

A ENFERMAGEM NO BRASIL E OS CONTORNOS DE GÊNERO, RAÇA/COR E CLASSE SOCIAL NA FORMAÇÃO DO CAMPO PROFISSIONAL*

NURSING IN BRAZIL: INTERSECTION OF GENDER, RACE AND SOCIAL CLASSES RELATIONS IN THE PROFESSIONAL FIELD

Maria Rosa Lombardi¹
Veridiana Parahyba Campos²

RESUMO

O objetivo do nosso artigo foi conhecer a organização das três principais profissões do campo da Enfermagem: enfermeiros/as de nível superior, técnicos/as em enfermagem e auxiliares de enfermagem. Investigamos a configuração histórica dessas ocupações, desde o Brasil colônia até os dias de hoje e, levando em conta as relações de gênero, raça/cor e classe social, demonstramos como a divisão técnica interna do trabalho se hierarquizou a partir das e sobre tais relações. A escolha pela enfermagem se deu por ser esta uma área de trabalho tradicionalmente feminina, e discorremos um pouco sobre as motivações culturais disso ao longo do texto. A partir de pesquisa documental, revisão da literatura e buscas *on-line*, selecionamos as peças que fundamentaram nossas análises. Além disso, apresentamos algumas estatísticas de 2015 da RAIS – Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho – que fundamentam em termos estatísticos nossa hipótese de segmentação.

Palavras-chave: Enfermagem. Feminização profissional. Relações sociais de gênero, raça e classe. Consustancialidade/ interseccionalidade. Bipolarização do trabalho feminino.

ABSTRACT

The objective of our article was to know the organization of the three main nursing professions: professional level nurses, nursing technicians and nursing auxiliaries. We investigate the historical configuration of these occupations, from Brazil colony to the present day and, taking into account the relations of gender, race/color and social class, we show how the internal technical division of labor was hierarchized from and on such relations. The choice for nursing occurred because this is a traditionally feminine area of work and we talk a little about the cultural motivations of this throughout the text. From documentary research, literature review and online searches, we selected the pieces that substantiated our analyzes. In addition, we present some statistics from 2015 of RAIS – Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho – that base in statistical terms our hypothesis of segmentation.

Keywords: Nursing. Professional feminization. Social relations of gender, race and class. Intersectionality. Bipolarization of women's work.

1. INTRODUÇÃO: OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O objetivo deste artigo é conhecer a organização das três principais profissões do campo profissional da Enfermagem, a saber, Enfermeiros de nível superior, Técnicos e

*Agradecemos a leitura e as sugestões de Tatiane Araújo, Professora Assistente da Escola de Enfermagem da UFBA, bem como a colaboração, na fase de coleta e sistematização de informações, de Adriano Moro, Mestre em Educação e Assistente de Pesquisa DPE/FCC.

¹ Maria Rosa Lombardi, Doutora em Educação e pesquisadora sênior no Departamento de Pesquisas Educacionais-DPE/Fundação Carlos Chagas- FCC. Pesquisadora do Acordo de Cooperação Científica Internacional CAPES/COFECUB (processo 885/2017) entre o Centre de Recherches Sociologiques et Politiques de Paris (CRESSPA) e a Universidade Estadual de Campinas. E-mail para contato: mrlombardi455@hotmail.com

² Veridiana Parahyba Campos, Doutora em Sociologia e Bolsista DPE/FCC.

Auxiliares de Enfermagem. Área ampla e diversa, a Enfermagem congrega muitas outras atividades profissionais, como, por exemplo, as Parteiras; mas neste artigo enfocaremos aquelas três supramencionadas, consideradas como principais, segundo o COFEN- Conselho Federal de Enfermagem.

Investigamos a configuração histórica daquelas ocupações, desde o Brasil colônia até os dias atuais, considerando as relações de gênero, de raça/cor, de classe social e demonstrando como a divisão técnica interna do trabalho se hierarquizou a partir das e sobre as mencionadas relações sociais. A escolha da Enfermagem se baseou no fato de ser essa uma área de trabalho tradicionalmente feminina, em que o cuidar é visto mais como uma “vocação” do que uma profissão, estando associada a uma pressuposta “essência feminina”. Essas atividades de cuidados com doentes, idosos e portadores de deficiências, costumeiramente, foram desenvolvidas no âmbito doméstico, sem remuneração, bem como na esfera profissional e pública, às vezes de forma remunerada, muitas vezes em caráter de benemerência e sem remuneração.

Foi justamente esse amálgama de injunções, em que as mais diversas relações sociais atuaram emaranhadas a uma determinada concepção de feminino, que nos estimulou a enveredar pela(s) profissão(ões) da Enfermagem. Procuramos focalizar o maior conjunto possível de relações sociais nas análises e não houve a preocupação de identificar qual delas teve/tem maior peso na configuração do campo profissional. Nosso entendimento é o de que tanto a perspectiva da consubstancialidade (KERGOAT, 2009) como a da interseccionalidade (CRENSHAW, 2016) entendem as relações sociais de gênero, raça e classe como dinâmicas, imbricadas e não necessariamente hierarquizadas, construtoras de espaços e posições sociais de poder a partir dos quais os indivíduos agem e interagem nas sociedades.

Para a consecução dos nossos objetivos optamos pelo caminho metodológico qualitativo, que incluiu pesquisa documental e revisão da literatura. Inicialmente, procedeu-se a uma busca *online* por artigos publicados em periódicos científicos, por dissertações e teses que tinham como foco o trabalho na enfermagem, em diversas plataformas científicas, tendo se revelado como a mais importante e completa delas, a BVS- Biblioteca Virtual de la Salud. Utilizamos as palavras-chave *gênero e enfermagem, homens e enfermagem, pioneiras na enfermagem, mulheres na enfermagem, carreiras na enfermagem e gênero*. A busca identificou inicialmente 65 documentos de interesse, dentre os quais 25 foram selecionados com o objetivo de recuperar os eventos principais da constituição da enfermagem como campo profissional no Brasil.

As hipóteses que nortearam este estudo provieram da bibliografia selecionada e pressupõem a permanência da heterogeneidade interna ao campo profissional que se encontra baseada na divisão técnica do trabalho de enfermagem, fator que tende a criar e reproduzir desigualdades de oportunidades para os(as) profissionais que aí atuam. Assim, nas funções subalternas de técnico e auxiliar de enfermagem seria mais provável encontrar maiores proporções de negros, com rendimentos menores do que entre enfermeiros de nível superior. Supomos ainda que a presença masculina, mesmo que pequena na profissão – estima-se que gira em torno de 15% –, esteja distribuída em proporções assemelhadas entre enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares.

O artigo está estruturado em seis tópicos e além desta Introdução, discutem-se na sequência: a conformação da divisão técnica do trabalho de enfermagem sobre relações sociais pré-existentes; a bipolarização entre mulheres que conduz a trabalhos e remunerações diferentes; o processo de profissionalização e a organização da formação profissional; a legislação e a regulação profissional. Finalmente, no sexto tópico, se tecem algumas considerações levando em conta os referenciais teóricos que orientaram essa análise.

2. ENFERMAGEM DO PASSADO PARA O PRESENTE: CONTORNOS DE GÊNERO, RAÇA/COR E CLASSE SOCIAL

Segundo pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e da FIOCRUZ de 2015, 86% dos trabalhadores na área eram então do sexo feminino e esse traço esteve presente desde a formação da área profissional. A enfermagem é um dos raros casos no mundo do trabalho onde o arcabouço de conhecimento abstrato e prático que forneceu as bases da profissão foi majoritariamente desenvolvido por mulheres, reconhecidas como pioneiras e responsáveis pela sua criação e sistematização. A fundadora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, criou na Inglaterra a primeira Escola de Enfermagem que passou a servir de inspiração para as que vieram depois. Ela concebeu uma organização do trabalho de cuidado cuja abrangência incluía o trato dos ferimentos e o cuidado propriamente dito, bem como a gestão e o controle administrativo³ (FORMIGA e GERMANO, 2005).

No Brasil, na década de 1860, Anna Nery (Ana Neri), senhora da sociedade e de classe abastada, que já desenvolvia trabalho voluntário junto a populações carentes, aprimora seus conhecimentos no trato com feridos durante a Guerra do Paraguai, à qual obteve autorização para se incorporar “por razões do coração”, isto é, para ficar perto dos filhos que foram à guerra (CARDOSO e MIRANDA, 1999). Nesse contexto, Ana Neri ajudará na montagem de enfermarias de campanha e nelas trabalhará, estendendo suas atividades de cuidado também aos feridos das tropas inimigas (GRISARD e VIEIRA, 2008). Na volta ao Brasil, ela foi recebida como heroína nacional e seu nome passou a ser associado à Enfermagem moderna, apesar de não ter sido enfermeira ou ter recebido formação na área.

Grosso modo, pode-se dizer que, entre o final do século dezenove e o início do século vinte, a Enfermagem tinha sido praticada na forma de ajuda ou de caridade, principalmente por práticos e/ou religiosas e, na sequência, por auxiliares de saúde. Em seu estudo de 1986, Silva afirma que:

Pelo fato de a Enfermagem pré-profissional ter nascido como atividade doméstica, de caráter manual, assentada no empirismo de mães de família, monjas ou escravos permaneceu, por longo período, destituída de qualquer conhecimento especializado próprio, de poder e de prestígio. Os cuidados de Enfermagem, apesar de imprescindíveis e complementares à atividade médica, não eram remunerados e não tinham reconhecimento social (SILVA, apud PEREIRA, 2015, p.41-42).

A figura de Ana Neri passará a ser associada à enfermagem moderna, na tentativa de “elevar o status social e moral da enfermeira... tão degradado nos séculos anteriores”, como afirmam Cardoso e Miranda (1999, p.346). Assim como Nightingale na Inglaterra, Ana Neri abre caminho para a formalização da Enfermagem como ciência autônoma e como profissão de utilidade pública. Desde o início, entretanto, foi uma profissão pensada sobre e para uma determinada concepção de feminino, em que “amor” e “cuidado ao próximo” se imbricavam e conformavam uma área de trabalho adequada a esse gênero.

A Revista O Brasil Médico, ainda em 1890, anunciando a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE)⁴, afirma que com ela “poderá ser ampliado o horizonte da atividade feminina, proporcionando à mulher um meio honesto e altamente humanitário de conseguir os meios de subsistência e que preparará indivíduos que serão verdadeiros auxiliares dos médicos” (PAVA e NEVES, 2011, p. 146). Nesta notícia estão

³ Por exemplo, o conhecido gráfico pizza ou setorial foi desenvolvido por Nightingale, para acompanhamento dos quadros dos enfermos.

⁴ Primeira escola criada no intuito de treinar mão de obra para trabalho em hospitais em nível de *auxiliares de saúde*; a formação de enfermeiras diplomadas ou graduadas se dará a partir da fundação da Escola Ana Neri, em 1923.

condensadas três concepções cujos reflexos e efeitos são observáveis até hoje no desenho da área da Enfermagem.

Primeiro: a concepção da Enfermagem como “um auxílio” à Medicina. Embora hoje a Enfermagem tenha se constituído como uma ciência autônoma e, para alguns estudiosos, isso indique que ela não tenha mais um papel totalmente subordinado (ANDRADE, 2007; LUNARDI FILHO, 1998); porém, seu desenvolvimento enquanto profissão e ciência autônomas teria sido mais tardio quando comparado ao da Medicina:

O enriquecimento progressivo e admirável da medicina, a partir do século XVI, não encontrou nenhuma correspondência na área da enfermagem que, até meados do século XIX, manteve-se fora dos domínios intelectuais propriamente ditos, identificada quase que exclusivamente aos serviços domésticos (SILVA apud PEREIRA, 2015, p.42).

Hoje em dia, em algumas práticas cotidianas se observam aspectos de submissão, como, por exemplo, o direito exclusivo dos médicos de abrirem os exames ou de receitarem medicamentos (WAGNER et al., 2009), ainda que os/as enfermeiros/as tenham competência para ambos. Sua subordinação à Medicina, profissão constituída como autoridade central na área da saúde, também pode ser identificada em termos dos estratos sociais que a compõem, do prestígio e, sobretudo, da remuneração recebida.

Segundo: a concepção de que a enfermagem, por ser uma atividade diretamente ligada ao cuidado e uma extensão das atividades domésticas, poderia ser “um meio honesto de subsistência” para mulheres. Isso é relevante por ser um dos poucos trabalhos femininos historicamente realizados fora da esfera doméstica e assim mesmo aceitos socialmente, ao contrário de outros trabalhos (médicos, engenheiros, juízes), aos quais as mulheres tiveram acesso somente no final do século XX, tendo que lutar para ali estarem.

A feminização dos/as trabalhadores/as tende a pesar negativamente para a enfermagem (assim como em outras profissões que passam por esse processo) e, ligando a primeira concepção (a enfermagem como trabalho auxiliar) à segunda (enfermagem como trabalho feminino), temos uma equação que empurra seu *status* social para baixo. Como afirmou Silva, em 1986 (apud PEREIRA, 2015, p.45), a enfermagem “*tem ocupado um status subordinado à categoria médica, definida (ainda) na sociedade ocidental como profissão masculina*”, de tal modo que “*o trabalho da enfermeira não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado*”.

E por último, a terceira concepção da notícia de 1890: o ideal da enfermagem como um trabalho “altamente humanitário”. Isso manteve a Enfermagem associada à sua origem nas congregações religiosas e à ideia de tratamento como cuidado e carinho. De alguma forma, isso parece ter dificultado o desenvolvimento de sua profissionalização, muitas vezes relegando para segundo plano as relações e condições do trabalho de prestação de serviços de saúde. Citando o caso de um importante hospital universitário do Rio Grande do Norte, no qual religiosas e enfermeiros/as leigos/as trabalhavam em conjunto durante boa parte do século XX⁵, Carlos et al. nos dizem:

os valores cristãos, aos quais estavam submetidas as religiosas, eram impostos aos funcionários do Hospital, correspondendo a uma condição de servidão e de negligência dos direitos trabalhistas, como, por exemplo, estabelecimento e cumprimento de horário de trabalho, descanso, folga, horas extras, férias entre outros (2014, p. 417).

⁵ Hoje em dia as religiosas não fazem mais parte desta equipe de enfermagem.

Até hoje observamos esses traços de vulnerabilidade no trabalho de uma emergente categoria de profissionais, as cuidadoras domiciliares, que são contratadas pelas famílias para executar tarefas de enfermagem, mas cujos trabalhos constantemente incluem atividades de trabalho doméstico (HIRATA e GUIMARÃES, 2012). Além disso, não raro se concebe que a ocupação de cuidadora depreende carinho e cuidado, disponíveis a qualquer hora e em qualquer local, muitas vezes cobrados na forma de limites elásticos para os horários da jornada de trabalho.

Enfim, todas essas concepções refletem como o que se pensava em 1890 balizou muitas das características que observamos hoje nessa área profissional, que está longe de ser homogênea. Se há uma inegável homogeneidade feminina em termos de composição dos quadros, há também uma heterogeneidade em relação ao tipo de mulher e ao tipo de trabalho que cada uma desempenha nesse vasto universo laboral. Entre cuidar de feridas e fluidos humanos, instrumentar numa cirurgia ou administrar o material e os medicamentos de uma unidade hospitalar, por exemplo, há muita diferença. Da mesma maneira, há diferença entre ser uma enfermeira chefe e uma auxiliar de enfermagem. Será esse o tema do nosso próximo tópico.

3. BIPOLARIZAÇÃO: O MESMO SEXO FEMININO, MAS TRABALHOS DIFERENTES

A Enfermagem tem tido histórica maioria feminina entre seus quadros e só muito recentemente se nota um maior ingresso dos homens na profissão sem, contudo, abalar a primazia feminina. De acordo com a pesquisa Perfil da Enfermagem de 2015⁶, as mulheres ainda formam 85,6% do total de profissionais da enfermagem registrados no sistema COREN- Conselho Regional de Enfermagem/COFEN- Conselho Federal de Enfermagem, enquanto os homens são apenas 14,4% (FIOCRUZ, 2015). Mesmo que esse contingente masculino pareça pequeno, segundo notícia divulgada na revista do COREN-SP⁷ (2014), quarenta anos atrás eles não eram nem 2% do total.

Em nível das duas principais ocupações em análise neste artigo, *Enfermeiros de nível superior e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem*⁸, e segundo a RAIS- Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho, o balanço dos sexos é bastante assemelhado ao da referida pesquisa: entre os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem registrados nessa base de dados, aproximadamente 85% são mulheres e 15%, homens (RAIS, 2015).

Florence Nightingale, ao desenvolver a sistematização para a profissão, partiu do pressuposto de que deveria haver uma divisão interna do trabalho. Assim, separou as alunas/enfermeiras em “nurses” e “lady-nurses”. As primeiras, menos favorecidas em termos de classe social, eram financiadas pela própria Fundação Nightingale e direcionadas aos serviços práticos. Já as segundas eram alunas pré-selecionadas, preparadas para as funções de supervisão e ensino, sendo normalmente oriundas da classe média e alta (CARLOS e GERMANO, 2011).

Essa clivagem interna na área profissional é central nesta análise, na medida em que dela decorre a desigualdade de posição das mulheres dentro do trabalho de enfermagem. No caso brasileiro, isso quer dizer falar das mulheres *pardas e pretas (negras)*, pois, ainda que a maioria dos/as estudiosos/as da história da enfermagem reconheça que historicamente tenha cabido a elas uma série de trabalhos e de saberes de cura e trato para com enfermos e

⁶ Realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz), encomendada pelo COFEN- Conselho Federal de Enfermagem.

⁷ Cf. <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/48_homem_na_enfermagem.pdf>. Acessado em maio de 2017.

⁸ Respectivamente, códigos CBO- Classificação brasileira de ocupações: 2235- Enfermeiros de nível superior, 3222- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

“incapazes” (crianças, idosos etc.), a elas também foi negado espaço na profissão a partir de sua fase de profissionalização:

A imagem da “enfermeira padrão” cristalizou a identidade profissional via elitização e branqueamento da enfermagem, na recusa das bases deixadas por homens e mulheres negros – enfermeiros pré-profissionais, cuidadores, curandeiros, cirurgiões, barbeiros, amas-de-leite, mães pretas, parteiras – cujas experiências foram vitais para a manutenção da saúde durante o Brasil Colônia (1500-1822) e Brasil Império (1822-1889) (CAMPOS, 2015, p.54).

Ou seja, a partir do final do século dezenove, uma grande gama de trabalhos de cuidado até então prioritariamente executada por uma população negra tende a se transformar em profissão específica e, sob essa égide, vai passar por processo de branqueamento, sinônimo de respeito social e a elitização.

De acordo com Campos et al. (2007), as representações estereotipadas que se tinha das mulheres negras eram incompatíveis com o que se esperava construir nessa nova imagem da “enfermeira padrão”. As justificativas dadas para a *apartheid* social que separava brancos e negros em todos os setores da sociedade comprovam que a população negra sempre foi vista como mais suja, intelectualmente inferior, mais vulnerável a pegar e transmitir doenças etc. Considere-se, contudo, que até aquele momento, essas concepções não invalidavam as competências curativas e de cuidado que expressavam saberes aprendidos informalmente pelos negros junto às suas comunidades. O projeto de profissionalização da Enfermagem se erigirá sobre a formalização dos conhecimentos por meio de formações e capacitações profissionais específicas, que passarão a ser valorizados em detrimento do saber tácito das populações tradicionais. Esse processo visou “manter à distância classes sociais e etnias consideradas inferiores dos quadros dirigentes da Enfermagem na Primeira República” (CAMPOS et al., 2007, p.38), utilizando-se, para isso, de representações sociais negativas associada aos(as) negros(as) e indígenas.

Ao analisar o Relatório Anual do Serviço de Enfermagem encaminhado por Ethel Parsons⁹ ao DNSP- Departamento nacional de saúde pública, em 1926, Ieda Barreira novamente trata a questão da discriminação racial na seleção de candidatas da Escola de Enfermagem Anna Nery ao citar que “... a política da Escola seria mesmo a de evitar a entrada de alunas negras, para que se pudesse atrair ‘a melhor classe de mulheres para a nova profissão’” (1997, p. 164) (CAMPOS, 2015, p. 56).

Fato é que a construção ideológica de uma enfermagem-padrão branca não impediu que mulheres negras continuassem a trabalhar na profissão, mais representadas nos escalões subalternos (técnicos e auxiliares de enfermagem) do que no topo da hierarquia, entre enfermeiros de nível universitário. Lembre-se que o acesso a cursos de nível superior para Enfermeiros até hoje exige capacidade de pagamento, tempo disponível e suporte financeiro para poder estudar sem trabalhar, preferencialmente, além de uma adequada formação de nível médio. Nesse sentido, o acesso à qualificação está intimamente relacionado às possibilidades que indivíduos de diferentes raça/cor e níveis de renda têm na sociedade. E, no Brasil, esses requisitos costumam ser mais fáceis de cumprir entre a população branca de classe média e média alta.

Campos (2105), em seu artigo *Enfermeiras da Legião Negra: representações da enfermagem na revolução constitucionalista de 1932*, mostrava que, ainda na década de 1930, aberturas para o ingresso de negros(as) no campo profissional foram propiciadas pelo Estado.

⁹ Chefe da missão americana vinda oficialmente ao Brasil em 1921 a convite do governo, para orientar o desenvolvimento da Enfermagem moderna no país.

Havia uma urgência concreta de formação e contratação de enfermeiras e auxiliares para os serviços de assistência à saúde que se ampliavam, e algumas iniciativas tais como a qualificação sistemática de mão de obra para a área, o aumento do número de leitos hospitalares e o incentivo dado durante o governo Vargas para expansão do serviço público (para as mulheres, especialmente na enfermagem) funcionaram como estímulo para o retorno da população negra ao campo profissional.

A necessidade explícita de profissionais no campo da saúde coadunava-se com a política varguista, que encontrava na enfermagem um escoadouro natural para ampliar os espaços de atuação feminina no trabalho, algo necessário para o desenvolvimento da economia em expansão, que exigia homens e mulheres fortes, sadios, inclusive, capazes de adensar o exército nacional com as mesmas qualidades, sobretudo, em caso de guerra (CAMPOS, 2015, p.58).

Ainda hoje não se pode menosprezar a presença de negros(as) entre os enfermeiros(as) de nível universitário e os(as) técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, como mostram estatísticas da RAIS - Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho. A Tabela 1 classifica os empregos celetistas segundo raça/cor para o ano de 2015¹⁰.

Tabela 1 – Brasil: Distribuição percentual (%) dos enfermeiros, técnicos e auxiliares: empregos celetistas por raça/cor e segundo sexo em 2015.

Sexo e profissões	Branços	Negros
Homens		
Técnicos e auxiliares de enfermagem	51,8	40,0
Enfermeiros	58,4	32,5
Mulheres		
Técnicos e auxiliares de enfermagem	52,4	39,8
Enfermeiros	61,6	29,6

Fonte: RAIS, 2015. (Tabulação especial CCGIPE-MTB).

Considerando a já mencionada prevalência do sexo feminino no campo profissional, a Tabela 1 mostra quão determinante é a raça/cor, e atrelada a ela a posição socioeconômica dos indivíduos, na alocação dos trabalhadores pelos diferentes níveis hierárquicos das profissões da área da enfermagem aqui tratadas. Esta área exemplifica com nitidez o conceito de bipolarização ou dualização do emprego feminino, que nas palavras de Kergoat (2009, p. 74) “ilustra o cruzamento das relações sociais...” Em outras palavras, convivem na área da saúde mulheres brancas com nível universitário, em funções administrativas e de direção, detentoras de autoridade e poder de comando sobre uma grande massa de outras mulheres, predominantemente negras e mais pobres, com formação de nível médio, que atuam diretamente em contato com os doentes, na base da pirâmide, sob suas ordens.

A referida tabela confirma, assim, a conhecida preferência do mercado formal por trabalhadores(as) da raça branca, alocados em postos de trabalho protegidos pela CLT-Consolidação das Leis do Trabalho. Assim, 51,8% dos homens e 52,4% das mulheres que trabalhavam como técnicos(as) e auxiliares eram brancos(as), enquanto que a proporção da raça negra de ambos os sexos girava em torno de 40%. Isso fica mais claro entre

¹⁰ A tabulação se refere apenas aos empregados celetistas computados na RAIS; os demais tipos de vínculos de trabalho que apresentaram informações sobre raça/cor não foram considerados por problemas de registro e validade das informações, segundo técnicos do MTB. Questionando sobre a representatividade dos vínculos celetistas no universo da base, fomos informadas de que eles significam cerca de 65% do conjunto de todos os vínculos formais captados pela RAIS, percentual que nos pareceu significativo a ponto de apresentá-los neste artigo.

enfermeiros(as) de nível superior: 32,5% dos enfermeiros se declararam negros e 58,4% brancos. Entre as enfermeiras, 29,6% se declararam negras e 61,6% brancas.

Outra leitura que essas estatísticas permitem diz respeito à maior presença de negros(as) exercendo tarefas de técnicos(as) e auxiliares quando comparada aos enfermeiros(as) de nível superior da mesma raça: enquanto 40% dos técnicos e auxiliares eram negros, apenas 32,5% dos enfermeiros o eram. No caso do sexo feminino, 39,8% das técnicas e auxiliares eram negras e 29,6% das enfermeiras.

4. AS REMUNERAÇÕES

A remuneração de um trabalho é um indicador de sua valorização pela sociedade. E trabalhos tradicionalmente desenvolvidos por mulheres, como o de cuidados com doentes, velhos e crianças, costumam ser menos valorizados do que os dos homens. Sem dúvida, uma das razões das baixas remunerações recebidas pelos(as) profissionais da área da enfermagem deve-se à associação desses trabalhos com o sexo feminino e com os trabalhos domésticos, como já foi comentado neste artigo.

No caso da área da enfermagem, a composição da remuneração deve considerar especificidades do desempenho dessas atividades, como diferentes turnos de trabalho e diferenciais para trabalhos noturnos. Sem termos condição de descer a esse nível de precisão, consideramos, porém, que as tabulações especiais da RAIS para os celetistas (vide nota 9) permitem vislumbrar de forma geral e agregada os níveis de remuneração de enfermeiros, técnicos e auxiliares de todas as raças/cores, por meio do indicador da média anual (Tabela 2).

Tabela 2 – Brasil: Valor (R\$) da remuneração média nominal do ano para celetistas segundo sexo por raça/cor em 2015.

Profissões e sexo	Total	Branco
Enfermeiros		
Homens	4.030,67	4.191,06
Mulheres	3.999,17	4.169,79
Técnicos e auxiliares de enfermagem		
Homens	2.121,46	2.254,81
Mulheres	1.877,64	2.003,65

Fonte: Fonte: RAIS, 2015. (Tabulação especial CCGIPE-MTB).

Assim, em 2015, a remuneração média para enfermeiros – inclusos todos os tipos de especialidades¹¹ – foi de R\$ 4.030,67 e a das enfermeiras de R\$ 3.999,17. Apesar de serem maioria no campo profissional, elas ganham um pouco menos que eles, como se pode ver. Essa pequena desvantagem feminina se manterá entre os(as) brancos(as), que também recebem um pouco mais que a média geral: R\$ 4.191,06 eles e R\$ 4.169,79, elas (MTB/RAIS. 2015). Comparem-se esses valores com a remuneração dos médicos, que segundo estatísticas do Censo Demográfico de 2010 do IBGE, sistematizadas em análise do IPEA (2013), ganhavam cerca de R\$ 8.500,00 para ter uma medida da disparidade de valorização e prestígio entre as profissões de enfermeiro(a) e médico(a), a primeira ganhando praticamente a metade da segunda.

No que tange aos(as) técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, a remuneração tende a cair praticamente pela metade quando comparada à dos(as) enfermeiros(as): eles ganharam em 2015, em média, R\$ 2.121,46 por mês e elas, R\$ 1.877,64. Novamente elas receberam

¹¹ Listadas as seguintes especialidades na base: enfermeiro; enfermeiro auditor; enfermeiro de centro cirúrgico; enfermeiro de terapia intensiva; enfermeiro do trabalho; enfermeiro nefrologista; enfermeiro neonatologista; enfermeiro obstétrico; enfermeiro psiquiátrico; enfermeiro puericultor e pediátrico; enfermeiro sanitaria; enfermeiro da estratégia de saúde da família.

menos do que eles, e os(as) brancos(as) mais que os profissionais das demais raças/cores: os técnicos e auxiliares brancos ganhavam R\$ 2.254,81 e as técnicas e auxiliares da mesma raça/cor R\$ 2.003,65 (MTB/RAIS, 2015).

Considere-se, finalmente, que a grande maioria dos(as) trabalhadores(as) são técnicos(as) e auxiliares de enfermagem: segundo a RAIS, essas duas ocupações representavam 76,2% dos postos de trabalho da área (dos quais 49,7% eram técnicos(as) e 26,5% auxiliares), contra apenas 23,8% de enfermeiros(as) de nível superior¹². É devido a essa configuração hierárquica peculiar, em que prevalecem baixos salários, que a FIOCRUZ informa que mais de 60% dos profissionais da enfermagem – computados enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares – ganhavam, no máximo, R\$ 3.000,00 por mês (FIOCRUZ, 2015). As últimas negociações coletivas junto aos sindicatos patronais de hospitais e outras instituições da área realizadas pela CUT (Central Única dos Trabalhadores) estabeleceram acordos que variaram entre R\$ 2.324,00 e R\$ 3.200,00, e até onde temos conhecimento não existe um salário-mínimo profissional¹³. Segundo o COFEN, cinco projetos de lei propuseram piso salarial para a Enfermagem, mas até agora nenhum deles se efetivou¹⁴.

As estatísticas aqui comentadas – e os documentos recuperados – comprovam, assim, a clivagem do campo profissional baseada na divisão interna do trabalho técnico que se construiu sobre as relações sociais de sexo ou gênero, raça/cor, classe social e nível de qualificação, desde sua conformação histórica. O campo profissional tendeu, dessa forma, a ter uma configuração mais enegrecida e empobrecida, conforme se caminha do nível hierárquico mais alto (enfermeiros/as) ao mais baixo (técnicos/as e auxiliares).

5. A FORMAÇÃO PROFISSIONAL, A LEGISLAÇÃO E A REGULAÇÃO PROFISSIONAL

Como já se mencionou aqui, as pessoas que desenvolviam atividades de cuidado com doentes no Brasil careceram, desde os primórdios, de treinamento formalizado para o desempenho dessas atividades. Mesmo após o longo percurso desenvolvido, desde o século XIX até os dias de hoje, pelo Estado e pelos profissionais em prol do aumento do grau de escolaridade e da maior qualidade dos serviços prestados na área, a ausência ou o baixo nível de qualificação ainda permanecem como uma marca. É esse percurso que procuramos pontuar neste item, com base nos textos selecionados que tratam dessa questão.

Outro traço igualmente importante caracteriza a enfermagem: a divisão técnica vertical e horizontal, como explicam Göttems, Alves e Sena (2007). A divisão técnica horizontal se concretiza pelo “compartilhamento, cooperação e complementariedade do seu trabalho nos serviços de saúde e junto a outras categorias como médicos, farmacêuticos, nutricionistas e outros” (idem *ibidem* p.2). Já a divisão técnica vertical se dá pela convivência hierárquica entre profissionais da enfermagem, classificada segundo níveis de formação: enfermeiro(a) de nível superior, técnico(a) e auxiliar de enfermagem com nível médio.

Pereira (2015) afirma que a profissionalização da enfermagem manteve uma subdivisão técnica do trabalho, reproduzindo a dicotomia social nos agentes da profissão: “as enfermeiras responsáveis pelo ensino, coordenação e supervisão do trabalho e as executoras dos cuidados, oriundas de classes sociais menos favorecidas” (PEREIRA, 2015, p. 54). De

¹² Esses dados encontram eco na pesquisa COFEN/FIOCRUZ, em que 23% declararam ter formação superior, contra 77% de nível médio.

¹³ Cf. <<http://seesp.com.br/pisos/>>. Consulta em: 11 de jun. de 2017.

¹⁴ Cf. <http://www.cofen.gov.br/cinco-projetos-de-lei-propoe-piso-salarial-nacional-para-enfermagem_33071.html>.

acordo com o Decreto N° 94.406/87, que regulamenta a lei 7498 de 1986 sobre o exercício profissional, são as seguintes as atribuições dos profissionais da área¹⁵:

[...] incumbe ao **enfermeiro** a direção do serviço de enfermagem (em instituições de saúde e de ensino, públicas, privadas e a prestação de serviço); as atividades de gestão como planejamento da assistência de Enfermagem, consultoria, auditoria, entre outras; a consulta de Enfermagem; a prescrição da assistência de Enfermagem; os cuidados diretos a pacientes com risco de morte; a prescrição de medicamentos (estabelecidos em programas de saúde e em rotina); e todos os cuidados de maior complexidade técnica.

[...] cabe ao **técnico de enfermagem** assistir o enfermeiro no planejamento das atividades de assistência, no cuidado ao paciente em estado grave, na prevenção e na execução de programas de assistência integral à saúde e participando de programas de higiene e segurança do trabalho, além, obviamente, de assistência de enfermagem...

Além de integrar a equipe de saúde e educar, cabe ao **auxiliar** preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; executar tratamentos prescritos; prestar cuidados de higiene, alimentação e conforto ao paciente e zelar por sua segurança; além de zelar pela limpeza em geral.

Nessa divisão do trabalho, dessa forma, quanto maior o contato direto com o corpo do paciente e seus fluidos, menor é a patente profissional; corroborando o que Hirata e Guimarães compilaram na obra *Cuidado & Cuidadoras* (2012), as funções do cuidado direto do paciente costumam estar associadas a baixo reconhecimento, baixo nível de formação, feminização e “enegrecimento” dos/as trabalhadores/as, como é o caso da enfermagem no Brasil.

Voltando ao processo de organização da formação profissional, seu primeiro pilar foi a criação, em 1890, da EPEE – Escola Profissional de Enfermeiras, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, escola referida pela manchete do jornal *O Brazil Médico*, analisada no item anterior. Tal escola foi pensada para formar quadros para funções de enfermagem e administração em caráter de urgência, frente à saída das irmãs de caridade do Hospício Nacional dos Alienados- HNA, antigo Hospício Pedro II, vinculado à Santa Casa. As irmãs de caridade deixaram os hospitais por estranharem os novos procedimentos introduzidos pelos médicos e por se recusarem a obedecer à autoridade leiga, mesmo que fosse a de um médico. Pois, com a nova orientação dada ao HNA após a proclamação da República – em que a laicização das instituições, o privilégio da ciência e do conhecimento de matriz positivista europeia eram associados à modernidade, em contraponto ao atraso e à letargia associados à monarquia e à igreja –, afirmou-se a autoridade do médico no ambiente hospitalar, a ela se subordinando as práticas de enfermagem, até então, autônomas.

Para a consolidação desse novo modelo de enfermagem, contratou-se, concomitantemente à criação da EPEE, um grupo de 40 enfermeiras francesas do hospital La Salpêtrière, denominadas “religiosas sem hábito”, que reuniam características de cuidadoras devotadas (entendidas como qualidades inerentes às mulheres) e de cumpridoras das ordens dos médicos. Em outras palavras, trabalhadoras treinadas para se submeterem a uma categoria profissional que na época era eminentemente masculina (ESPÍRITO SANTO, OGUISSO e FONSECA, 2011). A notícia de fundação dessa escola, veiculada no Diário Oficial de 1/10/1890, explicitava a imbricação da atividade de enfermagem com o sexo feminino e com

¹⁵ Fonte: COREN MT. Disponível em: <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html>.

as classes sociais menos favorecidas, pois essa escola foi desenhada para formar “auxiliares”, assim como as escolas de enfermagem da Cruz Vermelha (RJ), do Hospital Samaritano de São Paulo e do Exército, todas de currículo europeu e dirigidas por médicos (PAVA e NEVES, 2011).

Espírito Santo, Oguisso e Fonseca (op. cit., p. 4-5) informam que a notícia do Diário Oficial (em itálico) divulgava o seguinte:

[...] um pedido de colaboração, encaminhado ao responsável pelas obras beneméritas no Rio de Janeiro que “*amparam, dirigem e educam meninas desvalidas*” para torna-las “*criaturas úteis a si e à pátria*”, destacando a necessidade de “*alargar o horizonte de aspirações*” para as meninas que “*não encontram aplicação imediata e remuneradora*”, mais do que os meninos que recebiam ensino profissional nas instituições (a exemplo da Casa de São José)... descreve a EPEE como “*campo vastíssimo à atividade da mulher, onde, por sua delicadeza de sentimentos e apuros de carinhos*”, não terá competidores, trabalhando como “*o complemento do médico*”.

Segundo Nascimento, Lima e Tyrrell (2003), a “enfermagem moderna” teve início no Brasil em 1920, quando foi inserida a política de assistência preventiva e de saúde pública do país, com a criação, na capital federal, do Departamento Nacional de Saúde Pública- DNSP. As primeiras enfermeiras a trabalharem no DNSP eram americanas e chegaram, via Fundação Rockefeller, com a intenção de criar aqui uma escola de enfermagem. Em 1923, começa a funcionar a Escola de Enfermagem Ana Neri, destinada à formação de enfermeiras com nível universitário.

Em 1925 o governo brasileiro institucionaliza o ensino da enfermagem no Brasil e, em 1931, eleva a Escola de Enfermagem Ana Neri à condição de “padrão oficial de ensino de enfermagem”, fixando condições para a equiparação das demais escolas a esse padrão. A Escola Ana Neri foi incorporada em 1937 à Universidade do Brasil – atual UFRJ –, estabelecendo-se em 1945 como Ensino Superior de Enfermagem, passando a ser reconhecida como “padrão Ana Neri”, que a distingue como uma escola de elite para formar equipes de gestão e direção. Outras escolas de enfermagem do mesmo naipe foram sendo fundadas no Brasil, passando, segundo Pava e Neves (2011), de sete escolas em 1939 para 23 em 1949. Neste ano, segundo esses mesmos autores, um estudo de comissão governamental de análise do currículo dos cursos de enfermagem embasa a nova lei que dispõe sobre o ensino de enfermagem no Brasil, e cessa a exigência de equiparação das novas escolas à escola padrão.

A partir de então, sob a jurisdição da Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura, novos parâmetros curriculares e novas exigências para a formação de pessoal de enfermagem vão sendo implantados: em 1949 a nova lei divide o ensino de enfermagem em duas modalidades – “Curso de Enfermagem” (nível superior), com a duração de 36 meses, e “Auxiliar de Enfermagem”, com duração de dezoito meses –, aceitando em ambos os casos a conclusão do antigo curso ginásial face à carência de escolarização da população brasileira; em 1954 existiam doze faculdades de enfermagem e onze cursos de auxiliar de enfermagem, estes mantidos por instituições religiosas; em 1962, o Conselho Federal da Educação (CFE) determina que o currículo de enfermagem mínimo deve ter a duração de 3 anos, com a inclusão de diversas disciplinas especializadas da área; em 1994 outra mudança curricular, elaborada pelo COFEN em conjunto com a ABEN - Academia Brasileira de Enfermeiros, vai determinar um currículo mínimo para a formação, com tempo mínimo de conclusão de 4 anos e estágio supervisionado nos dois últimos semestres; em 2001, determina-se que os currículos deverão ter conteúdos divididos em três grandes partes, Ciências Biológicas, Ciências Humanas e Sociais e Ciências da Enfermagem; em 2004, o COFEN fixa especialidades de enfermagem (em 40 áreas) e a resolução 209/2004 se

transforma em um marco, uma nova etapa na divisão do trabalho da enfermagem; em 2009, o MEC homologa parecer que amplia o currículo dos cursos de nível superior para fazer face à especialização, que passam a ser de 5 anos, com estágio supervisionado de 800 horas (PAVA e NEVES, 2011).

A Escola de Enfermagem Ana Neri manteve-se na dianteira da formação universitária da área após a reforma universitária de 1968: em 1972, ali se implantou pela primeira vez no país cursos de pós-graduação *stricto sensu*, com o mestrado em Enfermagem fundamental. No ano seguinte, a escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), outra escola de referência, implanta seu mestrado com concentração em Fundamentos da Enfermagem e, em 1975, outras quatro áreas são criadas: Administração de Serviço em Enfermagem, Enfermagem psiquiátrica, Enfermagem pediátrica e Enfermagem obstétrica (PADILHA et al., 2006). Em 1981, cria-se o primeiro curso de doutorado da América Latina, na Escola de Enfermagem da USP, em conjunto com a USP de Ribeirão Preto.

A formação de uma comunidade científica e de um campo científico de enfermagem no país se iniciou com as enfermeiras-pesquisadoras pioneiras nos anos 1950 conforme Padilha et al.(2010). Seu desenvolvimento ocorre a partir dos anos 1970, embora a constituição de grupos de pesquisa mais estáveis e com produção coletiva sistemática e o intercâmbio entre programas de pós-graduação nacionais e estrangeiros tenham se consolidado, respectivamente, nos anos 1990 e a partir de 2000. Em 2009, contavam-se 29 programas de pós-graduação *stricto sensu*, sendo 24 mestrados, 3 mestrados profissionalizantes e 13 doutorados, com concentração na região Sudeste do Brasil (PADILHA et al., 2006).

Na outra ponta da divisão técnica vertical do trabalho, entretanto, o país sempre se ressentiu de contingentes de trabalhadores da saúde adequadamente treinados para prestação de serviços de qualidade. A constituição do nível médio de formação na área- vigente atualmente é uma tentativa de solução desse problema, e essa questão está posta desde o final dos anos 1940, face ao baixo nível de escolaridade dos brasileiros, das brasileiras e do pessoal da saúde. Na década de 1960, a ABEN vai atuar decisivamente para a criação de cursos de enfermagem de nível intermediário entre enfermeiros(as) e auxiliares, sendo as primeiras escolas técnicas criadas na Guanabara, em Pernambuco, em Goiás e no Paraná. Em 1977, o Conselho Federal de Educação institui cursos de técnico e auxiliar de enfermagem como habilitação referente ao então 2º. Grau.

Nas duas décadas seguintes, contudo, persistia o problema da qualificação do pessoal de base da saúde e, para tentar revertê-lo, foram implantados programas nacionais de formação em larga escala junto à criação de escolas técnicas públicas sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais da Saúde. As carências de formação na base, entretanto, mantêm-se como uma problemática à espera de solução definitiva. A evolução das técnicas e tecnologias na área da saúde e o próprio mercado de trabalho passaram a exigir trabalhadores cada vez mais qualificados, mas, no início dos anos 2000, parcelas de trabalhadores sem qualificação formal eram identificadas ainda, motivando sucessivas ações governamentais para prover formação de nível médio para auxiliares de enfermagem. Segundo Pava e Neves (2011), o curso de auxiliar de enfermagem em nível de ensino fundamental estava em fase de extinção no início dos anos 2010.

No que tange à constituição de um corpo institucional de regulação e fiscalização profissional, a preocupação das profissionais da área vem de longa data. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os seus respectivos Conselhos Regionais (COREN) foram criados em 12 de julho de 1973, por meio da lei 5905.

A regulamentação das profissões da enfermagem aconteceu, como já se comentou, em 1986 (Lei 7498) e dispunha que as atividades profissionais da área só poderiam ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no COREN do local de exercício da profissão.

A regulamentação estabeleceu quatro categorias de profissionais: o enfermeiro, o técnico em enfermagem, o auxiliar de enfermagem e as parteiras, dando aos auxiliares de enfermagem um prazo de 10 anos para que regularizassem o exercício profissional junto ao COFEN. Regulamentava também as atividades desenvolvidas por cada ocupação e a formação necessária para o seu exercício.

Em 2004, o COFEN, através da resolução 209, fixa as especialidades de enfermagem, e essa resolução tornou-se um marco na área, pois o enfermeiro e o técnico deixam de ser generalistas podendo se especializar em até 42 áreas (PAVA e NEVES, 2011), tendo também estabelecido o código de ética profissional em 2007.

Já a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) foi o primeiro passo de organização das enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermagem Ana Neri no Rio de Janeiro, tendo sido criada em 1926. A ABEN mantém-se até os dias de hoje e foi o foco central da reunião de enfermeiros e enfermeiras até a década de 1980. A partir de meados da década de 1990, inúmeras associações de enfermeiros especializados foram sendo criadas à medida mesma que o trabalho profissional foi se especializando, por exemplo: Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); Sociedade Brasileira de Enfermeiros de terapia Intensiva (SOBETI); Associação Brasileira de Enfermagem do Trabalho (ANENT), entre tantas outras.

Em 2000, o rumo em direção à especialização profissional prossegue com a fundação da Associação Brasileira de Especialistas em Enfermagem (ABESE) por iniciativa do COREN-SP “... reunindo os enfermeiros dotados de capital- científico, cultural, social- em torno da personalidade jurídica da instituição. Foi o reconhecimento da figura social do enfermeiro, calcado no perfil do profundo conhecedor de tecnologias, o objetivo desta nova entidade” (CARREIRO, 2011, p. s/n).

Do lado da organização sindical, os anos 1930 foram um marco importante com a criação, em 1933, do Sindicato dos Enfermeiros Terrestres e do Sindicato Nacional dos Enfermeiros da Marinha Mercante, ao que se seguiram outros tantos no decorrer das décadas seguintes (PEREIRA, 2015). As dificuldades de formação, os baixos salários, a heterogeneidade socioeconômica e racial e a fragmentação da categoria em vários sindicatos, segundo o mesmo autor, dificultavam a ação reivindicativa, quadro que perdurou até fins dos anos 1980, com a criação da Federação Nacional dos Enfermeiros, filiada à CUT. Segundo Pereira (2015), à Federação Nacional dos Enfermeiros se associam hoje 13 sindicatos estaduais de enfermeiros.

Trata-se, dessa forma, de um processo de profissionalização complexo, difícil e longo. Passou-se mais de um século de tentativas de organização, formalização e sistematização dos conhecimentos, ao lado de iniciativas jurídicas de legalização e da formação de diversos organismos de regulação profissional e de representação dos trabalhadores, se considerarmos como ponto inicial a criação da Escola Profissional de Enfermeiras (EPEE), em 1890. Para resultar atualmente em uma área indiscutivelmente bem organizada e reconhecida social e academicamente, apesar dos problemas que ainda persistem nos campos da formação profissional e da remuneração.

6. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A bibliografia analisada informou que a área da enfermagem passou por dois processos fundamentais para a sua sedimentação enquanto área profissional, como esclarece Elliot Freidson: a *profissionalização* e a *institucionalização* reconhecida pelo Estado¹⁶.

¹⁶ Diga-se que essa divisão em dois processos é mais analítica do que “real” e se fundamenta na sua capacidade heurística, já que, no mundo dos hospitais e pacientes, nem há uma “conclusão final” do processo de profissionalização (ele é contínuo e constante), e nem há profissionalização que não esbarre em regulação estatal

Ambos permitiram sua delimitação, demandando para si trabalhos e funções específicos e demarcando sua jurisdição sobre eles. Além disso, aqueles processos permitiram estabelecer definições de conteúdos e padrões de qualidade que passaram a ser observados pelos profissionais, fiscalizados pelos órgãos de controle e transmitidos pelas instâncias de formação.

Pudemos recuperar traços da história da área profissional e detectar que cuidados e tratamentos de saúde durante o período do Brasil colônia e do Império costumavam ser praticados por leigos (escravos, mulheres, práticos etc.), enquanto que erigir a Enfermagem moderna em profissão se constituiu num processo deliberado de *profissionalização*, como o define Freidson:

[...] poderíamos definir a profissionalização como um processo pelo qual uma ocupação organizada, geralmente, mas nem sempre por alegar uma competência esotérica especial e cuidar da qualidade de seu trabalho e de seus benefícios para a sociedade, obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, controlar o treinamento para ele e o acesso a ele e controlar o direito de determinar e avaliar a maneira como o trabalho é organizado. (FREIDSON, 1998, p.98)

Na enfermagem brasileira, foram as pioneiras enfermeiras-padrão que assumiram, nas palavras do autor, a “competência esotérica especial” de “cuidar da qualidade de seu trabalho”, “controlar o treinamento para ele”, definindo os sujeitos aptos para os tipos de formação específicos de cada função da área. A formação profissional, particularmente a superior, entendida como decisiva na profissionalização, no decorrer dos anos, expandiu-se, especializou-se e aprofundou-se de maneira que o conhecimento formal abstrato se alinhasse com a evolução da divisão interna do trabalho. Se os(as) enfermeiros(as) têm formação superior, técnicos(as) e auxiliares também estão expostos à formação com conhecimento abstrato, pois deles se exige formação profissional em nível médio.

Este critério, junto a outros dois – a capacidade da profissão de exercer poder e ser uma forma de ganhar a vida, e ser uma ocupação cuja educação é pré-requisito para ocupar determinados postos que excluem aqueles que não a possuem – constituem-se em três critérios que caracterizam as profissões. Mesmo que Freidson estivesse preocupado em delimitar e diferenciar as profissões das ocupações, ele entendia as primeiras como “uma ocupação mais forte”, procurando evitar o conteúdo ideológico que separa *ocupação* de *profissão*. Esse entendimento nos pareceu bastante pertinente para analisar o campo profissional da enfermagem, ao qual se integram as três profissões em análise (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem¹⁷), distintas em termos de hierarquia, formação profissional, grau de autonomia, prestígio e remuneração, além de muitas outras funções e/ou ocupações que orbitam em torno delas.

Ao processo de profissionalização, somou-se o de institucionalização. O Estado exerceu papel central para fortalecimento da chamada Enfermagem moderna. Por exemplo, foi por iniciativa estatal que se iniciou, no final do século XIX, o treinamento formal de mão de obra para trabalhar em hospitais, através de cursos e escolas oficiais, assim como a criação de um serviço nacional de saúde institucionalizado e incorporado às atividades de estado, com a criação, na década de 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública; nas décadas de 1960 e 1970, o Conselho Federal de Educação, em resposta às demandas da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), instituiu cursos de técnico(a) e auxiliar de enfermagem como uma habilitação do então 2º. Grau e, nas duas décadas seguintes, são implantados

e fazer político de tempos em tempos. Eles ocorrem de maneira concomitante e em meio a outros processos, como, por exemplo, mudanças tecnológicas.

¹⁷ Às quais o COFEN costuma denominar como “equipe de enfermagem”.

programas nacionais de formação em larga escala e criam-se escolas técnicas públicas sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde para fazer frente ao problema de qualificação do pessoal de base da saúde. Como bem coloca Freidson :

É o poder do governo que garante à profissão o direito exclusivo de usar ou avaliar um certo corpo de conhecimento e competência. Contando com o direito exclusivo de usar o conhecimento, a profissão adquire poder. É nesse sentido que as profissões estão intimamente ligadas aos processos políticos formais (FREIDSON, 1988, p. 104).

O autor menciona que a “ligação íntima” das profissões com o Estado se concretiza em uma espécie de tripé do “credencialismo”, formado por universidades e escolas diversas, associações e o próprio Estado. As relações entre estas instâncias sustentam, fortalecem e legitimam os grupos profissionais, mesmo perante a existência de conflitos de interesses internos. Nesse sentido, não resta dúvida sobre ser a enfermagem um campo profissional legítimo e organizado.

Entretanto, as profissões da enfermagem não existem isoladas, ao contrário, participam da divisão horizontal do trabalho junto com inúmeras outras profissões da área da saúde, em que se reproduzem novas hierarquias de autoridade, prestígio e remuneração. Freidson lembra que as profissões são sempre *relações* e seus estudos e análises devem ser relacionais, por isso mesmo. Nesse sentido, uma questão crucial deve ser colocada: *O que estaria influenciando a baixa valorização das atividades de enfermagem desenvolvidas pelas três profissões abordadas?* Como comentamos, os salários são rebaixados para técnicos(as), auxiliares e enfermeiros(as) de nível superior quando comparados a outras profissões da área da saúde, particularmente os médicos.

Uma extensa lista de fatores explicativos dessa baixa valorização da área foi discutida neste estudo: a enfermagem é trabalho de mulheres, lida com o cuidado do outro, é um trabalho subordinado à autoridade médica, foi por longo tempo identificado com as atividades domésticas, tornou-se uma porta de entrada viável para o mercado de trabalho para “*as meninas desvalidas*”, para pobres e para negros desde sua origem no século XIX.

Nos contornos que a enfermagem brasileira assumiu e mantém até hoje se identifica a consubstancialidade das relações sociais como propõe Kergoat (2009). Foram as tessituras e as imbricações das relações de sexo, de classe social e de raça/cor que deram forma e dimensão a esse campo profissional, caracterizando-o historicamente no Brasil, de forma dinâmica, através do tempo. Sobre esse amálgama de relações sociais desiguais desde o início, construiu-se a hierarquia do trabalho profissional que foi referendada e reforçada pela formação profissional, pelos órgãos de representação de classe e de regulação profissional, pela legislação. É assim que, nessa área predominantemente feminina, no topo da hierarquia estão enfermeiros(as) de nível superior predominantemente da raça branca; e eles(elas) representam apenas $\frac{1}{4}$ dos profissionais, a quem se subordinam os(as) demais $\frac{3}{4}$, composto de técnicos(as) e auxiliares de nível médio, majoritariamente negros(as). Não é desprezível, entretanto, o percentual de negros(as) entre enfermeiros(as) de nível superior (gira em torno de 30%), denotando que a política de “branqueamento” deslanchada nos primórdios da profissionalização foi apenas parcialmente exitosa.

O alto grau de feminização em uma dada profissão tende a interferir negativamente em seu reconhecimento social, como mostram diversos estudos (YANNOULAS, 2013; HIRATA e GUIMARÃES, 2012), inversamente do que ocorre com profissões tipicamente masculinas, como era a Medicina até algumas décadas atrás. Ou, ainda segundo as mesmas autoras, numa tautologia cruel, se são trabalhos considerados inferiores, tenderão a ser ocupados por

mulheres e negros e, portanto, ofertarão salários mais baixos¹⁸. E o trabalho de cuidado com o outro tem sido considerado de pouca relevância pela sociedade, sendo associado à caridade, à pouca qualificação, à esfera doméstica. Na enfermagem, essa dupla concepção desvalorizadora está presente.

Além disso, como campo profissional heterogêneo internamente, as segmentações de classe, raça/cor e qualificação perpetuam desigualdades de oportunidades nas carreiras entre as mulheres. Fica explícita a bipolarização ou dualização do trabalho feminino (Kergoat, 2009), situação em que poucas mulheres se situam no topo – as enfermeiras –, enquanto a grande maioria das trabalhadoras está na base da pirâmide – as técnicas e auxiliares.

Outro fator que joga na desvalorização da área da enfermagem reside na sua relação historicamente assimétrica com a medicina, à qual está subordinada e, portanto, a cuja autoridade deve se submeter; ou, nas palavras de Bonelli, devido à construção do “monopólio da medicina sobre uma área do conhecimento e do mercado de trabalho” (BONELLI, 1998, p.21). A medicina, para Freidson e Bonelli, conseguiu se colocar na posição pública de “especialista-mor” da saúde, de maneira que seus discursos e prescrições tendem a ser legitimados e monetariamente valorizados apenas por serem proferidos por médicos. Ainda que haja uma diversidade de outras profissões que estudam e trabalham diretamente com saúde, nos topos do reconhecimento salarial e social (a medicina é uma das “profissões imperiais”, de acordo com Coelho, 1999), são os médicos que se alocam. E como vimos, a constituição da Enfermagem moderna em inícios do século XX se baseou na supremacia médica e na submissão da enfermagem na área da saúde. Isso se vê nas atribuições práticas diferenciadas entre médicos e enfermeiros, fundamentadas legalmente nos conselhos e na legislação de cada profissão.

[...] um trabalhador pode obter o controle sobre seu próprio trabalho porque conseguiu persuadir outros de que ele e somente ele tem competência para fazê-lo. Um trabalhador pode obter o controle sobre o trabalho dos outros quando existe a crença numa maior relevância de seu trabalho bem como na superioridade de seu conhecimento e sua competência em comparação com outros na divisão do trabalho (FREIDSON, 1998, p. 101).

Ou seja, como também ocorre em outras áreas, na saúde existem disputas internas por poder, status e jurisdição entre diversas profissões. Da mesma forma que advogados e despachantes, engenheiros e arquitetos, médicos e enfermeiros muitas vezes têm conhecimento real equivalente. No entanto, no mundo da disputa profissional, onde o credencialismo funciona como critério de confiabilidade e valorização do trabalho – o que implica em impacto monetário – não é apenas a comprovação de competência que baliza o valor dos salários. Os enfermeiros, por exemplo, ganham cerca da metade do que recebem os médicos e, todas as ponderações tecidas até aqui sobre o grupo profissional evidenciam isso. Freidson esclarece essa dinâmica na área da saúde:

A força de trabalho nos serviços de saúde é não apenas uma reunião de trabalhadores não-especializados, semiespecializados, semiprofissionais e profissionais [...] mas também uma organização social das ocupações coordenada obrigatoriamente. As relações estruturais entre as ocupações, e o que elas fazem, não são estabelecidos pela administração das organizações de trabalho, mas pelo princípio ocupacional, exercício de autoridade sobre o trabalho pelas próprias ocupações, frequentemente com respaldo do Estado, que aprova uma jurisdição e licenciamento exclusivos. (FREIDSON, 1988, p. 102)

¹⁸ De acordo com Lavinias, Cordilha e Cruz (2017), as mulheres recebem em média 86,6% da remuneração masculina por hora trabalhada no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Andreia. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Associação Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 1, p. 96-98, 2007.
- BONELLI, Maria da Glória. Origem social, trajetória de vida, influências intelectuais, carreira e contribuições sociológicas de Eliot Freidson. In: FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. Tradução Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.
- CAMPOS, Paulo. As enfermeiras da Legião Negra: representações da enfermagem na revolução constitucionalista de 1932. **Faces de Eva**. Estudos sobre a Mulher, Lisboa, n. 33, p. 53-65, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087468852015000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abril 2017.
- _____; OGUISSO, Taka; FREITAS, Genival. Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira. **Cultura de los cuidados**. Espanha, n. 22, p. 33-39, 2. semestre de 2007.
- CARDOSO, Maria M. V. N; MIRANDA, Cristina, M.L. Anna Justina Ferreira Nery: um marco da história da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n.3, p. 339-348, 1999.
- CARLOS, Djailson; GERMANO, Raimunda. Enfermagem: história e memórias da construção de uma profissão. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v 15.4, 2011.
- _____; _____. PADILHA, Maria. Participação de religiosas na composição do serviço de enfermagem em um hospital universitário (1909-2005). **Revista Rene**, 15(3), p. 411-419, 2014.
- CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v.17, n. 49, p. 117-132, 2003.
- CARREIRO, Flávia de Araújo. **Academia brasileira de enfermeiros: locus** profissional não consolidado. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, Tese de doutorado, 2011.
- CASTRO SANTOS, Luiz A. de. As origens da reforma sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581998000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abril 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581998000300004>
- COELHO, Edmundo. **As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro: 1822-1930**. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- COFEN. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Perfil_Enfermagem_DadosRS.pdf>. Acessado em: 3 maio 2017.
- COREN MT. Quais as devidas funções do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria? Artigo publicado no dia 02/04/2013. Disponível em: <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html>. Acessado em maio 2017.

COREN SP. Cresce a presença masculina na enfermagem. **Enfermagem em Revista**, n. 7. São Paulo, p. 48-51, 2014. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/revista_abril_2014_na_integra_2.pdf#overlay-context=node/39376>. Acessado em maio 2017.

CRENSHAW, Kimberlé. Les “voyages de l’intersectionnalité ». In: FASSA, F.; LEPINARD, E.; ESCODA, M. R. (Org). **L’intersectionnalité, enjeux théoriques et politiques**. Paris: La Dispute, Coleção Genre du Monde, 2016,p. 29-51.

ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga; OGUISSO, Taka; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A profissionalização da enfermagem brasileira na mídia escrita no final do século XIX: uma análise de gênero. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, 19 (5), set./out. 2011; 1/7.

FIOCRUZ. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acessado em: 3 maio 2017.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. Tradução Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; ALVES, Elioenal Dornelles; SENA, Roseni Rosangela de. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 15(5), set./out. 2007.

GRISARD, Nelson; VIEIRA, Edith. Ana Néri: Madrinha da Enfermagem no Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**, n. 78, v. 2, p. 145-147, 2008.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya (Orgs.). **Cuidado e cuidadoras**. As várias faces do trabalho do *care*. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2012.

IPEA. **Radar: Tecnologia, Produção e Comércio Exterior**. n.27. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ipea, Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura, 2013.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H; LABORIE, F.; LE DOARE, H.; SENOTIER, D. (Org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. p. 67-75.

LAVINAS, Lena; CORDILHA, Ana Carolina; CRUZ, Gabriela. Assimetrias de gênero no mercado de trabalho no Brasil. In: **Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais**. Organização Alice Rangel Abreu, Helena Hirata e M^a Rosa Lombardi. São Paulo: Boitempo, 2016.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República’. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, V(3): 621-45, nov. 1998-fev. 1999.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; LIMA, Lana Lage da Gama; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. O desenvolvimento da enfermagem e a inserção social das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.18, n.1/2, p.11-18, jan./ago., 2003.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza et al . Uma história de sucesso: 30 anos da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 15, n. spe, p. 20-30, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 19 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500002>.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; MAIA, Ana Rosete; SALLES, Eliane Brandão; BARREIRA, Ieda de Alencar. Formação da comunidade científica de enfermagem no Brasil. **Texto, Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 19 (1), p. 137-46, jan./mar., 2010.

PAVA, Andrea; NEVES, Eduardo. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 145-51, 2011.

PEREIRA, Juliana. **Continuidades, avanços e rupturas**: a construção da identidade profissional de enfermeiras da estratégia saúde da família. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, tese de doutorado, 2015.

SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional**: abordagem crítica. São Paulo: Ed. Cortez, 1986.

SINDICATO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DE JAÚ E REGIÃO. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Disponível em: <. Acessado em: 2 maio 2017>.

WAGNER, Luciane; THOFEHRN, Maira; AMESTOY, Simone; PORTO, Adrize; ARRIEIRA, Isabel. Relações Interpessoais no trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, 14(1), p. 107-113, jan./mar., 2009.

YANNOULAS, Silvia Cristina (Org.): **Trabalhadoras** - Análise da feminização das profissões e ocupações. Brasília: Editorial Abaré, 2013.

Recebido em março de 2018

Aprovado em maio de 2018