

Ana Cristina Passarella Brêtas

**AS ENFERMEIRAS, O PODER, A HISTÓRIA: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO SOBRE MENTALIDADES.**

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE EM EDUCAÇÃO, na Área de Ciências Sociais Aplicadas à Educação, à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Lúcia Mercês de Avelar.

Campinas - 1994

UNICAMP
FE - BIBLIOTECA

Copidesque: Eliana Maria Severino Donaio Ruiz

Formatação e Impressão: Salete Regina Espósito

Tradução para a língua inglesa: Mirian Fingerman

UNIDADE	FL
N.º CHAMADA	7/Unicamp B7552
V. EX. ED.	
TOMBO BR.	2565+
TOMBO FEI.	
PROC.	433195
C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/>	
PREÇO	9,1100
DATA	25/05/95
N.º CPD	

CM-00078585-5

BRETAS, Ana Cristina Passarella

As enfermeiras, o poder, a história: um estudo exploratório sobre mentalidades Ana Cristina Passarella Brêtas. Campinas, 1994. 92 p. Dissertação (Mestrado - Ciências Sociais Aplicadas à Educação) Universidade Estadual de Campinas.

1. Enfermagem - história 2. História das mentalidades. 3. Relações de poder. 4. Poder disciplinar.

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida por ANA CRISTINA PASSARELLA BRÊTAS e aprovada pela Comissão Julgadora em

14/09/94

Data:

14 de setembro de 1994

Assinatura:

Cristina Bretas

COMISSÃO JULGADORA

Elisio Kosmitz

Luiz Carlos de Moraes

Flávia Avelar

Para GABRIEL e JOSÉ ROBERTO, na esperança de um futuro melhor.

Para todas as mulheres que hábil, bela e impetuosamente comungam e solidificam os espaços doméstico e profissional.

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos Gabriel e José Roberto, filho e esposo, pelo respeito ao meu espaço profissional.

Aos meus pais, Wagner e Nilce (in memorian), pelo privilégio da vida.

À minha orientadora Profa. Dra. Lúcia Mercês de Avelar, pelo estímulo, crença e liberdade para criação.

Aos professores Prof. Dr. Salvador Mirelles Sandoval e Profa. Dra. Elisa Angotti Kossovitch, pela fecunda e competente argüição no momento do meu exame de qualificação.

À Profa. Dra. Nilce Piva Adami, pelo constante incentivo acadêmico.

Aos docentes e discentes do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, pela gestual e salutar cobrança acadêmica.

A Neri, Márcia, Ana Maria, Margarita e Jorge, fiéis colegas da pós-graduação, pela amizade, pelos momentos vividos.

Às secretárias da Faculdade de Educação da UNICAMP, Nadir, Cláudia e Elisabete, pelo apoio e infra-estrutura.

Aos amigos, porque sem vocês ...

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Às colegas que tão gentilmente se deixaram entrevistar.

TEIA DE RENDA

(Túlio Mourão / Milton Nascimento)

De meu canteiro de ilusões
Brotam desejos que já vivi
Já conversados, já tão sentidos
Campos de força há tempos atrás
De meu destino, o que restou
Marca profunda de muito amor
Tão procurada, iluminada
Essa loucura que me abraçou
O que se deu, que se trocou
Quanta verdade a se entrelaçar
Que se sofreu, o que se andou
Quase ninguém nos acompanhou
O que me cerca, onde hoje estou
Numa saudade, sem tempo e fim
Acomodada, gente parada
Teia de aranha que me cercou
Eu não aceito o que se faz
Negar a luz, fingindo que é paz
A vida é hoje, o sol é sempre
Se já conheço, eu quero é mais
O que se andar, o que crescer
Se já conheço; eu quero é mais.

RESUMO

O presente estudo, uma pesquisa exploratória, tem por objetivo identificar as atitudes e os comportamentos presentes nas representações coletivas do enfermeiro docente. Busca, tanto na história como em depoimentos orais de treze desses profissionais, as raízes da mentalidade vigente na profissão e a sua relação com a política.

ABSTRACT

This study, an exploratory research, is intended to identify the attitudes and behaviors present in the nurse-professor's collective representations. It searches both in history and oral statements provided by 13 of these professionals, the roots of the existing mentality within the profession and its relation with politics.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Capítulo 1 - O Método	9
Capítulo 2 - A evolução histórica da Enfermagem	12
Capítulo 3 - A formação do enfermeiro e as políticas de Saúde e Educação no Brasil.....	24
Capítulo 4 - A história que as enfermeiras escrevem sem saber que o fazem.....	55
Conclusão.....	83
Referências Bibliográficas.....	86
Anexo.....	91

INTRODUÇÃO

"É preciso reconhecer que muitas de nossas lembranças, ou mesmo de nossas idéias, não são originais: foram inspiradas nas conversas com outros. Com o correr do tempo, elas passam a ter uma história dentro da gente, acompanham nossa vida, e são enriquecidas por experiências e embates."

(BOSI, Ecléa, 1987:331)

O presente estudo, uma pesquisa exploratória, tem por objetivo apresentar as atitudes e os comportamentos presentes nas representações coletivas do enfermeiro-docente, buscando na história e em depoimentos orais as raízes da mentalidade vigente na profissão e a sua relação com a política.

GINZBURG (1993:30-1) salienta que o que tem caracterizado os estudos de história das mentalidades *"é a insistência nos elementos inertes, obscuros, inconscientes de uma determinada visão de mundo"*, bem como sua conotação interclassista. Pode-se afirmar que aquilo que está sempre presente nas atitudes e comportamentos dos indivíduos é a mentalidade, categoricamente mais ampla que a cultura e a ideologia.

Neste caso, optamos por analisar as atitudes e os comportamentos dos enfermeiros docentes frente à profissão e à política, pois cremos que a escassez de posicionamento político, a condição de profissão de "segunda categoria", o baixo reconhecimento social e financeiro da profissão tem suas raízes no inaparente, no herdado, naquilo que foi incorporado pelo imaginário coletivo, ou seja, nas mentalidades.

O interesse por esse tema decorre da constatação, referendada pelo senso comum e pela recuperação histórica, da existência de uma prática de Enfermagem guiada explícita ou implicitamente pelos princípios de abnegação, submissão e disciplina, incontestavelmente conflitantes com a prática da política, cujo conteúdo é, por natureza, a luta pelo poder.

Algumas pesquisadoras (LOYOLA, MELO, NAKAMAE, PIRES, SILVA, entre outras), trabalhando à luz do materialismo histórico e dialético, vêm contextualizando e explicando as relações de trabalho vivenciadas pelos atores da Enfermagem, junto às áreas de saúde e educação, tentando desenvolver uma análise que leve para a compreensão da profissão e de seus determinantes sociais. No entanto, permanece uma questão: por que o enfermeiro, independentemente de sua ideologia, de sua classe social, adota de forma consciente ou inconsciente os princípios de abnegação, submissão e disciplina junto à instituição, equipe e/ou cliente, no momento da prática da Enfermagem?

Este trabalho pretende abordar essa questão, utilizando como referencial teórico a história das mentalidades, que deverá ser operacionalizada pelo método da história oral, além da recuperação histórica das áreas de Enfermagem, Saúde e Educação, tendo como pano de fundo o conflito entre os "princípios guias da Enfermagem" e a política.

A opção por trabalhar com o enfermeiro-docente se pauta na crença de que o processo de ensino não é neutro, expressa as contradições e ideologias da sociedade, onde o professor, de forma consciente ou não, passa a ser veículo de crenças e atitudes a partir de um saber "técnico". E, também, no fato de que, todo enfermeiro, no processo de sua formação, entra em contato com esse "saber" docente. Dessa forma, para se captar a mentalidade expressa pelo profissional

enfermeiro, julgou-se necessário analisar, sobretudo, as visões de mundo manifestadas pelo enfermeiro-docente, objetivando obter experiência capaz de auxiliar na formulação de novas pesquisas.

MANDROU (VOVELLE, 1991:15) descreve mentalidade como uma *"história das visões de mundo"*, complementada por VOVILLE (1991) como sendo o

"estudo das mediações e da relação dialética entre, de um lado, as condições objetivas da vida dos homens e, de outro, a maneira como eles a narram e mesmo como a vivem". (VOVELLE, 1991:24)

Assim sendo, a mentalidade não deve ser entendida como ideologia; pelo contrário, assume uma área mais ampla, visto que integra o que não está formulado, o que permanece aparentemente como "não significante", o que se conserva muito encoberto ao nível das motivações inconscientes.

LINZ (1970), fundamentando-se nos estudos do sociólogo alemão Theodor Geiger, descreve a ideologia como sendo um sistema de pensamento mais ou menos intelectualmente elaborado e organizado, e com forte elemento utópico; e define a mentalidade como uma maneira de pensar e sentir, mais emocional que racional, gerando formas não-sistematizadas do indivíduo reagir às situações, de certo modo produzindo atitudes tradicionalistas. MANNHEIN (1963:111) descreve a ação tradicional como sendo essencialmente uma das tendências latentes que cada indivíduo leva em si inconscientemente, onde o tradicionalismo passa a ser uma característica psicológica sua, baseada na tendência deste aderir às normas vegetativas, e a velhos modos de vida que podem ser considerados bastante universais e ubíquos.

Vale destacar que não pretendemos assumir uma posição reducionista, ignorando a existência de ideologias; certamente existem produções ideológicas da Saúde, da Educação, etc. No entanto, como diria FOUCAULT (1990:186), não creio que aquilo que se forma na base sejam ideologias: é muito menos e muito mais do que isso, são aparelhos de saber, construídos através de relações ou práticas de poder. Assim sendo, pretendemos, neste estudo, ampliar o leque de observação, dando autonomia à expressão do mental, assegurando a sua irreducibilidade ao econômico e ao social, de modo a detectar o que mobiliza o enfermeiro-docente em suas motivações, conscientes ou não, e nas atitudes que as prolongam na elaboração do seu "saber".

VOVELLE (1991:125) sugere que o estudo da história das mentalidades se organize em duas pilastras, uma vertical e outra de longa duração, buscando assegurar a expressão dos diferentes níveis da experiência humana vivenciados ao longo dos anos, de modo que se perceba, no entrelaçamento de tempos, a dialética entre esses diferentes níveis.

BOSI (1987:333) menciona que, por mais que se deva a memória coletiva, é o indivíduo que recorda, é ele que tem acesso aos objetos, reminiscências do passado. ARIÈS (1989), por sua vez, reforça o fato de que a memória coletiva não é a soma e nem a média das memórias individuais. Destas colocações, depreende-se que é fundamental o respeito à memória individual, pois cada depoimento é útil na medida em que retrata uma experiência; e é essa singularidade e especificidade que permite a constatação e a construção do imaginário coletivo - no presente caso, a história da Enfermagem, com ênfase na visão e ação política do enfermeiro.

Por política, adotaremos o conceito de WEBER (1967):

"o conjunto de esforços feitos com vistas a participar do poder ou a influenciar a divisão do poder, seja entre Estados, seja no interior de um único Estado". (WEBER 1967:56-7)

A ela acrescentemos a análise de PIZZORNO (1975:29) onde a questão política não ocorre apenas no âmbito do Estado, mas também expressa as relações de classe, mantendo presente os interesses de divisão, conservação ou transferência do poder.

No que tange às diferentes formas de envolvimento dos indivíduos na política, HIRSCHMAN (1983:14) defende a premissa de que mudanças sistemáticas nas atividades do cidadão relacionam-se ao fato de que os atos de participação em questões políticas podem gerar satisfação, mas também insatisfação e decepção. Isso ocorre porque, ao se propor a vida pública (política), o indivíduo elabora um projeto contendo certas imagens mentais ou expectativas quanto ao grau de satisfação que tal ato gerará; dependendo do quanto suas experiências se distanciarem das expectativas traçadas, maior ou menor será o grau de satisfação ou insatisfação. Assim ele explica o afastamento ou a participação do indivíduo na esfera pública, pelo grau de satisfação gerado no ato, pela intensidade de compromisso do indivíduo, ou pelas características de sua personalidade.

Podemos afirmar que o cidadão comum participa da política com sua própria identidade e se organiza (associações, organizações, partidos políticos, movimentos sindicais, etc.) quando percebe que sua ação individual se identifica com a de outros indivíduos; o que vem dar veracidade à afirmação de PIZZORNO (1975:47) de que *"só se participa quando se está entre iguais"*.

Uma vez que a política implica em divisão, conservação ou transferência de poder, faz-se necessário conceituá-la. PIZZORNO (1975) afirma que

"poder é a capacidade de assegurar a si ou aos demais certos valores ou evitá-los". (PIZZORNO, 1975:40)

E WEBER (1967) descreve que

"todo homem que se entrega à política aspira ao poder, seja porque o considere como instrumento a serviço da consecução de outros fins, ideais ou egoístas, seja porque deseje o poder 'pelo poder', para gozar do sentimento de prestígio que ele confere". (WEBER, 1967:57)

FOUCAULT (1990), por sua vez, afirma que, a rigor, o poder não existe; para ele, o que existem são práticas ou relações de poder, disseminadas por toda a estrutura social, onde o poder não é um objeto, mas uma relação. Relata que as práticas e relações de poder não se limitam ao Estado; pelo contrário, disseminam-se por toda a sociedade, atingindo o corpo dos indivíduos, penetrando em suas vidas cotidianas; enfim, realizando um controle detalhado e minucioso do corpo, checando os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos - criando uma rede de micro-poderes. Afirma, ainda, que nada ou ninguém escapa da rede de micro-poderes, visto que não existem limites ou fronteiras para sua ação; nada está isento de poder.

Se retomarmos a questão de que o exercício da política implica na divisão, na conservação e na transferência do poder, e acrescentarmos o fato de que não existe poder sem resistência, adotando o pensamento de FOUCAULT,

incorporaremos a crença de que as relações de forças estão presentes dentro da rede de poder, distribuídas por toda a estrutura social, reforçando o dado de que o poder não é um lugar que se ocupa, nem um objeto que se possui: ele se exerce, se disputa. Como diria FOUCAULT (1993),

*"(...) esse poder se exerce mais que se possui, não é privilégio adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito do conjunto de suas posições estratégicas - efeito manifestado e, às vezes, reconduzido pela posição dos que são dominados".
(FOUCAULT, 1993:29)*

Dessa forma, é necessário compreender que nada mudará na sociedade, se não forem modificados os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo ou ao lado dos aparelhos de Estado, a um nível muito mais elementar, cotidiano.

Outro ponto a ser considerado, diz respeito à não visualização do poder apenas como algo coercitivo, que diz "não", que impõe limites, que castiga; o poder tem uma positividade, ele produz saber. Pode-se afirmar que não existe relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder. Sendo assim, não existe saber neutro: todo saber é político, visto que é fruto das relações de poder.

Nessa abordagem, podemos dizer que compete ao poder e, conseqüentemente, ao saber, aproveitar as potencialidades individuais, capacitando os homens ao máximo para o desempenho de suas ações - de certa forma, tornando-os úteis, aumentando sua força de trabalho e, ao mesmo tempo, tornando-

os dóceis, politicamente disciplinados pela inserção no sistema econômico. A tecnologia política utilizada para tal fim é nomeada por FOUCAULT de "disciplina" ou "poder disciplinar".

Compreender a importância e a magnitude do poder disciplinar na construção social da Enfermagem é fundamental, para a análise da relação existente entre a mentalidade expressa pelo enfermeiro-docente e o "saber" por ele produzido, como tentaremos trazer à tona no decorrer desse estudo.

Neste momento, vale a pena uma outra ressalva: apesar da expressão enfermeiro-docente estar sendo empregada no masculino, é preciso considerar que 94,1% dos profissionais enfermeiros são mulheres (COFEN, 1985), assim como 95,6% dos enfermeiros-docentes da instituição de ensino pesquisada. Isto nos leva à necessária reflexão sobre a relação existente entre gênero, poder e Enfermagem. Como dizia PERROT (1992),

"na história e no presente, a questão do poder está no centro das relações entre homens e mulheres". (PERROT, 1992:184)

Tal discussão será efetuada no decorrer do trabalho, mesclando-se os referenciais teóricos adotados aos relatos dos nossos depoentes.

CAPÍTULO 1 - O MÉTODO

Este é um estudo exploratório com o objetivo de analisar as atitudes, os comportamentos e as representações coletivas do enfermeiro-docente, fundamentalmente no que tange à política, procurando os elementos básicos e constitutivos da mentalidade desse profissional.

A opção pelo tema, como já explicitado anteriormente, deu-se pela constatação referendada pelo senso comum, e pela recuperação histórica, da existência de uma prática de Enfermagem guiada, explícita ou implicitamente, pelos princípios de abnegação, submissão e disciplina, incontestavelmente conflitantes com a prática da política, cujo conteúdo é, por natureza, a luta pelo poder. Tal constatação sustenta o nosso pressuposto de que os docentes, de forma consciente ou não, reforçam esses princípios no transcorrer do desempenho de suas funções, como procuraremos mostrar neste trabalho.

Devido à escassez dos estudos nessa área, partimos para a realização de um estudo exploratório, através do qual chegássemos a uma primeira exploração do problema e, assim, encaminhássemos outras pesquisas. Para operacionalizá-lo, optamos pela utilização do método da história oral, com dados obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, com a recuperação histórica de algumas dimensões presentes no cotidiano profissional das áreas de Enfermagem, Saúde e Educação, visando buscar, nas representações atuais, a herança da tradição deste tipo especial do conhecimento.

As entrevistas foram realizadas com catorze enfermeiros-docentes do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, escolhidos em

função de dois critérios: 1) seleção de sete depoentes, atendendo ao pressuposto de serem enfermeiros, de serem docentes há pelo menos cinco anos, de participarem ativamente das atividades na instituição de ensino - independentemente do ideário defendido - e de representarem três gerações no que tange à década de formação (60,70,80); 2) sorteio aleatório, excluindo-se os enfermeiros-docentes selecionados pelo primeiro critério, com seleção de mais sete indivíduos. Procuramos, assim, assegurar informantes com diferentes pontos de vista e variados tipos de experiências.

A forma escolhida para abordá-los foi a entrevista semi-estruturada (Anexo). As entrevistas ocorreram no primeiro trimestre de 1993, nas dependências do Departamento de Enfermagem - após esclarecimento pormenorizado do objetivo do presente estudo - e gravadas após a aquiescência do depoente. As entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora, cabendo à mesma a sua transcrição textual, como forma de assegurar o sigilo acordado com os depoentes.

Cada entrevista durou, em média, sessenta minutos, sendo que apenas uma não foi gravada, devido à solicitação expressa do depoente. Por essa razão, foi desprezada no processo de análise dos resultados, para evitar falta de fidedignidade à opinião do entrevistado.

Considerando que o objetivo premente deste estudo é provocar hipóteses e não verificá-las, a entrevistadora assumiu a atitude de receptividade atenta, de busca, e não de verificação, tratando os depoentes como informantes do objeto em estudo, e não como objetos de análise intensiva.

A revisão histórica foi trabalhada em dois momentos. No primeiro, abordamos a evolução histórica da Enfermagem, buscando, na origem social da profissão, explicações para as atitudes, comportamentos e representações coletivas

dos enfermeiros. No segundo, buscamos apresentar as políticas de Saúde e Educação brasileiras, com vistas a compreender a política educacional da Enfermagem, e a formação do enfermeiro.

O resultado das entrevistas foi trabalhado através de análise cruzada, onde priorizamos os relatos mais significativos para a viabilização do presente estudo, tendo como essência a informação obtida e não a história de vida do informante (THOMPSON, 1992:315).

CAPÍTULO 2 - A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM

HORTA (1979:3) descreve o enfermeiro como sendo "*gente que cuida de gente*". Contudo, é inegável que, até à institucionalização da Enfermagem como profissão, os cuidados aos doentes foram prestados por distintas categorias.

Documentos hindus do século VI a.C. já descrevem sobre a organização social da Enfermagem, assinalando que os seus praticantes deveriam possuir qualidades como:

"asseio, habilidade, inteligência, conhecimento de arte culinária e de preparo de remédios e moralmente deveriam ser puros, dedicados e cooperadores". (PAIXÃO, 1951:13)

Salientava-se, portanto, desde o início, a junção de qualidades de carácter moral, socialmente construídas, às qualificações técnicas dos exercentes (RATTO, 1989:3).

Com o advento do Cristianismo, a Igreja assumiu o atendimento aos doentes, cabendo aos agentes da Enfermagem executar nos hospitais, o cuidado, mediado pelo modelo religioso. Vale lembrar que apenas no final do século XVIII o hospital passa a ter a conotação de instrumento terapêutico.

A esse respeito, FOUCAULT (1990) descreve que o hospital existente no Ocidente, antes do século XVIII, não era concebido para curar, não era uma instituição médica, da mesma forma que a Medicina não era uma prática hospitalar. Era essencialmente uma instituição destinada aos pobres, de assistência

e exclusão, visto que o pobre doente podia ser fonte de contágio e, portanto, perigoso para a sociedade. Assim sendo, pode-se dizer que o hospital existia para "assistir", material e espiritualmente, aos pobres, a quem se deveria prestar os últimos cuidados e o último sacramento. Portanto, o pessoal que nele trabalhava, não estava destinado a realizar a cura, mas, sim, conseguir sua própria salvação. As pessoas que prestavam o cuidado, eram leigos ou religiosos, fundamentalmente com visão caritativa.

Pode-se dizer, que nesta perspectiva, a Igreja vai impregnando a Enfermagem dos ideais de servir, de caridade, de desprendimento, de amor ao próximo, trazendo-lhe, também, a conotação de uma atividade sublime. Os agentes da Enfermagem não poderiam ou não deveriam ter direitos a reivindicações materiais, visto que o seu ofício, prestação de cuidados, é concebido como espiritualizado (RATTO, 1989:3).

Com as Cruzadas, no século XI, tem-se a criação de ordens militares de Enfermagem: a dos Cavaleiros de São João, a dos Templários, a dos Teutônicos e a dos Cavaleiros de São Lázaro, todas de cunho militar-religioso que passam a trabalhar sob os desígnos da Igreja, tendo como uma de suas finalidades "cuidar dos doentes". Nesse momento, além da interferência dos ideais cristãos na profissão, observa-se a construção dos princípios de disciplina, ordem e obediência no ato de cuidar. Vale lembrar que, no plano político, as Cruzadas aceleraram a crise do feudalismo, favorecendo a centralização política por parte dos reis, contribuindo, dessa forma, para o declínio do poder da Igreja, visto a interação existente entre Igreja e feudalismo.

A transição entre a queda do feudalismo e a instalação do capitalismo, mais a Reforma Protestante, no século XVI, representaram para a

Enfermagem também um período de mudanças. Tem-se a saída dos religiosos dos hospitais com conseqüente substituição por outros agentes, descritos na história como sendo pessoas despreparadas - alcoólatras, meretrizes, ladrões -, cabendo às mulheres a adjetivação de bêbadas, imorais ou analfabetas.

Observa-se, neste período de laicização do cuidado de Enfermagem, que houve mudança de classe social entre os agentes que a exerciam e os que passam a exercê-la. Tal fato dificulta tornar preciso o quanto de preconceito está imbuído nas informações sobre as "qualidades" desses novos agentes. O certo é que, nesta época, os agentes da Enfermagem, predominantemente mulheres, começam a ser remunerados, passando, contudo, em troca, a ter jornadas de trabalho exaustivas (12 a 48 horas seguidas) e a responder também pelos "serviços de casa": esfregação, lavagem de roupas e outros.

MELO (1986:36) salienta que uma outra característica desta fase, considerada por vários autores como sendo o "período negro da Enfermagem", foi a perseguição, às mulheres que curavam, por parte da Santa Inquisição. Esse período, situado entre os séculos XIV e XVIII, é conhecido como de "Caça às Bruxas", onde as mulheres, fundamentalmente, foram vítimas da força patriarcal reacionária da Inquisição.

Neste momento do presente trabalho, torna-se necessário abrir um parênteses na descrição em pauta para trazer à tona algumas reflexões. O período situado entre os séculos III e X é marcado por longos conflitos e guerras, onde os homens se ausentavam muito de casa, e também morriam em demasia, o que contribuía para que as mulheres se envolvessem em questões de domínio público. Dessa forma,

"na alta Idade Média, a condição das mulheres floresce. (...) Isso acontece durante as Cruzadas, período em que não só a Igreja alcança seu maior poder temporal como, também, o mundo se prepara para as grandes transformações que viriam séculos mais tarde, com a Renascença". (MURARO, In KRAMER & SPRENGER, 1991:13)

Três fatos devem ser considerados nesta época: o poder do patriarcado, a centralização do poder da Igreja (católica, depois protestante), e o papel relevante da mulher no ato de curar/cuidar.

Coincidência ou não, após esta fase, do século XIV até meados do século XVIII, presencia-se, em toda a Europa, uma "repressão sistemática ao feminino" - o já mencionado período de "Caça às Bruxas". Como afirma MURARO, estima-se que

"o número total de mulheres executadas subia à casa dos milhões, e elas constituíam 85% de todos os bruxos e bruxas que foram executados". (MURARO, In KRAMER & SPRENGER, 1991:13)

A maior acusação às bruxas era o delito de curar, que era monopólio da Igreja. Desta feita, numa era teocrática, o não-cumprimento das determinações da Igreja, representava também uma transgressão política - com conseqüente eliminação da sociedade.

PITANGUY (1989) adverte que a instauração da Medicina como uma nova profissão, no século XV, contribuiu sobremaneira para a desarticulação da mulher enquanto ser que cura, fato concomitante à grande "Caça às Bruxas":

"o discurso médico e o discurso inquisitorial vão assim de par, instituindo a bruxa na parteira e na curandeira. Impedidas de cursar a universidade (interditada ao sexo feminino até o século XIX), onde se processa a formação para a profissão médica, e tendo a sua prática de cura catalogada como maléfica, as mulheres são obrigadas a aplicar, em forma marginal e clandestina, seus conhecimentos e aptidões nesta área". (PITANGUY, 1989:41)

O *Malleus Maleficarum* (KRAMER, SPRENGER, 1991), o guia dos inquisidores, referenda a relação existente entre a "caça às bruxas" e as atividades públicas do curar/cuidar exercidas por mulheres:

"(...) as bruxas parteiras matam, de várias maneiras, o conceito ao nascer, ou provocam o aborto." (KRAMER & SPRENGER, 1991:155)

"(...) Não há quem mais malefícios causem à Fé Católica do que as parteiras, pois quando não matam as crianças, para atenderem a outros propósitos, tiram-nas do recinto em que se encontram, elevam-nas nos braços e oferecem-nas aos demônios." (KRAMER & SPRENGER, 1991:156)

"(...) não há enfermidade do corpo, nem mesmo qualquer forma de lepra ou de epilepsia, que não possa ser causada pelas bruxas, (...)." (KRAMER & SPRENGER, 1991:274)

Pode-se afirmar que com o término da caça às bruxas, no século XVIII, o comportamento, as atitudes e as representações coletivas das mulheres normatizam-se; elas tornam-se dóceis e não questionam o sistema. MURARO salienta que, neste período, o

"saber popular feminino cai na clandestinidade, quando não é assimilado como próprio pelo poder médico masculino já solidificado". (in KRAMER & SPRENGER, 1991:16-7)

onde as mulheres, sem acesso ao estudo como na Idade Média, passam a transmitir "voluntariamente" a seus filhos valores patriarcais já totalmente introjetados por elas.

Assim, construía-se a "ideologia da Enfermagem" - a ideologia do cuidado, centrada basicamente nos princípios de submissão, disciplina e abnegação, mediada pelo poder da Igreja e/ou pelo poder do Estado, sem uma produção sistemática do "saber", e portanto, sem poder.

Neste contexto, mudanças significativas ocorrem no setor da Saúde no começo do século XVIII: os hospitais perdem a característica essencial de assistência aos pobres, deixam de ser gratuitos e se medicalizam. A Enfermagem, até então independente da prática médica, passa a ser dependente e subordinada ao poder médico; ordens religiosas deixam de controlar economicamente os hospitais passando aos médicos esse poder.

A este respeito, FOUCAULT ressalta que:

"A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. (...) A partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente (...) o médico, controlando o regime dos doentes, assume, até certo ponto, o funcionamento econômico do hospital, até então privilégio das ordens religiosas". (FOUCAULT, 1990:109)

Segundo FOUCAULT (1990:103) o que mais contribuiu para a medicalização do hospital foi a necessidade de corrigir a desordem econômica e social presente no mesmo, uma vez que os hospitais eram o locus de tráfico de mercadorias, objetos preciosos, materiais raros, especiarias, etc., trazidas das colônias, além de lugar onde se concentravam doenças de característica epidêmica que poderiam representar riscos para a sociedade como um todo.

Obedecendo a este raciocínio, os hospitais deveriam ser "melhor" administrados, com vistas a manter o controle econômico e social sobre os indivíduos, deixando de ser "morredouros", tornando-se local de cura. Isso ocorre, primeiramente, nos hospitais militares, alastrando-se depois aos demais, através de uma tecnologia política: a disciplina. É o momento em que se consolida a hegemonia médica nos hospitais, respaldada pelo poder econômico e político.

"A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade". (FOUCAULT, 1990:107)

Sob esse desígnio, são criados mecanismos para controle da área física hospitalar, dos doentes e agentes envolvidos no cuidado. É organizado um sistema de registro permanente de doentes, doenças, entradas e saídas de doentes, etc., transformando o hospital em um campo de registro, acúmulo e formação de saber, bem como em um lugar de controle - disciplina social.

Enquanto a Medicina avançava, tanto em termos de conhecimento, como no âmbito do poder, a Enfermagem (majoritariamente a feminina) detém-se exclusivamente aos serviços "domésticos", até meados do século XIX, quando em

1854 eclode a Guerra da Criméia - entre a Inglaterra, França e Turquia, contra a Rússia - onde Florence Nightingale (1820 - 1910), membro da aristocracia inglesa, é chamada pelo ministro da guerra Sir Sidney Herbert, seu amigo, para organizar os serviços de enfermagem dos Hospitais Militares. Esse fato figura entre os antecedentes imediatos da profissionalização da Enfermagem.

Florence organizou os serviços das enfermarias tendo por base o cuidado com o ambiente hospitalar e o disciplinamento do pessoal de Enfermagem. Obteve êxito expressivo em sua atuação, visto que a mortalidade dos combatentes feridos caiu de 40% para 2%, uma vez que esses morriam mais pela falta de cuidado, do que em consequência de suas feridas (MOLINA, 1973:61). Assim, Florence foi consagrada nacionalmente como heroína de guerra, passando a compor a Comissão Real destinada a averiguar as causas da desorganização dos hospitais militares ingleses.

Ao retornar da Criméia, recebeu uma soma de 44.000 libras, recolhida em subscrição pública, que ela aceitou para converter numa fundação capaz de financiar as despesas de uma escola onde as enfermeiras fossem formadas numa atmosfera conducente ao processo moral, e aprendessem a ser úteis, adquirindo habilitações necessárias à prestação de bons serviços (RESENDE, 1960:291).

É conveniente mencionar que Florence determinou que tal Fundação fosse administrada por um Conselho, composto por nove membros, todos homens, ocupantes de posição de destaque na sociedade londrina, o que contribuiu para referendar a sua dificuldade em alterar as relações de gênero postas pela sociedade.

Assim sendo, em 1860, Florence cria a Escola Nightingale, junto ao Hospital St. Thomas, em Londres, fato reconhecido por vários autores (SILVA, ALMEIDA, RATTO, MELO e LOYOLA) como responsável por seu reconhecimento histórico frente à Enfermagem moderna. ALCÂNTARA destaca que a fundação dessa Escola encontrou resistência por parte de alguns médicos: relata que o cirurgião-chefe desse hospital, presidente do Colégio dos Cirurgiões foi um dos mais resistentes. Dizia ele:

"as 'sisters' (enfermeiras-chefes) aprendem com a prática, e as enfermeiras que lhe são subordinadas, nada mais são que empregadas domésticas". (ALCÂNTARA, 1963:16)

Tal fato constata que o prestígio social e a influência que Florence exercia na época foram fundamentais para a Enfermagem tomar corpo, produzir saber, bem como para ampliar a oportunidade de trabalho remunerado ao sexo feminino.

Pode-se afirmar que na Escola Nightingale, tem-se a institucionalização da divisão social do trabalho de Enfermagem, visto que eram preparadas "nurses" para exercer os serviços mais usuais da Enfermagem hospitalar e domiciliar e "ladies-nurses", para as atividades de supervisão, administração e ensino. As "ladies-nurses" eram oriundas de famílias de "classe alta", que custeavam seus estudos, e as "nurses", de famílias pobres, e recebiam ensino gratuito.

Outras peculiaridades da Escola Nightingale centram-se no regime de internato a que as alunas eram submetidas, e nos requisitos estabelecidos para sua admissão. A Escola só receberia

"moças de bom caráter, de 25 a 35 anos, (...), sóbrias, honestas, sinceras, responsáveis, pontuais, quietas, ordenadas, limpas e bem postas". (RESENDE, 1960:292)

Sobre isto, ALMEIDA menciona:

"Nightingale legitimou a hierarquia e disciplina no trabalho de Enfermagem, trazidas da sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação - subordinação, reproduzindo na Enfermagem as relações de classe social. Introduziu o modelo vocacional ou a arte da Enfermagem". (ALMEIDA, 1986:43)

Assim sendo, inegavelmente, Florence foi audaciosa para a sua época, conquistou para si e, a posteriori, para outras mulheres um espaço profissional. No entanto, não conseguiu romper com o espaço "permitido" para as mulheres: o doméstico, reforçando a Enfermagem como uma extensão do trabalho do lar (GASTALDO & MEYER, 1989:11).

As "ladies-nurses" formadas segundo os princípios nightingalianos, aceitam a responsabilidade de fundar outras escolas, o que passam a fazer em esfera mundial.

Através destes relatos históricos, pode-se deduzir que Florence foi uma produtora de conhecimentos, certamente interferindo nas relações e práticas de

poder existentes nos hospitais do século XIX. Estagiou na Escola das Diaconisas de Kaiserswerth (Alemanha), dirigida pelo pastor Fliedner; no "Hotel Dieu" em Paris, com as Irmãs Vicentinas. Obteve e produziu conhecimento sobre a "arte e a ciência" do cuidar em vários fronts, donde elaborou e publicou, entre outros, em 1859, o livro *Notes on Nursing*: "destinado ao grande público, mas de modo especial às mulheres" (NIGHTINGALE, 1989).

Florence salientava que o exercício da Enfermagem requeria uma preparação formal e sistemática, onde o conhecimento elaborado tinha características distintas do saber médico. Caberia, portanto, à Enfermagem buscar fundamentos que permitissem manter o organismo em condições de não adoecer ou de se recuperar das doenças. Sem sombra de dúvida, Florence produziu saber.

Neste momento, citando SARTRE, quando menciona que "*o importante não é o que fizeram de nós, mas o que estamos fazendo do que fizeram de nós*", gostaríamos de tecer algumas considerações. Cremos que as mentalidades expressas por nós, enfermeiros, dizem respeito à nossa condição feminina, à forma como estamos desenvolvendo o saber da Enfermagem e, conseqüentemente, estabelecendo relações de poder, preponderantemente junto aos setores de saúde e educação.

A história das mentalidades mostra que os lugares de exclusão e privilégio são socialmente construídos. Acreditamos que a não-consciência da situação de exploração pelos enfermeiros, tem sido um entrave na (des)construção dos rígidos estereótipos de submissão, abnegação e disciplina que permeiam a profissão, obviamente expressando a relação de gênero socialmente determinada.

Assim sendo, a consciência por parte dos enfermeiros, de forma geral, e dos enfermeiros docentes, em particular, de que: 1) a profissão é feminina,

e, portanto, usufrui de menos prestígio no mercado de trabalho; e 2) os princípios de abnegação, submissão e disciplina são solidificados durante o ensino de Enfermagem, de forma consciente ou não pelos docentes, é fundamental para o encaminhamento de lutas dirigidas para a libertação da Enfermagem dos lugares de exclusão que ocupa.

TABELA 7 - AVALIAÇÃO ELECTROCOCLEOGRÁFICA DOS GRUPOS COM RELAÇÃO AO TEMPO DE LATÊNCIA (ms) PARA CLICK EM INTENSIDADE DE 100 dB peNPS

GRUPO	MÉDIA±DESVIO PADRÃO	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	N
GRUPO 1	1,83±0,19	1,80	1,60	2,44	16
GRUPO 2	2,02±0,43	1,84	1,52	2,96	15
GRUPO 3	2,75±0,44	2,68	2,16	3,52	18

F = 29,08* P<0,0001 (GRUPO 1 = GRUPO 2) < GRUPO 3

TABELA 8 - AVALIAÇÃO ELECTROCOCLEOGRÁFICA DOS GRUPOS COM RELAÇÃO AO TEMPO DE LATÊNCIA (ms) PARA CLICK EM INTENSIDADE DE 90 dB peNPS

GRUPO	MÉDIA±DESVIO PADRÃO	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	N
GRUPO 1	2,21±0,34	2,14	1,84	3,04	16
GRUPO 2	2,17±0,28	2,12	1,80	2,72	12
GRUPO 3	3,52±0,51	3,60	2,32	4,28	15

F = 55,25* P<0,0001 (GRUPO 1 = GRUPO 2) < GRUPO 3

I PERÍODO - ATÉ 1960

No Brasil, o ato de pensar a enfermidade teve início no período colonial, quando o contato dos jesuítas e dos colonos com os indígenas ocasiona alteração nos costumes das tribos e, ao mesmo tempo, contribui para a disseminação de doenças, tornando-se imperativa a necessidade de se cuidar dos enfermos.

Como afirma GERMANO (1983:22), não se deve desconsiderar o fato de terem sido os próprios índios os primeiros a se ocuparem dos cuidados com aqueles que adoeciam em suas aldeias. Com a colonização, jesuítas, voluntários leigos e escravos selecionados também passam a desenvolver essa tarefa. É quando surge a Enfermagem no Brasil, predominantemente curativa e praticada basicamente por homens, decorrência do processo de colonização brasileira.

Em 1543, começam a surgir as primeiras Santas Casas de Misericórdia, fundadas com o objetivo de recolher pobres e órfãos, recebendo ocasionalmente outros doentes, dentre os quais soldados. Os hospitais governamentais e/ou militares passam a existir apenas em meados do século XVIII.

A Enfermagem exercida nas Santas Casas era eminentemente prática; seus agentes (voluntários, escravos e religiosos) não necessitavam de escolarização para trabalharem na área. Estas casas eram administradas pelas ordens religiosas, com recursos provindos da iniciativa privada, à base de esmolas, sustentadas pelo forte sentimento de religiosidade da época.

Como reforça LOYOLA (1984:15-6), neste período, as necessidades de ordem médica ou de cura não presidiam a organização do espaço hospitalar. A

presença dos capelães-padres, encarregados de assistência espiritual dos enfermos e da extrema-unção nos hospitais, era mais permanente, e muito mais imprescindível que a dos médicos.

Pode-se dizer que a característica fundamental do Sistema de Saúde Brasileiro, até fins do século XIX, foi o predomínio das chamadas doenças pestilenciais, principalmente a varíola e a febre amarela. Neste período, a Saúde dos indivíduos, em especial a dos escravos, cabia basicamente ao controle de instituições de saúde de cunho religioso, e a Saúde das cidades, ao Estado. (LUZ, 1982; COSTA, 1985; MERHY, 1985)

LUZ (1982) salienta que, a partir do século XIX, a Medicina passa a desenvolver projetos e modelos institucionais, buscando, no controle estatal, uma estratégia de dominação do conjunto da sociedade, e transformando, dessa forma, o médico no principal intelectual da Saúde - responsável pela produção do saber, e, portanto, detentor de poder.

Nesta fase empírica de ação, a Enfermagem, por sua vez, é marcada pela atuação de Ana Justino Ferreira Nery, junto a soldados na Guerra do Paraguai. Pelos seus feitos no campo de batalha, foi condecorada pelo governo brasileiro com o título de "Mãe dos Brasileiros", e com as medalhas: Humanitária de Segunda Classe e de Campanha.

Em que pese o teor imperialista da Guerra do Paraguai, tal qual Florence, Ana Nery tornou-se heroína. Mas com uma grande diferença: aquela produziu saber, e esta engajou-se aos preceitos conservadores da política da época, para acompanhar seus três filhos (dois médicos e um soldado), que haviam sido convocados para a guerra, subordinando-se ao saber médico.

HAHNER (1981:73) relata que apesar da Enfermagem ter várias mulheres em suas fileiras, "*com baixos salários e treinamento limitado*", apenas Ana Nery, "*envolvida pela aurora do patriotismo*" teve reconhecimento. Tal fato referenda a categoria de segunda classe atribuída a essa profissão hegemonicamente feminina.

Em 1890, o Governo Provisório da Segunda República, mediante o Decreto número 791, dá início oficial ao ensino de Enfermagem no Brasil, com a criação da Escola Alfredo Pinto, direcionada basicamente para atendimento psiquiátrico - dentro do Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro - dirigida e composta por corpo docente formado por médicos. GERMANO (1983:27) salienta que o motivo maior da fundação desta escola deveu-se ao fato de as irmãs de caridade, responsáveis pela Enfermagem, terem deixado o hospital por incompatibilidade com a nova direção interina, que passou a cercear muitas de suas atribuições. ALCÂNTARA (1963:12) menciona que, para cursar tal Escola, exigia-se que o candidato soubesse ler e escrever corretamente, além de conhecer aritmética elementar. Contudo, salienta, em decorrência da alta taxa de analfabetismo, na época, a Escola mantinha paralelamente um curso para alfabetização de seus futuros alunos, a maior parte do sexo feminino.

Em 1916, no Rio de Janeiro, foi criada a Escola Prática de Enfermeiros da Cruz Vermelha Brasileira, objetivando preparar socorristas voluntários para situações de emergência. Destaque-se que ambas as Escolas são resultado de esforços médicos, dada a necessidade de mão-de-obra para a prática do cuidado, já que, até então, formavam-se "auxiliares de Saúde" sem uma concepção de Enfermagem enquanto ciência autônoma. Tal enfoque passa a existir a partir de 1921, com a vinda de 32 enfermeiras norte-americanas para o Brasil (GASTALDO, MEYER, 1989:9), subvencionadas pela Fundação Rockfeller, a pedido

de Carlos Chagas, como uma das medidas para implementar esforços no programa de Educação Sanitária junto às famílias.

A esse respeito, NAKAMAE (1986:115) afirma que a constituição da categoria enfermeiro, tal como é entendida hoje, surgiu no Brasil com a introdução da Enfermagem em sua fase moderna, segundo o modelo nightingaliano trazido pelas enfermeiras norte-americanas, que aqui fundaram, em 1923, na cidade do Rio de Janeiro, a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, mais tarde denominada "Ana Nery".

É conveniente mencionar que, neste período, o Brasil vivia a ameaça dos países que com ele negociavam o corte de relações comerciais caso o governo não saneasse os portos, visto as epidemias de febre amarela, peste e varíola. É neste contexto que surge o ensino sistematizado de Enfermagem, objetivando formar profissionais voltados para garantir o saneamento dos portos. A este respeito, OLIVEIRA afirma que:

"(...) a implantação do ensino profissionalizante da Enfermagem no Brasil se dá como parte do processo de reforma sanitária definida pelas elites, sem qualquer participação popular, coordenada por Carlos Chagas, para garantir o saneamento dos portos, assegurando desta forma os interesses comerciais do governo brasileiro". (OLIVEIRA, 1990:11)

Assim, pode-se dizer que a fundação da Escola Ana Nery foi consequência de medida governamental, estabelecida para atender aos objetivos estatais.

Por esta razão, no Brasil, diferentemente dos países europeus, a Enfermagem enquanto profissão nasce fora dos hospitais, na área da Saúde Pública, o que não a isenta do discurso com forte sentimento de religiosidade e grande preocupação com o social, no sentido de serviência à população e obediência a Deus e ao Estado.

A este respeito, GERMANO constata que

"(...) o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade". (GERMANO, 1984:25)

Neste mesmo período, observa-se o surgimento e a estruturação da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas - ANED, embrião da atual Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). A entidade foi criada formalmente em 1926, pelas alunas e ex-alunas da Escola Ana Nery, objetivando "elevar o padrão da profissão"; em 1929, filia-se à federação mundial, o Conselho Internacional de Enfermagem, em Londres, facilitando, assim, a concessão de bolsas de estudo para as "enfermeiras mais capazes" (ALCÂNTARA, 1963:27). Desde a sua formação, a instituição vem exercendo forte influência no pensamento da categoria, principalmente no que tange à formação do enfermeiro. Não raras vezes, prestou-se à defesa das intenções do Estado e da Igreja na área da Saúde.

Em 1931, em pleno Estado Varguista, são aprovados os seguintes Decretos-Lei: 1) o de número 20.109/31, reconhecendo a existência da Enfermagem profissional e identificando a Escola Ana Nery como padrão para o ensino da

Enfermagem; e 2) o de número 2.956/38, instituindo 12 de maio como o Dia do Enfermeiro.

Nesse sentido, OLIVEIRA (1990:13) avalia que a instituição do "Dia do Enfermeiro", por força de Decreto-Lei, significou o reconhecimento e a homenagem do Estado à Enfermagem, identificada como "sacerdócio", "arte e vocação", e não como serviço prestado, como trabalho.

Quanto à Escola Ana Nery ser considerada "padrão", deve ser respeitada a sua importância para o ensino de Enfermagem. Contudo, é inegável o fato de que a sua história é marcada pelo autoritarismo e conservadorismo, em parte herdados das enfermeiras norte-americanas. GERMANO (1983:36) reforça tal fato ao narrar o dado curioso e lamentável, de que as americanas dirigentes dessa instituição não permitiam o acesso de alunas negras ao curso.

Em 1946, pelo Decreto número 21.321, a Escola foi definitivamente integrada à Universidade do Brasil (RJ), enquanto estabelecimento de ensino superior. É importante mencionar que isto se deveu ao apoio do movimento feminista liderado pelas deputadas Berta Lutz e Carlota Queiroz (OLIVEIRA, 1979:9).

Vale ressaltar, ainda, que o currículo adotado até então, era composto predominantemente por disciplinas de cunho preventivo, apesar de exigirem das alunas oito horas diárias de trabalho no Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública. Tal fato era o resultado da transposição do modelo americano de Enfermagem para o Brasil (GERMANO, 1985:35). O curso, por sua vez, desenvolvia-se em regime de internato, diferentemente dos demais cursos de nível superior.

Em 1949, foi regulamentada a Lei número 775/49 que dispunha sobre o ensino de Enfermagem no país, tornando obrigatória a manutenção dos cursos de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem nas escolas oficiais, bem como dando um prazo de sete anos para que as escolas de Enfermagem deixassem de receber alunas com apenas o curso ginásial. Devido à escassa procura pelo curso, tal exigência foi adiada por mais cinco anos, aceitando-se neste período, como requisito de admissão na Enfermagem, apenas o certificado de conclusão do antigo ginásio.

A Lei número 775/49 impunha ainda um currículo rígido, enormemente fracionado, com predominância de disciplinas médicas e pouca ênfase nas disciplinas de enfermagem.

Em 1960, a ABEn, através das comissões de Educação e de Saúde Pública, organiza o Primeiro Seminário Didático sobre a Integração dos Aspectos Sociais e de Saúde no Currículo das Escolas de Enfermagem, reunindo as diretoras das Escolas de Enfermagem do país e as professoras de Saúde Pública, para o estudo da integração dos aspectos sociais e de saúde no currículo das escolas. Apenas 43% das Escolas estiveram representadas (ABEn, 1960:9).

Vale ressaltar, ainda, nesse período a interferência das religiosas que, através do Departamento de Saúde da Conferência dos Religiosos do Brasil (DAS/CRB), criado em 1954, e atrelado à Igreja Católica, atuavam diretamente na ABEn, permitindo e facilitando a ingerência de autoridades da Igreja nos assuntos profissionais e educacionais da Enfermagem. Contribuíam, assim, para reforçar a determinação de um pensamento religioso na Enfermagem, estimulando a prática da passividade, disciplina, culto à hierarquia, abnegação, obediência e serviência, muitas das quais vivas até hoje.

Reproduzia-se, deste modo, na Enfermagem a relação de dominação/subordinação clerical, onde a mão-de-obra feminina religiosa é explorada e controlada pelo clero masculino.

II PERÍODO - 1960 A 1964

Nesse período particular da história brasileira, poderíamos afirmar, em termos muito gerais, que ocorreu um acirramento da luta entre os conservadores e os progressistas, já iniciada na década de 50. Este período é marcado pelo esgotamento do modelo econômico baseado na industrialização, por substituição de importações, uma vez que os grandes grupos econômicos internacionais se recusavam a fornecer para o país capital e tecnologia necessários à manutenção do modelo.

A exigência que os capitalistas estrangeiros faziam para continuar nos fornecendo recursos, implicava no controle rigoroso da política e economia do país, fato esse certamente incompatível com os interesses nacionais e com o exercício da democracia. Os conservadores desejavam a qualquer custo se aliar ao capital internacional e, para tanto, necessário se fazia estabelecer no país um regime ditatorial. Já os progressistas propunham um sistema capitalista, com forte presença do Estado na Economia, e adaptado às necessidades e características do Brasil.

Assim sendo, esse período é marcado por grande participação política, onde indivíduos, grupos, partidos, sindicatos, entre outros, saíam às ruas em defesa de seus interesses e atacando grupos contrários.

Nessa fase, o país experimenta dois sistemas de governo: o presidencialista e o parlamentarista; passa por três presidentes: Jânio Quadros, João Goulart e Castello Branco; por três primeiros ministros: Tancredo Neves, Brochado da Rocha e Hermes de Lima; e vive a transição do regime democrático para o autoritário.

Essa luta política é expressa no setor da Educação através do texto da Lei número 4024/61 - Lei de Diretrizes e Bases, onde observa-se o enlace dessas duas correntes em uma estratégia da conciliação entre conservadores e progressistas.

RIBEIRO (1987:150) aponta, nessa fase, dois marcos relevantes: 1) a Reforma da Universidade de Brasília, 2) a atuação dos chamados "movimentos de Educação popular", tendo como ponto em comum a defesa da maior participação da população adulta na vida política do país, propondo para tanto a implantação de novos métodos de alfabetização.

A Reforma da Universidade de Brasília representou um movimento onde os intelectuais se propuseram a equipar a Universidade para atender às demandas do país, e não lutar para equipará-la à universidades dos países desenvolvidos.

Os dois movimentos foram interrompidos, apesar da resistência dos educadores, em 1964, com o Golpe Militar.

O setor da Saúde, nesse período, é marcado pela coexistência dos sub-setores: da saúde pública, da saúde do trabalhador e da medicina previdenciária, percorrendo caminhos paralelos e atuando de forma relativamente autônoma.

Pode-se dizer que, nessa fase, tem-se o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e Previdência Social, o Ministério da Viação, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além do setor privado - tanto o lucrativo como o beneficente - envolvidos com as ações de saúde no Brasil (SINGER, 1978:132), com uma visão compartimentalizada, privilegiando o atendimento médico.

Com a Lei de Diretrizes e Bases, e à luz do contexto do setor Saúde, o currículo mínimo do curso de Enfermagem teve que ser revisto. A pedido do Conselho Federal de Educação (CFE), a ABEn subsidiou a sua elaboração, garantindo o ensino técnico de grau médio para o pessoal de Enfermagem e a inclusão da assistência ao escolar prestada por enfermeiras.

Em 1962, através do Parecer número 271/62 do CFE, a formação do enfermeiro passa da escolaridade de nível médio para a de nível superior. NAKAMAE (1986:116) salienta que tal fato culminou com o fechamento de quinze escolas, visto que, após ter chegado a trinta e nove estabelecimentos de ensino, no início da década de 60, tão logo o curso passou a nível superior, seu número caiu para vinte e quatro.

O Parecer 271/62 definiu o currículo mínimo em três anos, incluindo Administração e excluindo Ciências Sociais e Saúde Pública da graduação, colocando-as a nível de especialização, como área facultativa aos alunos.

Dessa forma, o currículo de Enfermagem moldou-se à tendência da economia brasileira, direcionando-se à área curativa, incentivando os estudos nas clínicas especializadas, estimulados pela privatização da assistência médica.

O enfermeiro, por sua vez, tendo assegurado a escolaridade de nível superior para a sua formação, passou a ter sob sua responsabilidade a direção de

serviços, a chefia de unidades, o preparo, a orientação, a supervisão das categorias auxiliares e o ensino nas escolas dos vários níveis da profissão, legalizando e institucionalizando, de certa forma, a divisão social do trabalho na Enfermagem.

III PERÍODO - 1964 a 1974

Com a vitória do movimento político-militar de 1964, os militares, assessorados pelos tecnocratas, apoderam-se completamente do poder, adotando como modelo econômico-político a ditadura política e o crescimento acelerado da economia.

Esse período é marcado pela violência: prisões arbitrárias, demissões em massa de funcionários civis e militares, cassações de mandatos, torturas, abusos de autoridade, vinganças pessoais. Nessa fase presenciaram-se vários atos institucionais, a estabilização (de 64 a 67), o crescimento (de 68 a 73) e, finalmente, o início do declínio (de 74 em diante) do desempenho econômico do país, ou seja, o fim do "Milagre Brasileiro". O Congresso Nacional é fechado, partidos políticos são extintos e a participação política é praticamente aniquilada; os poucos que resistem a luta armada sucumbem.

Nessa fase tem-se, portanto, o Estado assumindo para si, de forma repressiva, o controle dos mecanismos e dos aparelhos ideológicos (sindicatos, meios de comunicação em massa, escolas), privando, assim, os cidadãos comuns de seus mecanismos democráticos de atuação social (votos, greves, movimentos reivindicatórios). É quando ocorre a centralização dos mecanismos de decisão,

visando a unificação progressiva dos órgãos estatais, com a finalidade de racionalidade técnica.

É nesse contexto que o Presidente Castello Branco fixa as diretrizes norteadoras da futura política educacional. Ele declara que o objetivo do seu governo é restabelecer a ordem e a tranqüillidade entre os estudantes, operários e militares; para tal, cria instrumentos de controle e disciplinamento sobre estudantes e operários (FREITAG, 1986:77-8). O Ministro da Educação, por sua vez, declara que: "*os estudantes deveriam estudar e os professores ensinar e não fazer política*".

A esse respeito FREITAG salienta que

"a política educacional, ela mesma expressão da reordenação das formas de controle social e político, usará o sistema educacional reestruturado para assegurar esse controle. A Educação estará novamente a serviço dos interesses econômicos que fizeram necessária a sua reformulação". (FREITAG, 1986:77)

O planejamento e a legislação passam, então, a serem usados como tentativas de reajustar a lei à realidade ou esta a uma nova lei, dando à política estatal um cunho científico-tecnocrático.

Pode-se afirmar que esse período de arbitrariedades foi fecundo tanto ao nível da legislação como do planejamento. Destacam-se, entre outras, a Lei Suplicy, extinguindo a União Nacional dos Estudantes (UNE) e as uniões Estaduais dos Estudantes (UEEs); a Lei 4464/64, institucionalizando o salário-Educação; a Lei 5692/71, tratando da reforma do ensino de primeiro e segundo graus (LDB/71); o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL) e o ensino supletivo foram

institucionalizados. Foi promulgada a Constituição de 1967, e sancionada a Lei 5540/68, dispondo sobre a reforma do ensino superior.

Devido à natureza do presente estudo, privilegiaremos a análise da Lei 5540/68, que trata da Reforma do Ensino Superior. Ela objetivava expandir o ensino superior com o mínimo de custo, sob uma visão tecnocrata, predominantemente econômica. Previa a departamentalização, a matrícula por disciplina, a criação do curso básico, a institucionalização da pós-graduação e a restrição da participação estudantil nos processos de decisão interna na Escola.

A Escola, por sua vez, passa a ser acusada pelos tecnocratas de ser excessivamente politizada e de baixo rendimento. Para solucionar tal problema são aprovados os acordos MEC-USAID, visando modernizar o sistema escolar.

É por esta razão que se pode dizer que a reforma do ensino superior foi um assunto de gabinete, fruto do trabalho dessa comissão mista (MEC-USAID) designada pelo Presidente da República. Foi baseada no modelo americano, que estrutura o ensino em básico e profissional com dois níveis de pós-graduação: mestrado e doutorado (FREITAG, 1980:85).

A reforma introduziu, ainda, o regime de tempo integral e dedicação exclusiva aos docentes, criou os diretórios acadêmicos; o vestibular passou a ser unificado e classificatório. À sua maneira, a reforma adaptou o sistema educacional em função da reprodução da força de trabalho e da garantia da manutenção da estrutura de classes.

Nesse período, detecta-se, além disso, o alargamento do sistema particular de ensino superior, principalmente após 1968.

Aliás, no que tange ao ensino superior, o Plano Setorial de Educação e Cultura, de 1972 a 1974, previa a expansão de sua oferta - especialmente nas áreas das técnicas, da formação do magistério e das ciências da saúde - bem como o apressamento da reforma da universidade, além da implantação de centros regionais de pós-graduação (FREITAG, 1980:102).

O setor da Saúde é marcado pelo privilégio de interesses econômico-corporativos do empresariado privado. A centralização dos mecanismos decisórios é sentida no processo de unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com conseqüente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa unificação levou a uma nivelção dos benefícios e assistência até então concedidos, o que acabou prejudicando algumas categorias, sem favorecer nenhuma em particular.

Nesse período, tem-se, também, o florescimento das empresas médicas e dos hospitais privados, o que deu impulso à expansão da Medicina capitalista no país, principalmente através da transferência de recursos da Previdência Social (INPS). A Saúde Pública, decididamente, perdeu espaço para a Medicina privada. A compra de serviços pela Previdência contribuiu para a expansão do setor privado, ao mesmo tempo que limitou a sua ampliação.

Esse processo de expansão da Medicina privada no país ampliou a rede de escolas privadas de Medicina e Enfermagem, colocando um grande contingente desses profissionais no mercado de trabalho. Em 1969, dos 34 cursos de graduação em Enfermagem espalhados pelo Brasil, 17 eram em escolas privadas (BARROS, 1985:20).

O I Plano Nacional de Desenvolvimento do Governo Médici omitiu qualquer referência ao problema e à política de Saúde a ser desenvolvida, salvo no

tocante à erradicação das doenças endêmicas e à ampliação dos sistemas de água e esgoto.

No final desse período, acentua-se a piora das condições de vida do povo e, conseqüentemente, da sua saúde. O arrocho salarial deteriorou as condições de alimentação, transporte, moradia e saneamento básico, evidenciando a incapacidade do setor da Saúde em atender à sua demanda.

No ensino de Enfermagem presencia-se, nessa fase, o surgimento de um novo currículo mínimo, com a implantação de cursos de habilitação na graduação, e com a implementação da especialização e da pós-graduação à nível de mestrado, por força da Lei número 5540/68, da Reforma Universitária.

Esse novo currículo mínimo (Parecer 163/72, Resolução 04/72 - do Conselho Federal de Educação), expressa, portanto, a modificação ocorrida no quadro sanitário brasileiro na época, bem como as exigências da Reforma Universitária. É direcionado para as técnicas avançadas em Saúde no campo da Medicina curativa, centralizando o ensino no modelo médico de assistência hospitalar, em detrimento da atenção aos problemas básicos de Saúde de um país não-desenvolvido.

Tal currículo mínimo caracteriza-se, ainda, pela fragmentação do eixo da formação em três partes: pré-profissional, profissional comum e habilitação, não prevendo a articulação mínima necessária das disciplinas básicas com as específicas da prática de Enfermagem. Assim, facilita a compreensão dicotomizada de saúde/doença, prevenção/cura, assistência hospitalar/saúde pública (ABEn, 1991:07).

Com a criação da habilitação, esse currículo evidencia a especialidade já na graduação. Contudo, é preciso salientar que tal atitude, além de não interferir na absorção do enfermeiro pelo mercado de trabalho, dada a inalteração dos "planos de cargos e salários", não influenciou no modelo de assistência de Enfermagem desenvolvido.

Há que se destacar, além disso, a importância da ABEn na gestão desse currículo mínimo, referendando e levando a cabo a sua real efetivação, reforçando, pois, o pensamento hegemônico tecnicista, funcionalista e de assistência ao indivíduo hospitalizado. Podemos validar tal afirmação com as seguintes colocações de CARVALHO:

"os dez anos de reuniões de estudo e discussões (ABEn), em seminários e congressos, válidos sob todos os aspectos, foram os responsáveis pelo amadurecimento das idéias que deram margem ao currículo mínimo tal como se apresenta hoje". (CARVALHO, 1976:168)

No que tange aos cursos de mestrado na área de Enfermagem, eles surgem a partir de 1972, objetivando integrar o ensino, a pesquisa e a assistência de Enfermagem.

Em 1973, são criados os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, pela Lei número 5.905/73, após 30 anos da solicitação da ABEn às autoridades nacionais.

IV PERÍODO - 1974 a 1985

A partir de meados de 1974, o país entra numa fase econômica crítica, onde o aumento da inflação vem acompanhado de um acentuado declínio do ritmo de crescimento da economia, reforçando ainda mais o processo de concentração de rendas, e aprofundando o abismo entre ricos e pobres.

Em novembro de 1974, são realizadas eleições para senadores, deputados estaduais e federais, com uma expressiva vitória eleitoral do MDB, partido da oposição, mostrando o descontentamento popular em relação ao governo.

Apesar da vitória da oposição, o início desse período não encoraja o debate e a participação política, visto que o desrespeito aos direitos humanos ainda é uma constante nos sombrios porões onde se pratica a tortura àqueles com ideários e ações distintos do governo militar.

A liberalização do regime militar começa a ser timidamente visualizada em meados do governo Geisel, quando, após as mortes de Herzog e Manoel Fiel Filho, em 1975, este demite o general Eduardo D'Avilla e declara que a partir de então caberia aos superiores hierárquicos a segurança dos presos sob sua guarda. Essa liberalização militar é observada também quando é exonerado o general Sílvio Frota, do Ministério do Exército, em 1977, e indicado o general João Batista Figueiredo como sucessor à presidência do país, em 1978. É, entretanto, a partir da Emenda Constitucional número 11/78 que se formaliza o processo de "abertura política", com a revogação das medidas de exceção.

Em 1979, são empossados João Figueiredo e Aureliano Chaves, representando o que seria o último governo militar brasileiro.

No plano político, o governo estabelece uma anistia a exilados e presos políticos, reformula a legislação partidária, extinguindo o bipartidarismo (ARENA-MDB), e criando condições para a instauração do pluripartidarismo. Restabelece também as eleições diretas para governador e senador, acabando com a figura do "senador biônico".

Outro marco político importante desse período foi a "Campanha das Diretas", em 1984, objetivando eleição direta para presidente. Apesar da grande mobilização popular, a emenda proposta pelo Deputado Dante de Oliveira foi rejeitada e, em 1985, o Colégio Eleitoral, composto por 686 delegados, elegeu Tancredo Neves e José Sarney, respectivamente para presidente e vice-presidente do país. Em 21/04/85, Tancredo falece e José Sarney assume a presidência, marcando o fim do Regime Militar no país.

Já no setor da Educação, em 1974, o Conselho Federal de Educação aprova a inclusão da matéria Programas de Saúde nos currículos de primeiro e segundo graus, cabendo ao enfermeiro licenciado a responsabilidade de ministrá-la.

Em 1975, conforme já se citou anteriormente, o MEC firma convênio com a Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID), mediante o qual o Brasil passa a enviar técnicos aos EUA para treinamento em administração de hospitais universitários, programas de mestrado em Educação, entre outros, visando assegurar o controle educacional e a manutenção do modelo americano na Saúde e na Educação.

Referendando o controle político sobre o setor da Educação, o presidente Geisel determina, em 1977, que a escolha de reitores e vice-reitores das universidades federais deveria ser feita pela Presidência da República, através de

listas sêxtuplas preparadas pelos conselhos universitários e pelo conselho de ensino.

Dentro da proposta de abertura política do presidente Figueiredo, em 1979, ocorre a revogação dos Decretos-lei 477 e 288, que proibiam a participação e representação política dos estudantes, transferindo ao MEC a função de criar normas relativas à organização estudantil nos estabelecimentos de ensino.

No início da década de 80, começa-se a observar o retorno, embora tímido, do movimento estudantil. Em 1980, cerca de 500 estudantes protestam em frente à antiga sede da UNE, no Rio de Janeiro, contra a demolição do prédio determinada pelo governo federal; fazem greve por três dias em defesa de mais verbas para a Educação, aumento salarial para os professores e contra o ensino pago. Até 1985, a UNE exerceria suas funções na ilegalidade.

Tais fatos têm por objetivo apontar algumas manifestações que pressionavam o governo no sentido da deslegitimação progressiva do regime. Como a organização docente, por exemplo, que começa ressurgir no final da década de 70 e início da de 80, proporcionando experiências organizativas significativas e auxiliando nas análises de conjuntura sobre Educação para outros setores da sociedade civil.

O setor Saúde, nesse período, é marcado por altas taxas de mortalidade infantil e desnutrição, bem como pela ocorrência da epidemia de meningite, e o agravamento da situação sanitária do país.

Notoriamente conforme já se mencionou, o crescimento da economia se deu às custas da deterioração da qualidade de vida de parcela significativa da população brasileira e, conseqüentemente, da saúde da mesma. Tal quadro mostra

a existência de uma crise político-financeira no modelo assistencial de Saúde vigente, levando técnicos e governo a buscarem modelos mais eficazes.

Deste modo, pode-se afirmar que esse período é marcado pelo surgimento de um conjunto de proposições voltadas para a idéia de controle, reforma e racionalização do setor, bem como por forte pressão política do empresariado da Saúde e da burocracia governamental quanto à viabilização dessas propostas. Observa-se, portanto, o planejamento de alguns modelos assistenciais, sem, contudo, visualizar a implantação de qualquer um deles.

Em 1975, o Estado cria, através da Lei número 6.229/75, o "Sistema Nacional de Saúde", dividindo os encargos: das ações preventivas para o Ministério da Saúde, e das ações curativas para o Ministério da Previdência Social. É conveniente mencionar que manteve, entretanto, intocável a estrutura de prestação de serviços de Saúde, assegurando, assim, a drenagem de recursos da previdência para o setor privado.

Como modelos assistenciais nessa fase tem-se: 1) o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cujo objetivo era efetivar os critérios de regionalização, criado em 1976 para ser iniciado pelo Nordeste - devendo ser posteriormente estendido para todo o país; 2) o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), criado em 1980, que partia do pressuposto errôneo de que o PIASS já estava implantado; e 3) o Plano do Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP), que objetivava reorganizar a previdência, priorizando as ações básicas de saúde, e integrar as instituições de Saúde federais, estaduais e municipais num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado.

Na verdade, nenhum destes planos foi implantado, sendo que, em 1983, o Plano CONASP desdobrou-se no Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), embrião da proposta de um Sistema Único de Saúde.

Neste período de transição política, observa-se a modificação do discurso no ensino de Enfermagem. Apesar do currículo estar voltado para as técnicas avançadas em Saúde no campo da Medicina curativa e hospitalar, iniciou-se um debate sobre a necessidade de uma política de expansão de cobertura, através da Assistência Primária à Saúde e da participação da comunidade no setor.

BARROS (1985:22) explica esse fato através das pressões internacionais, a saber: o II Plano Decenal de Saúde para as Américas (1972), a IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (1977) e a Conferência Internacional de Alma Ata (1978), além do propósito da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) de incentivar o preparo de pessoal de Enfermagem voltado para a assistência primária e educação.

Essa política reflete-se na ampliação do número de escolas de Enfermagem que, de 36, em 1975, passa para 83, em 1982.

Nesse período, intensificou-se um movimento crítico na área da Saúde de uma forma generalizada, observado também na área de Enfermagem. A disputa entre os grupos conservadores e progressistas passou a ser uma realidade. Eram visíveis as mudanças nas atitudes políticas dentro das entidades de classe.

Começam a surgir os primeiros sindicatos de enfermeiros: o do Rio Grande do Sul, em 1976, e o do Rio de Janeiro, em 1977, incubados desde 1961, devido às mudanças ocorridas no regime político do Brasil, a partir de 1964. A criação das entidades sindicais traz à tona a discussão sobre se a organização

deveria se dar enquanto trabalhadores de Enfermagem ou enquanto categoria enfermeiro. Prevaleceu a segunda alternativa sob a defesa de que, na realidade, a Enfermagem no Brasil é heterogênea, e que o primeiro passo para modificar uma situação é conhecê-la e assumi-la, sem negar a divisão de classes.

Assim, a organização da Enfermagem nessa fase, se dá através das seguintes entidades: ABEn, tida de cunho cultural e científico, majoritariamente composta e disputada por enfermeiros-docentes; os COFEN/CORENs, como órgãos fiscalizadores do exercício profissional, disputados hegemonicamente por diretores dos serviços de Enfermagem nas instituições hospitalares privadas e docentes; e o Sindicato dos Enfermeiros, responsável pelos encaminhamentos trabalhistas e composto, basicamente, por enfermeiros tidos como "de campo", ou seja, empregados das instituições de Saúde pública e privada.

No que diz respeito à formação do enfermeiro, vale lembrar a importância da ABEn frente à tentativa de uniformizar o pensamento e a ação da categoria, muitas vezes mesclando suas ações com as das grandes escolas de Enfermagem.

Pode-se dizer que o XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBE), realizado em Fortaleza, em 1979, marca o surgimento de uma oposição organizada na ABEn, que se reflete nos órgãos formadores de Enfermagem: o Movimento Participação. Esse passa a tomar corpo político, principalmente no XXXV CBE, em São Paulo (1983), onde as posições ideológicas passam a ser definidas, fazendo com que as disputas aos pleitos deixassem de ser apenas "uma luta entre os Estados São Paulo e Rio de Janeiro".

OLIVEIRA identifica essas posturas políticas colocando que

"o grupo liderado por enfermeiras de São Paulo apresenta uma postura tradicional, refletindo o apego às velhas estruturas do poder, prática anti-democrática, métodos autoritários de trabalho e uma visão bastante elitista da Enfermagem; o grupo liderado por enfermeiras do Rio de Janeiro, uma postura e discurso classicamente liberais, menos tradicionais, introduzindo métodos democráticos de trabalho, mas ao mesmo tempo conservando uma prática elitista; e, por último, um terceiro grupo propondo fazer uma abertura e renovação na Enfermagem a partir de elementos de avaliação e questionamentos da prática profissional vigente, visando inovar métodos de assistência, técnicas e procedimentos de Enfermagem, relações de trabalho e de ensino, pela necessidade premente de gerar um campo de produção de novas tecnologias para a assistência de Enfermagem institucional e alternativa". (OLIVEIRA, 1990:53)

A verdade é que vem à tona a luta pelo poder dentro da Enfermagem.

Esse terceiro grupo, representado pelo Movimento Participação, desencadeia, a nível nacional, uma discussão explícita sobre a condição política da Enfermagem. Levanta a questão sobre o fato de que

"apesar de ser (a Enfermagem) o maior contingente da força de trabalho de Saúde, não participa a nível de decisão, não tem autonomia técnica como campo específico de conhecimento e não consegue melhorar suas condições de trabalho". (OLIVEIRA, 1990:56)

A partir de então, observa-se o confronto entre um posicionamento sobre a Enfermagem enquanto prática social, frente ao de uma Enfermagem enquanto arte, ciência e vocação.

Tal movimento político repercute nos cursos de graduação, trazendo à tona a questão de que a competência técnica necessita vir acompanhada da

competência científica e política, sendo vital para a profissão sua participação nas definições das políticas de Saúde e Educação do país. O confronto de ideários se dá basicamente na defesa ou no ataque dessas crenças.

Nesse momento, tanto o MEC quanto a Ministério da Saúde não apresentam uma política clara sobre a formação de recursos humanos de Enfermagem. Em 1984, o MEC, em conjunto com a OPAS, realiza duas oficinas de trabalho com vistas a definir uma linha de cooperação técnica desse órgão para o ensino de Enfermagem (BARROS, 1985:25-6). Esse movimento culmina numa proposta de estudo sobre as reais condições dos 83 cursos de graduação em Enfermagem, que passa a ser organizado desde então, com a cooperação da ABEn e da SESU/MEC (Secretaria de Ensino Superior).

V PERÍODO - 1985 a 1994

O presidente Sarney assumiu seu mandato, em 1985, em meio à grave crise econômica e política do país. O quadro inflacionário era crescente, e não faltou quem constestasse a legitimidade moral de seu cargo, apesar de legítimo do ponto de vista jurídico-constitucional. A somatória desses fatos, aliada ao fortalecimento do Legislativo, e ao insucesso no combate à inflação, repercutiram gerando a impopularidade do governo na esfera política.

Foi também no governo Sarney que se obteve a diminuição das exigências para a criação de partidos políticos, fazendo o seu número crescer de cinco para cerca de quarenta.

Em 27/11/1985 é determinada a convocação de uma Assembléia Constituinte; e em 15/11/1986 são eleitos 487 deputados e 72 senadores para constituí-la. Essa Assembléia encerrou seus trabalhos em 1988, apresentando a "Nova" Constituição Brasileira, com características liberais e democráticas, se comparada à anterior.

O ano de 1989 foi marcado pela corrida à sucessão presidencial, já mediante eleição direta. No pleito, com dois turnos, sai vitorioso o candidato do PRN, Fernando Collor de Mello.

O governo Collor seria marcado pelos mais variados atos de corrupção associados a pessoas ligadas ao governo; denúncias de tráfico de influência e concorrências ilícitas, culminam com o seu impeachment, em 29/09/1992, quando assume o governo o vice-presidente Itamar Franco.

O setor Educação é marcado nesse período por dois movimentos de ampla magnitude: a Constituição/88 e a Nova Lei de Diretrizes e Bases, no momento (1994) em trâmite no Congresso Nacional.

Ambos os movimentos espelham o confronto entre os ideários conservadores e progressistas, com tímida vitória do segundo grupo, fazendo ressurgir a polêmica entre o ensino público (gratuito) e o privado.

Pode-se dizer que esse período é marcado por uma crise política e econômica, de características estruturais, determinando o início do processo de deterioração da capacidade de intervenção estatal no processo de desenvolvimento e, conseqüentemente, nas questões de Saúde e de Educação.

É quando a situação de Saúde da população caracteriza-se pela disparidade da convivência de patologias geradas pela pobreza com as chamadas

doenças modernas, ou seja, o país convive com os problemas básicos de Saúde, peculiares ao terceiro mundo, ao mesmo tempo em que incorpora, em ritmo acelerado, as doenças das sociedades industrializadas. A irracionalidade das ações públicas, os gastos crescentes com a assistência médico-hospitalar e a ineficiência do atendimento às necessidades de Saúde da população são uma constante, facilmente detectável.

Em 1986, tem-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, reunindo mais de 4.000 pessoas, ditando como diretrizes básicas para o setor três pontos fundamentais: "Saúde como direito", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento do setor".

Procurando assegurar estes princípios na Constituição, deflagra-se uma campanha nacional em defesa do direito universal à Saúde, e do Sistema Único de Saúde (SUS) contra a mercantilização da Medicina e pela melhoria dos serviços públicos. Essa mobilização representa o Movimento de Reforma Sanitária, constituindo lobbies junto à Assembléia Constituinte, conseguindo a inserção de parte significativa dos seus ideários, a ponto de se poder dizer que a Constituição/88 é progressista no que diz respeito à Saúde.

Nesse clima de euforia do setor público da Saúde tem-se a posse do presidente eleito Fernando Collor de Mello e, com ela, o realinhamento das elites políticas, culminando, em 1990, com 25 vetos presidenciais na Lei Orgânica da Saúde (LOS - Lei número 8.080). Essa mutilação trouxe de volta para o setor a política de centralização decisória no governo federal, o favorecimento da privatização do setor e a atuação do setor público como complementar do Sistema de Saúde. Agrava-se, nesse período, o quadro nosológico e epidemiológico do país, principalmente em decorrência da política econômica implantada.

O curso de graduação em Enfermagem, nesse período, passa a ser objeto de constantes análises e avaliações pelos seus atores (alunos e professores), tendo como base a busca de respostas a perguntas do tipo: Que enfermeiro se quer formar? Para quê se deseja formá-lo? Como formá-lo?

Assim sendo, a ABEn, a partir de 1986, articulada com a Comissão de Especialistas em Enfermagem, da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (CEENF-SESU/MEC), com outras entidades e Escolas de Enfermagem, passa a realizar seminários (nacionais e regionais), e oficinas de trabalho, buscando reorientar a estrutura da formação de enfermeiros, e abranger desde os aspectos singulares e específicos da formação do enfermeiro, até os contextuais e estruturais dos setores de Educação e Saúde, bem como da sociedade em geral (ABEn, 1991:4-6).

Aqui cabe destacarmos a mudança de concepção observada nos encaminhamentos da ABEn, bem como sua permanência no encabeçamento de discussões dessa magnitude, Isto é expresso no documento "Proposta do novo currículo mínimo para o curso superior de Enfermagem: a formação do enfermeiro":

"A ABEn-Nacional acredita que a revogação dos atuais diplomas legais e a aprovação dos novos parâmetros para a formação do enfermeiro vêm ao encontro da vontade da categoria, além de atender as necessidades e premências do processo de formação do profissional enfermeiro, do qual a sociedade está exigindo: maior aproximação com a produção e domínio de tecnologias apropriadas; sistematização do conhecimento que lhe é específico; capacidade para articular o seu pensar/fazer com o saber de outras áreas que conformam a produção em saúde; competência técnica, científica e política para participar, efetivamente, da consecução do direito universal à Saúde dentro dos princípios de resolutividade, equidade e integralidade; a capacidade para definir seu pensar/fazer à partir da compreensão do perfil epidemiológico da população, inserindo-se adequada e dinamicamente na produção da assistência à Saúde de novas tecnologias e conhecimentos". (ABEn, 1991:6)

Os resultados desses seminários e oficinas, realizados por regiões e a nível nacional, culminaram com a proposta de um Novo Currículo Mínimo para o Curso de Enfermagem, que foi aprovado pelo Conselho Federal de Educação, em abril de 1994.

Vale realçar a participação ativa e crítica da categoria, representada pela ABEn-Nacional, no Movimento da Reforma Sanitária (1986), na Constituinte (1987-88) e no Conselho Nacional de Saúde.

Outro ponto a ser colocado é a promulgação da Lei 7.498/86 e do Decreto 94.406/87, dispondo sobre o exercício profissional da Enfermagem. Vale lembrarmos que a lei em vigor datava de 1955, e que a atual não assegurou a autonomia da profissão frente ao mercado de trabalho.

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Após historiar esses fatos, buscando uma contextualização e uma maior aproximação entre as áreas em estudo, parece-nos necessário tecer algumas considerações importantes.

Pelo acima exposto, observamos que a construção da profissão enfermeiro passa por nuances que vão de uma categoria pacata, passiva, disciplinada, obediente e sub-serviente - a "superiores" e/ou ao Estado - a etapas de busca de uma nova prática social e expressão política, objetivando a edificação de uma identidade coletiva mais crítica e ativa socialmente, com afirmação profissional mais autônoma.

Essas contradições, conforme já mencionamos, são expressas nos diversos currículos ao longo da história, o que representa não apenas a historiografia dos fatos, mas realça a presença de grupos com atitudes e ideários bem diversos.

Frente a isso, e considerando que os currículos representam a perspectiva filosófica de um grupo (seus valores, suas atitudes e suas crenças), o grande desafio na formação do enfermeiro, segundo o nosso prisma, encontra-se na tomada de consciência, por parte de segmentos docentes, sobre a premência de se instrumentalizar técnica, científica e politicamente os futuros profissionais frente às questões sociais e políticas do país. Este trabalho implicaria em mudança de mentalidade, com conseqüente mudança de atitude profissional, o que nos parece fundamental, já que a elaboração do saber produz alteração nas relações e práticas de poder.

Atualmente, o que se observa com freqüência são cobranças de condutas morais e "qualidades" do profissional, aliadas à uma boa dose de disciplina, rigidez e intolerância. Tal fato pode ser constatado, no ensino de graduação, nos processos de avaliação dos alunos, onde perduram, em muitas disciplinas, os quesitos: "uniforme completo e limpo", "material de bolso completo", "boa apresentação", "unhas curtas e com esmalte íntegro", e "controle emocional", entre outros.

Tal constatação, vinculada ao fato da profissão ser predominantemente feminina, desemboca numa situação esdrúxula, onde a enfermeira assume o seu trabalho como uma continuidade do trabalho doméstico, desvalorizando-o enquanto profissão. Suplantar essa questão é um outro desafio a ser posto para o curso de graduação.

Paralelamente a isso, presencia-se grupos preocupados com uma análise crítica da prática atual da Enfermagem; contudo, majoritariamente estão envolvidos em pesquisas, evidências teóricas, e não em intervenções. A convivência com essa mesclagem de posições e práticas pedagógicas tem sido uma constante no cotidiano dos cursos de graduação em Enfermagem.

CAPÍTULO 4 - A HISTÓRIA QUE AS ENFERMEIRAS ESCREVEM SEM SABER QUE O FAZEM

Este capítulo destina-se à apresentação e análise dos resultados obtidos pelo presente estudo. Basicamente, são dois os fios condutores: a profissão e a política, através dos quais analisaremos as mentalidades expressas pelas enfermeiras docentes, frente à relação existente entre os "princípios-guias" da Enfermagem e a política, que expressam a divisão, a conservação ou a transferência de poder, nos conteúdos transmitidos.

A profissão será analisada à luz de dois indicadores: motivação para o ingresso e auto-percepção profissional. Dado que a Enfermagem é eminentemente feminina, tais indicadores serão analisados, também, sob a perspectiva do gênero, bem como sobre os "princípios-guias", associados a atributos típicos da natureza da mulher, tais como a abnegação, submissão e disciplina.

No que tange à política, trabalharemos com um indicador amplo, denominado "interesse por política", composto pelas seguintes dimensões: as atitudes, os comportamentos e as representações coletivas das enfermeiras docentes frente ao significado, ao interesse e ao exercício da política.

Para efeito de análise, buscaremos manter a distinção entre os relatos das enfermeiras docentes que "participam" (P) daquelas que foram "sorteadas" (S), respeitando a nossa opção metodológica, com o propósito de verificarmos se essa é uma variável significativa na expressão das mentalidades. Vale ressaltarmos que a análise será efetuada no contexto de 1993, ano em que os depoimentos foram obtidos.

Como já dissemos anteriormente, este trabalho estará centrado na análise das informações coletadas, e não na história de vida das nossas informantes; contudo, visando facilitar a contextualização dos dados obtidos, achamos pertinente traçar o perfil da amostra por nós determinada.

TABELA I - Distribuição das enfermeiras docentes entrevistadas segundo a década de formação, São Paulo, 1993.

Década de Formação	Enfermeiras Docentes		TOTAL f
	"Participam"	"Sorteadas"	
50	-	02	02
60	02	-	02
70	03	03	06
80	01	02	03
TOTAL	06	07	13

Como podemos observar, quase a metade das nossas depoentes cursaram a graduação em Enfermagem na década de 70, época marcada pelo endurecimento político, onde a super-valorização do tecnicismo nas universidades era uma constante. A relação estabelecida entre o regime e a Educação poderia ser observada através da atitude dos profissionais que se identificavam ou se opunham ao sistema.

Além disso, podemos deduzir que a grande maioria teve um ensino voltado para as técnicas avançadas em Saúde no campo da Medicina curativa, na área hospitalar, conseqüência do Parecer 163/72, do Conselho Federal de Educação, que previa o currículo mínimo do curso de graduação em Enfermagem.

Apenas duas dessas enfermeiras docentes habilitaram-se na área de Saúde Pública.

Um outro dado a ser levantado (TABELA II) é que a grande maioria das nossas depoentes cursaram a graduação na Escola Paulista de Medicina, o que nos parece relevante, visto que a nossa meta é discutir as mentalidades expressas nessa Instituição.

TABELA II - Distribuição das enfermeiras docentes entrevistadas segundo o local de graduação, São Paulo, 1993.

Escola	Enfermeiras Docentes		TOTAL
	"Participam"	"Sorteadas"	f
E.P.M.	03	06	09
Outras	03	01	04
TOTAL	06	07	13

A totalidade da amostra em estudo é composta por mulheres, sendo que mais da metade delas têm filhos.

Feitas essas considerações, partiremos para a apresentação e análise dos resultados, propriamente ditos.

4.1. A PROFISSÃO

a. MOTIVAÇÃO PARA O INGRESSO NA PROFISSÃO

Na busca do traçado das mentalidades expressas pelas enfermeiras docentes, procuraremos saber qual ou quais são os motivos que levam uma pessoa a optar pela profissão de enfermeiro.

Segundo a teoria da escolha ocupacional, formulada por Holland (MARTINS, 1978:59), a escolha de uma profissão é uma expressão da personalidade; o que nos leva a pensar que os membros de uma profissão têm personalidades e histórias similares de desenvolvimento pessoal, fazendo com que respondam de maneira idêntica a muitas situações e problemas.

Entendendo que o desenvolvimento da personalidade se dá através da intersecção do indivíduo com a sociedade, e tendo a clareza de que nossa intenção não é estudar a história de vida dos nossos informantes, buscaremos, na explicitação dos motivos sociais, a explicação da motivação individual dos nossos depoentes. Reforçando esse pensamento DAVIDOFF (1983:387) salienta que grande parte do comportamento humano dirige-se à satisfação de motivos sociais, ou seja, aqueles cujo cumprimento depende do contato com outros seres humanos. Esses motivos sociais, segundo o autor, surgem para satisfazer as necessidades do indivíduo sentir-se amado, aceito, aprovado e estimado por outros indivíduos, culminando na assertiva de que os motivos individuais coexistem com as motivações sociais.

Procurando apreender de nossas informantes suas motivações para o ingresso na profissão, solicitamos-lhes que falassem sobre o fato que fez com que optassem pela Enfermagem enquanto profissão. Apontaram uma somatória de

questões, que perpassam basicamente pela "inclinação" pela profissão (vocação), e que vão da influência de familiares e amigos, à influência de livros e revistas, ou à segunda opção no vestibular. Curiosamente, nenhum depoimento apontou para o mercado de trabalho ou para ascensão econômica, como motivos para o ingresso na profissão. Apenas duas informantes exerciam a Enfermagem antes de ingressarem na graduação; as demais relatam que desconheciam a profissão ao ingressarem nela. A seguir, transcreveremos fragmentos de alguns relatos com o objetivo de explicitarmos o exposto até então.

"Foi aquele sonho de criança, mesmo, que eu quis concretizar. Foi, sim, praticamente isso, mesmo. Eu lia muito a história de Florence Nightingale já da infância mesmo. (...) E foi uma das histórias que me comoveu muito, na época." (S)

"(...) A minha mãe era uma pessoa que ajudava muito outras pessoas doentes, de um modo geral. Em qualquer circunstância ela ajudava. Então, eu fui criada nesse ambiente de muita ajuda às pessoas." (S)

"(...) Eu, quando escolhi fazer o curso de Enfermagem, não tinha realmente conhecimento do que era a profissão. A minha ideia da profissão era assim: uma coisa romântica, aquela coisa de estar lendo revistas, livros, onde a enfermeira aparece como heroína, caridosa, que faz bem ao próximo." (P)

"(...) Foi um livro que eu li: 'Noites de Vigília'. E o que me impressionou muito foi a responsabilidade que a enfermeira precisava ter. Então aquilo me atraiu e eu tive vontade de fazer Enfermagem." (S)

"(...) Eu acho que quando eu entrei na Escola, nem eu mesmo sabia o que era." (S)

"Eu não tinha muito claro o que era enfermeira. Para mim a Enfermagem estava ligada à área de assistência materna, às famosas parteiras, para nós, que inclusive eram, na minha época as que tinham mais prestígio." (P)

"Não foi a Enfermagem a minha primeira opção, realmente eu comecei a me preparar para o vestibular (...) com vistas à Medicina (...) Não sabia como era a Enfermagem, mas resolvi vir fazer o exame." (P)

"(...) Trabalhava no hospital como atendente de Enfermagem (...) com os mesmos médicos (...). Eles achavam que eu tinha que ser enfermeira (...). Me pagaram a inscrição do vestibular (...), por acaso eu passei. Conscientemente eu me dei conta que era enfermeira depois que eu entrei na Faculdade. Eu não seria hoje nenhum outro profissional, mas foi por acaso." (P)

"(...) conversei com uma parteira e ela começou a me colocar algumas coisas que tinham a ver. Eu comecei a me interessar e resolvi fazer a Enfermagem para ver como que era." (S)

"Tinha uma amiga minha de São José e ela sentou do lado e eu falei: o que você vai prestar? Ela falou assim: eu vou prestar Enfermagem. Daí eu perguntei se era bom, e ela falou: nossa, é a profissão do futuro! Sabe, vai ser uma coisa assim (...). E eu prestei Enfermagem. Entrei de gaiato no navio. Foi bem isso. Não tem outra explicação." (P)

Através desses depoimentos, podemos observar no desconhecimento prévio da profissão, uma idealização coletiva da enfermeira, na figura da heróina, da mulher abnegada, devotada, fato esse presente na sociedade como um todo, onde a imagem da enfermeira veicula ou o "anjo branco" ou a "mulher fatal".

Em outros fragmentos, observamos, por parte das depoentes, uma tomada de consciência sobre a profissão, principalmente no que tange ao retorno financeiro, ao status profissional e ao reconhecimento social, no momento em que relatam se indicariam a Enfermagem para alguém do seu apreço. É possível notar, nas falas, a preocupação com os aspectos econômico e social, bem como o afloramento do estereótipo da profissão feminina:

"(...) Eu não recomendaria. Ela não vai conseguir ser independente economicamente. E hoje, para a mulher é importante. Na minha época, eu nem imaginava esse tipo de coisa. Eu sabia que ia casar. E hoje não é assim." (S)

"Olha! Eu acho que depende muito do objetivo que essa pessoa tem. Se for um objetivo de ser reconhecido, de ter um lugar social, de ganhar bem: não, não recomendaria." (P)

"É difícil, pois hoje em dia a situação de vida está muito mais difícil do que naquele tempo; de modo que a gente não pode deixar de pensar nesta questão material, financeira. Mas é que sempre tem gente assim idealista (...)". (P)

"Eu recomendaria no seguinte sentido: quais são os valores que a pessoa tem, ou que ela quer? E que fique muito claro para ela que se ela quer prestígio, se ela quer um reconhecimento social e um reconhecimento financeiro, ela, da profissão, com certeza não terá." (P)

"Eu acho que tem preconceito sim, meu, próprio (...). Eu acho assim, se tiver a fim, muito a fim, sim; mas não é uma área que está lhe dando retorno, nem no ponto de vista de função, nem no ponto de vista financeiro." (P)

"Não recomendaria; você não tem autonomia. Qualquer profissional fala que é profissional liberal, mas você não tem isso. E o adolescente, hoje, é mais político, mais esclarecido. (...) Ele busca uma conquista mais alta do que só se dar (...). Eles querem alguma recompensa mesmo, profissional, financeira, do conhecimento." (S)

Vemos que o conteúdo dos depoimentos expressa, principalmente, a falta de prestígio social e financeiro da profissão. O preocupante é que são relatos de pessoas responsáveis pela formação de novos enfermeiros e, conseqüentemente, pela perpetuação desses valores. Nota-se uma postura de aceitação e comodidade nas falas, como se houvesse uma pré-determinação do estigma social da profissão - fato esse belamente resgatado por uma de nossas informantes:

"Eu não tenho dúvidas: a nossa profissão, a nossa área de ação só não cresceu mais porque as pessoas deixaram de acreditar na sua própria potencialidade pessoal, como também na sua potência social. Eu não vejo a Enfermagem assim no sentido de ... É um prestador de serviços, sim, e área terciária da Economia; não tenho dúvidas. Não adianta querer gerar conhecimento de alta tecnologia que não é por aí. Mas eu tenho uma forma, um caminho: que eu tenho que trabalhar com profissionais da mesma área, até com objetivos que, às vezes, sejam conflitantes, mas que eu tenho uma profissão importante. Eu, a profissão, eu enfermeiro, eu acredito nisso, e se eu acredito nisso eu recomendo para quem tiver vontade de lutar, entrar nessa, mas se não tiver vontade, não vale a pena tentar." (P)

As dimensões expressas nos depoimentos podem ser resumidas da seguinte maneira: a Enfermagem é uma profissão feminina, sem status social, sem valoração econômica, exercida por pessoas "idealistas".

b. AUTO-PERCEPÇÃO DA PROFISSÃO

A imagem de uma profissão consiste na sua interpretação subjetiva, dos profissionais em particular, que se reflete nas atitudes, nos comportamentos e no imaginário coletivo da sociedade de uma forma global. Pode-se dizer que as imagens são fabricadas perceptivamente e/ou artisticamente, e comercialmente (MELO, 1990:123).

A Enfermagem profissional, como já descrevemos nos capítulos anteriores, foi socialmente concebida como feminina, dependente e voltada para atender ao saber médico masculino; desprovida, portanto, de status e identidade própria. Esta imagem, veiculada até hoje pelos meios de comunicação, encontra-se solidificada na sociedade.

RATTO (1989:15) aponta como um problema fundamental da profissão a não-tomada de consciência por parte da maioria dos enfermeiros, e da sociedade, de que a Enfermagem é carregada por estereótipos femininos; onde o papel e o status da enfermeira subordinam-se ao papel e ao status da mulher.

Essa não-consciência da distinção sexual da profissão é facilmente captada nos relatos de nossas depoentes, quer no momento em que falam da escolha da profissão, quer no momento em que falam de recomendá-la a alguém do seu apreço:

"(...) Quando eu prestei Vestibular, eu não pensava se eu era mulher ou não. Mas na minha família pensavam. O preconceito batia o tempo inteiro, porque eu não podia fazer Agronomia, porque eu não era homem." (P)

*"(...) Eu acho que a questão do cuidar é um papel muito imputado à mulher. Mas na época que fiz Vestibular, isso não era consciente."
(P)*

*"Eu acho que o fato de ser mulher não interferiu na minha escolha."
(S)*

*"(...) Eu nem pensei se era uma profissão muito feminina ou não."
(S)*

*"Não sei, nunca parei para olhar desse lado. Sei de todo esse preconceito que tem, que acontece. Mas por eu ser mulher, não sei ..."
(S)*

Quando se observa a conscientização sobre o fato de a profissão ser feminina, esta é apontada como algo normal e socialmente aceito:

"Eu acho que interferiu bastante. (...) que a maneira como a nossa geração foi criada pesou bastante. Todo aquele lance de que tudo que você faz tem aquele caráter de mãezona. Eu acho que tem tudo a ver; não tenho dúvida." (S)

"(...) Penso agora, quando você me pergunta se eu aconselharia alguém a fazer Enfermagem, eu penso na minha filha, que ainda vejo o aspecto feminino (...)." (P)

"(...) Se eu tivesse uma filha que optasse por fazer a Enfermagem, sem dúvida alguma, poderia fazer." (P)

"Não, só se ela tivesse muita vontade, se ela reconhecesse o que é ser enfermeira." (S)

"Eu recomendo sempre fazer Enfermagem (...), a Enfermagem, antes de mais nada, é satisfação pessoal. A mulher sendo enfermeira, ela se realiza através do serviço ao próximo, ela inclusive pode resolver até os seus próprios problemas." (S)

ROSEMBERG (1983:23) salienta que a abertura do ensino superior às mulheres, manteve a dicotomização entre as carreiras masculinas e femininas, reforçando a mentalidade da divisão sexual, onde as carreiras são consideradas mais ou menos privilegiadas, em conformidade com o sexo de seus ingressantes. Cria-se assim, conseqüentemente, uma estrutura segregacionista de empregos.

Acrescido a essa não-consciência do estereótipo feminino, detecta-se, nos relatos das enfermeiras docentes, um forte sentimento de inferioridade, quando solicitado que descrevessem as características do profissional enfermeiro; a imagem do indivíduo submisso prevalece nos discursos:

"O enfermeiro é subordinado, submisso, não é um ser pensante. Ele não se faz pensante por comodismo, eu acho." (S)

"(...) Ele é submisso, desde o começo. Ele aprende a ser submisso. Ele aprende a ser subordinado, ou então ele adquire o reverso da moeda - eu mando. Então ele não é aquele que faz, que seria o mais indicado. Ele é aquele que manda fazer (...). A subordinação, a submissão e o mandar são características básicas que o enfermeiro adquire dentro da escola." (S)

"(...) Está um pouco difícil definir quem é o enfermeiro. Você o distingue pela conversa, pelo diálogo. Eu tenho impressão que ele não tem assim uma visão muito ampla das coisas (...). É como se ele fosse um tarefeiro." (S)

"As enfermeiras são aquelas pessoas mais submissas. No andar a gente percebe isso; no olhar a gente percebe isso. Você pode estar vestida da mesma forma de branco (...). Você vê na rua, você identifica na hora quem é médica e quem é enfermeira, quem é auxiliar. E o pior é que agora, mesmo assim, a gente pensa que é auxiliar e é enfermeira." (S)

*"(...) É uma pessoa mais submissa, pessoa que não raciocina muito."
(S)*

Além da imagem posta da enfermeira submissa, podemos observar nos relatos a sobreposição do papel da mulher (esposa e mãe) ao da enfermeira (profissional), fazendo da profissão a extensão do lar e agravando, conseqüentemente, qualquer discussão trabalhista:

"Eu acho que é um indivíduo muito passivo; é um indivíduo que se acomoda a situações. Claro que você consegue detectar algumas exceções, mas a grande maioria é uma pessoa que vê alguma coisa que é a extensão da casa dela, mas que ela não encara como profissão; ela encara como se estivesse administrando uma extensão da própria casa." (P)

"A enfermeira é a dona de casa louca. Se você olhar e ver alguém que está querendo segurar o Raio X com a perna, resolver a nutrição que não chegou, o laboratório que não foi, o paciente que não tomou banho, a medicação que está atrasada, aí está a enfermeira. É a dona de casa do hospital." (P)

"(...) Eu acho que tem que ser a pessoa que esteja disposta a comprar a briga do paciente. (...). Como se ela estivesse protegendo, amparando, tomando conta, mesmo, do paciente." (S)

A obediência ao médico e serviência ao paciente também estão explicitados nos discursos:

"A enfermeira é aquela que estuda para ter condições de cuidar do doente (...). Deve seguir o que o médico manda e, em algumas coisas, ela teria condições decisórias para poder atuar sem perguntar para o médico. Em algumas coisas, por exemplo, um banho, um curativo, ela pode fazer sem ordem médica." (S)

"(...) a nossa função enquanto enfermeira é servir ao próximo." (S)

Observamos, também, nos relatos, um distanciamento da enfermeira docente em relação à conceituação que faz do enfermeiro. Percebe-se uma certa "neutralidade" nas falas, como se o sexo, a submissão, a obediência e a sub-serviência fossem características das "outras" enfermeiras e não suas. Nota-se maior criticidade e incorporação da profissão como algo vivenciado na fala de algumas depoentes, particularmente entre aquelas que "participam":

"(...) Para você ter realmente uma definição de Enfermagem, enfermeiro, na sociedade, teria que ter uma sociedade onde nós (...), cidadãos, quiséssemos ser cuidados por pessoas com uma profissão tal, e isso não tem." (P)

"Eu achava que enfermeira tinha uma cara. Tinha aquela caracterização da pessoa submissa, pessoa mais humilde, da pessoa mais recatada, não reivindicativa. Eu não vejo assim mais, e não vejo que tenha uma cara única. Eu vejo a enfermeira com muitas caras, com a cara de todas nós." (P)

"Eu acho que o enfermeiro não tem ainda uma definição profissional muito clara, ao mesmo tempo que tenta fazer tudo, ou quase tudo, pois não abre mão de nada, no sentido da amplitude da profissão de cuidar do homem, de administrar as questões da equipe de Enfermagem. Existe uma preocupação grande no sentido de cuidado direto, e dificuldade de constatar se é generalista ou especialista (...). Na medida em que não se tem definição clara, você abre mão de determinadas coisas muito rapidamente. Eu acho que aí está a fragilidade da nossa profissão." (P)

4.2. A POLÍTICA

a. O INTERESSE POR POLÍTICA

Indubitavelmente o conceito de política é amplo e abrange todas as espécies de atividade diretiva autônoma. Neste estudo, adotaremos o conceito weberiano, onde

"política é o conjunto de esforços feitos com vistas a participar do poder ou a influenciar a divisão do poder". (WEBER, 1967:55-7)

sendo o poder uma aspiração de todos que se envolvem com ela.

Com o objetivo de analisar as mentalidades das enfermeiras docentes, no que diz respeito à política, visando relacioná-las à auto-percepção e ao exercício profissional, argüimos as nossas depoentes sobre qual o grau de interesse que dispensavam à política. Para tal, solicitamos que respondessem à questão: De maneira geral, você se interessa muito, mais ou menos, ou não tem nenhum interesse por política? Alguns dos dados obtidos, foram os seguintes:

"Eu me interesso muito." (P)

"Eu acho que a gente não pode ficar sem uma política. Esse meu interesse pela política foi mais, digamos, a partir da década de 80 (...). Eu acho que é uma questão assim: se você começa a engajar não tem mais retorno, ou você acredita numa coisa ou não. Não dá para ficar neutro." (P)

"Eu comecei a dar valor à política acho que de uns quatro anos para cá. Antes, assim, administração e política eram duas áreas em que eu falava: eu não me meto. Mas sem política a gente não consegue trabalhar (...). A gente fica muito alienada, muito fora do contexto do trabalho, do contexto social e eu acho que o nosso sistema é isso. Vive em função da política. Ou você entra e tenta combater isso que você acha que está errado, ou você se alia e tenta melhorar a situação. Eu tenho tido mais interesse mesmo pela política." (S)

"Eu não sou partidária. Não tenho partido político; nunca tive. Eu tenho posicionamento político (...). Me interessa por política." (P)

"Eu tenho um grande interesse, assim, de acompanhar o que está acontecendo. Mas eu acho que na minha formação nunca houve alguma coisa que me dissesse que a gente é cidadão participante. Eu achava que política, para participar, era quem gostava. E eu gostava muito de política eleitoral; de escutar rádio e tudo mais. Mas a minha participação ativa não." (S)

"Me interessa muito, porque a política está presente no cotidiano nosso." (P)

Podemos observar, nos depoimentos, majoritariamente no das enfermeiras docentes que "participam", um grande interesse pela política. Observamos, ainda, em alguns outros, que esse interesse foi conquistado durante o percurso profissional, sendo solidificado a posteriori.

Em contrapartida, constatamos - preponderantemente, nas falas das depoentes "sorteadas" - um menor grau de interesse pela política, que passa a ser

vista como algo "inatingível", de "difícil compreensão", apesar de ser considerada como uma prática importante:

"Acho que, mais ou menos, eu não tenho tanto conhecimento como julgo que deveria ter. A gente procura ler bastante, escutar várias pessoas de várias correntes. É claro que eu tenho uma tendência maior para uma coisa que outra. Mas percebo que, às vezes, eu até compro uma briga. Mas meio vazia em termos de argumentos." (S)

"Eu gostaria de entender muito mais de política para poder participar melhor (...). Mas dentro da profissão acredito que fiquei bastante alienada, muito marginalizada. Então, eu conheço muito pouco (...). Eu sinto falta, mas eu acho que é um pouco tarde. Mas é importante." (S)

"Me interessei muito, fui ativista do PCB. Mas hoje eu me interessou mais ou menos." (P)

"Mais ou menos, eu me desencantei um pouco." (S)

"Acho que falar nenhum interesse eu acho que é muito. Falar mais ou menos eu estou mais para o menos. Acho que mais ou menos, nunca me envolvi com política. Não sei, não entendo muita coisa." (S)

Notamos, também, em um dos depoimentos, uma certa confusão e vinculação entre o interesse pela política e os preceitos religiosos de aceitação e amor ao próximo:

"Vou dizer sinceramente: para mim, a política - claro que todo mundo tem que ser político - de uma forma ou outra eu acho que nós praticamos a política, quer dizer explícita ou implicitamente. Agora, eu não sou uma pessoa voltada para a política, vamos dizer. A minha política é a da boa vizinhança, da aceitação ao próximo como ele é (...)." (S)

Frente a isso, e buscando subsídios para complementar a análise que nos propussemos, questionamos nossas depoentes sobre se a religião interfere ou não na profissão. Assim, solicitamos que descrevessem se a sua atuação profissional sofre interferência da sua opção religiosa. Obtivemos os seguintes posicionamentos:

"Eu acho que interfere, sim. Eu acho que essa necessidade de crença em alguma coisa maior do que a gente é importante. E até em termos de entendimento das pessoas. Nesse sentido interfere, sim." (P)

"(...) Eu acho que ajuda a amadurecer ou a enxergar de outro jeito, a tristeza, a angústia, a doença. (...). É importante, pois a gente dá mais serenidade para o doente." (S)

"Eu acho que nós vemos no doente o sofredor; naquele que está sofrendo o outro Cristo. Nós podemos ter muito maior realização através disso. Eu acho que a religião ajuda demais." (S)

Vemos que esses depoimentos trazem implícito o princípio de abnegação, onde a profissão é tratada como uma "vocação"; onde, muitas vezes, são cobrados dogmas dos enfermeiros para o seu exercício, tornando a profissão vulnerável a questões de ordem política. Já em outros depoimentos, constatamos uma visão crítica da interferência da religião na profissão, onde as depoentes

buscam, na história da Enfermagem, as explicações para as atitudes das enfermeiras:

"Interfere. Eu vejo aqui. Lógico que o fato dessa Escola, eu não sei nas outras, ter sido criada, fundada e muito tempo dirigida por irmãs, isso tem uma influência muito grande aqui na Escola. Na maneira de proceder, nos valores das pessoas. Assim como teve coisas muito positivas, também trouxe uma série de coisas que, até agora, têm os seus remanescentes. Então fica assim, a submissão é uma das heranças, eu acho (...)." (P)

"Eu acho que até muito pouco tempo era muito relacionada uma coisa com a outra. (...). Não sei se você viu na porta da Escola aquele painel (...) aquela passagem do Bom Samaritano. Então foi muito relacionada na minha formação: Enfermagem, religião, caridade, essas coisas. Na minha formação isso foi muito pesado, pesou muito isso. Mas hoje eu me sinto totalmente libertada disso." (S)

"Sem dúvida, sem dúvida que interfere. Porque a maneira mais dócil de você fazer a Enfermagem é a religiosa. Mas se você for ver, as freiras não são dóceis com os seus pacientes, muito pelo contrário (...)." (P)

"Toda a história da Enfermagem está calcada em bases religiosas. Então eu acho que ela tem a sua importância histórica dentro da Enfermagem e dentro das ações, mesmo, sem dúvida alguma. Mas eu acho que aí é o conhecimento e a capacidade de ser crítico que vai fazer a gente conseguir mudar essa história. E essas interferências que hoje, eu creio, são consideradas ruins dentro da Enfermagem. Esse cunho religioso visto de um lado negativo." (P)

Encontramos, ainda, depoimentos onde categoricamente as depoentes afirmaram que não existe nenhuma relação entre a profissão e a religião:

"Não. Não interfere." (P)

"Acho que não tem relação, não." (S)

"Não sei. Acho que não. Não sei." (S)

"Não. Para mim não. Caminham junto comigo, mas para as pessoas eu acho que interfere. Eu acho (...)." (P)

"Não. Tem que vir de dentro da pessoa, mesmo. E da pessoa, mesmo. Jamais você deve falar nisso numa Escola." (S)

Dando prosseguimento à nossa análise, argüímos nossas depoentes sobre o significado da expressão "fazer política". Alguns dos dados obtidos foram os seguintes:

"Fazer política é negociar, negociar o tempo todo. Você negocia um bom cuidado, você negocia uma boa assistência, você negocia uma boa aula, você negocia um bom currículo. Você coloca as suas idéias e negocia com a do outro. Tenta achar um caminho que seja mais correto." (P)

"(...) É você entender as intenções das pessoas. É você tentar trabalhar no seu meio, tentar não só se beneficiar. É fazer com que as pessoas que trabalham ao seu redor se despertem para isso, para que não fique só você querendo trabalhar e os outros não participarem. Política é participação." (S)

"É você criar condições, meios, táticas para que a idéia ou valor em que você acredita seja aceito pelas pessoas." (S)

"Eu vejo assim, ao se preocupar em melhorar algumas coisas, de uma certa forma, você está fazendo política." (S)

"É participar. É você saber exatamente o que você quer e por que você está fazendo isso. É ter a mente aberta." (S)

"É interferir nos rumos dos negócios do país." (S)

"(...) É você ter um corpo de concepções na sua cabeça e acreditar, e fazer valer na sua prática de vida." (P)

"Política para mim não é isso que nós estamos vendo de eleição, representantes, nada disso. Para mim política é o exercício de cidadania. O meu direito e o meu dever estão vinculados à política (...). Não é uma coisa assim de se vincular no partido A, B ou C." (P)

Notamos, nitidamente, uma mudança nas concepções que nossas depoentes expressam sobre o que entendem por "fazer política", quando contrastadas com os conceitos referentes à profissão e à religião. Dá para perceber, nas falas, a presença dos princípios de divisão, conservação ou transferência do poder, bem como a preocupação da estratégia da participação como forma de fazer política.

Tomando esse pensamento por base, ao prosseguirmos nosso estudo, argüímos nossas depoentes sobre se a participação política poderia interferir na profissão. Obtivemos os seguintes depoimentos:

"Eu acho que, obtendo conquistas para a profissão do enfermeiro, a participação é boa. Se ele estiver ocupando os postos de decisão pode mudar alguma coisa." (S)

"Só interfere. Eu acho até que a gente não consegue tantos avanços porque a gente tem muito pouca participação política (...)." (P)

"(...) Eu acho que o dia que tiver enfermeiro realmente consciente para brigar pela política, e brigar por nós dentro da política, e o dia que a gente for uma classe que saiba pelo quê brigar, eu acho que a gente vai conseguir alguma coisa (...)" (S)

"Lógico, ele ia melhorar muito. Melhoraria cem por cento (...). O enfermeiro participaria mais, haveria maior participação e ele saberia porque participa (...)." (S)

"Eu acho que é mais uma frente para que a gente esteja vendendo os nossos valores, as nossas crenças, vendendo o nosso peixe." (S)

"Acho que interfere bastante. A pessoa trabalha mais conscientemente, deixa de trabalhar mecanicamente. E isso é assim, eu percebo em mim mesmo." (S)

"Acho que pode. Se ele participar, acho que ele começa a perceber mais coisas. Que ele pode começar a enxergar mais coisas. Começa a se envolver, começa a se tornar mais crítico. Mas isso depende de cada uma. Mas acho que pode influenciar." (S)

"Acho que sim, os meus posicionamentos interferem. Eu os vejo como favoráveis. Não sei se quem está do lado de lá concorda com isso." (P)

"Pelo que eu observo interfere (...). Mas não é feito (...). Você tem poucos exemplos de enfermeiras que brigam politicamente. Você tem poucos exemplos de docentes que brigam politicamente (...)" (P)

"(...) É uma coisa saudável. Faz parte da vida da gente. Num momento da vida você tem que resolver isso (...). Tem que ser estimulado desde os alunos até todos os docentes, dos mais velhos aos mais novos." (P)

"Interfere. Só que quem está fazendo isso na nossa profissão, largou de ser enfermeiro. E não é por aí. Interfere porque você se dedica mais a essas questões (...). Você vai lutar melhor, vai querer uma assistência melhor para você e para o outro também, como cidadão. Você vai querer saber porque está tratando tanta diarreia e não câncer, por exemplo." (P)

Observamos pelos depoimentos que é unânime a crença de que a participação política é positiva para a profissão. Contudo, quando a enfermeira docente aponta essa necessidade, projeta-a para o "outro" enfermeiro, como se a participação estivesse longe de si. Uma delas cria inclusive um tal distanciamento, prevendo que o indivíduo que se envolve politicamente acaba por perder a identidade profissional.

Para finalizar essa etapa de depoimentos, buscamos detectar as atitudes e os comportamentos expressos pelas nossas depoentes sobre o exercício da política no ensino (sala de aula, campo de estágio), na assistência e nas associações de classe.

Em uma primeira instância, solicitamos às enfermeiras docentes que expressassem suas opiniões sobre o ato de discutir, com alunos, questões de cunho político, em sala de aula ou campo de estágio. Obtivemos os seguintes relatos:

"Eu não tenho este hábito, porque foi o que eu falei logo no início, eu não conheço. Não precisa ser assim um cientista político. Mas ele precisa conhecer com mais profundidade a política. E eu sei da minha limitação (...)." (S)

"Se discutir é pensar, fazer refletir, ajudar a raciocinar (...), então eu faço isso em qualquer oportunidade." (P)

"(...) Eu creio ser impossível deixar de discutir política quando se faz formação de pessoal na área da Saúde. Não há condições de deixar de discutir política." (P)

"(...) Se você não passa formação política para a enfermeira, ela passa a ser submissa a uma coisa muito bonita que colocam para ela, que é o paciente. Então o paciente não pode ficar sozinho, não pode ficar descuidado, porque a enfermeira tem que ficar cuidando, cuidando, cuidando ... Isso faz com que ela não participe de lutas políticas. O estar ausente não existe para ela." (P)

"Eu tenho discutido mais no campo de estágio. Os momentos de aula teórica são, não sei se pela metodologia que a gente adota, aquela coisa de aula, conteúdo que tem que dar conta, e tal, eu acho que o campo de estágio propicia mais a discussão. Eu acho necessário estar discutindo, acho que faz parte da formação do aluno. Acho que a única coisa que não pode fazer é colocar a minha posição como verdadeira, como a certa, ou como dogma, alguma coisa desse tipo. Eu acho que a gente tem que tentar é exercitar no aluno a capacidade de refletir as questões políticas." (P)

"Eu acho super-importante. Mas eu acho que elas têm que ser fundamentadas em alguma coisa que está acontecendo na prática, no campo (...)." (P)

"Eu acho importante e eu faço em sala de aula. Mas no campo eu não consigo porque é meio restrito lá (...)." (S)

"Faço. Sei que às vezes a gente acaba assustando alguns alunos, porque esperam até que a gente tenha alguma atitude um pouco mais passiva dentro da unidade que, tipo assim, existe um limite. É claro que a gente não pode interferir em certas coisas. Mas fora este limite é até obrigação moral (...)." (S)

"A gente nunca tem muita noção sobre o que pode falar e o que não pode. Eu tomo muito cuidado com o que eu falo. Nem sempre eu exponho todas as minhas idéias, não." (P)

Dá para notar nas falas que a enfermeira docente tem consciência da importância da instrumentalização política no ato de ensinar. Mais ainda, ela percebe que o "cuidado" é um ato político. Observa-se que nenhuma depoente nega a necessidade do estabelecimento da discussão sobre política. No entanto, nem todas sentem-se aptas e/ou à vontade para desenvolver este trabalho.

Prosseguindo nossa análise, solicitamos às entrevistadas que relatassem se participam das decisões políticas nos locais onde mantêm campo de estágio. Vale mencionar que, majoritariamente, os locais utilizados para assistência são unidades de internação hospitalar, e que, preponderantemente, as depoentes atuam em programas de integração docente assistencial. Foram os seguintes os depoimentos:

"Interfiro na discussão, entro no planejamento, na execução. Você tem que dar a cara para bater. Na hora que você monta a coisa, tem que estar lá junto, você não pode dar até logo. Não é por aí a coisa." (P)

"Veja, no momento sou soldado, soldado comandado por não estar ocupando cargos de representação. Mas é aquele negócio: você vira a coisa conforme a sua voz, e eu não consigo ficar numa reunião sem abrir a boca." (P)

"Eu vejo, a nível individual, muito pequenas as conquistas no campo de estágio. Por isso que eu estou participando do Conselho (...)." (P)

"Participo muito. Eu acho que eu não me calo não. Na hora que tem que falar, eu falo (...)." (P)

Observamos nos relatos das depoentes que "participam", que elas se envolvem naturalmente nas decisões tomadas nos locais onde prestam assistência e ensinam, fato esse não observado entre aquelas que foram "sorteadas":

"O (...) tem uma característica de ser entidade filantrópica (...). Então a gente não tem poder, nem política, nem nada lá dentro. Não tem, mesmo (...)." (S)

"Não, ele é utilizado apenas como campo de estágio." (S)

"Não. Diretamente, não. A gente colabora informalmente, tipo falando com a enfermeira. Indiretamente a gente procura dar uns toques. Mas a gente não tem autonomia (...)." (S)

"É uma coisa à parte. É meio que assim: a gente vai, usa o campo, ajuda, tem uma relação até que boa com a Unidade, com os funcionários. Mas é uma coisa meio que assim: a gente vai, faz e vem embora (...)." (S)

Observa-se nos depoimentos a seguir que as depoentes percebem a importância da participação, só que não a realizam pelos motivos apontados:

"O campo de estágio é (...), nós já tentamos desde que estamos no Departamento algumas inserções. Essas inserções, elas nunca foram claramente barradas, mas também nunca foram facilitadas, porque é uma das clínicas que funciona como que um feudo. E, na realidade, a participação é mais dos médicos, mesmo. É muito fechada a nível dos médicos, e enquanto docente a gente fica naquele papel, mesmo, meio sem função aí dentro. Quer dizer, para participar na questão dos níveis administrativos maiores." (P)

"No meu campo específico e na minha posição atual, muito pouco. Porque eu não tenho participação assim a nível de colegiado nenhum. Minha função é muito mais com o pessoal que atua no dia a dia." (P)

"Atualmente não. Houve uma época em que a direção do Serviço de Enfermagem do (...) era ocupada por uma das nossas docentes. Então nesse período (...) a gente participou muito, dando opiniões (...)." (S)

Finalizando essa fase sobre a discussão do exercício da política, solicitamos às nossas depoentes que relatassem sobre o seu envolvimento junto às entidades de classe. Tomamos o cuidado de omitir datas, bem como alguns dados que pudessem identificar a depoente, assegurando assim, o sigilo acordado com elas no momento das entrevistas.

Constata-se que as enfermeiras docentes que "participam", tem e/ou tiveram um envolvimento político nas entidades de classe, majoritariamente relatam que ocuparam cargos nas diretorias. Nota-se que a ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem) é a que concentra o maior número de depoimentos, seguida pela ADEPM (Associação dos Docentes da Escola Paulista de Medicina). Ninguém menciona o Sindicato dos Enfermeiros como locus de participação, o que referenda o nosso pressuposto de que o docente de Enfermagem não o reconhece como entidade representativa.

"Nas entidades da Enfermagem, eu pago e voto. Na ADEPM, aí, sim, tenho uma função mais definida. Tenho um posicionamento mais firme, mais presente, mais efetivo, mesmo. Em vez de eu sair e discutir lá não sei aonde, prefiro atravessar a rua e discutir aqui dentro." (P)

"Eu fui da diretoria da ABEn-São Paulo na gestão (...) e eu continuo participando. Na ADEPM só vou nas assembleias." (P)

"Eu participo da ABEn. Particpei da diretoria em duas gestões (...). Agora, na ADEPM, não tenho participado. Participava nas assembleias (...)." (P)

"Hoje não participo em nenhuma entidade de classe. Só a ADEPM. Mas não participo muito também. Infelizmente, é uma crítica que eu faço a mim mesma. Fui da diretoria da ABEn-São Paulo (...)." (P)

"Bom, da Enfermagem, eu já fui membro de uma diretoria da ABEn-São Paulo (...). Fui candidata ao COREN (Conselho Regional de Enfermagem) (...)." (P)

Nos depoimentos das depoentes "sorteadas", percebemos um distanciamento do exercício político junto às entidades de classe. Relatam que são filiadas e que, no máximo, exercem o direito do voto:

"Sou filiada e voto. Agora, participação, eu nunca tive." (S)

"Sou filiada e voto. Na ABEn e ADEPM." (S)

"Sou filiada e voto. Agora, participar em termos de discussões, ir às reuniões e participar de chapas, e fazer campanhas, nunca fiz isso." (S)

"Participo da ABEn e do COREN. Sou filiada. Na ABEn, fui na festa de fim de ano, participei da Festa de Natal. Quando eu posso eu participo. Eu gosto de participar, aliás eu sinto não participar mais." (S)

"Pertencço à ABEn. Voto sempre e não tenho muita participação lá dentro, honestamente." (S)

"Só de membro efetivo, na ADEPM, COREN e ABEn. A ABEn é tipo assim, ano sim, ano não, eu esqueço de pagar a anuidade. E no sindicato eu não entro, mesmo (...) Eu acho que o pessoal só está querendo ganhar dinheiro em cima da gente. Querem criar mais cargos." (S)

"A única é a ABEn. Das outras, eu nem sei direito como funcionam. Na ABEn eu sou sócia só. Nunca votei e nem fico sabendo dessas coisas." (S)

CONCLUSÃO

A análise das atitudes e dos comportamentos presentes nas representações coletivas dos enfermeiros docentes, perpassa, indubitavelmente, pela relação estabelecida entre o poder e o saber, visto que a profissão não só é produzida por relações de poder, como está envolta por ele e pela formação de "saberes".

A historiografia realizada demonstrou que a Enfermagem profissional é socialmente concebida como feminina e dependente, além de ser voltada para atender ao saber médico, em princípio, masculino; é desprovida, portanto, de status e identidade própria. Constatamos, também, que a produção do saber pelo enfermeiro se dá, majoritariamente, na academia, sendo pouco absorvido pela categoria como um todo. Esta, por sua vez, adota para si a execução e a administração do cuidado, utilizando para tanto o poder disciplinar.

Buscando atender ao objetivo proposto por este trabalho, que é o de apresentar as mentalidades expressas pelo enfermeiro docente quanto à profissão e à política, concluímos que os princípios de submissão e abnegação são muito fortes na representação coletiva da profissão de Enfermagem. De forma consciente ou não, esses princípios afloram nas atitudes e comportamentos da maioria das pessoas entrevistadas. A disciplina, por seu turno, é utilizada como uma técnica para o "enquadramento" do pessoal nos serviços, onde o enfermeiro convive com as relações de poder.

No que tange à profissão, observamos pouca diferença entre os depoimentos das enfermeiras docentes que "participam", daquelas que foram

"sorteadas", o que nos leva a concluir que os "princípios-guias" são, de fato, parte do imaginário coletivo da profissão. Por outro lado, quando a temática é a política, observa-se uma nítida diferença entre os depoimentos, sendo que a enfermeira que "participa" explicita suas intenções em atuar nas arenas de disputa do poder, seja entre os seus pares, seja em outros espaços políticos além da corporação profissional. Já as "sorteadas", apesar de não negarem a importância da política, nem sempre a exercitam e nem se dispõem a participar nesse sentido. Tal fato nos induz à crença de que a questão política não é parte integrante da mentalidade da profissão, mas, sim, das características individuais dos seus exercentes, tal como apontam as diferentes teorias de participação política quando tentam explicar as razões pelas quais alguns indivíduos se tornam envolvidos em política e outros não o fazem.

Acreditamos que a tomada de consciência, pelos enfermeiros, de que os princípios de abnegação e submissão são muito fortes na profissão e que interferem sobremaneira no seu exercício, torna-se condição vital para a sobrevivência da mesma. Já a reversão do status social e, conseqüentemente, financeiro, que implicaria em luta política, ao mesmo tempo profissional e feminista, ainda se encontra longe de ser atingida.

No que tange à sua formação, a profissão encontra-se num período fecundo, tendo em vista a aprovação pelo Conselho Federal de Educação do Novo Currículo Mínimo para o Curso de Graduação em Enfermagem, certamente mais progressista que os anteriores. Contudo, partindo da premissa de que as mentalidades expressam as atitudes, comportamentos e representações coletivas de uma prática, fica a seguinte questão: será possível reverter o processo da construção social da profissão em busca de uma identidade própria, sem o enfrentamento das mentalidades postas e vividas por seus exercentes? Cremos que

qualquer modificação estrutural na formação do enfermeiro que não considere essa questão implicará, simplesmente, em uma mudança de roupagem.

Entretanto, sendo este um estudo exploratório, como tal destina-se, apenas, a oferecer pistas para novas pesquisas. Assim achamos viável a ampliação deste trabalho para outras instituições de ensino, com vistas a validar, ou não, os nossos achados que, sem sombra de dúvida, apontam para uma visão profissional muito restrita, e incompatível com as exigências universitárias. Quiçá a tomada de consciência da existência dessas mentalidades, aliada à vontade de reversão deste quadro, possa contribuir para o estabelecimento de relações de poder e saber, e de uma identidade profissional mais autônomas, na história da profissão, que, por certo, ainda está por ser escrita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Proposta do novo currículo mínimo para o curso superior de Enfermagem: a formação do enfermeiro*. Brasília, 1991.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Relatório da Sub-Comissão de Professores Privativos. *Rev. Bras. Enf.*, v.13, n.1, p.9-43, 1960.
- ALCÂNTARA, G.. *A Enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos a sua expansão na sociedade brasileira*. Ribeirão Preto, 1963. 125p. Tese (Concurso a Cátedra) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y.. *O saber da Enfermagem e a sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1986.
- ARÌES, P.. *O Tempo da história*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1989.
- BARROS, S.M.P.. Política educacional em Enfermagem, In SEMINÁRIO: "A prática de Enfermagem e o currículo de graduação. Ribeirão Preto, 1985. *Anais*. Ribeirão Preto, 1985. p.13-33.
- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 2 ed. São Paulo, EDUSP., 1987.
- CARVALHO, A.C.. *Associação Brasileira de Enfermagem - 1926 - 1976: documentário*. Brasília, ABEn, 1976.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde no Brasil 1982/1983: a força de trabalho em Enfermagem*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. v.1.
- COSTA, N. do R. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1985.
- DAVIDOFF, L.L. *Introdução à Psicologia*. São Paulo, McGraw-Hill, 1983.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 9 ed. Rio de Janeiro, Graal, 1990.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 10 ed. Petrópolis, Vozes, 1993.
- FREITAG, B. *Estado, escola & sociedade*. 6 ed. São Paulo, Moraes. 1986.
- GASTALDO, D.M.; MEYER, D.E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Rev. Bras. Enf.* v.42, n.1/4, p.7-13, 1989.
- GERMANO, R.M. *Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil*. São Paulo, Cortez, 1983.
- GINZBURG, C. *O queijo e o verme: O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição*. São Paulo, Companhia das Letras, 1993.
- HAHNER, J.E. *A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas: 1850-1937*. São Paulo. Brasiliense. 1981.
- HIRSCHMAN, A.O. *De consumidor a cidadão: atividade privada e participação na vida pública*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- HORTA, W.A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo, E.P.U., Edusp, 1979.

- KRAMER, H. & SPRENGER, J. *O Martelo das feiticeiras: Malleus Maleficarum*. 8 ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos. 1991.
- LINZ, J. An authoritarian regime: Spain, In ALLARDT & ROKKAN, S. (orgs) *Mass politics studies in political sociology*, New York. The Free Press. 1970.
- LOYOLA, C.M.D. *Os doce(is) corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar*. Rio de Janeiro, 1984. 137p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- LUZ, M.T. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de Saúde (1850 - 1930)*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
- MANNHEIN, K.. El pensamiento conservador. In *Ensayos sobre sociología y psicología social*. México, F.C.E., 1963.
- MELO, C. *Divisão social do trabalho e Enfermagem*. São Paulo, Cortez, 1986.
- MARTINS, C.R. *Psicologia do comportamento vocacional: contribuição para o estudo da Psicologia do comportamento vocacional*. São Paulo, EPU/Edusp, 1978.
- MELO, M.R. Como é a representação da(o) enfermeira(o) nos anúncios de publicidade? In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, Ribeirão Preto, 1990. *Anais*. Ribeirão Preto, 1990. p. 122-46.
- MERHY, E.E. *O capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas, Papyrus, 1985.
- MOLINA, T.M. *Historia de la enfermería*. 2.ed. Buenos Aires, Inter-Médica, 1973.

- NAKAMAE, D.D. *Bases para o encaminhamento da questão do ensino de Enfermagem*. São Paulo, 1986. 150 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- NAKAMAE, D.D. *Novos caminhos da Enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão*. São Paulo, Cortez, 1987.
- NIGHTINGALE, F. *Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo, Cortez, 1989.
- OLIVEIRA, F.V.S. *Associação Brasileira de Enfermagem: mudanças e continuidades - a propósito do Movimento Participação (1979/1989)*. UFRN, Natal, 1990. 203 p. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- OLIVEIRA, M.I.R. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, 1979. *Anais*. Fortaleza, ABEn, 1979.
- PAIXÃO, W. *Páginas de história da Enfermagem*. Rio de Janeiro, s.l., 1951.
- PERROT, M. *Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros*. 2 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1992.
- PIRES, D. *Hegemonia médica na Saúde e a Enfermagem*. São Paulo, Cortez. 1989.
- PITANGUY, J. Medicina e bruxaria: algumas considerações sobre o saber feminino. In LABRA, M.E. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro, Vozes, 1989. p.39-44.
- PIZZORNO, A. Introducción al estudio de la participación política. In, *Participación y cambio social en la problemática contemporánea*. Buenos Aires,. Siaps-Planteos, 1975.

- POSSAS, C. de A. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- PRZEWORSKI, A.. *Capitalismo e social-democracia*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989.
- QUEIROZ, M.B. et al. *Legislação de Enfermagem no Brasil*. EE/USP. São Paulo, 1961. 12p. (mimeografado).
- RATTO, M.L.R. *Enfermeira: um ser entre parênteses*. São Paulo, 1989. 223p. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- REZENDE, M.A. Sessão de instalação: discurso da presidente. *Rev. Bras. Enf.* v.13, n.3, p.286-99, 1960.
- RIBEIRO, M.L.S. *História da educação brasileira: a organização escolar*. 7 ed. São Paulo, Cortez, 1987.
- ROSEMBERG, F. Psicologia, profissão feminina. *Cad. Pesq.*, n.47, p.32-7, 1983.
- SILVA, G.B.da Aspectos sociais da Enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.15, n.2, p.205-9, 1981.
- SILVA, G.B.da *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo, Cortez, 1986.
- SINGER, P. et al. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Forense. 1978.
- VOVELLE, M. *Ideologias e mentalidades*. 2 ed. São Paulo, Brasiliense, 1991.
- WEBER, M. *Ciência e política: duas vocações*. São Paulo, Cultrix, 1967.

ANEXO

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS-DOCENTES

1. COMO SE CHEGA AO CURSO
 - Gostaria que você falasse um pouco sobre o que fez com que optasse pela Enfermagem enquanto profissão.
 - O fato de ser mulher interferiu na sua escolha?
 - Em que escola fez o curso?
 - Terminou em que ano?

2. A PERCEPÇÃO DA PROFISSÃO
 - Como você define a Enfermagem? E o enfermeiro?
 - Você consegue apontar algumas características do profissional enfermeiro?
 - Que significado tem para você a Lâmpada? E Florence?
 - Você recomendaria para alguém do seu apreço ser enfermeiro?

3. RELIGIÃO E ENFERMAGEM
 - Você tem alguma Religião? É praticante?
 - A sua atuação profissional sofre interferência da sua opção religiosa?

4. FUNCIONALISMO E CRISES
 - Você trabalha no DE/EPM há quanto tempo?
 - Existe alguma vantagem em ser docente?
 - E ser funcionário público? O que representa para você?
 - Você está satisfeito profissionalmente?
 - O seu padrão de vida modificou depois que se tornou enfermeiro? E enfermeiro docente?

5. INTERESSE POR POLÍTICA E PREDISPOSIÇÃO A PARTICIPAR
 - De maneira geral, você se interessa muito, mais ou menos, ou não tem nenhum interesse por política?
 - Na sua opinião o que é "fazer política"?
 - Você acha que participar politicamente pode interferir na profissão do enfermeiro? De que forma?
 - Você pertence a alguma entidade de classe? Qual a intensidade da sua participação? (filiado; filiado e vota; filiado, vota e participa)

- Você já ocupou algum cargo, eletivo ou não, no DE/EPM? E em entidade de classe? Como foi a experiência?
- Você participa das decisões políticas no local onde mantém campo para estágio dos alunos? Em que nível: planejamento, execução? E no DE/EPM?

6. CONSERVADORISMO OU PREDISPOSIÇÃO À MUDANÇA

- O que você acha da afirmação: "Em geral, o povo ainda não tem capacidade para votar bem e não sabe escolher os melhores candidatos para governar o país"? O mesmo se aplica à Universidade?
 - Você acha correto que os analfabetos tenham o direito de votar?
 - Na sua opinião, quem deveria escolher o reitor/ diretor na Universidade/ Escola?
 - Você votaria se não fosse obrigatório?
 - Qual a sua opinião sobre discutir em sala de aula ou em campo de estágio, com alunos, questões de cunho político? Você tem esse hábito?
 - Qual a sua opinião sobre a utilização do recurso de greves, abaixo-assinados, ocupação direta de prédios públicos como formas de protesto ou de reivindicação junto às autoridades? Já participou de algum desses atos? Com que intensidade?
 - Você conseguiria prever qual seria a sua reação, caso subordinados e/ou alunos seus utilizassem tais recursos contra você? Comente sobre isso.
 - No que tange à política, as pessoas costumam dizer que têm opiniões de direita, ou de esquerda, ou de centro. O que você entende por direita e esquerda?
 - Como você se colocaria numa escala de zero a dez, sendo o zero correspondente à esquerda e o dez à direita? (mostrar a escala)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Esquerda Centro Direita
- Qual a sua opinião sobre: o Estado brasileiro, os políticos e o governo?
 - Você acha que o governo poderia melhorar o atendimento nas áreas da Saúde e Educação no Brasil? Quais deveriam ser as primeiras medidas?
 - Qual a sua opinião sobre a privatização das áreas da Saúde e da Educação?

7. ESPAÇO PARA O ENTREVISTADO

- Agora é a sua vez, pergunte o que desejar, estou à disposição.