



4º+SENABS

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA RESOLUTIVIDADE
E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

FACULDADE UNIGRAN CAPITAL - CAMPO GRANDE (MS)
27 a 30 de abril de 2014

CONTEÚDO DAS EXPOSIÇÕES DOS PALESTRANTES

AS IDENTIDADES PROFISSIONAIS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA

Maria Amélia de Campos Oliveira¹⁶

Juliana Guisardi Pereira¹⁷

Introdução

Nas últimas décadas temos assistido a grandes mudanças sociais, tanto nos aspectos materiais quanto na subjetividade, e que resultam de transformações sociais e econômicas mais amplas. Essas mudanças têm impacto, também, no mundo do trabalho, alterando a estrutura das ocupações e a organização do trabalho. Podemos observar que está havendo uma reconceituação dos padrões profissionais e do profissionalismo (ANTUNES, 1999; GONÇALVES, 2008).

As origens desse processo de mudanças podem ser identificadas na crise estrutural do capitalismo a partir da década de 1970, que desencadeou um processo de reformulação ideológica e política com vistas a estabelecer novas formas de dominação, por meio do neoliberalismo, cujas marcas foram a privatização estatal e a desregulamentação dos direitos trabalhistas pelo Estado e o mercado de trabalho (ANTUNES, 1999).

Dentre essas mudanças, destacam-se: o predomínio do assalariamento, o surgimento e a expansão de novas formas de vinculação empregatícia, com precarização dos direitos trabalhistas; redução dos padrões de autonomia e autoridade profissionais decorrentes das novas formas de regulação do trabalho; a necessidade crescente de domínio de conhecimentos sobre gestão e liderança, além do conhecimento científico e técnico; e compatibilidade com as expectativas dos clientes (DUBAR, 2005; GONÇALVES, 2008).

Ao mesmo tempo, nota-se o aumento de profissionais na população economicamente ativa, bem como a feminização de vários grupos profissionais e existe tendência ao surgimento de novas profissões com identidades próprias e que requerem seu lugar na divisão social do trabalho, redefinindo assim os antigos limites, e a interdependência entre as profissões vem aumentando (BARBOSA, 1998; GONÇALVES, 2008; RODRIGUES, 1997).

¹⁶ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). macampos@usp.br

¹⁷ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUSP.

Todas essas mudanças sociais e econômicas produzem impactos nas identidades profissionais. O setor saúde, ramo da economia brasileira que emprega cerca de 3,9 milhões de trabalhadores ou 4,3% do total de empregos no país, também sofreu impactos. Novas profissões vêm se inserindo no setor, principalmente devido ao trabalho em equipes multidisciplinares na Atenção Primária à Saúde. Diversas são as modalidades de contratação, bem como as jornadas de trabalho, as formas de remuneração e os modos de desenvolver o trabalho, aumentando a competição e a individualização das carreiras (MACHADO, VIEIRA, OLIVEIRA, 2012).

No caso da Enfermagem, cujo contingente de profissionais no Brasil ultrapassa a marca de 1,5 milhões de trabalhadores, as mudanças no mundo do trabalho também vêm exigindo novos perfis profissionais. Segundo dados de 2012, havia no Brasil 287.119 enfermeiros, 625.863 técnicos e 533.422 auxiliares de enfermagem, o que corresponde a 64,7% da força de trabalho em saúde no País (BARRETO, KRUMPEL, HUMERO, 2012).

Outra mudança importante refere-se ao local de inserção profissional das enfermeiras. Uma pesquisa realizada na década de 1980 sobre o local de trabalho constatou que 70,4% dos trabalhadores de enfermagem concentravam-se em hospitais. Já em 2005 esse percentual era 57,2% e atualmente há perspectiva de manter essa tendência de redução, haja vista que a implementação do SUS e, mais recentemente, da Estratégia Saúde da Família (ESF), vem gerando o aumento de empregos para os profissionais de enfermagem no setor público e na Atenção Primária (BARRETO, KRUMPEL, HUMERO, 2012).

Implantada no Brasil desde 1994, em 2012, a ESF totalizava 32.970 equipes de saúde da família (BRASIL, 2012). Se todas as vagas para enfermeiras nas equipes fossem preenchidas, haveria 32.970 enfermeiras atuando na ESF, ou seja 11,48% dos enfermeiros do País.

A organização do trabalho na ESF propõe que a enfermeira exerça atividades que envolvem desde a coordenação da equipe de Enfermagem até a assistência direta, diferentemente do que ocorria tradicionalmente nas instituições tanto públicas quanto privadas onde esta profissional vinha desenvolvendo seu trabalho, inclusive com ampliação do âmbito de sua prática.

Já é tempo, portanto, de examinarmos os impactos dessas mudanças nas identidades profissionais das enfermeiras. Mais especificamente, o impacto que a inserção na Atenção Básica vem produzindo na identidade profissional das enfermeiras.

A Enfermagem como profissão e seu desenvolvimento no Brasil

Algumas características do desenvolvimento profissional da Enfermagem levam alguns autores a considerá-la uma semi-profissão ou uma ocupação em processo de profissionalização. Para justificar essa posição, destacam a ausência de autonomia técnica plena, a diversidade de categorias profissionais e a falta de especificidade do papel profissional da enfermeira, evidenciada na literatura científica da área e presente nas representações sociais da profissão.

Antigas correntes da Sociologia das Profissões faziam distinção entre profissões, semi-profissões e ocupações em processo de profissionalização. Embora a distinção conceitual entre “profissão”, “ocupação” ou “ofício” já tenha sido objeto de preocupação dos sociólogos, na atualidade é considerada um “desperdício de tempo”, principalmente porque não ajuda a compreender o poder que determinados grupos ocupacionais detêm na sociedade. Para alguns estudiosos do campo da Sociologia das Profissões, mais que estabelecer uma linha demarcatória entre profissão e ocupação, importa considerá-las formas sociais similares que compartilham diversas características (EVETTS, 2009).

Em diversos países, as profissões desempenharam um papel importante na efetivação da ordem capitalista, no contexto de constituição ou reorganização do Estado, diante da necessidade de regular alguns aspectos da vida social e econômica.

A profissionalização da Enfermagem brasileira também ocorreu vinculada à estrutura socioeconômica do País. Em 1890, no contexto da recém-proclamada República, o decreto nº 791/1890 criou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital Nacional de Alienados, também chamado Hospício Pedro II, onde hoje funciona a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; GERMANO, 1985; OGUISSO; MOREIRA, 2005).

Até essa época, a Igreja assumia os cuidados aos doentes nas Santas Casas de Misericórdia e o pessoal médico subordinava-se ao pessoal religioso, que inclusive deliberava sobre a admissão e a alta de pacientes. Entretanto, a classe médica vinha tecendo críticas às Santas Casas pela falta de respaldo científico e pelas condições de trabalho oferecidas aos médicos, alegando que isso poderia comprometer a qualidade da assistência e a geração de conhecimentos sobre doenças, em especial a loucura (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

A substituição da vinculação do Hospício de Pedro II, que passou da Santa Casa de Misericórdia para o Estado, significou uma vitória médica na luta pela hegemonia nos hospitais. A assunção da direção do Hospício por um médico, até então confiada às irmãs de

caridade, tirou o poder e o prestígio que elas desfrutavam, restringindo sua atuação, e culminando com sua retirada do serviço (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Em decorrência, os pacientes ficaram sem cuidados de Enfermagem, gerando uma situação de emergência que oportunizou a vinda de 40 enfermeiras francesas da escola de enfermeiras de Salpêtrière, de Paris, para atuar tanto na assistência aos doentes mentais como nos hospitais civis e militares (BAPTISTA; BARREIRA, 1997; OGUISSO; MOREIRA 2005; PADILHA, BORENSTIEN, SANTOS, 2011).

No início do século XX no País, o fim da escravidão em 1888 e as precárias condições de vida e trabalho haviam gerado escassez de oferta de mão-de-obra para fazer frente à industrialização crescente. Os serviços de saúde pública mostravam-se insuficientes e pouco eficazes para conter as epidemias que dizimavam populações, como a gripe espanhola, que em 1918 atingiu mais de dois terços da população carioca e levou ao óbito cerca de 13 mil pessoas. Todas essas condições sinalizavam a urgência de uma reforma sanitária efetiva (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

O presidente Epitácio Pessoa (1919-1922), que em seu projeto governamental havia dado destaque ao saneamento, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujo diretor geral foi Carlos Chagas. Com isso teve início a primeira reforma sanitária brasileira (BARREIRA, 1997). Por iniciativa de Carlos Chagas foi firmada uma missão de cooperação técnica para o desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, patrocinada pela Fundação Rockefeller e chefiada pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Em 1921, foi criada a Escola de Enfermeiros do DNSP, atualmente Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), voltada ao atendimento das demandas estruturais da então capital federal, o Rio de Janeiro (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Essa foi a primeira escola brasileira organizada e dirigida por enfermeiras, com corpo docente constituído majoritariamente por enfermeiras. Tinha por objetivo formar profissionais para atuar na saúde pública como enfermeiras visitadoras, aconselhando, prestando cuidados, realizando a vigilância (condições de saúde da casa, detecção precoce de doenças), ensinando o cumprimento das prescrições médicas e encaminhando doentes aos médicos (BARREIRA, 1997; BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Embora não tenha sido o primeiro curso de formação de enfermeiras no País, a Escola de Enfermagem do DNSP ganhou importância pela iniciativa do governo brasileiro em

tomar a frente de um projeto sanitário de cunho higienista para atender às necessidades estruturais da capital federal.

Vejam a que inserção da Enfermagem moderna no cenário brasileiro não foi desencadeada pela preocupação com a melhoria da qualidade da assistência, por uma aspiração da sociedade ou por um movimento político de cuidadores, mas antes por imposições políticas (BARREIRA, 1993; BARREIRA, 1998; BARREIRA, 1999; GERMANO, 2010; MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Ao substituir o modelo de polícia médica pela educação sanitária, o governo brasileiro identificou a necessidade de um profissional capaz de efetivar a reforma sanitária brasileira de 1920, qual seja, a enfermeira de saúde pública, por imposição de pessoas externas ao grupo, incumbidas de oficializar e legitimar de forma simbólica a existência das enfermeiras e seu papel na sociedade (BARREIRA, 1993).

O ensino sistematizado da EEAN surgiu para atender a um projeto de saúde pública. Entretanto, o ensino das enfermeiras foi direcionado à prática de Enfermagem de âmbito hospitalar, para subsidiar a Medicina curativa, inclusive pela carga horária que lhe foi destinada, em detrimento dos conteúdos de saúde pública. No espaço de algumas décadas, essa tendência veio a se consolidar e o ensino de Enfermagem seguiu um percurso que buscou atender a expansão das instituições hospitalares, em função das políticas de saúde adotadas pelo Estado brasileiro, principalmente durante o período chamado “milagre econômico” (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

A partir da década de 1970, a Enfermagem brasileira passou a assumir uma posição mais crítica a respeito de seu próprio trabalho, buscando compreender sua inserção social no modo de produção e a influência das relações políticas, históricas e tecnológicas que permeiam sua prática como profissão da saúde (MEDEIROS, 2009).

Na década seguinte, com o fim da ditadura militar e a transição para a democracia, teve lugar o Movimento da Reforma Sanitária, que exerceu papel decisivo na proposição de um novo modelo assistencial de saúde orientado para a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento. Contando com a liderança de acadêmicos e profissionais de saúde e a participação popular, culminou na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (SILVA JUNIOR, 2006).

Desde 1994, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da Atenção Primária à Saúde, tendo em vista reorientar o modelo assistencial, estruturando o trabalho em saúde por meio de equipes multidisciplinares e

tendo a possibilidade de aproximar o cuidado das necessidades de saúde da população. A enfermeira tem importância fundamental como membro ativo na equipe de saúde e junto às coletividades e vem expandindo seu âmbito de atuação, inclusive por meio de regulamentações do exercício profissional nesse nível de atenção à saúde. Com isso, sua visibilidade social e profissional vem se ampliando, como têm demonstrado inúmeros estudos. Mas é possível afirmar que as identidades das enfermeiras vêm mudando?

A construção das identidades profissionais

A questão das identidades vem se tornando gradativamente mais central nas pesquisas da área da Sociologia, especialmente a partir do final da década de 1970, impulsionada pelo processo de globalização e em meio à crise econômica e as consequentes mudanças nos empregos e no mercado de trabalho. Entretanto, o conceito de identidades não é consensual entre os estudiosos do tema; ainda é considerado pouco desenvolvido e, portanto, as teorias a seu respeito permanecem inconclusivas (DUBAR, 2009; HALL, 2005; VIEIRA, 2009).

De acordo com Dubar (2009), o conceito de identidades está ligado a dois pensamentos filosóficos distintos: o *essencialista* e o *nominalista*. O essencialismo, advindo da Sociologia Clássica, supõe a existência de realidades essenciais, imutáveis e originais, ou “realidades em si”, dada sua permanência ao longo do tempo. Nessa perspectiva, as identidades são concebidas como heranças que o indivíduo adquire e que determinam seu comportamento a sua revelia. A identidade social é sinônimo de *categoria de pertencimento*, pois caracteriza dimensões da vida dos indivíduos (renda, escolaridade, etnia, origem social), com vistas a “explicar esses ‘fatos sociais’, isto é, ligar essas maneiras de fazer, (sentir, pensar) a esses pertencimentos considerados determinantes” (DUBAR, 2009; p. 18).

Já o pensamento filosófico denominado *nominalista* rejeita o conceito de uma essência imutável, compreendendo que tudo é variável, inclusive as identidades, subordinando-as à época histórica e ao ponto de vista adotado. Nessa perspectiva, as identidades não dependem da permanência idêntica de algo/alguém, mas são o resultado de uma identificação eventual que incorpora a correlação entre a dimensão pessoal e os fatos sociais contemporâneos. O paradigma nominalista ou existencialista refuta que haja pertencimentos essenciais e estáveis entre os indivíduos e defende a existência de maneiras mutáveis de identificação ao longo da trajetória de vida pessoal e coletiva, sujeitas ao contexto histórico e social. Assim sendo, os modos de identificação ocorrem de duas formas: identificações conferidas pelos outros (identidade para o outro) e identidades reivindicadas pelo próprio indivíduo (identidade para si) (DUBAR, 2009).

O uso do termo “identidades” no plural, portanto, denota uma opção analítica contrária à noção de uma identidade essencial, acabada, autêntica, mas considera, antes, que as identidades (HALL, 2005; SANTOS JUNIOR, 2013):

- manifestam-se na pluralidade: implicando diversos componentes das identidades pessoais (profissional, política, amorosa);
- pressupõem alteridade: diferenciação entre o “eu” e o “outro”, em que sobressaem as *diferenças*;
- envolvem a experiência: a partir das situações vividas subjetivamente nos diferentes espaços de sociabilidade e, portanto, de interações, os indivíduos vão construindo diversas formas de representação identitária ao longo da vida;
- permitem o compartilhamento de interesses: sobressai o que é comum;
- são negociadas ao longo da vida, pelo seu caráter contingente diante das diversas possibilidades oferecidas pelas relações humanas.

Para Dubar (2005), a noção de identidade comporta uma dualidade social que compreende, por um lado, “atos de atribuição” e, por outro, “atos de pertencimento”. Os atos de atribuição buscam definir o tipo de pessoa que se é (identidade para si), incluindo desde a etnia, o estado civil, as designações profissionais etc. Já os atos de pertencimento expressam o tipo de pessoa que se quer ser (identidade para o outro). Dessa forma, é **na e pela** relação com o outro que uma pessoa identifica-se e é levada a aceitar ou recusar as identificações que lhe são atribuídas.

Dubar (2005) admite a relevância das diversas identidades pessoais, mas enfatiza a relevância do **trabalho** na vida pessoal e da **identidade profissional** na vida social. Dado o contexto econômico e social de crise que as pesquisas vêm sinalizando, considera que “...a privação de trabalho é um sofrimento íntimo, um golpe na autoestima tanto quanto uma perda de relação com os outros: uma ferida identitária geradora de desorganização social (DUBAR, 2005; p. XXII)”.

A escola tem papel fundamental na primeira construção da identidade social, geralmente desconectada do mundo profissional. Entretanto, quando da saída do sistema escolar e confrontação com o mundo do trabalho, ocorre um momento essencial da construção da identidade autônoma (DUBAR, 2005).

A iniciação em uma especialidade disciplinar ou técnica tem grande significado na identidade virtual e a confrontação com o trabalho tem grande implicação identitária. É

desse confronto que dependem a identificação pelos outros das competências, do status e da carreira possível para um indivíduo, assim como a construção de seu projeto, aspirações e identidade possível (DUBAR, 2005).

Em decorrência, surge a necessidade de criar estratégias pessoais de “apresentação de si”, o que ultrapassa os limites da escolha de uma profissão ou da aquisição de um diploma, avançando na direção de construir uma estratégia que projete a identidade para si, de auto-avaliação das capacidades e realização de desejos. Dessa forma, a primeira *identidade profissional para si* está constantemente vulnerável a adaptações e conversões (DUBAR, 2005).

A identidade no trabalho é fundada sobre representações coletivas distintas, evidenciada pela maneira pela qual um determinado grupo no trabalho identifica-se com os pares, os chefes e com os demais grupos, de forma a constituir os sujeitos nesse sistema social. Envolve o *poder* nas relações de trabalho, pois é nelas “que se experimenta o enfretamento dos desejos de reconhecimento em um contexto de acesso desigual, movediço e complexo ao poder” (DUBAR, 2005; p. 151).

Ao longo da trajetória de vida, o indivíduo vai construindo suas identidades sociais e profissionais de acordo com as categorias que lhe são apresentadas pelas instituições (família, escola, empresa etc.). Esse processo relacional legitima (ou não) o reconhecimento das identidades associadas a saberes, competências e imagens de si que os indivíduos propõem. Cada geração constrói as identidades a partir dos arranjos herdados da geração antecedente, mas também por mecanismos identitários desenvolvidos nas instituições em que os indivíduos atuam (DUBAR, 2005).

Implicações para a Enfermagem

Sabemos bem que o cuidado de enfermagem é construído na prática diária. É no cotidiano dos serviços que o profissional enfermeiro realiza uma ação em que compreende a si próprio, a relação com o outro e as condições nas quais esse trabalho é feito. Esses mecanismos envolvem o papel prescrito da enfermeira pela instituição e a posição que ocupa na divisão trabalho, bem como a forma como reelabora as referências que tem da profissão. Esses mecanismos nem sempre são coincidentes e, quanto maior essa lacuna, maior a oportunidade de reconstrução identitária. (D’Espiney, 2010)

Durante anos, a fonte de identificação das enfermeiras assentou-se no conhecimento biomédico e nos valores, nos princípios e nas regras das instituições hospitalares, que influenciaram tanto *a identidade para si* e *a identidade para o outro* nesse grupo

profissional. A aproximação com o modelo médico forneceu um substrato importante para conferir significado às ações e intervenções, de forma que as enfermeiras posicionaram-se inicialmente como “auxiliares dos médicos”. Simultaneamente, entretanto, ao assumir a função de “guardiãs do hospital”, imbuindo-se dos valores e normas impostas por esta instituição, afastaram-se parcialmente do domínio da Medicina e firmaram-se com autonomia na gestão dos serviços (D’Espiney, 2006).

Atualmente, nos diversos contextos da Atenção Primária à Saúde, de auxiliar de médico gradualmente a enfermeira vai se transformando em “mini-médico” (faz consultas, prescreve medicações segundo protocolos, solicita exames). Com isso, torna-se socialmente mais valorizada, apesar da menor autonomia e do menor salário.

Além disso, o cuidar das famílias, estabelece com os usuários uma relação personificada e torna-se um profissional de referência no serviço, especialmente para os usuários mais assíduos da Unidade. A imagem que passa a projetar é a de alguém que acompanha o usuário e sua família em seu processo saúde/doença. Além disso, nas UBS a enfermeira é um profissional disponível para realizar a escuta, o que dá aos usuários uma maior possibilidade de aproximação e interação. Esta tarefa, vale ressaltar, é uma iniciativa das próprias enfermeiras, indo para além do que está previsto na Política de Humanização do SUS.

Ademais, a proximidade possibilitada pela visita domiciliária e pelo acompanhamento continuado dos indivíduos e famílias facilita sua participação na busca de soluções para os problemas identificados, possibilitando o desenvolvimento da autonomia e do *empowerment* das pessoas assistidas. A participação do usuário traz tanto a possibilidade de decidir conjuntamente sobre os cuidados de que necessita, como também confere maior horizontalidade sua relação com os profissionais de saúde.

A legitimidade da ação da enfermeira passa “a ser conquistada pelo profissional através da sua capacidade de intervir e de se relacionar com o outro, em situação” (D’Espiney, 2006:17). As atividades realizadas pelas enfermeiras deixam de constituir um fim em si e por si próprias - a centralidade está agora nas intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença.

Todos esses elementos sinalizam uma possibilidade de reconstrução identitária, de transformação da identidade para si (o que a enfermeira pensa sobre si mesma e seu trabalho) e a identidade para o outro (o que os usuários dos serviços e demais profissionais da saúde pensam sobre a enfermeira e seu trabalho).

Na luta pela afirmação e o reconhecimento profissional, a enfermeira continua em busca de uma imagem de si condizente com a concretude de seu trabalho. A negociação de novas identidades é perpassada por diversas lógicas: a das necessidades e problemas de saúde, em que a saúde é um direito de cidadania e um dever do Estado, mas também pela lógica do mercado, em que a saúde é uma mercadoria.

O paradoxo instaura-se quando, na área em que possuem maior autonomia, obtêm menor status social, enquanto a valorização social requer maior dependência do trabalho médico e da tecnologia.

REFERÊNCIAS

- Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
- Baptista SS, Barreira IA. Condições de surgimento das escolas de enfermagem brasileiras". *Revista Alternativa de Enfermagem*. Ano I, n.2, 1997, pp 04-17.
- Barbosa MLO. Para onde vai a classe média: um novo profissionalismo no Brasil? *Tempo Social; Revista de Sociologia da USP*, v10, n 1, 1998, pp 129-142.
- Barreira IA. A prática da enfermagem no Brasil: a enfermeira de saúde pública dos anos 20. *Texto e Contexto Enfermagem*, v.7, n.1, 1998, pp. 42-57.
- Barreira IA. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 7. n. 3, 1999, pp. 87-93.
- Barreira IA. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v. 7. n. 3, 1999, p. 87-93.
- Barreira IA. A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 1993. 335p.
- Barreto IS, Krempel MC, Humerez DC. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. *Enfermagem em Foco*, v. 2, n. 4, p.251-4, 2012.
- Bonelli MG. O Instituto da Ordem dos Advogados Brasileiros e o Estado: a profissionalização no Brasil e os limites dos modelos centrados no mercado. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v. 14. n. 39, 1999, pp 61-81.
- BRASIL, 2012. Número de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/19/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>. Acesso em 04 06 2013.
- D'Espiney ML. Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo / Revista de ciências da Educação*. n.6, maio-agosto, p. 07-20, 2006.
- Dubar C. A socialização: a construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo, Martins Fontes, 2005.
- Dubar C. A crise das identidades: a interpretação de uma mutação. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.
- Evetts J. The sociology of professional groups. *Current Sociology*, v. 54. n.1, 2006, pp. 03-25.

Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: EDUSP, 1998.

Freitas GF. Gênese e incorporação do saber administrativo em enfermagem: análise do discurso a partir das obras El Arte de Enfermería e Notas Sobre Enfermagem. Tese (Livredocência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.35. n.1, 2001, pp.807.

Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1985.

Gonçalves CM. “Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento”. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9224/2/5512000064254.pdf> (16 maio de 2012).

Hall, S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

Larson MS. The rise of professionalism: a sociological analysis. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1977.

Machado MH, Vieira AL, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. Enfermagem em Foco. 3(3): 119-122, 2012.

Medeiros RG. “A Enfermagem do passado e do futuro: perspectivas e desafios do cuidar”. Malagutti W, Miranda SMRC. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. São Paulo: Phorte, 2010.

Moreira M, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

Padilha MIC, Borenstein MS, Santos I (org.). Enfermagem: história de uma profissão. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.

Rodrigues ML. Sociologia das Profissões. Celta Editora:Oieras, 1997.

Santos LAC. “A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.15. n.1, 2008, pp.13-28.

Santos Junior J. Sob o véu da linguagem: desafios e impasses no estudo das identidades. Indagatio Didactica, v. 5, n. 2, p. 506- 516, 2013.

Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec 2006.

Vieira L (org.). Identidade e globalização: impasses e perspectivas da identidade e a diversidade cultural. Rio de Janeiro: Record; 2009.