

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

O PROFISSIONALISMO DE ENFERMEIROS DE QUATRO
HOSPITAIS GERAIS DE FLORIANÓPOLIS - SC

Por

Cleusa Rios Martins

Florianópolis - SC

1985

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA SAÚDE DO ADULTO

D I S S E R T A Ç Ã O

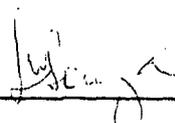
TÍTULO: O PROFISSIONALISMO DE ENFERMEIROS DE QUATRO HOSPITAIS
GERAIS DE FLORIANÓPOLIS-SC.

Submetida a Banca Examinadora para obtenção do grau de
MESTRE EM ENFERMAGEM

Por

CLEUSA RIOS MARTINS

APROVADA EM 24 de junho de 1985



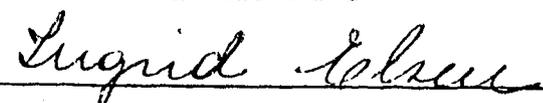
Dra. Maria de Lourdes de Souza

Presidente



Dra. Eunice Xavier de Lima

Examinador



Dra. Ingrid Elsen

Examinador

Este trabalho foi financiado parcialmente pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do Programa de bolsa no País, desenvolvido sob a orientação da Professora Dra. Maria de Lourdes de Souza, do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria de Lourdes de Souza, do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo seu despreendimento e orientação amiga, segura e encorajadora, qualidades inerentes à arte de educar.

À Enfermeira Rita de Cássia Hienzen de Almeida Coelho, Coordenadora de Enfermagem da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, pela compreensão e atenção.

À Enfermeira Maria Anice da Silva Cardoso, do Hospital Governador Celso Ramos, cuja colaboração permitiu nossa dedicação exclusiva à etapa final deste trabalho, agradecimentos que estendo aos demais enfermeiros dessa entidade pelo incentivo amigo.

À Enfermeira Tereza Meiga Pinto, do Departamento de Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo apoio e exemplo que nunca me faltaram e pelas valiosas sugestões.

Aos enfermeiros Beatriz Beduski Capella, Dra. Eloita Pereira Neves, Jorge Lorenzetti, Lidvina Horr, Lydia Ignes Rossi e Marisa Monticelli, do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pela prestimosa colaboração no trabalho de validação do instrumento.

À Dra. Lúcia Takase Gonçalves, pela atenção e disponibilidade, quando Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área Saúde do Adulto, Centro de Ciências da Saúde, da Uni

versidade Federal de Santa Catarina.

À Professora Sílvia Nassar Dau, do Departamento de Ciências Estatísticas e da Computação da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo empenho no tratamento estatístico dos dados e todas as valiosas sugestões.

Aos enfermeiros responsáveis pelos serviços de Enfermagem das instituições estudadas pelo auxílio decisivo na coleta de dados.

Ao Professor Felício W. Margotti, do Departamento de Língua e Literatura Vernáculas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela revisão dos manuscritos.

Ao Professor Doutor Rogério Henrique Hildebrand da Silva, do Departamento de Estomatologia da Universidade Federal de Santa Catarina, pela revisão e correção do Abstract.

Ao Sr. João Inácio Müller, pelo esmerado serviço de datilografia.

A Vanda Elsen, pela valiosa colaboração na versão dos textos em Inglês.

A Isolde Melchioreto, Bibliotecária da Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina, pela revisão e correção das referências bibliográficas.

A todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho e meu exercício de aprendizagem, meu reconhecimento.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO	1
1.1. Objetivo	7
1.2. Definição de Termos	7
1.3. Suporte Teórico	9

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1. Alguns Aspectos Teóricos sobre Profissionalismo..	12
2.2. Estudo que Utilizou o Inventário Profissional de Hall	18
2.3. Estudos sobre a Questão Associativa do Enfermeiro	19
2.4. Alguns Aspectos Históricos sobre as Entidades de Classe	25
2.4.1. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).	25
2.4.2. Associação Profissional e Sindicato	27
2.4.3. Conselho Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN e CORENs)	29

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA	32
3.1. Tipo de Estudo	33
3.2. Local de Estudo	33
3.3. População Alvo	34
3.4. Instrumento para Coleta de Dados	34
3.4.1. Procedimentos para Aperfeiçoamento do Instrumento de Coleta de Dados	37

3.4.2. Validação Aparente e de Conteúdo	38
3.4.3. Estudo Piloto	39
3.4.4. Confiabilidade do Instrumento	40
3.5. Procedimentos	42
3.5.1. Coleta de Dados	42
3.5.2. Forma de Apresentação dos Resultados	42
3.5.3. Análise dos Dados	43

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E COMENTÁRIOS	44
4.1. Dados Descritivos dos Sujeitos	45
4.1.1. Idade	45
4.1.2. Estado Civil	47
4.1.3. Tempo de Sócio da ABEn	47
4.1.4. Área de Trabalho no Hospital	48
4.1.5. Tempo de Inscrição no COREN	50
4.1.6. Tempo de Efetivo Exercício Profissional	51
4.1.7. Tempo de Serviço no Emprego Atual	52
4.1.8. Número de Salários Mínimos Percebidos Mensal- mente	53
4.1.9. Tempo de Graduação como Enfermeiro	54
4.2. Profissionalismo	56
4.2.1. Crença na Auto Regulamentação	56
4.2.2. Vocação para a Prática	63
4.2.3. Sentimento de Autonomia	67
4.2.4. Uso da Organização Profissional como Referên- cia Principal	74
4.2.5. Crença no Serviço para o Público	75
4.3. Relação das Variáveis Características dos Sujeitos com o Profissionalismo	78

CAPÍTULO 5

RESUMO DOS RESULTADOS - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES, CONTRIBUIÇÃO, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	91
5.1. Resumo dos Resultados	92
5.1.1. Com Relação às Características dos Sujeitos	92
5.1.2. Em Relação ao Profissionalismo	92
5.2. Conclusões	94
5.3. Limitações	96
5.4. Contribuição	97
5.5. Implicações para a Prática e para o Ensino da Enfermagem	98
5.6. Recomendações	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

ANEXOS

1. Guia para Validação do Instrumento e Forma 1 do MPE.	107
2. Guia para Validação do Instrumento e Forma 2 do MPE.	115
3. MPE - Forma 3 e Carta de Apresentação do MPE.....	124
4. Cronograma de Comparecimento do Pesquisador as Instituições Hospitalares	130
5. Hall's Professional Inventory	131
6. Quadro da 1ª Validação do Instrumento do MPE	133
7. Quadro da 2ª Validação do Instrumento do MPE	134

RESUMO

Este é um estudo exploratório descritivo, cujo objetivo foi identificar o profissionalismo de enfermeiros que trabalham nos hospitais gerais de Florianópolis. O profissionalismo foi avaliado com base no Inventário Profissional de Hall, que abrange cinco componentes atitudinais, que são: uso da organização profissional como referência principal; crença no serviço para o público; crença na auto-regulamentação; senso de vocação para a prática e sentimento de autonomia.

Foi desenvolvido um instrumento denominado Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros (MPE), a partir das cinco subescalas do Modelo de Hall e, para tanto, procedeu-se a versão dos itens para o português, com posterior exclusão ou inclusão de itens. Foi determinada a validação aparente e de conteúdo, por um grupo de seis peritos e a confiabilidade pelo método de consistência interna de cada subescala. Foram obtidos coeficientes alfa de 0,49; 0,08; 0,52; 0,33; 0,17, para as cinco subescalas, respectivamente.

A população de estudo foi composta por 79 enfermeiros e representa 82,3% dos 96 que trabalhavam nos quatro hospitais, por ocasião do estudo.

Os resultados obtidos permitiram evidenciar que das cinco subescalas utilizadas, as três que obtiveram maiores escores médios foram, respectivamente, crença no serviço para o público, uso da organização profissional como referência principal e autonomia. Não verificou-se relação estatisticamente significativa quando comparados escores médios do MPE, obtidos

pelos sujeitos estudados, segundo tempo de graduado, tempo de exercício profissional, renda mensal em salário mínimo, titulação acadêmica e afiliação a ABEn. Verificou-se, ao nível de significância de 0,05, quando comparado os escores médios do MPE obtidos dos sujeitos estudados por entidades mantenedoras e por hospital, diferença estatisticamente significativa somente na subescala três. Os escores médios obtidos nos sujeitos agrupados segundo o sexo, apresentaram diferença estatisticamente significativa na subescala cinco.

Uma das limitações do presente estudo é a baixa confiabilidade do instrumento, uma vez que todos os coeficientes alfa foram abaixo de 0,60 e, nas subescalas dois e cinco, abaixo de 0,30.

ABSTRACT

This is an exploratory and descriptive study carried out with the purpose of identifying the nurses professionalism in General Hospitals of Florianópolis. The professionalism was based on "Hall's Professional Inventory" which measures five attitudinal components, that are: using professional organization as major referent, belief in public service, belief in self regulation, sense of calling to the field and feeling of autonomy.

An instrument called "the Nurses Professionalism Model", translated and adapted to Portuguese was used. It was determined face and content validity by a group of experts and reliability through internal consistence of each subscale. Alfa coefficients of 0.49; 0.08; 0.52; 0.33; 0.17 were obtained for the five subscales respectively.

The studied population was composed by 79 nurses that represents 82.3% from the 96 nurses that were working in four hospitals at the time of this study.

The results obtained made evident that from the five subscales used, the 3 which obtained higher medium scores were, respectively, belief in public service, using professional organization as major referent and feeling of autonomy. There was no significant relationship between medium scores of "Nurses Professionalism Model" obtained by the subjects studied, according the time of graduation, the time of professional exercise, monthly income, the academic title and affiliation to ABEn. At a significant level of 0.05 was

verified statistically significant difference only on subscale 3, when were compared the medium scores of the MPE obtained by the subjects studied, according the maintainer entities and hospitals. The medium scores obtained by the subjects grouped according to sex, showed statistically significant difference on subscale 5.

One of the limitations of this study is the lower reliability of the instrument, because all the alfa coefficients were under 0.60 and under 0.30 in subscales 2 and 5.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

As profissões surgem no seio da sociedade com a realização de tarefas ou de atividades que vão ao encontro de alguma necessidade social. Através de sucessivos movimentos de organização, a questão do trabalho ou da resposta à sociedade vai sendo aperfeiçoada e sustentando-se no conhecimento que aos poucos vai sendo incorporado. Trabalho e conhecimento são, portanto, fatores interdependentes na sociedade em que se inserem.

À medida que a sociedade vai validando a atuação daquele grupo, seja por absorção da atividade no mercado, seja pela aplicação de conhecimento para aprová-la ou rejeitá-la, ou ainda, para lhe conferir denominações, acaba-se por representar a questão social da ocupação e a ação socializadora sobre a mesma, transformando-a em profissão.

Várias têm sido as formas de surgir na sociedade uma ocupação e de transformação da mesma em profissão. A enfermagem, assim como as demais profissões, tem uma história própria e que tem sido objeto de estudos sob vários aspectos.

A atual posição da enfermagem como profissão no mundo teve berço na Inglaterra, em 1860, com a fundação da escola de enfermeiros no Hospital São Tomás, sob orientação de Florence Nightingale (PAIXÃO, 1979; CARVALHO, 1976; ALMEIDA, 1981; e BURINI 1976).

Historicamente na organização da enfermagem, vê-se que as características da profissão revolvem em torno do modelo profissional. Este modelo consiste em uma série de qualidades que são importantes e que distinguem a profissão de outras ocupações. Estas qualidades são caracterizadas como parte da estrutura da ocupação, (conhecimento geral e requisitos de admissão), postura (atitude), senso de vocação para a prática, e até que ponto usa o parceiro como referência principal (HALL, 1968).

Wilenski (1964), citado por HALL (1968), estudou o lado estrutural do modelo profissional e observou que as ocupações passam por estágios: criação de uma ocupação com horário integral (envolve a realização de funções que já eram feitas antes ou com uma adaptação para as necessidades da sociedade), estabelecimento de escolas (com campo para treinar), formação de código de ética (preocupação das relações entre os trabalhadores entre si e com os clientes, reforçadas pelas associações profissionais e pelas leis).

A necessidade da profissão se afirmar como ente na sociedade, com o intento de receber o seu reconhecimento, faz com que os profissionais se agrupem, se organizem em associações, como a de enfermagem, com o propósito de clarear seu direcionamento profissional.

As associações profissionais, segundo Strauss (1963), citado por MONNIG (1978) e Moore (1974), referido por STUART (1981), visam o status profissional, e a obtenção do mesmo requer habilidade, autonomia, compromisso e responsabilidade.

As associações profissionais objetivam, ainda, através da organização interna da profissão, atingir fins comuns, tanto de controle intra como extra profissional (MERTON, 1960).

As associações profissionais estão baseadas no princípio da ação coletiva, segundo o qual as pessoas alcançam mais facilmente suas metas quando atuam como grupo do que quando individualmente.

As associações profissionais têm a dupla função de manter uma alta qualidade de serviço para seus clientes e de proteger os interesses econômicos e sociais de seus membros.

A habilidade de uma profissão para alcançar seus objetivos depende da força coletiva de seus membros, expressada através das ações de sua associação profissional.

Na enfermagem, a questão associativa, segundo os documentos consultados, provavelmente tem sua origem em 1887, na Inglaterra, com o surgimento da Associação Inglesa de Enfermeiros e do Conselho Internacional de Enfermeiros.

No Brasil, a Associação de Enfermagem foi criada em 1926 pelas primeiras enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermagem Ana Neri, no Rio de Janeiro, com o nome de Associação Nacional de Enfermeiros Diplomados Brasileiros (ANEDB), passando depois à Associação Brasileira de Enfermeiros Diplomados (ABED) e, por último, passou a se denominar Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (CARVALHO, 1979; BURINI, 1976 e PAIXÃO, 1976).

Embora a primeira associação date da década de vinte, a participação dos enfermeiros ainda é bastante limitada, ha-

ja vista inúmeros trabalhos apresentados em Congressos que tratam especialmente do número reduzido de sócios da ABEn em relação ao número de enfermeiros existente no Brasil. Exemplo disto é a citação de IMPERIAL (1970) de que "os enfermeiros não têm participação efetiva na vida associativa". No entanto, para NORONHA e col. (1983), "a participação do enfermeiro nas associações profissionais tem uma importância relevante para o desempenho de seu compromisso como elemento atuante no contexto sócio-cultural do país. Esta participação representa um elo gerador de condições capazes de proporcionar coesão, enriquecimento científico-cultural e estabelecimento de ideais coletivos".

Além da ABEn, outra entidade que congrega os enfermeiros com afiliação voluntária é a ABEE (Associação Brasileira de Educação de Enfermagem), sociedade de caráter técnico-científico-cultural, de âmbito nacional, fundada em 1975, com finalidade de desenvolvimento da educação em enfermagem. Para ser inscrito como associado basta ser entidade ou pessoa interessada na educação em enfermagem, não apenas enfermeiros e obstetrizes.

Como órgão disciplinador do exercício profissional de enfermagem, no Brasil, foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN e CORENs) sancionados pela Lei 3.905 de 12 de julho de 1973 (CARVALHO, 1976). Mas, o registro no Conselho é de caráter obrigatório ao enfermeiro, enquanto que a participação nos demais tipos de entidades associativas de enfermagem é de escolha e de interesse particular de cada profissional.

Exemplo de outras entidades associativas, são as associações profissionais de enfermeiros que têm como finalidade precípua a organização de grupos de trabalho profissional com vistas à criação de sindicatos.

Registrou-se, segundo SILVA & COMINO (1983) que "em 11/08/71 a primeira Associação Profissional de Enfermeiros deu origem ao segundo Sindicato de Enfermeiros fundado neste País, em 22/08/77. O primeiro Sindicato de Enfermeiros havia sido criado no Estado do Rio Grande do Sul (10/04/76), mas o registro da Associação Profissional (1972) só ocorreu posteriormente ao do Ex-Estado da Guanabara.

"No Brasil, até 1983, existiam sete (7) associações profissionais desenvolvendo movimentos reivindicatórios e lutando pela conquista da carta sindical e cinco (5) entidades sindicais de enfermeiros localizadas no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Bahia, Distrito Federal e Ceará. Para estes autores os sindicatos são as entidades capazes de organizar a categoria e encaminhar os seus programas de luta para legitimar suas reivindicações."

O processo de organização da profissão, de suas lutas, com vistas a consolidar os seus direitos e obter respostas às suas reivindicações, em termos práticos, constituiu-se, no profissionalismo. O sentimento, a ideologia, a forma de organização profissional, constituem-se um impulsionador do desenvolvimento e/ou afirmação da profissão na sociedade.

É o profissionalismo, ou seja, a ideologia que move e reúne os esforços dos enfermeiros com vistas à promoção da profissão como tal, através do trabalho dos profissionais, seja em entidade de afiliação obrigatória ou não. O profissio-

nalismo é uma questão, aparentemente, muito abrangente, que ainda não está devidamente estudada, mas, de grande relevância para o aprimoramento da assistência a ser prestada à população. Isto ocorre porque, à medida em que a sociedade legitimar e legalizar a enfermagem em seu seio, ela poderá, além de compreendê-la, melhor utilizá-la. Assim, portanto, este trabalho visa a apreender o profissionalismo dos enfermeiros componentes do estudo, abordando a questão centrada em cinco aspectos: o uso da organização profissional como referência principal, crença no serviço para o público, crença na auto-regulamentação, sentimento de autonomia e vocação para a prática.

1.1. Objetivo

Identificar o profissionalismo, segundo a importância atribuída às variáveis do Inventário Profissional de Hall, dos enfermeiros que trabalham em Hospitais Gerais de Florianópolis.

1.2. Definição de Termos

Variáveis do Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros (MPE).

Definição teórica: são componentes atitudinais, ideologias e atividades associativas atribuídas ao Inventário Profissional, desenvolvido por Richard Hall.

Estes componentes atitudinais são definidos a seguir:

- 1) Uso de organização profissional como referência principal.

Definição teórica: constituído por organizações profissionais, formas de grupo de vivência profissional informal, como principais fontes de idéias para julgamento do trabalho profissional.

Definição operacional: respostas aos itens/questões 1, 6, 11, 16 e 21 do Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros (MPE) quantificados de acordo com a distribuição descrita no Anexo 2, forma 2 da página 119.

2) Crença no serviço para o público.

Definição teórica: a convicção de que a profissão é indispensável e absolutamente essencial para a sociedade.

Definição operacional: respostas aos itens/questões 2, 7, 12, 22 e 25 do Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros (MPE) quantificados de acordo com a distribuição descrita no Anexo 2, forma 2 da página 120.

3) Crença na auto-regulamentação.

Definição teórica: a opinião de que apenas os enfermeiros podem julgar seu próprio desempenho.

Definição operacional: respostas às questões, 3, 8, 13, 18, 24, 26, 29, 31 e 32 do Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros (MPE), quantificados de acordo com a distribuição descrita no Anexo 2, forma 2 da página 121.

4) Um senso de vocação para a prática.

Definição teórica: reflete a dedicação do profissional para o trabalho e para servir à sociedade acima de todos os outros fatores.

Definição operacional: respostas às questões 4, 9, 14, 19 e 27 do Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros (MPE), quantificados de acordo com a distribuição descrita no Anexo 2, forma 2 página 122.

5) Sentimento de autonomia

Definição teórica: a crença de que o profissional deveria ter o máximo de liberdade para agir sem constrangimento imposto por não profissionais ou organizações empregadoras.

Definição operacional: respostas às questões 5, 10, 15, 20, 23, 28 e 30 do Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros (MPE), quantificados de acordo com a distribuição descrita no Anexo 2, forma 2 página 123.

1.3. Suporte Teórico

O Inventário Profissional utilizado por MONNIG (1978), texto referência do presente estudo, foi criado nos Estados Unidos (USA) por HALL, na década de sessenta, para medir o profissionalismo entre pessoas de diferentes ocupações.

Sua medida, o Inventário Profissional, está em torno do modelo profissional. Este modelo inclui uma série de qualidades que são importantes, e que distinguem a profissão de outras ocupações. As qualidades do modelo são de dois tipos básicos: 1) características que fazem parte da estrutura da ocupação, incluindo assim o conhecimento geral e requisitos de admissão; 2) postura (atitude), incluindo o senso de vocação para a prática e até onde usa seus pares como referência principal.

As variáveis que compõem o Modelo são as seguintes:

1) Uso da organização como referência principal - é constituído por grupos formais de organizações profissionais e grupo de vivência profissional informal, como principais fontes de idéias para julgamento do trabalho profissional.

2) Crença no serviço para o público - é a convicção de que a profissão é indispensável e absolutamente essencial para a sociedade.

3) Crença na auto-regulamentação - é a opinião de que apenas os enfermeiros podem julgar seu próprio desempenho. Compromisso da profissão para o bem-estar da comunidade, assegurando a continuidade da confiança, que sem tal confiança a profissão pode não reter o monopólio.

4) Senso de vocação para a prática - reflete a dedicação do profissional ao trabalho e a servir a sociedade acima de todos os outros fatores. Documentado por confiança pessoal e auto-sacrifício. O compromisso com uma vocação é a intenção de seguir carreira na escolha da ocupação; envolve socialização dentro da cultura de uma profissão com seus valores, normas e símbolos.

5) Sentimento de autonomia pessoal - a crença de que o profissional deveria ter o máximo de liberdade para agir sem constrangimento imposto por não profissionais ou organizações empregadoras. Considera-se que é limitado o sucesso para exercer controle individual sobre sua própria prática e/ou trabalho burocrático.

Este aspecto agrava-se por ser a ocupação feminina pouco reconhecida.

C A P Í T U L O 2

REVISÃO DA LITERATURA

REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados e comentados alguns aspectos teóricos sobre o profissionalismo, estudos sobre profissionalismo que utilizaram o Inventário Profissional de HALL, outros estudos relacionados à vida associativa do enfermeiro e alguns aspectos históricos da Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Profissional e Sindicato de Enfermagem, e Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

2.1. Alguns Aspectos Teóricos sobre Profissionalismo

O profissionalismo, entre os documentos consultados, foi referido por VOLLMER & MILLS (1966), como uma ideologia e atividades associativas que podem ser encontradas em muitos e diversos grupos ocupacionais, cujos membros desejam status profissional. Estes autores enfatizaram ainda diferentes aspectos do profissionalismo e referem que Strauss (1963) delineou quatro características associadas ao profissionalismo: habilidade, autonomia, compromisso e responsabilidade.

Estes autores, no trabalho consultado, não apresentaram o conceito por eles adotado de ideologia, mas em nosso entendimento, para melhor compreensão do termo profissionalismo como uma ideologia, faz-se necessário conceituá-lo. Para CHAUI (1980), ideologia é "um fenômeno objetivo e subjetivo involuntário produzido pelas condições objetivas da existência social dos indivíduos."

Ainda acrescenta que "a ideologia resulta da prática social, nasce da atividade social dos homens no momento em que estes representam para si mesmos essa atividade, e vimos que essa representação é sempre necessariamente invertida."

GAMER (1979), em seu trabalho sobre ideologia do Profissionalismo, realizado em Nova York, em 1979, refere que uma das funções da ideologia é produzir crenças e idéias comuns que emprestam legitimidade à liderança e inspiram esforços conjuntos de um grupo. À medida que restrições entre o ideal e o real são expostas, a ideologia do profissionalismo pode ser suplantada ou modificada por novas idéias apresentadas por grupos de enfermagem que não aprovam inteiramente as posições tomadas pelos líderes das organizações.

Sugere Moore (1970) citado por MONNIG (1978), que o profissionalismo é propriamente considerado uma escala na qual comumente se nota atributos que têm diferentes valores. Tal escala proporcionaria ordenação de uma hierarquia de ocupação e esclareceria o processo de aquisição do status profissional. A escala do profissionalismo identificado por Moore (1974), citado por STUART (1981), é compreensiva na natureza numa extensão desenvolvimentista. Estas características referem-se à ocupação, vocação, organização, educação, orientação de serviço e autonomia, e sugerem a seqüência de um processo de profissionalização.

HALL (1968) desenvolveu uma escala de atitudes para medir o grau de profissionalismo que abrange: o uso de organização profissional como referência principal, crença no serviço para o público, sentimento de autonomia, crença na auto-regulamentação e vocação para a prática.

Esta escala fundamenta-se na premissa de que atitudes e ideologia mantidas por seus praticantes demonstram o grau de profissionalismo, características de uma ocupação. Refere ainda este autor que atitude consiste na predisposição apreendida

para agir de modo consistente em relação a certa classe de objetos (valores). Valor é a medida quantitativa ou número de qualquer dado numa escala geral ou em termos de padrão. É um conceito abstrato, muitas vezes meramente implícito, que define para um indivíduo ou para uma unidade social que meios são desejáveis para atingir um objetivo. Norma ideal e impessoal à qual deve conformar-se o agir.

Os interesses subentendem valores: atitudes positivas, as atitudes são complemento individual dos valores, um estado da mente de um indivíduo com relação ao valor, e disposição dirigida a um objeto de valor positivo (interesse) ou negativo (preconceito, etc.).

Ainda acerca de atitude, Kriech, Crutchfield e Ballachey (1962), citados por RIECH & ADCOCK (1976), manifestam-se com a proposta de que "as atitudes são sistemas duradouros de avaliações positivas ou negativas, sentimentos emocionais e técnicos de ação pró ou contra, no tocante a objetos sociais.

"As atitudes são predisposições para responder, mas distinguem-se de outros estados propiciadores na medida em que predispõem para resposta avaliatória.

... uma atitude é uma predisposição para sentir, ser motivado por e atuar no sentido de uma classe de objetos de uma maneira previsível."

HALL (1968), trabalhando com as relações entre profissionalização e burocratização, refere que as características de uma profissão giram em torno de um modelo profissional. Esse modelo profissional consiste em uma série de qualidades que são importantes para distinguir profissões de outras ocupações.

Acrescenta ainda que essas qualidades se compõem de dois tipos básicos: 1) as características que fazem parte da estrutura da ocupação, incluindo conhecimento geral e critérios de admissão; e 2) postura (atitudes), incluindo a vocação para a prática e até onde ele usa seus pares como referência principal.

Wilenski (1964) citado por HALL (1968), examinou o lado estrutural do modelo profissional e notou que as ocupações passam por estágios de seqüência coerente: 1) criação de uma ocupação com horário integral envolve a realização de funções que já eram feitas antes com uma adaptação para as necessidades da sociedade; 2) o estabelecimento de uma escola de treinamento. Isto reflete o conhecimento básico de uma profissão e o esforço dos primeiros líderes (pioneiros) para qualificar o potencial da profissão; 3) formação de associações profissionais, geralmente seguido de uma mudança da denominação de uma ocupação, na tentativa de definir mais clara e precisamente a função da profissão e eliminar aqueles profissionais julgados incompetentes; 4) formação do Código de ética, determinando um modelo de relação dos trabalhadores com seus pares e com os clientes, o qual é reforçado pelas associações profissionais e pela lei.

O aspecto estrutural da autonomia é incluído nas associações profissionais para excluir os não qualificados e proporcionar o direito legal de práticas. A autonomia, é também parte do ambiente de trabalho, pois é nele que o profissional usa o seu senso de julgamento e é nele que seus pares são competentes para questionar este julgamento. Esta qualidade de autonomia também tem mais uma dimensão: o profissionala-

credita que tem liberdade de exercer julgamento e tomar decisões.

O modelo profissional tanto nas atividades ocupacionais como nas não ocupacionais parece estar baseado em 3 fatores: 1) Estrutura social geral em que, a um nível abstrato, podem precisar ou não dos serviços realizados pela ocupação, e, em outro nível mais pragmático, pode não dar a ocupação a sanção legal e condicional para realizar suas funções; 2) Organização da própria ocupação. A presença de uma múltipla e completa organização profissional pode estar dividida e, assim, impedir a profissionalização por muitos padrões de entrada e por normas diversas; 3) O ambiente de trabalho pode acarretar um impacto na auto-regulamentação e na autonomia profissional.

MERTON (1960) em Nova York, fala acerca da autonomia como recompensa, e que, em nossa sociedade, como em muitas outras, as pessoas acham esta medida de autonomia recompensatória. Eles ficam satisfeitos em saber que são eles, não os outros, que decidem o que deve ser feito no campo de prática, como deve ser feito, e por quem deve ser feito. Autonomia e seu correlato auto-respeito são recompensas reais tanto quanto renda monetária com tudo aquilo que esta renda torna possível. Autonomia é um valor ao qual não se pode renunciar. Ele é um valor que se deve aumentar enquanto se busca status profissional mais alto.

Acrescenta ainda que, para obter um completo status profissional, um grupo ocupacional deve exercer autonomia dentro de sua área de prática. Para estar de acordo com um status profissional, um grupo deve ter autonomia na formação de suas

diretrizes e no controle de suas atividades.

Este autor faz abordagem coincidente com a de AYDE-LOTTE (1983) segundo a qual uma ocupação não se torna completamente uma profissão liberal se os seus membros não forem os responsáveis pelas decisões finais acerca da mesma.

Esta última diz ainda que o grau de autonomia profissional dentro de um grupo depende da efetiva governança daquele grupo. Sem governança não há autonomia. Sem autonomia não se consegue completo status profissional. E acrescenta que vários autores comentam que as enfermeiras têm tido igualdade no sistema de saúde, mas elas não têm sido gratificadas com igualdade, isto é, com igualdade de poder e influência em tomar decisões no processo de assistência sob a hierarquia do hospital tradicional.

Estudos indicam que enfermagem é uma profissão de alto stress porque significativas responsabilidades são delegadas às enfermeiras sem elas terem a autoridade de exercer influência sobre muitos fatores que determinam a qualidade de assistência de enfermagem.

Ainda sobre profissionalismo, BUICK-CONSTABLE (1969) apresenta um diagrama acerca do espectro do profissionalismo. Classifica diversas ocupações que têm certos aspectos comuns desde o ponto de vista do profissionalismo e de burocratização. As profissões podem se definir sobre uma base técnica e de ideal de serviço ou com uma série de atributos profissionais, mesmo que ambos tenham suas desvantagens.

Algumas ocupações buscam sanção da comunidade para exercer jurisdição exclusiva sobre a base de um conhecimento

tácito. Estas ocupações têm um status profissional reconhecido, dependente em grau variável de facilidade com que uma pessoa pode adquirir os conhecimentos necessários para exercê-las. BUICK - CONSTABLE (1969) acrescenta que a teoria do profissionalismo se desenvolve tendo em conta a origem das profissões em tempo e a evolução seguida pelo progresso da profissionalização.

A questão do profissionalismo, portanto, embora que muito abrangente e de grande importância para o desenvolvimento da enfermagem, enquanto profissão na realidade brasileira, ainda não foi trabalhada com a profundidade e abrangência necessárias. Isto pode ser observado quando da apresentação dos estudos que utilizaram o modelo de Hall, adotado por MONNIG, e que a seguir serão relatados.

2.2. Estudo que Utilizou o Inventário Profissional de Hall

Entre os estudos identificados e selecionados para o presente trabalho, somente o de MONNIG (1978) usou o Inventário Profissional de Hall (HPI). Neste estudo a autora procurou apreender o profissionalismo, avaliando-o através de uma escala Likert com cinco componentes atitudinais, quais sejam: uso da organização profissional como referência principal, crença no serviço para o público, crença na auto-regulamentação, vocação para a prática, sentimento de autonomia.

Cada subescala compunha-se de cinco itens e no estudo original podia ser aplicado a profissionais de qualquer área. A autora enviou o formulário pelo correio para 300 médi-

cos e 300 enfermeiros que trabalhavam em Minnesota - Estados Unidos da América do Norte. Os profissionais foram selecionados aleatoriamente e obteve-se resposta de 257 enfermeiros e 230 médicos.

Os resultados obtidos foram tratados com estatística descritiva e dedutiva com vistas a testar diferenças entre os grupos de estudo.

A autora verificou, nos dados obtidos, pouca diferença entre os enfermeiros avaliados pelo "H.P.I." quando agrupados segundo a variável demográfica. Verificou também que:

- enfermeiros mais jovens usam menos as organizações profissionais que enfermeiros ativamente engajados na prática de enfermagem acima de 5 anos;
- enfermeiros com título de mestre têm maior grau de profissionalismo que outros enfermeiros, e maior senso de autonomia, mostrando o maior grau de profissionalismo somente em área que se refere ao uso da organização profissional;
- enfermeiros médico-cirúrgicos sentem menor autonomia que especialistas e outros enfermeiros;
- os médicos apresentaram grau mais alto de profissionalismo do que os enfermeiros.

2.3. Estudos sobre a Questão Associativa do Enfermeiro

Como foi mencionado anteriormente, estudos acerca de profissionalismo ainda são bastante incipientes, em especial com a abordagem dos cinco itens atitudinais do "HPI" já apresentado. Face a isto é que apresentamos a seguir trabalhos que

relatam a questão associativa do enfermeiro.

CHAVES (1980) apresenta trabalho acerca do "Posicionamento de um grupo de enfermeiras sobre o seu compromisso social" com uma amostra aleatória de 207 enfermeiros que responderam voluntariamente ao questionário de coleta de dados, distribuído nas sessões plenárias do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem. A autora tinha como objetivo "ajudar os enfermeiros participantes do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem a se auto-avaliarem e refletirem sobre o nível de envolvimento com a realidade existente, projetando, para o futuro, modificações de sua conduta profissional.

"O instrumento foi criado em duas partes: 1) método científico de questionar, com perguntas ou afirmações, operacionalizando elementos ou variáveis específicos das dimensões do compromisso social; e 2) método de retroalimentação imediata para cada dimensão operacionalizada..."

A autora trabalhou com oito (8) dimensões, das quais, pela relação com o conteúdo do presente estudo, serão apresentadas somente (3) três, com os respectivos resultados.

Dimensão 1: Identidade Própria e Compromisso Social - os enfermeiros indicam que, embora em sua maioria reconheçam e assumam o valor de sua posição profissional, existe um certo nível de ambivalência quanto ao auto conceito em termos da situação da profissão no âmbito social.

Dos informantes, 54 (26,08%) afirmam sempre aconselhar familiares e amigos a se tornarem enfermeiros. Isto demonstra haver um nível alto de sentimentos negativos em relação à profissão quanto aos seus aspectos sócio-econômicos e, possivelmente, culturais.

Quanto a sua posição social na apresentação pública demonstram comportamento positivo 180 (86,95%).

Um total de 154 informantes (74,3%) demonstraram comportamento de estimular e motivar a participação de colegas nas associações de classe.

Dimensão 2: Compromisso Para Com a Classe, 135 (65,21%) demonstram aceitar o valor dos órgãos reguladores do exercício profissional, 71 (34,29%) expressam não definir a profissão como um dos grupos regulamentados pela sociedade e por si próprio.

No entanto, 181 (91,30%) enfermeiros concordam com a afirmação de ser o profissional responsável por examinar e opinar sobre a lei em relação às mudanças sociais, e 196 (94,68%) concordam que informar sobre os regulamentos e zelar pelo cumprimento destes é responsabilidade do profissional.

Dimensão 3: Posicionamento Próprio na Atuação Cotidiana - Quando interrogados sobre execução de ações decididas por outros e planejadas pelo poder executivo da instituição, 87 (42,02%) afirmam só executá-las depois de estudarem as decisões.

A maioria dos respondentes, num total de 170 (82,12%), observa e não aceita as desigualdades na qualidade de serviço, afirmando também executar as ações que são planejadas por iniciativa própria com o fim de melhorar as desigualdades do serviço.

Quando questionados sobre quem detinha o seu papel nas ações já planejadas, prevalece a atitude autônoma. No entanto, 113 (54,58%) respondentes aceitam assumir de imediato as

ações delegadas ou solicitadas por outros, indicando uma forte persistência da ambivalência na definição de autonomia profissional.

Quando o propósito da ação é alcançar mudanças em situação de desigualdades na qualidade de serviços, um grupo de 120 informantes (57,97%) tende a se refugiar na tecnologia e nas ações específicas de enfermagem. Um grupo maior de 145 informantes (70,24%) escolhe respostas que descrevem ações em equipe.

NORONHA e col. (1983) realizaram estudo exploratório com os enfermeiros que trabalhavam nos hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS - da cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar o espírito associativo dos enfermeiros que atuavam em área hospitalar, obter a opinião dos enfermeiros quanto à importância da vida associativa, identificar fatores intervenientes na participação na associação, fornecer estudos para análise e estudos posteriores. O estudo contemplou as seguintes hipóteses: os enfermeiros são capazes de perceber a importância da participação na ABEn; a participação do enfermeiro nas atividades da ABEn está relacionada com a orientação recebida durante o curso de graduação em enfermagem; o enfermeiro dá importância ao desempenho da vida associativa, porém não participa da sua própria associação. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário. O formulário constou de quatro partes: a primeira, uma carta esclarecendo aos respondentes a importância da sua colaboração, a natureza da pesquisa, os pesquisadores e os orientadores; a segunda teve por finalidade investigar a opinião dos enfermeiros com relação à vida associativa de maneira geral; a terceira tratou do assunto de forma mais específica, in-

dagando sobre a participação na associação de classe, e a última visou identificar as características da amostra.

Dos 116 enfermeiros respondentes, 44,8% tinham idade compreendida entre 30 e menos de 40 anos; 92,2% eram do sexo feminino; 40% tinham mais de 9 anos de graduação; 37,1% consideraram de extrema valia todos os tipos de associação e 50% consideraram indispensável uma associação que congregasse enfermeiros para o reconhecimento da profissão. Dos sujeitos, 57,5% acreditaram que a afiliação a uma associação de classe fazia sentido mesmo que a pessoa não pudesse participar; 66,4% desconheciam a atuação dos membros da associação; 33,9% declararam ser muito importante a informação que receberam durante a orientação profissional acerca de uma associação de classe; somente 31,0% sempre foram sócios da ABEn; nenhum enfermeiro informou participar de todos os eventos e 28,7% avaliaram a atuação da ABEn como fraquíssima.

Outro estudo, intitulado "O espírito associativo e o enfermeiro no Rio de Janeiro", foi realizado por HEREDIA & VIEIRA (1975) com o objetivo de verificar se determinados aspectos da enfermagem como profissão são conhecidos dos enfermeiros, saber qual o conceito que os enfermeiros têm da ABEn e apurar o conhecimento por parte dos enfermeiros em relação às finalidades da ABEn, Sindicato e Conselho de Enfermagem.

A população deste estudo, 125 enfermeiros escolhidos aleatoriamente, representou 7% do número presumível de enfermeiros existentes no Rio de Janeiro. Para o estudo, foi elaborado um questionário tendo em vista os fatores que seriam usados como indicadores do espírito associativo. Foram considerados como pontos positivos: ser sócio da ABEn; valorizar a

frequência às reuniões da Associação; ter participado pelo menos em algum Congresso de Enfermagem; valorizar o poder de reivindicação do grupo; conhecer a finalidade das três associações: Cultural, Conselho e Sindicato; concordar com a existência das três. Os resultados obtidos foram de que 51,0% eram sócios da ABEn; 20% não eram sócios; e 19% deixaram de ser sócios. 42% dos que deixaram de ser sócios referiram como motivo o pouco que a ABEn fazia pelos enfermeiros. 78% consideraram ser muito importante frequentar as reuniões da ABEn. Mais da metade dos enfermeiros não conhecia ou conhecia mal as finalidades do Sindicato, Conselho e ABEn. E a maioria colocou a Associação em primeiro lugar como responsável pela melhoria do status profissional.

SALUM e col. (1978) em estudo acerca de "A visão da comunidade sobre o profissional de enfermagem", realizado em Goiânia, no segundo semestre de 1977, efetuaram 120 entrevistas com pessoas da comunidade, sendo as mesmas selecionadas por processo não probabilístico, e verificaram que 1/3 dos entrevistados tinha idéia negativa sobre o enfermeiro e seu ambiente de trabalho.

Concluíram os autores que "a imagem da enfermeira percebida pela comunidade goianiense não é totalmente satisfatória. Esperava-se que as modificações ocorridas em todos os setores da vida social, bem como a ascensão da profissão a nível superior, os estereótipos tradicionais estivessem menos presentes na comunidade goianiense."

Para a hipótese 2, "A Reforma Universitária contribuiu para modificar o perfil da Enfermeira no meio Universitário", SALUM e col. (1978), entrevistaram 107 estudantes do

Campus II da Universidade Federal de Goiás e verificaram que a "Reforma Universitária funcionou como um veículo de comunicação entre os diversos profissionais, enfraquecendo as barreiras e projetando uma imagem da enfermeira altamente positiva entre os universitários goianienses, particularmente os da área de saúde." Além disso, cerca de 2/3 dos alunos entrevistados (66,3%) concordaram com a afirmativa de que a remuneração de enfermeira está abaixo de sua qualificação.

2.4. Alguns Aspectos Históricos sobre as Entidades de Classe

2.4.1. Associação Brasileira de Enfermagem

A Associação Brasileira de Enfermagem tem sua criação com a primeira turma de enfermeiros graduados da Escola Ana Neri, no Rio de Janeiro, em agosto de 1926. Em seu início teve a denominação de Associação Nacional de Enfermeiros Diplomados (ANED). O objetivo principal da associação, de acordo com seu estatuto, era elevar o padrão de saúde da população. Em seus primeiros anos esteve em caráter informal, sem registros (CARVALHO, 1976).

Em junho de 1929, a Associação passou a denominar-se Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ANEDB), mas somente no mês de julho deste mesmo ano é que passou a ter o seu registro oficial. O registro provavelmente ocorreu por exigência do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) como requisito para que a ANEDB representasse o Brasil no Congresso Internacional de Enfermeiras, realizado em Montreal-Canadá (CARVALHO, 1976).

Para realização do registro oficial, fazia-se necessário a existência de um estatuto, o que foi elaborado constante de 8 capítulos e 25 artigos, delimitando sua razão social, seus compromissos e condições de afiliação. Decorridos dois anos, foram criados os "Anais de Enfermagem" para divulgação de conhecimentos e assuntos de interesse da enfermagem. O seu registro, só ocorreu em 1934, como órgão oficial da Associação, sendo o seu nome mudado em 1954 para Revista Brasileira de Enfermagem. Em 1944, foi realizada uma reforma no Estatuto com vistas à obtenção do registro como órgão de utilidade pública, e o nome da Associação foi alterado para Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED). E em 1954 passou a chamar-se Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tendo esta denominação permanecido até a presente data.

Esta Associação é uma sociedade civil sem fins lucrativos, de caráter cultural e assistencial. Está sediada em Brasília e é constituída pelas Seções das Unidades da Federação que, por sua vez, são constituídas de Distritos que congregam os enfermeiros dos municípios, incluindo os da Capital (NORONHA e col., 1983).

A ABEn, Seção de Santa Catarina, que congrega os enfermeiros e técnicos de enfermagem de todo o Estado, foi criada em 13 de março de 1962, com o apoio da ABEn central. Os enfermeiros catarinenses eram filiados à Seção do Rio Grande do Sul.

A afiliação a esta entidade é voluntária e como membro efetivo podem associar-se os enfermeiros, obstetizes e técnicos de enfermagem. Como membro especial, podem associar-se os estudantes dos últimos anos do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia. Na categoria de membro benemérito, poderão associar-se aqueles que tenham feito doação de bens ou prestado serviços relevantes à Associação. E na condição de membros honorários, aqueles que tenham prestado contribuição relevante à Associação.

Dentre os textos que normatizam a conduta do exercício da profissão e aprovado pela ABEn, encontra-se o Código de Ética desta Associação, o qual data de 1958. Este código originalmente foi fundamentado no Código de Ética da Associação Americana de Enfermeiros, adaptado à realidade brasileira e, em 1955, após inúmeros estudos promovidos pela Associação, foi adotado o Código Internacional de Ética de Enfermagem, posteriormente modificado, com base no Código Internacional de Deontologia para enfermeiros do Comitê Internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais (CICIAMs) (CARVALHO, 1976).

A ABEn é filiada ao ICN, CICIAMs e Federação Internacional de Enfermeiras, e desde 1969 mantém intercâmbio com a Organização Panamericana de Saúde (OPS) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

2.4.2. Associação Profissional e Sindicatos

O primeiro sindicato que congregava pessoal de enfermagem, no Brasil, data de 1933 e tinha sede no Distrito Federal. Era subordinado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e era denominado Sindicato de Enfermeiros Terrestres, destinado a congregar somente enfermeiros, diplomados ou não, que estivessem exercendo a profissão.

Em 1945, passou a denominar-se "Sindicato dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde" (SEEHCS), englobando todos os que trabalhavam nessas Instituições.

A partir de 1962, com o reconhecimento do enfermeiro

como profissional liberal*, em alguns estados do país ocorreram movimentos com vistas à criação de Associação Profissional e a excluir o nome do enfermeiro do Sindicato dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde (SEEHCS). Decorrida cerca de uma década, passou a denominar-se de Sindicato de Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde.**

As lutas pela criação de Associações Profissionais não tiveram êxito até a década de setenta. Somente em 1971, surge a primeira Associação Profissional de Enfermeiros, que deu origem ao segundo Sindicato de Enfermeiros em 22/08/1977, o do Município do Rio de Janeiro. O primeiro Sindicato de Enfermeiros a ser registrado foi o do Estado do Rio Grande do Sul (10/04/1976), cujo registro da Associação Profissional ocorreu em 1972 (CARVALHO, 1976).

A partir desses registros surgiu a fundação dos demais Sindicatos no País: em 1980, o Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia; em 1981, o Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal; em 1983, o Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Ceará.

No Brasil, até 1983, segundo SILVA E COMINO (1983), existiam sete (7) Associações Profissionais desenvolvendo movimentos reivindicatórios e lutando pela conquista da Carta Sindical.

Legalmente, já está previsto no pré-requisito básico

* Portaria nº 94, de 27 de março de 1962, assinada pelo então Ministro do Trabalho e Previdência Social.

**Portaria nº 3.311, de 2 de setembro de 1974, assinada pelo então Ministro do Trabalho e Previdência Social.

pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a fundação da Federação de Enfermeiros, que é a existência de pelo menos cinco Sindicatos da categoria. Até que seja criada esta Federação, os sindicatos serão congregados pela Confederação Nacional dos Profissionais Liberais.

Em 1982 (São Paulo) e em 1983 (Minas Gerais), realizaram-se os primeiros Encontros Nacionais das Entidades Sindicais e Pré-Sindicais de Enfermeiros (ENESPSE), para discutir, analisar e propor formas de luta conjunta dos vários Estados para as reivindicações e empreendimentos de interesse comum da categoria.

2.4.3. Conselho Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN e CORENS)

Como órgão disciplinador do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas no serviço de enfermagem, no Brasil, foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN e CORENS), sancionados pela Lei 3.905, em 12 de julho de 1973, após trinta anos de lutas empreendidas pela ABEn (CARVALHO, 1976 e COFEN, 1983).

O COFEN e o COREN, em conjunto constituem uma autarquia vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

O COFEN está sediado na Capital da República e tem jurisdição Nacional. Congrega os Conselhos Regionais, situados em cada Estado e Território, tem patrimônio próprio e atribuições estatais, quais sejam a disciplina e a fiscalização, na área ética, do exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares de enfermagem.

Na esfera da fiscalização do exercício profissional, o Estado não assume diretamente a respectiva atividade de vigilância: institui entidades autônomas, dotadas de personalidade jurídica de Direito Público, denominadas Autarquias "de serviço" vinculadas ao Poder Executivo.

A fiscalização que essas Autarquias exercem não abrange todos os aspectos do exercício dessas atividades, mas somente aqueles revestidos de conteúdo ético.

Há três períodos distintos na existência dos Conselhos: o primeiro, de 1975 a 1976, relativo à instalação do COFEN e CORENS; o segundo, de 1976 a 1979, em que se buscou a consolidação da estrutura administrativo-financeiro-jurídica; finalmente, de 1979 em diante, além da manutenção das providências já adotadas, deu-se ênfase ao acompanhamento do anteprojeto de Lei do Exercício da Enfermagem. Durante a existência do COFEN e COREN, inúmeros trabalhos têm sido realizados com vistas ao cumprimento de suas competências. Um dos instrumentos que respalda a fiscalização do exercício profissional é o Código de Deontologia.

O Código de Deontologia da Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN-9, de 04 de outubro de 1975, prescreve os deveres e os padrões de conduta profissional a que estão sujeitos aqueles que exercem a Enfermagem em sua relação com os clientes, colegas e instituições. Tais deveres são imperativos, não podendo ser transgredidos sem que isto implique numa quebra de garantia da moral profissional, perante a sociedade (COFEN, 1983).

O Código de Deontologia de Enfermagem é composto de cinco capítulos e vinte e oito artigos. Fundamenta-se nos pos-

tulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1948, e adotada pela Convenção de Genebra da Cruz Vermelha, de 1949, e contidos nos códigos da Ética do ICN, CICIAMS e ABEn.

Outros instrumentos que normatizam a ação fiscalizadora são o Código de Processo Ético da Autarquia Profissional de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN-34, de 25 de outubro de 1977, e o Código de Infrações e Penalidades aprovado pela Resolução COFEN-51, de 24 de março de 1979.

Vários textos legais ainda poderiam aqui ser acrescentados, mas o objetivo é de apresentar somente uma abordagem sucinta.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

METODOLOGIA

Este capítulo trata da metodologia da presente pesquisa. Enumera algumas características das instituições nas quais o estudo foi realizado; apresenta os procedimentos e critérios utilizados para a seleção da população alvo; relata os passos para a composição do instrumento de coleta de dados - o MPE (Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros); descreve o processo de coleta de dados e o tratamento estatístico destes mesmos dados.

3.1. Tipo de Estudo

Este é um estudo exploratório descritivo que visa a identificar o profissionalismo de enfermeiros que trabalham em hospitais gerais, através de variáveis do Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros (MPE), como também descrever a idade, sexo, estado civil, salário atual, a afiliação à ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem) e COREN (Conselho Regional de Enfermagem), anos de efetivo exercício profissional e tempo de admissão no emprego atual.

3.2. Local de Estudo

O presente estudo foi realizado em 4 (quatro) hospitais gerais de Florianópolis, SC. O hospital denominado **A**, é uma instituição pública mantida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Conta, atualmente, com 108 leitos e tem, em seu quadro, 20 (vinte) enfermeiros. O hospital **B**, instituição pública mantida pela Universidade Federal de Santa Ca-

tarina, tem 120 leitos e 43 enfermeiros. O hospital C, instituição mista, mantida pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina, conta com 220 leitos e 23 enfermeiros. O hospital D, cuja entidade mantenedora é a Irmandade Senhor dos Passos, tem 250 leitos e 10 enfermeiros.*

A escolha destas instituições deveu-se ao fato de que desenvolvem atividades consideradas semelhantes e também porque congregam o maior número de enfermeiros em seus quadros de pessoal.

3.3. População Alvo

A população alvo foi constituída pelos enfermeiros que trabalhavam nos quatro hospitais gerais de Florianópolis-SC, e que estavam no exercício de suas atividades no mês de novembro de 1984.

Dos 96 enfermeiros que trabalhavam nos 4 hospitais gerais de Florianópolis-SC, 79 deles, o equivalente a 82,3%, fizeram parte do estudo. Os demais, num total de 17, o equivalente a 17,69%, não puderam ser incluídos por razões diversas: 7 (7,3%) estavam em licença médica; 1 (1,1%) estava afastado, fazendo curso; 1 (1,1%) encontrava-se à disposição de outro órgão governamental; 4 (4,1%) não quiseram responder; e 4 (4,1%) estavam em férias.

3.4. Instrumento para Coleta de Dados

O Inventário Profissional de Hall (HPI) foi idealizado na década de 60, e a escala desenvolvida visava a medir o

* Dados obtidos em novembro de 1984.

grau de profissionalismo entre diferentes ocupações.

Entre os estudos consultados, observa-se que MONNIG (1978) utilizou o "Inventário Profissional de Hall" e não faz nenhuma referência sobre a validade e sobre a confiabilidade da escala utilizada. O instrumento original, em sua totalidade, não apreendia ao que se desejava para o presente estudo, em especial por não ser específico para enfermagem.

Optou-se por ampliar o instrumento e denominá-lo Modelo de Profissionalismo em Enfermagem (MPE), formulandó-se questões para medir cada variável no referido modelo, e, traduzindo as apontadas por Hall.

Com suporte na revisão da literatura e na experiência da pesquisadora, foi construído o MPE que consta de duas partes. A primeira visa a obter as características da população, representadas por idade, sexo, estado civil, ano de admissão no emprego atual, salário atual, sócio da ABEn ou de outra entidade, área de trabalho, ano de graduação como enfermeiro, recebimento da revista da ABEn, registro no COREN, número de anos de efetivo exercício profissional, titulação acadêmica. A segunda parte é composta de 5 (cinco) subescalas denominadas a partir da tradução do Inventário Profissional de Hall (Hall's Professional Inventory-HPI), de: subescala 1 - uso da organização profissional como referência principal; subescala 2 - crença no serviço para o público; subescala 3 - a crença na auto-regulamentação; subescala 4 - vocação para a prática; subescala 5 - sentimento de autonomia (Anexo 3).

Os componentes do profissionalismo em enfermagem serão explorados sob os seguintes pontos:

a) Uso da organização profissional como referência principal, a partir de:

- . leitura sistemática de revistas e jornais técnicos;
- . participação em encontros profissionais;
- . o apoio dos enfermeiros às entidades de classe e das entidades aos enfermeiros.

Esta subescala é composta de cinco itens, os quais foram traduzidos do HPI, sendo três itens positivos e dois negativos. Tendo um escore máximo de 25 e mínimo de 5 pontos.

b) Crença no serviço para o público:

- . a questão central refere-se à importância da enfermagem para a sociedade e em relação a outras profissões.

Esta subescala é composta de seis itens, sendo os quatro primeiros traduzidos do HPI e transcritos na íntegra, o item cinco traduzido e adaptado, e o seis criado e incluído. Compõe-se de três itens positivos e três negativos. Tendo um escore máximo de 30 e mínimo de 6 pontos.

c) Crença na auto-regulamentação:

- . refere-se, basicamente, ao julgamento do trabalho do enfermeiro por seus pares, e ao suporte das determinações do Conselho Regional de Enfermagem para o exercício profissional.

Esta subescala é composta de nove itens e somente os de números três e cinco foram adaptados do HPI. Da totalidade dos itens, cinco são negativos e quatro positivos. Tendo um escore máximo de 45 pontos e mínimo de 9 pontos.

d) Vocação para a prática:

- . refere-se à dedicação do profissional para o trabalho e para servir à sociedade acima de outros interesses.

Esta subescala é composta de cinco itens e os de números um e três foram traduzidos e adaptados do HPI. Da totalidade dos itens, três são positivos e dois negativos. Tendo um escore máximo de 25 e mínimo de 5 pontos.

e) Sentimento de autonomia:

- . refere-se à liberdade que o profissional deve ter para agir sem imposições de não profissionais ou de organizações empregadoras.

Esta subescala é composta de sete itens, dos quais os cinco primeiros foram traduzidos do HPI e os demais foram construídos. Da totalidade dos itens, cinco são positivos e dois são negativos. Tendo um escore máximo de 35 e mínimo de 7 pontos.

3.4.1. Procedimentos para Aperfeiçoamento do Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento Modelo de Profissionalismo de Enfermeiros (MPÊ), após ser modificado três vezes porque não atendia aos objetivos propostos, foi aplicado a cinco enfermeiros com vistas a verificar a clareza da linguagem e dos itens. Feitas as mudanças ainda necessárias, o instrumento foi enviado aos peritos para validação aparente e de conteúdo.

3.4.2. Validação Aparente e de Conteúdo

Para realizar a validação aparente e de conteúdo do MPE, foram convidados seis peritos, todos enfermeiros e com experiência em pesquisa e vida associativa em enfermagem.

Cada validador recebeu uma carta contendo informações gerais sobre o instrumento, as questões de validação e o MPE forma 1 (anexo 1). Face à não interpretação das variáveis do MPE no primeiro contato mantido com os validadores, bem como à não conceituação de profissionalismo, encaminhou-se nova carta com suplementação das informações e solicitação de reavaliação. Os validadores analisaram a coerência dos conceitos de cada subescala e dos itens correspondentes, a clareza de cada item e a concordância com a classificação do item como positivo ou negativo, no MPE forma 2 (anexo 2).

Elaborada a forma 3 do MPE (anexo 3), estabeleceu-se o limite mínimo percentual de concordância entre os validadores e, para cada item, o índice 75,0%. O item que obtivesse esta concordância permaneceria no MPE sem alterações.

Na parte dois do MPE, nenhum item obteve concordância inferior a 75,0%, sendo incorporados como definitivos.

Na primeira parte, foram acatadas as sugestões relativas à especificação do número de afiliação à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e o número de anos de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

O MPE, reconstituído a partir das sugestões dos peritos, tem, em sua forma definitiva, na primeira parte, treze questões relativas à identificação e, na segunda parte, trinta e duas questões referentes às variáveis do MPE. Com esta

forma, o MPE foi aplicado a quatro enfermeiros para consolidação da compreensão dos itens do instrumento e possíveis mudanças a realizar. Face aos resultados obtidos, considerou-se como válido e claro o instrumento para aplicação, com vistas aos objetivos do presente estudo.

3.4.3. Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado visando a:

- testar a operacionalidade da aplicação do instrumento;
- testar a clareza do instrumento quando da auto aplicação;
- determinar a confiabilidade do instrumento;
- determinar os procedimentos estatísticos para tratamentos dos dados;
- avaliar a habilidade da pesquisadora no campo de prática com relação à utilização do instrumento e estabelecimento do **Rapport** com os sujeitos da pesquisa.

O estudo piloto foi realizado com 5 (cinco) enfermeiros, do Hospital com maior número de enfermeiros, ou seja, Hospital B, totalizando 10% da população desse hospital.

Os dados foram coletados pela pesquisadora em horário de trabalho dos enfermeiros. Após a pesquisadora informar aos enfermeiros sobre os objetivos do estudo e obter o consentimento, lhes foi entregue o instrumento para preencher, permanecendo no local enquanto aguardava-se os resultados.

Como não ocorreram problemas no preenchimento do instrumento e nem em relação a metodologia para quantificação dos resultados, os sujeitos foram incluídos na população de estudo.

A confiabilidade do instrumento foi determinado a partir do estudo piloto e será relatado a seguir.

3.4.4. Confiabilidade do Instrumento

Para determinar a confiabilidade do instrumento, foi utilizado o método de consistência interna, sendo calculado o coeficiente alfa de Cronback para cada subescala, através do **SPSS - Statistical Package Social Sciences**.

A subescala um, referente ao uso da organização profissional como referência principal, obteve o coeficiente alfa 0,49; a subescala dois, referente à crença no serviço para o público, obteve 0,08; a três, referente à crença na auto-regulamentação, obteve 0,52; a quatro, referente à vocação para a prática, obteve 0,33; e a quinta, referente ao sentimento de autonomia, obteve 0,17.

Identificou-se que a confiabilidade do instrumento foi muito baixa porque a totalidade das subescalas não obteve o nível mínimo do coeficiente alfa (0,70) recomendado por NUNNALLY (1970).

Além disso, realizou-se a análise dos itens (por subescalas) através do coeficiente de correlação item-total nas subescalas que obtiveram os resultados no Quadro I. Verificou-se que a maioria dos itens não alcançou o coeficiente de correlação acima de 0,30, o que, segundo NUNNALLY (1970), seria o mínimo aceitável. Também identificaram-se oito itens que obti-

veram correlação negativa, indicando, portanto, que tais itens deverão ser reavaliados ou excluídos.

QUADRO I

CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL NAS CINCO SUBESCALAS DO MPE.

SUBESCALA	ITEM DO MPE	CORRELAÇÃO
1-Usó da organização profissional como referência principal.	1	0.16
	6	0.48
	11	0.22
	16	0.09
	21	0.42
2-Crença no serviço para o público.	2	0.07
	7	0.10
	12	-0.07
	17	0.20
	22	0.04
3-Auto-regulamentação.	25	-0.09
	3	-0.01
	8	0.22
	13	0.15
	18	0.42
	24	0.31
	26	0.39
	29	-0.04
31	0.41	
4-Vocação para a prática.	32	0.34
	4	0.03
	9	0.09
	14	0.16
	19	0.22
5-Senso de Autonomia.	27	0.35
	5	0.05
	10	-0.19
	15	-0.10
	20	-0.04
	23	-0.06
28	0.06	
	30	0.10

3.5. Procedimentos

3.5.1. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro, pela autora do trabalho. Às chefias de enfermagem dos quatro hospitais, foi explicado, verbalmente, a finalidade da pesquisa e, com a aquiescência das mesmas, realizou-se um cronograma de comparecimento às instituições (anexo 4).

Nos dias e horários previstos, os enfermeiros foram reunidos em ambiente que lhes fosse conveniente para preencher o instrumento. Foi explicada a finalidade da pesquisa e solicitou-se cooperação, garantindo-lhes o sigilo e a inviolabilidade dos dados.

Somente num hospital não foi possível proceder à coleta de dados em reunião que congregasse todos os enfermeiros do turno, face à dinâmica de trabalho da instituição.

Foi explicado também que todos os itens deveriam ser respondidos, não sendo permitido deixar questões em branco. Imediatamente após a devolução do MPE, pelo enfermeiro, procedia-se à conferência de todos os itens, com vistas a evitar perda de sujeitos por preenchimento inadequado do instrumento.

3.5.2. Forma de Apresentação dos Resultados

Os dados obtidos e relativos aos setenta e nove sujeitos componentes do estudo são apresentados com frequência absoluta e relativa.

Adotam-se os títulos das tabelas na forma simplificada porque referem-se à totalidade dos enfermeiros dos quatro

hospitais gerais já referidos anteriormente.

3.5.3. Análise dos Dados

O profissionalismo, segundo a importância atribuída pelos enfermeiros às variáveis do MPE, foi identificado através dos escores nas subescalas. Para análise estatística dos dados, estes escores foram transformados porque as subescalas tinham diferentes números de itens.

Assim, os escores foram padronizados de acordo com o escore da subescala 1 - uso da organização profissional como referência principal, cujo número de itens é 5 (cinco).

A comparação entre os escores médios transformados foi realizada aplicando-se o teste T para o nível de significância de 0,05.

O procedimento de análise de variância foi aplicado para verificar a relação entre as variáveis características dos sujeitos e os escores transformados nas subescalas do MPE, para um nível de significância de 0,05.

O processamento dos dados e a aplicação dos testes estatísticos foram realizados utilizando-se o **Statistical Package for Social Sciences (SPSS)**.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E
COMENTÁRIOS

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Aplicada a metodologia já descrita, com vistas à consecução dos objetivos propostos, foram obtidos os resultados que a seguir serão apresentados e comentados em duas etapas: a primeira trata das características dos sujeitos do estudo, e, a segunda trata do profissionalismo.

4.1. Dados Descritivos dos Sujeitos

Dos 79 enfermeiros que participaram do estudo, foram examinados as características referentes a: idade, estado civil, tempo de sócio da ABEn, tempo de inscrição no COREN, área de trabalho no hospital, tempo de exercício profissional, número de salários mínimos percebidos mensalmente, tempo de serviço no emprego atual e tempo de graduado em enfermagem.

4.1.1. Idade

De acordo com os dados da Tabela 1, observa-se que a maior percentagem dos enfermeiros, 60,3% dos sujeitos do estudo, tinha idades compreendidas entre 24 e 28 anos, e no conjunto 88,5% tinham idades compreendidas entre 24 e 33 anos. Observou-se ainda que somente 3,9% tinham idades compreendidas entre 44 e 58 anos.

Os dados obtidos suscitam inúmeros questionamentos, dentre os quais destacam-se: O que estaria determinando que somente 11,5% dos enfermeiros que trabalham em hospitais gerais de Florianópolis tenham mais de 34 anos de idade? Estariam estes hospitais selecionando pessoas mais jovens em função da força de trabalho dos mesmos? O desgaste que o trabalho

da enfermagem hospitalar acarreta estaria impulsionando a evasão de pessoas de mais idade? Ou a somatória disto, aliada à não valorização do trabalho do enfermeiro, estaria gerando a busca de novas atividades fora da enfermagem?

A distribuição observada nos diversos grupos etários selecionados configurou-se num impeditivo para verificar a relação entre idade dos enfermeiros e profissionalismo, porque 88,5% concentraram-se nas idades compreendidas entre 24 e 34 anos, havendo em três classes frequência mínima 1 (um).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO POR GRUPO ETÁRIO, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

GRUPOS ETÁRIOS	Nº	%
24 — 29	47	60,3
29 — 34	22	28,2
34 — 39	3	3,8
39 — 44	3	3,8
44 — 49	1	1,3
49 — 54	1	1,3
54 — 58	1	1,3
TOTAL	78*	100,0

* excluído 1 que não informou a idade.

4.1.2. Estado Civil

Os dados da Tabela 2 mostram que a maior percentagem dos enfermeiros estudados (53,8%) tem estado civil de casado, seguindo-se os solteiros com 44,9%. No conjunto, a diferença real entre estas percentagens é de 16,5%, o que evidencia para o grupo estudado a existência de mais enfermeiros casados do que solteiros.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO POR ESTADO CIVIL, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

ESTADO CIVIL	Nº	%
Solteiro	35	44,9
Casado	42	53,8
Viúvo	1	1,3
TOTAL	78*	100,0

* excluído 1 que não informou o estado civil.

4.1.3. Tempo de Sócio da ABEn

Dos dados obtidos, verificou-se que (92,4%) dos sujeitos componentes do estudo eram sócios da ABEn por ocasião da entrevista. Dos 73 enfermeiros sócios da ABEn, 8 não informaram o tempo de afiliação. A maioria (83,1%) tem menos de 5 anos como associado, conforme se pode observar na Tabela 3.

Neste grupo, encontram-se enfermeiros com mais de 5 anos de efetivo exercício profissional, pois, com os dados da Tabela 6, pode-se verificar que 69,3% dos enfermeiros é que tem menos de 5 anos de efetivo exercício profissional.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO PELO TEMPO DE SÓCIO NA ABEn, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

TEMPO DE SÓCIO NA ABEn	Nº	%
0 — 5 anos	54	83,1
5 — 10 anos	7	10,8
10 — 15 anos	2	3,1
15 e mais	2	3,0
TOTAL	65*	100,0

* foram excluídos 8 que não informaram o tempo de sócio.

4.1.4. Área de Trabalho no Hospital

Com relação a área de trabalho no Hospital, verificou-se, conforme os dados da Tabela 4, que a maioria dos enfermeiros, (48,1%) desenvolve atividades em unidades de internação. Entretanto, se relacionássemos o número de enfermeiros com o número de unidades, verificaríamos a insuficiência numérica de enfermeiros. Exemplo disto é que, sabendo-se da existência de uma unidade de terapia intensiva (UTI) em cada hospital, e observando-se os dados da Tabela 4, em cada UTI tra-

balham, em média, 2,5 enfermeiros.

Chama a atenção, ainda, o fato de que somente 2 enfermeiros atuam em educação em serviço. Tratando-se de quatro hospitais, a expectativa era de que houvesse pelo menos um em cada instituição. Pode-se daí questionar a importância atribuída pelas instituições à atualização e preparo contínuos de enfermagem.

Além disso, as unidades de Ambulatório e Emergência têm também um número de enfermeiros bastante reduzido, principalmente se se considerar o quantitativo segundo o tipo de demanda dos Hospitais A e B, sem, contudo, deixar de levar em conta a clientela e atividades dos Hospitais C e D.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS PELA ÁREA DE TRABALHO NO HOSPITAL, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

ÁREA DE TRABALHO NO HOSPITAL	Nº	%
Unidade de Internação	38	48,1
Unidade de Terapia Intensiva	10	12,7
Ambulatório	7	8,9
Emergência	7	8,9
Centro Cirúrgico	8	10,1
Chefia Geral de Enfermagem	3	3,8
Educação em Serviço	2	2,5
TOTAL	79	100,0

4.1.5. Tempo de Inscrição no COREN

Dos sujeitos estudados, 5 não informaram se estavam inscritos ou não no COREN. Dos que informaram, cujos dados são apresentados na Tabela 5, verificou-se que os maiores percentuais foram dos enfermeiros inscritos há 4 anos (25,7%), seguindo-se os com 5 anos de inscrição (18,9%) e os com 2 anos (17,6%). Somente 6,8% tinham 9 anos de inscrição no COREN, o que se relaciona aos dados da Tabela 6, pois tratam-se dos enfermeiros com mais anos de efetivo exercício profissional.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS PELO TEMPO DE INSCRIÇÃO NO COREN, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

TEMPO DE INSCRIÇÃO	Nº	%
1 ano	3	4,1
2 anos	13	17,6
3 anos	6	8,1
4 anos	19	25,7
5 anos	14	18,9
6 anos	6	8,1
7 anos	3	4,1
8 anos	5	6,8
9 anos	5	6,8
TOTAL	74*	100,0

* foram excluídos 5 que não informaram.

4.1.6. Tempo de Efetivo Exercício Profissional

Dos sujeitos estudados, 4 não informaram o tempo de efetivo exercício profissional. Os dados da Tabela 6 referem-se aos que informaram, e observou-se que a maior percentagem (69,3%) dos enfermeiros tinha menos de 5 anos; 24,0% têm de 5 a 10 anos de efetivo exercício profissional. Somente 6,7% têm tempo superior a 10 anos.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO PELO TEMPO DE EFETIVO EXERCÍCIO PROFISSIONAL, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

TEMPO DE EFETIVO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	Nº	%
0 — 5 anos	52	69,3
5 — 10 anos	13	24,0
10 — 15 anos	2	2,7
15 e mais anos	3	4,0
TOTAL	75*	100,0

* Excluído 4 que não informaram.

4.1.7. Tempo de Serviço no Emprego Atual

Dos sujeitos estudados, 5 não informaram o tempo em anos de serviço no emprego atual. Os dados da Tabela 7 referem-se aos enfermeiros que informaram, e verificou-se que 85,1% dos enfermeiros estão no emprego atual contratados há menos de 5 anos e 8,1% entre 5 a 10 anos. Somente 6,8% têm mais de 10 anos no emprego atual.

Convém ressaltar que a concentração de enfermeiros com menos de cinco anos no emprego atual tem relação com as datas de instalação e funcionamento dos Hospitais, sendo o Hospital A em 1979 e o Hospital B em 1980.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO PELO TEMPO DE SERVIÇO NO EMPREGO ATUAL, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

TEMPO DE SERVIÇO	Nº	%
0 — 5 anos	63	85,1
5 — 10 anos	6	8,1
10 — 15 anos	3	4,1
15 e mais anos	2	2,7
TOTAL	74*	100,0

* excluído 5 não informaram.

4.1.8. Número de Salários Mínimos Percebidos Mensalmente

Dos sujeitos estudados, 2 não informaram o salário que percebem mensalmente. Os dados obtidos, apresentados na Tabela 8, indicam que o maior percentual de enfermeiros tem renda mensal compreendida entre 5 e menos de 8 salários mínimos, e o menor percentual refere-se aos enfermeiros que ganham mais de 8 e menos de 11 salários mínimos. Portanto, nestes quatro Hospitais, a expectativa real máxima em relação a salário, por ocasião do estudo, estaria em torno de Cr\$. 1.056.000,00 quando adotado como referência o valor de Cr\$. 96.000,00 como salário mínimo vigente no mês de outubro.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO PELO NÚMERO DE SALÁRIOS MÍNIMOS PERCEBIDOS MENSALMENTE, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

Nº DE SALÁRIOS MÍNIMOS*	Nº	%
2 — 5	20	26,0
5 — 8	50	65,0
8 — 11	7	9,0
TOTAL	77**	100,0

*referência adotada de Cr\$ 96.000,00.

**excluídos 2 que não informaram seus salários.

A questão salarial dos enfermeiros, entretanto, não pode ser explicada somente pelos dados apresentados na Tabela 8. No entanto, há que se ponderar o que apresenta JACOX (1979): "Um estudio hecho en 1960 (1) sobre las condiciones de empleo de enfermeras em 56 países y territorios estabaelació: que:"... la remuneración por hora de las enfermeras de hospital es inferior a las tasas horarias del grupo peor pagado de trabajadores de la industria en casi la mitad de los países estudiados. En aproximadamente una remuneracion por hora inferior a la del grupo peor pagado de trabajadores industriales, mientras que en las dos terceras partes de los países, respecto de los que se dispone de datos sobre los dos grupos, las jefas de enfermeras cobran menos que el grupo de trabajadores calificados."

"Aunque han transcurrido más de 16 años deste dicha encuesta, la situacion no ha variado significativamente en muchos países. No solamente las enfermeras no son pagadas con el mismo criterio con que se paga a otros profesionales, sin no que su salario ni siquiera es comparable con el de obreros no especializados. Uma vez más, ésto se debe en parte a que la mayoría de las enfermeras son mujeres y que el trabajo femenino es subestimado. Muchas enfermeras han aceptado este estado de cosas como algo normal, sin jamás decidir-se a luchar por mejorar la situación."

4.1.9. Tempo de Graduação como Enfermeiro

Dos sujeitos estudados, 1 não informou o tempo em anos de sua graduação como enfermeiro. Das informações⁴ obti-

das, apresentadas na Tabela 9, verifica-se que 70,5% dos sujeitos têm menos de 5 anos de graduação como enfermeiro e, a seguir, 24,3% com 5 a 10 anos. Somente 5,2% tinham 10 ou mais anos de graduação.

Pelas informações obtidas, verificou-se que somente 2 (2,6%) dos enfermeiros estudados obtiveram o título de enfermeiro no período em que o ensino da enfermagem, no Brasil, era regulamentado pelas Leis de nºs 775, de 1949, e 2.995, de 1956, que permitiam, até 1961 aos candidatos ao Curso de Enfermagem ingressar quando portadores de certificado de conclusão do Curso Ginásial ou equivalente.

TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO PELO TEMPO DE GRADUAÇÃO COMO ENFERMEIRO, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

TEMPO DE GRADUAÇÃO	Nº	%
0 — 5 anos	55	70,5
5 — 10 anos	19	24,3
10 — 15 anos	2	2,6
15 e mais anos	2	2,6
TOTAL	78*	100,0

*excluído 1 que não informou.

4.2. Profissionalismo

Aplicado o MPE aos enfermeiros dos quatro Hospitais Gerais de Florianópolis, observaram-se os resultados que serão apresentados nas tabelas que seguem.

A partir da interpretação de cada subescala e conhecendo algumas características dos sujeitos estudados é que se apresentam os comentários a seguir.

4.2.1. Crença na Auto-Regulamentação

A subescala 3 refere-se à crença na auto-regulamentação, ou seja, à opinião de que apenas os enfermeiros podem julgar o seu próprio desempenho. Esta subescala engloba os aspectos de que um problema da profissão é a falta de uma legislação do exercício profissional; os enfermeiros têm uma boa idéia sobre o Código de Deontologia da Enfermagem; a ausência de um modelo de avaliação do exercício profissional; definição adequada do trabalho do enfermeiro; a maioria dos enfermeiros sabe realmente o que faz; um dos problemas da profissão é que um grande número de instituições de saúde não tem em seu quadro de pessoal o enfermeiro; a maioria dos enfermeiros conhece o Código de Processo Ético e o Código de Transgressões e Penalidades. O escore médio transformado obtido pelos sujeitos nesta subescala foi de 11,8284 pontos, que, em relação aos escores das outras subescalas, está em último lugar.

A questão da auto-regulamentação, vista pelos aspectos acima mencionados, passa por questionamentos referentes à existência e conhecimento, pelos enfermeiros, dos modelos de avaliação do exercício profissional, tais como códigos de Deontologia e Processo Ético, Transgressões e Penalidades. Esses questionamentos referem-se ao controle legal e efetivo da pró-

pria profissão pelos enfermeiros.

GREENWOOD (1966) diz que, através do Código de Ética, o compromisso da profissão para com o bem-estar social torna-se um assunto de registro público, e por isso assegura aos enfermeiros a continuidade da confiança da comunidade. Sem tal confiança a profissão pode não reter seu monopólio. A auto-regulamentação por Código é característica de toda ocupação, tanto profissional como não profissional. Mas um Código Profissional seja talvez mais explícito, sistemático e obrigatório, e é mais orientado para o serviço público.

Embora a enfermagem moderna no Brasil date de 1923 e tenham decorrido, até o momento, cerca de seis décadas, a regulamentação da mesma ainda não responde às suas reais necessidades, em especial, no que se refere a responder às inúmeras lutas que têm sido travadas pela categoria.

A partir de 1945, foram dados os primeiros passos com vistas à criação dos Conselhos Federal e Regionais. GERMANO (1984) refere que "... das inúmeras dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem, através de sua Associação, assinala-se a criação do seu próprio Conselho, cujo primeiro anteprojeto deu entrada na Divisão de Organização Sanitária (DOS) do Ministério da Educação e Saúde em 24 de agosto de 1945, sob o número 56.267/45, e só depois de quase trinta anos, foi sancionada a Lei 5.905/73, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências!"

Os Conselhos constituem autarquia vinculada ao Ministério do Trabalho, e são órgãos disciplinadores do exercício da profissão do enfermeiro e das demais categorias que compõem a enfermagem. Sendo disciplinadores do exercício profissional, os mesmos necessitam de instrumentos legais para o cumprimento da

sua competência, a exemplo de Códigos, Normas, Portaria, Resoluções, Leis e Decretos, e que em sua maioria não são emanadas do próprio órgão.

O que se observou, na prática, foram três fases, desde a criação dos Conselhos: a primeira no período de 1975 a 1976, relativa a instalação dos Conselhos Federal e Regionais; a segunda de 1976 até 1979, que buscou consolidar a estrutura administrativa, financeira e jurídica; e, finalmente, no período de 1979 até a presente data, foram tomadas as providências administrativas iniciadas "no Plenário anterior, que visava a consolidação da vida das autarquias e à identificação dos entraves burocráticos para maior agilização das atividades do órgão, além de enfatizado o acompanhamento, junto ao Ministério do Trabalho, do Anteprojeto de Lei do exercício da Enfermagem" (SILVA & COMINO, 1983 - COFEN-1983).

A organização e a criação de instrumentos a nível interno, na própria enfermagem, têm sido realizadas com vistas a salvaguardar os direitos de enfermagem. Entretanto, estes direitos na prática, ainda são bastante limitados, em especial pela inexistência de uma lei do exercício profissional atualizada que, a par da delimitação de competências, impulse a autonomia do enfermeiro e faça com que a regulamentação do seu trabalho seja realizada exclusivamente por seus pares. À medida em que isto ocorrer, a educação formal em enfermagem também passará por um processo de mudança, e as questões relativas à Ética e ao Exercício Profissional seguramente despertarão mais interesse nos estudantes e nos profissionais.

A par de uma formação de maior qualidade nesses aspectos, ainda provavelmente ocorrerá maior reconhecimento de ou-

tros profissionais e/ou empregadores no que concerne ao trabalho do enfermeiro, e que, por sua vez, será mais responsabilizado pelo seu próprio trabalho.

A fiscalização do exercício profissional, realizada pelas Autarquias já mencionadas (COFEN-COREN), basicamente, é voltada para as questões de conteúdo ético. Mas, haja vista a competência do COFEN* (Art. 8, inciso X - em promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional) e do COREN (artigo 15 inciso VIII - zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam), em nosso entendimento, a abrangência ultrapassa o 'limite ético'.

Assim, para a sociedade é necessário que os princípios éticos e legais que regulamentam uma profissão respeitem os valores e as normas dessa mesma sociedade e que o bem maior seja a vida do ser humano. A partir daí depreende-se a importância da questão para a assistência de enfermagem.

O Código de Deontologia de Enfermagem que foi aprovado pela Resolução do COFEN-9, em 4 de outubro de 1975, está baseado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1948. Nesta mesma Declaração estão contidos os Códigos de Ética do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), do Comitê Internacional Católico de Enfermeiros e Assistentes Médico-Sociais (CICIAMS) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

O Código de Deontologia de Enfermagem é composto de cinco capítulos que tratam das responsabilidades fundamentais do exercício profissional do enfermeiro perante a classe, do enfermeiro perante os colegas e demais membros da equipe de

*Lei 5.905/73 - dispõe sobre a criação de COFEN e CORENS.

saúde e disposições gerais. Porém, o mesmo não tem poder decisório ou controlador das responsabilidades, seja dos demais profissionais para com o enfermeiro e a enfermagem, seja de qualquer empresa empregadora da força de trabalho de enfermagem.

De uma maneira geral, na literatura consultada há poucas pesquisas que tratam acerca de auto-regulamentação da enfermagem. Entretanto, as que se seguem trazem em seu bojo a questão, e por isto são apresentadas a seguir:

MENDES (1982) diz que "a nível do discurso existem alguns documentos que explicitam o direito do enfermeiro de decidir sobre a assistência de enfermagem e, portanto, de programar recursos humanos para esta assistência. A contradição se dá a nível de prática, quando detentores do poder determinam o perfil da equipe de enfermagem e dimensionam seu quantitativo, defendendo outros interesses que não os de promover a saúde.

Por outro lado, os CORENS, como órgãos fiscalizadores do exercício profissional, só recentemente e em algumas unidades federais, iniciam sua função de supervisão dos serviços de enfermagem. Portanto com uma atuação ainda muito incipiente.

As Associações Profissionais de Enfermagem, grupos pré-sindicais e os Sindicatos de enfermagem em fase de organização interna não constituem, ainda, grupos de pressão e poder para modificar a realidade da equipe de enfermagem e garantir as reivindicações da classe e a assistência de saúde da população."

VIEIRA & SILVA (1982) analisam os aspectos inerentes à formação e utilização de recursos humanos, enfatizando que "dos obstáculos atuais ao desenvolvimento da prática de enfermagem

situam-se, entre outros, a escassez de recursos humanos em todos os níveis e sua má utilização; uma política salarial incapaz de atrair e reter os profissionais; deficiência nas estruturas organizacionais de enfermagem nas instituições; dificuldade de compatibilização entre expansão de cursos e vagas e a formação de profissionais capacitados para o atendimento de saúde à população e insuficiência de pesquisas que contribuem para estabelecer linhas de ação."

Continuam, ainda: "muitas das instituições de saúde não têm enfermeiros e os serviços são chefiados por auxiliares, atendentes ou pelos próprios médicos. Esta situação decorre, em parte, de uma Lei do exercício profissional defasada, a qual, além de subordinar muitas ações de enfermagem à medicina, não especifica as funções de cada categoria, resultando em que todos podem executar todas as ações de enfermagem."

Questionando ainda sobre o posicionamento do enfermeiro, quanto ao seu aspecto legal, regulador de sua própria profissão, utilizamo-nos do estudo de OLIVI (1982) quando diz que "a enfermagem moderna, desde seus primórdios, caracteriza-se pelo assalariamento e pelo trabalho associado." E continua, citando Porsas (1980): "com a introdução da tecnologia no setor de saúde, desenvolveu-se o trabalho coletivo, que se torna cada vez mais parcializado e racionalizado do ponto de vista da eficiência e produtividade, com um corpo de profissionais de saúde, composto por médicos, enfermeiros e outros que se caracterizam por uma interdependência crescente em torno de uma diversificação técnica."

Adiante, a mesma autora, reforça que o trabalho em saúde no Brasil é institucional... "A enfermagem, reconhecida -

mente dependente, inteiramente, do trabalho associado em uma determinada instituição, seja ela pública ou privada, é dependente das formas como se organizam os serviços de saúde no país."

OLIVEIRA (1983) diz que "do enfermeiro, em particular, as exigências são mais em termos de cumprimento de tarefas administrativas, sobretudo aquelas diretamente relacionadas com os controles da organização e menos relacionadas com a coordenação da assistência de enfermagem. Isto ocorre também para que não se firme na sociedade a imagem do enfermeiro junto ao paciente, o que muito compromete a sua formação e a própria essência do seu dever profissional.

É, porém, forçoso reconhecer-se que as dificuldades ligadas ao exercício da prática de enfermagem, além da desatualização da Lei vigente, decorre também da falta de acesso do enfermeiro às decisões institucionais."

RIBEIRO (1983), em seu discurso de Abertura do XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, refere-se à força e à forma com que fatores políticos e sócio-econômicos vêm influenciando a enfermagem brasileira, provocando limitações na sua participação em benefício da saúde da população, possivelmente, não se encontrando paralelo em qualquer outra profissão da área da saúde. De há muito vem a classe se preocupando com este estado de coisas, desenvolvendo um esforço muito grande para ocupar o espaço que deveria, por direito, lhe caber na assistência à saúde da população, tendo em vista a preparação acadêmica que os profissionais recebem e a competência adquirida nos campos de trabalho, muitas vezes de formas sofrida, pois, na grande maioria das instituições do País, não são oferecidas às condi-

ções para o pleno exercício da profissão, e, por vezes, este é até impedido.

Este julgamento implica em reconhecimento de responsabilidade social da e para enfermagem, mas que na prática ainda não se encontra claramente definido.

Há meio século que a enfermeira não ultrapassa a casa dos 10% na composição do grupo de pessoal de enfermagem, e tudo está a indicar que a garantia de qualidade da assistência de enfermagem não entra em jogo na indústria da doença.

Quanto ao comportamento do enfermeiro frente ao compromisso, conhecendo e valorizando os órgãos reguladores da profissão, participação na avaliação dos regimentos legais em relação às mudanças sociais, CHAVES (1980), em seu estudo, identificou que 65,21% dos enfermeiros demonstraram aceitar o valor dos órgãos reguladores do exercício profissional, afirmando desta maneira o seu compromisso com o desenvolvimento sócio-econômico e político-legislativo da sociedade em relação ao reconhecimento da profissão no contexto social. E ainda que 34 enfermeiros (29%), indicaram não definir a profissão como um dos grupos regulamentados pela sociedade e por si próprios.

4.2.2. Vocação para a Prática

A subescala 4 - Vocação para a prática, refere-se à crença na dedicação do profissional para o trabalho e para servir a sociedade, acima de todos os outros fatores. Ela inclui os aspectos de que as pessoas nesta profissão têm real vocação para o seu trabalho; de que as mesmas acreditam que é necessário ter abnegação, obediência e dedicação; da permanência na profissão, apesar dos baixos salários; do alto nível de idealismo; e de que a vocação é fundamental para trabalhar como enfermeiro. O escore médio transformado obtido pelos sujeitos nesta

subescala foi de 15,0759 pontos, que, em relação aos escores das outras subescalas está em quarto lugar.

A vocação para prática ou para o exercício da enfermagem compreendida como uma aptidão requerida para o trabalho, suscita inúmeros questionamentos, uma vez que o assunto se permeia por questões ideológicas e míticas, acerca das quais inúmeras interpretações têm sido atribuídas. Ao longo da história, parece que as aptidões vocacionais para a enfermagem têm sido, a dedicação ao trabalho, a obediência, a observância rígida de princípios morais com vistas a resgatar a imagem da enfermagem, advindo daí os verdadeiros mitos intocáveis que até os dias de hoje, apesar da evolução histórica da sociedade, ainda permanecem na prática.

Estes mitos, muitas vezes, são argüidos como questão seletiva para admissão e demissão de enfermeiros em entidades que necessitam desses profissionais, mas cuja vocação não é avaliada ou expressa, na maioria das vezes, em relação à competência e habilidades técnico-científicas, e sim nas questões subjetivas.

A vocação se manifesta na prática com a capacidade que o enfermeiro tem para adaptar-se às normas e rotinas da instituição e cumprir com as atribuições que as entidades empregadoras, implícita ou explicitamente lhe atribuem, ficando, inclusive, como intermediador entre o poder e as demais categorias da enfermagem.

A percepção da vocação, obrigatoriamente, tem relações com o entendimento conceitual de enfermagem e de sua finalidade, bem como da formação de quem escreve acerca do assunto. Para STUART (1981), vocação é um compromisso, é um ver a ocupação

como algo permanente e não como ponte para outro campo. O trabalho profissional envolve total compromisso pessoal e é feito inicialmente para satisfação psíquica e seguida por compensação monetária. O compromisso para a vocação envolve socialização dentro da cultura de uma profissão com seus valores, normas e símbolos.

CORADINI & BARBIANI (1983), ao citarem Alberto Costa (1947), falam das qualidades importantes no enfermeiro, destacadas por ele como: "Ser enfermeira é ter de viver pelos outros em prejuízo de si próprio." E, ao longo de seu trabalho, revela sobre o princípio de religiosidade, que a atividade de enfermagem, desde o início, foi desenvolvida por religiosas, na qual tiveram papel preponderante.

Ainda reforça que "o espírito de caridade, paciência, abnegação e outros, não foram por acaso que apareceram, são provenientes de toda uma estrutura religiosa que acompanha o profissional até hoje."

Esta abordagem, mesmo decorrida cerca de 30 anos, ainda tem equivalência nos dias de hoje, como no discurso proferido por ALMEIDA MACHADO (1976) no XXVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem e I Congresso Sul Americano CICIAMS, quando diz que é nobre a profissão do enfermeiro: "Profissão que, ao lado do preparo técnico, requer de modo muito especial qualidades humanas das mais nobres, dedicação sem limites, disciplina permanente e fidelidade irrestrita a princípios éticos fazem a grandeza da profissão."

Acrescenta ainda: "Estou certo que ao lado do ensino de enfermagem irá preocupar-lhes também a educação para o exercício da enfermagem. O verdadeiro enfermeiro é antes de

tudo o fruto do aprimoramento das mais belas qualidades do homem, um exemplo de solidariedade e de ética profissional.

Em todas as profissões relacionadas com a saúde, urge lembrar que o relacionamento profissional-paciente, o respeito pela dignidade da pessoa humana, a reverência ante a própria dignidade profissional, os eternos valores morais são pelo menos tão importantes quanto os conhecimentos técnico-científicos."

RESENDE & RIVERA (1960) consideram que a enfermagem é uma das profissões mais complexas, mas que "não podemos deixar de reconhecer que a estrutura vocacional e de habilidades específicas exigidas é das mais delicadas e variadas."

ROCHA e col. (1984) acharam importante dizer que "os articulistas identificam a necessidade de a profissão alcançar maior prestígio e consolidar sua posição na equipe de saúde, reconhecendo a existência de obstáculos impedindo a realização desses propósitos que atribuem a duas causas: uma decadência de valores morais, decorrente da modernização dos costumes; dificuldades dos profissionais de se ajustarem às normas das instituições, principalmente hospitalares."

Assim é que se visualiza na realidade brasileira o que diz STUART (1981): a enfermagem é uma ocupação rica em história, símbolos e ideais humanitários incorporados na promessa Nightingale, a lâmpada do serviço de enfermagem e a tradicional enfermagem. O estudante, ao entrar na ocupação, é socializado em suas normas e valores. Algumas enfermeiras acreditam na ênfase histórica do auto-sacrifício da enfermagem, e o trabalho caritativo e a obediência também são muito frequentes, e isto é prejudicial à obtenção de padrão profissional no qual a

a ênfase está localizada na experimentação, autoridade e poder.

Embora não se referindo especificamente à questão de vocação para a enfermagem, Stuart diz que há uma elaboração de práticas ideológicas que são traduzidas pelo modelo vocacional da enfermagem, modelo este comandado pela técnica disciplinar, a fim de tornar o trabalho de enfermagem possível dentro de uma hierarquia de poder, com o objetivo principal de auxiliar o trabalho médico e moralizar os agentes de enfermagem.

A questão da moralização na enfermagem é possível que tenha suas origens relacionadas à inserção inicial do modelo Nightingaliano na prestação de assistência hospitalar, quando "páreas da sociedade" foram recrutados para realização do trabalho assistencial, em troca de alimentação e abrigo.

Surgiu, a partir daí, provavelmente a necessidade de melhorar não só a imagem da enfermagem, mas também com vistas à qualificação dos recursos que a executavam.

Com isto, observa-se empiricamente que a vocação para a prática e/ou modelo vocacional são decorrentes de idéias e valores de clientes, de outros profissionais da área da saúde, e dos próprios elementos da equipe de enfermagem, e que refletem de modo insatisfatório, o enfermeiro e sua inserção enquanto trabalhadores de enfermagem.

4.2.3. Sentimento de Autonomia

A subescala 5 refere-se ao sentimento de autonomia, ou seja aquele sentimento de que o profissional acredita que deve ter o máximo de liberdade para agir sem constrangimento imposto por não profissionais ou organizações empregadoras, visto sob os aspectos da tomada de decisão sobre seu próprio trabalho, da reavaliação das decisões, da interdependência do trabalho de enfermagem com o de outras profissões e da realização do

trabalho de enfermagem em sua totalidade pelo enfermeiro.

O escore médio transformado, obtido pelos sujeitos nesta subescala foi de 15,2984 pontos, que em relação aos escores das outras subescalas, obteve o terceiro lugar.

A questão da autonomia, vista pelos aspectos acima mencionados, passa por questionamentos básicos referentes à independência do enfermeiro para decidir pelo seu próprio trabalho e que este fosse realizado somente por enfermeiros.

Um dos questionamentos refere-se à contradição entre o ideal e o real. O ideal é que, sendo o enfermeiro o detentor do saber, seria ele o prestador da assistência de enfermagem. O real (por inúmeras razões de ordem política econômica e social) é que a enfermagem é constituída por técnicos, auxiliares, atendentes e enfermeiros e, na maioria das vezes, os mais preparados estão muito distantes do cuidado de enfermagem e sem competência legal e legítima exclusivamente do enfermeiro. Isto tem relação com o que ressalta BARROS (1981): a prática da enfermagem "não surge do nada ou apenas da nossa vontade, mas sim, que ela é histórica e socialmente determinada." Isto se clarifica com os argumentos de SANTOS & VIEIRA (1979) quando dizem que "nos serviços de saúde, principalmente no campo hospitalar, o trabalho é realizado por grupos multiprofissionais cujo produtor principal é o médico. Essa condição lhe assegura a hegemonia do controle técnico operacional do cuidado ao paciente, mediante prescrições de atos que serão executados por outros profissionais de menor qualificações. Segundo Roberto Nogueira, o médico, no processo do trabalho, encontra-se posicionado no vértice de uma pirâmide de autoridade técnica, em que a base é constituída por um exército de atendentes de enfermagem, haven-

do de permeio um número menor de profissionais de nível superior e médio."

A enfermagem basicamente se desenvolve neste contexto em que as contradições são evidentes entre a prática e o discurso, e necessário se faz que a determinação do significado da prática profissional e de como ela se desenvolve, seja entendida que não é determinada exclusivamente no âmbito da profissão. OLIVEIRA (1981) afirma, por exemplo, que: "Autonomia profissional deve ser conquistada pelo efetivo estabelecimento de uma hierarquia do saber de enfermagem; saber que, conferido pelo poder independente, deve emanar do centro para a periferia, mas, saber, cujo poder terá de ser referendado pelos assistidos e pelas demais categorias de exercentes da enfermagem."

Para ALMEIDA (1981), como o saber "é um instrumental para realizar a finalidade do trabalho, ele não pode ser compreendido como produzido a priori, como uma instância, autônoma, neutra e comandada somente pelo cientificismo técnico. Pelo contrário, ele deve ser entendido como resultado da própria prática."

Mas, no contexto prático, como afirmam CARVALHO & CASTRO (1979) "a função de um profissional se explica à medida que ele desenvolve suas atividades. Assim, o que importa não é o que ele faz com autonomia no âmbito de suas funções, principalmente no desempenho daquelas atividades que lhe são mais próprias. Por isto, a prática é que determina a posição e o status da enfermeira na sociedade. Tanto mais elevados serão esta posição e este status, quanto mais adequada a prática às necessidades e expectativas sociais e quanto mais valorizados forem os problemas que a profissão se propõe a resolver..."

As questões relativas à prática e à autonomia da enfermagem e do enfermeiro têm merecido questionamentos externos, a exemplo do que fez Castro Neto, então Secretário Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde, quando diz que "apesar do grupo de enfermagem constituir pelo menos 60% do pessoal, em qualquer instituição de saúde, a enfermagem não está presente nos níveis de decisão"?

Por que não tem conseguido influir nas decisões que dizem respeito ao seu próprio papel na equipe de saúde, à sua própria prática?

Por que até hoje, no país, a enfermagem não conseguiu ainda nem sequer desempenhar suas funções autônomas de enfermagem, que conduzem ao auto-desenvolvimento do homem em busca da saúde?

Há, no entanto, que se ampliar a crítica e a compreensão tanto da prática quanto do saber da enfermagem, e de que forma este saber contribui para a autonomia do enfermeiro. Em relação a isto, várias colocações têm sido apresentadas, mesmo em trabalhos que não tratam especificamente da autonomia do enfermeiro e da enfermagem, como por exemplo o de SILVA (1979) quando diz: "... apesar das alterações efetivamente ocorridas no desempenho da enfermagem, entre nós, (burocratização, intelectualização), nas duas últimas décadas, o seu aparato ideológico parece que se manteve inalterável: nightingaleano."

"Por outro lado, ao mesmo tempo em que a enfermeira se intelectualiza e/ou se burocratiza, ela passa a ocupar, segundo alguns testemunhos, uma posição cada vez mais marginal, na equipe de saúde, em relação às demais categorias da enfermagem." E cita Mendes: "demonstra isto ao constatar que cerca

de 70% da assistência de enfermagem no hospital-escola, que pesquisou, é realizada por atendentes."

CHAVES (1980), em trabalho realizado sobre "O compromisso social do Enfermeiro", com uma população de 207 enfermeiros dos que compareceram ao XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem e que voluntariamente responderam ao instrumento da coleta de dados, manifesta-se dizendo que "... a autonomia profissional do grupo estudado, ainda não está bastante assegurada, mesmo quando a definição da situação de desigualdade é reconhecida e não aceita. A atuação cotidiana dos enfermeiros estudados continua a vacilar entre um modelo de subjugação administrativa e de autonomia profissional.

"Ações iniciadas e planejadas pelo enfermeiro não encontram dificuldades ou dúvidas quanto à responsabilidade própria de execução. A ambivalência aparece quando o enfermeiro precisa considerar e escolher entre atuação puramente profissional e aquela que é requerida para satisfazer o poder administrativo."

A autonomia da enfermagem e do enfermeiro na realidade brasileira encontra-se em mesma situação que em outros países, conforme atestam autores internacionais.

STUART (1981) apresenta um conceito relacionando autonomia com autoridade profissional. No relacionamento profissional, o profissional faz o que é bom para o cliente. O cliente espera pelo seu julgamento profissional. Sua subordinação à autoridade profissional investe o profissional do monopólio de julgamento. Ele não limita autoridade, entretanto, sua função é confiada para aquelas esferas específicas entre as quais o profissional tem sido educado.

O resultado lógico da autonomia e autoridade do profissional é o prestígio e status coerente na sociedade.

Alcançar este status é um processo vagaroso, o qual requer o uso do poder. Como retorno ao prestígio e status concedidos, a sociedade espera comportamento exemplar da profissão. Ela espera ver clara a indicação de sabedoria, nos líderes profissionais em assunto comunitário e cívico.

Autonomia, portanto, é o último valor para o profissional; ela não é provavelmente alcançada sem ter encontrado as características prévias da escala. Goode (1969) referido por STUART (1981), acredita que autonomia profissional é um traço derivativo que advém de características essenciais de domínio no campo de conhecimento e compromisso com o serviço ideal.

Freidson (1970), citado por STUART (1981), afirma que autonomia é um critério importante e uniforme para distinguir uma profissão de outras ocupações, além de legitimar o controle sobre o trabalho. A competência para o trabalho é a única área em que a autonomia deve existir para promover o status profissional.

Na enfermagem, a obtenção do controle ou autonomia é dirigida inicialmente para obter melhor cuidado com o paciente.

Este cuidado pode apenas ser acompanhado de controle sobre as condições da prática. Segundo STUART (1981), o dilema para a enfermagem é que enfermeiros são predominantemente empregados por organizações, especialmente hospitais (65%) (*American Journal of Nursing*, 1980). Dentro dos hospitais, as decisões sobre cuidados dos pacientes são frequentemente mais influenciadas pela estrutura de autoridade do que pelas neces-

sidades dos pacientes.

A autoridade do hospital repousa nas mãos de administradores, doutores. Regulamentos são formulados por esses grupos sem consultar enfermeiros e com pouca prioridade para dar qualidade ao cuidado de enfermagem.

Boemer & Friedman (1971), citados por STUART (1981), referem que alguns enfermeiros não aceitam isso. Eles organizam forças de mudança e aperfeiçoam o cuidado de enfermagem. Outros enfermeiros tentam escapar do problema "job-hopping", melhorando as condições em qualquer outra parte. Isto deve ter reflexos na alta taxa de rotatividade de enfermagem experienciado por alguns hospitais.

Entretanto, GERMANO (1984) ao estudar a "Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil", diz que: "... a direção intelectual que a ABEn imprime através da Revista e que é difundida entre professores, enfermeiros e estudantes de todo o Brasil, consiste essencialmente, em primeiro lugar, em conceber o social e a sociedade de forma abstrata, despojado de conteúdo histórico e de conflitos sociais, como algo em permanente harmonia ou ainda como sinônimo de relações interpessoais. Em segundo lugar, o Estado é concebido como uma entidade paternal, inquestionável, afinal como um autêntico guardião do bem comum e não como instância de dominação. Por isso mesmo, a ABEn mantém com o Estado relação de colaboração irrestrita e também de subordinação. Em terceiro lugar, a noção de educação e de enfermagem se pauta por conceber a primeira como ensino rígido, autoritário, elitista e pouco criativo, enquanto a segunda é concebida, ao mesmo tempo, sob o prisma do espírito cristão, da obediência e do tecnicismo. Por último,

embora a enfermagem seja considerada uma profissão social, a saúde é encarada muito mais do ponto de vista biológico do que enquanto determinação social; e a promoção da saúde da população é condicionada à existência de profissionais que possam prevenir e curar as doenças, entre as quais se destaca o papel do enfermeiro como educador que é por excelência.

Além disso, cabe mencionar que os interesses dos enfermeiros, enquanto categoria profissional, não são colocados de forma autônoma. Nesse sentido, as reivindicações aparecem sempre como apelos dirigidos à sensibilidade e à boa vontade dos governantes, através dos quais se invoca a tutela do Estado."

Isto exemplifica-se na prática com discursos como o realizado por OLIVEIRA (1980), dirigido ao Ministro da Saúde, quando de seu comparecimento ao XXXII Congresso de Enfermagem, no qual declara: "Os enfermeiros aqui presentes neste Congresso e mesmo aqueles que aqui não puderam comparecer confiam em que V. Ex^a, durante seu operoso mandato, há de corrigir e sanar tão injustiçado tratamento à classe que tanto tem se empenhado para tornar mais efetivas as práticas de saúde no país."

4.2.4. Uso da Organização Profissional como Referência Principal

Refere-se a subescala 1 ao uso da organização profissional como referência principal, a partir de leitura sistemática de revistas e jornais técnicos, participação em encontros profissionais e, o apoio dos enfermeiros às entidades de classe e das entidades aos enfermeiros. De acordo com a tabela 10, obteve-se dos sujeitos um escore médio transformado de 15,9620 pontos que, quando comparado às demais subescalas, ocupa o segundo posto por nível de escore médio. Deste resultado advém o

seguinte questionamento: o fato de 92,4% dos enfermeiros estudados serem sócios da ABEn poderia ter influenciado neste resultado?

HEREDIA & VIEIRA (1975) ao questionar as enfermeiras em seu trabalho sobre "a importância de frequentar reuniões da ABEn", obtiveram os seguintes resultados: 78% (98 informantes) responderam que é importante, 6% (8 informantes) acharam que não é importante, e 13% (16 informantes) disseram que não sabiam. Em suas conclusões, afirmam que "a importância da frequência às reuniões da ABEn é reconhecida mesmo pelas enfermeiras que não as frequentam". E "a maioria dos enfermeiros coloca a Associação em primeiro lugar como responsável pela melhoria do "status" profissional."

4.2.5. Crença no Serviço para o Público

A subescala 2, referente à crença no serviço para o público, cuja questão central é a importância da enfermagem para a sociedade e em relação a outras profissões, os sujeitos obtiveram um escore médio de 17,1319 pontos, sendo este o mais elevado quando comparado com as demais subescalas. Indicam, desta forma que o profissionalismo foi mais evidente através da crença no valor da enfermagem para a sociedade. Resultado este, estatisticamente significativo a um nível de 0,05. Isto seria esperado por todos aqueles que optaram ou foram levados à enfermagem.

A partir deste resultado obtido, deduzem-se questionamentos que podem ser sustentados nas considerações contidas em outros trabalhos que têm relações com o presente estudo. Entretanto, há que se questionar, embora o instrumental utilizado não permitisse apreender, o que constitui o valor da enfermagem para a sociedade e o que o legitima.

Os argumentos empíricos, em sua maioria aplicados para justificar a importância da enfermagem para a sociedade, têm sido os de que esta categoria profissional é quem realiza cerca de 70,0% das ações de saúde e que nos Hospitais, é quem presta assistência nas 24 horas.

Mas, os argumentos conhecidos e adotados pelo pessoal de enfermagem nem sempre correspondem aos estabelecidos pela sociedade, e JACOX (1979) isto manifesta quando diz: *"la opinión que las enfermeras tienen de si mismas como profesionales no siempre coincide con la definición que otras personas adjudican a los profesionales."*

Exemplo disto, é o que refere SANTOS E VIEIRA (1979), "Ao nível de mercado, a enfermagem não é identificada como uma profissão, mas sim, como força de trabalho assalariado que executa parcelas simples do processo produtivo. Daí a crescente absorção de atendentes, mão-de-obra não qualificada de baixo custo e a visível perda de espaço do enfermeiro nos serviços de saúde. O enfermeiro é contratado não para prestar uma assistência em função das necessidades da população, mas para realizar o que os empregadores determinam."

Para CARVALHO & CASTRO (1979) "a prática resume o significado de uma profissão na sociedade. Porque nela se substancia a realização do compromisso social, o qual, sendo obrigatório e coletivo, garante à profissão sua continuidade no tempo."

É possível que a crença no valor do serviço para o público tenha relação com a questão da continuidade da profissão no tempo, mas, em nosso entendimento isto somente se concretizaria na prática com, no mínimo, a valorização e utiliza

ção de todos os componentes das cinco subescalas utilizadas.

Nos sujeitos estudados neste trabalho, identificou-se que o profissionalismo foi evidenciado pela maior valorização da subescala 2 - crença no serviço para o público, pois, a mesma obteve um escore médio transformado maior que as demais subescalas, resultado estatisticamente significativo a um nível de 0,05 de significância.

O profissionalismo expressado pelos enfermeiros não apresentou diferença significativa nas subescalas 1 - uso da organização profissional como referência principal, 5 - senso de autonomia e 4 - vocação para a prática, embora as mesmas tenham sido comentadas face à apresentação em ordem crescente do escore médio transformado.

Observou-se que, na subescala 3 - auto-regulamentação os enfermeiros apresentaram o mais baixo escore transformado em relação às demais subescalas.

TABELA 10 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES MÉDIOS TRANSFORMADO DO MPE DOS SUJEITOS EM CADA SUBESCALA, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

SUBESCALA	ESCORE MÉDIO TRANSFORMADO
1. Uso da Organização Profissional como referência principal	15,9620
2. Crença no Serviço para o Público	17,1519
3. Auto-regulamentação	11,8284
4. Vocação para a prática	15,0759
5. Autonomia	15,3984

4.3. Relação das Variáveis Características dos Sujeitos com o Profissionalismo

Os dados da Tabela 11, referem-se à comparação entre os escores médios transformados do MPE nas cinco subescalas, dos sujeitos agrupados por Hospital. Os resultados transformados permitem evidenciar que somente a subescala 3, referente a auto-regulamentação, apresentou diferença estatisticamente significativa.

A um nível de significância de 0,05 e através dos escores transformados na subescala 3, acerca da auto-regulamentação, podemos afirmar a respeito do escore médio transformado que:

1) no Hospital D é maior que no Hospital C;

- 2) no Hospital D é maior que no Hospital A;
- 3) no Hospital D é menor que no Hospital B;
- 4) no Hospital A é menor que no Hospital B.

Com o mesmo nível de significância, na subescala 3, para os resultados obtidos, não podemos afirmar que há diferença nos escores médios transformados:

- 1) dos Hospitais D e B;
- 2) dos Hospitais D e A.

Embora o estudo não permita comparações e explicações, considerou-se conveniente apresentar que no estudo referência, o de MONNIG (1972), a autora esperava que enfermeiros em hospitais tivessem menos profissionalismo que outros enfermeiros por causa da estrutura institucional. Mas seus resultados confirmam não diferirem significativamente no grau de profissionalismo dos enfermeiros da comunidade, escritórios ou clínicas. Refere que enfermeiros da comunidade sentem uma vocação maior para a prática enquanto que as de escritório ou clínicas tinham menor vocação para a prática.

Como a totalidade dos sujeitos estudados trabalhava em hospitais, não se aplica ao presente estudo o que a autora anteriormente mencionada refere. Mas chama a atenção a diferença estatisticamente significativa observada somente na auto-regulamentação.

TABELA 11 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES MÉDIOS DO MPE
OBTIDOS NOS SUJEITOS AGRUPADOS POR HOSPI-
TAL, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE
1984.

FREQUÊNCIA E ES- CORE TOTAL SUBESCALA	HOSPITAL D (N = 8)		HOSPITAL C (N = 20)		HOSPITAL A (N = 14)		HOSPI- TAL B (N=37)		PROBABILI- DADE ERRO TIPO I
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	P
1. USO DA ORGANI- ZAÇÃO	15,0	2,1	16,0	2,3	15,2	2,2	16,4	3,0	0,3482
2. CRENÇA NO SER- VIÇO PARA O PÚBLICO	20,5	1,6	20,4	2,7	20,8	2,5	20,6	2,9	0,9698
3. AUTO-REGULAMEN- TAÇÃO	22,0	3,2	19,2	3,1	20,2	3,9	22,6	3,7	0,0059*
4. VOCAÇÃO PARA A PRÁTICA	15,1	1,6	15,2	2,6	15,4	2,5	14,9	2,7	0,9226
5. AUTONOMIA	20,8	2,1	22,5	2,5	20,8	2,9	21,1	2,6	0,1797

* Significativo a um nível de 0,05.

Os dados da Tabela 12 referem-se à comparação entre os escores médios transformados do MPE nas cinco subescalas, dos sujeitos agrupados por entidade mantenedora do Hospital. Nos resultados obtidos, verificou-se que somente na subescala 3, referente à auto-regulamentação, houve diferença estatisticamente significativa.

A um nível de significância de 0,05 e através dos escores transformados observados na subescala 3, acerca da auto-regulamentação, pode-se afirmar a respeito do escore médio transformado que:

- 1) na Pública Federal é maior que na Mista;
- 2) na Mista é menor que na Privada.

Com o mesmo nível de significância e para a mesma subescala, não se pode afirmar que há diferença nos escores médios transformados:

- 1) na Pública Federal e Privada

TABELA 12 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES MÉDIOS TRANSFORMADOS DO MPE DOS SUJEITOS AGRUPADOS POR ENTIDADE MANTENEDORA DO HOSPITAL, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

FREQUÊNCIA E ESCORE TOTAL SUBESCALA	TIPO DE INSTITUIÇÃO						PROBABILIDADE ERRO TIPO I P
	PÚBLICA FEDERAL (N = 51)		MISTA (N = 20)		PRIVADA (N = 8)		
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
1. USO DA ORGANIZAÇÃO	16,0	2,8	16,0	2,3	15,0	2,0	0,5575
2. CRENÇA NO SERVIÇO PARA O PÚBLICO	20,6	2,7	20,4	2,7	20,5	1,6	0,9276
3. AUTO-REGULAMENTAÇÃO	21,9	3,8	19,2	3,1	22,0	3,1	0,0190*
4. VOCAÇÃO PARA A PRÁTICA	15,0	2,6	15,1	2,5	15,1	1,5	0,9848
5. AUTONOMIA	21,1	2,7	22,6	2,5	20,9	2,2	0,0901

* Significativo a um nível de 0,05.

Os dados da Tabela 13 referem-se a comparação entre os escores médios transformados do MPE nas cinco subescalas, dos sujeitos agrupados por sexo.

Nos resultados obtidos verificou-se que apenas na subescala 5, referente a autonomia, houve diferença estatisticamente significativa.

A um nível de significância de 0,05 e através dos escores médios transformado na subescala 5, acerca da autonomia, podemos afirmar a respeito do escore médio transformado que: o escore dos sujeitos do sexo masculino é maior que o dos sujeitos do sexo feminino.

Entretanto, há que se ressaltar que o quantitativo de enfermeiros do sexo masculino foi muito pequeno, (5) cinco ao todo, enquanto os do sexo feminino foram 74, o que pode constituir-se em fator limitante para o teste. Os dados obtidos permitem suscitar questionamentos, em especial porque a enfermagem tem história de submissão e de ser profissão eminentemente feminina, enquanto a autonomia refere-se ao máximo de liberdade para agir sem constrangimento por não profissionais e organizações empregadoras.

TABELA 13 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES MÉDIOS TRANSFORMADOS DO MPE DOS SUJEITOS AGRUPADOS SEGUNDO O SEXO, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

FREQUÊNCIA E ESCORE TOTAL SUBESCALA	S E X O				PROBABILIDADE ERRO TIPO I P
	MASCULINO (N = 5)		FEMININO (N = 74)		
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
1. USO DA ORGANIZAÇÃO	17,6	0,8	15,8	2,6	0,1550
2. CRENÇA NO SERVIÇO PARA O PÚBLICO	21,0	2,3	20,5	2,6	0,7181
3. AUTO-REGULAMENTAÇÃO	21,8	3,5	21,2	3,8	0,7592
4. VOCAÇÃO PARA A PRÁTICA	14,6	4,1	15,1	2,3	0,6636
5. AUTONOMIA	24,0	1,1	21,2	2,6	0,0094*

* Significativo a um nível de 0,05

Os dados da Tabela 14 referem-se à comparação entre os escores médios transformados do MPE nas cinco subescalas dos sujeitos agrupados por tempo de graduação.

Nos resultados encontrados, verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os escores médios transformados das cinco subescalas do MPE obtidos dos sujeitos agrupados por tempo de graduação.

Entretanto, há que se ressaltar, que a maior concentração de enfermeiros com menos de 10 anos de graduação pode ter-se constituído em fator limitante ao teste estatístico. Face ao que se tem observado na prática, nos últimos anos, esperava-se que os enfermeiros com menos de 10 anos de graduação tivessem profissionalismo diferenciado dos demais, em especial, com relação às subescalas 3 - auto-regulamentação e 5 - senso de autonomia, face ao momento histórico da criação dos Conselhos e Sindicatos bem como maior conscientização social.

TABELA 14 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES MÉDIOS DO MPE OBTIDOS DOS SUJEITOS ESTUDADOS POR TEMPO DE GRADUADO, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

FREQÜÊNCIA E ESCORE SUBESCALA	ANOS DE GRADUADO										PROBABILIDADE DE ERRO TIPO I P
	0-5 (N = 55)		5-10 (N = 19)		10-15 (N = 2)		20-25 (N = 1)		25-30 (N = 1)		
	\bar{X}	S									
1. USO DA ORGANIZAÇÃO	16,2	2,9	15,0	1,6	18,0	1,4	15,0	0,0	14,0	0,0	0,2857
2. CRENÇA NO SERVIÇO PARA O PÚBLICO	20,6	2,7	20,3	2,4	21,5	2,1	20,0	0,0	22,0	0,0	0,9361
3. AUTO-REGULAMENTAÇÃO	21,8	3,7	20,1	3,9	20,5	4,9	21,0	0,0	18,0	0,0	0,4506
4. VOCAÇÃO PARA A PRÁTICA	15,1	2,4	14,8	3,0	15,5	2,1	16,0	0,0	15,0	0,0	0,9906
5. AUTONOMIA	21,5	2,6	21,1	2,8	23,5	0,7	21,0	0,0	16,0	0,0	0,2239

Os dados da Tabela 15 referem-se à comparação entre os escores médios transformados do MPE nas cinco subescalas, dos sujeitos agrupados por tempo de exercício profissional.

Nos resultados encontrados verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os escores médios transformados nas cinco subescalas do MPE obtidos dos sujeitos agrupados por tempo de efetivo exercício profissional.

Entretanto, ressalte-se que a frequência concentrada nos dois primeiros grupos (0-5:69,3% e 5-10:24,0%) pode ter-se constituído em fatos limitante ao teste estatístico.

MONNIG (1978), em seu estudo sobre profissionalismo de enfermeiros e médicos de Minnesota nos EEUU, encontrou diferença significativa entre enfermeiros com menos de 5 anos de prática e enfermeiros com mais de 5 anos de prática no uso de organizações profissionais, sendo as primeiras com mais baixo nível de profissionalismo. Diz ainda que, nas organizações profissionais, baixo é o número de associados constituído por jovens enfermeiros.

TABELA 15 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES MÉDIOS TRANSFORMADOS DO MPE DOS SUJEITOS ESTUDADOS POR TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

FREQUÊNCIA E ESCORE MÉDIO SUBESCALA	TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL					PROBABILIDADE DE ERRO TIPO I P
	0-5 (N = 52)	5-10 (N = 18)	10-15 (N = 2)	15-20 (N = 1)	20-25 (N = 2)	
	\bar{X} S	\bar{X} S	\bar{X} S	\bar{X} S	\bar{X} S	
1. USO DA ORGANIZAÇÃO	10,2 2,9	15,3 2,0	18,0 1,4	15,0 0,0	15,0 1,4	0,5343
2. CRENÇA NO SERVIÇO PARA O PÚBLICO	20,4 2,6	20,6 2,8	21,5 2,1	20,0 0,0	19,5 3,5	0,9613
3. AUTO-REGULAMENTAÇÃO	21,9 3,8	19,6 3,5	20,5 4,9	21,0 0,0	17,5 0,7	0,1540
4. VOCAÇÃO PARA A PRÁTICA	14,9 2,4	15,0 3,1	15,5 2,1	16,0 0,0	15,0 0,0	0,9934
5. AUTONOMIA	21,6 2,6	20,9 3,0	23,5 0,7	21,0 0,0	18,0 2,8	0,2599

Os dados da Tabela 16 referem-se à comparação entre os escores médios transformados do MPE das cinco subescalas, dos sujeitos agrupados por renda mensal em salários mínimos.

Nos resultados encontrados, verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os escores médios transformados das cinco subescalas do MPE obtidos dos sujeitos agrupados segundo a renda mensal em salários mínimos.

Não há registro no estudo de MONNIG (1978), sobre a relação do grau de profissionalismo com o salário.

Face às considerações de JACOX (1979) citados quando da descrição da Tabela 8 do presente estudo, esperava-se que houvesse diferenciação do profissionalismo, principalmente na subescala 1, o que representaria uma provável busca de mudança.

TABELA 16 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES MÉDIOS TRANSFORMADOS DO MPE DOS SUJEITOS ESTUDADOS SEGUNDO RENDA MENSAL EM SALÁRIO MÍNIMO, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

FREQUÊNCIA E ESCORE MÉDIO SUBESCALA	RENDA MENSAL - SALÁRIOS MÍNIMOS (SM) *						PROBABILIDADE ERRO TIPO I P
	2 ----- 5 SM (N = 20)		5 ----- 8 SM (N = 50)		8 ----- 11 SM (N = 7)		
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
1. USO DA ORGANIZAÇÃO	15,6	2,2	16,0	2,8	15,7	1,7	0,8354
2. CRENÇA NO SERVIÇO PARA O PÚBLICO	21,3	3,0	20,2	2,5	21,1	2,3	0,2689
3. AUTO-REGULAMENTAÇÃO	21,8	4,0	21,5	3,7	18,4	3,4	0,1115
4. VOCAÇÃO PARA A PRÁTICA	15,1	2,4	14,8	2,5	16,5	2,6	0,2304
5. AUTONOMIA	20,4	2,8	21,7	2,3	22,1	3,7	0,1294

* SM = Salário mínimo, em outubro de 1984 = Cr\$ 96.000,00.

Os dados da Tabela 17 referem-se à comparação entre os escores médios transformados do MPE das cinco subescalas

dos sujeitos agrupados segundo a titulação acadêmica.

Nos resultados encontrados verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os escores médios transformados das cinco subescalas do MPE obtidos dos sujeitos agrupados segundo a titulação acadêmica.

A questão do profissionalismo, de acordo com o conteúdo das cinco subescalas, não tem diferença estatisticamente significativa, quando avaliada entre os enfermeiros portadores do título de graduação ou de especialista. Fica, então, mais um questionamento: Será que mais anos de estudo não favorecem realmente o profissionalismo, ou esta questão ainda não está inserida adequadamente nos cursos?

No trabalho de MONNIG (1978), há registro de que enfermeiros com grau de mestre, usam organizações profissionais na sua maioria, mas têm menos vocação para a prática. Enfermeiras graduadas sentem maior vocação para a prática, ou, em outras palavras, formam um sentimento mais forte de dedicação, ainda que bases diferentes de educação não fazem impacto específico sobre enfermeiros nas três (3) áreas de profissionalismo: crença no serviço para o público, crença na auto-regulamentação e autonomia.

TABELA 17 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES MÉDIOS TRANSFORMADOS DO MPE DOS SUJEITOS ESTUDADOS SEGUNDO A TITULAÇÃO ACADÊMICA, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

FREQUÊNCIA E ESCORE TOTAL SUBESCALA	TITULAÇÃO ACADÊMICA				PROBABILIDADE ERRO TIPO I P
	GRADUAÇÃO		ESPECIALIZAÇÃO		
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
1. USO DA ORGANIZAÇÃO	15,7	2,8	16,4	2,2	0,2516
2. CRENÇA NO SERVIÇO PARA O PÚBLICO	20,3	2,9	20,9	1,9	0,3306
3. AUTO-REGULAMENTAÇÃO	21,3	3,7	21,2	3,9	0,9300
4. VOCAÇÃO PARA A PRÁTICA	14,9	2,2	15,3	2,8	0,4159
5. AUTONOMIA	21,2	2,8	21,9	2,5	0,2657

Os dados da Tabela 18 referem-se à comparação entre os escores médios transformados do MPE nas cinco subescalas dos sujeitos agrupados segundo sua afiliação ou não à ABEn.

Nos resultados encontrados, verificou-se que não há diferença significativa entre os escores médios nas cinco subescalas do MPE obtidos dos sujeitos estudados segundo sua afiliação à ABEn.

Respeitadas as limitações do teste, pois somente seis (6) enfermeiros não eram sócios da ABEn por ocasião da entrevista, chama a atenção, o fato de não se terem obtido escores médios transformados diferentes e estatisticamente significativos entre os enfermeiros sócios e os não sócios da ABEn. Apesar disso, observa-se que a subescala 1 e a subescala 2 foram as que obtiverem escores médios transformados maiores entre os associados, enquanto as demais subescalas obtiveram escores médios transformados maiores entre os não associados.

TABELA 18 - COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES MÉDIOS TRANSFORMADOS DO MPE DOS SUJEITOS ESTUDADOS SEGUNDO SUA AFILIAÇÃO À ABEn, EM FLORIANÓPOLIS, EM NOVEMBRO DE 1984.

FREQUÊNCIA E ESCORE TOTAL SUBESCALA	AFILIAÇÃO À ABEn				PROBABILIDADE ERRO TIPO I P
	SIM (N = 73)		NÃO (N = 6)		
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
1. USO DA ORGANIZAÇÃO	16,0	2,7	14,8	1,1	0,2811
2. CRENÇA NO SERVIÇO PARA O PÚBLICO	20,6	2,6	20,3	2,9	0,8125
3. AUTO-REGULAMENTAÇÃO	21,1	3,7	24,0	3,4	0,0690
4. VOCAÇÃO PARA A PRÁTICA	15,0	2,5	15,5	1,6	0,6691
5. AUTONOMIA	21,4	2,6	21,7	3,4	0,8152

C A P Í T U L O 5

RESUMO DOS RESULTADOS
CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES, CONTRIBUIÇÃO,
IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1. RESUMO DOS RESULTADOS

5.1.1. Com Relação às Características dos Sujeitos

De acordo com as informações obtidas dos 79 sujeitos estudados, 88,5% tinham idades compreendidas entre 24 a 33 anos; 53,8% eram casados; 83,1% tinham menos de 5 anos como associado da ABEn; 48,1% trabalhavam em unidades de Internação, 74,4% tinham até 5 anos de inscrição no COREN; 69,3% tinham menos de 5 anos de efetivo exercício profissional; 85,1% tinham menos de 5 anos de serviço no emprego atual; 65,0% tinham salários compreendidos entre 5 e 8 salários mínimos; 70,5% tinham menos de 5 anos de graduação como enfermeiros.

5.1.2. Em Relação ao Profissionalismo

A subescala 2 - crença no serviço para o público, apresentou um escore médio transformado maior que as demais subescalas, sendo a diferença estatisticamente significativa a um nível de 0,05.

A subescala 3 - auto-regulamentação apresentou o menor escore médio transformado em relação às demais subescalas do MPE.

As subescalas 1 - uso da organização profissional como referência principal; 4 - vocação para a prática e 5 - senso de autonomia, não apresentaram diferença significativas entre si, uma vez que obtiveram escores médios transformados semelhantes.

A comparação entre os escores médios transformados do MPE, nas cinco subescalas dos sujeitos agrupados por hospi-

tal e por entidade mantenedora dos hospitais, demonstraram que somente a subescala referente à auto-regulamentação apresentou diferença estatisticamente significativa.

A comparação entre os escores médios transformados do MPE nas cinco subescalas dos sujeitos agrupados por sexo, demonstrou que somente a subescala referente à autonomia apresentou diferença estatisticamente significativa.

A comparação entre os escores médios transformados do MPE, nas cinco subescalas dos sujeitos agrupados por tempo de graduação como enfermeiro, tempo de efetivo exercício profissional, renda mensal em salários mínimos, titulação acadêmica e afiliação à ABEn, demonstrou que não houve diferenças estatisticamente significativas.

5.2. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos segundo a metodologia descrita, consideradas suas limitações e de acordo com os objetivos propostos, apresentados e comentados, levam-nos a inferir, para os 79 sujeitos do presente estudo, que:

- a) as características descritas lhe são peculiares;
- b) com relação ao MPE, a ordem das subescalas segundo o valor dos escores médios transformados, no conjunto, foram: crença no serviço para o público; uso da organização profissional como referência principal; autonomia; vocação para a prática; auto-regulamentação;
- c) apresentaram diferença estatisticamente significativa os escores médios transformados do MPE na subescala referente à auto-regulamentação e dos sujeitos agrupados por hospitais e entidades mantenedoras;
- d) os enfermeiros apresentaram maior profissionalismo do que as enfermeiras, no que se refere a autonomia;
- e) não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios transformados do MPE das cinco subescalas dos sujeitos agrupados por tempo de graduação como enfermeiro, tempo de efetivo exercício profissional, renda mensal em salários mínimos, titulação acadêmica e afiliação à ABEn.

À guisa de conclusão final, este estudo demonstra que há uma limitação do instrumental metodológico tanto para a interpretação dos resultados obtidos como para o estudo do tema se somente aplicado o referencial de MONNIG (1978), previamente definido. Esta constatação, desenvolvida a partir da aplica-

ção do modelo na prática, é que configura o presente trabalho como um procedimento preliminar para reflexão acerca do profissionalismo. O tema requer, a par da descrição de resultados quantitativos obtidos, pesquisas com suporte metodológico e teórico que permitam a explicação dos fenômenos observados.

5.3. LIMITAÇÕES

Considera-se como limitações para o presente estudo:

a) o instrumental metodológico adotado somente com abordagem quantitativa;

b) em muitas das variáveis, características dos sujeitos, houve grande concentração em apenas uma ou duas das categorias da distribuição de frequências, o que pode ter influenciado nos resultados dos testes estatísticos;

c) a utilização do MPE com itens que obtiveram correlação item total subescala abaixo do limite mínimo de aceitação;

d) a utilização de um instrumento, cuja confiabilidade foi muito baixa, não tendo atingido o limite mínimo de 0,70;

e) o fato de ter-se trabalhado com as cinco subescalas do instrumento, o que permite uma visão mais geral e menos aprofundada sobre a questão do profissionalismo;

f) a inexistência de trabalhos similares no Brasil, dificultando o aprofundamento da discussão dos resultados.

5.4. CONTRIBUIÇÃO

Este estudo, que adotou como referência teórica o estudo de MONNIG (1978) sobre "Professionalism of Nurses and Physicians", com base no Inventário Profissional de Hall, com vistas a apreender o profissionalismo dos enfermeiros dos quatro hospitais gerais de Florianópolis, poderá contribuir nos seguintes aspectos:

a) permite refletir sobre a necessidade de estudos sobre o profissionalismo de enfermeiros, em especial nos aspectos referentes à autonomia e ao uso da organização profissional como referência principal;

b) permite refletir ainda sobre a atitude dos enfermeiros que atuam no campo de prática dos quatro hospitais gerais estudados acerca do profissionalismo avaliado pelos itens que compõem as cinco subescalas trabalhadas: uso da organização profissional como referência principal, crença no serviço para o público, crença na auto-regulamentação, vocação para a prática, autonomia;

c) oferece subsídios para que sejam discutidos os conteúdos dos programas de educação continuada em enfermagem, com vistas a despertar maior interesse pela organização profissional e conquista dos direitos da categoria.

5.5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PARA O ENSINO DA ENFERMAGEM

Acredita-se que o que foi observado sobre o profissionalismo nos cinco itens abordados, poderá contribuir para que a enfermagem consolide a sua crença no valor de seu serviço para o público e o ensino seja realizado com vistas a responder às necessidades sociais e contribuir para transformar o exercício e a prática da enfermagem.

Sendo o profissionalismo uma ideologia que impulsiona as atividades associativas, o mesmo deverá ser estimulado nos enfermeiros do campo de prática e/ou em qualquer nível de formação que se encontrem, com vistas a legitimar a enfermagem como uma necessidade social.

No ensino e na prática ainda são pouco difundidas as ações que estimulam e consolidam a participação de enfermeiros em atividades que visem o desenvolvimento profissional da categoria conforme prevê o Código de Deontologia da Enfermagem.

As reflexões apontadas no presente trabalho, a par das limitações metodológicas e da formação do autor, poderão contribuir para novas reflexões acerca da autonomia do enfermeiro e da organização profissional como referência principal, bem como sobre outros aspectos que o profissionalismo envolve e que, no presente trabalho, não foram abordados.

5.6. RECOMENDAÇÕES

Respeitadas as limitações do presente estudo e considerando os resultados, seus comentários e conclusões a que permitiram chegar, recomenda-se que:

a) Em relação ao instrumento:

. sejam reformulados os itens do MPE que obtiveram coeficiente de correlação abaixo de 0,30, para aumentar sua confiabilidade;

. sejam acrescentados mais itens em cada subescala que, a par da elevação do nível de confiabilidade, permitam maior aprofundamento de cada questão contida nas subescalas.

b) Em relação a outros estudos:

. sejam realizados estudos acerca do profissionalismo de enfermeiros que exercem função docente, com vistas a apreender a atitude frente à necessidade da vida associativa;

. sejam realizados estudos qualitativos com vistas à explicação dos determinantes do profissionalismo dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.C.P. et alii. A produção do conhecimento na pós-graduação em enfermagem no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, 1978. Anais... Manaus, ABEn, 1981. pp.119-28.
- AYDELOTTE, M.K. Professional Nursing: The Drive for Governance. In: CHASCA, N.L. The Nursing Profession (a Time to Speak) EEUU, Mc Graw-Hill, 1983. pp.832-6.
- BARROS, M.F.R.J. Uma proposta de padronização de ações de enfermagem na equipe de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 34 (34):232-42, jul/dez 1981.
- BARROS, S.M.P.F. Enfermagem social - seu objetivo de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, 1981. Anais... Manaus, ABEn, 1981. pp.153-9.
- BUICK-CONSTABLE, Byron. The Professionalism Spectre. International Nursing Review. Basel. 16 (2):133-46, 1969.
- BURINI, M.I.. Estudo sobre a Divulgação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) no meio estudantil de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Distrito Federal, 29:127-57, 1976.
- CHAUI, M. O Que é Ideologia. 15.ed. São Paulo, Brasiliense, 1984. 125p.
- CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. Reflexões sobre a prática de Enfermagem. Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza, Ago/1979. pp.51-9.
- CARVALHO, A.C. de. Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976; documentário. Brasília, Folhas Carioca Editora, 1976. 514p.

- CHAVES, D.E. Posicionamento de um grupo de enfermeiros sobre o seu compromisso social. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 33:275-304, 1980.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Documentos básicos do COFEN. Rio de Janeiro, Gráfica e Editora Prensa, 1983. 212p.
- CORADINI, S.R. & BARBIANI, R. A profissional enfermeira frente as influências da evolução histórica da mulher. Revista Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre, 36 (3/4):246-54, jul/dez 1983.
- GRAMER, M. The Ideology of professionalism. Nursing Out Look. pp.108-11, feb 1979.
- GREENWOOD, E. The Elements of Professionalization. In: VOLLMER, H.M. & MILLS, D. Professionalization. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1966.
- GERMANO, R.M. Educação e ideologia de enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez Editora, 1984. 118p.
- HALL, R.H. Professionalism and Bureaucratization. American Sociological Review. San Francisco, 33(1):92-104, feb 1968.
- HEREDIA, M.E.M. & VIEIRA, H.A. O espírito associativo e o enfermeiro no Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro, 28:79-84, 1975.
- IMPERIAL, M.G.S.C. Preparo no campo de trabalho para a vida associativa. Revista Brasileira de Enfermagem. Rio de Janeiro, 23(3/6):103-8, jul/dez 1970.

- JACOX, A. Un problema sub-estimado en enfermeria; la influencia que ejerce sobre la atención al paciente el bien estar economico y social de la enfermeira. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 33(1):8-19, jan 1979.
- JOLIVET, R. Tratado de filosofia. Trad. Gerard Dantas Barreto, Rio de Janeiro, Moura Agir, 1966. pp.354-68.
- KRUGE, E.H.W. Nursing Vocation or professions? The canadian Nurse. pp.34-6, feb 1982.
- MACHADO, Paulo de A. Discurso do Ministro da Saúde na Sole-
nidade de Abertura do XXVIII Congresso Brasileiro de Enfer-
magem e I Congresso Sul Americano do CICIAMS. Revista Bra-
sileira de Enfermagem. 29(3):9-10, jul/set 1976.
- MENDES, D. de C. Recursos humanos na enfermagem - adequação da formação à utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EN-
FERMAGEM, 34, Porto Alegre, 1982. Anais... Porto Alegre, 1982. pp.78-84.
- MERTON, Robert K. The search for professional status - sour-
ces, Costs and Consequences. The American Journal of Nur-
sing, 60(5):662-4, 1960.
- MONNIG, G. Professionalism of nurse and physicians. In: CHAS
CA, N.L. The Nursing - Profession. New York, Mc Graw-Hill,
1978. p.35-49.
- NORONHA, R. e col. Investigaçao acerca do espírito associati-
vo do enfermeiro; um estudo exploratório. Rio de Janeiro ,
1983. 20p. Mimeo.
- NUNNALLY, I.C. Introdução a la Medición. Argentina, Centro Re-
gional de ayuda Técnica, 1970. 61lp.

OLIVEIRA, M.I.R. A Previdência Social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, 1980. Anais... Brasília, ABEn, 1980. pp.25-6.

_____ Enfermagem no contexto da saúde e do desenvolvimento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, São Paulo, 1983. Anais... São Paulo, 1983. pp.105-11.

_____ O enfermeiro e a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Manaus, 1981. Anais... Manaus, ABEn, 1981. pp.19-31.

OLIVI, M.L. Contribuição do debate sobre as tendências da prática de enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro, 1982. 184p. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz. (Tese de Mestrado).

PAIXÃO, W. História da enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro, Júlio C. Reis Livraria, 1979. 139p.

RESENDE, M.A. & RIVERA, S.F. Aceitação da Enfermagem como Profissão. Revista Brasileira de Enfermagem, 13(3):382-93. Rio de Janeiro, 1960.

RIBEIRO, C. de M. Discurso de Abertura. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35, São Paulo, 1983. Anais... São Paulo, 1983. pp.17-9.

REICH, Ben & ADCOCK, C. Valores, Atitudes e Mudanças de Comportamento. Tradução de Eduardo D'Almeida. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

- ROCHA, S.M.M. et alii. Características do saber da Enfermagem Profissional na Área Materno-Infantil. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Florianópolis, 1984. Anais... Florianópolis, UFSC, 1984. pp.173-94.
- SALUM, M.M.C. e col. A visão da comunidade sobre o profissional de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 32(1):75-88, 1979.
- SANTOS, I. & VIEIRA, C.A.B. Análise Crítica da Prática atual de Enfermagem no País. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. Anais... Fortaleza, 1979. pp. 85-91.
- SILVA, A.X. Enfermeiro. Profissional autônomo ou subsidiário? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. Anais... Fortaleza, 1979. pp.71-80.
- STUART, G.W. How Professionalized is Nursing? IMAGE, 3(1):18-23, feb 1981.
- SILVA, M.T.N. da & COMINO, L.B. da S. Legislação e sindicalismo, sindicato dos enfermeiros: um avanço ou um equívoco da categoria? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35, São Paulo, 1983. Anais... São Paulo, 1983. pp.126-34.
- VIEIRA, T.T. & SILVA, A.L.C. Recursos Humanos na Área de enfermagem - adequação da formação à utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, 1982. Anais... Porto Alegre, ABEn, 1982. pp.61-77.
- VOLLMER, H.M. & MILLS, D.L. Professionalization. New York, Prentice Hall, 1966.

A N E X O S

ANEXO 1

Florianópolis, 22 de setembro de 1984.

Prezado(a) Enfermeiro(a)

Estamos realizando um estudo que tem por objetivo "verificar o nível de profissionalismo, segundo as variáveis do inventário de Hall, dos enfermeiros que trabalham em Hospitais Gerais de Florianópolis". Face à inexistência de pesquisa na realidade brasileira que abordasse os aspectos por nós selecionados, adaptamos o modelo as nossas expectativas e realidade local.

Para levarmos a efeito nosso estudo, sentimos necessidade de validação aparente e de conteúdo do instrumento que ora lhe apresentamos em anexo.

Nossa solicitação é de que Vossa Senhoria leia o instrumento e assinale em cada item conforme as alternativas apresentadas e em caso de sugerir exclusão ou modificação, registre a sua sugestão.

Face aos contratempos que independeram de nossa vontade, o tempo está em contagem regressiva.

Assim sendo, solicitamos que seja atendida nossa solicitação até o dia 18/10/84.

Esperando contar com a imprescindível colaboração de Vossa Senhoria, agradecemos e nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cleusa Rios Martins

FORMA 1

FORMULÁRIO SOBRE PROFISSIONALISMO DO ENFERMEIRO

IDENTIFICAÇÃO

1 PROPRIEDADE DA INSTITUIÇÃOPÚBLICA: Federal ()

Estadual ()

Municipal ()

PARTICULAR ()

OUTRA () Especificar:

ENFERMEIRO (A) :

2 Idade em anos: :

4 Estado Civil:

3 Sexo:

5 Salário Atual:

Cr\$

6 Sócio da ABEn: Sim ()

Não ()

Caso afirmativo, cite o número de anos ou
a data da sua inscrição:

7 Recebe periodicamente as revistas da ABEn: Sim ()

Não ()

Não se aplica ()

8 Registro no COREN: Sim ()

Não ()

Caso afirmativo, cite o número de anos
ou a data da sua inscrição: _____

9 Recebe periodicamente Boletim Informativo do COREN:

Sim ()

Não ()

10 Especifique o número de anos/meses de efetivo exercício Profissional: _____

11 Indique a sua Titulação Acadêmica:

Graduação () Mestrado ()

Habilitação () Doutorado ()

Especialização () Outro (especifique): _____

Concordo com todos os itens

Não concordo com os itens

(citar quais)

PARTE I - Uso da Organização Profissional como referência principal:

- Eu participo regularmente de encontros profissionais promovidos pela ABEn - SC.
- Eu participo regularmente de encontros profissionais promovidos pela ABEn - Central.
- Eu acredito que todos os enfermeiros devem apoiar o COREN - SC.
- Eu leio sistematicamente as revistas da ABEn.
- Acredito que todos os enfermeiros devem apoiar a ABEn.
- Acredito que a ABEn (Central), faz por seus associados o que eles desejam ou necessitam.
- Penso que todos os enfermeiros devem participar das decisões de seus órgãos de classe.
- Acredito que a ABEn-SC faz por seus associados o que eles desejam ou necessitam.
- A organização profissional contribui para a determinação de condições justas de trabalho para o enfermeiro.
- Gostaria de ler sistematicamente as revistas da ABEn, mas realmente não o faço.
- Caso deseje,
- Apresente suas considerações acerca das questões anteriormente enumeradas.
- Eu considero necessário a criação do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Santa Catarina.

Concordo deve manter	Excluir	Substituir por

PARTE II - Crença no valor da profissão para a Sociedade:

Concordo deve manter	Excluir	Substituir por

- 1) Outras profissões são de fato mais vitais para a sociedade do que a de enfermeiro.
- 2) Penso que a profissão de enfermeiro é mais importante para a sociedade que qualquer outra.
- 3) A importância da profissão de enfermeiro ainda não está claramente evidenciada na sociedade.
- 4) Toda profissão é importante para a sociedade, inclusive a de enfermeiro.
- 5) Algumas vezes é exagerada a importância dada à profissão de enfermeiro.
- 6) Penso que só os enfermeiros acham sua profissão muito importante.
- 7) Se possível, apresentar considerações acerca das questões acima relacionadas.

PARTE III - Crença da Auto-regulamentação da profissão:

Concordo deve manter	Excluir	Substituir por

- 1) Um problema da profissão é que não há ainda uma legislação do exercício profissional, adequada.
- 2) A maioria dos enfermeiros tem uma boa idéia acerca do Código de Deontologia da Enfermagem (Resolução COFEN-09 de 04/10/75).
- 3) Não há um modelo de avaliação do exercício profissional dos enfermeiros.
- 4) Ainda não se tem adequadamente definido o trabalho do enfermeiro.

- 5) A maioria dos enfermeiros ainda não conhece de fato o que este profissional faz.
- 6) A maioria dos enfermeiros ainda não participa da determinação do modelo de ensino e do exercício profissional do enfermeiro.
- 7) Um dos problemas da profissão é que um grande número de instituições de saúde não tem em seu quadro de pessoal o enfermeiro.
- 8) A maioria dos enfermeiros conhece o Código de Processo Ético (resolução COFEN - 10 de 04/10/75).
- 9) A maioria dos enfermeiros conhece o Código de Transgressões e Penalidades (resolução COFEN - 19, de 20/12/75).
- 10) Se possível, apresentar considerações acerca das questões acima apresentadas.

Concordo deve manter	Excluir	Substituir por

PARTE IV - Vocação para a Profissão:

- 1) A maioria dos enfermeiros acredita que, para o exercício profissional, é necessário: abnegação, obediência e dedicação.
- 2) A maioria dos enfermeiros permanecem nesta profissão apesar dos baixos salários.
- 3) A maioria dos enfermeiros não reconhece que haja autonomia entre os seus interesses e os da instituição.
- 4) A maioria dos enfermeiros acredita que não deve se envolver com os aspectos políticos da profissão.

Concordo deve manter	Excluir	Substituir por

- 5) Alto nível de idealismo é fundamental para o exercício da profissão de enfermeiro.
- 6) A vocação é fundamental para o trabalho do enfermeiro.
- 7) Caso deseje, apresente suas considerações acerca das questões acima citadas:
(Prática da profissão)
(Exercício da profissão)

Concordo deve manter	Excluir	Substituir por

PARTE V - Sentimento de autonomia:

- 1) Eu decido sobre o que é feito no meu trabalho como enfermeiro.
- 2) Eu não tenho muita oportunidade para tomar decisões.
- 3) Eu sou meu próprio chefe no meu trabalho como enfermeiro.
- 4) A maioria das minhas decisões são avaliadas por outras pessoas.
- 5) Eu preferia que minhas decisões como enfermeiro independessem do trabalho de outros profissionais.
- 6) Minhas decisões não são autônomas haja visto a existência de uma equipe de enfermagem.
- 7) Eu preferia que o trabalho da enfermagem fosse executado, em sua totalidade, pelo enfermeiro.

Concordo deve manter	Excluir	Substituir por

ANEXO 2

Florianópolis, 17 de outubro de 1984.

Prezado(a) Enfermeiro(a),

Vimos à presença de Vossa Senhoria solicitar que reavalie o instrumento em anexo. Tal solicitação decorre de que, em nosso primeiro contato não enviamos a interpretação conceitual de cada subescala e do termo profissionalismo. Além disso, não havíamos apresentado no instrumento quais os itens considerados positivos e os negativos para a composição da escala Likert.

Assim sendo, esclarecemos:

1) Entende-se por profissionalismo a ideologia e as atividades associativas que podem ser encontradas em muitos e diversos grupos ocupacionais, cujos membros desejam um status profissional.

2) A interpretação conceitual de cada subescala e a definição de que os itens são positivos (+) ou negativos (-) encontram-se no próprio instrumento.

Desejamos contar mais uma vez com a colaboração de Vossa Senhoria, no sentido de verificar:

a) Se há coerência entre os itens de cada subescala com a interpretação conceitual;

b) Se os itens de cada subescala estão redigidos claramente;

c) Se concorda que os mesmos itens sejam positivos (+) ou negativos (-).

Outrossim, solicitamos a Vossa Senhoria que o prazo de devolução seja até o dia 23/10/84.

Segue em anexo um original "Hall's Professional Inventory".

Agradecemos a Vossa atenção e colaboração.

Cleusa Rios Martins

FORMA 2

FORMULÁRIO SOBRE PROFISSIONALISMO DO ENFERMEIRO

IDENTIFICAÇÃO

1 PROPRIEDADE DA INSTITUIÇÃO:PÚBLICA: - Federal ()

- Estadual ()

- Municipal ()

PRIVADA: ()OUTRA: () Especificar:ENFERMEIRO (A):

2 Idade em anos:

4 Estado Civil:

3 Sexo:

5 Salário Atual: Cr\$

7 Sócio da ABEn Sim ()
atualmente Não ()6 Ano da admissão no emprego
atual:Caso afirmativo, cite o número de anos de
sua inscrição:

Caso negativo, apresente seus motivos:

8 Sendo sócio de outra entidade indique o nome: _____

9 Área em que trabalha:

Unidade Internação ()

Ambulatório ()

UTI ()

Centro Cirúrgico ()

Centro de Material ()

Outros: especificar:

10 Recebe atualmente, com regularidade as revistas da ABEn:

Sim ()

Não ()

Não se aplica ()

11 Registro no COREN: Sim ()

Não ()

Caso afirmativo, cite o número de anos da sua inscrição: _____

Caso negativo, apresente seus motivos:

12 Recebe periodicamente Boletim Informativo do COREN:

Sim ()

Não ()

13 Especifique o número de anos de efetivo exercício profissional: _____

14 Indique a sua Titulação Acadêmica:

Graduação () Mestrado ()

Habilitação () Doutorado ()

Especialização () Outro (especifique): _____

15 Ano de Graduação como enfermeiro: _____

MODELO DE PROFISSIONALISMO EM ENFERMAGEM

SUBESCALA 1 - Uso de organização profissional como referência principal.

É constituído por organizações formais de grupo de vivência profissional informal, como principais fontes de idéias e para julgamento do trabalho profissional.

- + 1. Eu leio sistematicamente revistas e jornais técnicos
- + 2. Eu participo regularmente de encontros profissionais realizados em Santa Catarina, em Florianópolis.
- + 3. Eu acredito que todos os enfermeiros devem apoiar as entidades de classe.
- 4. A organização profissional ou entidades de classe não faz realmente muito para seus associados no que eles desejam ou necessitam.
- 5. Gostaria de ler frequentemente revistas e jornais técnicos, mas realmente não o faço.

Discordo Muito	Discordo Pouco	Não concordo, Nem Discordo	Concordo Pouco	Concordo Muito
1				
1				
1				
5				
5				

SUBESCALA 2 - Crença no serviço para o público.

"A convicção de que a profissão é indispensável e absolutamente essencial para a sociedade".

- 1. Outras profissões são de fato mais vitais do que a minha para a sociedade.
- 2. Eu penso que a minha profissão, mais que qualquer outra, é essencial para a sociedade.
- 3. A importância da minha profissão é algumas vezes superes timada.
- 4. Algumas outras ocupações são realmente mais importantes para a sociedade, do que a minha.
- + 5. Se uma profissão é indispensável para a sociedade, esta é a minha.
- + 6. Toda profissão é importante para a sociedade inclusive a minha.

Discordo Muito	Discordo Pouco	Não concordo, Nem Discordo	Concordo Pouco	Concordo Muito
5				
1				
1				
5				
1				
1				

SUBESCALA 3 - Crença na auto regulamentação

"A opinião de que apenas os enfermeiros podem julgar seu próprio desempenho".

Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo Pouco	Concordo Muito
5				
1				
5				
5				
5				
5				
1				
1				

- 1. Um problema nesta profissão é que não há ainda uma adequada legislação do exercício profissional.
- + 2. A maioria dos enfermeiros têm uma boa idéia acerca do Código de Deontologia da Enfermagem.
- 3. Nós não temos um modelo de avaliação do exercício profissional dos enfermeiros.
- 4. Ainda não é adequadamente definido o trabalho do enfermeiro.
- 5. A maioria dos enfermeiros ainda não conhece, de fato o que este profissional faz.
- 6. Um dos problemas da profissão é que um grande número de instituições de saúde não tem em seu quadro de pessoal o enfermeiro.
- 7. A maioria dos enfermeiros conhece o Código de Processo Ético (Resolução COFEN-10 de 04/10/75).
- 8. A maioria dos enfermeiros conhece o Código de Transgressões e Penalidades (Resolução COFEN-19, de 20/12/75).

SUBESCALA 4 - Vocação para a profissão.

"Refere-se a dedicação do profissional para o trabalho e para servir à sociedade acima de outros interesses."

Discrepância Muito	Discrepância Pouco	Não Concordo, Nem Discrepância	Concordo Pouco	Concordo Muito
1				
5				
5				
1				
1				

- + 1. As pessoas, nesta profissão, têm uma real vocação para seu trabalho.
- 2. A maioria dos enfermeiros acredita que para o exercício profissional é necessário: abnegação, obediência e dedicação.
- 3. A maioria dos enfermeiros permanece nesta profissão apesar dos baixos salários.
- + 4. Alto nível de idealismo é fundamental para o exercício da profissão de enfermeiro.
- + 5. A vocação é fundamental para o trabalho do enfermeiro.

SUBESCALA 5 - Sentimento de autonomia.

"A crença de que o profissional deveria ter o máximo de liberdade para agir sem constrangimento imposto por não profissionais ou organizações empregadoras".

- + 1. Eu tomo minhas próprias decisões quanto àquilo que é feito no meu trabalho.
- 2. Eu não tenho muita oportunidade para exercitar meu próprio julgamento.
- + 3. Minhas próprias decisões estão sujeitas à revisão.
- + 4. Eu sou meu próprio chefe em quase toda situação relacionada ao trabalho.
- 5. A maioria das minhas decisões são revistas por outras pessoas.
- + 6. Eu preferia que minhas decisões como enfermeiro independentemente do trabalho de outros profissionais.
- + 7. Eu preferia que o trabalho da enfermagem fosse executado em sua totalidade pelo enfermeiro.

Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Concordo, Nem Discordo	Concordo Pouco	Concordo Muito
1				
5				
1				
1				
5				
1				
1				

ANEXO 3 - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO MPE

Florianópolis, 23 de outubro de 1984.

Prezado Colega,

Cleusa Rios Martins, enfermeira do Hospital Governador Celso Ramos, está executando um projeto de pesquisa que visa identificar o nível de profissionalismo de enfermeiros que trabalham em quatro hospitais gerais de Florianópolis. Por isso, vem à presença de Vossa Senhoria solicitar sua colaboração.

Sua colaboração é importante e decisiva para a realização deste trabalho, mas reconhece-se o seu direito de ser ou não voluntário para responder os itens do instrumento anexo.

No caso de se contar com a aquiescência de Vossa Senhoria pede-se que não deixe nenhum item sem resposta.

São duas as formas de responder o instrumento que ora lhe é entregue: na primeira parte, composta de 15 itens, a resposta correspondente deve ser marcada com um x; na segunda parte, composta de 32 itens, assinale com um x a alternativa que melhor corresponda ao seu posicionamento acerca das afirmativas.

Esclarece-se que esta pesquisa será apresentada ao curso de pós-graduação em Ciências de Enfermagem da UFSC, com vistas à obtenção de título de Mestre em Ciências de Enfermagem.

Pela sua colaboração, registram-se os agradecimentos.

Cleusa Rios Martins
Rua Irmã Benwarda s/n - H.G.C.R.
Florianópolis - SC

FORMA 3

FORMULÁRIO SOBRE PROFISSIONALISMO DO ENFERMEIRO

IDENTIFICAÇÃO

1 PROPRIEDADE DA INSTITUIÇÃO:PÚBLICA: - Federal ()

- Estadual ()

- Municipal ()

PRIVADA: ()OUTRA: () Especificar:ENFERMEIRO (A):

2 Idade em anos:

4 Estado Civil:

3 Sexo:

5 Salário Atual: Cr\$

7 Sócio da ABEn Sim ()
Não ()6 Ano da admissão no emprego
atual:Caso afirmativo, cite o número de anos de
sua inscrição:

Caso negativo, apresente seus motivos:

8 Sendo sócio de outra entidade indique o nome: _____

9 Área em que trabalha:

Unidade Internação ()

Ambulatório ()

UTI ()

Centro Cirúrgico ()

Centro de Material ()

Outros: especificar:

- 10 Registro no COREN: Sim ()
Não ()
Caso afirmativo, cite o número de
anos de sua inscrição: _____
Caso negativo, apresente seus moti-
vos:
- 11 Especifique o número de anos de efetivo exercício profis-
sional: _____
- 12 Indique a sua Titulação Acadêmica:
- | | | | |
|----------------|-----|----------------------|-------|
| Graduação | () | Mestrado | () |
| Habilitação | () | Doutorado | () |
| Especialização | () | Outro (especifique): | _____ |
- 13 Ano de Graduação como enfermeiro: _____

II PARTE

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem. Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Eu acredito que todos os enfermeiros devem apoiar as <u>en</u> tidões de classe.					
2. Eu penso que a minha profissão, mais que qualquer outra, é essencial para a sociedade.					
3. Nós não temos um modelo de avaliação do exercício <u>pro</u> fissional dos enfermeiros.					
4. As pessoas, nesta profissão, têm uma real <u>vo</u> cação para seu trabalho.					
5. Eu tomo minhas próprias decisões quanto <u>à</u> quilo que é feito no meu trabalho.					
6. Eu leio sistematicamente revistas e jornais técnicos.					
7. Outras profissões são de fato mais vitais do que a minha para a sociedade.					
8. A maioria dos enfermeiros conhece o Código de Processo Ético (Resolução COPEN-10, de 04/10/75).					
9. A maioria dos enfermeiros acredita que, para o exercício profissional, é necessário: abnegação, obediência e <u>dedi</u> cação.					
10. Eu não tenho muita oportunidade para exercitar meu <u>pró</u> rio julgamento.					
11. Eu participo regularmente de encontros profissionais rea- lizados em Santa Catarina, em Florianópolis.					

	Discordar Totalmente	Discordar	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
12. A importância da minha profissão é algumas vezes superestimada.					
13. Um problema nesta profissão é que não há ainda uma adequada legislação do exercício profissional.					
14. A maioria dos enfermeiros permanece nesta profissão apesar dos baixos salários.					
15. Minhas próprias decisões estão sujeitas à revisão.					
16. A organização profissional ou entidade de classe não faz realmente muito por seus associados.					
17. Algumas outras ocupações são realmente mais importantes, para a sociedade, do que a minha.					
18. A maioria dos enfermeiros têm uma boa idéia acerca do Código de Deontologia de Enfermagem.					
19. Alto nível de idealismo é fundamental para o exercício da profissão de enfermeiro.					
20. Eu sou meu próprio chefe em quase toda situação relacionada com o trabalho.					
21. Gostaria de ler sistematicamente revistas e jornais técnicos, mas realmente não o faço.					
22. Se uma profissão é indispensável para a sociedade, esta é a minha.					

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
23. Eu preferia que o trabalho de enfermagem fosse executado em sua totalidade pelo enfermeiro.					
24. Ainda não é adequadamente definido o trabalho do enfermeiro.					
25. Toda profissão é importante para a sociedade, inclusive a minha.					
26. A maioria dos enfermeiros ainda não conhece, de fato o que este profissional faz.					
27. A vocação é fundamental para o trabalho do enfermeiro					
28. A maioria das minhas decisões são revistas por outras pessoas.					
29. Um dos problemas da profissão é que um grande número de instituições de saúde não têm em seu quadro de pessoal o enfermeiro.					
30. Eu preferia que minhas decisões, como enfermeiro, independentessem do trabalho de outros profissionais.					
31. A maioria dos enfermeiros conhece o Código de Transgressões e Penalidades (Resolução COPEN-10, de 20/12/75).					
32. Há poucos enfermeiros que não acreditam no seu trabalho profissional.					

Hall's Professional Inventory

1. Using Professional Organization as Major Referent
 - 1 I systematically read the professional journals.
 - 2 I regularly attend professional meetings at the local level.
 - 3 I believe that the professional organization(s) should be supported.
 - 4 The professional organization doesn't really do much for the average member.
 - 5 Although I would prefer to, I really don't read the journals too often.

2. Belief in Public Service
 - 1 Other professions are actually more vital to society than mine.
 - 2 I think that my profession, more than any other, is essential for society.
 - 3 The importance of my profession is sometimes overstressed.
 - 4 Some other occupations are actually more important to society than mine.
 - 5 If ever an occupation is indispensable, it is this one.

3. Belief in Self-Regulation
 - 1 My fellow professionals have a pretty good idea about each other's competence.
 - 2 A problem in this profession is that no one really knows what his colleagues are doing.
 - 3 We really have no way of judging each other's competence.
 - 4 There is not much opportunity to judge how another person does his work.
 - 5 There are very few people who don't really believe in their work.

4. Sense of Calling to the Field
 - 1 People in this profession have a real "calling" for their work.
 - 2 The dedication of people in this field is most gratifying.
 - 3 It is encouraging to see the high level of idealism which is maintained by people in the field.
 - 4 Most people stay in the profession even if their incomes are reduced.

5 My colleagues pretty well know how well we all do our work.

5. Feeling of Autonomy

1 I make my own decisions in regard to what is done in my work.

2 I don't have much opportunity to exercise my own judgment.

3 My own decisions are subject to review.

4 I am my own boss in almost every work-related situation.

5 Most of my decisions are reviewed by other people.

QUADRO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO - MPE. 1ª VALIDAÇÃO

Peritos*	1	2	3	4	6
Partes p/ validação	1	2	3	4	CONCORDÂNCIA
Parte I Itens de 1 a 11: Características sócio demográficas	Manter todos os itens	Manter todos os itens	Manter todos os itens	Manter todos os itens	100 para todos os itens
Questão 1. Uso da organização profissional como referência principal de 1 a 10 itens.	excluir os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 10. Manter o item nº 9.	Manter todos os itens	Manter os itens de 1 a 9, excluir item 10.	Manter os itens de 1 a 9, excluir item 10.	75 para os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 100 para item 9 100 para o item 10
2. Crença no serviço para o público de 1 a 7 itens.	Manter todos os itens	Manter todos os itens	Manter os itens 1, 3, 4, 5, 6 e 7, excluir o item 2.	Manter todos os itens	100 para os itens 1, 3, 4, 5, 6, 7. 75 para o item 2
3. Crença na auto regulamentação de 1 a 10 itens.	Manter todos os itens	Manter todos os itens	Manter todos os itens	Manter todos os itens	100 para todos os itens
4. Vocação para a prática de 1 a 6 itens.	Manter todos os itens	Manter todos os itens	Manter todos os itens	Manter todos os itens	100 para todos os itens
5. Sentimento de autonomia de 1 a 7 itens.	Manter de 1 a 6, excluir 7	Manter todos os itens	Manter todos os itens	Manter todos os itens	100 para todos os itens
Sugestões	1	2	3	4	
	optar pelo número de anos ou data de inscrição no: .COREN e ABEN .Admissão no emprego	trocar termo privada por particular optar por número de anos ou meses de formação modificar a forma de redação: dos itens 5, 6 da questão 1 dos itens 1, 3 e 6 da questão IV	optar por salário bruto ou líquido inclusão da razão de não ser sócio ABEN modificar a forma de redação: dos itens 1, 5 da questão I. dos itens 2 e 4 da questão III	inclusão da área de trabalho optar por salário bruto ou líquido inclusão da razão de não ser sócio da ABEN modificar a forma de redação do item 5 da questão II fazer todas as frases de forma afirmativa.	

* 2 peritos não responderam.

ANEXO 7

QUADRO DA 2ª VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO, MPE

Subescalas do MPE	Itens da validação	Peritos*				% concordância	Decisão do Pesquisador
		1	2	3	4		
1. Uso da organização de I a 5	a	SIM	SIM	NÃO	SIM	75 100 100	manter os itens
	b	SIM	SIM	SIM	SIM		
	c	SIM	SIM	SIM	SIM		
2. Crença no serviço para o público	a	SIM	SIM	SIM	SIM	100 100 100	manter os itens
	b	SIM	SIM	SIM	SIM		
	c	SIM	SIM	SIM	SIM		
3. Crença na auto-regulamentação	a	NÃO	SIM	SIM	SIM	75 100 75	manter os itens
	b	SIM	SIM	SIM	SIM		
	c	NÃO	SIM	SIM	SIM		
4. Vocação para a prática	a	SIM	SIM	SIM	SIM	100 100 75	manter os itens
	b	SIM	SIM	SIM	SIM		
	c	NÃO	SIM	SIM	SIM		
5. Senso de autonomia	a	SIM	SIM	SIM	SIM	100 100 100	manter os itens
	b	SIM	SIM	SIM	SIM		
	c	SIM	SIM	SIM	SIM		

* 2 peritos não responderam.

a) se há coerência entre os itens de cada subescala com a interpretação conceitual.

b) se os itens de cada subescala estão redigidos claramente.

c) se concorda que os mesmos itens sejam positivos (+) ou negativos (-).