uma exposição de destaque na jornada cotidiana desses trabalhos e a parte mais importante do trabalho efetivo fica invisível. Consequentemente, o reconhecimento não acontece devido a essa invisibilidade (DEJOURS, 2004; TRAESEL E MERLO, 2009).

Nessa perspectiva, o cuidado, produto de ação do enfermeiro, não constitui uma mercadoria sólida, palpável, não é um produto material, não gera trocas para o sistema capitalista. Dessa forma, seu saber/fazer é representado como secundário, menos importante, gerando a sensação de menos valia e de baixa utilidade prática (LESSA E ARAÚJO, 2013).

Em seu cotidiano, são executados atos de cuidado que transitam do mais simples para o mais complexo, por isso, torna-se de grande importância, a construção de uma identidade profissional fundamentada na valorização do papel de cuidador; associados aos mecanismos e às habilidades que envolvem o seu fazer, rumo ao reconhecimento de um conjunto de teorias e técnicas, ou seja, de um saber constituído cientificamente em relação ao cuidado como parte essencial ao tratamento. Tal identidade se faz necessária ainda, para a formatação de novas práticas que se colocam como desafios a eficácia do trabalho em saúde (TRAESEL E MERLO, 2009).

A Enfermagem persiste na busca pela afirmação profissional, e coloca-se à frente das discussões, questionamentos sobre o seu conhecimento, o seu fazer, os seus espaços. Muitas tendências se delineiam frente às novas propostas e paradigmas, e por isso, desafios, obviamente, são enfrentados. A luta para se posicionar e ser reconhecido, para delinear suas fronteiras, as suas possibilidades, o seu relacionamento e papel entre as demais profissões de campo biomédico, é incansável. Essa luta tem trazido resultados positivos para a profissão de um lado, mas de outro lado, há um aumento na tensão das relações de trabalho entre médico e enfermeiro, pois estes continuam criando barreiras ao saber do enfermeiro para que continuem subjugados ao seu saber médico (FLORENTINO E FLORENTINO, 2009).

A superação de modelos de saúde vigente exige um novo olhar e uma nova definição da Enfermagem, que deve buscar realizar ações de cuidado que ultrapassem o aspecto tecnicista e centrado na doença (GUELBER, 2014). Para Watson (2002), o cuidar deve ser compreendido como um ideal moral, com intenção consciente para preservar o todo. Assim, preserva-se a dignidade, integridade e processos geradores de vida a níveis humanos, da natureza do universo, tendo a cura vigorizada, potencializada.

O profissional de Enfermagem precisa considerar o cenário político institucional e organizativo no qual ocorre o trabalho em saúde. A história da organização das profissões de saúde mostra o processo de institucionalização da medicina com preponderância sobre a Enfermagem, porém ela tem se relativizado com a organização independente dos diversos grupos profissionais em saúde. A desarticulação em que a Enfermagem se encontra no cenário político deve ser restabelecida para sua luta de melhores condições de trabalho. É preciso à profissão livrar-se da subordinação, e eliminar a dificuldade em afirmar-se como uma profissão que liberta, que tem conhecimento científico próprio e que tem um objeto de trabalho ainda em processo de definição, que necessita se articular para firmar-se em um espaço diferenciado, com maior ou menor aproximação com um trabalho cooperativo, mais criativo e menos alienado (LESSA E ARAÚJO, 2013).

A APS, em especial a ESF, oportuniza aos profissionais de saúde desenvolver um trabalho com um enfoque diferente dos padrões anteriores, como por exemplo, o modelo hospitalocêntrico. Enquanto neste último a atenção era voltada para a doença e para cura, o cuidado cada vez mais fragmentado e o cenário favorável à indefinições de papéis, ao desprestígio social e à falta de autonomia, a ESF abre espaço para que a Enfermagem e as demais profissões da saúde desenvolvam novas relações de trabalho, restaurando a visão holística e a abordagem integral ao usuário (DUARTE, 2013).

Para a Enfermagem esse espaço está aberto dentro da Consulta de Enfermagem, através do atendimento direto à clientela com o suporte dos exames laboratoriais de rotina e da prescrição medicamentosa padronizada. Manifesta-se também, através da educação em saúde desenvolvida em nível individual ou em nível coletivo, na comunidade em que está estabelecido (GOMES E OLIVEIRA, 2005b).

Contudo, como já discutido, a falta de recursos, sejam eles de qualquer natureza, são grandes empecilhos no que tange esse progresso, como fica explanado na fala de um dos enfermeiros:

A gente tem protocolo municipal que fala “prescrição do enfermeiro”, tem protocolo municipal que fala, ou o próprio Ministério da Saúde, o hipertenso vem, tá tudo bem com ele, eu vou manter a prescrição, eu vou tá transcrevendo a prescrição, enfim, pra gente agilizar a vida do usuário também, ele precisa dessa medicação, e se ele vier pra minha consulta eu vou ter que marcar uma consulta com o médico? Acho que vai ficar inviável pra todo mundo, aí se eu transcrevo, se eu não tenho a medicação na minha unidade, na farmácia aqui, ele tem que pegar na [farmácia] popular, a popular não reconhece o enfermeiro, aí fala, “não, você tem que voltar na unidade e pegar a receita com o médico”, deu pra você entender? é complicado, aí talvez todo trabalho que eu tenha feito com esse usuário, ele vai todo a perder quando alguém fala isso pra ele lá, “não, essa receita sua não vale,” então o quê que tá querendo dizer? (ENF 8)

Percebo que está havendo ampliação do campo de atuação do enfermeiro, mas ainda existem barreiras para que esse movimento se concretize.

Explico melhor o meu raciocínio: quando uma farmácia recusa a receita do enfermeiro, está explicitando que aquela receita não tem valor, e negando a autoridade profissional do enfermeiro. Como consequência, ao não receberem a medicação que necessitam por essas razões, o usuário tende a reproduzir o discurso da farmácia e a não reconhecer também o enfermeiro.

Percebe-se assim que em função dessas várias lacunas, reducionismos e zonas cinzentas que pontuam o que a comunidade espera do profissional e aquilo que é proposto

como ações de cuidado, a execução do trabalho é comprometida. Essas situações provocam reflexões que se expressam por vários e crescentes problemas, gerando situações conflituosas nas quais o usuário nem sempre compreende porque o enfermeiro não pode assumir o papel do médico que ele precisa (CAÇADOR *et al.*, 2012).

Dessa forma, o próprio sistema de saúde torna-se uma barreira para que a Enfermagem avance nessa ruptura da dependência médica e na busca da sua autonomia, firmando-se também como um obstáculo para a conquista da valorização e reconhecimento da sua prática.

Carências variadas são apontadas como fatores de insatisfação como a falta de sistematização no trabalho, de reconhecimento social, de valorização, de salário de condições de trabalho. Os profissionais de Enfermagem sentem a necessidade de serem valorizados e reconhecidos, até mesmo para enfrentarem tais precariedades (DE MELO, BARBOSA E DE SOUZA, 2011).

Além disso, por todos os fatores pontuados nessa categoria, ressaltando entre eles a falta de recursos humanos, físicos, a sobrecarga de trabalho, a falta de priorização do serviço do enfermeiro, a política local de saúde, que não aceita a prescrição do enfermeiro dificultando a afirmação da sua ciência, entendo que a desvalorização da profissão está relacionada muito mais a fatores extrínsecos a ela do que intrínsecos. O enfermeiro demonstra a vontade em desenvolver o seu trabalho da melhor forma, com dedicação, responsabilidade, e boa vontade, mas nem sempre encontra um cenário que possibilite a execução do mesmo.

Esses fatores ecoam na (in)satisfação dos profissionais em realizarem seu trabalho, influenciando na (des)motivação no trabalho do profissional, podendo refletir qualidade da assistência prestada e do cuidado oferecido (REGIS E PORTO, 2011).

Destarte, as implicações do reconhecimento e valorização da profissão serão discutidas na próxima categoria.

4.3 Categoria 3 – “Eu sinto uma desvalorização e assim, desmotiva, né? ”.

Esta categoria reflete os significados e implicações da representação da Enfermagem para o enfermeiro, e de que forma as percepções que eles têm acerca desse tema interferem em seu cotidiano profissional.

Dejours (2004) e Traesel e Merlo (2009), advertem que a falta de reconhecimento, não é discutida com a devida importância, ocupando posições secundárias nos debates sobre gestão, embora seu estudo seja essencial para a cooperação e para a subsequente produtividade.

A importância desse reconhecimento encontra-se também na influência que a valorização da profissão, em suas variadas dimensões, tem no desempenho profissional. Implicações negativas geradas pela pouca visibilidade da Enfermagem estão relacionadas à insatisfação e ausências de motivação no contexto de trabalho (AVILA *et al.*, 2013).

A valorização do trabalhador, o respeito às suas individualidades e o reconhecimento de sua dedicação, oportunizam um tratamento mais humano, contribuindo assim para o desenvolvimento do processo do trabalho da Enfermagem, tornando um estímulo para uma boa atuação profissional e humanização das suas práticas (SPRANDEL E VAGHETTI, 2012).

A classe de enfermeiros tem um papel importante na demonstração de sua atuação e competências, pois concebida como "seres humanos cuidando de seres humanos, que interagem reagindo a cada des(encontro) e demonstrando (in)satisfações", pode o modo como o trabalho é realizado, as relações, serem influenciadas positivamente ou não. Na realização do cuidado de Enfermagem oferecido aparecem os reflexos de um trabalho frustrado ou excelente (REGIS E PORTO, 2006), como pode ser observado nas falas a seguir:

Interfere, interfere negativamente. Vira um ciclo vicioso, né? A partir do momento que eu não tenho uma valorização, eu não faço o meu trabalho da melhor forma que eu poderia fazer. Eu faço o que é obrigação, e acabou, eu nunca vou além, mesmo tendo esse potencial de ir além. [...] não que o que eu faça ou que outras pessoas façam, não seja adequado, a gente faz, cumpre as nossas obrigações e só. Então assim, algo que a gente poderia estender e ir além, a gente fica restrito. "Pra quê que eu vou fazer isso? Ninguém me valoriza pelo que eu faço". (ENF 10)

Eu acho assim, no meu dia-a-dia eu acho que não interfere tanto não, porque eu faço muitas coisas por vocação mesmo, porque eu acredito na profissão que eu escolhi pra mim. Mas eu acho que pra muitas pessoas sim, porque elas acabam deixando de lado, deixam correr solto do jeito que dá, porque às vezes você não tem uma valorização [...]Então é mais fácil a gente "ah, eu vou ser bonzinho, eu deixo correr solto, eu faço tudo, né, e não me importo, deixo pra lá." Eu não, porque eu acredito e porque assim, eu acredito no que eu escolhi pra mim e eu tento fazer da melhor forma, o mais correto possível, mas eu acho que pra muitas pessoas influencia sim. (ENF 11)

Através das falas, noto que a percepção do enfermeiro 10 sobre a atuação profissional converge para um reconhecimento de que o pessoal da Enfermagem trabalha sem que as pessoas percebam como realmente esses profissionais se dedicam e são responsáveis e por isso não se sentem valorizados como merecem. E isto o afeta, interferindo negativamente muitas vezes na maneira de trabalhar, pois pouco estimulado, ele se torna apenas cumpridor de tarefas. Alega que realiza os trabalhos com a adequação que a profissão exige, mas não se

sente incentivado para ir além. Falta a valorização que o cargo requer e que o levaria a trabalhar como algo impulsionado pelo reconhecimento e que o induziria a mostrar todo o seu potencial de avançar e ir além, de alterar suas rotinas articulando ações desafiadoras com satisfação.

O enfermeiro 11 manifesta pesar pelo fato de os enfermeiros não sendo valorizados, deixarem suas tarefas correrem soltas, e passarem a realizá-las “do jeito que dá”. Se isenta de tal procedimento, justificando a sua vocação para a profissão; sendo assim, ele tenta agir da melhor forma e o mais correto possível. Entretanto, noto o modo independente, porém, isolado com que o trabalho de Enfermagem se realiza, executado no cotidiano com uma baixa-estima, e que não exclui nenhum funcionário da possibilidade e sofrer interferências.

Nesses excertos percebo que a valorização e o reconhecimento do trabalho do enfermeiro estão aquém da expectativa e importância atribuída pelo mesmo, e que a ausência desses componentes assume um caráter negativo na motivação, na autoestima e conseqüentemente na relação do profissional com o seu trabalho e consigo mesmo, uma vez que eles relatam que ao não se sentir valorizado, o trabalhador deixa de se empenhar no exercício da sua função.

A satisfação no trabalho e a realização profissional são necessidades intrínsecas ao ser humano, e para os enfermeiros, são elementos significativos no tocante à motivação no trabalho. Esses elementos estão associados ao respeito e reconhecimento profissional, em um fluxo em que o conjunto “satisfação no trabalho e realização profissional” é alimentado “respeito e reconhecimento profissional” (SPRANDEL E VAGHETTI, 2012).

Como a própria palavra já diz “motivação” ou motivo da ação, pode ser interpretada como o impulso que leva o homem a suprir um desejo, necessidade e ainda como forma de ensejo buscando a constante evolução. A motivação é tratada como uma força independente, onde cada ser humano tem sua vontade, sentimento que motiva a buscar alguma coisa.

Sprandel e Vaghetti (2012), completam dizendo que o fazer profissional do enfermeiro é mobilizado e estimulado através do reconhecimento do seu trabalho. A satisfação no trabalho e o sentimento de realização profissional são ingredientes que contribuem para o desenvolvimento do seu fazer e impulsionam a sua busca por crescimento profissional.

Ao não sentir-se valorizado e reconhecido pelo trabalho que exerce, ele perde a motivação para utilizar o seu potencial máximo na execução do mesmo. Ficam prejudicados o próprio profissional, que não se sente feliz, nem se realiza no seu trabalho, e o usuário, que vai encontrar um profissional desmotivado em atendê-lo, ou que realiza sua assistência de

maneira automática, sem refletir sobre o seu papel, interferindo, assim, na qualidade do serviço prestado.

Como discutido na categoria anterior, o sistema de saúde é ingrato com o profissional de saúde, nem sempre oferecendo as mesmas condições adequadas para o exercício pleno e visibilidade da sua prática. Quando se soma a esse contexto um atendimento de baixa qualidade, em que o profissional não demonstra entusiasmo ou empenho para atender às necessidades do cliente, volta-se ao ponto em que o cliente não irá valorizar o profissional nem o seu ofício, entrando assim em um ciclo em que um fator sempre afeta e é afetado pelo outro.

Nessa linha de raciocínio, Dejourn (2000) e Sprandel e Vaghetti (2012), narram que a valorização profissional apresenta-se densamente conectada à motivação, sendo determinante na expressão da subjetividade e no comportamento no trabalho. Assim, do mesmo modo que a desmotivação laboral é passível de determinar a desestruturação no desenvolvimento do trabalho da Enfermagem, o caminho contrário é recíproco, tornando-se assim um esquema cíclico de retroalimentação (VAGHETTI, 2008; SPRANDEL E VAGHETTI, 2012).

Brito *et al.* (2011), afirmam que o reconhecimento e a valorização do papel do enfermeiro na sociedade estão intrinsecamente vinculados a um processo histórico-social no que se refere a imagem da Enfermagem como profissão, influenciando nas escolhas e no comportamento desses profissionais. A percepção que esses profissionais têm de si e dos papéis que desempenham na sociedade, são afetados por alguns aspectos referentes a imagem obtida, como pode ser emoldurado na fala a seguir:

[...] eu já até parei pra pensar, se hoje, a gente quer melhorar, a prevenção, fazer o citopatológico, fazer acompanhamento do pré-natal, mas às vezes parece até que é uma mão de obra barata, que tem o médico na equipe, mas assim, utiliza-se da nossa mão-de-obra, pra dar conta de todos esses problemas. Eu sinto uma desvalorização e assim, desmotiva, né? (ENF 11)

Neste depoimento desvela-se o sentimento de menos valia, quando o enfermeiro refere se sentir como uma "mão-de-obra barata" quando comparada à do médico. O discurso mostra que mesmo o enfermeiro sendo um profissional competente, capaz de lidar com os problemas de forma habilidosa e com embasamento técnico-científico, ainda não tem a minimização do seu preconceito histórico e nem a valorização do seu papel.

Camelo e Angerami (2004), afirmam que os enfermeiros, muitas vezes ofuscados, anseiam o reconhecimento do seu fazer e sofrem quando se empenham para qualificar seu trabalho e não são bem avaliados e valorizados.

Apreendo esse sofrimento descrito pelo autor quando através do relato do entrevistado, observo que a desvalorização por ele sentida começa a afetar a forma como ele percebe a si próprio, fazendo com que o próprio profissional questione a sua importância e o seu valor para a sociedade, e se eles existem. Fica claro que essa falta de valor atribuída à profissão, desmotiva.

A motivação parte de um pressuposto básico de que essa variável influencia o desempenho e comportamento de um trabalhador, por isso tem se tornado fonte de preocupação das organizações, inclusive na área da saúde. De um lado, existe a satisfação por aliviar o sofrimento alheio e do outro, a insatisfação com a sobrecarga de trabalho e de suas condições precárias, que causam o cansaço físico e mental, baixa autoestima e perda do interesse pelo conforto do cliente, interferindo em seu comportamento e humor, bem como na sua alegria, rapidez e eficiência, causando ainda desinteresse e indelicadezas. De outro lado, os efeitos mais comuns da satisfação no trabalho recaem positivamente sobre o desempenho, a produtividade, absenteísmo, rotatividade, saúde, bem-estar, satisfação na vida e na de seus clientes (GALLO, 2005).

Pilar *et al.* (2002, p. 59) afirmam que:

“Ao estudarmos o cuidado, percebemos o quanto ele é importante no exercício da Enfermagem, mas também deve ser feito com satisfação, na qual, predomine um sentimento de recompensa pelo trabalho realizado e se renove a vontade para cada vez cuidar melhor do próximo e de nós mesmos, os cuidadores”.

Percebo assim, que além de influenciarem na qualidade da assistência e do cuidado prestado, a motivação e a satisfação refletem também na qualidade de vida, na autoestima e na autopercepção desses profissionais, que muitas vezes passam a questionar a importância do seu papel.

Em um estudo, Barlem *et al* (2012), identificaram que a imagem estereotipada desenvolvida pela sociedade e o reconhecimento da desvalorização da profissão de Enfermagem, evidenciam as dificuldades da profissão e contribui no processo de decisão pela evasão de estudantes. E ainda, que o sentimento de inferiorização reflete nas expectativas e nos entusiasmos em relação ao futuro profissional.

Ao que parece, essas incertezas permanecem nos estudantes que optaram por seguir na profissão, voltando a transparecerem na vida profissional, quando começam a cogitar a mudança de profissão, como pode ser visto nas falas abaixo:

Sim, o que acontece, quando você percebe que as coisas não se encaminham, então sem dúvida você tem essa vontade. (ENF 7)

Já, já cheguei a pensar várias vezes em mudar de profissão, justamente por esses inúmeros problemas que a gente encontra, justamente por essa desvalorização. (ENF 10)

Ah já, já pensei sim, porque vai envolvendo essa sobrecarga de trabalho, essa falta de reconhecimento, muitas vezes da profissão perante a mídia, perante a outras pessoas, igual a minha família e os meus amigos sabem, vizinhos próximos, mas no geral às vezes você fica um pouco frustrado assim, que dia que vou ser reconhecida? Cabe muito a você também, você mostrar o seu trabalho, se dedicar, tem essa questão também da pessoa, mas a construção cultural, então já pensei em mudar de profissão sim. E aí acaba que é por esse motivo assim, dessa visão meio assim, do inferior, né, você é visto como inferior ali. (ENF 6)

Entendo a partir desses fragmentos, que a representação da imagem do enfermeiro e o cenário atual em que a profissão se encontra, tem implicações bem profundas nos seus exercentes, que passam a questionar até que ponto é válido permanecer nessa profissão. Aparentemente, em alguns aspectos, a Enfermagem encontra-se submersa em um contexto de baixa remuneração, baixas expectativas profissionais, da baixa valorização, entre outros, que são fatores que parecem contribuir para decepção com a carreira, provocando o sentimento de inferiorização e incertezas na vida do profissional.

Aliada à questão vocacional, sente-se a necessidade da busca pela afirmação profissional. Não obstante ao seu desânimo pela desvalorização, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento e a consequente frustração por ser vista com certa inferioridade, os enfermeiros declaram que a falta de reconhecimento não é proveniente apenas dos fatores externos, que várias vezes o levaram a pensar numa mudança de profissão. O enfermeiro 6 chega a se referir a seu papel para se libertar como sua prática, que com sua dedicação e sua participação é que advirão as conquistas. Constata ainda, que eles próprios devem se apropriar dos seus direitos.

As imagens que lhes é atribuída de subalternidade, de invisibilidade, de pouca expressividade são consideradas de forma negativa na identidade e na autoimagem desses profissionais. Não obstante ao seu fazer cuidadoso, o ser-presença do enfermeiro fica obscurecido e dessa forma o profissional se torna desmotivado e acaba perdendo o encanto pela profissão, podendo ocorrer uma fuga que o leva a procurar por novos caminhos.

Contudo, apesar de relatarem a vontade de muitas vezes buscarem outros caminhos profissionais, todos disseram que só assumiriam esse novo rumo após a aposentadoria, pois apesar de muitas insatisfações na área, exercem a profissão por amor e afinidade.

Nesse sentido, Sprandel e Vaghetti (2012) referindo Dejours (2000), relatam que as condições em que o trabalho da Enfermagem é exercido e o modo de organização do mesmo, geram insatisfação, ansiedade e frustração, levando à produção de estratégias defensivas no seu dia-a-dia, o que contribui para que tolerem o inaceitável.

Corroborando com essa ideia, Cardozo *et al.* (2015), dizem que "a Enfermagem é uma profissão que recruta seus executores, e que, mesmo insatisfeitos, humilhados e desvalorizados, buscam prestar uma atenção diferenciada para quem necessitar", e que mesmo imersos em dificuldades cotidianas de trabalho, os enfermeiros continuam a exercer um cuidado de qualidade com um sorriso no rosto.

Possivelmente esse conformismo está ainda associado à sua carga histórica, aos sentimentos e comportamentos valorizados e norteados pelo apostolado e pela submissão. Assumindo uma competência pouco valorizada, o profissional preza pelo bom relacionamento e segue cumprindo seu papel de assistir o usuário na unidade. Esses fatos inibem o enfermeiro a ousar derrubar barreiras para mostrar seu próprio valor, o que acaba contribuindo para que a profissão e o profissional não conquistem o devido respeito e continuem socialmente invisíveis.

Além do que já foi citado, noto ainda que a desvalorização tem interferência também na construção do vínculo, nos laços de confiança, na relação entre profissional/paciente, temas já abordados na categoria anterior mas que voltam a aparecer nessa:

[...] há uma interferência em relação àqueles que a confiança final é com o médico, então esse às vezes não consulta com você e quer consultar somente com o médico, aí só nessa questão, nas demais eu não vejo muita interferência. (ENF 7)

A partir da fala acima citada, volto a perceber que a interação enfermeiro/ cliente em alguns aspectos fica prejudicada pela visão distorcida da profissão, construída pelos fatores amplamente discutidos nas categorias anteriores. Noto dessa maneira, que todos esses fatores, que influenciam na desvalorização também são diretamente influenciados por ela, o que nos mostra novamente a existência de um fluxo circular contínuo.

A importância desse reconhecimento e dessa valorização profissional do enfermeiro, pode tornar-se visível quando entender-se que a motivação influencia, direciona e sustenta a conduta das pessoas, e que segundo Batista *et al.* (2005), a harmonia e o equilíbrio psicológico no local de trabalho podem ser afetados pelo grau de satisfação e motivação pessoais.

Apresentando a mesma visão, porém por outra ótica, surgem os depoimentos que mostram como a presença do reconhecimento e da valorização laboral podem ter repercussões positivas na vida do trabalhador, como exposto a seguir:

A forma que a pessoa reconheceu o que você fez, que você tentou ajudar. Isso te motiva a ajudar outras pessoas, e a gente faz isso direto, até sem ver. (ENF 2)

Feliz, né? Em saber que assim, a gente faz um trabalho, é aquilo que você gosta, procura desempenhar da melhor maneira possível e as pessoas ficam satisfeitas de 'tá' recebendo o seu trabalho. (ENF 3)

Essa importância que as pessoas dão ao meu trabalho? Ah, isso é gratificante né? A pessoa chegar e dizer pra você "eu vim aqui agradecer por isso, por aquilo", às vezes uma coisa mínima que a gente faz, isso é gratificante, isso é bom, pra te ajudar no seu dia-a-dia, né, poxa, vou continuar nesse trabalho porque realmente, eu tô fazendo aquilo que eu gosto e as pessoas estão reconhecendo. (ENF 3)

A partir desses fragmentos é fácil compreender a satisfação do enfermeiro quando lhe é dada a devida importância pelo seu trabalho. Os gestos dos usuários ao elogiá-los, presentear-los ou simplesmente agradecer-los, é visto como um retorno positivo pela prestação de seus serviços, e assim eles se sentem reconhecidos, parceiros, com vínculos.

Ao relatarem como se sentem quando tem o seu trabalho reconhecido, emergem nas falas dos entrevistados sentimentos positivos, descritos por eles como a motivação no serviço, felicidade, estímulo em continuar desempenhando o seu papel, satisfação, realização, autoestima e a sensação de sentir-se bem consigo mesmo. Esses sentimentos os motivam a querer melhorar a qualidade da assistência, a empenhar-se em escalar metas e alcançar o prestígio profissional e social.

Contrastando com a satisfação, o desânimo, o estresse e o cansaço, geram o desinteresse, causam transtornos no trabalho, podendo refletir na sua própria saúde. O movimento no campo da saúde dinâmico, expressando satisfação, eleva a autoestima, a autorresponsabilização pelo reconhecimento de estilos de vida mais saudáveis para si, para o outro e para as desafiantes situações cotidianas de trabalho (REGIS E PORTO, 2011).

Compreendo assim que para o exercício apropriado e satisfatório de uma determinada profissão, são imprescindíveis a motivação e a valorização do profissional em seu ambiente de trabalho. Do mesmo modo em que percebo que as frustrações e desalentos podem refletir de forma negativa no trabalho do enfermeiro, observo que as percepções, valores e sentimentos positivos também se refletem no seu exercício profissional, o que é corroborado

por Regis e Porto (2006), que apregoam que a assistência prestada pode sofrer influência das (in)satisfações, necessidades e anseios de cada um.

Surgiram ainda algumas falas em que os enfermeiros disseram que para eles a presença ou ausência do reconhecimento do usuário é indiferente, uma vez que eles vão à unidade para realizar o seu serviço independente do valor que os outros atribuem à sua atuação:

Não, porque eu quero sempre tá prestando o melhor atendimento no local em que eu estou, igual eu tava te falando que eu já trabalhei em outros setores, que eu organizei tudo. Pra quê que eu fiz isso? Pro usuário, né? (ENF 1)

Não, eu faço tudo que eu deveria fazer, eu sigo protocolos do Ministério, manuais do Ministério e a minha consciência, então agradando ou não agradando eu vou fazer o que tem que ser feito. [...] Eu venho, faço o meu serviço, gosto de fazer o meu serviço bem feito, porque eu vou pra casa, gosto de ficar com a consciência tranquila, porque eu gosto, eu vejo resultado no que eu faço, mas eu não importo com satisfação não. É claro que elogio é sempre bom, mas nem sempre a gente consegue agradar todo mundo também, né [...]. (ENF 9)

Apesar de nesses fragmentos os enfermeiro 1 e 9 afirmarem que não se importam com o valor atribuído ao seu exercício, em outros momentos os mesmos queixam da baixa valorização da profissão, e da necessidade de maior reconhecimento. Nesse mesmo enxerto o enfermeiro 9 chega a admitir que apesar de não considerar importante, considera agradável ser elogiado pelo seu fazer.

Todavia, outros estudos vêm afirmar as informações aqui encontradas, de que a ausência ou presença de satisfação dos profissionais tem relação direta com o seu trabalho e com a realização do mesmo.

Em um estudo De Figueiredo Siqueira *et al* (2013), verificaram que aquele que é reconhecido pelo seu trabalho buscará fazer melhor, para continuar sendo valorizado, notado, percebido.

E em outro estudo que buscou identificar situações causadoras de prazer e de sofrimento no trabalho da Enfermagem, Kessler e Krug (2012), perceberam que há nesses profissionais uma sobrecarga gerada pelas prioridades apresentadas quanto à produtividade e resolutividade no trabalho, que somada à falta de reconhecimento e valorização das atividades desempenhadas, expressadas tanto pela equipe de saúde, quanto pelos gestores dos serviços, fazem despontar uma insatisfação no cotidiano desses Enfermeiros.

A Enfermagem, enquanto prática social busca desenvolver atitudes e espaços de relacionamento humano, bem como responder as exigências tanto sociais, como de saúde (ERMEL E FRACOLLI, 2006).

Não é difícil entender que em virtude dessas exigências, se o trabalhador estiver satisfeito com seu trabalho, o resultado será positivo. Ao contrário, sabe-se que a insatisfação no trabalho pode elevar o sentimento de desgaste emocional, e conseqüentemente, suas atividades se tornam desagradáveis, penosas, desgastantes. Isso gera desânimo e frustração o que certamente tem reflexos negativos numa assistência de qualidade.

Todavia, a transposição das fronteiras entre o desprazer e o prazer no trabalho acontece principalmente no reconhecimento proveniente dos pacientes, exposto em manifestações verbais de gratidão pelo serviço prestado. O prazer resultante desse reconhecimento contribui para superar as dificuldades enfrentadas (KESSLER E KRUG, 2012).

Por outro lado, Pereira e Fávero (2001), afirmam que a motivação é originada a partir das necessidades internas e de fatores de satisfação intrínsecos aos indivíduos e não de situações extrínsecos ao mesmo. Dessa forma, cabe ao profissional superar os obstáculos externos e buscar em si mesmo a força e a motivação para desenvolver as suas atividades, como relata fazer o enfermeiro 10:

Olha, eu não me vejo fazendo outra coisa [risos]. Justamente por eu gostar do que eu faço, tanto dessas questões que eu já tinha colocado antes pra você, eu me vejo importante na vida dessas outras pessoas, e isso pra mim faz um sentido, pra mim, entendeu? Tanto psicologicamente, emocionalmente, quanto profissionalmente também. Então o fato de eu estar presente, de eu poder ajudar de alguma forma, de eu ter um conhecimento maior a respeito de determinada coisa e orientar esse paciente, e você ver realmente que ele atingiu alguma meta, algum objetivo, ou teve uma mudança de vida, ou teve um restabelecimento da saúde, eu acho que isso é que me faz levantar todo dia, entendeu? Para poder vir trabalhar, apesar de realmente não ser reconhecida (ENF 10).

Observo a partir de desse relato, que a Enfermagem “é o que o faz levantar todo dia”, ou seja, é a mola propulsora que o conduz no campo da satisfação tanto psicológica, emocional e profissional. Aprender a dar e receber amor é uma tarefa que começa consigo mesmo, partindo da decisão de por fim a todas as dificuldades e comportamentos de menos valia que porventura tenha se tornado estilo de vida. A sua autoimagem positiva reforça a aptidão, a valorização, o aprimoramento e o empenho para obter as realizações e metas

planejadas. A motivação profissional se estabeleceu pelos graus de realização e satisfação aí encontrados.

Desse modo, entendo que a motivação no trabalho do Enfermeiro sofre influência de diversos fatores e que em vários momentos sua frustração é justificável, porém, cabe ao profissional permitir-se afetar-se ou não, motivar-se ou não.

4.4 Categoria 4 – “A partir do momento que o próprio profissional se valoriza, ele acaba passando, transmitindo isso pras outras pessoas”.

Apesar de todas as dificuldades e pontos negativos relacionados à Enfermagem apresentados nesse trabalho, e de muitos relatos dos participantes deixarem transparecer em diversos momentos uma certa frustração e desmotivação com a profissão, interpreto que muitos desses elementos estão associados a fatores externos, e não exclusivamente à profissão ou aos profissionais.

A partir de conversas informais com enfermeiros que atuam na APS do município de Juiz de Fora, e como membro do núcleo de pesquisa em Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem da UFJF, que já contou e ainda conta com diversos enfermeiros residentes que atuam no cenário especificado, o que tem transparecido é que nos últimos dez anos, a APS em Juiz de Fora tem passado por uma troca do secretário de saúde do município frequente e uma política local perversa, o que aparentemente, tem refletido de forma negativa na Atenção Primária do município, que vem apresentando muitas dificuldades, como a falta de insumos materiais, físicos e humanos, falta de condições de trabalho, o que implica diretamente na prática e no sentimento de mais valia dos profissionais, não só de Enfermagem, como de outras áreas da saúde.

Assim, percebo nesse enfermeiro uma ansiedade em desabafar e extravasar as suas frustrações, uma vez que o mesmo demonstra amor pela profissão e desejo em executá-la da melhor forma possível, mas não encontra um cenário adequado para a efetivação do mesmo.

Contudo, apesar de todas as dificuldades enfrentadas diariamente, ao serem questionados sobre o que a Enfermagem representa para eles, o discurso dos participantes toma uma outra forma, expressando amor, ternura, realização e satisfação, como pode ser visto a seguir:

[...] acho que foi a minha vida mesmo, acho que eu nasci pra fazer isso, eu tenho certeza, que foi pra isso mesmo que eu vim aqui nesse mundo. (ENF 1)

É realização, sabe? Muito feliz, assim, de estar fazendo uma coisa que eu gosto, e que a cada dia, a cada semana, eu acho que aquilo me completa. (ENF 3)

Continuo amando a Enfermagem, continuo acreditando na Enfermagem como profissão, a contribuição que nós temos para dar pro cuidado, pra sociedade, no caso da Atenção Primária, pra comunidade. Mas tem muito anseio ainda de melhoria, sabe? Essa questão que você tá estudando mesmo, da valorização, do reconhecimento [...] Mas eu tenho sempre esperança e fé de que as coisas vão progredir, evoluir, né. (ENF 5)

Percebo nesses relatos que os enfermeiros são felizes com a sua profissão, e a vivenciam de maneira prazerosa. Ser enfermeiro é realização, é o que lhes completa. O enfermeiro 5 em especial, tem consciência da sua aptidão para a profissão e de seu próprio valor, reconhece a importância da sua atividade e da sua prática profissional para a promoção da saúde da comunidade em que atua; reconhece também a necessidade de melhorias, e acredita que elas são possíveis.

Além desses relatos, quando pedi aos entrevistados que definissem a Enfermagem com apenas uma palavra, surgiram as seguintes definições:

“Amor” (ENF 1); “Realização” (ENF 2); “Satisfação” (ENF 3); “Cuidar” (ENF 4); “Amor” (ENF 5); “Holística” (ENF 6); “Luta” (ENF 7); “Cuidado” (ENF 8); “Cuidar” (ENF 9); “Dedicação” (ENF 10); “Dedicação” (ENF 11); “Responsabilidade” (ENF 12).

Noto que todos os adjetivos utilizados para representar a Enfermagem remetem a sentimentos e palavras positivas ou ao compromisso e respeito com o qual enxergam a profissão. Compreendo assim, que todas as dificuldades por eles apresentadas nas categorias anteriores, decepcionam em algum momento, mas não são suficientes para desestimulá-los ou fazê-los desistirem da carreira. Ainda acreditam na profissão que escolheram e optam por persistirem e lutarem por ela.

Do mesmo modo, eu enquanto enfermeira, compartilho dos mesmos pensamentos: as dificuldades estão presentes, mas podem e devem ser transpostas.

Dessa forma, após apresentar as representações da Enfermagem na visão dos enfermeiros, os fatores que contribuem para a composição dessas imagens e as implicações das mesmas, acredito ser pertinente apresentar também as possíveis saídas que podem ajudar a transformar de forma positiva esse panorama, apontadas pelos próprios entrevistados.

É comum que pessoas alheias à realidade à sua volta, e não inseridas em uma determinada atividade, tenham uma visão genérica, pouco precisa, idealizada, e às vezes estereotipada e preconceituosa, sobre o que constitui a dinâmica de determinada área, ação ou jeito de ser. Embora injustificável, torna-se compreensível – é mais útil, justo e democrático agirmos no mundo a partir de uma visão mais próxima da realidade. Apesar de ser coerente e maduro reconhecer que o cenário social é muitas vezes construído pelo imaginário das pessoas e dos grupos sociais, passível de receber interpretações diversas (TEODÓSIO, 2011).

Pesquisas no Brasil e no mundo já retratam a falta de visibilidade do profissional em relação a seus clientes, e mesmo assim, as iniciativas para a divulgação do real papel ocupado e desempenhado pelo enfermeiro no Brasil são tímidos e pontuais. Confirma-se o fato de que a Enfermagem não tem procurado de forma efetiva, elucidar a comunidade científica e a população em geral sobre suas competências e seu papel na sociedade (FONSECA E PAES DA SILVA, 2012).

Nessa perspectiva, os próprios entrevistados afirmam que para que haja uma mudança nesse cenário, é imperativo que os enfermeiros se articulem, se mostrem e tornem seu saber e seu fazer visíveis, como pode ser visto na fala a seguir:

Eu acho que primeiro pensar na nossa parte, eu acho que nós mesmos enquanto enfermeiros, a gente precisa o tempo todo, falar quem somos e pra quê nós viemos, sabe? Acho que eu sinto essa falta, que às vezes tem pessoas que vestem a camisa, tem pessoas que não. Às vezes fica procurando um tema pra sala de espera, esse não seria um excelente tema? “Quem são as pessoas dessa unidade, quem é este enfermeiro?” (ENF 8)

Eu acho que teria que ser uma conscientização desses profissionais, primeiramente. Porque os próprios profissionais não valorizam o seu trabalho. Então a partir do momento que eu sei que o que eu faço é importante pras outras pessoas, que eu estudei, eu me dedico, eu me aperfeiçoo a cada momento pra prestar uma assistência de qualidade, a minha assistência é de qualidade, eu tenho que ter certeza disso. A partir do momento que o próprio profissional se valoriza, ele acaba passando, transmitindo isso pras outras pessoas. [...] Isso é que diferencia e valoriza perante as outras pessoas da sociedade, eles te enxergam de uma outra forma, dependendo da postura, das atitudes, da sua própria valorização também, entendeu. (ENF 10)

Ao analisar essas falas, percebo que para os entrevistados é importante que os próprios profissionais se valorizem. A reflexão do enfermeiro demonstra que ao se valorizar o profissional transmite ao outro este valor e recebe de volta o reconhecimento, através das atitudes, da assistência de qualidade, do esforço, do comprometimento inserido no desempenho de suas atividades.

O modo de agir do enfermeiro, sua postura ética, o conhecimento demonstrado na sua conduta, de fazer-se respeitar perante os demais profissionais, vai permitir o enfrentamento de uma série de preconceitos sociais que acometem a profissão, e principalmente, contribuir para o alcance da visibilidade requerida para a profissão (COLPO, CAMARGO E MATTOS, 2006; AVILA *et al.*, 2013).

Baggio e Erdmann (2010), afirmam que a ruptura da imagem da Enfermagem não condizente com a realidade pode ser modificada, quando o cotidiano se tornar conhecido. Ao identificar o papel desempenhado e o resultado do trabalho, conquista-se o espaço próprio, a imagem e a visibilidade e a sua identidade pessoal e profissional.

Para que se torne conhecido, é necessário que o profissional se apresente, se mostre, que torne seu fazer, seu saber, e seu cotidiano conhecidos. Se identificar como enfermeiro é um dos caminhos para se autoafirmar. É a oportunidade de discernir as interpretações, as várias nuances, a partir do modo que é percebido, para construir junto aos usuários a compreensão e sentido de forma fidedigna, sobre o seu fazer.

Outros entrevistados também demonstraram achar que esse é o caminho certo para que a classe alcance o reconhecimento e a valorização merecidos:

Então é pro usuário que eu faço, que eu tento melhorar a qualidade do atendimento [...] Então eu sempre trabalho tentando reverter essa situação, até pela valorização do profissional também, quanto melhor você trabalha, mais reconhecimento você vai ter. (ENF 1)

[...] se o usuário não sabe quem que é o enfermeiro quando ele entrar aqui dentro, “ah mas não é o médico que vai me atender?” eu contorneio isso perfeitamente, sento com ele e falo “olha, não é o médico” e a gente vai fazer isso até, não é perda de tempo, é ganho, você fica cinco minutinhos da consulta explicando quem que você é, o que é que você faz, e depois você vai mostrar com a sua atuação durante a consulta e ele vai perceber, e na próxima ele não vai ter mais esse questionamento. (ENF 8)

O primeiro depoente esclarece em suas falas que ao realizar uma ação, ele procura emoldurá-la, considerando tanto o usuário quanto a si próprio. Esta escolha se dá em função de um bom atendimento e da melhoria da qualidade do que faz, que conseqüentemente, ao seu olhar propiciará o seu desenvolvimento pessoal profissional e o seu subseqüente reconhecimento.

A partir do depoimento do enfermeiro 8, noto que as explicações que o mesmo precisa fazer aos usuários sobre o atendimento a ser realizado por ele e não pelo médico, que o marketing é necessário e se torna eficaz na medida em que não há rejeição e sim aceitação do

seu atendimento, pela compreensão de que a Enfermagem compartilha um saber em saúde que lhe capacita a fazer aquela consulta ou procedimento. Aí cabem respostas que sejam convincentes para erradicar os preconceitos sociais, estigmas e imagens estereotipadas.

Estar predisposto a adotar atitudes de combate a tais julgamentos implica um ato incansável para ilustrar o papel da Enfermagem e ao mesmo tempo erigir novos paradigmas para a compreensão de que a profissão é socialmente relevante e sobre as quais as ciências sociais se arvoram descortinar os sentidos daqueles que ainda não conseguiram tais percepções.

Romper o anonimato presente na profissão e sua invisibilidade perante a sociedade é responsabilidade da Enfermagem, que deve buscar meios de se tornar conhecida, visível, de se destacar, de adotar posturas que a identifique, que valorize sua imagem, divulgando sem potencialidades, atribuições e categorias profissionais (BAGGIO E ERDMANN, 2010).

Nesse prisma, Mendes e colaboradores (2011) apontam a necessidade de desenvolver o *marketing* na profissão:

1) para atrair alunos e formar mais profissionais qualificados; 2) para reter esses profissionais, através do endomarketing e de mais valorização; 3) para instituir, por meio de políticas públicas, mecanismos indutores da valorização do enfermeiro pelas instituições, pelos governos e pela sociedade; e 4) para que evidências sejam exploradas e empregadas para conquista de espaços e vitórias pelas instituições de ensino, de serviço, associações de classe, sociedades científicas e órgãos representativos da profissão (MENDES *et al.*, 2011, p. 793).

Compreendo assim, que tornar a prática da Enfermagem conhecida, contribui para que a população identifique, reconheça e valorize o seu trabalho, e se desprenda das representações equivocadas provenientes das raízes históricas da profissão.

Nesse sentido, a Atenção Primária é um local propício para que a Enfermagem mostre esse fazer, uma vez que esse campo proporciona novas relações entre o enfermeiro e a equipe de saúde, e entre o enfermeiro e o usuário. Ao optar por uma nova organização do trabalho, a APS requer um diálogo entre os profissionais e o compartilhamento das ações, o que aponta para uma relação horizontal entre todos os envolvidos. Dessa forma, o enfermeiro pode se desvincular da associação à figura médica e desenvolver o seu trabalho com mais autonomia e liberdade, o que os enfermeiros entrevistados destacam ser um caminho para a maior visibilidade e valorização da profissão:

[...] trabalhando no posto de saúde a gente tem uma aproximação maior do cliente, da pessoa, e você tem maior liberdade de ação, autonomia para determinar certos cuidados, orientações, e consultas. [...], há uma valorização maior das nossas ações quando estamos em um programa de saúde da família que você tem aquele contato direto, com mais autonomia, você não fica preso, limitado a uma prescrição médica. (ENF 7)

[...] quando você cai numa Atenção à Rede Pública, principalmente na Atenção Primária, você tem toda autonomia do mundo, então você se realiza como enfermeiro, como profissional, como membro da equipe, na Atenção Primária, porque na Atenção Primária, eu tenho minha função, o médico tem a função dele, a minha não tem relação com ele, por exemplo, eu faço uma consulta, um pré-natal, eu posso pedir todos os exames, eu posso prescrever todos a medicação, em saúde da mulher, eu posso fazer toda medicação, eu não dependo do outro profissional. [...] por isso então dá uma satisfação na gente, você não precisa depender de ninguém pra fazer, é muito bom. (ENF 9)

Eu creio que no geral o enfermeiro da Atenção Primária tem muito mais autonomia pra trabalhar, o enfermeiro faz a consulta de Enfermagem, tem os procedimentos de Enfermagem também, supervisiona o trabalho dos técnicos, acho que a autonomia, a questão do trabalho educativo, que eu acho que é ponto chave, fundamental pro enfermeiro na Atenção Primária. (ENF 8)

O ponto abordado na fala do enfermeiro 7 está representado pelo sentimento de liberdade, autonomia, valorização, quando exerce suas atividades na APS. Ele destaca como pontos positivos do trabalho no posto de saúde a proximidade do cliente, o contato direto e sobretudo, o maior controle sobre o seu objeto de trabalho, aspecto que reflete naturalmente na questão da identidade profissional.

Abordando o mesmo ponto de vista, o enfermeiro 9 ainda ressalta que autonomia e independência de outro profissional faz com que ele se sinta satisfeito com a realização de seu trabalho.

O entrevistado 8 ressalta a importância da autonomia para o desenvolvimento da sua prática, listando algumas atividades que pode exercer livremente na APS.

Através desses relatos, percebo que há meios para que o enfermeiro comece a ser visto como um profissional capacitado e conquiste espaços cada vez mais amplos, principalmente, após a reformulação e a implantação dos sistemas de saúde que vem requerendo do enfermeiro um conjunto de conhecimentos políticos, teóricos, técnicos e operacionais relativos às políticas de saúde, à legislação, à economia em saúde e ao processo de gestão propriamente ditos, que lhe permitirão ampliar e consolidar novos espaços de atuação por meio da prática profissional crítica e competente.

Assim, no desenvolvimento de seu trabalho, nos conhecimentos, atitudes, habilidades e competências específicas é que o profissional enfermeiro constrói sua autonomia. Tais competências é que lhe vão possibilitar as tomadas de decisões, as resoluções com vistas ao cuidado pessoal e sobretudo saber ser reconhecido pelas suas qualidades, confiança para obter a autonomia que lhe é de direito (FENTANES *et al.*, 2011; CHAVES *et al.*, 2014).

Torna-se necessário romper com os estigmas e representações indevidas da profissão, e para isso é imperativo que os enfermeiros façam uma reflexão sobre suas posturas, assumindo suas competências para enunciar seus próprios preceitos e desse modo se destacarem integrando-se entre à equipe de saúde em igualdade de condições com outros profissionais. Eles poderão ser aliados de si mesmos, valorizando-se e cobrando das pessoas um novo olhar sobre eles como profissionais encarregados de preservar a vida, o bem-estar e o conforto dos usuários.

Dentro dessa perspectiva, os próprios enfermeiros relatam acreditar que a desunião da classe é um fator que desfavorece o fortalecimento da profissão e a sua visibilidade:

Eu acho que a valorização do enfermeiro, nós profissionais, temos que nos unir pra isso, o que eu acho que é uma pena, porque eu acho que o profissional enfermeiro não é unido [...]. (ENF 2)

Sim, primeiramente assim, eu acho que pra ser diferente exige uma união da classe profissional voltada em interesses que vão melhorar as condições profissionais [...] Então visando isso, eu acho que vai ser mesmo a união da categoria que vai mudar mesmo essas questões e ter as suas valorizações, então é mobilização de classe mesmo, pensar, refletir, senão vai cair no sistema, e esquece de lutar, de buscar melhorias. O que eu espero é que as coisas melhorem. (ENF 7)

O enfermeiro 2 refere sobre a valorização da profissão estar intimamente ligada a união, como a força capaz de projetar a vida futura do profissional. Sente-se penalizado pela falta de união. Percebo assim que sutilmente, está subtendida a não existência de atitude, de mobilidade e dinamismo para transformar esta situação.

O enfermeiro 7 acredita que para ser diferente, é preciso união da classe profissional. O entrevistado reforça que a mobilização, união da categoria e a compreensão das formas de enfrentamento das situações que requerem melhorias é que vão possibilitar a criação de estratégia para o reconhecimento social da profissão.

Estabelecer num contraponto à avalanche de informações, à qual estão sujeitos os jovens e a sociedade em geral, torna-se difícil quando as iniciativas inexistem ou são apenas informais. Sem iniciativas formais para introduzir nos meios de comunicação uma imagem

mais profissional do enfermeiro e da Enfermagem no Brasil, haverá sempre “impressões” e não uma representação ativa, estimulante e atrativa da profissão (FONSECA E PAES DA SILVA, 2012).

A organização política da profissão é tão importante quanto o ensino e a pesquisa, pois por meio do seu fortalecimento, possibilita uma representatividade social e um novo padrão na política discursiva de seu saber e a respeito da atuação do profissional enfermeiro.

Pensar em transformações implica adotar uma postura crítica frente à prática exercida. O exercício e vivência de uma postura crítica são essenciais para a atuação do enfermeiro em defesa da vida, capaz de participar das instâncias de poder que garantem as decisões sociais. Manter uma postura crítica colabora para criar a imagem que a profissão requer da sociedade (DAL PAI, SCHRANK E PEDRO, 2006).

Entendo assim, que é preciso construir uma formação criadora de identidade e representatividade visível às diversas esferas sociais e dessa forma, alcançar melhores condições profissionais e reconstruir as exigências sociais que os sustentam, participando das organizações políticas de saúde e construindo o processo de ser Enfermagem.

A interação reflexiva articula as múltiplas dimensões do cuidado, conduz ao diálogo entre um e todos. Assim sendo, vai-se integrando as incertezas e contradições do pensar complexo e ao mesmo tempo complementar e contrário. Cabe aos profissionais tornar o cuidado visível e invisível, vasculhar em suas próprias experiências e condutas o modo de serem percebidas no cotidiano laboral (BAGGIO E ERDMANN, 2010).

Por fim, os entrevistados ainda reconhecem que a Enfermagem é uma profissão relativamente nova do ponto de vista científico e estigmatizada, e por isso é necessário também, que se desfaçam das marcas relacionadas às suas raízes históricas, para que assim se desvele o seu verdadeiro mister:

E nós, enfermeiros, a classe, eu acho que assim, ainda é uma profissão muito nova reconhecida cientificamente né, deixar de ser aquela coisa empírica, assistencialista, do bonzinho, pra ser uma coisa mais científica, de saber, ter conhecimento e colocar a prova, a favor, então assim, eu acho que isso é uma construção que a gente ainda vai lutar muito pra ser visto. (ENF 6)

Ao se referir à profissão propriamente dita, que foi "recentemente" reconhecida como ciência, o entrevistado coloca que o saber científico é condição imperiosa para que o enfermeiro possa se tornar competente e respeitado, capaz de lidar com os problemas de forma habilidosa e com um embasamento apropriado a uma construção constante do saber que lhe dará o destaque e prestígio merecido.

Nesse sentido, outro enfermeiro entrevistado faz uma comparação da Enfermagem com a medicina, onde os profissionais médicos estão sempre estudando, se aperfeiçoando, ação que talvez seja importante a Enfermagem reproduzir para assim se valorizar:

[...] eu acho que a Enfermagem não pode parar de estudar, uma coisa que os médicos têm muito, eles tem o costume de estudar, todo dia eles vão pra casa e eles tão lendo alguma coisa, e o enfermeiro não pode perder isso. (ENF 9)

O enfermeiro reconhece a necessidade de continuidade dos estudos para o profissional da Enfermagem. Ressalta-se aí a importância de ser ter consciência para acompanhar as transformações frente às exigências do mundo contemporâneo em manter um padrão de qualidade compatível com o desenvolvimento científico e tecnológico e inovador na área.

Dal Pai, Schrank e Pedro (2006), destacam que a construção do saber em Enfermagem deve conter não só conhecimentos que estimulam a consolidação de conhecimentos próprios da Enfermagem e que reflitam e propaguem a sua identidade profissional, como mais do que isso, deve potencializar-se através de práticas inovadoras, no sentido de formar profissionais instigados à participação social e política, que torne visível e destaque sua atividade profissional em defesa da vida e sua identidade profissional capaz de interagir socialmente, compreender e participar de decisões para si e para os usuários.

Observei nessa categoria que os próprios enfermeiros já encontram caminhos para contraporem-se às injustiças e desigualdades que a profissão sofre na sua representação social. Contudo, como eles mesmos relatam, para que a mudança almejada se concretize, é necessária a união da classe, a autovalorização enquanto profissional, o aperfeiçoamento das suas técnicas, a continuidade dos estudos, a liberdade e os recursos necessários para exercerem com autonomia a profissão, e a articulação política dos profissionais.

Percebe-se assim, que a visibilidade do enfermeiro implica na ocupação de espaços que deem margem ao reconhecimento de seu papel e isso depende da articulação de competências com evidências a nível científico, técnico e relacional, bem como de atitudes individuais e coletivas que deem a conhecer o seu campo de intervenção (DAL PAI, SCHRANK E PEDRO, 2006; ERDMANN *et al.*, 2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu compreender as percepções dos enfermeiros acerca do reconhecimento e valorização da sua profissão e foi além: pude compreender também alguns fatores que estão relacionados à este processo de (desvalorização), mas que também podem contribuir para as suas transformações.

Um dos maiores desafios da Enfermagem é ser reconhecido pela sociedade como uma profissão mais valorizada, coesa e autônoma, e erradicar noções errôneas acerca do profissional de Enfermagem. O resultado desse estudo revelou que tais desafios são antigos e que ao longo do tempo as mudanças ocorridas, ainda são lentas para se chegar ao seu ideário. Sabe-se que o novo nasce do velho, de nossas experiências e constatações, mas o novo não nasce sem rupturas, sem ousadia e tentativas.

Os relatos feitos pelos entrevistados afirmam existir nessas representações uma descrição de inferioridade em relação a outros profissionais da saúde, principalmente ao profissional médico, devido principalmente a fatores como a própria estruturação da profissão, o modelo de saúde vigente que contribui para a perpetuação de alguns estigmas, o modo de gestão e produção de saúde, muitas vezes cruel e a própria postura dos enfermeiros, de muitas vezes deixarem se abater pelos contextos em que estão inseridos, sem armarem-se para mudar as circunstâncias, apesar deles próprios apontarem os caminhos que podem transformar o cenário em voga.

Há que se romper com vertentes tradicionais, onde as relações que imperam no trabalho são pessoais e intuitivas marcadas por emoções e submissões, outras vezes por preconceitos, e, sobretudo, pela pouca valorização dada ao enfermeiro, apesar de reconhecê-lo como um dos pilares da saúde. Outra vertente vigente na saúde é a burocrática que atua numa linha meramente operacional, com tentativas das soluções parciais, mas que não provoca mudanças radicais na vida do profissional da Enfermagem.

O que deve prevalecer é uma versão mais contemporânea que visa o aperfeiçoamento do processo de trabalho que incorpore o espírito de participação, de cumplicidade, de equidade, de liberdade e autonomia com distribuição de poder, não apenas aparente, “não indo além da colaboração”, mas sim da participação nas decisões significativas, e que torne cada profissional capaz de se tornar um agente construtor de sua vida profissional valorizada, reconhecida, respeitada. Acredito que a conquista desse espaço fará com que o enfermeiro faça parte de forma igualitária dos diferentes grupos profissionais da saúde. A participação faz de todos os profissionais, protagonistas da dinâmica da saúde, e efetiva a saúde como um

espaço permanente de experiências, competências e práticas de democracia, que incorpora os valores de liberdade, ética e cidadania.

Compreendi ainda, que a divulgação e a postura do enfermeiro são fundamentais para a alteração nas relações de poder que propiciam a hierarquização e hegemonia na área da saúde. Essa postura passa a requerer uma organização baseada na participação, no diálogo, no respeito, além de uma mudança cultural tecida nas tramas das relações e que se dão no interior das organizações. A mudança não se faz por imposição, mas pela construção de novos valores, novas crenças, novas concepções.

A participação e postura do enfermeiro deve ser um processo de conquista e construção de sua emancipação, que não pode ser imposta, concedida ou doada, mas sim conquistada, não de forma individual, mas aquela coletivamente organizada, ou seja, de forma consciente e responsável, considerando o bem comum e a construção em conjunto. Tudo isso significa que para ser real, a alternativa mais adequada é propor-se uma luta global de transformação, a partir do que existe, do que é possível, do que é oportuno. Para isso, é preciso, além da capacidade de realizar a análise crítica da realidade, que haja uma firme deliberação de se produzir mudanças na realidade social existente, tendo como meio o campo de trabalho em que se atua. Mudanças exigem, sobretudo, informação, conhecimento, deliberação, politização das pessoas que a buscam.

O clima de confiança, respeito e ética interpessoal, assim como a superação de ambientes desestruturados por relações de desconfianças ou disputas veladas ou não, deve ser revertido. É preciso desvelar o que está posto nas práticas vividas, e então, constatar a existência de ideias, valores e conquistas pretendidas para que estas ocorram naturalmente, com os avanços próprios de quem está inserido num processo de construção de mudanças.

Falando em conquistas, percebo nos dados e em minha vivência, que muitas foram as vitórias já conquistadas pela Enfermagem na Atenção primária à Saúde. Seu protagonismo no enfrentamento das doenças imunopreveníveis, na implantação do modelo da Saúde da Família no Brasil nos últimos anos, no seu engajamento no controle e mobilização social, são alguns exemplos muito importantes e positivos que espelham a importância da Enfermagem neste cenário como uma profissão de frente, que vem conquistando espaços a cada dia, colaborando para um maior e melhor fechamento de seu profissionalismo em torno de temas que são transversais às nossas políticas de saúde e sanitárias.

Na Atenção Primária, a sua autonomia se destaca em um cenário, onde outras profissões estão ainda engatinhando. O lobismo da Enfermagem neste nível de Atenção tem trazido à tona muitas controvérsias, mas também muitos embates positivos que resultam e

apontam soluções primorosas não apenas para a sua valorização em meio ao cenário da saúde, mas principalmente na resolutividade das demandas de saúde da população.

Ações de saúde como as práticas educativas, as visitas domiciliares, o acolhimento integrado, as trajetórias de cuidado e a gestão das unidades de saúde, são, em destaque, algumas das grandes contribuições da Enfermagem no cenário da saúde nacional, que a longo prazo, acredito que vão colaborar para que esta profissão tão importante, tão impactante e já tão bem definida em seus marcos teóricos e conceituais, seja efetivamente reconhecida e recomendada como uma ação em favor de uma atenção mais humanística, mas solidária na construção de uma sociedade onde os usuários possam efetivamente serem sujeitos das práticas de saúde e não mais meros objetos.

Neste sentido, destaco aqui a importância da introdução precoce dos estudantes de Enfermagem no nível da Atenção Primária, o destaque para o ensino e a pesquisa que favoreçam a formação de novas tecnologias que facilitem as ações de Enfermagem e inovações neste campo, fortalecendo ainda mais esta destacada profissão, que ainda enfrenta desafios, mais que sem ela, a saúde pensada de forma mais ampliada jamais se consolidará no cenário nacional.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, G. D. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira.** 1963. Tese (Cátedra)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1963 *apud* GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. D. C. A gênese eo desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, 2001.
- ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; DE ARAÚJO MITRE, R. M. A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta. **Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, v. 15, n. 37, p. 351-61, 2011.
- ALVES, M. D. S. *et al.* História da enfermagem registrada nas artes plásticas: do século XVI ao século XX. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 513-519, 2005.
- ANDRADE, J. S. D.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 261-5, 2005.
- ATTEWELL, A. Florence Nightingale (1820–1910). **Prospects**, v. 28, n. 1, p. 151-166, 1998.
- AVILA, L. I. *et al.* Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.
- BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.
- BACKES, V. M. S. **Estilos de pensamento e práxis na enfermagem:** a contribuição do estágio pré-profissional. Unijuí, 2000. *apud* MIRITZ BORGES, A. *et al.* Florence Nightingale: o impacto de suas contribuições no mundo contemporâneo da enfermagem. **Cultura de los Cuidados**, v. 14, n. 27, p.46-53, 2010.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. (In) visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Acta paul. enferm**, v. 23, n. 6, p. 745-750, 2010.
- BALY, M. E. **Florence Nightingale and the Nursing Legacy.** BainBridgeBooks, 1998. *apud* COSTA, R. *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009.
- BARATIERI, T.; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. S. Compreensão de Enfermeiros sobre Vínculo e Longitudinalidade do Cuidado na Estratégia Saúde. **Ciencia Y Enfermeria**, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2012.
- BARLEM, J. G. T. *et al.* Opção e evasão de um curso de graduação em enfermagem: percepção de estudantes evadidos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 132-138, 2012.
- BARREIRA, I. A. Contribuição da história da enfermagem brasileira para o desenvolvimento da profissão. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.3, n.1, p. 125-41, 1999.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BAZZARELLI, Í. M.; AMORIM, M. C. S. Gênero, representação simbólica e origem social nos conflitos entre médicos e enfermeiras. **Revista Psicologia Política**, v. 10, n. 19, p. 75-89, 2010.

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 75-81, 1997.

BORGES, M. D. S.; LIMA, D.; ALMEIDA, Â. M. D. O. Mel com fel: representações sociais do cuidado de enfermagem e cidadania. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 333-342, 2008.

BRASIL, L. **Lei 8080/90**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.

BRASIL. **Conselho nacional de secretários de saúde. sistema único de saúde. Conselho nacional de secretários de saúde**. Brasília: CONASS: 291 p. 2007.

BRASIL. **Lei nº. 2604**, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da Enfermagem profissional. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Legislação e normas [texto] / Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. – V. 13, n. 1, 2013. Disponível em: http://www.corenmg.gov.br/anexos/legislacao_normas_pb.pdf. Acesso em: 02 fev. 2014

BRASIL. **Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro : Brasil: Ministério da Saúde: 344 p. 2001a.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. SAÚDE., M. D.;SAÚDE., S. D. A. Â., et al. Brasília: Ministério da Saúde 2012.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO / CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**. 20 2001b.

BRASIL. **Resolução, Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR)**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 2012.

BRASIL. **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Programa Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html> 2015.

BRITO, A. M. R. D. et al. Representações sociais de discentes de graduação em enfermagem sobre. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 3, p. 527-535, 2011.

BURESH, B.; GORDON, S. **From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public.** Cornell University Press, 2006 apud TELLEZ, M. Você é tão inteligente! Por que não estudou medicina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 9-10, 2013.

CAÇADOR, B. S. et al. O enfermeiro na estratégia de saúde da família: percepção dos usuários. **HU Revista**, v. 37, n. 3, p. 331-338, 2012.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 14-21, 2004.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Cien saude colet**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 17, n. 2, p. 259-264, 2009.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica.** Fiocruz, 2000.

CARDOZO, E. G. et al. A Insatisfação Profissional na Enfermagem: Problemas Psicossociais. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 2, 2015.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CARVALHO, A. C. D. **Orientação e Ensino de Estudantes De Enfermagem no Campo Clínico.** 1972. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972 apud GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. D. C. A gênese eo desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, 2001.

CHAVES, A. C. C. et al. Autonomia Profissional do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. supl. 2, p. 3718-26, 2014.

COFEN, R. **256 / 2001 (BR).** Autoriza o uso do Título de Doutor, pelos Enfermeiros 2001.

COFEN, R. **358/2009 (BR).** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem [Internet], v. 15, 2009.

COFEN. **Lei 7498/86, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e da outras providencias. Brasília: Cofen, 1986.

COLPO, J. C.; CAMARGO, V. C.; MATTOS, S. A. A imagem corporal da enfermeira como objeto sexual na mídia: um assédio a profissão. **Cogitare enferm**, v. 11, n. 1, p. 67-72, 2006.

COSTA, D. F. B. **Nem dama, nem freira, enfermeira ou do ideário pedagógico da profissionalização de enfermagem no Brasil (1931 A 1961)**. 2012. 130f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes - Programa de Pós-Graduação em Educação - Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2012.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009.

DAL PAI, D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 1, p. 82-7, 2006.

DE ALENCAR BARREIRA, I. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 480-487, 2005.

DE ARAÚJO, M. D. F. S.; DE OLIVEIRA, F. M. C. A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n.14, p. 03-14, 2009.

DE FIGUEIREDO SIQUEIRA, G. F. et al. Trabalho do Enfermeiro na Atenção Primária em Saúde: Conhecimento dos Fatores Estressores. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 2, p. 72-85, 2013.

DE FRANÇA, L. S.; DE ALENCAR BARREIRA, I. A enfermeira-chefe como figura-tipo em meados do século XX. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 508-511, 2004.

DE MELO, M. B.; BARBOSA, M. A.; DE SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1047-1055, 2011.

DE OLIVEIRA MACEDO, P. et al. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 341-347, 2008.

DE OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.

DE SOUZA PADILHA, M. I. C.; BORENSTEIN, M. S. História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 532-538, 2006.

DEJOURS, C. **A Banalização Da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2000.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004

DO NASCIMENTO, M. E. B.; DE OLIVEIRA, D. M. C. M. Caminhos e desafios da enfermagem no Brasil. **Revista HISTEDBR On-line**, n.23, p. 131-142, set. 2006.

DUARTE, V. R. C. **A Sobrecarga de Trabalho na Atuação do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. 2013. 34p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde

da Família) - Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2013.

ERDMANN, A. L. *et al.* A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Rev. bras. enferm**, v. 62, n. 4, p. 637-643, 2009.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006

FAVERI, F.; FERNANDES, M. Função administrativa do enfermeiro: administração da assistência ou administração dos serviços. **Separata de: Enfermagem Atual, Rio de Janeiro: EPUB, ano**, v. 3, p. 32-36, 2003 *apud* ANDRADE, J. S. D.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 261-5, 2005.

FENTANES, L. R. C. *et al.* Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare enferm**, v. 16, n. 3, p. 530-535, 2011.

FLORENTINO, F. R. A.; FLORENTINO, J. A. As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. **Travessias. Paraná**, v. 3, n.2, p. 1-17, 2009.

FONSECA, L. F.; PAES DA SILVA, M. J. Desafiando a imagem milenar da enfermagem perante adolescentes pela internet: impacto sobre suas representações sociais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 5, p. 54-62, 2012.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO, R. M. Por dentro da história: o ensino de Administração em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p. 222-6, 2005.

GALANTE, A. C. O Profissional de Enfermagem perante uma questão de sexualidade. **Rev Centro Universitário Barão de Mauá**, v. 1, n. 2, 2001.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. D. C. A gênese eo desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, 2001.

GALLO, C. **Desvelando fatores que afetam a satisfação e a insatisfação no trabalho de uma equipe de enfermagem**. 2005. 214p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de PósGraduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

GASSEN, K. N. R.; CARVALHO, C. L.; GOES, C. H. B. A profissão de enfermagem: uma análise histórica de seus avanços e desafios atuais no Brasil. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 1, n. 1, p.14-28, 2013.

GENTIL, R. C. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? **Rev. bras. enferm**, v. 62, n. 6, p. 916-918, 2009.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. D. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1011-8, 2005a.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. D. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 393-8, 2005b.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. D. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. **Rev. bras. enferm**, v. 61, n. 2, p. 178-185, 2008.

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. I. Florence Nigthingale e Ethel Fenwick: da ocupação à profissão de enfermagem. **Luís Graça: Textos sobre saúde e trabalho**, p. 63, 2000.

GUELBER, F. A. C. P. **A Construção Do Vínculo Das Enfermeiras Da Estratégia De Saúde Da Família Com As Gestantes Hiv Positivo**. 2014. 103p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

JESUS, E. D. S. et al. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 166-173, 2010.

JUNIOR, D. D. A. B. et al. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 41-50, 2011.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 1, p. 49-55, 2012.

KISIL, M. Prefácio. In: CHOMPRÉ, RRS.; EGRY, EY. **A enfermagem nos projetos Uni: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1998, p.7-13 *apud* GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. D. C. A gênese eo desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, 2001.

KLETEMBERG, D. F. *et al.* O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. A criação do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Cogitare enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 61-67, 2003.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2ª ed. Rev Ampl. Florianópolis: Soldasft, 2006, p.369. *apud* MIRITZ BORGES, A. et al. Florence Nigthingale: o impacto de suas contribuições no mundo contemporâneo da enfermagem. **Cultura de los Cuidados**, v. 14, n. 27, p.46-53, 2010.

LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. V. D. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 474-481, 2013.

LIMA, M. A. D. da S. Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm**, v.47, n. 3, p. 270-277, 1994.

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. D. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 2, p. 181-189, 2010.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum**: compêndio de sociologia compreensiva. São Paulo: Brasiliense, 1988. 294 p.

MAFFESOLI, Michel. Elogio da razão sensível. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A. F. V.; MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 1, n. 1, 1999.

MENDES, I. A. I. C. et al. Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 788-95, 2011.

MINAYO M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MIRITZ BORGES, A. et al. Florence Nightingale: o impacto de suas contribuições no mundo contemporâneo da enfermagem. **Cultura de los Cuidados**, v. 14, n. 27, p.46-53, 2010.

MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 1, p. 72-81, 2005.

NAUDERER, T. M.; DA SILVA LIMA, M. A. D. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 889-894, 2008.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 1, p. 74-7, 2005.

NELSON, S. A imagem da enfermeira-as origens históricas da invisibilidade na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 223-224, 2011.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: What it is, and what it is not**. New York (US): Dover publications, 1969. *apud* COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009.

PAIVA, M. S. **Enfermagem brasileira: contribuição da ABEn**. ABEn, 1999 *apud* GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. D. C. A gênese eo desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, 2001.

PAIXÃO, W. **Páginas da história da enfermagem**. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979.

PAIXÃO, W. **Páginas de história da enfermagem**. Rio de Janeiro: 1951 *apud* GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. D. C. A gênese eo desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, 2001.

PEDROSA, I. D. C. F.; DE PAULA CORRÊA, Á. C.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 058-065, 2011.

PEREIRA, ISABEL BRASIL E LIMA, JÚLIO CÉSAR FRANÇA. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** 2.ed.rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001.

PILAR, A. P; BAISCH, C.; BOTTON, M.; MELLER, M. COSTENARO, R. G. S. A importância do conhecimento antropológico na promoção dos cuidados de enfermagem. **Disciplinarum Scientia**, v. 3, n. 1, p. 55-60, 2002.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

REGIS, L.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow:(in) satisfações no trabalho. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 565-8, 2006.

REGIS, L.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in) satisfação no trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p. 334-41, 2011.

RODRIGUES, R. M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-Americana. Ribeirão Preto**, v. 9, n. 6, p. 76-82, 2001.

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 5, n. 2, p. 229-240, 2005.

SILVA, A. L. D.; PADILHA, M. I. C. D. S.; BORENSTEIN, M. S. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Rev latino-am enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 586-95, 2002.

SILVA, E. M. et al. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 989-998, 2001.

SILVA, G. **Enfermagem profissional análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1989 *apud* RODRIGUES, R. M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-Americana. Ribeirão Preto**, v. 9, n. 6, p. 76-82, 2001.

SILVEIRA, R. S. Da et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enferm. foco (Brasília)**, v. 3, n. 2, p. 93-96, 2012.

SOUSA, F. E. M. D. et al. Percepção de estudantes de enfermagem acerca da profissão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 4, p.110-117, 2010.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 263-271, 2011.

SOUSA, M. F. D.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc saúde colet**, v. 14, n. 5, p. 1325-35, 2009.

SOUZA, M. D. et al. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. IN: **Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 3ª ed. São Paulo: Ícone, p. 29-40, 2001 *apud* MIRITZ BORGES, A. et al. Florence Nightingale: o impacto de suas contribuições no mundo contemporâneo da enfermagem. **Cultura de los Cuidados**, v. 14, n. 27, p. 46-53, 2010.

SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H. H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 704-802, 2012.

STAMM, M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 293-296, 2002.

STUTZ, B. L. As primeiras escolas de enfermagem eo desenvolvimento desta profissão no Brasil. **Cadernos de História da Educação**, v. 9, n. 2, p. 347-362, 2011.

TELLEZ, M. Você é tão inteligente! Por que não estudou medicina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 9-10, 2013.

TEODÓSIO, A. Preconceitos entre praticantes e acadêmicos na Gestão Social. **Jornal Hoje em Dia**, p.2, 26 mai. 2011.

TERRA, M. G. et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, v. 15, n. Esp, p. 164-169, 2006.

TRAESEL, E. S.; MERLO, Á. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico**, v. 40, n. 1, p. 102-109, 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VAGHETTI, H. As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: uma tradução, uma bricolagem. 2008. 241 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. **Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis**, 2008.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Editora Sagra Luzzatto, 1999.

WATSON, J. et al. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem.** 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.

ZEFERINO, M. T. *et al.* Concepções do cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Rev Enferm.** Rio de Janeiro: UERJ, v. 16, n. 3, p. 345-350, 2008.

APÊNDICE A**Roteiro Semiestruturado**

1. O que representa para você ser enfermeiro(a)?
2. Como você, enfermeiro(a), se percebe representado pela sociedade?
3. De que maneira essa representação interfere no seu dia-a-dia?
4. O que você gostaria que fosse diferente neste panorama?
5. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXO I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA****PRÓ-REITORIA DE PESQUISA*****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF******36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL*****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sob o título **“Reconhecimento e Valorização da Enfermagem: percepções de Enfermeiros atuantes na Atenção Primária de Juiz de Fora/MG”** que será desenvolvida por mim, Candice Ellen Barbalho Lage, *enfermeira*, mestranda do PPG-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, *sob a orientação do* professor Dr. Marcelo da Silva Alves. Nesse estudo pretendemos compreender as percepções dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária de Juiz de Fora acerca do reconhecimento e valorização da sua profissão. Sua participação nessa pesquisa consistirá em dar seu depoimento acerca das suas experiências. Para esse estudo adotaremos os seguintes procedimentos: será utilizada como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada individual com os (as) enfermeiros (as) da Atenção Primária à Saúde, que será gravada em mídia digital, sendo suas informações transcritas, sistematizadas, analisadas e divulgadas em eventos e ou periódicos de natureza exclusivamente científica, ficando as gravações e transcrições sob a guarda da pesquisadora por 5 (cinco) anos e após este prazo, serão destruídas. O (a) sr. (a) deve estar ciente que: não terá nenhum custo financeiro, não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Embora os riscos sejam mínimos, caso venha a contrair danos em decorrência da pesquisa e podendo ser comprovado, será indenizada pela pesquisadora responsável. Sua participação é livre e voluntária podendo participar ou recusar-se a participar, terá esclarecimentos sobre os aspectos que desejar permitindo-se a retirada de seu consentimento

ou sua interrupção a qualquer momento, o que não acarretará qualquer modificação na forma em que é atendida pela instituição ou pela pesquisadora. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, não sendo disponibilizada em publicações ou eventos resultantes desta pesquisa, e qualquer material a seu respeito só será liberado com sua expressa autorização, ficando os resultados da pesquisa à sua disposição quando esta for finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida ao sr. (a) que deverá guardá-la. *penalidade ou*

Eu _____ portador(a) do documento de Identidade: _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa: “RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE JUIZ DE FORA/MG” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas,

Juiz de Fora _____ de _____ 2014.

Pesquisadora

Participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa / Campus Universitário da UFJF. Juiz de fora (MG) - CEP: 36036-900 - Fone: (32) 2102-3788 / e-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

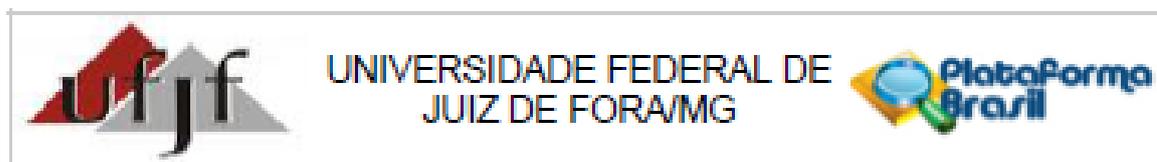
Candice Ellen Barbalho Lage

ENDEREÇO: RUA PADRE FREDERICO, 74, APTO 201, BAIRRO SANTA CATARINA, JUIZ DE FORA/MG. CEP: 36036-150

FONE: (33) 8866-0283 / (32)3025-1984

EMAIL: *candicelage@hotmail.com*

ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reconhecimento e valorização da Enfermagem: percepções de Enfermeiros atuantes na Atenção Primária de Juiz de Fora - MG

Pesquisador: Candice Ellen Barbalho Lage

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27622014.0.0000.5147

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 622.548

Data da Relatoria: 22/04/2014

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

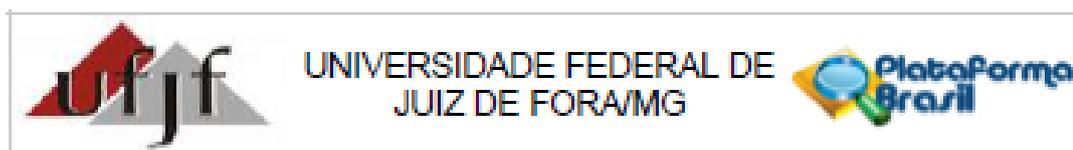
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de Infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 38.038-000
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
	E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 022.548

Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

O roteiro de entrevista apresentado trata-se de entrevista aberta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Abril de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo

JUIZ DE FORA, 23 de Abril de 2014

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-000
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2103-3788 Fax: (32)1103-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br