

PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: UMA NECESSIDADE SOCIAL*

Beatriz Beduschi Capella**
Eliana Marília Faria**
Francine Lima Gelbcke***
Jonas Salomão Spricigo**

RESUMO — Diante da perspectiva de modificação da atual situação da enfermagem brasileira, em função da aprovação da nova lei do exercício e sua regulamentação, a ABEN-SC, através da 15ª Jornada Catarinense de Enfermagem, propõe para discussão do Tema Central, algumas estratégias na tentativa de redimensionar a prática da enfermagem. Constatam deste documento: — conceito de profissão e a divisão social do trabalho; — algumas considerações sobre a história da enfermagem e a divisão do trabalho na enfermagem; — a legislação e a necessidade de profissionalização. Como conclusão, propõe de imediato, além de outras estratégias, a profissionalização do atendente de enfermagem, haja visto que constituem a esmagadora maioria dos exercentes de enfermagem no país.

ABSTRACT — The presente condition of Brazilian nursing faces the perspective of undergoing change, on account of a new Law having been approved, which controls its exercise, and of its anacting. As such, the Brazilian Nursing Association, Santa Catarina Chapter, through the 15 th Catarinense Nursing Workshop ('Jornada Catarinense de Enfermagem'), offers for debate, as Central Theme, a few strategies, on an effort to redimension nursing practice. Make part of this document: Profession concept and the social division of work; a few reflections on nursing history and work division within nursing; the legislation and the need for professionalism. On its conclusion, the document proposes, as of now, besides other strategies, the professionalism of nursing attendants, since they make up the overwhelming majority of nursing practitioners in the country.

1 INTRODUÇÃO

O Tema Central da 15ª Jornada Catarinense de Enfermagem reflete o momento específico que a enfermagem brasileira atravessa — se por um lado a enfermagem vive uma das piores crises, tanto a nível de mercado de trabalho como de identidade, de outro, com a aprovação da nova lei do exercício profissional e sua regulamentação, abre-se uma perspectiva de possíveis mudanças.

“É chegado o momento, mais do que nunca, da totalidade da prática ser repensada. Todas as categorias profissionais e ocupacionais de enfermagem precisam unir-se numa luta comum, em torno de suas diversas associações de classe, na busca do reconhecimento de seus direitos e prerrogativas através de uma legislação do exercício profissional atualizado e de melhores con-

dições de trabalho e de desenvolvimento” (VIEIRA & SILVA, 1982).

Este trabalho apresenta conceitos básicos acerca da profissionalização e profissão; faz algumas considerações sobre a história da enfermagem e a divisão social do trabalho, e em especial da enfermagem; e demonstra a situação atual da legislação em enfermagem, bem como propõe encaminhamentos no que diz respeito às questões de legislação e profissionalização.

2 CONCEITO DE PROFISSÃO E A DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO

Para que possamos entender melhor a necessidade de profissionalização da enfermagem, se faz necessário um entendimento do que seja profissão, de como surgiu e se caracterizou ao longo da história.

* Tema Central da XV Jornada Catarinense de Enfermagem, Florianópolis, junho de 1987.

** Professores do Departamento de Enfermagem — Universidade Federal de Santa Catarina.

*** Enfermeira Hospital Universitário — Universidade Federal de Santa Catarina.

Pode-se atribuir como sinônimos de profissão, vários vocábulos, tais como: ofício, trabalho, ocupação, encargo, arte, etc... Certamente, mais importante que os sinônimos de profissão é o significado social e as formas de enquadramento dos indivíduos numa dada profissão.

Para FRIEDEMANN & NAVILE (1973), "tradicionalmente, profissão subentendia um conjunto de capacidades técnicas individuais de trabalho", ou "domínio de técnicas no desempenho de tarefas com vistas à produção de bens e serviços". Assim, profissional seria o trabalhador de qualquer ramo de atividade provido de uma experiência educada, e, profissionalização, seria a aquisição deste conjunto de capacidades técnicas individuais, a experiência educada que permitiria ao assalariado o acesso a um determinado status de maneira precisa, estendida ao maior número possível de aspectos da vida de trabalho (jornada, salário, aposentadoria, ascensão, etc.) e garantido com maior ou menor força pela lei, pelas convenções coletivas de trabalho e pelos contratos de empresas.

As definições acima citadas não permitem um entendimento das transformações ocorridas, tanto na aquisição e domínio de determinadas capacidades técnicas individuais, como no seu emprego, isto é, o exercício da profissão. Por isso, entendemos ser necessário um breve relato das transformações que se processaram para que possamos melhor entender o momento atual.

Historicamente, a maneira que um indivíduo exerce uma determinada profissão está intimamente ligada às formas de produção e, por conseqüência, à divisão do trabalho. Numa primeira fase, a do artesanato, os ofícios, profissões, estavam separadas entre si. Um determinado ofício tinha pouca ou nenhuma relação com os outros ofícios. Os artesões eram indivíduos que exerciam por conta própria um determinado ofício, de maneira individual, isto é, o indivíduo envolvido na produção de um determinado produto dominava todo o processo, além de deter os meios de produção e o produto final. Além disso, o profissional detinha "os segredos da profissão". A aquisição do conhecimento necessário ao desempenho do ofício acontecia no próprio local de trabalho, através da prática na figura do aprendiz.

Com a mudança da forma de produção, surge uma segunda fase, a da manufatura, que embora se baseie sempre na divisão do trabalho, ela tem uma dupla origem; em alguns casos, a manufatura reuniu no mesmo espaço físico, a oficina, os diversos ofícios necessários à produção de uma mercadoria, que antes estavam separados. Em outros casos, a manufatura dividiu as diferentes operações de um trabalho que antes formava um todo na produção de um bem ou serviço e juntou-as na mesma fábrica, surgindo o modo de produção coletivo, onde cada indivíduo faz uma pequena parte do produto final. O trabalhador que antes dominava todo o processo de produção, agora domina somente uma

parte e, do conjunto de habilidades anteriormente requeridas no desempenho da profissão, passa a ser exigida somente uma parcela das mesmas. Com isto o trabalhador perde a noção do todo, limita o desenvolvimento do seu potencial reduzindo e parcelando suas habilidades e conhecimentos e, todo o produto gerado desta forma de produção se apresenta ao operário como um produto do esforço de outros e não dele próprio.

O conhecimento necessário para exercer uma profissão nesta nova forma de produção é adquirido também de forma parcelada, pois já não se faz necessário um conhecimento mais amplo, do todo, pois o operário somente irá executar uma parcela da tarefa. Aqui, o conhecimento não é mais adquirido no local de trabalho e sim nas escolas, centro de treinamento, etc. Com este processo ocorre uma "desqualificação" do profissional, levando ao barateamento da sua força de trabalho, da sua mão-de-obra e escondendo a real produção de cada trabalhador, já que este perde o controle da produção e do produto final.

Uma fase mais aprimorada da divisão do trabalho ocorre na industrialização e automação (sistemas programados, robôs) onde decrescem as profissões ligadas à produção de bens e serviços e crescem as ligadas à manutenção dos meios de produção (máquinas). Muitas das tarefas antes realizadas pelo homem agora são feitas pela máquina. Se por um lado o homem ficou livre de tarefas pesadas e desagradáveis, por outro lado ele foi amarrado à máquina.

Agora, o operário do qual foi retirado o conhecimento, as ferramentas e desenvolvida ao limite máximo somente uma determinada habilidade, liquidando assim, as últimas recordações do seu antigo ofício, do seu antigo estado de homem completo, é amarrado à máquina onde o ritmo do movimento da ferramenta é dado pela máquina e não mais por ele como acontecia no artesanato e na manufatura. Nesta forma de produção, o conhecimento necessário ao desempenho da profissão é drasticamente reduzido, bastando um conhecimento superficial e um tempo mínimo para adquirir a habilidade exigida. Com isto, justificam-se os baixos salários e a substituição do operário é facilitada.

Nesta forma de divisão do trabalho, o profissional é submetido de maneira sistemática a um processo de desqualificação e desvalorização onde as tarefas são rigidamente estabelecidas e hierarquizadas, ocorrendo uma divisão clara entre a oficina e o laboratório (trabalho manual e trabalho mental), levando o trabalhador a um processo de alienação, isto é, ausência da tomada de consciência entre ação e situação do trabalhador, mecanismo através do qual se oculta ou se falsifica esta ligação, de modo que o processo de produção e seu produto apareçam como indiferentes, independentes ou superiores ao operário que o produziu.

Observamos que inicialmente a divisão social do trabalho respeitava a autonomia das profissões, porém,

pouco a pouco, a fragmentação das tarefas tornou o trabalho de um indivíduo cada vez mais solidário com o trabalho do outro, complementando-o de parte que a tarefa profissional assumiu um cunho coletivo. Assim, as ‘atividades coletivas’, isto é, o conjunto das tarefas, profissões, reunidas no mesmo estabelecimento, predominam cada vez mais sobre as ‘atividades individuais’.

3 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E A DIVISÃO DO TRABALHO NA ENFERMAGEM

Ao analisar a enfermagem no Brasil, especialmente, sua prática torna-se necessário olhar para trás, ou seja, revisar alguns marcos da nossa história, a evolução do desenvolvimento da profissão e da saúde para compreendermos o sentido da prática desenvolvida hoje e buscarmos caminhos que modifiquem essa prática e a atual política de saúde para que se transforme num sistema de saúde que proporcione direitos iguais à toda população.

3.1 Principais Marcos da História da Saúde no Brasil e em Especial da Enfermagem

Quando se busca os registros da história da enfermagem torna-se necessário levantar desde o processo de colonização do Brasil e analisar a trajetória da enfermagem e seu desenvolvimento relacionado com a conjuntura político-econômica com as políticas de saúde implementadas no país.

Os indígenas que os colonizadores encontraram eram sadios, vigorosos e bonitos. As marcas de deformidades físicas encontradas eram originárias de acidentes das guerras, sendo que no restante tinham aspecto bastante saudável. Acreditavam que as doenças eram causadas por maus espíritos ou por castigo dos deuses. O saber místico era o hegemônico e, baseado neste saber, o pagé desenvolvia rituais, aplicava técnicas e preparava medicações, assistindo assim aos problemas que acometiam os indígenas. O pagé ou sacerdote acumulava as funções de médico, farmacêutico e enfermeiro, só com o acúmulo dos conhecimentos por parte do sacerdote-médico e com o aumento da população é que este começou a delegar funções à assistentes que desenvolviam ações semelhantes às hoje desenvolvidas pelos enfermeiros e farmacêuticos.

Com a colonização houve uma drástica interferência na cultura indígena, quebrando o equilíbrio ecológico homem-natureza e introduzindo com os novos hábitos e com a miscigenação, grande número de doenças antes desconhecidas e para as quais o povo indígena não dispunha de qualquer imunidade nem conhecimento para tratá-las (PIRES, 1986).

A primeira instituição que se responsabiliza pela assistência aos doentes no Brasil, são as Santas Casas de Misericórdia que semelhantes às instituições desta

época, dos países europeus, tinham função de abrigo aos pobres e enfermos mais do que uma função assistencial. A primeira surge em Santos, fundada por Brás Cubas, em 1543. Outras foram se espalhando pelo Brasil: Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Nestas instituições eram assistidos, principalmente, os miseráveis, os soldados, pois não existiam hospitais militares no país até o século XVIII. Os administradores coloniais recebiam assistência domiciliar de médicos europeus, estes exerciam a atenção, eminentemente curativa, segundo o saber sistematizado nas universidades europeias. Existiam também os cirurgiões-barbeiros, os boticários e os práticos no exercício da prática liberal. A enfermagem não aparece nesta época como profissão, registra-se apenas que ‘peritos em enfermagem’, muitas vezes escravos treinados, prestavam cuidados no domicílio.

Antes da estruturação da enfermagem como profissão, no Brasil, destacam-se duas baianas no século XVII, Francisca Sande e Ana Justina Neri, esta última reconhecida como figura histórica nacional, destacou-se pelos serviços prestados na guerra sanguíária que a Tríplice Aliança (Brasil, Argentina e Uruguai) desenvolveu a serviço do imperialismo britânico contra o Paraguai. Neste período a responsabilidade do Estado para com a saúde é muito precária. Para quem pode pagar, as classes mais privilegiadas, eram garantido o médico de família e práticos para prestar cuidados. As classes desprivilegiadas: escravos e índios, ou morriam acometidos pelas grandes endemias ou eram recolhidos nas Santas Casas, mantidas por ordens religiosas.

No ensino da enfermagem, registra-se que a primeira escola de formação de enfermeiros foi a ‘Alfredo Pinto’ em 1890 dirigida por médicos e formava pessoal para atuar na área de psiquiatria. Além desta existiu também a Escola da Cruz Vermelha. Somente na década de 20 cria-se o primeiro órgão nacional responsável pela política de saúde que é o Departamento Nacional de Saúde Pública, dirigido por Carlos Chagas e, em 1930, organiza-se o Ministério da Educação e Saúde.

A Escola Ana Neri, fundada em 1922, é reconhecida como a primeira Escola de formação de enfermeiros, hoje responsável pelo curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Reproduz o modelo nightingaleano e surge num contexto social e institucional que explica seus objetivos e seu papel social. Para a política de exportação e a política de imigração que atraía mão-de-obra estrangeira para atender o trabalho do mercado capitalista, era preciso controlar as epidemias e a enfermagem nasce, então, voltada para a saúde pública e com a finalidade de atender a política de saúde necessária ao estado brasileiro agrário-exportador (PIRES, 1986).

Na década de 40, com o desenvolvimento do capitalismo e o surgimento das indústrias, verifica-se diferenças no quadro social urbano. Surge a classe operária, importante para o desenvolvimento econômico e

representando uma força social que passa a reivindicar melhores condições de assistência à saúde, entre outros benefícios.

Cria-se, então, o sistema previdenciário, com assistência médica voltada para atender curativamente de modo a assegurar a produtividade no setor industrial e os interesses capitalistas do setor saúde, uma vez que financia os serviços privados de saúde e favorece a expansão da rede hospitalar (SOARES & KIRCHOF, 1986).

É neste contexto que a enfermagem encontra espaço para o seu desenvolvimento. Com o declínio dos serviços de saúde pública e o avanço da assistência hospitalar, a enfermagem, que era eminentemente de saúde pública, passa agora a ocupar a rede hospitalar, majoritariamente privada, empresarial e lucrativa, atendendo aos interesses capitalistas. Nesse novo enfoque, há necessidade de maior número de profissionais com preparo específico para o exercício da enfermagem. Aos enfermeiros cabia a supervisão da enfermagem, principalmente no centro cirúrgico e nas unidades de internação, ficando o cuidado ao paciente cada vez mais a cargo dos auxiliares. Há uma expansão de escolas formadoras de pessoal de enfermagem também dentro do modelo nightingaleano. A formação profissional dos enfermeiros é voltada para a supervisão e a administração, e a formação de pessoal auxiliar é voltada para o fazer. No entanto, os práticos, sem preparo formal continuam a atuar dentro da profissão. A primeira escola de auxiliar de enfermagem foi criada em 1936, a Escola Carlos Chagas em Belo Horizonte. Segundo PAIXÃO (1980), com os auxiliares formados verifica-se um melhor atendimento aos doentes, graças a substituição progressiva do pessoal sem formação para esse mister.

O ensino de enfermagem foi consolidado como matéria de lei em 1949, procurando atender o enfoque da época, isto é, o enfoque assistencial curativo, com destaque para as ciências físicas e biológicas e para as disciplinas profissionalizantes, sem ênfase ao ensino das ciências sociais. Essa lei promoveu uma reformulação no currículo da enfermagem e estipulou 36 meses para os cursos de enfermagem e 18 meses para o auxiliar de enfermagem.

Na década de 50, a saúde pública perde cada vez mais sua importância, cedendo lugar para a assistência individualizada e curativa, influenciada fortemente pela tecnologia das indústrias produtoras de equipamentos hospitalares e produtos farmacêuticos. Expande-se o atendimento hospitalar privado que toma caráter de empresa médica. A enfermagem preocupa-se em organizar os princípios científicos que devem nortear a sua prática. É editado no Brasil, encabeçado por educadores norte-americanos, pela primeira vez, o livro "Princípios Científicos Aplicados na Enfermagem" com ênfase no conhecimento científico, principalmente de ciências sociais, físicas e biológicas. A enfermagem nesta época, preocupa-se com a organização dos serviços de saúde e melhoria do ensino de

acordo com os princípios científicos da administração (MAIA & ALVAREZ, 1986).

A divisão do trabalho na enfermagem é marcante e assume as características da divisão social do trabalho típica do mercado capitalista de produção, onde o trabalho é parcelado e o trabalhador de enfermagem não tem controle do produto final de seu trabalho, que é a assistência de enfermagem. O enfermeiro se distancia cada vez mais do paciente/cliente, ocupando cargos de chefia, gerenciando as ações de enfermagem e acirrando os conflitos entre enfermeiro e os demais trabalhadores da enfermagem (MAIA & ALVAREZ, 1986).

"Nesta década, porém, pela falta de pessoal para trabalhar na enfermagem e numa perspectiva de qualificar esta mão-de-obra, surgiu um trabalho da ABEn para criação de cursos de auxiliares de enfermagem que viessem ao encontro da política educacional da época, que orientava a formação de pessoal de nível técnico através da "Lei de Diretrizes e Bases da Educação" (MAIA & ALVAREZ, 1986). Expandem-se os cursos de auxiliares de enfermagem e se iniciam as discussões sobre a formação do técnico de enfermagem.

"A ideologia de enfermagem desde sua origem e em particular a de Ana Neri para os brasileiros, significa abnegação, obediência, dedicação, isso marca profundamente a profissão da enfermagem. O enfermeiro tem que ser alguém disciplinado, obediente, alguém que não exerça a crítica social, porém console e socorra vítimas da sociedade" (MAIA & ALVAREZ, 1986).

Há em todo o Brasil, no final da década de 50, 39 escolas de enfermagem e 67 cursos de auxiliar de enfermagem. Por outro lado, se observa que 66% dos enfermeiros atuavam na rede de saúde pública nos anos 40, e 9,5% em hospitais. Em 1950 o quadro se inverte: 49,4% dos enfermeiros trabalham em hospitais e 17,2% no campo da saúde pública (MAIA & ALVAREZ, 1986).

A década de 60 é marcada profundamente pela passagem do modelo "populista" para um regime autoritário implantado em 64 com um golpe militar, onde o estado intervém na saúde, unifica os institutos num só organismo previdenciário — INPS e a "orientação nacional de saúde é o privilegiamento da prática médico-curativa, individual, especializada, em prejuízo das medidas de saúde pública de caráter preventivo e de interesse da coletividade" (SILVA & BARBOSA, 1986).

Surge nesta década o complexo médico-industrial empresas multinacionais de medicamentos e equipamentos hospitalares, trazendo reflexos nos programas de saúde, principalmente pós 64, quando a medicina e a enfermagem curativa consomem medicamentos e equipamentos industriais, favorecendo o desenvolvimento destas empresas e o comércio da saúde. Paralelamente à expansão industrial, há um agravamento das condições de vida e da saúde da população. Neste período, o enfermeiro começou a especializar-se, sobretudo na área curativa e administrativa. Há grande preocupação no que diz respeito à formação e há também

um aumento considerável de escolas de enfermagem (nível superior e de auxiliar) (SILVA & BARBOSA, 1986).

Na década de 70, o agravamento das condições de vida e saúde da população é ainda maior, exemplo disso é a epidemia de meningite de 1974. O modelo de saúde é curativo, privatista e hospitalar, o que se mantém até hoje. Nesta década “surgem críticas a esse modelo e discute-se na América Latina a política de extensão de cobertura como forma de atender a população carente e desassistida, contribuindo para o alívio das tensões sociais geradas pelo Estado autoritário e discriminador” (SILVA & TURRISI, 1986).

O Estado fez um rearranjo no setor saúde; “em 1975, promulga a Lei do Sistema Nacional de Saúde, dividindo o encargo das ações preventivas para o Ministério da Saúde e das ações curativas para o Ministério da Previdência”. As reformas administrativas, “visando racionalizar os serviços e diminuir os gastos crescentes com a atenção médica, favoreceram, sem dúvida a produção privada dos serviços de saúde, sobretudo nas áreas mais urbanizadas e industrializadas do país” (SILVA & TURRISI, 1986). Nesta época, 80% do pessoal de enfermagem estava na rede hospitalar, “predominando a utilização de profissionais e ocupacionais de enfermagem preparados em diferentes graus de escolaridade e, até mesmo sem treinamento formal, caracterizando, assim, uma prática heterogênea da enfermagem no país”.

Também é nesta década que a enfermagem começa a questionar, indagar, refletir e criticar a prática no nosso país. Até então, a enfermagem desempenhava passivamente seu papel de executora das políticas de saúde vigentes.

No final dos anos 70 e início de 1980, reabre no Brasil o debate no setor saúde. Com o agravamento das condições de vida da população, mais pobreza e conseqüentemente uma piora nas condições de saúde do povo brasileiro, surgem novas propostas de reorganização do setor saúde como o PREV-SAÚDE, modificado várias vezes e arquivado por força das pressões das empresas médicas e das grandes indústrias de equipamentos e medicamentos, bem como pela pressão da Associação Médica Brasileira, pois esta proposta continua característica estatizantes, estendendo a cobertura de saúde a toda população (PIRES, 1986a).

“A organização dos trabalhadores urbanos e rurais após 1978 e das entidades do setor saúde, nos anos 80, têm pressionado o governo no sentido de priorizar as políticas sociais, de universalizar a assistência de saúde, de participar das decisões para o setor e atender as reivindicações trabalhistas dos trabalhadores da saúde. O debate está em curso, mas fundamentalmente o modelo curativo, individual, privativo e hospitalar é, até hoje, a essência da organização de saúde no país” (PIRES, 1986a).

Propostas de reordenação do setor saúde, após o PREV-SAÚDE, continuam a surgir, e em 1982 “o conselho consultivo da administração previdenciária — CO-

NASP, elabora um plano de reorganização da previdência usando algumas das idéias contidas no PREV-SAÚDE, mas mantém intocável o setor privado” (PIRES, 1986a). O plano CONASP desdobra-se nas ações integradas de saúde — AIS. Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com participação das entidades do setor saúde e dos trabalhadores em geral, onde é aprovada a criação de um sistema único de saúde, regionalizado, hierarquizado, igualitário e de acesso universal a toda população com estatização progressiva.

Cria-se, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com representação majoritária do governo e com representantes das entidades do setor saúde e dos trabalhadores em geral, tendo como tarefa fundamental o encaminhamento das resoluções da 8ª Conferência.

A comissão encerrou os seus trabalhos em maio de 87 e elaborou dois documentos: um de emenda a Constituinte e outro na forma de lei complementar. No entanto constatou-se que a Comissão Nacional de Reforma Sanitária desrespeitou as deliberações da plenária da 8ª Conferência, inscrevendo nos dois documentos, princípios que garantem a continuidade do atual sistema de manutenção do repasse de verbas públicas para o setor privado. Faz-se necessário dizer que muitas entidades representativas do setor saúde e dos trabalhadores em geral, que participaram da Comissão, não concordaram com tais documentos, entre elas a ABEn e, criaram em Brasília, no dia 13/05/87, um Fórum Nacional de Entidades e Partidos Políticos para defender os princípios de um sistema único, público, estatizado e de acesso universal e igualitário a toda população e, de obrigação do Estado em garantir as condições de vida necessárias para a população ter saúde.

Fica claro que não há interesse do governo em mudanças significativas no setor saúde, pois desrespeita as definições da 8ª Conferência e acata as pressões das empresas do setor saúde que só têm um objetivo: lucrar cada vez mais com a doença do povo.

3.2 A Divisão Social do Trabalho na Enfermagem

“A Enfermagem é exercida por profissionais com formação universitária que são os enfermeiros, por profissionais de nível médio e elementar que são os técnicos e auxiliares de enfermagem e a maior parcela da assistência é prestada pelos atendentes de enfermagem que não têm qualquer instrução formal. Essa diversidade de categorias que exerce a profissão, desenvolvendo ações diferenciadas, percebem salários diferenciados e têm articulações sociais diferenciadas. Aos enfermeiros tem cabido a esfera do saber e ao pessoal auxiliar de enfermagem o fazer... O trabalho da enfermagem é organizado, na hierarquia rígida tanto internamente: subordinação do enfermeiro ao médico na equipe de saúde, à administração da instituição ao nível

organizacional e às políticas de saúde ao nível social” (PIRES, 1986b).

Além de deter o saber, os enfermeiros exercem a gerência das ações de enfermagem que são executadas de forma parcelar pelas demais categorias, as quais não têm controle sobre o processo de produção nem sobre o produto final do seu trabalho, podendo levar a um processo de alienação e a não participação nas lutas da categoria.

Cabe aqui algumas considerações sobre o processo de trabalho e sobre o processo de trabalho da enfermagem.

“No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo estingue-se ao concluir-se o produto” (MARX, 1982). O processo do trabalho da enfermagem tem como finalidade a ação terapêutica de enfermagem, como objeto de trabalho — o indivíduo que precisa de cuidado; como instrumental — o saber de enfermagem (princípios científicos e teorias de enfermagem) corporificado nas técnicas e nas metodologias assistenciais; como produto final do trabalho — um serviço prestado. Sendo os meios de trabalho entendidos como instrumentos que permitem a apropriação do objeto e possibilitam transformá-lo, podem ser entendidos em duas dimensões:

— Dimensão intelectual do trabalho, que não interfere na natureza do objeto e apenas na consciência que o trabalhador toma dele;

— Dimensão manual do trabalho, que possibilita a transformação efetiva do objeto (PIRES, 1986b).

Estas duas dimensões existentes no trabalho da enfermagem determinam e explicam a situação de conflito encontrada na categoria, já que o saber e o fazer, ou seja, o trabalho intelectual e o manual têm cabido a indivíduos distintos, provocando desigualdades de valorização social e acirrando os conflitos existentes na equipe de enfermagem.

4 A LEGISLAÇÃO E A NECESSIDADE DE PROFISSIONALIZAÇÃO

A prática organizada de uma categoria é que garante e assegura o seu espaço na sociedade. Há, porém, necessidade de uma legislação que atenda os interesses de uma profissão em todas as suas questões, sejam elas profissionais, trabalhistas ou de organização, para que esta prática seja legitimada em toda sua totalidade.

Com sua prática, a enfermagem contribui para a manutenção da exploração do capital sobre o trabalho, respondendo aos interesses do modo de produção vigente, pois atua recuperando a força de trabalho e devolvendo o trabalhador o mais rápido possível à produção. A esta situação alia-se a exploração a que os trabalhadores de enfermagem estão submetidos. Se a

“lógica dos patrões é a produção para o lucro, a lógica dos trabalhadores é a produção para o salário, para poder comer” (MINAYO, 1987). É importante então, analisar a problemática da profissão sobre estes dois prismas: o que representa o papel no processo assistencial e as relações de trabalho no exercício da prática da enfermagem contados os riscos a que está sujeita.

Levando-se em consideração a questão da insalubridade, sabe-se que é inerente ao processo de trabalho na enfermagem. “No entanto, apesar de estar estabelecido o direito ao adicional na própria legislação trabalhista, apenas através das lutas e dos movimentos” é que tem sido conquistada (MINAYO, 1987).

A enfermagem tem enfrentado problemas cruciais em relação a sua legislação, problemas estes ligados intimamente às questões de profissionalização.

Até junho de 1987, o exercício da enfermagem era regulamentado pela Lei nº 2604/55 e Decreto nº 50.381/61, determinando que podia exercer a enfermagem no território nacional os portadores de títulos de enfermeiro, obstetrix, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático, prático de enfermagem, e parteira prática. Porém, o que se observa na prática, é que além das categorias amparadas pela lei, há outras categorias exercendo enfermagem, como é o caso dos atendentes de enfermagem, entre outros.

Com relação ao técnico de enfermagem, o que se verificava é que existia legislação que permitia a sua formação (Lei nº 5.692/71), porém não havia lei correspondente que permitisse ou que autorizasse o exercício de sua atividade. Esta categoria possui regulamentação quanto aos cursos, tem seu registro e inscrições aceitos pelo COFEn e COREn e nem sempre pode ser admitida nas instituições de saúde como tal, já que não possuía legislação específica quanto ao exercício ocupacional (SAUPE et alii, 1986).

Isto significa que na prática o técnico de enfermagem não podia ser admitido como técnico de enfermagem nas instituições públicas federais, estaduais e municipais, demonstrando desta forma uma total incoerência de um país que permite formar uma categoria, porém não lhe permite o exercício profissional.

O que se pode afirmar acerca dos atendentes de enfermagem, é que apesar de não serem contemplados com sua inclusão legal entre as categorias de enfermagem, sua existência de fato não pode ser ignorada, uma vez que constituem a esmagadora maioria dos que praticam enfermagem em nosso país, englobando cerca de 70% do pessoal da equipe de enfermagem. Apesar disso não são preparados pelo sistema formal de ensino e não têm o exercício profissional regulamentado pelo COFEn (CIETTO, 1966).

Em função do exposto acima, torna-se evidente que a legislação brasileira, com relação à enfermagem, não atende os anseios da categoria. Acredita-se que parte desta problemática está em vias de ser solucionada com a nova lei do exercício profissional, uma vez que foi aprovada a Lei nº 7498, em junho de 1986. Es-

ta lei, apesar dos vetos que sofreu (13 artigos e 04 alíneas), foi uma luta de mais de 10 anos da enfermagem brasileira. Só que não basta a aprovação da lei, é necessário a sua regulamentação. Neste sentido, em outubro de 1986, o COFEn encaminhou ao Ministério do Trabalho uma proposta de regulamentação.

O COFEn manteve na sua proposta de regulamentação, questões inicialmente vetadas na lei do exercício, por considerar estas importantes na defesa do exercício e da assistência de enfermagem nas instituições.

Recentemente, em junho de 1987, a lei foi regulamentada com o nº 94406/87. O anteprojeto de regulamentação permaneceu na Casa Civil da Presidência da República, por vários meses, e apesar dos esforços da Comissão de Legislação da ABEn-Nacional para obter a versão da regulamentação que seria apreciada pelo governo, não foi possível, pois o Governo argumentava que o documento era confidencial e sigiloso. Apesar da regulamentação da Lei nº 7498/86, torna-se necessário e urgente definir o que a enfermagem deseja para si, interna e externamente à profissão. Nesta 15ª Jornada Catarinense de Enfermagem, através do tema central, almeja-se levantar alguns questionamentos relativos ao momento que o país e a enfermagem vivem, e tentar traçar caminhos a esta problemática específica da profissionalização da enfermagem.

Analisando-se a crise no mercado de trabalho, observa-se a redução drástica da oferta de empregos para pessoal qualificado, juntamente com a deteriorização das condições de trabalho e do poder aquisitivo da categoria. "Constata-se que ao nível do mercado, a enfermagem não é identificada como uma profissão, mas sim como força de trabalho assalariada que executa parcelas simples do processo produtivo" (VIEIRA & SILVA, 1982). Além disso, os profissionais são formados para atender um mercado de trabalho que privilegia a área hospitalar, curativa e empresarial, área esta que está sob o domínio da rede privada, porém mantida pelos recursos da previdência social, e portanto, pelos trabalhadores. Estes são alguns dos motivos pelos quais há uma acentuada absorção de atendentes, mão-de-obra não qualificada e de baixo custo e a visível perda de espaço dos profissionais da equipe de enfermagem que possuem formação e qualificação para exercer a enfermagem.

Frente a tal realidade, deve-se questionar como reverter este quadro. Acredita-se que é através do repensar a prática, e portanto, também a formação. Torna-se "necessária a formação de recursos humanos que dominem de forma ampla, crítica e criativa, o conhecimento e tecnologia disponíveis para o ataque racional aos problemas" reais da população. Deve-se, também, "estabelecer um perfil de profissionais a partir dos problemas de saúde mais prevalentes e significativos" (GARRAFA, 1983). E no dizer de POSSA (1978) seria necessário que os currículos estivessem sempre se adaptando às exigências da saúde da comunidade, sendo que a base do ensino seria o trinômio Alu-

no-Paciente-Comunidade, deixando para trás o velho binômio Aluno-Professor".

Em relação à prática, LORENZETTI et alii (1983) coloca que "a ausência de uma definição por parte da enfermagem de um compromisso próprio claro e sólido com as necessidades de saúde da população é a questão central da prática de enfermagem, e tem conferindo-lhe algumas características tais como: caráter auxiliar, falta de autonomia e de identidade profissional".

Sendo os atendentes categoria não amparada em lei e não preparada pelo sistema formal de ensino, o que se pretende defender é a sua profissionalização. Já na década de 60, era proposta a profissionalização do atendente. CIETTO (1966) atento ao grave problema, propunha um estudo mais amplo e profundo para esta grande maioria dos exercentes da enfermagem em nosso país. Dizia o autor: "os atendentes não podem continuar na situação irregular de profissionais de fato, isentos de qualquer regulamentação numa ampla e paradoxal liberdade, quando todos os profissionais de fato e de direito submetem-se às normas legais reguladoras do ensino e do exercício profissional". A solução proposta por este autor é a regulamentação do exercício da atividade, com delimitação de funções e adequada formação profissional, um nível elementar, no próprio local de trabalho e enquadramento legal da subcategoria dentro da categoria profissional de enfermagem.

Ao pensar-se em profissionalização, deve-se considerar a própria divisão do trabalho na enfermagem, como uma "equipe" de trabalho, em que cada elemento tem uma atribuição diversa. Entende-se, então, a profissionalização "como um momento no processo de formação da consciência, tendo este processo uma dimensão subjetiva, de interpretação das manifestações da luta de classes e uma dimensão objetiva que se reflete no caráter das organizações construídas no processo de lutas" (GOMEZ, 1987). A questão da profissionalização, ultrapassa, portanto, as instâncias da formação técnica.

Ao defender-se profissionalização, pretende-se trabalhar na perspectiva de modificação da atual divisão social do trabalho na enfermagem, pois acredita-se que este seja um passo a mais na busca de alteração da prática opressora existente nas instituições e adotada, consequentemente, pelos profissionais da enfermagem.

E como transformar esta prática? Pensa-se que é através do questionamento diário das questões de enfrentamento que ocorrem dentro da própria equipe. Além disso, através do compromisso e prática profissional adotada por cada um, pois está na hora de se posicionar junto à população e romper com a atual estrutura vigente. A profissionalização, além de garantir conhecimentos técnicos necessários ao exercício da profissão, oportuniza melhores salários devido a qualificação, bem como, refletirá na qualidade da assistência prestada. Tem-se, portanto, na profissionalização,

a maneira de redimensionar a prática. Acredita-se, então, que a profissionalização na enfermagem é uma necessidade social.

Em função de toda a problemática da questão da profissionalização, é necessário e urgente traçarmos alguns encaminhamentos, entre os quais destacamos:

— Buscar em conjunto com entidades de enfermagem (COREns/Sindicatos) a elaboração de um Plano Estadual de Profissionalização do atendente de enfermagem, para o qual sugerem-se quatro estratégias: realização de exames supletivos de formação de auxiliar de enfermagem; organização de cursos supletivos de formação de auxiliar de enfermagem; implantação do projeto larga escala em Santa Catarina; ampliação dos cursos regulares de auxiliar de enfermagem, preferencialmente localizados nas diversas regiões do estado.

— Lutar pelo encaminhamento de um novo anteprojeto de lei ao Congresso Nacional, unitário da Enfermagem, que contemple outras questões trabalhistas não englobadas na Lei 7498/86, tais como piso salarial, jornada de trabalho, garantia de emprego, entre outras;

— Integrar-se na perspectiva aberta pela Comissão de Legislação da ABEn Nacional que pretende elaborar um Plano Nacional de Profissionalização dos Atendentes;

— Propor um Seminário Nacional a respeito da lei do exercício profissional e sua regulamentação, à comissão de legislação da ABEn Nacional;

— Enfim, lutar para que a enfermagem encontre, na sua prática, os caminhos para efetivar o que realmente deseja.

5 CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho, procurou-se evidenciar o processo através do qual o sistema vigente impõe à classe assalariada, uma desqualificação profissional e rebaixamento dos seus salários. Na enfermagem, esta situação tem graves reflexos na qualidade da assistência prestada e na condição de vida do próprio trabalhador da saúde.

Importante destacar que o esforço de profissionalização da enfermagem aqui entendida como formação, e principalmente do atendente de enfermagem, é um dos passos necessários à modificação da atual situação mas que, se não for conjugada com uma constante reflexão do dia-a-dia, aliada à luta conjunta de toda a categoria, certamente conseguiremos muito pouco.

Vale ainda destacar que a conquista de uma legislação do exercício da enfermagem não é condição suficiente à garantia da autonomia profissional, haja visto, as inúmeras leis existentes e que simplesmente são ignoradas.

Esta 15ª Jornada Catarinense de Enfermagem, apresenta-se como o marco inicial e momento propício para a soma de esforços em busca das transformações tão necessárias e esperadas.

Esperamos que toda a categoria tome em suas mãos o seu destino, deixando de ser agentes passivos e construindo a sua própria história.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 CIETTO, L. Profissionalização do atendente de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Rio de Janeiro, 19:449-54, 1966.
- 2 FRIEDEMANN, G. S. & NAVILLE, P. *Tratado da sociologia do trabalho*. São Paulo, Cultrix, 1973.
- 3 GARRAFA, V. *Contra o monopólio da saúde*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983.
- 4 GOMEZ, C. M. A formação do trabalhador em construção. In: *OPERÁRIO em Construção*. Fase. Rio de Janeiro, Proposta nº 33, 1987.
- 5 LORENZETTI, J. et alii. *Realidade e perspectiva da Enfermagem em Santa Catarina*. Florianópolis, ABEn-SC, 1983. Tema Central do III ENFSUL. mimeogr.
- 6 MAIA, A. R. C. R. & ALVAREZ, A. M. *Retrospectiva histórica filosófica da Enfermagem brasileira no contexto social na década de 50*. Florianópolis, UFSC, Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Trabalho apresentado à disciplina: Fundamentos Históricos, Profissionais, Filosóficos e Teóricos do Ensino da Assistência da Enfermagem. 1986. mimeogr.
- 7 MARX, K. *O capital. Crítica da economia política*. 8. ed. São Paulo, Difel, 1982. Liv. 1. V. 1.
- 8 MINAYO, M. C. Olhando através dos andaimes e tapumes. In: *OPERÁRIO em Construção*. Fase. Rio de Janeiro, Proposta nº 33, 1987.
- 9 PAIXÃO, W. *História da Enfermagem*. Rio de Janeiro, Júlio Reis, 1980.
- 10 PIRES, D. *A Enfermagem dos anos 20 e 30 ano Brasil*. Florianópolis, UFSC, Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Trabalho apresentado à disciplina: Fundamentos Históricos, Profissionais, Filosóficos e Teóricos do Ensino e da Assistência de Enfermagem. mar. 1986a. mimeogr.
- 11 ———. *O saber e a prática institucional de saúde no Brasil no século XX e suas modificações com a emergência da medicina e de Enfermagem*. Florianópolis, UFSC. Curso de Pós-graduação. Projeto de dissertação para obtenção do grau de mestre em Ciências Sociais. 1986b. mimeogr.
- 12 POSSA, P. E. M. et alii. Papel do currículo da faculdade de medicina da UFMG: suas relações com a medicina comunitária. *PH 7,1*: 48, 1978.
- 13 SAUPE, R. et alii. *Manual do auxiliar de Enfermagem*. Florianópolis, Secretaria de Educação. 1986. V. 1.
- 14 SILVA, D. G. V. & TURRISI, G. H. *Retrospectiva histórica filosófica da Enfermagem brasileira na década de 70*. Florianópolis, UFSC. Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Trabalho apresentado à disciplina: Fundamentos Históricos, Profissionais, Filosóficos e Teóricos do Ensino da Assistência de Enfermagem. mar. 1986. mimeogr.
- 15 SILVA, S. V. P. & BARBOSA, A. *Retrospectiva histórica filosófica da Enfermagem brasileira no contexto social na década de 60*. Florianópolis, UFSC. Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Trabalho apresentado à disciplina: Fundamentos Históricos, Profissionais, Filosóficos e Teóricos do Ensino da Assistência da Enfermagem. mar. 1986. mimeogr.
- 16 SOARES, V. M. N. & KIRCHOF, A. L. C. *Retrospectiva histórica filosófica da Enfermagem no contexto social na década de 40*. Florianópolis, UFSC. Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Trabalho apresentado à disciplina: Fundamentos Históricos, Profissionais, Filosóficos e Teóricos do Ensino da Assistência de Enfermagem. mar. 1986. mimeogr.
- 17 VIEIRA, T. T. & SILVA, A. L. C. Recursos humanos na área da Enfermagem — adequação da formação à utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34. Porto Alegre, 24-29 out. 1982. *Anais...* Porto Alegre, ABEn, 1982. p. 61-77.