

MARTA JULIA MARQUES LOPES

O TRABALHO DA ENFERMEIRA: NEM PÚBLICO NEM PRIVADO - FEMININO,  
DOMÉSTICO E DESVALORIZADO

Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre em Sociologia da Sociedade Industrial, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

PORTO ALEGRE

1987

## RESUMO

Propõe-se a analisar criticamente a história da enfermagem em confronto com a história da subordinação da mulher na perspectiva da sociedade patriarcal, no sentido de captar como se define e se organiza uma "profissão feminina". A exploração capitalista do trabalho da mulher também está posta, no sentido de entender a realidade de categoria profissional e assim visualizar caminhos que apontem para a construção de uma prática autônoma e competente.

FICHA CATALOGRÁFICA

LOPES, Marta Júlia Marques

O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado - feminino, doméstico e desvalorizado. Porto Alegre, PUCRS Pós-Graduação em Sociologia, 1987, 158 p.

Diss: Mestre em Sociologia da Sociedade Industrial

1. Profissões "femininas". 2. Categoria das enfermeiras. 3. Participação política da mulher. 4. Capitalismo e exploração do trabalho da mulher. 5. Dissertação.

I Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do sul.  
II Título.

Professor Orientador:

ANTONIO DAVID CATTANI, Doutor em  
Economia pela Université de Paris  
I - Pantheón - Sorbonne.

Coordenador do Instituto de Estu  
dos e Pesquisas Econômicas - IESPE  
- PUCRS.

Jalcione,

Minha melhor experiência.

À nós que chegamos ao rubro ...  
de vergonha,

E vencemos a passividade.

## AGRADECIMENTOS

CATTANI,

pelo desafio de discutir nossas dificuldades com  
carinho e competência.

MARILIA,

decifrar meus hieróglifos foi uma tarefa árdua;  
que tenham semeado a dúvida.

SANDRINHA, ANA, ELEONORA, MAURE e SIRLEI,

a certeza da transformação.

LÚCIA VAUTHIER MACHADO NUNES,

pela elaboração das referências bibliográficas.

À NÓS MULHERES,

ainda sombras suaves ...

## SUMÁRIO

	Página
AGRADECIMENTOS .....	VI
INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I - A DOMINAÇÃO	
A DOMINAÇÃO E A DEFINIÇÃO DE SUJEITO ....	8
1.1 - Mulheres: dominação, opressão e <u>mar</u> ginalização .....	8
1.2 - O espaço doméstico e suas implica- ções .....	14
1.3 - O espaço público: ideologia e <u>traba</u> lho .....	19
CAPÍTULO II - A OPRESSÃO	
A ORGANIZAÇÃO DOS SUJEITOS .....	27
2.1 - Divisão sexual do trabalho .....	27
2.1.1 - Saúde e enfermagem: de <u>atri</u> buições primárias à legiti- midade da divisão sexual do trabalho .....	31
2.2 - A condição da mulher e a <u>reorganiza</u> ção capitalista; a esfera da saúde ..	43

## CAPÍTULO III - A MARGINALIZAÇÃO

DA DEFINIÇÃO À ORGANIZAÇÃO: A AÇÃO PO- LÍTICA .....	52
3.1 - A politização do privado .....	52
3.2 - A participação política da mu- lher .....	55

## CAPÍTULO IV - A CATEGORIA DE ENFERMEIRAS:

NA SEXUALIZAÇÃO DAS OCUPAÇÕES - CONTEX- TO DA ENFERMAGEM .....	65
4.1 - A enfermagem, estrutura profissio- nal e o sistema organizado de saú- de no Brasil .....	65
4.2 - A categoria de Enfermeiras - da- dos gerais .....	75
4.2.1 - Sexo, idade, estado ci- vil .....	75
4.2.2 - Origem social .....	78
4.2.3 - Estrutura do emprego ....	84
4.2.4 - Renda, jornada e processo de trabalho .....	88
4.2.5 - O exercício profissional: ações e funções .....	92
4.3 - A formação da Enfermeira .....	107

## CAPÍTULO V - A QUESTÃO DO PODER:

AS RELAÇÕES DE TRABALHO - HIERARQUIA E REIVINDICAÇÕES .....	120
--	-----

5.1 - As questões internas - quem de- tém o poder? .....	120
5.2 - As associações da categoria - quem participa? .....	127
5.3 - O enfrentamento legal - quem a- braça essa causa? .....	139
BUSCANDO UMA CONCLUSÃO .....	145
BIBLIOGRAFIA .....	152

O VELHO (1956) ...

"Enfermeiras (...) devem ser pontuais e exatas, honradas e honestas, verídicas e responsáveis, silenciosas e metódicas, asseadas e prolixas, pacientes e constantes, suaves e sociáveis" (OLIVEIRA, W., in GERMANO, R., 1984:99).

... E SEMPRE NOVO (1986)

"Você é a enfermeira que conhecemos, ca minha silenciosa e quase despercebida, mas atenta, vigilante, disponível, eficiente, sensível, serena como o entardecer, colocando em cada gesto, em cada ação, toda a competência, o seu coração e sua alma.

Simboliza a própria esperança a tremular nos corredores dos hospitais. Assentam-lhe bem as palavras: a vida só vale a pena ser vivida, quando se faz alguma coisa pela vida, em vida" (XXXVIII CEBEN-folheto IBRAS - CBO).

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem o propósito de analisar a enfermagem enquanto "profissão feminina". Centra-se na categoria profissional das enfermeiras, título a que faz jus a profissional com formação universitária. A categoria em questão terá como referência de análise as enfermeiras no Estado do Rio Grande do Sul.

Uma abordagem histórica permite visualizar como se tem dado o ingresso da mulher na força de trabalho público, os redutos em que são incorporadas e, mesmo, a construção ideológica de suas aspirações.

A enfermagem, nos primórdios do cristianismo, nasceu como um serviço organizado através da instituição do diaconato<sup>1</sup>. Coexistia com o cuidado caseiro aos doentes e velhos. Cuidado esse, que acompanha a própria história da mulher, que foi sempre curandeira em todas as épocas e detentora de um saber informal transmitido de mulher à mulher. A coexistência pacífica desse saber é rompida, notadamente, na Idade Média onde os conhecimentos da mulher, principalmente em relação a sua sexualidade e à reprodução, foram condenados. A culminância dessa expropriação se dá com a caça às bruxas da inquisição, onde acusam as mulheres de deterem um saber empírico atentatório à fé católica e protestante.

---

<sup>1</sup> Corresponde, na igreja primitiva, à dignidade de diácono, ou seja, a investidura das segundas ordens sacras.

Tentar captar a história da enfermagem esbarra na escassez de bibliografia e na sua característica eminentemente descritiva e episódica. Também o caráter místico-religioso das anotações e publicações a respeito da enfermagem e das enfermeiras representa uma visão parcelar de sua construção. Muitos textos foram escritos por entidades religiosas e mesmo pelas próprias religiosas.

SILVA (1986:12), diz que as obras sobre enfermagem são impregnadas de uma visão épico-idealista, onde se glorificam suas principais figuras (as diaconisas do início da era cristã como Febe, Marcela e Fabíola, entre outras), constituindo-se assim em um amontoado cronológico de acontecimentos da história da enfermagem e da medicina, bem como da história social mais ampla, apresentados de forma desarticulada e acrítica.

Parte-se, contudo, da constatação de que são antigas as raízes que vinculam o trabalho de enfermagem ao trabalho feminino e o caráter religioso desse mesmo trabalho. As ordens religiosas compostas por mulheres assumiram para si a tarefa de cuidar dos doentes e dominaram a enfermagem hospitalar por longo período de tempo. É certo que essa influência reflete-se ainda hoje no ensino e na prática das enfermeiras e da enfermagem.

Essas características aliadas a um tardio processo de profissionalização remunerada colocam uma nova questão. A enfermagem tem sido até hoje um ramo derivado e a serviço da medicina. Uma prática subsidiária e subalterna, como convém a manutenção da divisão social e sexual do trabalho. Tem-se caracteri

zado não por uma crescente autonomia, mas, por uma dependência crescente e uma demarcada estratificação corporativista.

Sob o capitalismo a enfermagem transformou-se em profissão assalariada, refletindo sobremaneira a condição subalterna da mulher na sociedade. Sua assimilação maciça no trabalho assalariado não produtivo e desprestigiado socialmente, reflete a utilidade nova da manutenção da ordem social patriarcal que tem persistido e caracterizado diferentes sociedades.

Assim, discutir uma profissão feminina passa necessariamente por entender como se dá e com que interesses ela se forja. Passa por entender como uma ordem patriarcal que persiste nos diversos sistemas sócio-econômicos, utiliza-se de mimetismos no sentido de garantir sua legitimidade e a manutenção necessária da exploração sob novas nuances. Elaboram-se teorias as mais diversas em todos os ramos do conhecimento para provar e manter a inferioridade dos segmentos que a sociedade necessita reprimir. O gênero feminino foi centro dessas teorias que criaram e continuam criando, sob novas roupagens, os fortes valores ideológicos responsáveis por definir os espaços da mulher.

Esta análise é dirigida com a compreensão de que a evolução do processo de entrada das mulheres no mercado de trabalho não extinguiu sua dominação como propunha Engels, mas sim com a constatação de que houve uma troca da dominação masculina dentro de casa pela dominação masculina no trabalho e em casa. Teorias como a marxista, por exemplo, que acreditava na capacidade libertadora da assimilação ao trabalho social, não deixa

evidente a especificidade da dominação e exploração da mulher. A dominação das mulheres é anterior ao modo de produção capitalista, mesmo reconhecendo que o capitalismo dela se utiliza para estabelecer uma exploração desmedida sobre a condição e o trabalho da mulher.

A profissionalização da enfermagem no Brasil surge sob influência do modelo norte-americano de saúde. As primeiras enfermeiras brasileiras receberam sua formação através de enfermeiras norte-americanas, tendo como base os preceitos do sistema Nightingaliano<sup>2</sup> advindo da Inglaterra do século XIX.

A evolução da enfermagem enquanto ramo do conhecimento e enquanto prática profissional passa por uma série de tendências, a começar por um direcionamento à saúde pública até sua legitimação, hoje, enquanto prática de caráter predominantemente hospitalar-curativa. O processo evolutivo se dá com uma demarcada divisão do trabalho, onde o grande contingente de trabalhadoras que persiste ainda hoje, recebe pouco ou nenhum preparo formal. Essa divisão reflete a estrutura da sociedade de classes, onde a assimilação das camadas mais pobres se dá na esfera do trabalho de menor prestígio. Às enfermeiras com formação universitária, objeto particular desta análise, antes advindas das elites e hoje evidentemente proletarizadas, coube uma distinção formal que lhes garante uma posição de comando e gerenciamento de pessoal e, principalmente, um papel de aliadas aos detento

---

<sup>2</sup> Sistema desenvolvido por Florence Nightingale na Inglaterra, no princípio do século XIX. Marca o início da sistematização do ensino de enfermagem, propondo bases científicas principalmente ligadas aos princípios da infectuologia, então em ascensão.

res do poder na área da saúde.

É intenção buscar o entendimento da inserção e do significado da enfermagem e das enfermeiras, principalmente na estrutura social e de saúde no país, o que não tem sido tratado com a devida importância. Esse entendimento passa por desvendar as relações de poder, o jogo de forças, as marcas ideológicas das profissões majoritariamente femininas. Crê-se na necessidade de trazer à luz esses questionamentos, que poderão indicar caminhos à legitimação da enfermagem enquanto prática técnica e social.

Para tanto, acredita-se na necessidade de apreender as formas particulares que assume a assimilação da mulher no trabalho social. É impossível entender ou mesmo apreender essas formas de assimilação com procedimentos metodológicos ou matrizes de análise que tipicamente dizem respeito e se encaixam ao trabalho masculino. Assim, entender as especificidades do trabalho da mulher ou de profissões majoritariamente femininas, seus deslocamentos e reacomodações, passa por considerar os setores de concentração, e parcialidade do tempo, sua descontinuidade enquanto condicionado ao equilíbrio entre atividades produtivas e funções reprodutivas a nível biológico.

Nesse sentido parte-se para analisar, como se definiu historicamente a mulher enquanto sujeito dominado, a legitimação da opressão culminando com sua marginalização enquanto cidadã.

Seguindo essa linha de raciocínio, discute-se, no Capítulo I, a construção cultural dominada do gênero feminino.

A questão da divisão sexual do trabalho enquanto processo histórico definidor de uma própria e implícita hierarquia sexual, é o assunto tratado no segundo capítulo. Tenta trazer à discussão como se organizam os sujeitos a partir da definição então estabelecida. A discussão se processa a nível da sexualização das ocupações e da reorganização capitalista do trabalho da mulher. Coloca os mecanismos de opressão a partir da dominação já definida.

O Capítulo III coloca a ação concreta da mulher a partir de sua identidade e de sua organização discutidas anteriormente. Discute a marginalização da mulher da vida política e a informalidade de seu poder, poder este destinado ao consumo interno. Com essa proposta demarca-se três processos da condição de mulher, ou seja: dominação, opressão e marginalização.

A seguir, parte-se então para analisar a situação concreta da profissão de Enfermeira (formação universitária) e seu exercício profissional. Com isso, inter-relaciona-se os rumos do debate e das questões teóricas até então postas. A intenção é de propor uma análise crítica capaz de vincular reflexão e prática através de histórias de vida, entrevistas e depoimentos e até mesmo de uma perspectiva antropológica, aprofundar a compreensão de como as enfermeiras respondem aos despojamentos e à dupla dominação. Essa proposta está contida nos Capítulos IV e V.

Buscando uma conclusão, tece-se algumas considerações que afirma-se de caráter indicativo, merecedoras de ulterior in

investigação em muitos pontos.

Por último, ressalta-se a opção em utilizar a designação de gênero feminino à categoria, referindo-se à enfermeira e não ao enfermeiro, forma masculina comumente usada. Essa opção prende-se ao fato de acreditar na necessidade de tratar a dualidade dos sexos e não de omiti-la numa designação genérica. Concretamente, alicerça-se esta posição em uma abrangência ampla enquanto questão teórica, e no limite mais específico do contingente eminentemente feminino (96%) da categoria das enfermeiras com formação universitária no País.

CAPÍTULO I - A DOMINAÇÃO  
A DOMINAÇÃO E A DEFINIÇÃO DE SUJEITO

1.1 - Mulheres: Dominação, Opressão e Marginalização

Historicamente observa-se a relação entre dois seres vivos, biologicamente diferentes, pautada por mecanismos de dominação de um sobre o outro. O ponto de partida da reflexão é a existência concreta da dominação entre os sexos; não pretende discutir as raízes dessa dominação, mas sim avaliar algumas das suas formas de expressão e legitimação.

Assim, na perspectiva de uma sociedade social e sexualmente estratificada, busca-se avaliar aspectos de como, enquanto sujeitos, as mulheres foram definidas e organizadas de forma a legitimar a estrutura patriarcal nas sociedades. É importante que se defina a concepção de estrutura ou sistema patriarcal, que deverá ser referida nesta análise. Considerando o conceito de MICHEL (1982:7,8), que define como sistema patriarcal

"aquele que utiliza de forma clara ou sutil todos os mecanismos institucionais e ideológicos ao seu alcance (o direito, a política, a economia, a moral, a ciência, a me

dicina, a cultura, a educação, os meios de comunicação, etc.), para reproduzir essa dominação dos homens sobre as mulheres, assim como o capitalismo os utiliza para se perpetuar. É em relação aos poderes e aos privilégios de que dispõem os homens de seu tempo e de sua sociedade que a condição das mulheres deve ser avaliada".

Assim entendido, ressalta-se a importância da análise com base nos aspectos característicos dos papéis femininos de correntes da relação com a posição universal e estrutural entre os domínios de atividades domésticas, definidas a partir do papel na reprodução biológica, e públicas, definidas na esfera do trabalho social produtivo. Considerando essa dicotomização como uma questão básica é que se analisa a participação na esfera da produção da categoria das enfermeiras, constituída majoritariamente por mulheres.

Outra questão de importância é a que diz respeito, às particularidades que assume a dominação no contexto histórico de profissionalização da enfermagem dentro do sistema capitalista. Esta análise no entanto, parte por considerar o processo de dominação pré-existente, não discutindo suas raízes. A dominação e a opressão histórica da mulher está além da biologia funcional e das formas concretas de exploração econômica. Nessa perspectiva entende-se a condição da mulher como intimamente ligada às relações de poder e não diluída na argumentação da divisão de classes da sociedade.

É evidente, contudo, o componente classista nas relações homem-mulher, mas a dominação não se explica nem se esgota aí. A questão principal está em que, calcada em uma diferenciação natural, se processaram as bases para a diferencia-

ção social.

Ao partir da concreta existência de um sistema patriarcal, é importante que o mesmo seja identificado como um sistema autônomo, enquanto gerador de relações de poder entre os sexos. É um sistema de dominação do conjunto da vida feminina pelo conjunto do sexo masculino a nível individual e coletivo. O elemento que então caracteriza a desigualdade e o poder gerados pelo marco patriarcal é a dominação. Não pode ser tratado como um conceito que tem sua validade analítica no marco do capitalismo apenas.

Com clareza desses conceitos avança-se na análise da definição da mulher enquanto sujeito social.

Para ROSALDO (1979:39), na estrutura da oposição entre o "doméstico" e o "público" está a base necessária para a identificação e pesquisa do lugar do homem e da mulher nos aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos da vida humana. O doméstico se refere àquelas instituições e modos mínimos de atividades que são organizadas imediatamente em torno de uma ou mais mães e seus filhos; o público se refere às atividades, instituições e formas de associações que ligam, classificam, organizam ou incluem grupos mãe-filho particulares. A oposição não determina estereótipos culturais ou desigualdades nas valorizações dos sexos, mas antes, subordina-as a sustentar uma identificação muito geral (e para as mulheres freqüentemente humilhante) das mulheres com a vida doméstica e dos homens com a pública.

A percepção de forma restrita dessa dicotomização pare-

ce ter levado à concepções errôneas do processo de subordinação da mulher. Isto parece estar claro nas frustrações experimentadas pelas proposições de liberação das sociedades socialistas. A perspectiva feminista restringiu-se em colocar a questão do doméstico apenas enquanto afastamento do âmbito da produção social. LENIN, citado por STOLCKE (1980:86), diz que as tarefas domésticas da mulher a restringem, e que a emancipação só será alcançada quando da criação de uma economia coletivizada e da participação da mulher no trabalho produtivo comum. Ainda afirma que, "as tarefas domésticas ... são, na maioria dos casos, as mais improdutivas, bárbaras e penosas dentre aquelas que elas executam".

A visão parcial da questão está na raiz dos equívocos. O pensamento marxista centra sua análise num viés economicista e, assim, limita-se a identificar uma consequência da dominação das mulheres como sua causa. Não é o afastamento do processo produtivo ou da "indústria social" como acreditava Engels, que determina a subordinação da mulher, mas sim essa subordinação é pré-existente.

Assim, a perspectiva acenada por STOLCKE (1980:89) nos parece situar a questão de forma mais complexa. Para ela,

"a condição feminina é determinada, fundamentalmente, pelo papel específico que o casamento e a família desempenham na reprodução da desigualdade social ...; a reprodução das relações de classe é alcançada essencialmente através do controle exercido sobre a capacidade de procriação da mulher, ou seja, sua sexualidade, o que me parece ser a raiz da subordinação das mulheres e determinante de todas as outras manifestações de subordinação".

No entanto, é importante que tenhamos presente as dife-

rentes nuances de classes que as instituições cerceadoras ou controladoras da reprodução, tanto biológica quanto das relações sociais, são impregnadas. Assim, é diferente a forma e a expressão da subordinação nas mais diversas relações sociais, refletida não de forma única, mas considerável na determinação dos papéis econômicos nos diferentes segmentos ou classes.

As relações de dominação homem-mulher não se esgotam em uma relação classista. Tem que se partir do pressuposto de que nem toda a relação de poder é uma relação de classe. A presença de relações de dominação homem-mulher em sociedades de classe, ainda que marcadas pelas relações de classe, são analiticamente diferentes daquelas. Existem outras bases sobre as quais se assenta a dominação.

O que parece claro é o papel da família como ponto chave da opressão da mulher. Convém ressaltar como a relação de dominação homem-mulher enquanto desigualdade de poder, se construiu a partir de um discurso de cunho biológico, histórico e psicológico que fundamentou ou deu legitimidade a essa dominação, via construção de um aparato legal de legislação propriamente dita, que discrimina, limita e restringe a liberdade da mulher.

É no âmbito familiar que as relações de dominação se expressam de forma mais rude, associadas ao caráter de "atribuição primária" da mulher que esse âmbito representa. Assim, a família serve de suporte para políticas de controle social, mantendo a opressão e sujeitando a mulher à produção para o autoconsumo fa

miliar. O trabalho não pago e destituído de valor realizado pela mulher é transferido ao setor capitalista, possibilitando o pagamento de salários abaixo do valor da força de trabalho. A contribuição da mulher é assim essencial ao atual processo de produção como força de trabalho subpaga e adicional, configurando um exército de reserva.

É preciso que, ao persistir nessa linha de análise, entenda-se que a necessidade de manutenção das relações de classe e da dominação diferem do processo de manutenção da opressão de classes. Para STOLCKE (1980:89), a opressão de classe e a divisão social do trabalho advêm do acesso desigual aos meios de produção, enquanto que a reprodução social, ou seja, a perpetuação das relações de classe e dominação mediadas diretamente pelas instituições, casamento, família e herança, requer (e assim determina) tanto a atribuição primária das mulheres ao trabalho doméstico, como a depreciação desta função. A autora afirma que,

"Na sociedade de classes, o processo de divisão sexual do trabalho — a domesticação das mulheres — é, em última instância, produto do controle dos homens sobre a sexualidade e a capacidade reprodutiva das mulheres a fim de assegurar a perpetuação do acesso desigual aos meios de produção" (grifo MJL).

A contradição básica que se discute é a de como se articulam esses mecanismos de controle para manter a separação entre o público e o privado, o trabalho social produtivo e o doméstico, a cultura e a natureza, o masculino e o feminino enquanto organização dos sujeitos sociais. Utiliza-se aqui o público e o doméstico como âmbitos definidores ou abrangências de

todos esses confrontos, não apenas reduzindo, por exemplo, doméstico ao trabalho no lar. Nessa perspectiva, passa-se a analisar a relação de inferioridade que se estabelece nesse confronto, tendo consciência de que o doméstico não representa intrinsecamente inferioridades como se quer crer, mas que a sua manutenção enquanto inferior é uma necessidade para o controle e a perpetuação da subordinação das mulheres.

Assim se percebe o quão antagônico é o tipo de sociedade em que vivemos, que estimula o confronto e a competição e ao mesmo tempo mantém subordinada e marginalizada metade da população. Marginalidade essa necessária à manutenção da condição desigual que perpetua relações de poder na sociedade.

As implicações dessa desigualdade ficam mais claras ao se pensar a questão do significado atribuído ao âmbito doméstico. É o que irá se discutir a seguir.

#### 1.2 - O Espaço do Doméstico e suas Implicações

A dimensão do doméstico oculta a contribuição social da mulher em diversos aspectos. Mesmo apresentando variações em diferentes sistemas sociais e ideológicos, esta divisão serve de base para o estabelecimento das atividades dos sexos. Esta divisão determina atribuição de valores diferentes onde os fatores naturais e biológicos são transformados em fatos sociais, utilizados assim como caracterização de um gênero. Gênero é definido como a forma social que adquire cada sexo, uma vez que recebe

conotações específicas em termos de valores e normas. Assim, ser mulher implica sensibilidade e ternura- a esfera do natural e do doméstico - enquanto que ser homem implica racionalidade e agressividade - a esfera da cultura e do público. As mulheres se ocupam da esfera do privado, os homens dos assuntos públicos.

Essas identificações por si mesmas podem estar ligadas ao papel feminino de criar os filhos. As mulheres são absorvidas principalmente em atividades domésticas devido ao seu papel de mãe. Suas atividades econômicas e políticas são restringidas pelas responsabilidades nos cuidados com os filhos, sendo que o enfoque de suas emoções e atenções é particularista e dirigido para os filhos e o lar.

Parte-se então para um processo de generalização sociológica, onde a associação mãe-filho desempenha um papel importante. Para a menina o comportamento flui como sendo derivado de um processo natural e biológico, enquanto que o tornar-se homem é efeito de um processo de ruptura com o doméstico, "é um feito" CHODOROW citado por ROSALDO (1979: 42).

Essas generalizações são propostas na tentativa de demonstrar a existência de um temperamento sexual natural que, para RUBIN citada por De CELLI (1985:75), está provado que

"los temperamentos que consideramos innatos en un sexo son en cambio meras variaciones del temperamento humano e las cuales pueden aproximar-se por su educación, con más o menos éxito según el individuo, los miembros de uno o de ambos sexos".

De CELLI enfatiza:

"La situación de la mujer se explica dentro del marco de los prejuizos generados por la imposición de una ideología que plantea la supremacía masculina como dogma indiscutible derivado de la definición sexual. Esta cultura patriarcal, en la que no hay sitio para la creatividad, el talento y la autorrealización femenina, deriva en una socialización de la especie en la que se asignan características y rasgos arbitrarios al varón y la hembra, la existencia de temperamentos individuais no viene al caso, es necesario adaptarse al modelo permitido aunque ello implique neurosis, alienación y apatía."

Nessa linha, vê-se que as contribuições femininas às relações extradomésticas raramente são explícitas. À elas é dado um papel social e uma definição em virtude tanto de sua idade quanto de seu relacionamento com os homens. Portanto, as mulheres são concebidas quase exclusivamente como irmãs, esposas e mães. Enquanto os homens alcançam classificações como um resultado de conquista explícita, as diferenças entre as mulheres geralmente são vistas como o produto de características idiossincráticas, tais como temperamento, personalidade e aparências. As mulheres dirigem as vidas, que parecem ser irrelevantes, à distinção formal da ordem social. Seu prestígio social é derivado de seu estágio no ciclo da vida, de suas funções biológicas e, em particular, de seus laços sexuais e biológicos a homens específicos. E mais, as mulheres são mais envolvidas do que o homem nos materiais sujos e perigosos da existência social, dando à luz e pranteando a morte, alimentando, cozinhando, desfazendo-se das fezes e equivalentes (ROSALDO, 1979:46-47).

Assim percebido, fica nítida a associação ou o direcionamento no âmbito extra-doméstico das mulheres a determinadas profissões. Ser parteira, professora ou enfermeira não significa apenas uma escolha, mas uma oportunidade que a mulher encon-

tra para por em prática atitudes que aprendeu desde o berço: servilismo, bondade, paciência, dedicação, carinho.

A relação que se estabelece então, parece reforçar o sentido de concessão observado na incorporação da mulher ao mundo da produção social. Originalmente, o lugar da mulher é em casa (ou na cozinha), o que por sua vez expressa ou encobre um interesse econômico importante.

"O preparo da alimentação, para a recuperação de homens e mulheres que trabalham; o cuidado de crianças, velhos e doentes; higiene, enfermagem, costura, foram encargos domésticos quase totalmente assumidos pelas mulheres, que os continuam executando quando desenvolvem outra atividade produtiva" (CARRION, 1985:66).

A relação que parece se estabelecer vincula íntima e deterministicamente a atuação das mulheres enquanto "funcionalidade" como membro de uma coletividade privada, a qual interessa a manutenção dessa condição. A família vê a mulher enquanto esposa, mãe, irmã, tia, avó, enfim, como agente apenas no mundo das relações familiares, destituída e excluída da esfera de participação enquanto ator político.

"As sociedades se organizam de forma a criar e explorar uma distância radical entre o privado e o público, o doméstico e o social, o homem e a mulher. Em um nível, a sociedade considera a família conjugal, enquanto um outro define as mulheres como domésticas (um exército invisível de desempregadas) e impele seus homens a um mundo público e de trabalho ... a associação da esfera doméstico-público está vinculada de forma natural às atribuições sexuais, perpetuando assim a atribuição primária da mulher à esfera do doméstico, da exclusividade das responsabilidades no lar" (ROSALDO, 1979:59-60).

A questão que se coloca é de como se processou a divisão e a desvalorização das tarefas relativas à esfera do domés-

tico. Como se deu e se dá o processo de confinamento, de exclusivismo, de depreciação, de domesticação das atividades relegadas às mulheres. Fato é que essas são peculiaridades concretas. A alienação que caracteriza a esfera do doméstico justifica a própria conduta assimilada e legitimadora da condição de submissão das mulheres. O afastamento, a cisão entre o reduto feminino e a vida cultural produz o isolamento necessário à manutenção da ordem estabelecida. Assim, não resta muitas perspectivas da mulher romper com a conflitada relação entre a sua primária atribuição ao desvalorizado mundo privado e os acenos do então necessário mundo da produção social.

A expressão desse conflito está na dificuldade que se apresenta na divisão equitativa das responsabilidades subsidiárias com a família. Romper com o isolamento do mundo privado tem representado para a mulher o ônus da dupla jornada. Participar do mundo público, do trabalho produtivo, inclui um encargo a mais que ainda não conta com a solidariedade dos homens acostumados e excluídos por sua vez da ação no lar.

A necessidade do sistema produtivo de incorporar as mulheres no trabalho social, na geração direta de renda trouxe consigo a reprodução da condição desprivilegiada da mulher do âmbito do doméstico para o público. O trabalho feminino tem hoje uma dupla subalternidade em casa e no setor produtivo; é mais barato, igualmente apto, menos reivindicativo e igualmente submisso.

Essa caracterização se dá respondendo a estratégias bem

definidas impostas pelo sistema capitalista. A assimilação ma ciça das mulheres com novas nuances de submissão é evidente. Constitui-se como resultado do confronto proposto pelas ideologias que visam manter desiguais as relações de poder entre homens e mulheres e ao mesmo tempo acenam com a autonomia do mundo da produção social.

Como as mulheres enfrentam o desafio da esfera pública, que comportamentos indicam mudanças de atitudes representativas de uma ruptura com a tutela doméstica e o que evidencia e caracteriza a nova submissão, é o que irá se discutir nos próximos itens.

### 1.3 - O Espaço Público: ideologia e trabalho

As pesquisas têm demonstrado claramente qual o pensamento vigente em relação ao papel da mulher na sociedade, e as contradições que têm acompanhado o ingresso da mulher na força de trabalho público. Um aspecto significativo está expresso na condição de exploração da desigualdade social entre homens e mulheres, sustentada pelo capitalismo.

O ingresso da mulher como mão-de-obra remunerada na perspectiva de um indivíduo que negocia sua força de trabalho, tem refletido diferentes nuances de classe. As novas necessida des criadas pela estratégia capitalista são ambivalentes por excelência e exigem uma adaptabilidade crescente. O que se evi dencia no entanto, é que o trabalho da mulher fora do lar, bem

como a sua profissionalização, tem sido decidido enquanto estratégia de sobrevivência, sendo essa a realidade da mulher principalmente do Terceiro Mundo.

Toda a mística, com sua influência emocional nos papéis domésticos e domesticados da mulher, em detrimento de sua participação na sociedade mais ampla, tem como objetivo conseguir sua adesão às normas tradicionais. Estas normas têm tal poder persuasivo que mesmo as mulheres que à elas não aderem, sentem-se na obrigação de fazer crer que o fazem. Ao se identificar deste modo (como prendas domésticas) as mulheres preenchem expectativas que elas sentem existirem para si.

Considerando FOUCAULT (1985:12),

"cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral de verdade, isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros, os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros, as técnicas (e os técnicos, MJL), os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade, o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro".

Neste raciocínio, ao considerarmos o discurso vigente quanto a entrada e aceitação da mulher fora da esfera privada, percebe-se um escalonamento de possibilidades. Se permite ou se admite com mais maleabilidade que a mulher solteira trabalhe; a seguir as casadas sem filhos e quando o marido precisa de ajuda, só em último caso se admite o trabalho extra-doméstico da mãe. Deve-se, no entanto, considerar que nas classes pobres a presença de filhos, mais bocas para alimentar, tem sido o impulsor da mulher ao mercado de trabalho.

STOLCKE citada por COSTA (1984:148), afirma que

"apesar da incorporação no trabalho assalariado, a responsabilidade principal das mulheres continua sendo ter filhos e criá-los, e as tarefas relacionadas a isto. De fato, há uma avaliação diferente para trabalho assalariado de homens e mulheres: os homens trabalham para manter a família, as mulheres para ajudar; e há uma motivação diferente para trabalhar por um salário: as mulheres trabalham porque a necessidade as obriga quando o salário do marido é insuficiente, os homens porque são homens. O trabalho assalariado das mulheres é considerado como subsídio para a manutenção da família. Esta definição principalmente doméstica afeta tanto o desempenho das mulheres no trabalho, quanto sua remuneração". (grifos M.J.L)

Ainda, argumentam as autoras, isso resulta, provavelmente, da ambivalência em dois níveis diferentes: no nível normativo, o lugar da mulher é em casa, cuidando do marido e dos filhos; no nível da experiência vivida, é muitas vezes impossível a sobrevivência da família ou a manutenção de certos padrões de consumo, sem a colaboração da mulher ao orçamento familiar. Assim, não é de se estranhar que, dentro dessa postura, a mulher se contente com posições secundárias e remunerações mais baixas. Dessa forma mantém-se o caráter subsidiário do trabalho da mulher que, de um lado, explica sua inserção mais fraca e intermitente no mercado de trabalho e de outro, é usado para justificar o pagamento à mulher de salários mais baixos que ao homem pelo mesmo tipo de trabalho. Essas alegações são responsáveis por dirigir as aspirações e expectativas femininas desde logo, a níveis mais baixos e a não competitividade em termos de desempenho e sucesso profissional. Fica clara a percepção de como a questão ideológica aflora no sentido de apelo a aspectos vocacionais e idealistas direcionadores da opção profissional da mulher. Assim, tal como o trabalho doméstico se identifica com

os papéis de dona-de-casa, outras profissões femininas se identificam com os atributos "naturais" de esposa e mãe.

A desvalorização do trabalho feminino, tanto em casa como fora dela, não se prende exclusivamente à questão da dependência econômica. Tem raízes mais amplas que transcendem os próprios sistemas econômicos, e se prendem à desvalorização da própria mulher como pessoa, deflagrada no processo de divisão sexual do trabalho.

Uma questão que se impõe é a de que mesmo com o atribuição de grandes responsabilidades, o trabalho primário e doméstico da mulher ligado a sua função reprodutiva, permanece desvalorizado. A desvalorização dessas atribuições é uma realidade, e quando da entrada maciça das mulheres em determinados ramos da atividade produtiva, há perda de prestígio e os níveis de remuneração decaem.

A mulher aceita como "concessão" sua entrada no "mundos dos homens". Desta forma, aceita a troca e participa no mercado de trabalho apenas naquelas profissões que a sociedade impõe um valor social ideológico que não põe em risco a estrutura estabelecida. Com isso negocia o trabalho servil que precisa ser realizado por alguém. Como o trabalho servil foi atribuído primariamente à mulher, ela é persuadida a aceitá-lo como natural em sua vida e como único que lhe cabe. A constatação da existência de "guetos" profissionais é um fato evidente, como evidente também é a deterioração desses ramos em termos salariais e de prestígio. Essa conduta, conforme BRUSCHINI (1985:41), evidencia uma

aceitação da mulher a executar inúmeras tarefas que servem de apoio ao trabalho masculino e que incluem até mesmo a assistência às responsabilidades do patrão, o que faz delas verdadeiras "esposas de escritório".

O comportamento assumido pelas mulheres indica claramente sua condição de assimilação na esfera pública. A incorporação se dá dentro do comportamento dela esperado, sendo ainda comum as mulheres declararem profissão doméstica, ocultando ou citando de forma secundária o exercício de atividades variadas no setor produtivo.

Esse comportamento mantém a condição subalterna do trabalho, na medida em que empresta pequeno poder de transformação às profissões ou mesmo ocupações onde o contingente de mulheres é grande.

Nesse âmbito convém analisar a ação das mulheres enquanto perspectiva associativa capaz de determinar mudanças concretas nas condições de vida e trabalho.

É evidente a ampliação da ação da mulher na sociedade a partir de sua entrada no processo produtivo e a perspectiva dependizante do trabalho. Evidente também é a sua incorporação de forma a não representar riscos à estrutura da divisão sexual do trabalho. Essas constatações são ambivalentes por excelência. Pode-se avaliá-las ao pensar a questão da participação da mulher nas instâncias associativas, em meros grupos de afinidades ou mesmo em entidades que representam espaço de relações políticas, de lutas a nível de poder.

A associatividade, para a mulher, representa um esforço de ruptura na perspectiva de que participação significa possibilidade de articulação do tempo doméstico, do processo de aprendizagem social recebido em sua formação, do seu despreparo e desqualificação para esse exercício.

Para PAOLI citado por BRITO (1985:28), as representações, as práticas e as categorias que compõem a vida e o cotidiano das mulheres não são unilineares, homogêneas, e que há muitas diferenças no modo pelo qual as mulheres vivem e como negociam sua subalternidade.

Participar condiciona-se à possibilidade de negociação, que por sua vez está dependente da posição da mulher na família, prévia e socialmente estabelecida. A responsabilidade que tem frente aos filhos, ao companheiro, às tarefas domésticas conflitando com sua vida de trabalhadora, que consome um período extenso do seu dia-a-dia, determinam suas possibilidades participativas.

Um aspecto merecedor de reflexão está no apelo a princípios de moralidade utilizados pelas instituições jurídicas, religiosas, educacionais, de comunicação etc., como critérios ideológicos, reforçadores da condição de submissão da mulher. Utiliza-se toda a argumentação disponível: da legal como o estado civil, por exemplo, que determina o que pode fazer a mulher casada ou solteira até as regras de conduta religiosas, definidas do "certo" e do "errado". Como esses, muitos outros "fantasmas" são criados no sentido de restringir ao máximo a capacidade de

independência e autonomia participativa da mulher.

Para STOLCKE (1980:85), Trotski percebeu claramente, ao expressar que a família e o culto à ela se deve à necessidade de manutenção de uma hierarquia estável de relações e de disciplina para a autoridade e o poder.

Assim, a assimilação da mulher na esfera produtiva e sua participação enquanto sujeito social, está assentada na condição de que as restrições e a falta de liberdade em casa foram trocadas pelas restrições e falta de liberdade na fábrica, na oficina, na loja ou no escritório.

Participar nas entidades representativas das quais se serve enquanto trabalhadora está condicionado ao tempo disponível à margem do que "naturalmente" lhe cabe: o ônus do desvalorizado trabalho doméstico.

Neste sentido, a própria legislação se coloca como um impedimento para a ação concreta da mulher enquanto sujeito de sua própria história. Diz FEIJÓ (1985:49), que as leis sobre o trabalho da mulher baseiam-se no pressuposto de que:

"el trabajo legitmo de la mujer y de las madres se situá en el hogar y en la familia, velando y ocupandose de la primera educación de los hijos, lo que, desde luego exige que mujeres y niños recibam la educación necesaria ... y la ley al proteger a la mujer-madre, refuerza peligrosamente la idea de que las actividades reproductivas son de manera casi exclusiva temas próprios de la mujer. Los títulos de la ley así lo expressan, hablando solamente de maternidad y no de paternidad, incluyendo el tema del matrimonio en el capítulo del trabajo femenino aun cuando es obvio el carater sexualmente binário de la relación matrimonial ... la reproducción es un tema y una carga própria exclusivamente de las mujeres".

As instâncias legitimadoras da opressão social sobre a mulher manifestam-se tanto na família como no trabalho. A dominação exerce o impedimento prático a nível da ação participativa e reivindicativa concreta, nas diferentes esferas.

Mesmo considerando que não são os únicos, os limites que condicionam a mulher ao âmbito do interno, do privado, do reprodutivo, são inúmeros, e restringem suas possibilidades de exercerem ação política no sentido mais amplo. Assim, exercer ação política concreta condiciona-se a não ter filhos ou marido para atender, e essa é uma das alegações mais freqüentes à retração da mulher à vida política. Essas particularidades refletem as prioridades historicamente estabelecidas para as mulheres, e mostram a evidência de como elas próprias assimilaram inquestionavelmente essas prioridades.

As questões até aqui abordadas referem-se ao espaço reservado e, portanto, socialmente aceito via especificidades históricas de gênero, ou seja, as definições do "específico feminino". Discutiu-se os valores e as normas definidoras das condutas sociais das mulheres, seus condicionamentos e sistemas legitimadores.

A partir dessa construção "feminina" de sujeito social, faz-se a seguir uma análise da organização desses sujeitos, organização essa de diferentes conotações, inclusive e principalmente econômicas sob o modo de produção capitalista. Modo de produção esse que, se não engendrou a dominação entre os sexos, legitima e utiliza-se da manutenção da desigualdade em todos os níveis para consolidar seus propósitos.

CAPÍTULO II - A OPRESSÃO  
A ORGANIZAÇÃO DOS SUJEITOS

2.1 - Divisão sexual do trabalho

A questão mais objetiva da discriminação, que concretamente se percebe no mercado de trabalho, é a da divisão sexual do trabalho social. Assim, parte-se de alguns pressupostos para então avaliar as questões mais específicas das categorias de trabalho eminentemente femininas.

A assimilação da mulher no campo do trabalho público tem se dado de forma discriminada à nível de tarefas, de salários e de possibilidades de ascensão. A dupla jornada (a permanência do trabalho doméstico como atribuição primária e mais importante), a definição enquanto mãe e esposa, o caráter subsidiário emprestado ao seu desempenho na esfera pública culminando com a marginalização da vida política, são as evidências de quão desigual foi e continua sendo a participação das mulheres no trabalho social. Nesse contexto, o trabalho remunerado torna-se uma carga adicional e de maneira nenhuma muda a responsabi-

lidade feminina para o trabalho doméstico.

A dificuldade para as mulheres se estabelece na evidente dicotomização funcional à sociedade de classes, entre família e sociedade. Essa dicotomização, que é mantida via argumentação das atribuições primárias da mulher ou do "específico feminino", estabelece a separação entre a produção privada para consumo ou produção de valores de uso enquanto exclusividade feminina. Por outro lado, a necessária participação das mulheres no contingente da força de trabalho produtora de valores de troca, a coloca junto com o homem na esfera da produção social, sem que o ônus da reprodução biológica seja compartilhado pelos dois.

Uma perspectiva se impõe, a de que o processo de dominação está na esfera mais ampla do que apenas a do trabalho na esfera produtiva ou pública. O trabalho remunerado da mulher operária é compatibilizado com sua condição de subordinada, e não mudou sua atribuição primária ao trabalho doméstico.

Para DURHAN (1983:18),

"é preciso considerar que a divisão sexual do trabalho nunca se restringe a aspectos gerais, mas tende a abranger grande número de atividades; sua própria extensão e rigidez variam de uma cultura para outra, e varia também a própria concepção do caráter feminino".

Para a autora, a divisão sexual do trabalho nas sociedades humanas está intimamente vinculada à elaboração cultural do fenômeno da reprodução biológica. A reprodução tende a se dar em grupos sociais específicos, as famílias, que são estruturadas pela manipulação dos princípios da aliança e do parentesco

e organizadas internamente pela divisão sexual do trabalho. O caráter subordinado do trabalho atribuído à mulher preserva integralmente a validade do modelo tradicional, conservando totalmente sua força na definição da posição da mulher na sociedade.

O que parece evidente é o interesse na perpetuação de uma diferença básica, a de manter a dominação no sentido da esfera reprodutiva tornada cada vez mais privada, atendendo a nova ordem organizativa proposta e necessária ao sistema capitalista. A inserção da mulher no mercado de trabalho dá-se de forma ambígua. Por um lado o apelo aos aspectos de realização pessoal, de independência e autonomia enquanto indivíduo, e de outro, o reforço através de sutilezas ideológicas à responsabilidade primária, enquanto mães e esposas.

O que se percebe é que a inserção maciça na esfera pública não tem significado uma opção, mas sim uma nova atribuição, uma nova carga imposta e cobrada. O trabalho público da mulher tem refletido sua condição de subordinada e sua intensa atuação tem se dado em setores que, embora exijam grandes esforços e habilidades, são os de menor prestígio e onde os rendimentos são os mais baixos. Para BRUSCHINI (1978), em qualquer análise sobre o trabalho da mulher, um aspecto crucial é o da sua posição na divisão social e sexual do trabalho, prioritariamente definida a partir de suas funções biológicas, e que a condiciona, de um lado, à execução de uma série de afazeres indispensáveis para a casa e a família, de outro, a ocupar principalmente posições subalternas na hierarquia produtiva.

Evidente pois, é a constatação de que a expansão mais importante do trabalho feminino está ocorrendo em ocupações femininas tradicionais, que são um prolongamento das atividades domésticas. A profissionalização da mulher tem refletido sua condição subalterna enquanto indivíduo, na perspectiva de que sua assimilação ou mesmo sua escolha profissional deliberada se dá em áreas socialmente desprestigiadas ou desprezadas pelo sexo oposto.

A força de trabalho não qualificado da mulher foi a tônica do início de sua assimilação ao mundo público. O direcionamento ao trabalho similar ao doméstico e servil se processa naturalmente. Dentro da ideologia de que a mulher pode ter poder e conhecimento desde que não ameace o "status quo", se dá o processo de profissionalização.

Mesmo anteriormente, a possibilidade da educação para a mulher surge dentro dos parâmetros estabelecidos a uma educação que melhora suas condições de esposa e mãe. As mulheres podem ser educadas sim, mas para que melhor exerçam seu papel de mães dos futuros homens. Inicialmente não se podia pensar em ameaçar a condição privada da mulher. Mais tarde, e é o que temos hoje, se rearticulam as relações e as posições pelo e em favor do capitalismo.

A suposta liberação da mulher via assimilação à produção social que se acreditava ser a base do poder, configura-se numa recriação da subordinação. Torna-se acessível apenas a base material de poder, calcados em novas nuances e novos mati-

zes, sob novo contexto histórico, se perpetuam os mecanismos de dominação e a estrutura da divisão sexual do trabalho.

Essa constatação tem suas bases expressas em aspectos já discutidos, e concretamente nos setores de atividades produtivas que são redutos tipicamente femininos. Assim, os setores ligados à prestação de serviços, a assistência médica e educacional são exemplos desses redutos, graças a sua associação com o papel reprodutivo que a mulher desempenha na família e na sociedade, sempre dedicada aos cuidados com as crianças, velhos e demais membros da unidade doméstica. Identificam-se assim como "femininos" os ramos do emprego doméstico, da saúde, das funções burocráticas, de escritório e mais recentemente o comércio.

Frente às discussões que se colocam, tenta-se analisar a especificidade da questão do ramo da saúde, já que a base da análise é a profissão de enfermeira. Aborda-se seqüencialmente os aspectos histórico-ideológicos direcionadores das aspirações profissionais das mulheres, e posteriormente as articulações e a reorganização processada pelo capitalismo.

2.1.1 - Saúde e enfermagem: de atribuições primárias da mulher à legitimidade da divisão sexual do trabalho

Ao se discutir a divisão sexual do trabalho, uma questão se impõe, a da interação de interesses que de um lado garante a manutenção da mulher dentro das suas atribuições "primárias" ligadas à reprodução, e de outro a empurra para o mercado de

trabalho quando necessário. Esses interesses conflitantes têm se refletido na própria escolha profissional das mulheres. Avaliando o ramo da saúde temos que, para os sistemas organizados de saúde, o que está posto é que as mulheres prestam a maior parte dos cuidados de saúde do mundo. Dentro da família são elas que têm de criar sólidas práticas de saúde, um ambiente limpo e fornecer água e alimentos nutritivos. Assegurar a vacinação, levar as crianças aos serviços de saúde quando doentes e cuidar dos doentes e idosos. Quase todas as parteiras tradicionais e a maioria dos trabalhadores de saúde são mulheres.

As mulheres sempre foram curandeiras em todas as épocas e as "bruxas" da inquisição morreram em nome do saber empírico informal que detinham, saber esse atentatório à hegemonia buscada pela fé católica e protestante. Foi então desencadeada uma campanha de erradicação do conhecimento feminino, principalmente em torno de sua sexualidade. A partir do século XVIII esse conhecimento, agora controlado, passa a ser utilizado no sentido de reprimir as próprias mulheres, visando fundamentalmente ao controle da procriação e a disciplina dos corpos.

Também a mulher é agora alijada cada vez mais da profissão de "médica leiga" e acusada de incompetência e ignorância. Alijamento esse necessário à nova ordem que se pretendia hegemônica e a qual a informalidade do poder das mulheres era sinônimo de ameaça e incontrolabilidade.

Essa condição se mantém com a hegemonia das ordens religiosas por largo período de tempo. Os cuidados de enfermagem

sem conotações profissionalizadas, eram executadas por irmãs pertencentes às ordens religiosas, ou contraditoriamente, por mulheres de "conduta duvidosa", pobres e mesmo prostitutas.

Assim, o exercício da enfermagem ou estava vinculado ao caráter de sacerdócio determinado pela hegemonia das mulheres religiosas, ou opostamente, à mão-de-obra civil feminina recrutada entre mulheres cujo afastamento do âmbito doméstico tradicional caracterizava como marginais.

A construção ideológica, no entanto, caminhou no sentido da grandeza e nobreza dessa função à luz da verdade cristã e da fraternidade responsável pela união de todos os homens. Essa conotação identifica que os pressupostos religiosos até hoje apontados como necessários ao exercício da enfermagem, derivam dessa hegemonia secular das ordens religiosas.

A persistência dessas características se mantém. Acompanharam todo o processo de profissionalização e implantaram suas raízes no ensino profissional de enfermagem em todos os níveis.

As mulheres enquanto religiosas passaram à esfera do trabalho público muito antes da profissionalização atingir o gênero feminino. Com um caráter externo mas não menos dominado, as religiosas exerciam suas funções caritativas prestando cuidados de enfermagem. Essa característica de "pioneirismo" segundo historiadoras, refletia notadamente no período da Idade Média uma fuga deliberada do jugo familiar, do poder paterno, do casamento imposto, das relações sexuais indesejadas, e mesmo a abstinência sexual, como também a possibilidade de construção de um es-

paço de poder feminino (o convento) e a própria aquisição de um poder econômico. Essas constatações se chocam com a argumentação via valores religiosos atribuídos a fé católica dessas mulheres. O sentido de libertação enquanto gênero, através da ruptura com o âmbito apenas doméstico, não se configura. A ordem se mantém.

As religiosas reproduzem e reforçam a hegemonia masculina; o cristianismo confirmou social, econômica, política, cultural e eclesiasticamente a opressão das mulheres. Esse comportamento determinou a sacralização da dominação em todos os âmbitos e a própria estrutura hierárquica da igreja católica reflete esse conteúdo. Assim, o comportamento submisso ao poder do médico, por exemplo, não representou uma mudança de atitude às religiosas, apenas uma troca espacial de relação hierárquica da igreja para o hospital.

Avaliando ainda sob o prisma da fé católica, constata-se que persiste a histórica correlação sagrado/prófano no exercício da enfermagem. O "anjo de branco" convive com a enfermeira herética, hiperssexualizada. Essa parece ser a "marca" das profissões que tiveram sua construção dirigida e definida enquanto "femininas". Essa "marca" não contraria os princípios bíblicos ligados à mulher ao defini-la: "divina enquanto mãe", e como objeto de perdição do homem enquanto "tentação e encarnação do pecado".

Estão claras com isso as influências que tem sustentado até hoje o exercício da enfermagem, as irmãs de caridade foram assimiladas à enfermagem profissional e muitas na condição

de enfermeiras graduadas. No entanto, mesmo se conhecendo essas influências como marcantes no ensino e na prática da enfermagem e das enfermeiras até o momento, não aprofundaremos a análise sob essa ótica no decorrer deste estudo.

Com essa perspectiva, passa-se a discutir a profissionalização dos cuidados de enfermagem a qual se dá, gradualmente, com o afastamento do pessoal religioso então detentor do cuidado ao doente e ao pobre, mantendo a ideologia católica de caridade.

A figura do médico conforme FOUCAULT, citado por MELO (1986:41),

"começa a suplantando o pessoal religioso e a lhe confiar um papel subordinado, na técnica do exame: aparece então a categoria do enfermeiro: quanto ao próprio hospital, que era antes um local de assistência, vai tornando-se local de formação e aperfeiçoamento científico: viravolta das relações de poder e constituição de um saber".

A necessidade crescente de institucionalização dos cuidados de saúde, sua adaptação ao processo de desenvolvimento capitalista, traz consigo no século XIX, notadamente na Inglaterra, a enfermagem profissionalizada. Portanto, a enfermagem como profissão assalariada nasce sob o modo de produção capitalista.

Ocorre a cisão, necessária ao novo modo de produção, entre a prática da enfermagem e a prática técnico-profissional. Florence Nightingale, na Inglaterra, é o nome que desenvolve as novas concepções requeridas então pela nova profissão, imbuída do espírito idealista e impregnada de vontade divina enquanto opção. A necessidade de salvar vidas, decorrente das guerras que permeavam o século XIX portanto, interesses políticos específi-

cos, é que lançam as bases da nova profissão. Assim, o cuidado mais elaborado decorrente da institucionalização, do controle nutricional, da antissepsia, da reabilitação, requeriam um agente específico que configurou-se na figura da enfermeira profissionalizada.

O trabalho de enfermagem então executado nos hospitais era inferior e tradicionalmente exercido por mulheres. Isso foi determinante na reorganização da divisão sexual do trabalho processada então pelo capitalismo, que legitimou essa condição utilizando-se maciçamente da mão-de-obra feminina nessa área. À necessidade no entanto de maior controle, de moralizar o ambiente hospitalar que até então tinha como enfermeiras mulheres desclassificadas, ou opostamente irmãs de caridade, bem como a reorganização do saber hegemônico, leva à tentativa de elitizar a enfermagem.

A enfermagem profissionalizada com prestígio de ensino formal nasce então, ligada à algumas mulheres da classe alta, as quais intencionalmente não tinham a vontade de melhorar as condições das mulheres, mas sim responder a uma necessidade que se impunha, a de melhorar as condições dos hospitais. Parece ser essa a tônica do surgimento da enfermagem em vários países, sendo uma realidade próxima em tudo ao que aconteceu no Brasil no final do século XIX e início do século XX. Legitimar e tornar possível o modelo médico de assistência impôs-se como determinante das ações de enfermagem, consubstanciadas então em apoio e auxílio.

Para ROCHA, citado por ALMEIDA (1986:11),

"a enfermagem nasce integrada ao modelo médico da burguesia, propiciando sua existência e desenvolvimento na medida em que assume a organização e a administração do ambiente de trabalho e os cuidados diretos ao paciente (reinterpretados e ampliados à luz do novo saber na saúde). A nova profissão absorve as atividades milenarmente desenvolvidas e as estrutura e organiza em um novo modelo assistencial, no qual é ramo dependente e subordinado do saber oficial da saúde".

Assim, todo o trabalho direto de assistência ao doente que comporta inúmeras funções manuais é separado subordinadamente do trabalho médico, constituindo a enfermagem, então, dependente do saber, das concepções e das prescrições médicas.

O posicionamento de Florence Nightingale ao ser inquirida sobre a necessidade de as enfermeiras receberem formação, licença e registro para atuarem, para o qual respondeu que como as "mães", as enfermeiras não podem ser registradas nem examinadas (MELO, 1986:51), parece ilustrar a força ideológica com que se fundamentam os princípios da nova profissão. A questão do poder não se coloca em questionamento. A associação enfermeira-mãe resulta de uma simbiose natural e informal, não necessitando, no entender de Florence, aquiescência formal. A ideologia do natural coloca-se como prioritária na enfermagem, ficando à sombra mais uma vez seu reconhecimento social enquanto saber e espaço de poder. Assim, reforça-se o caráter desprestigiado e subordinado das profissões que majoritariamente femininas se criam ou recriam à sombra do poder. O caráter de associação com o mundo privado, com o doméstico das profissões como a enfermagem reflete a condição de desprestígio e subordinação desse mesmo meio.

Para a mulher, o que lhe cabe é o poder interno, informal, não materializável. De uma certa forma, compactuando com esse estado de coisas, transfere-se para o mundo público em redutos nos quais é socialmente aceita e onde mantém-se intocada a questão do poder. A relação da enfermeira com o médico, e nas demais profissões com essas características, parece retratar a relação de dominação entre marido e mulher.

A questão do saber de enfermagem, por sua vez, reflete a mesma ideologização, onde o caráter idealista constituiu-se numa verdadeira normatização dos modos de andar a vida. "O mundo da enfermagem é um mundo idealmente construído do deve ser e não do que é". (ROCHA, citado por ALMEIDA, 1986:15).

Nascer nesse contexto emprestou à enfermagem profissional um caráter classista demarcado. A enfermagem então se subdivide reproduzindo as classes sociais dos novos agentes da profissão: as enfermeiras que ensinam, coordenam e supervisionam e as enfermeiras executoras de cuidados, oriundas de classes sociais diferenciadas. Para o autor acima citado,

"cristaliza-se a divisão técnica do trabalho (matrom-sister-enfermeiras e serviços) que separa as atividades gerenciais (ladies e nurses) daquelas dirigidas ao cuidado direto (sisters e nurses etc.), marca que caracterizará a enfermagem no seu desenvolvimento futuro: a instituição de relações de dominação/subordinação entre seus agentes".

Assim, toda a ideologia que permeia a própria profissão tem sido mitificada, e expressa a razão maior de ser da profissão: o servir, a abnegação e a submissão.

Dentro desses condicionamentos históricos e retomando a incorporação da mulher no âmbito da escolha profissional, vê-se que a mesma se dá de forma peculiar a fatores como origem sócio-econômica e étnica, enquanto dotada de valores próprios, influência materna, socialização na infância e adolescência, merecem ser considerados.

Considerando a área da saúde, NAVARRO, citado por MELO (1986:79), diz que:

"la distribución de las funciones y responsabilidades dentro de la fuerza de trabajo de salud sigue las líneas de clase, de sexo y de raza. Por ejemplo, los médicos son fundamentalmente hombres blancos de clase media alta; las enfermeras son mujeres de clase media o clase trabajadora y los trabajadores auxiliares de salud mujeres provenientes de la clase trabajadora".

A afirmação de que a enfermagem está vinculada a um condicionamento de classe e reforçada pela manutenção do papel feminino mais tradicional é constatação de autores como GERMANO (1984) e BRUSCHINI (1978).

Essa característica tem sua legitimidade no fato de que a enfermagem representa, de certa forma, uma extensão do papel de mãe. Esse aspecto caracterizou e revestiu a enfermagem pré-profissional em uma ação eminentemente feminina enquanto moralmente aceitável frente à ordem patriarcal.

Assim, ainda que o grupo de mulheres que consegue formar-se em cursos universitários, habilitando-se, portanto, a exercer uma profissão que para tal, necessitam romper muitas das barreiras que têm historicamente impedido o sexo feminino de se realizar plenamente no trabalho, constanta-se que mesmo dirigim

do-se cada vez mais aos cursos universitários, as mulheres continuam hoje concentradas em determinadas áreas de formação. Quando não quer ser docente, à mulher desse nível de escolaridade resta a possibilidade de ingressar na área da saúde, de preferência sendo parteira ou enfermeira.

Segundo GERMANO (1984:24,25), a enfermagem revestiu-se sempre de um incontestável sentimento de amor ao próximo, sentimento de doação e sacrifício, onde a influência de valores principalmente cristãos como obediência, respeito à hierarquia, humildade e espírito de servir, lançaram as bases de seu desenvolvimento.

Considerando a saúde, o que se evidencia é que as enfermeiras, por exemplo, segundo pesquisas das autoras anteriormente citadas, têm elevado conceito sobre sua profissão. Seus sentimentos para com a enfermagem se manifestam em descrições que a valorizam, considerando-a uma profissão que presta grandes benefícios à coletividade. Também para elas o fato de ser mulher influenciou positivamente em suas carreiras, mas isso não parece ser suficiente para que ocupem cargos mais elevados: grande parte delas acha que não têm possibilidade de subir de cargo.

Outra constatação é a de que, talvez em decorrência do exercício profissional em uma carreira tradicionalmente feminina, a enfermeira tem ainda muitos preconceitos que a impedem de aceitar a participação da mulher em qualquer área profissional. Foi encontrado entre as enfermeiras as posições mais conservadoras comparadas a outros profissionais.

É preciso que a percepção desse contexto contemple como fator fundamental as questões vinculadas ao papel tradicional reservado à mulher, que a leva na esfera da divisão do trabalho, a esboçar um profissional com pouca percepção de sua importância social no sentido público da questão. Essa percepção do ser profissional enfermeira fica prejudicada frente à soma desses fatores.

Nessa perspectiva, conforme OLIVEIRA, citado por CASTRO (1982:20), no Brasil,

"o problema da inserção da enfermagem nas instituições de saúde reflete, de certo modo, a própria inserção da mulher na sociedade brasileira, subordinada e destinada a ocupar, no mercado de trabalho, somente os espaços vazios deixados pelos homens (...). Nas instituições de saúde como nas demais instituições sociais, verifica-se a existência de uma hierarquia das profissões que reproduz, no interior destas organizações, a estrutura de classe social. No vértice da pirâmide estão os que controlam os destinos da instituição. Esta posição define as bases necessárias para o exercício do poder, do prestígio e, naturalmente, para desfrutar as principais vantagens desta (...)"

Nos serviços de saúde, principalmente no campo hospitalar, o trabalho é realizado por grupos multiprofissionais, cujo produtor principal é o médico. Esta condição lhe assegura a hegemonia do controle técnico-operacional do cuidado do paciente, mediante prescrições de atos que serão executados por outros profissionais de menor qualificação.

Considerando FOUCAULT (1985:1-4), ao afirmar que "todo saber é gerado no ponto de exercício de poder, e que assegura o exercício desse poder", pode-se, ao transportar para a questão da hierarquia produzida no interior dos sistemas organizados de saúde, enten-

der como se dá esse processo na relação medicina-enfermagem. A enfermagem moderna é gerada no ponto de exercício do poder médico (a conotação hospitalar da formação da enfermeira, principalmente, evidencia isso), assegura, portanto, o poder do médico. Isso reforça a capacidade técnica e poder social ou, dito de outra forma, o monopólio da competência técnica na saúde conferida ao médico. Esse monopólio deve ser compreendido enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente, ou seja, de maneira autorizada e com autoridade, e que lhe é socialmente outorgado<sup>1</sup>.

Essas peculiaridades reforçam o caráter subsidiário subalterno, repositário e destituído de autonomia sobre seus atos do profissional enfermeira.

Dona de um poder eventual, mas sempre submisso ao médico, e enfermeira tenta impor uma liderança sobre as demais categorias, acirrando uma disputa de papéis que, longe de ser uma questão meramente técnica ou pessoal, é política e ideológica. Essa conotação parece associar-se mais uma vez à aceitação da mulher-enfermeira (associação costumeira), da condição subordinada da própria mulher e do jogo de a mesma exercer a disputa de poder em um nível diferencial, ideologizado apenas. Isso a leva a servir de instrumento legitimador de hierarquia, sem a percepção de que papel está representando e a quem está servindo. Acostumada a "servir", a não deter autonomia e poder sobre seus atos, não questiona nas devidas proporções as concessões do sistema. Acirra o dimensionamento interno entre os demais trabalhadores de en-

---

<sup>1</sup> Para aprofundamentos ver BOURDIEU, Pierre. Questões de sociologia. Rio de Janeiro, Marco Zero, 1983.

fermagem, em nome da detenção de um saber formal, a despeito da realidade que teima em lhe contrariar.

Perceber essa legitimação deliberada da hierarquização do poder para o processo de exploração da força de trabalho, parece estar na raiz das questões da enfermagem e das demais categorias "femininas". Também a percepção da articulação político-ideológica que se processa na dualidade mulher-enfermeira na reprodução da divisão social e sexual do trabalho, enquanto garantia das relações de produção propostas, constitui-se em base necessária para entender a posição subordinada reservada à mulher.

Assim, os mecanismos histórico-ideológico que legitimaram e legitimam a condição subordinada das mulheres estão postos. É necessário então, que se entenda como esses mecanismos são rearticulados sob o modo de produção capitalista que, sem mudar a subordinação, impeliram a mulher ao espaço público como força de trabalho. Também essa rearticulação processa novos esforços no sentido de que as tarefas domésticas não devem ser esquecidas. Nessa perspectiva, o que se discute adiante são as novas roupagens que assume a dominação, agora opressão, pelo interesses do capital. Assim, o que se tenta mostrar é uma nova face da situação da mulher, mas não menos submissa.

## 2.2 - A condição da mulher e a reorganização capitalista: a esfera da saúde

A divisão social do trabalho se dá em sociedades humanas em diversas formações econômicas. Para GORZ, citado por MELO

(1986:31), a especificidade do sistema capitalista lhe impõe a divisão e o parcelamento das tarefas, a divisão entre trabalho intelectual e manual, a monopolização da ciência pelas elites, o gigantismo das instituições e a centralização dos poderes que daí decorrem. O aumento do capital, alheio aos trabalhadores, é realizado por eles sob coação.

A hegemonia capitalista traz consigo a legitimação deliberada e necessária da exploração da força de trabalho com a materialização da cisão trabalho intelectual e manual. Utiliza-se de todos os argumentos de que dispõe da articulação político-ideológica na reprodução das relações de produção. A necessidade de garantir a reprodução da força de trabalho e de legitimar as relações de produção, estabelece a reorganização das atividades sob as conveniências do capitalismo. Assim, o Capital e o Estado reorganizam a divisão sexual do trabalho utilizando maciçamente mão-de-obra feminina em atividades antes do âmbito doméstico. Por exemplo, opera a cisão entre a prática religiosa e a prática técnico-profissional na área da saúde, mantendo-se inalterado o prestígio social da mulher que agora é trabalhadora social.

A reorganização dos sujeitos está calcada na mudança, sob o capitalismo, da concepção do objeto da saúde, das finalidades a atingir com suas práticas, processando assim a alteração da posição social dos seus agentes às novas condições de trabalho e seus instrumentos. Definir saúde-doença em uma sociedade capitalista passa pela questão de classes sociais e pela utilização intensiva do corpo. Para SILVA (1986:59), nesse tipo histórico de sociedade, a preocupação com a salvação da alma até então ale

gada, é substituída pela preocupação com a saúde dos corpos, que adquirem importância como instrumentos produtores de mercadorias e fatores essenciais do processo de acumulação de capital. Sob o capitalismo, a área da saúde desprende-se institucionalmente da assistência social genérica (característica da sociedade feudal), passando formalmente para a responsabilidade do Estado, que a assume na perspectiva das necessidades materiais do sistema produtivo.

O cuidado, o controle, o jogo das forças políticas são a tônica que então dirige a questão da saúde dos indivíduos e grupos. Estabelece-se, então, a transferência do caráter místico e religioso da medicina pela articulação necessária, direta ou individualmente com o sistema produtivo.

Michel Foucault, em sua obra sobre a evolução da medicina, propõe que no capitalismo liberal a medicina apresenta-se, principalmente, enquanto instrumento da manutenção e reprodução da força de trabalho necessária a sua continuidade. Diz ainda que na era dominada pelo capital monopolista, seu espaço se amplia; o campo da saúde passa a ter também importância enquanto consumidor de bens e equipamentos sofisticados e enquanto grande estimulador do consumo crescente de medicamentos. A saúde-doença torna-se então fonte de lucro, produzindo e realizando mais-valia. Surge o fenômeno da medicalização indefinida, dotando a medicina de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão além das enfermidades e da demanda do enfermo.

A história da enfermagem pré-profissional evidencia uma

prática social que nasce como já foi salientado anteriormente, vinculada às atividades domésticas. A prática se dá via empirismo das mães de família, das monjas, dos escravos, calcada em um saber de senso comum por sua vez disseminado no meio social, sem o nível de conhecimento especializado e sem prestígio social.

A reorganização dessa prática processada pela revolução industrial sob o capitalismo, acentuou a separação entre atividades econômicas e domésticas. Cria-se então a necessidade de institucionalização do trabalho feminino fora do lar, não alterando o caráter doméstico (domesticado) ou desprestigiado desse mesmo trabalho, necessário à manutenção da condição de dominação.

O capitalismo moderno manteve este padrão de exploração do trabalho privado-doméstico-feminino, mas, desde a industrialização, as mulheres têm sido envolvidas maciçamente no trabalho público remunerado. Enfrentando a pesada carga de trabalho que o capitalismo estabeleceu sobre a família, permanece a responsabilidade social feminina. A responsabilidade do trabalho doméstico é uma das principais bases para apresentar impecilhos ao trabalho remunerado e colocar as mulheres numa posição mais explorada do que a do homem como força de trabalho público. O capitalismo descobriu nas mulheres as condições ideais por representarem uma fonte econômica de trabalho.

As primeiras trabalhadoras de enfermagem em hospitais anteriores à profissionalização de caráter civil, eram mulheres que por motivos inclusive morais, não foram incorporadas a outras atividades produtivas. Assim, se dá sua entrada num setor de ser-

viços desprestigiado e servil, portanto, "ideal" para assimilar mão-de-obra feminina. SILVA (1986:40) salienta que as mulheres assimiladas então na enfermagem eram as imorais (bêbadas e analfabetas), o grau mais ínfimo da sociedade humana.

A necessidade de reorganizar instituições para contemplar a evolução crescente do capitalismo e do modelo médico-burguês que evoluía, forçou a necessidade de preparar melhor mão-de-obra subsidiária. Começa então no século XIX o preparo regular de enfermeiras. As exigências passam a obedecer as novas concepções de saúde sob o signo do capital. Então, disciplina, normalização de conduta e outros atributos morais são apelos às novas qualidades da enfermeira que se profissionaliza.

Para alguns autores, a utilização pelo capitalismo de mão-de-obra feminina, desvalorizada em relação à masculina, baseia-se nos fundamentos da divisão sexual do trabalho e dos mecanismos de controle da oferta e da demanda, como parte da dinâmica de acumulação capitalista. A mão-de-obra feminina é assim, amplamente manipulada pelo interesse do capital que dela se serve ou repele, pagando-lhe sempre salários inferiores.

Desta forma, ao apelar para as atribuições primárias da mulher, ao reforçar o caráter ideológico de cisão entre o público e o privado, o mundo do trabalho e o doméstico, entre o masculino e o feminino, o capitalismo obtém suas conveniências. Assimila a mulher nos setores em que esta se faz necessária e utiliza argumentos persuasivos como com as enfermeiras com formação universitária por exemplo, que hoje prestam-se de forma

evidente a gerenciar custos no âmbito dos serviços de saúde e a reproduzir e manter a estrutura de classes da sociedade na qual se inserem.

Considerando essa atribuição primária como no nível doméstico, a mulher trabalhadora de saúde, principalmente enfermeiras, são persuadidas a acreditar que são administradoras por natureza, prestando-se assim a serem agentes facilitadoras de altos níveis de consumo, beneficiando a indústria da saúde. Como no trabalho doméstico, a função da administradora do consumo nas unidades hospitalares não é contabilizada, portanto, invisível e útil a reprodução do capital.

Para GALBRAITH, citado por CASTRO (1982:18), fica claro o importantíssimo papel desempenhado pela enfermeira no crescente consumo de bens e serviços de saúde, principalmente nos hospitais. Claro também está a relação de subordinação reproduzida na estrutura dos serviços de saúde dos papéis tradicionais de médico e de enfermeira que ajustam-se àqueles delineados para o homem e a mulher na família, que são a base da reprodução das relações hegemônicas de poder legitimadoras da posição subordinada da mulher também no âmbito do trabalho social.

A manutenção dessa subordinação a nível de trabalho social traz consigo a constatação de que, apesar de representar um certo grau de autonomia, não está apenas na participação nessa esfera a transformação da condição da mulher.

A dominação que permeia a relação homem/mulher na sociedade, expressa-se na sociedade de classe sob o capitalismo, em

opressão deliberada a nível da esfera produtiva. O desprestígio e a desvalorização da esfera doméstica são transportadas para o campo do trabalho social dividido e sexualizado, representando para as mulheres uma submissão de novos matizes. A dupla subordinação se estabelece, em casa e no trabalho permanece a força de uma dominação que, transformada em opressão a nível de trabalho, engendra e mantém a marginalização das mulheres da vida política.

A perspectiva independizante da participação na sociedade via trabalho no entanto, representa um espaço capaz de levar à mudanças de atitudes das mulheres frente a sua condição. Essa perspectiva advém do campo de contato com a ação de intervenção concreta na história. A percepção, a tomada de consciência das mulheres da sua situação de gênero feminino construído na sociedade patriarcal legitimado e explorado pelos sistemas econômicos, tem sido um caráter impulsionador de mudanças.

O trabalho, mas não só ele, representa de certa forma uma via crucial de construção da nova identidade de gênero. A opressão nesse campo materializada, tem conteúdo transformador e de certa forma tem colaborado para a conquista da maioria social das mulheres, e para o que tem sido chamado de a revolução mais importante do século.

A ruptura com a dominação patriarcal no entanto passa por um espectro mais amplo de transformação. A força ideológica que constrói os sujeitos só pode ser combatida quando dela se tem consciência. A realidade das mulheres hoje é que repre-

sentam, conforme a ONU, metade da população do mundo, 2/3 das horas trabalhadas (incluindo o trabalho doméstico), e possuem 1/10 da renda do mundo, representando a fatia mais pobre do mundo. (A) B: LONDRE 20, 1978.

É fato que as famílias mais pobres são as constituídas por mulheres e seus filhos. O mais alto grau de miséria encontrado principalmente no Terceiro Mundo é representado por essas famílias.

As mudanças necessárias a construir uma nova ordem passam por uma transformação nas relações, não só de produção. O espaço público reflete importantes transformações, o espaço doméstico, privado, permanece intocado.

O capitalismo processou inúmeras mudanças, mas conservou o que dá suporte à estrutura das relações sociais de dominação. A recriação das condições subordinadas do trabalho da mulher tem sido um dos suportes da manutenção das relações de produção. Assim, o entendimento dessa intrincada rede de artifícios está na base do processo de libertação real da mulher. A transformação passa por uma revolução no âmbito doméstico, pois permanece aí a chave ou a raiz da manutenção da subordinação e do desprestígio da mulher enquanto pessoa.

O capitalismo com suas "liberdades" tem representado uma base criadora de condições de ruptura. No entanto, não se vislumbra uma sociedade de iguais sob esse sistema que se hegemoniza e se recria via desigualdades. A mudança proposta tem que alterar o patriarcalismo das relações entre homens e mulheres.

A questão do trabalho sob o capitalismo cria, como já entendido, condições de exploração novas que recolocam a dominação. O espaço de confronto, a via política enquanto luta do conjunto das mulheres, representa uma forma de expressar a necessidade da transformação.

Frente a essa definição, enquanto sujeito e a organização social processada, a ação política das mulheres tem refletido as dificuldades em articular suas "responsabilidades" entre o privado e o público. A ambivalência de sua condição fragmenta sua reação e torna débil sua solidariedade, expressa na fragilidade do seu campo associativo.

Essa conotação passa-se a discutir na análise seguinte, que tentará estabelecer a ação política frente ao confronto das duas esferas de inserção de mulher.

CAPÍTULO III - A MARGINALIZAÇÃO  
DA DEFINIÇÃO À ORGANIZAÇÃO: A AÇÃO POLÍTICA

"A mulher tem o direito de subir ao cada-  
-falso; ela tem da mesma forma o direito  
de subir na tribuna".

Olympe de Gouge, séc. XVIII

3.1 - A Politização do Privado

Apesar de há muitos séculos as mulheres terem esboçado resistência e tentativas de romper sua condição subalterna, o que se presenciou foram arranjos onde a raiz da opressão permaneceu a mesma.

Como diz CARRION (1985:83), o século XIX assiste o auge da ideologia da "mulher dentro de casa". O capitalismo industrial utiliza-se da mulher na acumulação de base com o trabalho doméstico gratuito, como mão-de-obra de reserva e barata. Cria-se, então, a ambigüidade onde se processa a separação pelo modo de produção vigente entre o lugar de produção e o lugar de reprodução biológica, necessidade do momento histórico. Como compatibilizar mulher na fábrica produzindo e mulher em casa reproduzindo?

Assim, os discursos que dão início à ruptura, à cons-

cientização da mulher de seu confinamento ao mundo privado, são acompanhados de tentativas de reforçar e relembrar a mulher sua posição na família.

Assistiu-se a discursos proibicionistas como de Proudhon e Lasalle, onde se ouve:

"la situación de la mujer puede ser mejorada si se mejora la situación de los hombres. Estas posiciones, referidas a la posición pública de la mujer, se acompañaban de una defensa a ultranza de la familia monogámica, cuyos burgueses criticaban (matrimonio sin amor, prostitución encubierta). Dicen, por ejemplo: 'el trabajo legítimo de la mujer y de las madres se sitúa en el hogar y en la familia, velando y ocupándose de la primera educación de los hijos, lo que, desde luego, exige que mujeres y niños reciban la educación necesaria'" (FEIJÓ, 1985:49).

Mesmo as propostas revolucionárias da época embasavam suas posturas reafirmando a posição da mulher no lar. Para os ideólogos da II Internacional (1905), a meta dos socialistas é devolver a mulher à família.

A ambivalência e a heterogeneidade de pensamento que o processo de construção social do "papel da mulher" sedimentou nelas próprias, exemplifica-se no seguinte relato:

"en una reunión de mujeres que se efectuó en Caracas hace algunos años, Domitila Chumgara nos dijo que no entendía de que nos quejábamos, a ella le parecía que una mujer tenía que quedarse en su lugar porque, finalmente venía de la costilla del hombre! Tal vez porque nos sentíamos culpables de nuestros diplomas, de pagar-le (explotar?) a una mujer para que nos limpie la casa o simplemente venir de la peluquería, ninguna de nosotras se atrevió a iniciar una discusión y en vez de explicitar y analizar nuestras diferencias, les escamoteamos en un silencio público. En la medida en que tratamos de construir un rendimiento amplio, es inevitable que encontremos contradicciones de este tipo. Pero nos cuesta. No sabemos aun articular la reflexión y la acción simultáneamente" VAS, QUES, (1985:57).

A reflexão traz a perspectiva do entendimento de como os acenos do mundo "público" se dão, "corroborando" a dominação do mundo privado. Assim, a própria incorporação da mulher no mercado de trabalho reflete a mesma imagem do que dela se espera no âmbito privado. Nessas bases se estabelecem as tarefas que são preferentemente de mulheres, como as de enfermeiras, por exemplo. De onde se pergunta, qual é o componente feminino desta tarefa? Sobre que bases, senão da ideologia sexista, se assentam esses pressupostos?

Cabe refletir sobre o tema à luz dos protestos emitidos pelas feministas, já no século XVI, contra a morte civil da mulher na família e sua exclusão das funções econômicas e políticas.

A evolução das lutas feministas se processou esboçando e refletindo um grande número de entraves e contradições, bem como barreiras concretas impostas pelo sistema que da dominação se alimenta. As feministas são inovadoras, recusam-se a colocar em sua vida cotidiana uma barreira entre vida privada e vida pública, entre engajamento ideológico e prática cotidiana. As estatísticas de todos os países ocidentais acusam uma baixa de nupcialidade e de natalidade, uma alta dos divórcios pedidos sobretudo pelas mulheres, prova de que elas não encaram mais o casamento como suas mães. As estatísticas revelam que quanto mais o nível de educação das mulheres se eleva, menos freqüentemente elas se casam e mais freqüentemente se divorciam. O desenvolvimento da união livre e da "família novo-parental", a busca da vida amorosa fora da heterossexualidade são alternativas ao casamen-

to tradicional que as feministas sugeriram em seus escritos e em suas práticas cotidianas. A revolução dos costumes acompanha a revolução feminista das idéias (MICHEL, 1982:88).

A despeito de todas as "saídas" propostas pelo sistema e dos "retornos" acenados com bandeiras ideológicas, crê-se que esta saída é sem retorno, é um direito de suas protagonistas e será condição necessária para que se possa repensar o problema a partir da mulher.

A saída que se coloca passa pelo entendimento do campo de luta. O privado não se coloca acima nem fora do político, a luta parte do enfrentamento da condição que se mantém inalterada, que é justamente o espaço doméstico.

A presença das mulheres no nível do enfrentamento, nos canais de denúncia, na luta pelos direitos e conquistas da plena cidadania, tem esboçado uma fragilidade característica. As instâncias de confronto contam com um número reduzidíssimo de mulheres que de forma nenhuma refletem sua condição numérica enquanto população e enquanto trabalhadoras.

Tenta-se, a seguir, analisar e discutir algumas especificidades da participação política formal das trabalhadoras de saúde.

### 3.2 - A Participação Política da Mulher

No campo de participação política, é evidente a falta de participação da mulher de forma engajada e ativa. A participa-

ção quando existe, se dá com um desempenho acessório tanto no interior dos partidos quanto nos grupos de direita ou esquerda.

"Excepcionalmente, as mulheres ocupam cargos de direção e responsabilidade, e quando chegam a essas posições, o fazem como qualquer homem que desconhece a problemática social da mulher" (VELAZQUES, 1985:99).

As mulheres tendem a dirigir-se conforme a segregação ocupacional para atividades do setor terciário da economia. Essas atividades correspondem justamente a uma menor tradição político-sindical. Isso decorre da pequena capacidade reivindicatória da mulher, determinada por um comportamento mais ou menos passivo nas relações de trabalho. Ainda nessa perspectiva SAFFIOTTI, citada por BRITO (1984: 23), afirma:

"efetivamente, as ocupações maciçamente femininas apresentam uma enorme fragilidade na luta por melhores condições de trabalho e de vida, sendo de ordinário extremamente baixo o índice de sindicalização de mulheres."

Nessa linha, o quadro abaixo aparece como revelador do baixo índice de participação política junto à entidade sindical das enfermeiras no Estado do Rio Grande do Sul, e a respectiva participação nas eleições da entidade em janeiro de 1986:

QUADRO 1: Enfermeiras Sindicalizadas e Eleições Sindicais  
1986 SERGS/RS

TOTAL DE ENFª/RS	%	TOTAL DE SINDICALIZADAS	%	VOTANTES	%
2.784	100	837	30	332	11,93

Fonte: Pesquisas direta, SERGS/COREN, 1986.

Parece claro que a condição de participação da mulher na esfera do político, enquanto agente de sua própria história, se dá na mesma perspectiva da sua condição na sociedade. A marginalização da vida política é a realidade;

"tanto na família como no trabalho, é a carga de opressão social, a nível estrutural, expressa pela dominação sexista a nível prático, que impede a mulher de participar, de reivindicar, pois interessa para a manutenção do sistema expropriativo a sua dominação enquanto produtora e reprodutora. A natural submissão feminina aparece, portanto, como fruto da desigualdade sexual imposta de diversas formas, no lar no trabalho principalmente" (BRITO, 1984:164).

Difícilmente se busca entender e investigar quais as possibilidades, a nível de concreto, que levam a mulher a essa apatia participativa. O comum é estabelecer ou legitimar a "passividade natural do específico feminino". A relação trabalhadores-sindicato é vista dentro do prisma da construção social dos sexos. Homens e mulheres são definidos diferentemente a partir dessa construção, a partir de papéis que os constituem em um dado momento histórico e em uma sociedade particular.

Assim, os estudos sobre a mulher se referem ao que a mulher é em sua relação com o homem, e não se pergunta o que as mulheres são em si mesmas, porque as normas masculinas são tidas como absolutas. Com essas conotações, o estudo da história política da mulher é uma difícil tarefa.

"Apesar da constatação de que a mulher esteve presente em diferentes lutas - tendo estas objetivos sociais mais abrangentes ou específicos, de defesa da causa feminina -, a história escrita pouco tem contribuído para que se possa avaliar esta presença" (REIS PRÁ, 1985:3).

Para a autora, está comprovado que a atuação política da mulher

é pouco significativa quando comparada a sua participação em outros setores do social como o econômico, o cultural, e a carência de estudos que possibilitem uma visão mais exata da mulher enquanto ator político é uma realidade. Ainda, a questão da participação da mulher em candidaturas e mandatos parlamentares expressa a condição discutida. A participação partidária feminina é maior nas atividades de ordem social e eleitoreira, e as candidaturas femininas, via de regra, são prejudicadas pelo número pequeno de mulheres formalmente filiadas e o não reconhecimento de sua competência para o exercício da atividade parlamentar.

Para TABAK, citado por REIS PRÁ (ibidem:20), por um longo período da história política de nosso país, a participação de mulheres parlamentares mostrou-se bastante limitada em número e em matéria de propostas pouco significativas.

"A atuação das parlamentares em defesa da igualdade de direitos para a mulher e para elevar o seu papel na sociedade é quase sempre tímida, e tem-se circunscrita a pedidos de criação de creches, reduzir o tempo de trabalho para a aposentadoria da mulher, denunciar atos de discriminação."

A situação assim configurada retrata também uma dificuldade concreta, inclusive de manifestação pública da mulher. Condição condicionada e despreparada para opinar até mesmo sobre si mesma, sujeita a rigorosos controles sociais, jurídicos, religiosos e sociológicos, se vê muitas vezes incapaz de atividades autônomas, deflagrando assim, sua pequena representatividade na "política formal".

Utilizando como base dados da Colômbia, que parecem retratar de forma idêntica não só a situação nesse país mas a situação da representatividade da mulher no Terceiro Mundo, o que, portanto, espelha também a realidade em termos de Brasil, afirma-se que a nível das associações que representam interesses econômicos, se pode apreciar que nos cargos diretivos não há representação feminina, tal como nas associações de industriais, de proprietários rurais, de agricultores, de comerciantes e outros. Nas centrais operárias também se constata a ausência da representação feminina em seus órgãos de direção nacional, apesar de terem uma numerosa base sindical feminina.

A situação exposta se complementa quanto à questão sindical, com o que apresenta TESCH, citado por BRITO (1985:169) ,

"si en la piramide sindical, la presencia de la mujer es escasa, cuando se desciende, encontramos mujeres en posiciones tradicionales a sus papeles - secretaria de actas, recreacion, tesoreria, salud etc...".

No Brasil, a estrutura sindical vigente não contribui para estimular a participação feminina na vida sindical. A história sindical brasileira, seu atrelamento ao Estado, o corporativismo que lhe é imposto, determinam estruturas rígidas e lideranças de forte componente autoritário. Sendo esse o quadro sindical, vê-se a ausência de participação da trabalhadora que se reforça pela falta de estímulo das próprias lideranças, somado a certos comportamentos psicológicos discriminadores que persistem em nossa sociedade. Não se pode atribuir essa "Ausência Sindical" apenas à dominação determinante da "passividade feminina", mas a soma dos fatores apontados é que determina essa atitude.

Outro aspecto que condiciona a situação de inferioridade de que padece a trabalhadora é o que metade delas são casadas ou chefes de família. Na distribuição do trabalho no lar, de acordo com as funções tradicionais, a contribuição econômica não remunerada para o bem-estar e para a comodidade da família é da principalmente à mulher. Esta é a dupla carga de trabalho que pesa sobre as mulheres, que são mães e, ao mesmo tempo, desempenham uma tarefa remunerada.

Os depoimentos mais encontrados em encontros e debates sobre a questão concreta da participação feminina, são explícitos em afirmar que a pouca participação sindical e a nível de partidos da mulher trabalhadora se deve ao medo de perder o emprego, a discriminação da sociedade, a problemas sócio-econômicos, ao cuidado dos filhos e do marido, à pressão patronal, ao machismo. Ainda dizem as trabalhadoras: "as mulheres que mais frequentam o sindicato não tem marido ou filhos pequenos".

"Quando a mulher já sai para trabalhar desde cedo, sem ser casada, sem filhos, vai ser mais livre, é mais fácil conscientizar, saber os seus direitos. Quando vai trabalhar depois de casada, com filhos, é mais difícil, fica acomodada, aglenta o patrão, como é que vai sair de casa e ir para o sindicato?" (BRITO, 1985 - depoimento de operária da área têxtil).

Para as enfermeiras, a questão não se dá diferentemente,

"a gente já trabalha fora, falta tempo para cuidar do marido, dos filhos, as reuniões das entidades são geralmente à noite, horário em que se quer e se precisa ficar em casa, lavando, arrumando, etc" (A.P., enfermeira de área hospitalar de Caxias do Sul/RS).

Também outros fatores são apontados pelas enfermeiras como: a-

alienação, falta de tradição política da mulher, elitismo, submissão, falta de profissionalismo, falta de consciência de classe (enfermeira não se considera trabalhadora), acomodação, ignorância.

Mesmo discutindo e considerando esses depoimentos como reais e retratadores de um processo concreto, é importante que se avalie a problemática da estrutura sindical no Brasil, que parece reforçar e legitimar aspectos paternalistas e mantenedores da subordinação não só das mulheres, como de toda a classe trabalhadora. É preciso que se tenha consciência de que a estrutura sindical no Brasil configura uma atuação sindical assistencialista e meramente burocrática. No Brasil, o sindicato passou de órgão de luta de classes a órgão de colaboração e cooperação com o Estado, prestador de assistência social, isso se devendo à legislação trabalhista vigente.

Na compreensão dessa estrutura é que podemos entender a reprodução das relações subordinadas das trabalhadoras e suas entidades associativas. À mulher cabe uma dupla subordinação, enquanto gênero está sujeita a ouvir: "o que a mulher vai fazer no sindicato, um lugar só de homem? Vai curtir no sindicato!" (BRITO, *ibidem* 138, depoimento de operária têxtil). Isso evidencia a utilização de critérios ideológicos, reforçadores da condição de submissão da mulher pelo aspecto da moralidade.

- Ainda, outros depoimentos dizem,

"muitas mulheres, inclusive, têm medo de dizer que são sócias do sindicato. Muita gente não quer nem a cobrança da mensalidade na empresa. Quer ir pagar no sindicato para o patrão não ficar sabendo que ela é sócia."

Uma questão a ser pensada na busca de uma reestruturação do movimento sindical, e que precisa ser contemplada com o interesse que merece, é exatamente o espaço que se reserva à mulher na esfera da representatividade formal. Mesmo com a nova perspectiva que os movimentos, os partidos, os sindicatos esboçam quanto à especificidade da questão feminina com a criação de comissões dirigidas ao estudo a formação e informação à mulher, ainda é insignificante o número de mulheres em postos de direção ou em candidaturas parlamentares.

A acentuada assimilação das mulheres no mercado de trabalho, em setores bem definidos, tem mostrado uma tendência ao terciário, onde são constantes a desqualificação profissional e a desvalorização do trabalho. Essa situação perpetua a desigualdade, e a desqualificação leva à manutenção da exploração, da discriminação de sexo, da desigualdade salarial, configurando-se em diminuição das expectativas quanto a transformações sociais advindas das conquistas trabalhistas, etc... As próprias entidades defensoras dos direitos dos trabalhadores apresentam uma debilidade maior nesse setor, em muito devido aos fatores já apontados.

O Sindicato dos Enfermeiros no Estado do Rio Grande do Sul, retrata na sua prática uma série desses pontos aqui revisados. Do total de enfermeiros no Estado<sup>1</sup>(2.784), 5,14% (143) são homens; desses, 46 são associados ao sindicato, o que representa 32,7%. O total de mulheres associadas ao sindicato, se comparadas ao número de enfermeiras no Estado, mostra uma percentagem menor, 29,95%. Um fato a ressaltar está no percentual de participação masculina nos cargos diretivos do sindicato. Mesmo sen-

<sup>1</sup>Pesquisa direta realizada pela autora junto à ABEN, COREN, SERGS, março/1986.

do 5,5 do total de associados, os homens ocupam 16,6% dos cargos, inclusive a presidência.

Outra associação de enfermeiras, essa de caráter cultural, a ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem -, apresenta situação semelhante. Dos 639 associados, 96,09% são mulheres; 25, num percentual de 3,91%, são homens. Mesmo com participação reduzida, 2 homens fazem parte de cargos diretivos na associação, incluindo a presidência.

Um aspecto claro na enfermagem está não só na argumentação via articulação da vida privada com a pública, no papel internalizado da prioridade do papel na reprodução e no mundo doméstico, como também parece ser imutável para a "vida da enfermeira". De tal forma, o componente ideológico do mito da mulher-mãe-esposa está presente no dia-a-dia da enfermeira, que é usado para o obscurecimento das outras dimensões da mulher enquanto profissional e cidadã.

A dificuldade de articular os papéis tradicionais com os novos comportamentos e atribuições necessárias à complexidade da vida da mulher, tem suas raízes reforçadas ainda hoje pela própria estrutura educacional. Os cursos dirigidos principalmente às mulheres como a enfermagem, são pródigos em criar estereótipos como o que reflete esta frase; "o curso de enfermagem devia trocar de nome e passar a se chamar maternagem" (M.S., aluna do 5º semestre da Escola de Enfermagem da UFRGS/Porto Alegre, 1985).

Concretamente, as associações representativas refletem o espaço social reservado à mulher. É crucial no entanto que ao

se avaliar essa realidade se proponha a reflexão da via política enquanto transformação dessa realidade. Se a realidade dos trabalhadores e especificamente das trabalhadoras é de alienação em relação a sua situação enquanto classe é gênero das perspectivas de emancipação que dispõem, que caminho apontar?!

Com o entendimento de que, o âmbito da participação sindical por exemplo, representa uma instância capaz de construir e consolidar unificadamente a consciência e as conquistas da classe trabalhadoras tem-se a dimensão de sua perspectiva transformadora da realidade dessa classe. Assim, investir na perspectiva de construção solidária de uma prática independente que esse tipo de entidade pode representar para os trabalhadores merece reflexão.

Retoma-se a questão política da enfermagem ao se analisar detidamente a categoria no capítulo que segue. A partir da descrição da situação concreta que se observa, pretende-se resgatar, teoricamente, a condição da mulher-enfermeira.

CAPÍTULO IV - A CATEGORIA DE ENFERMEIRAS  
NA SEXUALIZAÇÃO DAS OCUPAÇÕES - O CONTEXTO DA ENFERMAGEM

4.1 - A Enfermagem, Estrutura Profissional e o Sistema Organizado de Saúde no Brasil

A enfermagem brasileira, no princípio de sua história, compunha-se de um conjunto de práticas empíricas e rudimentares com mescla mágico-religiosa, as quais eram executadas sem distinção por escravos, mães de família, jesuítas ou mesmo irmãs de caridade. É importante ressaltar a influência da religião católica através de sua igreja, fortemente presente no Brasil colônia e depois, no Império.

A evolução para as práticas formais advindas do ensino sistemático, o que se pode chamar de enfermagem profissional, se dá junto à introdução dos interesses e da lógica do capital onde a estruturação e organização do ensino e dos serviços de saúde estão subjugados ao interesse do lucro.

Nessas condições, a enfermagem brasileira se profissionaliza, mantendo os padrões da divisão sexual do trabalho e as ca-

racterísticas religiosas expressas por princípios éticos e deontológicos, rígidas normas de conduta, disciplina e empirismo preservados no contingente elevado de atendentes que executam as tarefas de menor prestígio, e que então servem à disciplina do capital.

Por longo período, o caráter de religiosidade advinda principalmente da doutrina católica na sua dimensão caritativa, foi marcante na formação e na prática de enfermagem no Brasil. A chamada enfermagem profissionalizada (década de 20 a 30)<sup>1</sup> estabeleceu-se marcada por um contingente de irmãs de caridade que ingressaram em massa no ensino formal então proposto.

A igreja deteve por longo período a responsabilidade sobre a maioria dos hospitais brasileiros e sobre quase todos os de caridade, ou seja, os que atendem indigentes.

O processo de laicização se dá não em forma de ruptura, mas de uma convivência pacífica entre religiosas e leigas. Mesmo assim, determinou dificuldades de avanço como na esfera do trabalho assalariado e das lutas por conquistas nesse setor, já que o trabalho das religiosas não era remunerado e continuava com o caráter ideologizado da "caridade".

A culminância do processo de profissionalização no Brasil se dá com a transformação da enfermagem em curso superior (1962)<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Para maiores aprofundamentos ver: SILVA, Graciete B.. Enfermagem profissional. São Paulo, Cortez, 1986, p. 69-63.

<sup>2</sup>Para maiores aprofundamentos ver: SILVA, ibidem.  
MELO, Cristina. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo, Cortez, 1986, p. 61-83.

junto a um modelo econômico caracterizado pelo privilégio crescente do capital estrangeiro.

A ideologia modernizante ditada pela tecnocracia militar ao se instalar no poder, impõe um novo modelo. Conforme SILVA (1986: 82),

"modernizou-se o Estado através da implementação de uma série de reformas administrativas e econômico-financeiras (fiscal, bancária, salarial, do mercado de capitais); modernizam-se as estruturas sociais através, sobretudo, dos investimentos maciços em telecomunicações, obras rodoviárias, hidrelétricas, energia nuclear, prospecção e extração de petróleo, construção naval e de aeronaves e indústria bélica. À fase de implantação burocrática-autoritária (1964-1968), sucedeu-se a do 'milagre' (1968-1973) e a da crise econômica (a partir de 1973), agravando-se, paulatinamente, o endividamento externo do país para o aumento da exploração de sua força de trabalho, e do desemprego e a retração de seus setores produtivos."

A área de saúde reflete o processo de transformação da sociedade e apresenta, de forma evidente, as contradições do sistema instalado. De um lado, a sofisticação da modernização, de outro, a precariedade da assistência à saúde das massas. A desigualdade econômica ditada pelo modelo estabelece o privilégio de uma assistência médica cara, sofisticada, e cada vez mais privada em detrimento da assistência previdenciária, e mesmo da gratuidade da assistência. Os serviços estatais cumprem papéis político-sociais de incorporação da população marginalizada, e econômicos que permitem certo nível de acumulação.

Através da prática médica realiza-se um tipo de controle das condutas das diversas classes sociais. A suavização dos conflitos sociais é uma meta da assistência à saúde, seja enfatizando uma aparente unidade social, através do aumento do consumo de

serviços médicos, seja incorporando às políticas sociais alguns interesses das classes dominadas, sem que isso chegue a ameaçar o sistema estabelecido (SOUZA & VERAS, 1983:13).

Observa-se a crescente privatização da assistência médica, a concentração dos serviços nas regiões mais desenvolvidas, a multiplicidade de convênios e o privilegiamento por uma prática hospitalar que vão corresponder, a nível de prestação de serviços, a uma atenção médica bastante diferenciada, com a população previdenciária tendo acesso desigual aos serviços.

Para DONANGELO (1976:30), o cuidado médico se generaliza amplamente como resposta, quer à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, quer a momentos particulares de desenvolvimento à nível político dos antagonismos de classe. O que se verifica paralelamente é, de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico conforme o seu significado para o processo econômico e político, e, de outro lado, uma diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes ações e diferentes clientelas, as quais se expressam em grande parte em seu caráter privado ou estatal, mas que não se esgota aí.

Essa estrutura absorve indiscriminadamente a enfermagem, evidentemente como trabalho e trabalhador subsidiários e dependentes e como modalidade funcional, sendo sua ação dividida em tarefas e procedimentos.

Pensando a assimilação das mulheres nos sistemas organizados de saúde, verifica-se que elas são responsáveis pela maio-

ria dos cuidados de saúde prestados. O que se constata, no entanto, é que como, por exemplo, no Brasil, onde mais de 90% dos trabalhadores de saúde são mulheres, a maioria são enfermeiras ou profissionais de enfermagem. As médicas são mais raras e praticamente inexistem como responsáveis por tomada de decisões a nível de sistema.

A enfermagem, não só a brasileira, enquanto ensino formal gerador das enfermeiras de "alto padrão", demarcadamente serviu desde o seu nascimento a uma minoria privilegiada. A questão de classe permeia a história de sua assimilação nos sistemas de saúde institucionalizados. O proletariado fornece, anteriormente, os atendentes de enfermagem, hoje, também auxiliares e técnicos; no início da profissionalização, a burguesia fornecia as candidatas para os cursos de enfermeiras, apoiadas na legitimidade desse papel, compatível com o trabalho da mulher fora do lar. A situação de hoje não difere da de muitos anos atrás em termos de autonomia de ação e poder frente à estrutura de serviços, apenas o que se observa é que ainda se preparam os atendentes, auxiliares e técnicos para as tarefas tidas como predominantemente manuais junto ao paciente. As enfermeiras, por sua vez, agora não mais são recrutadas junto à burguesia; assalariadas e mal pagas advêm hoje das classes média e populares, sendo preparadas para executarem tarefas mais intelectualizadas, supervisão, ensino e administração.

Apesar de representarem o maior contingente de pessoal de área da saúde, são evidentemente destituídas de qualquer poder na estrutura de saúde. Essa ausência de poder é expressa no ápice do Sistema Nacional de Saúde e permeia todos os níveis, alcan

gando a base do sistema, a linha de frente, onde o grupo de enfermagem é o mais vulnerável pelo seu menor poder político de negociação (COREN, 1986:162-3).

As evidências do caráter subsidiário da enfermeira são inúmeras, definidas na própria legislação que reflete sua discriminação no âmbito das profissões da saúde. A discriminação na legislação é percebida onde, apesar de classificarem a enfermeira entre as carreiras universitárias, o fizeram com desvantagens. No âmbito federal, a categoria, em relação às outras carreiras da saúde, tem além da maior jornada de trabalho, limitadas suas possibilidades de acesso funcional.

Assim, a enfermagem se insere num sistema de saúde fragmentado, representado por uma rede de instituições públicas e privadas. Instituições essas de diferentes vinculações e de administrações diversas tanto no âmbito público quanto no privado, onde as empresas lucrativas detêm hoje a maior fatia da assistência à saúde, principalmente individual.

No Brasil, ocupam-se da prestação de assistência à saúde diversos órgãos como: o Ministério da Saúde (ações coletivas), o Ministério da Previdência e Assistência Social (ações individuais), o Ministério da Educação (rede de ensino, hospitais-escolas), o Ministério do Interior (medidas sanitárias) e o Ministério do Trabalho (saúde do trabalho).

O privilegiamento, no entanto, se dá na área do Ministério da Previdência e Assistência Social, detentor do maior orçamento e o grande "facilitador" do desenvolvimento e ação da medici

na privada.

Essa malha institucional apresenta-se desarticulada, sem diretrizes, sem definição de uma política nacional de saúde eficiente e condizente com as reais necessidades de saúde da população brasileira. Num contexto de convivência entre o desenvolvimento econômico e social e a pobreza extrema de grande parcela da população, vê-se o privilegiamento ao empresariamento médico. A assistência à saúde é acessível aos mais favorecidos economicamente, ficando a grande massa da população sujeita à assistência pública precária e detentora de um orçamento miserável.

Nesse meio, a enfermagem, que representa o maior contingente de trabalhadores de saúde, ocupa uma posição secundária. As ações de enfermagem desenvolvidas não dispõem nem mesmo de um registro que as identifiquem como serviço produzido. As estatísticas de saúde a nível de sistema não apontam a enfermagem como executora de atos concretos de saúde que revertem em benefícios à população.

Assim, a enfermagem e as enfermeiras não detêm um sistema sintonizado onde, enquanto maioria, interfiram efetivamente nos níveis decisórios. A realidade é que não detêm autonomia nem para a tomada de decisões no seu próprio campo de ação. Não participam da elaboração da maioria da planificação em saúde e não têm acesso a níveis hierárquicos de decisão. Com essa conformação e sem uma política adequada de recursos humanos para o setor,

"a organização dos serviços de enfermagem ainda não está presente em parte considerável dos estabelecimentos prestadores diretos de serviços, e a forma e o tipo de organiz

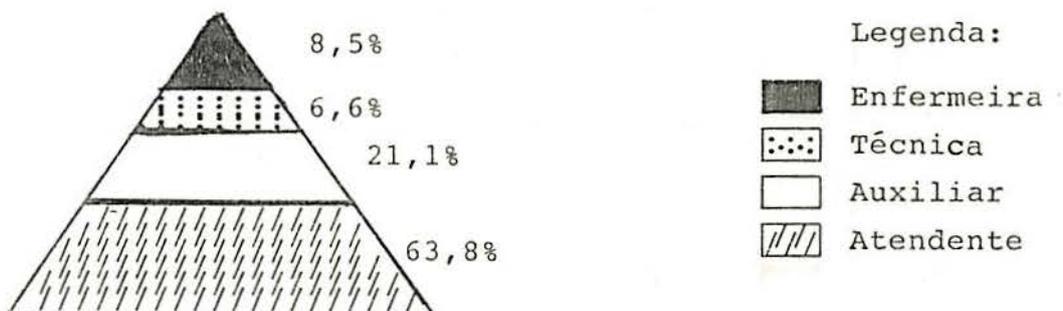
zação existente variam segundo o estado da própria administração dos estabelecimentos e o grau de autonomia concedido à enfermagem. Em geral, as responsabilidades da enfermagem para com a população atendida pelos estabelecimentos de saúde estão em desacordo com sua estrutura e autonomia, especialmente se forem considerados os vários níveis de formação profissional e o grande volume de pessoal sem qualquer preparação específica nos estabelecimentos hospitalares e nos para-hospitalares" (COREN, 1986: 163).

Para que se possa compreender os níveis de formação profissional, temos que o trabalho de enfermagem é executado no país por uma profissional enfermeira, graduada em curso universitário com 4 anos de formação; pela técnica de enfermagem com formação de nível médio (2º grau); pela auxiliar de enfermagem com formação em cursos de 1º e 2º graus; e, também pela atendente de enfermagem sem preparo formal e muitas vezes sem qualquer programa de treinamento, representando o grande contingente da força de trabalho.

A situação da enfermagem no Brasil, em termos de contingente de profissionais, considerando-se o preparo formal e o não formal, apresenta o seguinte quadro:

Gráfico 1

Profissionais de Enfermagem no Brasil - 1983



Fonte: COFEN, 1985

Segundo a distribuição geográfica, a situação que se verifica mostra disparidades regionais importantes na composição da força de trabalho de enfermagem. O quadro a seguir mostra os dados numéricos relativos a essa composição no país.

QUADRO 2: População de Enfermagem/Brasil, 1983

Ano	Enfermeiras	Téc.Enf.	Aux.Enf.	Demais Ocupacionais	TOTAL
1983	25.889	19.935	64.289	164.174	304.287

Fonte: COFEN, 1983.

É importante salientar que os dados acima expressos representam o total de cadastrados ou não junto aos conselhos regionais, e que os dados relativos aos cadastrados apenas evidenciam um valor numérico de 179.406 entre toda a força de trabalho. Esse número representa apenas 58,9% dos que trabalham efetivamente nas diversas instituições públicas e privadas ou serviços particulares de saúde.

É evidente também as diferentes composições nos diversos estados brasileiros. Sabe-se que o Estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal, segundo a mesma fonte, apresentam tendências a inversão da pirâmide representativa do restante do País. Nesses estados, verifica-se que a proporção de pessoal qualificado corresponde a mais de 70% da força de trabalho. Isso se deve a um investimento concentrado na formação da técnica de enfermagem, proporcionalmente aos demais trabalhadores.

A concentração de cursos de nível universitário se dá nas

regiões Sul, Sudeste e Nordeste, evidenciando que as condições de distorção na distribuição geográfica dos trabalhadores é devida em grande parte, à distribuição dos cursos não só de nível universitário mas também de outros níveis de preparo específico.

É certo então que, onde a qualificação profissional é de difícil acesso, o número de ocupacionais sem preparo formal universitário é uma compensação às necessidades da demanda.

No Rio Grande do Sul a situação se dá de forma semelhante à composição do total do país. Praticamente, reflete a mesma configuração, ou seja, o maior contingente é de atendentes de enfermagem, sendo evidente também o elevado número de não cadastrados junto ao Conselho.

O não cadastramento pode estar ligado às exigências legais da qualificação formal. A atendente de enfermagem é chamada ao mercado como assalariada de mais baixo nível salarial. É mão-de-obra abundante e barata, já que para exercer a enfermagem nesse nível o contingente feminino, que é majoritário, já evidencia preparo pelas inerentes tarefas dos papéis sexuais. Assim, a esfera do doméstico e o papel de mãe habilitam ao exercício nesse âmbito de ocupação, já que o cuidar, a manutenção da higiene e outras atribuições, são, em nossa sociedade, "inerentes" à esses papéis.

O espaço da enfermagem e das enfermeiras está assim delimitado. Tentou-se posicioná-lo frente à estrutura organizacional para passar a analisar, na seqüência deste capítulo, aos determinantes que agem no comportamento e configuração da categoria das enfermeiras.

#### 4.2 - A Categoria de Enfermeiras - Dados Gerais

##### 4.2.1 - Sexo/Idade/Estado Civil

Para BRUSCHINI (1985:40),

"ser professora ou enfermeira não é apenas uma escolha profissional, mas uma oportunidade que a mulher encontra para por em prática atitudes que aprendeu desde o berço: bondade, paciência, dedicação e carinho".

Esse processo, assim descrito, encaminha as mulheres para profissões de mais baixos salários e de menor prestígio, bem como sua entrada nessas profissões serve para manter ou deteriorar ainda mais a situação de desprestígio.

A situação da enfermeira na qual fixar-se-á a análise, reflete, sem diferença dos demais ocupacionais o prestígio atribuído aos guetos femininos. - O referencial será das enfermeiras do Estado do Rio Grande do Sul conforme o quadro a seguir:

QUADRO 3: Enfermeiras, Segundo Sexo - Rio Grande do Sul -  
Brasil/1983-1986

Especificação	Rio Grande do Sul		Brasil	
	(nº)	(%)	(nº)	(%)
Feminino	2.641	94,86	24.362	94,1
Masculino	143	5,14	1.527	5,9
TOTAL	2.784	100,00	25,889	100,00

Fonte: COFEN, 1985

Pesquisa direta COREN/RS, 1986.

É evidente a definição da profissão de enfermeira como um "gueto feminino". Essa relação se dá de forma similar nos demais profissionais de enfermagem, apresentando a seguinte configuração: técnicas de enfermagem, 89,5%; auxiliares de enfermagem, 91,5%; atendentes de enfermagem, 88,6% (COFEN, ibidem:58).

Tanto no Rio Grande do Sul quanto nos demais estados do país, as proporções se mantêm.

A questão etária evidencia que o pico de trabalhadores de enfermagem está entre os 20 e 40 anos, sendo o ingresso mais cedo no mercado de trabalho dos atendentes de enfermagem, já que os mesmos não necessitam qualificação formal, portanto, não se dedicam aos bancos escolares por mais tempo.

As enfermeiras ingressam no mercado de trabalho um pouco mais tardiamente e o grande contingente ativo de trabalhadores coincide com a faixa etária reprodutiva da mulher. Não se tem estudos a respeito mas segundo depoimentos, o fato de a enfermagem estar presente 24 horas ininterruptas no trabalho hospitalar, tendo sua jornada dividida em turnos e equipes, facilitará a profissionalização nessa área, bem como o ingresso da mulher já que dessa forma ela pode conciliar suas tarefas maternas e domésticas, devido a opções de jornada de trabalho.

A saída desse contingente do mercado de trabalho se dá na faixa de aposentadoria - em torno dos 60 anos -, já que o assalariamento determina esse processo de retração de acordo com a legislação vigente.

A questão relativa ao estado civil demonstra um percen-

tual equilibrado entre casadas e solteiras. O que é evidente é a profissionalização da mulher casada nas últimas décadas, determinada não só pela mudança nos padrões de comportamento, mas pelas necessidades econômicas da família. Essa evidência está presente no índice geral da PEA (população economicamente ativa) de 1980, que mostra um crescimento acentuado em relação à população de solteiras, BRUSCHINI (1985).

Houve, inegavelmente, uma ampliação da absorção de mulheres e aumento das taxas de participação feminina na PEA com o correr dos anos e do processo de desenvolvimento do País. Há que considerar esse aumento pelo prisma substancial da queda da fecundidade; também a presença de mães de família no mercado de trabalho, não obstante a predominância na classe trabalhadora das posições tradicionais quanto à divisão sexual do trabalho.

Conforme BRUSCHINI (ibidem:72),

"a expansão da economia, a urbanização acelerada, a industrialização e a necessidade de complementação da renda familiar, não podem ser descartadas como forças motivadoras, atraindo para o mercado a população trabalhadora feminina. Mas há que considerar que a redução das taxas de fecundidade, a acentuada mudança de valores em relação ao papel da mulher na sociedade, a expansão da escolaridade, o acesso a níveis elevados de instrução são igualmente impulsionadores da mulher ao mercado de trabalho. Assim, o ingresso acentuado de mulheres casadas e com filhos no mercado de trabalho são evidências desse complexo processo de assimilação da mulher no mundo do trabalho."

A enfermagem é uma das profissões que demonstram o crescimento geral da PEA feminina e sua concentração no setor de serviços. Em 1980, segundo a autora acima, 70% das trabalhadoras ainda se concentravam em pequeno número de "trabalhos femininos" :

empregadas domésticas, lavadoras e operárias para as menos instruídas, secretárias e balconistas para as que possuem nível médio de instrução, professoras e enfermeiras para as que alcançaram o nível médio ou universitário.

#### 4.2.2 - Origem Social da Enfermeira

A seletividade social dos diferentes cursos universitários tem sido comprovada na literatura sociológica. GOUVEIA (1986), por exemplo, delineou três categorias de cursos, de acordo com a classe social de origem dos alunos neles matriculados: seletos, intermediários e populares, a engenharia é classificada, nesse estudo, entre os cursos seletos, enquanto a enfermagem é considerada um curso popular.

Para OLIVEIRA, citado por CASTRO (1982:20),

"a inserção da enfermagem no mercado de trabalho da saúde reflete, de certo modo, a própria inserção da mulher na sociedade brasileira, subordinada e destinada a ocupar, no mercado de trabalho, somente os espaços vazios deixados pelos homens (...). Nas instituições de saúde, como nas demais instituições sociais, verifica-se a existência de uma hierarquia das profissões que reproduz no interior destas organizações, a estrutura de classe social. No vértice da pirâmide estão os que controlam os destinos da instituição. Esta posição define as bases necessárias para o exercício do poder, do prestígio e, naturalmente, para desfrutar as principais vantagens desta...".

BRUSCHINI (1978:10-11), diz que "as enfermeiras se originam em sua maior parte, da classe média baixa e média alta, e seus pais e mães completaram apenas a escolaridade primária". Há, porém, um razoável número de profissionais do grupo estudado, que provêm de lares

mais pobres, onde o nível ocupacional paterno é baixo e cujos pais não completaram o curso primário ou são mesmo analfabetos.

Crê-se que essa caracterização advém de um processo que atinge principalmente essas camadas sociais e que se liga à própria aspiração educacional das mães em relação aos seus filhos e às suas filhas. Nesses grupos, os níveis educacionais e a escolha profissional desejados pelas mães para seus filhos são mais altos para os meninos que para as meninas. Tais aspirações e expectativas conduzem certamente à manutenção dos atuais valores e atitudes acerca do papel da mulher na nossa sociedade. De fato, apesar da entrada maciça de mulheres nas universidades, a expansão da educação universitária feminina não representa uma inovação nos papéis tradicionais.

O nível sócio-econômico, de onde advém os estereótipos, valores e atitudes de classe, determina para a mulher a participação, sobretudo, nas tarefas mais simples do processo produtivo, repetitivas e de pouca complexidade, muitas das quais não requerem formação profissional propriamente, já que é suficiente uma curta etapa de adaptação às operações realizadas no próprio posto de trabalho. Na enfermagem, um exemplo desse comportamento está na incorporação dos atendentes, situação que apesar de ter sido amenizada nos últimos tempos, em muitas regiões, os mesmos apenas ascendem de tarefas de cunho doméstico como faxina e cozinha para ações ligadas ao cuidado do paciente, com mínimo ou nenhum treinamento.

Para BRUSCHINI (ibidem), nessa linha podemos considerar

que as razões de classe aliadas à educação formal, ao lado de uma socialização ambivalente que define o trabalho como uma atividade secundária para a mulher, são processos que se combinam para encaminhá-la quando ingressa na força-de-trabalho para pequeno e pré-estabelecido número de ocupações. Retomando, quando não quer ser docente, resta à mulher no nível de educação universitária, a possibilidade de ingressar na área da saúde, de preferência sendo parteira ou enfermeira.

Estudos apontam que a tendência das mulheres de prestígio sócio econômico alto e médio é de encaminhamento às atividades burocráticas e de administração. Já a enfermeira entra, conforme CASTRO (1982:20),

"na composição da estrutura ocupacional, na medida exata para exercer tão somente controle da execução dos atos prescritos (pelo médico), função esta que eufemisticamente insistimos em chamar de supervisão".

A enfermeira, nessa perspectiva, aceitou e aceita ainda o chamado valor social atribuído a sua profissão, que em certo aspecto evidencia uma troca onde a compensação financeira entra como secundária. Assim, constata-se o pouco profissionalismo com que a enfermagem é tratada, e é comum observarmos anúncios, cartazes e frases comemorativas que ressaltam a grandeza de sentimentos desse profissional como: "Dedico minha vida a serviço da humanidade", ou associações tradicionais do tipo: "Maio, mês das mães, das noivas e das enfermeiras". Esse tipo de associação, segundo ROSALDO (1979: 46) se processa em função de que

"as atribuições femininas às relações extra-domésticas raramente são explícitas, a elas é dado um papel social e

uma definição em virtude tanto de sua idade quanto de seu relacionamento com os homens. Portanto, as mulheres são concebidas exclusivamente como irmãs, esposas e mães".

Assim, estas questões tornam-se concretas em estudos onde se encontra

"apesar de inicialmente favoráveis ao trabalho de suas esposas, os maridos das enfermeiras - que pertencem principalmente aos estratos médio baixo e médio alto - se dividem, atualmente, em duas opiniões a respeito: metade deles incentiva, a outra metade impõe restrições ou não aceita o desempenho profissional de suas mulheres" (BRUSCHINI, 1978:11).

Ainda quanto ao casamento, é fato que existe um grande número de enfermeiras casadas com médicos, não ocorrendo o inverso, ou seja, enfermeiros casados com médicas. Essa questão reflete a situação do status-quo da mulher, e parece que a relação de dominação perpassa aí o lado profissional. Em decorrência da crença de que "o trabalho da mulher é acessório" e do casamento reproduzir de forma legitimada a relação de dominação, nada mais viável do que essa relação se dar a partir do contato cotidiano de homens de profissão de prestígio superior com mulheres com profissões de prestígio inferior. Parece também que a relação fora do âmbito profissional que expressa uma situação contrária à exposta, tem pouca ou nenhuma chance de acontecer como a do enfermeiro com a médica.

Essas constatações levam a questionar um fato evidente na enfermagem de nível universitário, que parece se dar na perspectiva dos conceitos de origem e posição de classe, onde são evidentes os falsos elitismos de que estão revestidas as enfermeiras por força das ideologias dos processos de formação.

Ao se avaliar a questão relativa à composição racial e sua associação com os aspectos sócio-econômicos, constata-se que estudos nessa linha são raros e dificilmente pode-se traçar um perfil sem contar com esses dados. No entanto, pode-se afirmar o baixo número de negros que freqüentam os cursos de graduação, número esse que merece atenção, já que se sabe que o nível sócio-econômico dos alunos que freqüentam a escola de enfermagem encontra-se, como já citado anteriormente, entre baixo e médio, e que sabidamente a população negra, hoje maioria da população brasileira, é a que se concentra de forma maciça nos níveis de renda mais baixos.

Para BARROSO, citado por BRUSCHINI (1985:69),

"os dados sobre rendimento médio familiar mostram que os diferenciais entre raças são ainda maiores que os diferenciais entre os sexos, e que a mulher negra sofre uma tripla discriminação: sexual, racial e social, uma vez que faz parte das famílias situadas nos mais baixos níveis de rendimento. As trabalhadoras negras estão sempre concentradas nas ocupações de mais baixo prestígio e remuneração."

Nessa linha, o DIEESE (1986: 36-39) afirma que constata-se entre a população de baixa renda uma proporção maior de negros, analfabetos e migrantes, e diz ainda que as mulheres representam a maior proporção no total de ocupados de baixa renda. Com essa perspectiva pode-se remeter ao racismo histórico das escolas de enfermagem, pois é sabido que quando de sua instalação, no Brasil (e não só aqui) era proibida a entrada de mulheres negras. Persistirá o racismo nas escolas de enfermagem?

Outra perspectiva de análise tende a passar pelas raízes históricas do negro, enquanto por longos períodos e com mui

tos resquícios até hoje foi obrigado ao trabalho servil. Esse aspecto pode denotar uma opção de fuga consciente, principalmente da mulher negra, sabidamente o segmento mais oprimido. Quando sem opção de escolaridade, a negra se destina ao trabalho doméstico, ao trabalho na agricultura e na prestação de serviços, provavelmente como empregadas domésticas, sendo a maioria dos trabalhos sem registro em carteira. Quando a opção existe, quando se alcança escolaridade que permite essa opção, a escolha recai em cursos de maior prestígio social, onde o trabalho pode se desenvolver de forma mais autônoma. Esse raciocínio mereceria um estudo mais profundo, fato é, no entanto, que o preconceito persiste e permeia ainda as escolas de enfermagem, e parece que o mercado de trabalho reflete essa condição.

BRUSCHINI (1978:10), em pesquisa realizada em São Paulo, identificou que a maior parte das enfermeiras é brasileira ou de origem latina. Há no entanto um número razoável de japonesas entre elas. Nessa linha, uma constatação importante é a de que a Escola de Enfermagem atrai sobremaneira a raça oriental. Em regiões brasileiras com alto índice de imigrantes, percebe-se isso nitidamente. Sabe-se também que profissões de "dedicação ao ser humano", por exemplo, gozam de alto prestígio entre os valores culturais desse segmento da população. Considera-se "nobre" a dedicação ao alívio da dor do próximo, o que parece é perfeitamente compatível com a filosofia até hoje adotada pelas escolas de enfermagem. Outro aspecto liga-se ao fato de que, entre os orientais, os papéis sexuais estão de certa forma ainda bem demarcados, estando as mulheres numa condição de evidente reclusão à papéis tradicionalmente femininos, sendo, portanto, a enferma-

gem uma profissão "aceitável", pois não representa mudanças no papel da mulher.

Assim, para BRUSCHINI (ibidem: 10), pode ser que a enfermagem exerça mais atração como carreira sobre aquelas jovens criadas no interior ou no campo, locais onde mais do que nos centros urbanos, as influências sócio-culturais levariam a crer que as possibilidades profissionais para as mulheres estão limitadas à carreiras femininas.

Enfatiza-se pois, a necessidade de se elaborar estudos que dêem suporte às afirmações feitas, já que não se encontra bibliografia ou mesmo pesquisas que comprovem a atualidade dessas teses.

#### 4.2.3 - Estrutura do Emprego

A ação da enfermeira abrange a assistência específica, a administração, o ensino e a pesquisa. Dessas ações, aquelas ligadas à assistência são executadas também pelos demais profissionais de enfermagem, existindo aspectos polêmicos quanto ao papel da enfermeira em apenas administrar essa assistência ou executá-la, já que se configura no profissional mais capacitado para tal. Esse deslocamento traz consequências graves e, como diz SILVA, citado por CASTRO (1982:16),

"(...) percebe-se hoje claramente uma ambigüidade no conteúdo do status-papel da enfermeira (...) colocada no dilema: cuidado direto ao paciente versus atividade de supervisão e administração (ou gerenciamento não da assistência, mas de custos - MJ). 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 de enfermagem."

Fato é que a estrutura dos serviços de saúde, as deficiências de pessoal, enfim, o não privilegiamento da saúde como ação político-social do País, tem configurado dificuldades para que se modifiquem as estruturas e se pense em qualidade de atendimento à população.

As distorções e os privilegiamentos de determinadas áreas ficam nítidos ao se analisar o mercado empregador de enfermeiras e de enfermagem no País.

A força de trabalho de enfermagem e em especial focalizando a situação empregatícia da enfermeira, concentra-se nos estabelecimentos hospitalares, conforme quadro a seguir.

QUADRO 4: Pessoal de Enfermagem por Tipo de Estabelecimento onde Trabalha,  
Segundo a Categoria - Brasil/1983

Especificação	S A Ú D E			E N S I N O				Nível Central	Clínicas Indep.	TOTAL GERAL		
	Hosp.	P.Hosp	TOTAL	Grad.	Tec.	Aux.	TOTAL			nº	%	
Enfermeira	14.644	6.173	20.817	2774	886	612	4273	724	76	25.889	8,5	
Técnica	16.246	3.677	19.923	0	0	0	0	0	12	19.935	6,6	
Auxiliar	48.478	15.770	64.248	0	0	0	0	0	41	64.289	21,1	
Atendente	134.880	59.274	194.154	0	0	0	0	0	20	194.174	63,8	
TOTAL	nº	214.248	84.894	299.142	2774	886	612	4273	724	149	304.287	-
	%	70,4	27,9	9,83	0,9	0,3	0,2	1,4	0,2	0,05	100,00	100,00

FONTE: COFEN, 1985.

A análise do quadro permite visualizar o grande empregador de serviços de enfermagem, a entidade hospitalar privada, já que esta detém conforme a mesma fonte, 80,4% dos leitos disponíveis no País.

A assistência para-hospitalar comporta os serviços de Saúde Pública nos seus diversos níveis, federal, estadual e municipal e ainda clínicas particulares e o ensino de 2º grau, ou seja, as enfermeiras licenciadas. Pode-se, no entanto, constatar que essa parcela empregadora é de menor importância em relação à hospitalar.

Já o ensino específico de enfermagem é exclusivo da enfermeira, tendo sua maior concentração no ensino universitário. O contingente a nível central mostra o número de enfermeiras colocadas em cargos de chefia na administração pública e em órgãos de classe que, como se observa, também se configura em um reduto de enfermeiras.

As clínicas independentes ou os também chamados Centros de Enfermagem são uma tendência mais recente da prática da enfermagem. São empresas organizadas para prestação de serviços que se ocupam de ações em ambulatório próprio ou a domicílio. Esse é ainda um campo novo de ação que parece estar se expandindo, e verifica-se que o aparecimento das clínicas para atendimento geriátrico mostram essa tendência. Não se dispõe até o momento de dados concretos que permitam uma análise mais aprofundada. No entanto, acredita-se que essa especificidade tende a crescer como tendência do próprio aumento da longevidade, com a necessidade de

atenção à saúde do velho e da própria problemática social e familiar que envolve a terceira idade.

#### 4.2.4 - Renda, jornada e processo de trabalho

A enfermagem em sua função assistencial, que representa maior número de horas trabalhadas, está concentrada na instituição hospitalar onde presta cuidados divididos em turnos de equipes as 24 horas do dia. Essa peculiaridade determina características específicas onde a determinação serviço essencial pressupõe um contexto próprio que tenta-se expor a seguir.

A questão da renda está vinculada ao próprio assalariamento da enfermeira. A enfermagem de nível universitário, apesar de considerada profissão liberal, implicando portanto o exercício autônomo, comporta-se no mercado de trabalho como trabalho assalariado. Constata-se, segundo COFEN (ibidem:91), que um percentual significativo de pessoal de enfermagem, e portanto de enfermeiras, possuem mais de um emprego, sendo o percentual de 17,8 a 31,7% de profissionais com 2 ou mais vínculos empregatícios. Percebe-se que dessa forma um grande número de enfermeiras ultrapassa a faixa de 60 horas semanais de trabalho.

A renda, no entanto, devido o nível geral de baixos salários e a inexistência de piso salarial, não se eleva muito com 2 ou mais empregos; 21,8% das enfermeiras que possuem mais empregos estão na faixa de 1 a aproximadamente 6 salários mínimos, segundo fonte acima citada.

A faixa salarial para as enfermeiras no País está entre 2 a 7 salários mínimos, sendo os estabelecimentos públicos os que melhor remuneram e onde os empregos são mais estáveis. Os melhores salários são os das enfermeiras docentes de cursos de graduação. Em geral, especializações e graus acadêmicos não têm muita influência no salário. Apenas na docência essa valorização se evidencia. Também os cargos de chefia não são sequer registrados na carteira de trabalho quando do vínculo CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Já a carga horária interfere relativamente no salário percebido. Quanto a isso, sabe-se que a maioria é de, no mínimo, 40 horas semanais; que o adicional noturno nem sempre é pago e que os adicionais de insalubridade variam nos diversos locais, já que não se tem estudos que caracterizem os limites de tolerância e os agentes agressivos no trabalho de enfermagem.

Os mais baixos salários são pagos às enfermeiras nos estabelecimentos hospitalares da rede privada - 2 a menos de 5 salários mínimos -, portanto, a maioria das trabalhadoras de enfermagem encontra-se nesta faixa. Constata-se, assim, que a enfermeira de mais baixa remuneração e de maior instabilidade no emprego é aquela que executa a assistência propriamente dita. São nos locais onde existem as piores condições de trabalho, as maiores jornadas e os mais baixos salários que se prestam cuidados de enfermagem diretos aos pacientes. Parece uma inversão de valores, que reflete as ambiguidades que permeiam o exercício da assistência em enfermagem.

Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e

Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), o salário mínimo pago ao trabalhador é seis vezes menor do que o necessário. Assim, constata-se que 75,3% das enfermeiras não ganham o equivalente a um salário mínimo real.

Essa situação, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a organização Mundial de Saúde (OMS),

"ocorre em quase todos os países do mundo, as condições de trabalho de enfermagem não são satisfatórias devido, entre outros fatores, à remuneração inadequada, horário de trabalho muito longo sem período de descanso, plantões em domingos e feriados sem justa compensação, períodos incomodos ou fatigantes de trabalho, como os turnos da tarde e da noite"(CARVALHO citada in COFEN (ibidem:91).

Ainda, segundo alguns autores, percebem-se certas especificidades no Brasil como a falta de alimentação no local de trabalho e o trabalho em ambiente insalubre, sem a devida proteção social. Esse contexto, aliado a um sindicalismo incipiente e pouco combativo, atrelado como os demais à legislação repressiva, compõe o cenário pouco animador da trabalhadora de enfermagem. Assim, as perspectivas de atuação profissional da enfermeira mais dirigidas ao assalariamento do que à atividade profissional liberal, certamente não atraem quem busca ascensão ou manutenção de prestígio e compensação financeira.

Reforçar-se, assim, o aspecto de atração maior do contingente feminino que se submete a assumir o ônus característico das profissões onde o valor social ideológico atribuído age como compensação aos fatores que são subtraídos, como os relacionados ao aspecto econômico. Mais uma vez salienta-se o poder dos valores culturais ligados ao feminino, à facilidade maior com que se as-

simila a mulher trabalhadora que se dirige a uma área tradicionalmente ligada a ela, enquanto historicamente dirigida ao trabalho servil.

As mulheres negociam de diferentes formas a sua subalternidade. A aceitação pacífica da sexualização das ocupações parece ser uma face dessa negociação. Assim, a mulher aceita baixos salários, menos qualificação, ausência de promoções, segregação ocupacional, rígido controle das chefias e dupla jornada, como se isso fosse a contrapartida da "permissão" pela participação na esfera produtiva, reduto masculino.

Evidência disso está em que a remuneração do trabalho feminino no Brasil, se faz em níveis nitidamente inferiores ao do trabalho masculino. Para BRUSCHINI (1985:50)

"na medida em que a procura da mão-de-obra feminina se restringe a um pequeno número de empregos, enquanto a oferta de trabalhadoras tende a crescer, os salários femininos continuam a ser proporcionalmente menores do que os dos homens, porque há grande quantidade de mão-de-obra concentrada em pequeno número de trabalhos de mulher, que por sua vez são os de menor prestígio, porque refletem a posição do sexo feminino na sociedade".

E diz ainda, que a discriminação salarial contra a mulher é ainda mais evidente justamente naquelas ocupações nas quais a participação feminina é maior, como no setor de serviços onde a mulher não chega a ganhar nem a metade do que ganha o homem.

Para complementar há que se expor a situação do mercado de trabalho atual das enfermeiras. Conforme o Conselho Federal de Enfermagem, existe um excedente atual de 35% das enfermeiras

egressas dos cursos de graduação. Portanto, a oferta é maior que a demanda do serviço. O subemprego também é uma realidade e se reflete no índice de 26,6% de enfermeiras que percebem até 4 salários mínimos.

Considera-se que esse comportamento do mercado de trabalho relaciona-se com a questão estrutural da sociedade e do Sistema Nacional de Saúde em particular, que não responde de maneira coerente às condições de vida e saúde do brasileiro. É evidente pois, o não privilegiamento das ações preventivas e de caráter extra-hospitalar, configurando assim o setor hospitalar como maior reduto de empregos.

Também evidencia-se que principalmente o subemprego é em muitos setores, reservado ao sexo feminino, demonstrando a passividade da mulher trabalhadora em aceitar essa condição, já que tenta articular de forma socialmente aceitável sua participação nos espaços produtivos e reprodutivos.

#### 4.2.5 - O exercício profissional: ações e funções

A enfermeira nasce como profissional, com funções administrativas muito demarcadas, reforçadas pela preferência por uma atividade mais intelectual que manual e com melhores oportunidades de exercer sua autoridade e ações de comando. As decisões burocráticas dos níveis centrais do sistema institucional de finiram e comandaram essa tendência no momento de estruturar os quadros funcionais e correspondentes escalas salariais, já que a

própria ascensão salarial está ligada a cargos de natureza administrativa.

Assim, estão postas as condições em que a assistência é prestada, cabendo à enfermeira a administração dessa assistência ou o gerenciamento das unidades e serviços. Ao grande contingente de trabalhadoras de enfermagem com menor grau de escolaridade ou mesmo sem nenhum tipo de formação, cabe a assistência direta ao doente. Isso é determinado pela conveniência econômica primeiramente, viabilizando os custos da assistência à saúde, que é repassado à exploração salarial das trabalhadoras.

A enfermeira, portanto, é buscada não para prestar um cuidado mais qualificado ou administrar a assistência de enfermagem, mas para atuar como zeladora dos interesses da administração. Nessa perspectiva, segundo GALBRAITH, citado por CASTRO (1982:17-8), esse papel é facilitado à enfermeira pois as mulheres são persuadidas a acreditar no seu papel social de administradoras, sendo assim, agentes que facilitam os altos níveis do consumo, sobre os quais descansa a economia da alta produção.

No Brasil as funções mais desempenhadas pelas enfermeiras de área hospitalar são: supervisão de pessoal de enfermagem, prestação direta de cuidados de enfermagem, administração de serviços de enfermagem, supervisão de estudantes e estagiários e treinamentos em serviço. Como as pesquisas são desenvolvidas em consultas às próprias enfermeiras, avalia-se que o que corresponde aos cuidados diretos não corresponde à situação real, já que é evidente o distanciamento da enfermeira dessa ação.

Apesar de se evidenciar uma retomada nos últimos anos, a maioria das ações relacionadas à atenção direta ao paciente e ao público está nas mãos das atendentes de enfermagem, já que os mesmos constituem 64% da força de trabalho de enfermagem. A enfermeira predomina nas atividades de supervisão de pessoal, administração de serviços e ensino.

Na área para-hospitalar as funções que predominam são supervisão de pessoal de enfermagem, treinamento em serviço, trabalho na comunidade, administração e supervisão de estágios a estudantes. Nessa área, a preponderância está na supervisão de pessoal.

Percebe-se, conforme os dados citados, que um fator relevante no fato de a enfermeira encontrar-se mais em funções administrativas está na razão de sua participação numérica. Sabidamente, as enfermeiras são em número reduzido, impossibilitando de certa maneira a assistência direta. Esse número reduzido é funcional ao sistema que se utiliza da manutenção dessa situação de inferioridade numérica com benefícios próprios muito nítidos. Tendo poucas enfermeiras a instituição gasta menos e a impossibilita de prestar assistência, conduzindo-a, assim, ao serviço que lhes interessa, ou seja, a supervisão ou policiamento do pessoal, a minimização dos custos e a administração do consumo.

A função ligada à pesquisa demonstra um crescimento nos últimos anos, segundo os dados do COFEN, sendo que é mais frequente nos cursos de formação de pessoal de enfermagem. Crê-se, contudo, que essa função cresceu também no âmbito hospitalar,

22,9% das enfermeiras da pesquisa desempenham essa atividade, o que é significativo já que a mesma teve seu incremento na área de enfermagem somente nas últimas décadas.

Na tentativa de discutir o processo de trabalho, aborda-se então as rotinas de trabalho e depoimentos de enfermeiras e outros trabalhadores da saúde bem como sua clientela nas diversas áreas onde as funções já mencionadas são pormenorizadas. Em resposta à pergunta sobre quem é e o que faz a enfermeira, obtivemos as seguintes respostas:

"Auxilia o médico". (M.V.S., paciente do ambulatório do Hospital de Clínicas, P. Alegre, RS, maio / 86).

"A enfermeira forma um elo entre médicos-pacientes e demais componentes de enfermagem, organizando e apoiando os valores dos mesmos." (auxiliar de enfermagem, HCST, P. Alegre, RS).

"A enfermeira tem que ter conhecimento, e temos algumas com capacidade para diagnosticar várias patologias." (auxiliar de enfermagem, HCST, P. Alegre, RS).

O atendimento das enfermeiras é confiável?

"Aqui, com sorte, tu pega um médico, mesmo que seja estudante, se não são as enfermeiras mesmo que atendem ou até mesmo os auxiliares de enfermagem, te prepara!" (depoimento de paciente na fila do ambulatório do Hospital de Clínicas, P. Alegre, RS, maio/86).

E os estudos, o que atestam?

"Supervisiona e controla para manter o sistema funcionando" - OLI-

VEIRA, citada por CASTRO (1982:22).

Para BRUSCHINI (1978:11),

"a enfermeira diplomada, em geral, ocupa cargos de chefia, supervisionando, quase sempre, o trabalho executado por pessoal de nível não qualificado, como atendentes e auxiliares, que constituem mão-de-obra numerosa e barata."

As citações e os depoimentos anteriores retratam de forma clara como hoje se dão e em que consistem as ações da enfermeira e o processo de rotinização que apresentam principalmente no trabalho dentro da atividade hospitalar.

Reconhece-se a enfermeira como líder da equipe de enfermagem pela sua maior qualificação e sua condição de membro integrante da equipe de saúde. A profissão, em decorrência de seus abrangentes propósitos, é de natureza interdisciplinar e essa característica tem confundido a muitos de nós e às pessoas junto as quais trabalhamos.

Nessa linha, arguída sobre a especificidade do conhecimento em enfermagem, uma enfermeira afirma: "não existe conhecimento específico ainda deixa muito a desejar, a própria estrutura curricular é falha" (Enfa. de Unidade de Internação, HCSA, P. Alegre, RS).

"A enfermagem é para a sociedade um 'corpo empírico' saído do nada, trabalhando para a humanidade, atribuindo-lhe inclusive um caráter místico" (Enfa. PG, desempregada, Caxias do Sul, RS). Outro enfermeiro cita existir conhecimento específico, e justifica: "porque tem seu trabalho embasado no conhecimento científico" (Enfº com cargo de chefia de um hospital especializado, P. Alegre, RS).

O que se torna evidente então é a conceituação confusa do que representa a "especificidade do conhecimento", do que representam as bases científicas próprias da enfermagem. Vê-se que a enfermagem, enquanto conhecimento dirigido a uma ação prática, tem tido dificuldades em sustentar sua identidade nessa mesma prática, enquanto detentora de um corpo de conhecimentos próprios.

As necessidades estabelecidas por um mercado de trabalho cada vez mais exigente em hábeis administradores de um consumo crescente, efetivou o afastamento do cuidado, legítima ação prática do seu conhecimento. A busca de prestígio social mais elevado do que o até então ligado ao cuidado ao doente, fez a enfermeira conivente com o papel para ela construído.

Acreditando no que diz a tese de GALBRAITH, citado por CASTRO (ibidem:17) sobre o papel de administradora do consumo que foi de forma persuasiva inculcado à mulher, faz-se facilmente um paralelo com a enfermagem. Como o trabalho administrativo doméstico, o trabalho de administrar o consumo das unidades de internação nos hospitais não é contabilizado separadamente, o que obscurece seu valor econômico.

Para esses autores, busca-se a enfermeira não para prestar um cuidado mais qualificado ou administrar a assistência da enfermagem, mas para atuar como propósito zelador dos interesses da administração. Assim, supervisão pode ser considerada como fiscalização às tarefas subordinadas.

Torna-se inegável a intrincada teia que une as profissões femininas e o prestígio da mulher na sociedade.

"A sociedade não reconhece a enfermagem como tal. Ainda é idealizada como dogma de bondade e simplicidade, como seres despersonalizados e autômatos. A própria comunidade hospitalar a vê como utilitária e benevolente, sem levar em conta anseios, dificuldades e expectativas" (Enfa. de Unidade de Internação, HCSA, P. Alegre, RS).

O caráter utilitário expresso acima fica claro na afirmação de CASTRO (ibidem:21): o papel da enfermeira na economia hospitalar pode estar representado por

"um agente favorecedor do consumo de mercadorias e serviços de interesses do assim chamado complexo médico-hospitalar (equipamentos, antissépticos, desinfetantes, descartáveis, medicamentos etc.), de zelador dos interesses da administração e de controlador da execução dos atos prescritos."

Parece, no entanto, que a grande parte das enfermeiras ainda se manifesta de forma ambígua. Se alguns profissionais expressam ter clareza de sua condição, outros continuam a afirmar: "ser enfermeira é assumir um compromisso com o ser humano como tal", e seguem no mesmo depoimento, "a enfermeira é responsável pelo não reconhecimento social, que muito pouco tem feito para reverter esse quadro, satisfazendo-se como profissional dependente da classe médica". Diz, por outro lado, que "até pouco tempo persistia a idéia da enfermeira boazinha, abnegada e submissa e que esta consciência está mudando" (Enfa. trabalhando em desvio de função como auxiliar de enfermagem, INAMPS, P. Alegre, RS).

Para as entidades representativas e as instituições formadoras de certa forma concordam que os documentos oficiais de enfermagem reconhecem a necessidade de novos modelos de prestação de serviços de enfermagem e de melhor aproveitamento do seu pessoal, admitem também que as enfermeiras poderiam assumir fun-

ções mais complexas e que, por tradição ou pela rigidez de certos sistemas de serviços, continuam dispendendo grande parte de seu tempo em atividades burocráticas, em atividades foras de seu campo específico ou em tarefas de economato.

Nessa linha, o exposto acima se evidencia na constatação de que as enfermeiras executam em área hospitalar 89% das ações de administração e supervisão de enfermagem, e em área para-hospitalar, 63% dessas ações (COFEN, ibidem:160). Uma enfermeira não pode executar ações diretas para unidades inteiras de internação. O máximo possível é o planejamento dirigido de assistência, o que em grande parte não ocorre, já que as ações administrativas propriamente ditas consomem grande parte do tempo da enfermeira. Mesmo ao se notar maior envolvimento das enfermeiras na atenção direta ao paciente nos hospitais e em atividades junto às comunidades, predominam nessa categoria as funções de supervisão de pessoal, administração de serviço e ensino, com uma certa uniformidade em todas as regiões do País. O envolvimento maior com o ensino evidenciado nas pesquisas pode estar sendo devido à ênfase dada nos últimos anos à integração docente-assistencial.

Em estudo realizado na década de 50, onde processou-se o levantamento de recursos e necessidades de enfermagem, constatou-se que percentagem significativa do tempo das enfermeiras era empregado em atividades não propriamente de enfermagem (escriturária, telefonista, etc.). Esse estudo mostra ainda hoje a realidade dos pequenos hospitais e de grande parte dos hospitais de centros urbanos menores. É fato que o pessoal de enfermagem ain-

da se encarrega do serviço burocrático da unidade na maioria das instituições hospitalares.

"O enfermeiro é subaproveitado, serve para atender telefone, organizar fila de consulta e assinar papel, então se torna um profissional muito caro e não precisava ter passado 4 anos na universidade. A estrutura atual do sistema de saúde, principalmente à nível público, subutiliza esse técnico e o relega às atividades de menor importância e mesmo apenas de suporte a outros profissionais" (médico do INAMPS/PAM-3, P. Alegre, julho/86).

A realidade ainda mostra a enfermeira empenhada nas ações consideradas "menos nobres" nas instituições onde trabalha, sejam estas instituições hospitalares ou para-hospitalares. Isso fica mais claro e desvenda o que é o dia-a-dia da enfermeira ao se avaliar a rotinização do seu trabalho diário, percebida através dos depoimentos livres que apresenta-se a seguir. Os depoimentos foram colhidos de 5 enfermeiras com trabalho em unidade de internação hospitalar, sendo 3 de hospital de grande porte (mais de 500 leitos), 2 privados e 1 público. A opção pela modalidade hospitalar reside no fato de ser a rede hospitalar a maior empregadora de enfermeiras.

Assim, questionadas sobre suas ações de trabalho diárias, de como a enfermeira gasta seu tempo de trabalho, foram registradas as seguintes declarações:

#### ENFERMEIRAS DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO<sup>3</sup>

- 1 - Bater cartão ponto;
- 2 - troca de roupa no vestiário;

<sup>3</sup> A seqüência das ações foi sugerida pelas próprias enfermeiras.

3 - elaboração de escala de serviço (diária); 1ª ação ao chegar na unidade;

4 - passagem de plantão (mais ou menos 30 min.);

5 - revisão dos pedidos de exames clínicos ou laboratoriais para os pacientes;

- fazer o comunicado em mural com nome do paciente e tipo de exame para o restante da equipe;

- comunicar ao Serviço de Nutrição e Dietética os NPOs, ou seja, os pacientes que deverão ficar em jejum;

6 - visita aos pacientes - intermitente, interrompida para atendimento de intercorrências como;

- puncionar veia;

- auxiliar funcionários em tarefas ou supervisionar cuidados especiais à pacientes prestados por funcionários;

- atender urgências;

- conversar com paciente ou familiar que solicite;

- transferir pacientes para outras unidades (cuidado intensivo, etc.);

- conversar com a equipe médica sobre condutas (tratamento ou dúvidas quanto a prescrições);

- solicitar médico de plantão quando necessário;

- solicitar serviço de limpeza, nutrição, manutenção

sempre que necessários;

- orientar familiares e pacientes quanto ao preparo para exames, para cirurgia, esclarecer dúvidas;

- executar cuidados que os demais funcionários de enfermagem não saibam executar ou não tenham tempo suficiente para executar, como ações técnicas do tipo: sondagens, instalação de drenagens, aplicação de quimioterápicos, curativos, punções venosas, etc.;

7 - admissão de pacientes na unidade, o que comporta:

- organizar prontuário com documentos (muitos hospitais não têm escriturária, e mesmo os que têm não as mantêm em plantões noturnos);

- orientar o paciente sobre as rotinas de funcionamento da unidade;

- solicitar, se necessário, o médico de plantão para fazer a avaliação de baixa do paciente;

- fazer histórico de enfermagem (coleta de dados, registro e avaliação do paciente feito pela enfermeira)<sup>4</sup>;

- fazer prescrição de enfermagem de acordo com os problemas de enfermagem identificados<sup>5</sup>;

- conversar com o médico-responsável para avaliar a

---

<sup>4</sup> Ações próprias da enfermeira.

<sup>5</sup> Idem.

prescrição e as orientações deste;

- solicitar medicação da farmácia;

- comunicar a dieta do paciente ao Serviço de Nutrição e Dietética;

- orientar familiares;

8 - intervalo para almoço ou lanche (depende do movimento da unidade, espera-se um horário mais tranquilo);

9 - atender telefone (muitas vezes, principalmente em plantões noturnos onde não há escriturária);

10 - fazer as prescrições de enfermagem dando seqüência para o plantão seguinte (de todos os pacientes da unidade);

11 - fazer evolução dos pacientes nos respectivos prontuários (anotar as alterações de saúde de todos os pacientes durante o período de trabalho);

12 - passar plantão para o turno seguinte;

13 - trocar de roupa no vestiário;

14 - bater cartão-ponto;

15 - elaborar escala de tarefas mensais para os funcionários;

16 - reuniões:

- semanais - administrativas (enfermeira e funcionários);

- 15/15 dias - administrativas (chefia de enfermagem)
- a cada 3 meses - avaliação dos funcionários.

Os depoimentos parecem confirmar a argumentação anterior onde se percebe a diluição das ações e a falta de identidade profissional enquanto espaço de domínio e autonomia da enfermeira.

"A gente fez tudo e não faz nada. Vê se as estatísticas de saúde mostram o trabalho do enfermeiro? É um trabalho fantasma, estressante, que parece só existir para nós mesmas que sabemos quanto nosso físico e nossa mente reclamam que estão no limite" (Enfa. de Unidade de Internação e Obstetrícia, Hosp. N.S.P., Caxias do Sul, RS).

A conotação da abnegação, da doação, da dedicação parece confrontar-se com a trabalhadora enfermeira de carne e osso e limites mortais. Mas são muito fortes os condicionamento e se a mulher é persuadida ao sofrimento silencioso, quando se lhe incute o enobrecimento que está por trás da dor, a somação desses fatores se dá em profissões nas quais predominam mulheres e que estão a serviço da humanidade, portanto nobres.

A ambivalência dos papéis levou as mulheres à superação de seus próprios limites físicos. A competência passa por assumir o que é seu por "natureza" e o trabalho profissional "adicional complementar" como o denominam exigindo um duplo esforço. ("Ninguém te obriga, mas já que queres, estas são as condições ... e as aceitamos" - MJL).

Os pressupostos ideológicos da valorização e da dependência; os filhos dependem das mães, a felicidade do lar depende da

estabilidade da mulher, da sua felicidade etc..., a sociedade familiar necessita das mulheres como neutralizadoras de conflito, como apoio de seus membros, a família precisa ser mantida e à mulher cabe um importante papel, levam as mulheres a centralizar as soluções e isso se evidencia também nas profissões que abraçam ou mesmo são levadas a abraçar.

O seguinte argumento reflete os aspectos acima descritos:

"este livro é dedicado à enfermeira recém-formada que, durante seu primeiro ano de trabalho, defronta-se não apenas com a organização do seu trabalho, mas também com o dos outros que dela dependem, por ser ela a coordenadora da equipe. É complexo o trabalho da enfermeira, haja vista todas as tarefas que desempenha."

A figura a seguir exemplifica os argumentos citados:

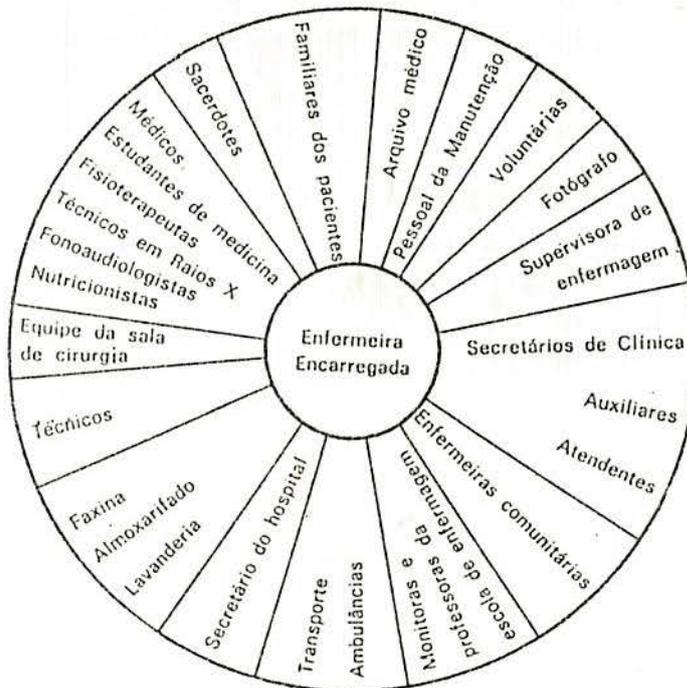


Figura nº 1 - "O mundo da enfermeira. Comunicação com a enfermeira encarregada da ala" (SCHURR, 1976).

A figura acima parecer ser um bom exemplo de como se confere superioridade e se torna sublime algo que nada tem de sublime no seu dia-a-dia. Essa multiplicidade de tarefas e a multidisciplinariedade do conhecimento exigido, culmina com a não identificação da enfermeira com seu espaço de ação, o que confere às suas ações pouco ou nenhuma autonomia.

Atribui-se um valor social ideológico para a execução de tarefas que não são de fácil sujeição. As mulheres são as vítimas mais apropriadas, afinal, basta que se enfeite persuasivamente a situação como complexa, ou que as convençam do já tão desgastado "valor humano da profissão", que serão atraídas por ela.

A enfermagem no seu exercício cotidiano é árdua. A jornada é longa, o trabalho é estressante física e emocionalmente. Conviver com a doença, com a dor do outro e ficar imune a tudo não parece ser tarefa possível.

Por que razões as enfermeiras que executam um serviço vital, imprescindível para a sociedade, o fazem sem essa mesma sociedade lhes dar o reconhecimento devido? Por que a enfermagem - enfermeiras, técnicos, auxiliares e atendentes -, essa grande maioria nos serviços de saúde, se mantém à margem de todas as decisões e benefícios do sistema de saúde? "Teremos aceito de tal maneira a ideologia do sublime da dedicação e da profissão como santificação, que não gritamos alto nossas necessidades enquanto trabalhadores?" (S.M., aluna, Escola de Enfermagem - UFRGS - maio/86 - grifo MJL).

É certo e as pesquisas recentes afirmam, que as enfer-

meiras demonstram profunda insatisfação em relação aos modelos vigentes de prestação de serviços de saúde e de enfermagem, e também demonstram desejo de mudança na prática profissional, a fim de torná-la capaz de contribuir para melhoria das condições de saúde da população.

Conhecer o processo de formação da enfermeira torna-se imprescindível para entender os alicerces em que se apoia a construção do seu saber. Como se constrói essa enfermeira que estamos descrevendo, sob que pressupostos se organizam e se nutrem as escolas de enfermeiras? Como se forjam peças para manter funcionando essa engrenagem? Passa-se a discutir desse modo, a formação profissional da enfermeira.

#### 4.3 - A formação da enfermeira

A formação em enfermagem está estruturada em três níveis os quais comportam: o profissional, correspondente ao terceiro grau, o técnico ao 2º grau completo, o auxiliar ao 2º grau incompleto e 1º grau.

A formação da enfermeira se dá em instituições universitárias, com currículo mínimo de 2.500 horas, das quais 500 horas, no mínimo, são dirigidas às habilitações em diferentes áreas técnicas da enfermagem, sem caráter obrigatório. É importante salientar que a evolução da enfermagem no País passou por fases muito nítidas, dirigidas a contextos específicos de época.

Assim, conforme GERMANO (1983:33-43), considera-se o ano de 1923 um marco no sentido de que nessa data criou-se a primeira escola de enfermagem no Brasil, com ensino sistematizado e dirigido por enfermeiras - a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), depois chamada Escola de Enfermagem Ana Neri, localizada no Rio de Janeiro. A formação de então foi dirigida por enfermeiras norte-americanas, e o enfoque principal do ensino visava ao atendimento da necessidade de formar enfermeiras de Saúde Pública e visitadoras, já que o País andava às voltas com epidemias e era crucial saná-las para que não fosse prejudicado o próprio processo de intercâmbio econômico com outros países.

A necessidade de implementar o saneamento dos portos, e núcleos urbanos e de atrair a mão-de-obra para a constituição do mercado de trabalho capitalista era a tônica das preocupações do governo.

As contradições entre ensino e prática concreta nascem já nessa época quando, a despeito das disciplinas serem de caráter preventivo, a prática de estágio das alunas era dirigida ao trabalho hospitalar. Percebe-se também o direcionamento do ensino à população feminina, em consequência do próprio papel histórico da mulher dirigido ao trabalho servil, auxiliar e ao cuidado de doentes, velhos e crianças. Essa evidência se dá no próprio nome da primeira escola sistematizada, "Escola de Enfermeiras" do Departamento Nacional de Saúde Pública. Essas são algumas questões que interferiram de maneira importante na determinação do perfil do profissional que se construiu a partir de en

tão.

A exigência do ensino formal não era uma constante, e escolas como a Cruz Vermelha, por exemplo, formavam enfermeiras apenas alfabetizadas. Já o ensino sistematizado que iniciou com a Escola Ana Neri, exigia o curso normal ou equivalente.

Conforme MAGALHÃES, citada por GERMANO (1984:36), a Escola Ana Neri, então estabelecida como Escola Padrão por decreto da presidência,

"foi organizada no mais alto padrão e a seleção das alunas também foi excepcional (...). Aconteceu até um fato lamentável. Apesar da oposição de duas americanas que vieram para a escola, uma moça de cor venceu todas as barreiras para o ingresso no curso. Na hora da matrículas, as americanas não permitiram e fecharam questão (...). Daí por diante, enquanto as americanas estiveram aqui, apenas brancas podiam frequentar a escola."

Com ideologias comuns e forte influência americana, as escolas de enfermagem no País continuaram sendo criadas sem uma substancial mudança curricular; até 1949 o enfoque preventivo continuou sendo a tônica, mas o mercado de trabalho teimava em mostrar o campo hospitalar como uma tendência real. Para GERMANO (1984:39)

"tomando-se como base agora, o currículo do curso de enfermagem de 1949 e o seguinte, ou seja, o de 1962 - Parecer 271/62 do CFE -, percebe-se uma mudança considerável; o primeiro surge numa fase em que prevalece um espírito político supostamente liberal, com um capitalismo que ainda não comportava a privatização da saúde de forma empresarial, privilegiando por conseguinte o estudo das doenças de massas, através das disciplinas ditas da área preventiva; o segundo emerge num momento em que a economia brasileira começa a tender para um processo excludente da renda e, dessa forma, coincidentemente a preocupação primordial do currículo de enfermagem incide agora sobre as clínicas especializadas, de caráter curativo. A saúde

pública, antes considerada tão básica, já não aparece como disciplina obrigatória no currículo mínimo, mas como especialização, caso pretenda o aluno continuar os estudos após graduar-se".

Com o Parecer 163/72 do CFE persiste hoje o ensino de enfermagem atendendo fundamentalmente o empresariamento da área de saúde e o consumo das indústrias que dão suporte, como a de medicamentos e equipamentos médicos. No âmbito da escola, observa-se uma organização curricular voltada prioritariamente para os problemas de saúde da minoria da população em detrimento das graves questões da maioria. Com isso, os alunos consideram-se mais preparados para atuar no âmbito hospitalar.

A configuração desse processo que ora se relata, teve contribuições importantes, como o instrumento pedagógico que foi e ainda é a Revista Brasileira de Enfermagem que, segundo GERMANO (ibidem:111), é fundamentalmente conservadora e não chega sequer a mencionar a existência de uma sociedade concreta no Brasil, regida pelo modo de produção capitalista. A postura é a colaboração com o Estado no qual tem a conivência de suas associadas. Assim, para a autora acima citada, o estudo da enfermagem, enquanto prática social, que se articula com as práticas sociais na estrutura econômica, política e ideológica do país, não tem sido objeto de estudo.

Os cursos de graduação hoje estão consolidados com um currículo mínimo e contam com habilitações não obrigatórias nas áreas de enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de saúde pública, enfermagem obstétrica e licenciatura. Mesmo apresentando algumas especificidades como as habilitações, o que se verifica é

que o mercado de trabalho não valoriza em termos de benefícios salariais a enfermeira habilitada. Com exceção à saúde pública dificilmente se encontra a adequação trabalho-habilitação.

A questão do pós-graduação evidencia a existência de cursos "lato-sensu" e "stricto sensu", sendo que, devido a dificuldades ou limitações nas condições para a criação de curso "stricto sensu", os cursos de especialização ocupam posição de destaque no cenário da enfermagem.

Conforme o COFEN (1985:66), mais de 50% das enfermeiras não possuem cursos de especialização, estando esse contingente concentrado nas instituições prestadoras de serviços de saúde (58,7%). Já as enfermeiras portadoras de certificados de especialização concentram-se na área de ensino (53,8%), e principalmente em cursos de graduação (65,1%).

As regiões do País mais privilegiadas em termos de contingente de especialistas são os Estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Pernambuco e Santa Catarina. Já as áreas de especialização, concentram-se em educação e ensino, administração hospitalar e saúde pública.

A pesquisa em enfermagem, apesar do incremento dos últimos anos, fica quase que restrita aos docentes dos cursos de graduação. Acredita-se que o que tem norteado as escolhas ou o direcionamento para determinadas especialidades não se ligue às necessidades regionais, mas sim às funções básicas exercidas na prática e aos recursos institucionais, principalmente.

Quanto à formação "stricto sensu" - mestrado e doutorado -, a mesma ocorria na década de 40, quando começou, em cursos nas universidades americanas e canadenses. O primeiro curso de mestrado no País foi implantado apenas em 1972, contando, portanto, apenas 15 anos.

Conta-se hoje com apenas 6,8% de enfermeiras detentoras de cursos de mestrado ou doutorado, sendo que o percentual de doutoras é insignificante. A concentração desse contingente se dá nos cursos de graduação (85,6%), sendo as áreas de escolha pediatria, saúde pública e enfermagem fundamental, acrescentando-se a área de educação como preferencial para doutorado (COFEN, 1985:68).

Essas particularidades estão relacionadas a questões de priorização à docência, da não exigência ou não valorização dessa formação em muitas áreas da prática profissional no mercado de trabalho, da inexistência de tradição à formação de especialistas.

Atualmente no País conta-se com apenas um programa de doutorado em enfermagem, daí a tendência do direcionamento à área de educação como opção possível. Outro aspecto relacionado ao doutoramento está na aquisição do título de doutor a partir da livre-docência permitida pela legislação e a formação no exterior, que representam a grande parte dos profissionais com essa titulação.

4.3.1 - Docência e discência, um reduto feminino ...

Analisando mais amplamente a questão da composição por sexo no ensino universitário e no mercado de trabalho, depara-se com o crescente acesso da mulher brasileira no ensino universitário, aumentando assim a taxa de representação da mulher dentro dele. Não muda, no entanto, a área de escolha dos cursos. Ao contrário, houve um aumento de concentração das mulheres em carreiras consideradas femininas, como no caso da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) onde, em 1975 dos 1889 professores, 76% eram homens e 24% eram mulheres, sendo que a grande concentração delas se dava nos cursos de enfermagem e educação (ALBORNOZ et alii, 1985:52).

Os cursos de enfermagem mantêm-se redutos femininos tanto no meio estudantil quanto na docência, chegando-se hoje a questionar a discriminação do homem nesse "gueto feminino". A discriminação do homem é uma realidade que se estende também ao mercado de trabalho. O tratamento diferenciado se dá nos bancos acadêmicos; por exemplo, cria-se nesse ano de 1986, na UFRGS - Escola de Enfermagem, um grupo de estudos sobre os problemas do homem na enfermagem.

Sabe-se que um alto percentual de estudantes que se dirigem às escolas de graduação em enfermagem, o fazem por verem frustradas muitas vezes, as tentativas de ingressar em outros cursos da área de saúde, e a faculdade de medicina representa a maior procura. É evidente também que entre os poucos homens que cursam enfermagem o percentual de uma opção frustrada em concur

dos vestibulares é ainda maior. Crê-se, então, numa conjugação de fatores onde, já na opção, se forjam dificuldades. Assim, diz uma estudante de graduação do 5º semestre da UFRGS (A.R.B., 1986),

"o nosso curso, por seu contexto e por ser um curso eminentemente feminino, encontra maiores dificuldades de organizar-se e mobilizar-se, caracterizando-se assim como um curso despolitizado e descompromissado com seus problemas de classe e da realidade social. Enfim, pode-se somar um conjunto de fatores que têm contribuído para tornar nossos encontros de alunos e discussões esvaziados e pouco produtivos".

Para outra aluna (E.V., 1986), também da UFRGS, "o estudante de enfermagem é por demais passivo quando se deseja promover um debate ou quando se quer um posicionamento crítico e inquieto a ponto de não admitir ficar uns minutos em sala de aula para ouvir um aviso. Herança histórica??"

Nessa perspectiva, afirma ALBORNOZ (ibidem:43-44),

"a influência da educação na diferenciação dos papéis entre homem e mulher é determinante ... ao mesmo tempo em que são educadas para corresponder à imagem da mulher submissa, passiva e despolitizada, são os principais instrumentos desta inculcação, veiculando esta imagem tão necessária à manutenção da ordem estabelecida."

#### 4.3.2 - A construção do saber

Partindo então para uma análise que considera os aspectos ideológicos da formação da enfermeira, o que se evidencia é uma concepção estática, ahistórica da realidade. São notórias as dificuldades, os tabus que envolvem a discussão de determinadas características que moldaram e que se mantêm influenciando

a profissão. Ainda persiste a venda nos olhos, negando a existência de heranças históricas como a rígida disciplina, a moral religiosa, as regras de conduta vitorianas, a hierarquização, a divisão manual e intelectual do trabalho e, especialmente, a ideologia de submissão e do servilismo internalizadas, que corroboram definitivamente com a exploração capitalista do trabalho da mulher.

Com essas nuances, a enfermagem tem-se configurado até hoje em ramo derivado e a serviço da medicina. Uma prática subsidiária e subalterna como convém à manutenção da divisão social do trabalho. A definição de seu objeto, sua prática e a construção de um saber autônomo não tem avançado com a aludida cientificização da enfermagem, buscada e acreditada em determinado período apenas pela sua transformação em curso universitário. Engano, não se estrutura um saber autônomo no vácuo de uma medida estrutural, burocrática. A divisão e a hierarquia conferem a aura de intelectualidade, o poder do saber institucionalizado, são as conseqüências de medidas como essa; o corporativismo é que então aflora com todas as suas decorrências ao trabalho social.

As escolas de enfermagem ainda pautam seu ensino pelos traços morais, pela conduta correta, pela organização, pela honestidade, pela lealdade, pela elevação de espírito como atributos ideais da enfermeira. Não se discute aqui o que se deve ou não valorizar, mas o caráter ideológico apenas desses atributos e os seus componentes disciplinadores à manutenção de dada ordem social.

Assim, nada mais adequado do que em muitas escolas ter-se as disciplinas deontológicas ministradas por religiosas. Também a busca da legitimação de um espaço de saber e atuação é evidenciada no conteúdo dirigido até mesmo às normas do serviço de hotelaria necessário à estrutura do hospital. Com isso, a forma com que se carregava a bandeja de medicamentos no corredor ou na escada do hospital era (e é) valorizada como aspecto diferenciador do atendimento de uma enfermeira "alto padrão" ou de um outro trabalhador de enfermagem. A dobra do lençol na cama do paciente também é usada como dimensionadora da qualidade da assistência prestada pela enfermeira de curso universitário.

Parece difícil para as mulheres desprenderem-se do controle e da rigidez de conduta que normatizam suas vidas e que mantêm sua condição inferior. É freqüente ainda nas escolas de enfermagem os processos de avaliação conterem inúmeros critérios que evidenciam um alto grau de exterioridade, ou seja, de controle de conduta. Itens ligados a aparência física, maneira de vestir e andar, são considerados muitas vezes, em detrimento da correlação do conhecimento-ação prática, ou seja, da apropriação do conteúdo enquanto transformador do objeto da prática, função precípua do ensino.

Podemos assim corroborar com ECO (1985:262), ao afirmar que fizeram com que as mulheres se voltassem para a exterioridade; "enquanto se preocupem com o jeans apertado, o salto alto, o batom, não estão se preocupando com o interno, com o raciocínio, com a consciência disso tudo". As roupas foram concebidas para que assumissem uma cer-

ta postura. A obrigação de viver para o exterior, a aparência, reduz o exercício da interioridade.

Assim, considerando válido esse raciocínio, concorda-se com o autor quando afirma que o resultado dessa exterioridade é uma auto-consciência epidérmica, o que de certa forma caracteriza a formação e conseqüentemente o exercício da enfermagem. Sem uma atividade autônoma e soberana, o que resta avaliar? Afinal, soberania e competência profissional não são atributos que se espera das mulheres.

O ensino formal universitário da enfermeira, expresso no seu conteúdo curricular e na prática das professoras, coloca como única modificação a expressão de sua exterioridade, percebido sobre outra ótica (linguagem, conteúdo técnico); substancialmente não se modifica a concepção da enfermagem e suas representações. A ausência de historicidade na formação dos conceitos é, portanto, a ausência da crítica, da dialética do agir e do pensar refletindo-se numa profissão conceitualmente "alienada" (no sentido marxista do termo), enquanto ramo do conhecimento, de sua própria ação prática.

Claro se torna, pois, a afirmação de SILVA (1986:96), que diz ser o fetichismo utilizado para encobrir as reais condições da enfermagem e da enfermeira no mundo do trabalho. Diz a autora que a tônica dos discursos na enfermagem incorpora o dogmatismo religioso, o devotamento ao servir, ao altruísmo, ao desprendimento material etc.

A enfermagem que se apregoa é ainda idealizada, irreal,

abstrata, como se não fosse uma construção concreta no dia-a-dia de mulheres de carne e osso. Observações do tipo "tu és uma fraca, este curso não é para mulheres fracas" (E.C. aluna da EEUFRGS:1986), ainda fazem parte da avaliação da conduta das alunas. Legitima-se com essas alegações o disciplinamento, o caráter ideologizado no sentido de construir uma realidade diversa do que se vê na prática.

Assim se constrói um discurso que durante sua história tem servido aos sistemas estabelecidos e contribuído para sua continuidade. Resumindo, pode-se afirmar que as escolas ainda inculcam em suas alunas a face da enfermagem sempre boa, nobre, sagrada, respeitada, abençoada; a despeito da realidade teimar em apresentar uma face concreta contraditória, problemática, desvalorizada e explorada. A educação não ocorre enquanto ato de mudança e transformação, mas sim se perpetua enquanto domesticação ou puro adestramento. Servem assim como legitimadoras de uma condição subalterna e representam papel importante na produção e reprodução da ideologia dominante. Assim, concorda-se com GRAMSCI, citado por GADOTTI, que afirma "a marca social de uma escola é dada pelo fato de que cada grupo social tem um tipo de escola próprio, destinado a perpetuar nestes grupos uma determinada função tradicional, diretiva ou instrumental".

Com base no entendimento das questões que neste capítulo se levanta e que culminam com os acenos ideológicos da construção da profissão, passa-se a discutir como se dá a representatividade da enfermeira enquanto trabalhadora e cidadã. Essa representatividade será discutida a partir do grau de participa

ção e mesmo de politização da categoria frente às suas entidades representativas. O que faz e o que pensa a enfermeira idealizada no mundo do real, do concreto, dos enfrentamentos e das lutas sociais é o que tenta-se discutir a seguir.

## CAPÍTULO V - A QUESTÃO DO PODER

### AS RELAÇÕES DE TRABALHO - HIERARQUIA E REIVINDICAÇÕES

#### 5.1 - As questões internas: quem detém o poder?

As relações de trabalho da enfermeira estão marcadas pela subordinação que se manifesta concretamente nas suas condições de trabalho.

"A distribuição do poder (técnico-burocrático) no interior dos serviços de saúde determina um sistema que fomenta distinções como privilégios, renda e prestígio profissional que favorecem determinadas categorias profissionais hegemonicamente situadas, em detrimento daquelas com menor poder de barganha em defesa do seu espaço ... A falta de reconhecimento dos serviços de enfermagem como atividade básica e essencial nas instituições, é uma constatação que tem seus determinantes na evolução histórica, sobretudo os hospitais, em que a prática assistencial religiosa se transforma em prática assistencial de saúde, centrada em outros agentes hegemônicos da sociedade, já legitimados" (COFEN, 1985:185).

Assim, nos serviços de saúde e não só nos de cunho capitalista, mas em geral, o médico destaca-se como produtor principal. É, portanto, o médico que detém a hegemonia do controle técnico e às vezes administrativo do processo de trabalho.

É importante que se faça a análise considerando a posição que a enfermeira ocupa em relação ao médico no processo de divisão do trabalho. Assim, o técnico comparado ao politécnico (médico e enfermeira), como diz BOURDIEU (1983:113), a luta de classes simbólica que os opõe, se manifesta na desvalorização técnica de um subordinando-o aos fins práticos. Também outros autores afirmam que essa zona diferencial não é somente o resultado de execução de tarefas técnicas junto ao cliente/paciente; ela se deve, também e fundamentalmente, aos critérios extrínsecos ao trabalho em si; a característica de "status diferenciado" confere à carreira do médico privilégios junto aos seus pares na prática da saúde. Além do conhecimento técnico geral, à carreira médica são adscritas nuances típicas de uma sociedade classista que se manifestam no próprio modo de ser burguês ou pequeno-burguês do médico.

"Por que vamos discutir com elas (as enfermeiras)? Nós é que somos os bons, mesmo!" (aluno do 5º semestre de medicina da UFRGS, em mesa redonda sobre o relacionamento do médico com os demais profissionais que compõem a equipe de saúde, maio/86).

"Como estão os meus doutores?" (cumprimento de início de aula de professor da Faculdade de Medicina PUCRS - relatado por um aluno do 3º semestre).

Nessa linha, BOLTANSKY (1984:29) diz que

"a escola primária inculca nos membros das classes populares o respeito pela ciência, o respeito por aquilo que é, e ficar-lhe-á para sempre, inacessível, respeito que deve se manifestar pela recusa da pretensão, ou seja, por uma clara consciência de sua própria ignorância, pela submis-

são aos detentores do conhecimento médico, os médicos aos quais se delega até o direito de falar do próprio corpo e dos males que o atingem. Os membros das classes populares, conscientes de sua ignorância, não são livres para desenvolver um discurso sobre a doença, sendo suas tentativas de explicação freqüentemente seguidas de uma constatação de ignorância ou de apelo ao único especialista autorizado a falar de doença: o médico. Sabe-se que existe um número ilimitado de doenças, uma multiplicidade de remédios, e que a medicina constitui uma ciência complexa, extensa, inacessível. As hesitações em produzir um discurso coerente e elaborado sobre a doença, em descrevê-la explicando a origem, o desenrolar e a cura, não são nunca tão fortes - senão talvez no gabinete do médico".

A estrutura dos serviços prestadores de assistência à saúde no Brasil, reflete e legitima em seus quadros de pessoal as relações estabelecidas no âmbito social mais amplo. Assim, em consonância com a lógica do lucro, já que a expansão dos serviços de saúde deu-se no âmbito privado e mais especificamente dirigido à área hospitalar, o privilegiamento do profissional médico é evidente. Essa evidência está determinada pela relação que se dá entre o ato médico e consumo e o desencadeamento de muitos outros "consumos" que daí advêm.

No Brasil, saúde nunca foi tratada enquanto parte do processo de desenvolvimento econômico e social. Não se tem notícia de planos de saúde advindos de intencionalidade política de governos. Prova está que a estrutura institucional de saúde não se comporta como o sistema para ela criado em 1975. Essa situação de desarticulação está refletida na prática onde se percebe suas grandes limitações. Um país que permitiu que sua expansão se desse com a dependência total de capital e tecnologia importados, não dispõe de condições para ações autônomas. Importa modelos de desenvolvimento e copia planos de saúde muito irreais

à sua especificidade.

Nesse quadro o que se vislumbra é a estruturação de todos os serviços dirigidos à saúde curativa, aquela que privilegia a expansão e a dependência cada vez maior da indústria da saúde. Não poderiam se estabelecer outras relações no quadro dos trabalhadores de saúde. A grande massa de trabalhadores, mais de 80%, é constituída pela enfermagem, subsidiando a chamada atividade-fim que é o ato médico. No hospital, o maior empregador de enfermeiras, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, a estrutura parece se organizar não no sentido do paciente mas sim, no sentido de proporcionar, dar legitimação, subsidiar o ato médico que transformou-se no alimentador do sistema. Assim, determinadas profissões se beneficiam a nível de prestígio social quanto mais servem aos interesses do capital.

As enfermeiras e os demais profissionais são os intermediários desse sistema, repassam ao paciente toda essa ciência de curar e consumir. Dificilmente com um modelo como esse se privilegie qualidade de assistência. O interesse se dá ao nível das estatísticas, que representam em última instância a produção numérica de ações ditas de saúde. Assim, não existem registros de ações de enfermagem a nível de estatísticas que medem as condições de saúde. O trabalho da enfermagem pode ser comparado ao trabalho doméstico, não contabilizado. O que não é contabilizado separadamente não tem seu valor econômico ressaltado. O que não tem seu valor econômico ressaltado, não tem num modelo como o nosso seus direitos respeitados.

Existe, contudo, percepção por parte das enfermeiras da subordinação implícita nas relações de trabalho marcadamente presentes na hierarquia salarial, na hierarquia de funções fixadas sobre o estado do paciente/cliente, na própria estrutura decisória dos assuntos pertinentes à administração dos serviços de saúde.

As análises levam a concluir que a enfermeira é contratada não para prestar uma assistência em função das necessidades da população, mas para realizar o que os empregadores determinam. E ainda, a crescente absorção de atendentes, mão-de-obra qualificada de baixo custo, e a visível perda de espaço da enfermeira está demonstrando que a nível de mercado, a enfermagem não é identificada como uma profissão com autonomia e ações definidas, mas como uma força de trabalho assalariada, que executa parcelas simples do processo produtivo.

Para CASTRO (1982:80),

"na equipe de saúde, parcela considerável das ações de enfermagem decorrem de prescrições médicas, o que determina em grande parte o estilo da assistência de enfermagem e impõe o modo como são gastas as horas-enfermagem. Assim, ela (a enfermeira) entra na composição da estrutura ocupacional na medida exata para exercer tão somente o controle da execução dos atos prescritos, função essa que eufemisticamente insistimos em chamar de supervisão".

Essa problemática é percebida de forma clara quando se analisa, por exemplo, o artigo 10 da Lei do Exercício Profissional aprovada em junho de 1986. O referido artigo trata de assegurar autonomia técnica à enfermeira no planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços e da assistência de en-

fermagem. O veto presidencial após estudos, refere como justificativa o seguinte texto:

"a enfermagem designa atividade genérica exercida por diversas categorias profissionais. Ao limitá-la ao enfermeiro apenas, o artigo colide com o sentido geral do Projeto. Além disso, é discutível a autonomia na execução dos serviços e da assistência de enfermagem sem a supervisão médica" (DOU - 26 junho/86 - grifo MJL).

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

O projeto em questão mostra o atrelamento das ações de enfermagem ao domínio do conhecimento médico na área da saúde (impregnado das relações de poder mais amplas que o mesmo representa), já que os vetos se deram justamente onde se colocava a perspectiva de conferir autonomia de ação à enfermeira. Outro enfoque dessa relação reflete, ou mesmo reproduz, a correlação de dominação de uma profissão masculina como a medicina sobre outra hegemonicamente feminina. Essa correlação corresponde às relações de poder e autoridade que as mulheres estabelecem fora do âmbito profissional como por exemplo com o pai, com o marido, depois com os filhos homens etc...

Acostumadas à essa hierarquia as mulheres enfermeiras reparam poder numa linha que respeita a hierarquia sexual. Assim, se estabelece a seguinte estrutura: médicos (hegemonicamente homens), enfermeiras e auxiliares (hegemonicamente mulheres).

As profissionais auxiliares, por sua vez, não reconhecem a legitimidade da enfermeira tanto no âmbito do conhecimento específico quanto ao nível do exercício da liderança de equipe. Já a subordinação ao médico não é questionada. Este é reconhecido e respeitado pelo prestígio profissional e pela figura

masculina. Nessa linha, é comum ver-se mulheres discriminando a capacidade profissional das próprias mulheres. É comum ouvir-se "prefiro médico do que médica, eles são mais competentes do que elas, inspiram mais confiança e segurança". Ainda, "as mulheres são muito emocionais, para essa profissão tem que ser firme e ter sangue frio".

Essas constatações determinam dificuldades para as mulheres ao livre exercício profissional, principalmente em profissões construídas pela história como masculinas.

Retornando a categoria, os trabalhadores auxiliares de enfermagem admitem que as enfermeiras, por não terem o mesmo nível de reconhecimento e poder dos médicos, repassam essa desigualdade ao se configurarem em administradoras de unidades e chefes com forte dose de autoritarismo. As relações de poder que então se estabelecem não se esgotam apenas nas relações hierárquicas. Tem muitas implicações e refletem como se percebe, como se distribui e legitima o poder intracategorias femininas. Essa é uma questão merecedora de reflexão mais ampla necessita aprofundamento em estudo posterior.

Para as enfermeiras, contemplando a perspectiva anterior, entre os problemas que afetam o exercício da profissão, se evidenciam: a inadequação da legislação do exercício profissional, inexistência de autonomia do exercício profissional, falta de reconhecimento de fato dos serviços de enfermagem como atividade básica nas instituições, inexistência de análise crítica das tendências de prestação de serviços de saúde e de uma tomada de posição da enfermeira sobre o assunto, concepção da enfer-

magem como uma atividade predominantemente feminina, desequilíbrio entre o número de enfermeiras e de pessoal auxiliar.

A situação está assim percebida. Passa-se agora a analisar como se articulam as enfermeiras para as conquistas legais frente sua problemática.

#### 5.2 - As Associações de Classe - quem participa?

Quatro são as entidades que congregam enfermeiras e que representam maior força institucional. O COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), de nível central, órgão disciplinador do exercício profissional, de associação compulsória e que é representado a nível regional pelos CORENs (Conselhos Regionais de Enfermagem), que congregam também os demais trabalhadores de enfermagem. A ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), com uma sede central e representantes regionais nos Estados e que representa uma associação de cunho cultural de participação voluntária. Os Sindicatos de Enfermeiros são instituições isoladas; atualmente com carta sindical existem 8 no Brasil, permanecendo ainda 10 Associações de Profissionais Enfermeiros. A Associação Brasileira de Educação em Enfermagem é outra das associações que congregam enfermeiras. É de cunho cultural e tem 23,2% de enfermeiras associadas, concentrada maciçamente nas regiões do Distrito Federal e Rio de Janeiro.

Esta configuração está expressa no quadro a seguir, mostrando os percentuais de participação das enfermeiras por asso-

ciação no Brasil.

QUADRO 5: Enfermeiras por Entidades Associativas

Brasil - 1983

ENTIDADES ASSOCIADAS	%
Conselho Federal de Enfermagem (COFEn)	96,6
Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)	81,7
Sindicatos de Enfermeiros	55,0
Associação Brasileira de Educação em Enfermagem (ABEE)	23,2

Fonte: COFEN, 1985.

O índice mais elevado de enfermeiras inscritas é o alcançado pela associação compulsória do Conselho Federal, tendo ainda assim um índice significativo de profissionais atuando sem registro profissional.

Questiona-se o índice informado para a Associação Brasileira de Enfermagem, onde autores como OGUISSO, citado por COFEN (1985: 221), afirmam que essa associação congrega apenas 20% das enfermeiras do País. Fato esse em parte reconhecida pela própria ABEn, e supostamente justificado no texto acima citado pelo prestígio da associação, como sendo o responsável pelas altas percentagens de associação declaradas pelas enfermeiras na pesquisa em questão. BRUSCHINI (1979:11), salienta que as enfermeiras, mesmo quando não são sócias, porque a taxa exigida é considerada alta, procuram se manter

a par das atividades da ABEn, freqüentando reuniões ou lendo a Revista Brasileira de Enfermagem publicada por essa entidade.

A associação sindical apresenta um dado relativamente elevado para o País, o que é questionável, já que sabidamente existe uma confusão generalizada na categoria quanto à associação voluntária ao sindicato e o pagamento da Contribuição Sindical (imposto compulsório). Muitos profissionais acham que o pagamento da contribuição sindical representa estar sindicalizado; outra explicação seria que as filiadas às Associações Regionais de Enfermeiras, entidades pré-sindicais, declaram ser filiadas aos sindicatos.

Uma pesquisa realizada nos arquivos das entidades associativas no Estado do Rio Grande do Sul, permitiu observar que os questionamentos expressos acima procedem e justificam a necessidade de pesquisas diretas, já que a resposta à questionários pode mostrar um índice de associação irreal.

A situação que se constatou é a seguinte:

QUADRO 6: Enfermeiras por Entidade - Rio Grande do Sul  
1986

ENTIDADES	ENFERMEIRAS	
	nº	%
Conselho Regional de Enfermagem - COREn	2.784 <sup>1</sup>	100
Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn	639	22,95
Sindicato dos Enfermeiros no Estado do Rio Grande do Sul - SERGS	837	30,06

Fonte: Pesquisa direta - COREN/RS; ABEN/RS; SERGS/RS

<sup>1</sup> Enfermeiras com registro no Conselho Regional/RS, em jan./86.

Na perspectiva de se analisar as questões expostas, conforme a situação no Estado do Rio Grande do Sul, é importante salientar que nesse Estado foi criado o primeiro sindicato. Sua Carta Sindical data de 1976, portanto, trata-se de uma história recente e de pouca consistência política em lutas organizadas, conforme será tratado no decorrer do trabalho.

Conforme observa-se no quadro acima, a constatação de que parece ser a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, a entidade de classe de fim cultural, cuja filiação ou vinculação é inteiramente facultativa - a que congrega e tende a congrega maior número de enfermeiros, não se dá de forma homogênea nos estados do Brasil pois, como sucede no Rio Grande do Sul, essa relação não apresenta esse comportamento.

Também não se acredita que a tendência à associação sindical, que também é voluntária e facultativa (não confundindo-a com a contribuição sindical), expressa um número tão elevado de sindicalizados (55%). Conforme o quadro do Rio Grande do Sul, verifica-se o sindicato como a segunda associação em participação numérica e um percentual que parece mais coerente com a realidade desse tipo de associação no País - em torno de 30% da categoria.

Quanto à Associação Brasileira de Educação em Enfermagem, não dispomos de dados para análise mas seguramente essa associação tem pequena representatividade junto à categoria.

Ainda quanto à participação numérica das enfermeiras nas suas entidades, as mesmas pesquisas citadas afirmam notar-se uma

tendência crescente em relação à sindicalização e à criação de Sindicatos de Enfermeiras.

A participação por sexo nas entidades do Rio Grande do Sul obedece a proporcionalidade de mulheres na categoria (em torno de 94%), sendo a ABEn a associação que congrega uma taxa levemente mais elevada - 96% de mulheres. Já os homens aparecem também proporcionalmente ao seu total na categoria (5,14%), apresentando uma leve tendência à associação sindical (5,50%), enquanto que na ABEn sua participação é de 3,9% (pesquisa direta).

As associações voluntárias, segundo os dados apresentados, contam com baixíssimo índice de participação em comparação à associação compulsória.

A participação como ator político estrito, aqui representada intra-categoria pela associação sindical, se dá nos limites da própria ausência de representatividade que a mulher tem nessa esfera, em todos os âmbitos. Segundo REIS PRÁ (1985:7),

"a atuação política da mulher é pouco significativa quando comparada a sua participação em outros setores do social, como o econômico, o cultural, etc. É pouco expressivo o número de mulheres que integram o mundo político".

Na esfera do público é restrita a participação das mulheres, já que uma realidade de duplos ou triplos papéis de mãe, cidadã e educadora de filhos, sem a devida infraestrutura social para exercê-las, leva-as em sua maioria a abdicar dessa participação em favor dos já legitimados papéis do mundo privado ligados a reprodução biológica. Parece ser ainda assim o âmbito po-

lítico enquanto instância de confronto da mulher frente às estruturas de poder instaladas, o espaço de menor e mais difícil participação desta.

Frente a essas especificidades acredita-se que qualquer estudo relativo à análise da participação feminina no âmbito público deva considerar, conforme SAFFIOTTI (1981:18-21), variáveis de classe, gênero e raça.

A escassa participação numérica das enfermeiras decorre supostamente de sua debilidade determinada pela profissão subsidiária e subalterna e sua percepção desse fato. Isso, aliado ao maciço contingente feminino que por si só traz historicamente uma subordinação, embora varie em grau e expressão, é fato universal na vida social e configura a forma do comportamento dessa categoria. Essas peculiaridades emprestam às suas entidades representativas, que atuam muitas vezes de forma isolada, tímidas reivindicações, circunscritas a solicitações de dissídio coletivo como: criação de creches, aposentadoria, cumprimento dos preceitos da legislação trabalhistas relativos a condições materiais como uniformes, etc. A ocorrência desse tipo de reivindicações pode ser facilmente constatada ao se analisar a atuação efetiva do SERGS (Sindicato dos Enfermeiros no Estado do Rio Grande do Sul) nos seus 10 anos de criação, restrita aos dissídios coletivos e sem posicionamento sobre a realidade contextual ampla da situação do trabalho e do trabalhador no País.

Pode-se entender essa conotação ao analisar-se o surgimento dos sindicatos de enfermeiras no País. A construção dos

sindicatos ocorreu no bojo das medidas que buscavam aumentar o prestígio profissional da categoria. Considerava-se que o prestígio buscado estava na razão direta em que se processava a cisão ou a discriminação entre as enfermeiras e os demais trabalhadores de enfermagem. O reconhecimento social estaria então ligado ao distanciamento que a sociedade percebia via separação ou elitização dos profissionais com curso universitário.

O trauma que assolava, e que permeia ainda em muito a vida das enfermeiras, era a histórica e ainda costumeira denominação de enfermeiras ou enfermeiros a todos os trabalhadores de enfermagem, inclusive dos próprios secretários ou recepcionistas de consultórios médicos, que são assim denominados pela população. Em recente evento nacional da categoria, houve mobilização de grande grupo no sentido de trocar a denominação de enfermeiras dos profissionais com curso universitário. Esse fato foi a tônica de muitas horas de discussão e ainda continua sendo cogitado como forma de resolver, definitivamente, a "confusão" que para muitas, é causa primeira do baixo prestígio social da enfermeira graduada.

Assim, a possibilidade de separar associações era outra medida forte no sentido de desfazer a "mistura" tão prejudicial. Com a convicção apontada se legitima a criação de sindicatos como um órgão para a defesa da categoria e por ser um direito assegurado às enfermeiras pelo decreto que as reconheceu como profissionais liberais. Entendia-se apenas que o sindicato garantiria o prestígio de profissional liberal e serviria de órgão defensor da categoria.

A continuidade desses pressupostos tem sido a tônica dessa curta história do sindicalismo das enfermeiras. Evidenciam uma política atrasada de combatividade da categoria ao capitalismo, que estimula o espírito pequeno-burguês da enfermeira e explora sua condições de mulher para perpetuação de seus interesses.

É necessário citar, no entanto, que os últimos dois anos têm trazido mudanças e perspectivas de ruptura das barreiras até então impostas. Apesar de tênue e tímida, existe uma tentativa de inserção do movimento sindical das enfermeiras nas demais lutas da sociedade. Existem tentativas, embora de sindicatos isolados, de se inserirem no bojo das lutas gerais dos trabalhadores, e o Sindicato dos Enfermeiros no Rio Grande do Sul é uma dessas entidades. Outro aspecto é o exercício de algumas reivindicações e encaminhamentos junto aos demais trabalhadores de enfermagem.

A perspectiva de uma nova visão do sindicalismo que, para a enfermagem nasceu num período de governo autoritário, começa a se delinear. Novas formas de enfrentamento começam a se esboçar a partir de um espaço de "abertura", apesar do atrelamento dos sindicatos brasileiros ao Estado.

A deflagração de alguns movimentos podem ser considerados históricos, como é o caso de complexos hospitalares ligados a setores governamentais onde o Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul, por exemplo, tomou a ponta do movimento grevista de reivindicações, no qual foram envolvidos 95% dos trabalhadores hospitalares, inclusive médicos. Esses movimentos têm começado a se mostrar mais freqüentes, notadamente no Rio Grande do

Sul, Estado que conta hoje com uma representação sindical considerada avançada em termos de propostas de atuação junto à categoria.

Existem hoje tentativas de entrosamento nacional entre o sindicalismo de enfermagem, representado por encontros nacionais, que têm debatido, nos últimos 5 anos, as lutas nacionais da categoria. Projetos ligados a piso e jornada de trabalho têm sido alvo de centralização de esforços e mobilizações. Por outro lado, tem-se observado surgimento e a permanência de questões como: instabilidade no emprego, desemprego, jornada de trabalho excessiva, insalubridade, desmobilização da categoria, despolitização e desconhecimento dos direitos enquanto trabalhadores, desconhecimento do que representa o sindicalismo etc.

No entanto, apesar de representar um foco de amadurecimento do movimento sindical de enfermagem, ainda é pequena a participação das enfermeiras e os encontros restringem-se a algumas lideranças nacionais e a um grupo restrito de vanguarda.

Quanto ao envolvimento de outras entidades não sindicais, evidencia-se que mesmo nas ações em que se processa aliança nas lutas, as dificuldades persistem. Exemplo está na Lei do Exercício Profissional para a enfermagem, que desde a década de 40 não tinha seu texto reformulado de acordo com a realidade da profissão no País. A referida Lei passou recentemente (junho de 1986) pela sanção presidencial, sendo mutilada por interferências de várias outras categorias que identificaram interesses conflitantes.

Assim, parece que a história da enfermagem tem-se configurado mais por uma omissão consentida em certos aspectos do que por uma atividade manifesta deliberada de conquistas, conforme a conceituação de REIS PRÁ (1985:23).

Aliadas a sua recente história, identifica-se um grande atraso das organizações das enfermeiras, sendo que a baixa participação numérica é apenas um dos aspectos. Os determinantes passam pela evolução da própria enfermagem enquanto profissão e da concepção que a acompanha, onde sua equidistância da realidade concreta parece ter determinado uma profissão que se forjou no vácuo da história.

Dentro dessa linha, há que se salientar a característica de associações de forte corporativismo que permeia as entidades das enfermeiras. A enfermagem é composta em sua maioria por profissionais de nível médio ou mesmo por ocupacionais sem qualificação profissional, perfazendo um total de 80,38%, sendo as enfermeiras representadas por 19,62% apenas (COFEN, 1986). No entanto, as lutas das profissionais invariavelmente excluem esse contingente vasto, sob a alegação de que "enfermeira" é apenas a profissional de nível universitário e que as lutas não são comuns. CASTRO (1982:36), parece retratar essa situação quando conclama a categoria:

"vamos nos unir na ação com os demais trabalhadores da área da saúde. Nossa luta tem que ser a mesma luta. Pela dignificação dos trabalhadores da saúde, pois que passamos todos por uma crise de papéis que nos confunde, nos diminui e afeta nosso compromisso com a sociedade".

O caráter equívoco parece dar-se na perspectiva de que

se fala em trabalhadores da área de saúde, não havendo referência à enfermagem e seu contingente, colocando ainda a eterna contrariedade da enfermeira, que é confundida pela "crise de papéis" com os demais profissionais, o que a "diminui", ou melhor, rebaixa seu prestígio social. A perspectiva de união enquanto classe trabalhadora prestadora de serviços de enfermagem não foi e não é a tônica da ação da categoria, não só quanto ao aspecto sindical mas também nas prioridades das demais entidades. Parece que de forma mais marcada, a enfermeira considera que o profissional com curso universitário não se enquadra na classe trabalhadora, legitimando assim os pressupostos ideológicos de sua formação elitista.

A representatividade nas lutas gerais da sociedade ou não acontece ou se dá de forma tímida, com o receio peculiar ao trauma político do restante da população brasileira, aliado à maior dose de timidez de representatividade das profissões femininas. A história deflagrada até então mostra uma desvinculação total das lutas gerais. A questão da mulher e das lutas feministas por exemplo, não foi até o momento objeto de estudo sistemático por parte das organizações representativas da categoria, configurando assim uma perspectiva de total desvinculação ou negação dessa temática. Desvinculação essa de difícil entendimento, já que a questão do papel reservado à mulher na sociedade permeia a própria estrutura da vida associativa dessas entidades.

Assim, diz OLIVEIRA, citada por CASTRO (1982:22),

"tal como se comporta a mulher na sociedade brasileira, os enfermeiros minimizam a sua capacidade de arregimentação

para influenciar em problemas que lhes afetam. Ainda esperam ser convidados para expressar suas opiniões, o que pode ser interpretado como uma falta de interesse para fazer uso de um direito que lhes assiste numa sociedade democrática. Somos um grupo majoritário em qualquer instituição de saúde, mas uma maioria silenciosa e dominada, que se permite ser usada apenas como força de trabalho, meio de produção, controlando para manter o sistema funcionando. Os enfermeiros, talvez até por um problema de formação, encaram a participação política com um certo temor, o que prejudica inclusive o exame global dos fatores que interferem nas questões de saúde do País".

Os comportamentos assumidos pelas mulheres nesse espaço de enfrentamento caracterizam a necessidade da construção das instâncias solidárias a que nos referíamos no capítulo III ao discutirmos a ação política. O "abrir os olhos" está na proposta coletiva de associações que representem um espaço de resistência e a possibilidade de solidariamente unir mulheres identificando suas bases de opressão e construindo uma nova prática onde o enfrentamento substitua o silêncio e a passividade.

No seguinte item discute-se quais os canais de enfrentamento que têm sido utilizados pelas enfermeiras frente ao sistema organizado.

### 5.3 - O enfrentamento legal - quem abraça essa causa?

A não participação sistemática das enfermeiras em níveis decisórios nas instituições e o pouco questionamento dos desníveis salariais, parece ser uma evidência de como as profissões de predomínio feminino encaram sua assimilação profissional e no mercado de trabalho. O caráter de concessão que assume esse espaço para as mulheres reforça a ilegitimidade do direito de questionar.

O domínio público, o mercado de trabalho, é por definição masculino. A mulher ao ter acesso a ele o faz numa condição secundária, apenas como uma necessidade subsidiária e, de preferência, sendo subordinada. Assim, fica clara a percepção de como a mulher negocia sua subalternidade, de como ela assimila como lutas frente aos poderes instituídos apenas aquelas que expressam sua visão básica como esposa e mãe. As reivindicações das mulheres no âmbito do trabalho no Brasil, conforme BRITO (1985:95), se resumem a aposentadoria aos 25 anos de serviço; estabilidade da gestante até 190 dias após a licença maternidade e criação de creches.

Para a autora, a seguinte frase de uma operária da indústria do vestuário parece expressar como se sentem as mulheres ao negociarem sua condições do âmbito doméstico para o mercado de trabalho: "Pra quem já está no inferno, não custa dar um abraço no diabo".

Assim, a tônica é a apatia e a aceitação pura e simples do que se lhes é reservado. A enfermagem reflete essa realidade, que é resultado da desorganização e do pequeno poder de barganha devido à própria situação de sujeição da mulher na sociedade, que se acresce a sua exploração enquanto trabalhadora.

Percebe-se que as reivindicações e a problemática de trabalho das enfermeiras não se diferenciam das questões gerais percebidas pelas demais categorias de trabalhadoras. Assim, o confronto com a pesquisa do COFEN (1985:183) mostra claramente as significâncias. A mulher trabalhadora no Brasil, conforme LEITE, citado por BRITO (ibidem:27), apresenta como questões fundamentais: "a discriminação no trabalho a nível das tarefas, dos salários, das possibilidades de ascensão; a dupla jornada de trabalho; o lugar definido en

quanto mãe e esposa; a marginalização da vida política".

É importante que se saliente a referência feita à discriminação a nível de tarefas, onde claramente pode-se ilustrar a relação médico-enfermeira. O saber e as técnicas das enfermeiras são relegados e subordinados a fins estritamente práticos, destinados a legitimar, a ser a prova concreta de um outro saber por sua vez dominante, o do médico.

Parece no entanto, que essas evidências estão resumidas numa verdade maior; as mulheres então maioria, não estão dispostas a pagar o duro custo social de suas reivindicações, e as posições permanecem em sua essência imutáveis.

A enfermagem profissional no Brasil apresenta uma história de reivindicações trabalhistas marcada pela condição secundária e pelo baixo poder de barganha das profissões femininas. A história recente da enfermagem e das enfermeiras, de 1967 até 1986, mostra um quadro de reivindicações que contemplam ou confirmam, de certa maneira, os anseios da classe trabalhadora como um todo. Quanto aos projetos que representam a totalidade das expectativas das enfermeiras e da enfermagem frente ao poder institucional, tem-se a seguinte situação expressa nos quadros abaixo:

QUADRO 6: Projetos de Enfermeiras e Enfermagem segundo Assunto em Exame no Legislativo Federal

Assunto Categoria	Exercício Profissional	Piso Sala- rial	Ensino Está- gios	Criação entida- de de classe	Gratifi- cação Aposenta- doria	Dotação Cargos	Estrutura funcional Inclusões	Honorá- rios Normas de Tra- balho	Criação de ser- viços particu- lares	Impostos Isenção	Unifor- mes	Datas come- mora- tivas	T O T A L
número de projetos em andamentos													
Enfermeiras	3	10	13	-	3	1	5	2	-	1	-	-	38
Enfermagem	13	22	9	2	14	11	3	-	6	2	1	1	84
TOTAL	16	32	22	2	17	12	8	2	6	3	1	1	122

Fonte: Pesquisa direta, PRODASEN, Porto Alegre, abr./86.

QUADRO 7: Projetos de Enfermeiras e Enfermagem segundo Destino no Legislativo Federal - Brasília, 1986

Destino Ca- tegoria	Veto Arquivo	Sanção	Prejudi- cado ou Anexado	Tramitan- do nas comis- sões	Incons- titucio- nais	TOTAL
Enfermeiras	18	8	3	9	-	38
Enfermagem	48	9	4	22	1	84
TOTAL	66	17	7	31	1	122

Fonte: Pesquisa direta, PRODASEN, Porto Alegre, abr./86.

A análise dos quadros mostra o direcionamento das reivindicações das enfermeiras. Vê-se a insistência da enfermagem em criar uma legislação que proporcione uma base salarial e uma jornada compatível com o estressante trabalho que desenvolvem. Percebe-se, no entanto, que projetos ligados à reivindicações que implicam ganhos financeiros não têm seus textos aprovados.

É fato que desde a década de 50 não se observava aprovação de projetos de real ganho à categoria. Até junho de 1986 a enfermagem permanecia com a legislação profissional defasada e carente de redefinições. Aprovou-se, então, o texto do Projeto-lei do Exercício Profissional do Enfermeiro (PL-3227, de 1980) com mutilações evidentes onde todas as propostas que preconizavam autonomia profissional lhes foram negadas. A referida aprovação não consta nos quadros apresentados devido aos dados serem anteriores à mesma. Ainda, os projetos que obtêm sanção versam sobre questões como dotação de cargos onde 11 projetos fo-

ram aprovados, um projeto de criação dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, quatro projetos sobre estruturação de categorias profissionais que contavam também com médicos e odontólogos e um referente a informações sobre cursos profissionalizantes. Estes foram os projetos que obtiveram aval do Legislativo Federal. No entanto, percebe-se que os textos de leis que representariam reais contribuições ao desenvolvimento da enfermagem, não obtêm respaldo político devido.

Os dois últimos capítulos nos quais relatamos a situação da categoria trazem a possibilidade da análise no confronto do comportamento subordinado das mulheres nos âmbitos público e privado. As contradições, os antagonismos e a marca persistente da subalternidade nas duas esferas propõem considerações que, longe de serem definitivas, tentarão mostrar que as mulheres continuam a ser as principais vítimas de uma ordem que se mantém e se re-  
força.

## BUSCANDO UMA CONCLUSÃO

Mulheres, ainda sombras suaves ...

As bases ideológicas que têm levado a enfermagem e as enfermeiras a "servir" ao capitalismo, refletem a tendência histórica das mulheres a reproduzir a ideologia dominante na sociedade e a assimilação em sua própria conduta dos mitos masculinos a seu respeito.

Esses mitos, na ideologia da sociedade de classes, determinam a condição de mulher fundamentando-se, sociológica e culturalmente, na categoria e no critério do "específico feminino". Essa ideologia do "específico feminino" sustenta e reforça a opressão da mulher, ocultando suas causas. Isso impõe a sustentação das regras masculinas tanto nas instituições civis como na família, escola, meios de comunicação de massa, partidos políticos e sindicatos como nas instituições religiosas, igrejas, congregações, faculdades teológicas etc.

O discurso da enfermagem ainda está permeado pela incorporação do dogmatismo religioso, pelo discurso teológico do "específico feminino", reforçado pois pela assimilação profissional das irmãs de caridade. Ainda se tenta buscar argumentos como devotamento, idealismo, altruísmo, desprendimento material para justificar a prática profissional sacralizando a dominação e assim "conseguinto adeptas".

A enfermeira vive uma realidade de dupla opressão. Calca da ainda numa construção mistificada da sua identidade de gênero enquanto mulher, necessita construir uma identidade profissional a nível do real. Indefinição de papéis a nível profissional tem sido uma queixa constante. A meu ver, esta indefinição não existe, o que está dada é a negação da contradição entre o discurso da teoria, ou a ideologia teórica e a realidade concreta.

Um quadro construído a partir de uma visão idealizada da profissão se contrapõe a um dia-a-dia que nada tem de poético. A realidade mostra um ramo de trabalho explorado, gerador de tensões, com carga excessiva de trabalho, mal remunerada e com pouquíssimo poder de barganha frente à classe dominante. Exemplo disso está nos apelos exotéricos no sentido de restringir a própria liberdade de contestação dessas condições de trabalho na área de saúde. Alegações do tipo "os doentes não podem ficar sem assistência; sonegar assistência é crime; onde estão os ideais da profissão?" dentre outros, são evocados quando convém, servindo como disciplinadores ideológicos, como catalizadores e neutralizadores das necessidades dos trabalhadores que não podem se comportar como seres humanos dotados de necessidades concretas.

Assim, a condição na qual as mulheres foram assimiladas no campo do trabalho social reflete, para as enfermeiras a divisão sexual do trabalho, a manutenção da subordinação, a característica de prolongamento do trabalho doméstico, os componentes de habilidades de concentração, dedicação e paciência, a realidade de uma força de trabalho submissa servil e barata.

Isso refletido na discriminação a nível de tarefas, de salários, das possibilidades de ascensão, da dupla jornada, culminando com a marginalização da vida política.

O entendimento consciente de que respondemos a expectativa de papéis, de que giramos em torno de rígidos padrões estabelecidos e de uma enganosa representação do espaço privado, é que trará a dimensão e a necessidade de assumirmos um custo social de ruptura com essa condição. A luta das mulheres precisa ser conduzida com a consciência do seu papel subordinado na sociedade. Essa luta, no entanto, passa pelo entendimento de que a politização do privado, do campo cativo da família precisa se procesar. O campo privado é o espaço de socialização das mulheres que engendra e reproduz o comportamento delas esperado. A ação nesse espaço tem que representar conscientemente uma ruptura política com o entendimento de suas relações de poder, que as condicionam ao desprestígio e à desvalorização.

A articulação necessária entre reflexão e ação parece ser difícil para as mulheres que estruturalmente foram conduzidas ao longo da história a descuidar do exercício do pensamento. A escravização se processou com variadas nuances. A moda imposta, a exterioridade, a obrigação de ser "bonita" compuseram o quadro do objeto sexual. Para as enfermeiras, essa é uma associação costumeira, como também o é para aeromoças, secretárias etc. A erotização da mulher como objeto de prazer, de sedução, do sexo insaciável, incontrollável e tentador, tem sido o quadro associativo das profissões que como essas representam um rearranjo do servilismo, agora servindo ao capitalismo.

Os mitos criados em torno da sexualidade da mulher operaram a cisão do sexo aceitável - componente do papel de mãe -, e do sexo devasso e condenado - ideologicamente apenas -, mas necessário e instrumento de um controle social mais amplo. Erotizar as profissões femininas e esconder a sexualidade da mulher enquanto ser, foi um competente resultado do processo de dominação. A superficialidade desses atributos se enraizaram profundamente na conduta concreta das mulheres e operaram uma sexualidade parcial, normatizada, controlada e certamente pouco gratificante.

A manutenção do reduto feminino na enfermagem está expressa na discriminação do mercado de trabalho ao enfermeiro. Essa "preferência" liga-se à manutenção de uma estrutura de poder calcada na figura do médico. A hierarquização, a disciplina, a sujeição sem questionamento, a despolitização, a debilidade associativa das mulheres e o próprio afastamento condicionado estruturalmente do seu "objeto" que é o cliente/paciente, evidenciam a necessidade de manter e reforçar os papéis propostos ao homem e à mulher.

O caráter social histórico dessas tarefas "femininas" e do trabalho de enfermeira parece estar na raiz da sua subalternidade. O desprestígio, a subordinação, a subalternidade advêm desse caráter. Nada mais tácito de que servilismo e submissão.

Enquanto profissão de nível universitário, a enfermagem engendrou uma composição socialmente aceitável para a mulher: "nem só privada, nem só pública". É boa para a mulher, é boa para os

filhos dessa mulher, essa é a argumentação comum. O caráter privado é transferido para o mundo público cristalizando-se nessas "ocupações femininas", que reproduzem o caráter "informal" do poder da mulher.

Assim, deter um saber não hegemônico composto em grande parte por um saber de senso comum, que faz parte da própria socialização da mulher, lhes é permitido. E como as mães, as enfermeiras são imbuídas de um ilusório poder informal e reproduzem um comportamento disciplinador e corporativista no âmbito profissional.

A transformação dessa condição, a conquista da autonomia passam pela necessária relação entre iguais. Romper com a ordem patriarcal requer que pensemos em termos de feminismo e da condição da mulher como alguém que está dentro e não fora dela. Tomar consciência da opressão requer que nos identifiquemos como sujeitos dessa opressão, compreendendo todas as nuances e todos os apelos ideológicos de que se reveste. Repensar nosso discurso às vezes "progressista", enquanto mulheres, e nossa prática cotidiana conservadora é uma conduta necessária.

Romper com o isolamento, compor uma prática mais solidária entre as mulheres são caminhos indispensáveis a se construir uma nova ordem. Pensar como cidadãs e não somente como filhas, esposas e mães para então nos completarmos como seres sociais e agentes políticos, nos levará à valorização de nós mesmas enquanto pessoas.

A história do capitalismo nos evidencia que não é sob

seu signo que conquistaremos uma sociedade de iguais. Também não é diluindo a questão do patriarcalismo no patamar da desigualdade econômica que chegaremos a uma sociedade mais justa.

A exploração da mulher e sua condição secundária na sociedade determina para si e seus filhos, os mais altos níveis de exploração no trabalho, de pobreza, de fome e de condições de vida miseráveis, os quais merecem que se repense novas estratégias.

O ativismo, a presença da mulher nos momentos de enfrentamento, o exercício da crítica consciente, a participação nos movimentos sociais, na esfera política formal, são espaços a serem ocupados efetivamente.

O exercício da cidadania plena é a fonte de ruptura e mudança na condição da mulher. A cisão entre o público e o privado se dilui no campo do exercício dessa cidadania. Quebrar as amarras requer não apenas se transferir de um campo a outro, mas questionar as estruturas, transformá-las.

O trabalho social por si só não representou a liberdade e a autonomia. Muitos elementos se reforçaram e a mulher assumiu sua culpa ideológica, exercendo a dupla jornada como sendo o ônus por participar de um mundo que não é seu.

Essa compreensão tem que levar à clareza de que, tanto quanto o trabalho, a reprodução biológica também é social e a divisão sexual de papéis serve à manutenção de um mundo de dominantes e dominados. Tenho consciência do caráter indicativo dessas observações ou dessa busca de conclusões que visam a acen-

tuar o verdadeiro problema que, a meu ver, tem mantido as mulheres e as enfermeiras, especialmente, trabalhadoras, exploradas e agentes passivas da ação da história.

Destituir nossa prática desse "legalismo histórico do específico feminino" e de tudo que com essa ideologia foi engendrado, reforçado e legitimado pela prática institucional, passa por construímos instâncias solidárias e críticas que coletivamente representam transformação. Dessa forma construiremos uma nova realidade de sujeito político capaz de destruir a cisão entre a esfera pública e privada enquanto sustentação da dominação.

"Isto aqui é um exercício de liberdade. Quando a mulher começa a lutar pelos direitos como trabalhadora, fica mais fácil lutar por todos os outros" (BRITO, 1984:92). Esta frase, expressa por uma operária têxtil, ao se referir à sua militância no sindicato da categoria, representa, a meu ver, uma das possibilidades concretas de construção desse novo sujeito político capaz de levar um movimento dialético, à transformação dos espaços sociais da mulher e à sua libertação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBORNOZ, S.. Na condição de mulher. Santa Cruz do Sul, Faculdades Integradas, 1985. 109p.
- ALMEIDA, Célia M. de & PÊGO, Raquel. A organização dos serviços de saúde. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. Saúde e trabalho no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1983. P. 63-79.
- ALMEIDA, Maria Cecília P. & ROCHA, Juan S.Y.. O saber de Enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez, 1986. 128p.
- ALMEIDA, Maria Cecília P. de et alii. Introdução à análise das transformações na prática de Enfermagem no Brasil no período 1920-1978. s. e.p., s. ed., s.d., mimeo.
- ARAGÃO, Luis T. de. Em nome da mãe. In: \_\_\_\_\_. Perspectivas antropológicas da mulher 3. Rio de Janeiro, Zahar, 1983. p. 109-44.
- ARAUJO, Ana Maria. Hacia una identidad latinoamericana. Nueva sociedad. Caracas, 78:89-93, jul/ago, 1985.
- ARGERAMI, Emília L.S. & ALMEIDA, Maria Cecília P. de. De como o enfermeiro está inserido no seu espaço. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 36(2): 123-99, abr./jun./1983.
- BARREIRA E CASTRO, Ieda. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectivas de mudanças. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, anais, Porto Alegre, RS, 24-29 out./1982.
- BARREIRA E CASTRO, Ieda et alii. Reflexões sobre a prática de enfermagem no Brasil e na América Latina - implicações educacionais. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 35(3/4):185-91, jull/dez. 1982.

- \* BARRETO, Elba S.S.. Mulher brasileira: bibliografia anotada. São Paulo, Brasiliense, 1979. 279p.
- BARROS, Stella M.P. & ARAUJO, Maria Jenny S.. Prática administrativa de Enfermagem na rede de serviço de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 36(3/4):255-9, jul./dez. 1983.
- \* BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980. 309p.
- BIAZUS, Zita. Síntese interpretativa do relatório do encontro: a abordagem ideológica da especificidade do feminino. In: ENCONTRO NACIONAL DE MULHERES CRISTÃS, 2, Porto Alegre, 20-21 abr. 1986. Mimeo.
- BIRGIN, Haydée. Quando del poder se trata. Nueva Sociedad, Caracas, 78:100-11, jul./ago. 1985.
- BOLL, Ana R.. Egeen: mais um encontro esvaziado. Dreno, Porto Alegre, mar. 1986.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Diário Oficial, Brasília, (119), jun. 1986.
- BRITO, Maria N.C.. Sindicato no feminino: uma luta de formiga. Campinas, Unicamp, 1985. Diss.
- BRUSCHINI, Cristina A.. Mulher e trabalho: uma avaliação da década da mulher, 1975 a 1985. In: REUNIÃO ANUAL DA AMPOCS, 9, Águas de São Pedro, 1985.
- \_\_\_\_\_. Mulher e trabalho: engenheiras, enfermeiras e professoras. In: Mulher e trabalho: estudo de algumas profissões de nível superior. São Paulo, USP/Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 1977. Diss.
- \_\_\_\_\_. Sexualização das ocupações: o caso brasileiro. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, (28):5-20, 1978.
- BURLAMAQUE, Clélia S. et alii. O trabalho na Enfermagem: condições e alternativas. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 5(2): 173-83, jul. 1984.
- CARVALHO, Anayde C. de. Antecedentes históricos. In: \_\_\_\_\_. Associação Brasileira de Enfermagem: 1926 - 1976, documentário. Brasília, ABEn, 1986. Cap. 1, p. 3-16.
- CARVALHO, Vilma de & BARREIRA E CASTRO, Ieda. Reflexões sobre a prática da Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, anais, Fortaleza, CE, 5-11, ago. 1979. p. 51-9.
- \_\_\_\_\_. Força do trabalho em Enfermagem. In: \_\_\_\_\_. O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil, 1982/1983. Rio de Janeiro, COFEn/ABEn, 1985. V. 1.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermagem no contexto institucional. In: \_\_\_\_\_. O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil, 1982/1983. Rio de Janeiro, COFEn/ABEn, 1986. V.2.
- CORADINI, Sonia Regina & BARBIANI, Rose Mari. A profissional enfermeira frente as influências da evolução histórica da mulher. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 36(314):246-54, jul./dez. 1983.
- CORDEIRO, Hésio de A.. Políticas de saúde no Brasil (1970-1980). In: INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. Saúde e trabalho no Brasil. 2. ed., Petrópolis, Vozes, 1983. p.83-90.
- CORTADA, Ana B.. El trabajo de las amas de casa. Nueva Sociedad, Caracas, 78:117-23, jul./ago. 1985.
- COSTA, Leticia B.. Participação da mulher no mercado de trabalho. São Paulo, USP, 1984. 153p.
- CUNHA, Célio. Situação da Enfermagem no país. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 2(1):1-8, jun. 1977.
- DASNHER, Heather. Garantia contra a violência sexual? Perspectiva Internacional, São Paulo, (7):29, nov./dez. 1983.
- DECELLI, Virginia O.. Igualdade y autonomia. Nueva Sociedad, Caracas, 78,71-9, jul./ago. 1985.
- DIAKOV, V. & KOVALEV, S.. A sociedade primitiva. São Paulo, Global, 1985. 87p.
- DILASCIO, Cecília M.S.. O ensino da história na formação da enfermeira. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 38(2):126-37, abr./jun. 1985.
- DONNANGELO, Maria Cecília F.. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976. p. 15-68.
- DOYAL, Lesley. O trabalho é benéfico para si. Saúde do mundo, Genebra: 4-7, abr. 1985.
- DURHAM, Eunice R.. Família e reprodução humana. In: \_\_\_\_\_. Perspectivas antropológicas da mulher 3. Rio de Janeiro, Zahar, 1983. p. 13-44.
- ENCONTRO DE ENTIDADES E PRÉ-SINDICAIS DE ENFERMEIROS. Sindicalismo na Enfermagem: histórico, 1, Rio de Janeiro, 1981. Mimeo.
- ENGELS, Friedrich. A origem da família, da propriedade e do Estado. Lisboa, Presença, s.d..
- FEIJÓ, Maria del Carmen. De Norma Rae a Silkwood. Nueva Sociedad, 78:48-54, jul./ago. 1985.

+FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1985. 295p.

FUNDAÇÃO SISTEMA DE ANÁLISE DE DADOS. Análise de março de 1986: trimestre móvel de janeiro a março de 1986. In: \_\_\_\_\_. Pesquisa de emprego e desemprego: principais resultados. São Paulo, SEADE/DIEESE, 1986. Cap. 1, p.1-22.

FURTADO, Celso. O Brasil pós-milagre. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981. 152p.

GADOTTI, Moacir. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. 4.ed, São Paulo, Cortez, 1986.

GERMANO, Raimunda M.. Educação e ideologia de Enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1984. 118p.

GIL, Maria E.. O papel dos sindicatos. Boletim Técnico SENAC, Rio de Janeiro, 3(1):11-5, jan./abr. 1977.

GRAMSCI, A.. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979.

+GRUPO DE MULHERES DE PORTO ALEGRE: COSTELA DE ADÃO. Manual de Sobrevivência da família cristã. In: \_\_\_\_\_. Estudos sobre feminismo nº 1. Porto Alegre, 1980.

\_\_\_\_\_. Monogamia. In: \_\_\_\_\_. Escritos sobre feminismo nº 1. Porto Alegre, 1980.

+\_\_\_\_\_. Sexualidade homo. In: \_\_\_\_\_. Escritos sobre feminismo nº 1. Porto Alegre, 1980.

\_\_\_\_\_. Sobre o individual, o político e a monogamia. In: \_\_\_\_\_. Escritos sobre feminismo nº 1. Porto Alegre, 1980.

GUSMAN, Patricia. Nosotras las del 60, nosotras las penultimas. Nueva Sociedad, Caracas, 78:124-30, jul./ago.1985.

HAAG, Guadalupe et alii. Estudo de atividades administrativas, técnicas e de relações humanas desenvolvidas pela enfermeira em instituições hospitalares de Porto Alegre. Porto Alegre, FPCCA, 1981. Mimeo.

HUBERMAN, L.. História da riqueza do homem. Rio de Janeiro, Zahar, 1972. 318p.

KIRKWOOD, Julieta. Feministas y politicas. Nueva Sociedad, Caracas, 78:62-70, jul./ago. 1985.

KOL ANTAI, Alexandra. A nova mulher e a moral sexual. São Paulo, Global, 1978. 142p.

LENIN, Wladimir I.. Sobre os sindicatos. São Paulo, Ciências Humanas, 1979. p.43-51.

- LOBO, Elisabeth Souza. Sob o signo de Cinderela. Mulherio, São Paulo (24):5, jan./fev. 1986.
- LUGO, Carmem. Machismo y violencia. Nueva Sociedad, Caracas, 78:40-7, jul./ago. 1975.
- MANTENGA, Guido. Sexo e poder nas sociedades autoritárias: a face erótica da dominação. In: \_\_\_\_\_. Sexo e poder. São Paulo, Círculo do Livro, s.d.. 215p.
- MARTINS, Cyro. A mulher na sociedade atual. Porto Alegre, Movimento, 1984. 99p.
- MELO, Cristina. Divisão social do trabalho e Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1986. 94p.
- MEROLA, Giovanna. Feminismo: um movimento social. Nueva Sociedad, Caracas, 78:112-7, jul./ago.1985.
- \*MICHEL, Andrée. O feminismo: uma abordagem histórica. Rio de Janeiro, Zahar, 1982. 102p.
- \*MITCHEL, Juliet. Psicanálise e feminismo. Belo Horizonte, Interlivros, 1979. 453p.
- MONTENEGRO, Ana. Mulheres - participação nas lutas populares. Salvador, M&S, 1985. 78p.
- MORELL, Andrea. A concepção marxista da violência contra as mulheres. Perspectiva internacional, São Paulo, 7:25-8, nov./dez. 1983.
- MURARO, Rose Marie. Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1983. 501p.
- OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro de. Enfermagem no contexto de saúde e do desenvolvimento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35, anais, São Paulo, 24-30, set. 1983. p. 105-11.
- \_\_\_\_\_. O enfermeiro e a Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, anais, Manaus, 2-7 ago. 1981. p.19-31.
- ORTIZ, Renato. Pierre Bourdieu. São Paulo, Ática, 1983. 113p.
- PAIM, Jair Nilson S. & FILHO, Naomar de A.. Introdução à crítica do planejamento de saúde: textos didáticos. Salvador, 1982. Mimeo.
- PARAMIO, Ludolfo. Lo que todo marxista vulgar debe saber sobre feminismo. Nueva Sociedad, Caracas, 78:80-8, jul./ago. 1985.
- PONTES, Clelia de et alii. Formação do pessoal de Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, Brasília, 1967.
- POULANTZAS, Nicos. As classes sociais no capitalismo de hoje. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

- PRÁ, Jussara R.. Aspectos da história política da mulher no Rio Grande do Sul. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPOCS, 9, Águas de São Pedro, 1985. Mimeo.
- REZENDE, Ana Lúcia M. de. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo, Cortez, 1986.
- RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. Processamento de dados do Senado: PRODASEN. Porto Alegre, 1986.
- ✕ ROSALDO, Michelle Z. & LAMPHERE, Louise. A mulher, a cultura, a sociedade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979. 254p.
- ✕ SACKS, Karen. Engels. Revisitado: a mulher, a organização da produção e a propriedade privada. In: ROSALDO, Michelle & LAMPHERE, Louise. A mulher, a cultura, a sociedade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979. p. 185-207.
- SAFFIOTTI, Heleieth I. B.. Do artesanal ao industrial: a exploração da mulher. São Paulo, Hucitec, 1981. 184p.
- SANDS, Jane et alii. Aborto e contracepção: um direito, uma escolha. Lisboa, Antídoto, 1979. 154p.
- SANTOS, Isabel dos & VIEIRA, Cesar A. de B.. Análise crítica da prática atual de Enfermagem no país. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, anais, Fortaleza, CE, 5-11 ago. 1979. p. 85-91.
- SCHURR, Margaret. Enfermagem e administração. São Paulo, EPU, 1976. 102p.
- SILVA, Antonia X.. Enfermeiro - profissional autônomo ou subsidiário? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, anais, Fortaleza, CE, 5-11 ago. 1979. p. 71-84.
- SILVA, Graciete B.. Desenvolvimento da enfermagem - correlação dos problemas da profissão e da mulher na sociedade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, anais, Fortaleza, CE, 5-11 ago. 1979, p. 27-32.
- \_\_\_\_\_. Enfermagem profissional. São Paulo, Cortez, 1986. 143p.
- SILVA, Maria Therezinha N. da & COMINO, Liany B. da S.. Legislação e sindicalismo: sindicato dos enfermeiros, um avanço ou um equívoco da categoria? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35, anais, São Paulo, 14-30 set. 1983. p. 126-34.
- SIMÕES, Cleamaria. Contribuição ao estudo da terminologia básica da Enfermagem no Brasil. Bauru, Faculdade de Enfermagem Sagrado Coração, 1980. 186p.
- SOUZA, Lucia Ribeiro de & VERAS, Renato. Ideologia e saúde. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. Saúde e Trabalho no Brasil. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1983. p. 11.4.

- STOLKE, Verena et alii. Trabalho e dominação. Rio de Janeiro, Vozes, 1980. p. 81-117 (Estudos CEBRAP, 26).
- TOSCANO, Moema. Mulher. trabalho e política. Rio de Janeiro, CEA, 1975. 155p.
- TUDOR, Talitha do C.. Trabalho da mulher. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 50(13): 63-7, abr./jun. 1985.
- VACILOTO, Eleonora. O estudante de Enfermagem: lava as mãos. DRENO, Porto Alegre, mar. 1986.
- VASQUEZ, Ana. Dudas y contradicciones. Nueva Sociedad, Caracas, 78: 55- 61, jul./ago. 1985.
- VELASQUEZ, T. Magdala. Si, tenemos derechos, pero. Nueva Sociedad, Caracas, 78:93-9, jul./ago.1985.
- WATSON, Judy & TAYLOR, Yvonne. Os homens se beneficiam com a opressão das mulheres? Perspectiva Internacional, São Paulo, (7):22-4, nov./dez. 1983.