

IMAGEM E IDENTIDADE PROFISSIONAL NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM¹

Alcione Leite da Silva²
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha³
Miriam Susskind Borenstein⁴

Silva AL, Padilha MICS, Borenstein MS. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2002 julho-agosto; 10(4):586-95.

Com base em um estudo qualitativo, do tipo histórico, utilizando a análise documental, procuramos identificar as dispersões na construção do conhecimento, a partir dos Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem, no período de 1977 a 1987. As dispersões emergiram enquanto categorias que se repetiram como temas de destaque ou como pequenas pontuações. Nossa análise convergiu para duas categorias centrais: imagem profissional e identidade profissional. Essas categorias configuraram-se em uma rede complexa, dinâmica, na qual se destacaram as subcategorias: status profissional e o papel profissional.

DESCRITORES: conhecimento, história, pesquisa, enfermagem

PROFESSIONAL IMAGE AND IDENTITY IN THE CONSTRUCTION OF NURSING KNOWLEDGE

Based on a historic qualitative study using documental analysis, we searched dispersions in the construction of knowledge in articles published in the Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem (Proceedings of the Brazilian Nursing Congress) from 1977 through 1987. Dispersions emerged as categories that repeated themselves as subjects of note or as small punctuations. Our analysis converged into two main categories: professional image and professional identity. These categories took the shape of a complex and dynamic network, in which there were two explicit sub-categories: professional status and professional role.

DESCRIPTORS: knowledge, history, research, nursing

IMAGEN E IDENTIDAD PROFESIONAL EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

Con base en un estudio cualitativo, de tipo histórico, a través del análisis documental, procuramos evidenciar las dispersiones en la construcción del conocimiento, a partir de los anales del Congreso Brasileño de Enfermería, en lo período de 1977 a 1987. Las dispersiones emergieron como categorías que se repitieron como temas de destaque o como pequeñas puntuaciones. Nuestra análisis convergió hacia dos categorías centrales: imagen profesional e identidad profesional. Estas categorías se configuraron en una red compleja, dinámica, en la cual se destacan las subcategorías: status profesional y papel profesional.

DESCRIPTORES: conocimiento, historia, investigación, enfermería

¹ Trabalho premiado no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em Recife, no período de 21 a 26.10.2000, com o prêmio Edith Fraenkel, 2º lugar; ² Enfermeira, Doutor em Filosofia de Enfermagem, Professor Titular, Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Cuidando-Confortando: Tecnologias Inovadoras Pró Ser e Viver Saudável, e-mail: alcione@nfr.ufsc.br; ³ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto, Sub-Coordenadora do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem (GEHCE); ⁴ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto, Coordenadora do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem (GEHCE). Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

INTRODUÇÃO

A construção do conhecimento, enquanto processo dinâmico, reflete as transformações inerentes ao movimento histórico por que passa a Enfermagem, no contexto das relações sociopolíticas e econômicas no qual ela se insere. Estas transformações parecem evidenciar o movimento dinâmico entre ressonâncias e dissonâncias, na construção do conhecimento, com vistas a um avanço criador nas práticas sociais/políticas (ensino-pesquisa-assistência) de Enfermagem. Nesse sentido, as ressonâncias e dissonâncias, enquanto dimensões opostas e complementares, refletem a própria dinâmica com que esse conhecimento ora parece avançar e ora recuar, como a querer mostrar a resistência ativa e, ao mesmo tempo, a necessidade de buscar novos caminhos, com vistas à complexidade crescente das ações transformadoras da Enfermagem. Essa construção evidencia-se pelas aproximações e distanciamentos com que o conhecimento vai, gradativamente, erigindo marcos e rupturas, acentuando a consciência política das/os profissionais e a luta constante por um redirecionamento na qualidade das práticas de Enfermagem. Essas práticas não podem ser descontextualizadas, principalmente quando se tem como meta a complexidade crescente da qualidade de vida da população brasileira.

No movimento das ressonâncias e dissonâncias do conhecimento, emergem as dispersões, enquanto dimensões que não encontram resolução e que se perpetuam indefinidamente, ano após ano, como a querer buscar novas pontuações, através das mais diferentes abordagens. As dispersões representam, assim, a luta da categoria que se configura no movimento político, que traduz a necessidade de buscar novas perspectivas de ação transformadora. Enquanto um propulsor histórico, as dispersões no conhecimento parecem refletir, muitas vezes, a própria incapacidade da categoria, enquanto segmento social, frente aos obstáculos que o sistema impõe. Paradoxalmente, parecem, também, refletir o processo histórico e, portanto, temporal e dinâmico, inerente às transformações no viver cotidiano da Enfermagem. Nesse sentido, as dispersões acentuam a impossibilidade de congelar certas imagens temáticas, as quais, de ano para ano, se repetem, ora com o mesmo tom, ora com novos e diferentes matizes e significados. Conseqüentemente, no cenário dos Congressos

Brasileiros de Enfermagem, as dispersões evidenciam o processo da construção do conhecimento teórico-prático da Enfermagem, como ato eminentemente político, criador e emancipador.

Com base no exposto, elegemos como **objetivo** deste estudo analisar as dispersões na construção do conhecimento em Enfermagem a partir das temáticas discutidas nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, no período de 1977 a 1987*. A escolha desse período foi decorrente do fato de ser este estudo vinculado ao projeto de pesquisa intitulado "Os Caminhos da Construção do Conhecimento da Enfermagem Brasileira, no período de 1977 a 1987", desenvolvido pelo Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem, do Depto. de Enfermagem da UFSC, através da análise dos Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem.

Para o desenvolvimento deste estudo, optamos por uma investigação qualitativa do tipo histórico, e pela análise documental, enquanto técnica de pesquisa, a qual foi direcionada aos trabalhos publicados nos Anais dos CBEs, no período especificado anteriormente. A análise documental permitiu-nos obter informações, codificá-las e categorizá-las de forma qualitativa⁽¹⁾. Em um levantamento prévio, realizamos uma leitura exaustiva do conteúdo integral de todos os discursos oficiais das presidentes da ABEn nacional e regional, bem como das palestras proferidas nos temas oficiais e dos relatórios finais dos CBEs. Essa leitura permitiu-nos identificar e categorizar as temáticas que se repetiam ao longo dos anos e que, segundo a nossa referência teórica, anteriormente exposta, constituíram-se em dispersões na construção do conhecimento em Enfermagem. A análise das informações evidenciou que as dispersões identificadas convergiram para duas categorias centrais: *imagem profissional e identidade profissional*, as quais são abordadas em conjunto, dada a inter-relação existente entre elas. Essas categorias configuraram-se em uma teia/rede complexa, dinâmica, na qual se destacaram as subcategorias: *status profissional e papel profissional/social*.

IMAGEM E IDENTIDADE PROFISSIONAL

Entendemos por imagem profissional uma rede de representações sociais da Enfermagem, as quais por

* Somente o Anais do 38º CBE não foi incluído, por não ter sido editado

meio de um conjunto de conceitos, afirmações e explicações, reproduz e é reproduzida pelas ideologias originadas no cotidiano das práticas sociais, interna/externas a ela. A imagem profissional remete-nos à própria identidade profissional, em sua intrincada rede de significados que se pretendem exclusivos e, portanto, inerentes àquela profissão. A imagem profissional se consubstancia, assim, na própria representação da identidade profissional, que é em si um fenômeno histórico, social e político.

A análise dos temas desenvolvidos nos CBEnS, no período especificado, evidenciou o movimento dinâmico no jogo das reflexões múltiplas que estruturavam as relações sociais internas/externas à profissão, mantidas pela ação das/os profissionais, de tal forma que se pode dizer que a imagem e identidade profissional, no seu conjunto, refletia a estrutura social/política, ao mesmo tempo que reagia sobre ela, ora conservando-a, ora transformando-a. Dado o caráter histórico e, portanto, temporal, a imagem e identidade profissional configuraram-se em uma totalidade contraditória, múltipla, mutável, e, no entanto, uma na diversidade de representações desse grupo social que existe concreta/objetivamente, com sua história, suas tradições, suas normas, seus interesses, seu status/papéis/práticas sociais, seu corpo de conhecimento científico construído nas relações sociais.

Nessa perspectiva, a imagem e identidade profissional da Enfermagem refletem, naquele período histórico, a própria crise por que passava a profissão de Enfermagem, a qual retratava a crise do sistema como um todo. Cabe lembrar que o final da década de setenta, marcava a transição do quarto e penúltimo governo do regime militar, o do general Ernesto Geisel para o de João Figueiredo, um período marcado pela crise do petróleo, pela continuação da política do aumento da concentração de renda, com o conseqüente arrocho salarial da classe trabalhadora. Convivíamos com um governo autoritário, personalista, duro, que se caracterizou por um movimento pendular, pois, ao mesmo tempo em que procurava controlar as forças a sua direita, temia o avanço das oposições, procurando neutralizá-las⁽²⁾. No ano de 1978, agonizava não só o mandato de Geisel, mas também o mais odioso instrumento de exceção na história política do país: o Ato Institucional -nº 5, que deixaria de vigorar em 1º de janeiro de 1979, conforme preconizava o projeto de reformas políticas aprovado em setembro do ano

anterior. Podemos dizer, assim, que no ano de 1978, o Brasil ingressava no chamado período de “abertura política”.

A área da saúde também em crise, principalmente em função das políticas de saúde que vinham sendo adotadas, evidenciava as inúmeras greves nos hospitais, principalmente de São Paulo e Rio de Janeiro, com vistas às reivindicações de melhores salários e condições de trabalho. Na década de 70, o governo ampliou a cobertura previdenciária, procurando abranger toda a população urbana e parte da rural. Entretanto, havia um privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista, especializada, em detrimento da saúde pública, de caráter preventivo. Essa característica acelerou o crescimento da prática médica e propiciou a criação de um complexo médico-industrial, responsável pelas altas taxas de acumulação de capital por parte de empresas multinacionais de produção de medicamentos e de equipamentos. Esses fatos caracterizaram as alterações da prática médica que se refletiam no crescimento e diversificação das formas e tipos de prestação de serviços; na expansão das bases tecnológicas da prática médica e nas tendências ao aumento da demanda e dos custos dos serviços de saúde. O sistema mantinha-se inoperante, e os serviços públicos de saúde, pouco eficientes diante das alternativas de cobertura proporcionadas pelo complexo médico-industrial, as quais favoreciam a corrupção no sistema⁽³⁾.

Em 1975, realizou-se a V Conferência Nacional de Saúde, na qual foi recomendada a regulamentação dos serviços e a hierarquização, em níveis de complexidade crescente, enquanto processo eficaz na descentralização dos serviços básicos de saúde e na racionalização do uso da capacidade instalada e de recursos humanos. Foi aprovada, naquele ano, a Lei nº 6.229/75 - a Lei do Sistema Nacional de Saúde, que definia os papéis distintos dos ministérios envolvidos com a saúde da população - o Ministério da Saúde, responsável pelas ações coletivas e o Ministério da Previdência Social, responsável pelas ações de caráter individual. Essa lei recebeu muitas críticas, pela dicotomia estabelecida entre o preventivo e o curativo, quando a necessidade era a de unificar essas ações, para o reforço das estruturas e de racionalização no emprego dos recursos, com a conseqüente melhoria da assistência à saúde. A lei do Sistema Nacional de Saúde permitiu o

surgimento de propostas experimentais que buscavam modelos alternativos de organização de serviços, viabilizando o desenvolvimento de propostas de extensão de cobertura das ações de saúde em escala mais ampla, dentre as quais se destacou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado pelo Decreto nº 78.307/76, cujas diretrizes foram calcadas no conceito de Assistência Primária de Saúde. Embora o seu desenvolvimento não tenha ocorrido uniforme em todos os estados onde foi implantado, o êxito inicial do PIASS serviu de base para um consenso entre os Ministérios da área social, que em 1979 expressou como uma das diretrizes de ação para o Conselho do Desenvolvimento Social (CDS) a operacionalização de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), que tinha como objetivo ampliar a cobertura previdenciária a 90% da população brasileira.

Em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, eram traçadas as bases políticas dessas propostas e delineavam-se as diretrizes para a gestão do SNS. Naquele mesmo ano, o Brasil assumia o compromisso de vincular-se ao processo de desenvolvimento de uma estratégia mundial de extensão de cobertura das ações de saúde, proposta pela OPAS/OMS, que visava proporcionar a todos, uma assistência de saúde tecnicamente adequada, economicamente exequível e socialmente justa. Em 1978, realizava-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (URSS), que traçou, como principal meta social dos governos, organizações internacionais e comunidade mundial, que até o ano 2000, todos os povos do mundo deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. A Conferência de Alma-Ata impulsionou os projetos de extensão e cobertura, a partir de críticas ao processo de privatização, pela ênfase na atenção primária e na participação comunitária, pela priorização dos serviços básicos de natureza pública e descentralizada, com base na municipalização da saúde⁽³⁾.

Em outubro de 1979, realizava-se, em Brasília, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde, com cerca de 900 participantes. As conclusões desse Simpósio indicaram um unânime empresariamento da medicina, tendo dentre as inúmeras recomendações se destacado: a instituição de um sistema único de saúde, integrando todos os serviços públicos de saúde; a reorientação da aplicação de

recursos, dirigindo-se maior soma de recursos para a expansão da rede básica de saúde; o fortalecimento do setor público, assumindo o setor privado, progressivamente, um caráter supletivo e a instituição de mecanismos para um efetivo controle de saúde por parte da população. Esse simpósio representou uma posição de condenação ao modelo vigente, centrado nos cuidados hospitalares de caráter lucrativo.

Nesse cenário sociopolítico-econômico, a Enfermagem era, também, palco de uma grande revolução, que se refletia nas transformações que iniciavam a permear sua prática social (assistência-ensino-pesquisa). Estas transformações já puderam ser sentidas no final da década de 60, com a institucionalização da prática da consulta de Enfermagem. Desse modo, na década de setenta, observamos: a introdução gradativa da consulta de Enfermagem a gestantes e crianças sadias (ambulatórios); a integração de aspectos preventivos na assistência de Enfermagem, tais como, imunizações, trabalho educativo com grupos; implantação da metodologia do processo de Enfermagem, já iniciada em alguns hospitais; e a introdução do secretário de unidade, na equipe de Enfermagem⁽⁴⁾.

A reforma no Sistema de Saúde constituía-se em grande desafio para a Enfermagem, principalmente no que se referia à necessidade de se repensar em rumos que sua prática social deveria tomar, frente às inovações requeridas. Este desafio fez-se presente nos temas e nos discursos das convidadas do Congresso, no período deste estudo. Esse período caracteriza-se também, como um momento de ruptura na Enfermagem, que se traduzia na busca de um maior compromisso social, por meio de um posicionamento político frente às questões sociais. Um movimento que começava a romper os muros da Enfermagem para encontrar, também no sistema sociopolítico-econômico, respostas para a crise da profissão. Naturalmente que esse movimento só pode ser entendido como consequência das próprias transformações que começavam a ocorrer na sociedade brasileira. Assim, em 1979, o 31º CBEEn seria um marco que germinaria um novo movimento - o Movimento Participação, que surgiria em 1984, no CBEEn de Belo Horizonte-MG.

Neste sentido, as abordagens temáticas dos CBEEns, de 1977 a 1987, evidenciaram a crise por que passava a Enfermagem, traduzida, principalmente, em

posicionamentos sobre a imagem desfavorável da profissão na sociedade e a indefinição da identidade profissional. Tratava-se, assim, de questionar as próprias bases da Enfermagem e redefinir novas perspectivas de ação. Delineava-se, portanto, as tendências para a década de 80, notadamente marcada por uma ideologia voltada para a afirmação do status profissional, a definição de papéis e a busca de autonomia. Essas tendências estavam diretamente ligadas à própria situação da época. Para entendermos melhor, podemos citar algumas questões, além das relatadas anteriormente como: 1) a carência de definição do exato papel da/o enfermeira/o nos programas de assistência à comunidade criados na época, o que dificultava a elaboração de um currículo adequado às tendências emergentes⁽⁵⁾; 2) a diminuta participação da/o enfermeira/o na definição das políticas de saúde^(4, 6-9); 3) a evidência crescente de um fenômeno inédito na história da Enfermagem brasileira - o desemprego^(4,9).

Podemos detectar que a exclusão do papel da/o enfermeira/o nos programas de assistência à comunidade teve um grande impacto na imagem e identidade profissional da/o enfermeira/o. Tal impacto fez-se evidente nos temas do CBEn, bem como gerou um movimento por parte da ABEn e COFEn. Naquele contexto, a reforma do Sistema de Saúde, por si só, constituía-se em grande desafio para a Enfermagem. Esse desafio fez-se presente no discurso de algumas convidadas dos Congressos. Para algumas delas, esse desafio dava-se em função de as/os enfermeiras/os não estarem preparadas/os para atuar em nível de assistência primária de saúde, cuja ênfase era preconizada pela reforma do Sistema de Saúde, como se pode detectar, por exemplo, neste discurso: "Aqui ousamos colocar que, no momento, não estão os [as] enfermeiros [as] preparados para atuar nesse nível assistencial, mesmo porque ele implica ações muito mais independentes e muito mais elevada decisão, características que somente são adquiridas a partir do domínio de conhecimentos e habilidades próprias para determinado tipo de atendimento. E todos, nós enfermeiros [as], sabemos que, nesse caso, terão que ser mudados os funcionamentos curriculares, sem os quais estaremos inaptos a atuar em nível de assistência primária de saúde"⁽¹⁰⁾.

Esse fato era evidente, à medida em que, tanto a formação como a atuação de enfermeiras/os estava quase que totalmente mergulhada numa onda tecnicista,

como que respondendo às exigências do modelo econômico e biomédico que tratou de privilegiar uma medicina empresarial, com ênfase na assistência individual e curativa. Desse modo, requeriam-se mudanças curriculares, que preparassem as/os enfermeiras/os não só para a execução do atendimento, como também para exercerem lideranças em diferentes graus. Conseqüentemente, mister se fazia repensar os rumos que as práticas (ensino-pesquisa-assistência) de Enfermagem deveriam tomar frente às inovações requeridas. Desse modo, determinados questionamentos estiveram presentes, como: Estarão as/os profissionais de nível superior preparadas/os para assumir o treinamento regionalizado e a programação e avaliação do Módulo? Os currículos e os programas atuais de formação de recursos humanos na área de saúde estarão condizentes com as novas tendências?⁽⁵⁾.

A diminuta participação da/o enfermeira/o na definição das políticas de saúde constituía-se em outro fator preponderantemente impulsionador das reflexões múltiplas que se estabeleceram naquele período. Destacamos o fato de que os Ministérios, tanto da Saúde quanto da Previdência Social, não possuíam sequer um Departamento ou Coordenação de Enfermagem, com força suficiente para influenciar na organização e, assim, participar das decisões políticas que envolviam diretamente a Enfermagem. Essas constatações eram freqüentemente expressas, constituindo-se um alerta para a busca de mobilizações por parte da categoria, como se segue: "...não há, em termos de Enfermagem, quem decida de direito, quanto aos aspectos inerentes à profissão, na Direção Geral. O fato de a Enfermagem não ter conseguido, ainda, uma Coordenadoria, pode ser devido a algumas hipóteses: hegemonia do profissional médico, reflexo da posição da mulher na cultura brasileira, estereótipos relacionados com a profissão"⁽⁸⁾.

Essa mobilização foi também expressa no Relatório Quadrienal da ABEn (1976-1980), onde se lê: "Foram feitas diversas gestões, com o objetivo de conseguir alguma articulação entre a ABEn e os órgãos do MPAS. Esses esforços, no entanto, não alcançaram resultados práticos significativos. Também, por esse motivo, a Diretoria decidiu incluir, no temário do 32º CBEn o tema "Enfermagem e Previdência Social"⁽⁹⁾.

Desse modo, as recomendações daquele CBEn foram encaminhadas aos órgãos da Previdência e Assistência Social, aos órgãos de Educação e Cultura e

ao Ministério do Trabalho, no sentido de ensinar a maior participação da/o enfermeira/o no processo decisório, a fim de possibilitar a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem, a maior oferta de emprego para a categoria de Enfermagem e uma remuneração digna dessa categoria⁽⁹⁾. De certa forma, essas questões abriram um leque de reflexões, as quais incluíam outras subcategorias inter-relacionadas, com destaque para o *status profissional* e a *definição do papel profissional/social*, os quais abordaremos a seguir.

Status profissional

Repensar o *status* profissional perpassa a própria reflexão da imagem profissional. Nesse sentido, as reflexões que se sucederam ao longo dos CBEs puseram em evidência os estereótipos/mitos da profissão e o *status* da mulher na sociedade brasileira. Essas categorias diretamente relacionadas permearam as análises, as quais foram evoluindo de uma abordagem descontextualizada para abranger as características nucleares da estrutura patriarcal e socioeconômica do país. Nesse sentido, o *status* da mulher na sociedade mostrou-se relacionado à marginalidade da/o profissional de Enfermagem na equipe de saúde^(6,11), à imagem desfavorável da profissão⁽⁴⁾, aos estereótipos/mitos da profissão e indefinição do *status*-papel da enfermeira^(6,11), à falta de autonomia⁽¹¹⁾, ao precário desenvolvimento profissional da Enfermagem⁽¹²⁾, à dificuldade de inserção no mercado de trabalho e às péssimas condições de trabalho⁽¹³⁾.

O *status* da mulher emergiu no 29º CBE como fator de destaque na marginalidade da enfermeira na equipe de saúde, afetando a imagem da profissão na sociedade. “A mulher brasileira ainda é, assim, cidadã de segunda categoria, face às limitações que encontra para o seu pleno desenvolvimento e realização como ser humano. E o que poderia dizer a mulher que exerce Enfermagem nas suas várias categorias? Duplamente discriminada pela posição de mulher e de enfermeira, o seu relacionamento com outros profissionais é, não raro, cheio de tensões, exigindo um esforço consciente para que o seu trabalho não seja minimizado ou, até mesmo, ofuscado”⁽⁶⁾.

A partir desse posicionamento, as enfermeiras foram conclamadas a participar da luta e fortalecê-la pelos direitos civis das mulheres, **sem paixões ou excessos**

feminísticos, mas com **objetividade**, por meio de uma participação ativa e dirigida, em benefício da comunidade. Contudo, tais posicionamentos foram cedendo lugar a posições mais críticas, em que a variável sexo deixa de ser central para constituir-se em fator agravante, a partir de uma perspectiva mais global, como aqui referimos: “Os citados problemas da indefinição do *status*-papel da enfermeira e de sua marginalidade na equipe de saúde podem ser explicados pela variável sexo? Pensamos que não. Talvez a categoria sexo feminino conste como uma agravante aos referidos problemas, mas eles se prendem, sem dúvida, a características mais globais do setor saúde, no contexto de uma formação socioeconômico-capitalista periférica”⁽¹¹⁾.

Nesse mesmo sentido, o 39º CBE, ao chamar a atenção para as restrições, discriminações e reduzidas chances no trabalho da Enfermagem, apontou alguns fatores na compreensão da sua dinâmica: “Primeiramente, há de se considerar que, enquanto a feminilização é uma tendência que se observa na força de trabalho em saúde como um todo, na Enfermagem é uma característica histórica. Em um segundo momento, é preciso incorporar nos estudos sobre o trabalho da mulher, na nossa sociedade, os determinantes do modo de produção patriarcal, antes até de se considerar a própria lógica da produção capitalista. Enquanto esta se encontra centrada na compra e venda da força de trabalho, o modo de produção patriarcal estrutura-se a partir da posse e de seu controle. Assim é que a divisão do trabalho no setor saúde e a inserção da Enfermagem na produção de saúde antes de serem técnica e social, são basicamente sexual, pois a Enfermagem, pelo “simples” fato de ser exercida, majoritariamente, por mulheres torna-se um trabalho diferenciado e subalterno”⁽¹³⁾.

As múltiplas reflexões que se sucederam, contribuíram para ampliar o campo de análise dessas questões. Podemos dizer que o período de 1977 a 1987 contribuiu para iniciar o processo de amadurecimento da categoria acerca de suas bases histórico-sociopolíticas. Nesse sentido, ficava evidente que o *status* profissional não podia ser somente explicado pelo *status* da mulher na sociedade e pelos estereótipos e mitos da profissão, tendo em vista que tanto uma condição como a outra não podiam ser desvinculadas do todo social, em seus aspectos integrativos, econômico, político e cultural. Outro fator de destaque nas reflexões relacionava-se ao fato

de a maioria das/os profissionais de Enfermagem não estarem devidamente qualificadas/os, o que contribuía para a formação de uma imagem desfavorável da profissão na sociedade, constituindo-se em um dos fatores que dificultava seu desenvolvimento. Apesar de esse fato constituir-se em um obstáculo à qualidade da assistência de Enfermagem, ele não mereceu a devida atenção por parte das temáticas dos CBEs, com exceção dos congressos de 1982 e 1987, em que todos os elementos da equipe de Enfermagem foram incluídos nas análises. Contudo, era um fato constante nos discursos a preocupação com o desconhecimento da/o enfermeira/o por parte da população, sendo este atribuído, muitas vezes, ao não desempenho e/ou indefinição de seu papel. Desse modo, essas reflexões foram acompanhadas da busca de definição do papel da/o enfermeira/o.

Papel profissional

É fato notório que a Enfermagem moderna brasileira teve suas origens na saúde pública. Contudo, a mudança nas políticas de saúde foi um determinante importante para que essas bases fossem substancialmente modificadas. O crescimento institucional, particularmente com a previdência social e ampliação dos recursos necessários à prática curativa, exigiu o deslocamento da/o enfermeira/o para atividades administrativas, afastando-a/o, assim, do contato direto com o paciente. Esse fato, somado à conveniência econômica, contribuiu para a tendência crescente de empregar pessoal desqualificado, disposto a trabalhar com salários inferiores. Contudo, a reforma no Sistema de Saúde, preconizada na época, exigia um retorno às suas origens, o que requeria um repensar sobre o novo papel profissional. Podemos, assim, dizer que aquele período foi fundamental para se refletir sobre as diversas questões que permeavam a prática profissional.

Nesse sentido, alguns depoimentos destacaram-se: "Analisando, especificamente, o papel do profissional de Enfermagem, verificamos, hoje, que pouco fizemos para comunicar à população e às autoridades brasileiras sobre nossas funções e possibilidades de trabalho em seu benefício. Isso pode e deve ser feito com urgência, individualmente e/ou em grupos, pois decisões, de certa forma desintegradas e parciais, estão sendo tomadas em nível federal, ignorando a tradição da prática

profissional"⁽¹⁴⁾; "... dentro do hospital e mesmo dos serviços subsidiários dessa instituição, a atuação do [a] enfermeiro [a] carece ainda de melhor caracterização para a definição de suas funções próprias, particularmente daquelas não delegáveis pela especificidade e complexidade das implicações correlatas"⁽¹⁵⁾. Se aceitarmos o fato de que, ao desempenharem determinados papéis nas instituições, as/os profissionais de Enfermagem participavam de um mundo social e político, podemos dizer que, ao interiorizar aqueles papéis, esse mesmo mundo tornava-se subjetivamente real para elas/es. Nesse sentido, elas/es não só participavam daquele mundo como também o reproduziam. "... configura-se aí um incômodo papel para o [a] enfermeiro [a] na economia hospitalar: - o de agente favorecedor do consumo de mercadoria e serviços de interesse do assim chamado "complexo médico-hospitalar"...; e de controlador da execução dos atos prescritos"⁽⁹⁾.

Constatava-se, então, que a posição da/o enfermeira/o, naquele cenário, era crítica. Algumas razões que se fizeram mais evidentes naquelas reflexões estavam relacionadas a alguns fatos. Primeiramente, ao fato de que os serviços de Enfermagem encontravam-se voltados para a doença, orientados para o atendimento de necessidades individuais e centrados nas perspectivas e metas de instituições de caráter custodial. Segundo: as situações concretas da atuação profissional ressaltavam a Enfermagem como um serviço tecnicamente centrado em tarefas, distribuídas de forma mais ou menos acrítica, executadas em grande parte por pessoal não qualificado e com objetivos apenas imediatos. Terceiro: porque, estando presa a cargos administrativos, cada vez mais afastada dos cuidados prestados à clientela, a/o enfermeira/o perdia, progressivamente, sua autonomia na equipe de saúde.

Detectamos que muitas das análises desenvolvidas priorizavam ainda os determinantes intrínsecos ao âmbito da profissão, evidenciando, por parte de algumas congressistas, uma percepção do problema obscurecida pela alienação acerca dos determinantes socioeconômico-políticos na profissão. Naquele conjunto de reflexões, algumas estratégias de ação destacaram-se por meio da necessidade de aumentar a representatividade social, articulando estratégias institucionais, de modo a obter um efeito sinérgico no movimento da classe⁽⁹⁾; do

comprometimento com as questões sociais e a busca da competência técnica, de profundo senso de responsabilidade, do exercício do saber profissional, da autonomia de decisão e da liderança na equipe de Enfermagem e de saúde^(11,16-18) e da redefinição de funções, mudando-se o enfoque da doença para a prevenção primária de saúde⁽¹⁷⁾.

Repensar a prática de Enfermagem no sentido de buscar alternativas que a situassem como um trabalho a ser realizado na sociedade, com ela e para ela, significava, também, repensar os serviços que eram oferecidos à população e a prática médica na estrutura social, já que a Enfermagem, dada a natureza da sua função, caracterizava-se como um aspecto particular daquele conjunto. Conseqüentemente, a sua participação na defesa da melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem incluía, também, a luta pela manutenção e ampliação do espaço ocupado pela/o enfermeira/o; a participação com os atendentes e auxiliares na busca de alternativas para melhorar as condições de trabalho, e a luta pela participação da/o enfermeira/o nos programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde e saneamento das populações rurais e marginais⁽¹⁹⁾. Em algumas dessas reflexões evidenciava-se uma certa frustração da categoria diante dos determinantes socioeconômico-políticos que interferiam diretamente em muitas estratégias estabelecidas. Como bem afirmou uma das palestrantes: "Saber fazer, nessa contingência, não significa necessariamente poder fazer. Interpõem-se às extremidades forças eminentemente políticas capazes de confundir qualquer tentativa de participação com prepotência e arrojo por parte dos menos elitizados da constelação de trabalhadores da saúde, frustrando, assim, qualquer possibilidade de transformação e utilização mais competente dos planos de ações"⁽¹⁵⁾.

Por outro lado, o caráter quase sempre autoritário das instituições resultava na inibição da iniciativa das/os enfermeiras/os para inovar e para exercitarem as suas funções, como era o caso da utilização de um referencial teórico de Enfermagem, claramente explicitado⁽¹⁸⁾. Cabe destacar, também, que as condições de trabalho e a articulação entre os diferentes elementos da equipe de Enfermagem apareciam como pontuações isoladas ao longo desse período, tendo um destaque maior no CBE de 1987. Ficava, assim, evidente a precária articulação entre esses elementos, mesmo entre as/os enfermeiras/os do ensino e da assistência. Esse fato revestia-se de

grande importância, principalmente quando se buscava a integração docente-assistencial.

A necessidade de redefinição do papel da/o enfermeira/o e de suas atribuições perpassava, outro lado, pela própria redefinição dos objetivos e métodos do ensino da Enfermagem. Constatava-se que a estruturação dos currículos deixavam lacunas no programa educacional, tornando-o inadequado para atender ao novo papel da/o enfermeira/o nos programas de extensão de cobertura dos serviços de saúde. Desse modo, questionava-se a Resolução N° 4/72 do Conselho Federal de Educação e, portanto, a exclusão da Enfermagem de Saúde Pública do tronco profissional comum, como matéria requerida à formação da/o enfermeira/o e das ciências do comportamento, incluídas na parte pré-profissional apenas como noções reduzidas⁽⁵⁾. Somavam-se a esse fato, as dificuldades oriundas, também, de uma formação pouco adequada para a/o enfermeira/o recém-saída/o dos cursos de graduação, para assumir, com desenvoltura, a nova atitude de aplicação da metodologia do processo de pesquisa, o que dificultava o seu relacionamento com os demais membros da equipe de saúde, nas discussões de casos científico-profissionais⁽¹¹⁾.

Algumas transformações nos currículos de graduação já se evidenciavam, principalmente no que se referia à tendência à explicitação de marcos referenciais. Essa tendência, já na década de setenta, aponta para a década de oitenta a definição dos currículos, a partir de uma ideologia voltada para a definição do *status* profissional, definição de papéis e busca de autonomia⁽²⁰⁾. Essa tendência estava diretamente ligada às direções apontadas nas discussões sobre a assistência de Enfermagem.

Na área da pesquisa, constatava-se a falta de consenso quanto às linhas norteadoras da prática de Enfermagem. Havia um alerta para a urgência na definição dessas linhas, sob pena de se perderem os caminhos que deviam interessar à significação maior da Enfermagem como profissão⁽⁷⁾. Esse alerta apontava três aspectos críticos naquele processo, a saber: 1) a pesquisa estava, às vezes, sendo encarada como um fim em si mesma, ou seja, os seus resultados não estavam sendo aplicados; 2) a pesquisa e as/os pesquisadoras/es ainda eram alvo de muita desconfiança, o que dificultava o acesso às populações da própria pesquisa 3) as/os enfermeiras/os, quando se envolviam

em pesquisas multidisciplinares na área de saúde, não participavam da elaboração dos projetos e dos relatórios e, por isso mesmo, não aprendiam a metodologia pertinente e não obtinham o crédito de co-autoria⁽⁷⁾. Os motivos apontados fatalmente contribuíram para tornar mais lento o processo de desenvolvimento da própria ciência da Enfermagem. Inúmeros eram os obstáculos e, conseqüentemente, imensa a luta pela conquista do espaço e valorização da Enfermagem enquanto categoria complexa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as dispersões no processo de construção do conhecimento, a partir dos Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem, no período de 1977 a 1987, evidenciamos duas categorias centrais, *imagem profissional* e *identidade profissional*, acompanhadas de duas sub-categorias: *status profissional* e *papel profissional/social*. Dadas as características do estudo, chamamos a atenção para os seus limites, tendo em vista que a publicação dos Anais dos CBEn, no período estipulado, reflete, em parte, a produção do conhecimento em Enfermagem. No processo de análise, as abordagens temáticas evidenciaram a crise por que passava a Enfermagem, traduzida principalmente em

posicionamentos sobre a imagem desfavorável da profissão na sociedade e a indefinição da identidade profissional. Tratava-se, assim, de questionar as próprias bases da Enfermagem e redefinir novas perspectivas de ação. Delineava-se, portanto, as tendências para a década de 80, notadamente marcada por uma ideologia voltada para a afirmação do *status* profissional, a definição de papéis e a busca de autonomia. Podemos dizer que as múltiplas reflexões que se sucederam nos CBEn de 1977 a 1987, contribuíram para apontar caminhos na ação profissional.

As categorias e sub-categorias apontadas, enquanto dispersões no processo de construção do conhecimento de Enfermagem, continuam a permear os discursos da Enfermagem, ora com o mesmo tom, ora com novos e diferentes matizes de significados. Este fato reflete o processo dinâmico e político na construção deste conhecimento. Evidencia também que as transformações no contexto da Enfermagem estão diretamente relacionadas às transformações mais globais, ou seja, à estrutura sócio-econômica-política do sistema como um todo. Deste modo, as dispersões evidenciam o movimento histórico da categoria, na busca de níveis crescentes de complexidade de consciência política, a qual não pode ser descontextualizada da qualidade das práticas de saúde como um todo e da qualidade de vida da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Richardson RJ, Peres AS, Wanderley JCV, Peres MHM. Análise de conteúdo. In: Richardson RJ, Peres AS, Wanderley JCV, Peres MHM. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo (SP): Atlas; 1999. p. 220-44.
2. Campos RA. Política no Brasil pós 64. In: Campos RA. História do Brasil. São Paulo (SP): Atual; 1983. p. 230-40.
3. Chianca TCM. O sistema único de saúde: a proposta de viabilização e a inserção da Enfermagem. Saúde em Debate 1994 setembro; (44):48-54.
4. Matos AV. A Enfermagem e o sistema nacional de saúde. Anais do 30° CBEn; 1978, julho 16-20; Belém (PA): ABEn; 1978. p. 13-30.
5. Andrade MN, Lima MLF. O "Projeto Vitória", a experiência da Universidade Federal de Pernambuco. Anais do 30° CBEn; 1978, julho 16-22; Belém (PA): ABEn; 1978. p. 77-88.
6. Oliveira MIR. de. Relações da Enfermagem com as demais carreiras universitárias. Anais do 29° CBEn; 1977, outubro 5-11; Camburiú (SC): ABEn; 1977. p. 59-63.
7. Carvalho V, Castro IB. Reflexões sobre a prática da Enfermagem. Anais do 31° CBEn; 1979, agosto 5-11; Fortaleza (CE): ABEn; 1979. p. 51-60.
8. Araújo EC, Silva NFD, Paraíso EOP. Assistência de Enfermagem pela problemática do INAMPS. Anais do 32° CBEn; 1980, junho 1-7; Brasília (DF): ABEn; 1980. p. 33-46.
9. Castro IB. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectivas de mudança. Anais do 34° CBEn; 1982, outubro 24-29; Porto Alegre (RS): ABEn; 1982. p.33-52.
10. Paim L, Costa LA, Wright MGM. As inações no ensino superior de Enfermagem face a assistência à saúde da população: possibilidades e limitações. Anais do 30° CBEn; 1978, julho 16-20; Belém (PA): ABEn; 1978. p. 111-5.
11. Silva AX. Enfermeiro - Profissional autônomo ou subsidiário? Anais do 31° CBEn; 1979, agosto 5-11; Fortaleza (CE): ABEn; 1979. p.71-84.
12. Di Lascio CMDS. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectivas de mudança. Anais do 34° CBEn; 1982, outubro 24-29; Porto Alegre (RS): ABEn; 1982. p. 53-60.
13. Christófaro MAC. A inserção da Enfermagem no Mercado de Enfermagem e de Saúde. Anais do 39° CBEn; 1987, novembro 23-27; Salvador (BA): ABEn; 1987. p. 34-50.
14. Ribeiro C de M. Discurso de abertura do 33° CBEn. Anais do 33° CBEn, 1981, agosto 2-7; Manaus (AM): ABEn; 1981. p. 15-6.
15. Sena T de J. Interconsulta - uma atividade do enfermeiro. Anais do 32° CBEn, 1979, junho 1-7; Brasília (DF): ABEn; 1980. p. 73-9.
16. Lima MLF, Andrade MN, Chaves DE. O enfermeiro e seu compromisso social. Anais do 31° CBEn; 1979, agosto 5-11; Fortaleza (CE): ABEn; 1979. p. 33-8.

17. Oguisso T, Schmidt MJ. Sistema de prestação de serviços de saúde e sua repercussão na Enfermagem. Anais do 31° CBEEn; 1979, agosto 5-11; Fortaleza (CE): ABEn; 1979. p. 39-50.
18. Oliveira MIR de. O enfermeiro e a Enfermagem. Anais do 33° CBEEn, 1981, agosto 2-7; Manaus (AM): ABEn; 1981. p. 19-31.
19. Santos I, Vieira CAB. In: Análise crítica da prática atual de Enfermagem no país. Anais do 31° CBEEn; 1979, agosto 5-11; Fortaleza (CE): ABEn; 1979. p. 85-92.
20. Silva ALC, Barros SMPF, Vieira TT. Marco conceitual e estrutural dos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem. Anais do 31° CBEEn; 1979, agosto 5-11; Fortaleza (CE): ABEn; 1979. p. 107-14.