

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**ODILAMAR LOPES MIOTO**

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL E TRABALHO:  
ASPECTOS RELATIVOS AOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

**CAMPINAS  
2004**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Título: Formação Profissional e Trabalho: aspectos relativos aos Técnicos de Enfermagem.

Autor: Odilamar Lopes Miotto  
Orientadora: Profª Drª Liliana Rolfsen Petrilli Segnini

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida por Odilamar Lopes Miotto e aprovada pela Comissão Julgadora.

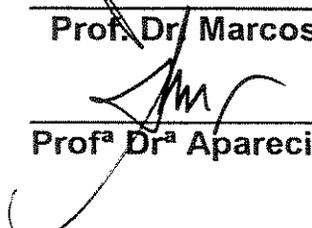
Data: 24/8/2004

Assinatura: .....  
Orientadora

COMISSÃO JULGADORA:

  
Profª Drª Liliana Rolfsen Petrilli Segnini

  
Prof. Dr. Marcos de Souza Queiróz

  
Profª Drª Aparecida Neri de Souza

UNIDADE	80		
Nº CHAMADA			
V	EX		
TOMBO BC/	68635		
PROC.	16.123.06		
C	<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	1,00		
DATA	01/06/06		

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca  
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

M669f

Mioto, Odilamar Lopes.

Formação profissional e trabalho: aspectos relativos aos técnicos de enfermagem / Odilamar Lopes Mioto. -- Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador : Liliana Rolfsen Petrilli Segnini.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Formação profissional. 2. Trabalho. 3. Profissões. 4. Escolarização. 5. Enfermagem. I. Segnini, Liliana Rolfsen Petrilli. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

04-111-BFE



**A meus pais, que acreditaram em mim e transmitiram este valor,  
A minha filha, na esperança que busque conhecimento a cada novo dia,  
Aos meus amigos da Prefeitura de Americana, Colégio Antares e alunos que  
construíram comigo este sonho.**

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é resultado de uma inquietação que se configurou em um sonho. Foi entremeada de muita escuridão, medo, insegurança, fronteiras, encontros por mim desconhecidas.

Hoje é uma realidade que foi construída com muito apoio, compreensão, acolhimento, estranhamento, carinho e empurrão dos amigos. Não foi um trabalho solitário, pelo contrário, foi muito compartilhado. Credito isto como um dos grandes méritos deste resultado.

À Prof<sup>a</sup> Liliana Segnini, mais que uma orientadora, atuava como um comandante nesta minha viagem, muitas vezes, sem bússola e sem porto final. A qualidade de seus conhecimentos e intervenções foi o farol que me conduziu.

À Prof<sup>a</sup> Néri que, carinhosamente sempre me acolheu e com muito conhecimento e atenção me incentivou nos primeiros passos.

Ao Prof. Marcos de Souza Queiroz pelo interesse, sugestões e questionamentos que me abriram perspectivas.

À Faculdade de Educação da UNICAMP, aos funcionários da Secretaria de Pós-graduação, Biblioteca e do Departamento de Ciências Sociais Aplicadas à Educação, pela disponibilidade, atenção e um sorriso sempre acolhedor.

Aos amigos desta jornada acadêmica por partilhar, apoiar, incentivar e crescermos juntos tanto no êxito quanto nas dificuldades.

Aos professores do Colégio Antares, especialmente as Enfermeiras, pois o seu cotidiano delineou esta dissertação.

A Prof<sup>a</sup> Nilva, em especial, pelas reflexões, informações, ajuda e uma disposição indescritível.

Aos amigos da Prefeitura de Americana e Hospital Municipal por acreditarem incentivarem, participarem e compartilharem irrestritamente.

Ao Carlão e a Regina por plantarem esta semente.

Aos Técnicos (as) de Enfermagem pela confiança, disponibilidade e por serem parceiros de um sonho que só se tornou realidade por seus depoimentos valorosos.

Agradeço também aos meus familiares, especialmente meus pais, meu irmão, cunhada, sobrinhos, minha filha e meu marido pela confiança, compreensão e incentivo.

## RESUMO

Esta dissertação apresenta a recuperação histórica da profissão enfermagem destacando o surgimento, a regulamentação e a qualificação inseridas na formação Técnico de Enfermagem. Esta se estratifica como uma divisão interna da profissão fundamentada no credenciamento escolar. Para isto, relata uma vertente da trajetória da profissão enfermagem objetivando reconstituir a legitimação deste saber específico em relação ao saber médico. Depoimentos orais de Técnicos de Enfermagem, em um hospital público da cidade de Americana-SP, foram obtidos utilizando-se de entrevista semi-estruturada. Para tanto, analisou-se aspectos ligados à jurisdição e exercício da profissão enfermagem no Brasil, a trajetória da educação profissional bem como a qualificação das mulheres, presença quase totalitária na profissão, que permeia o cuidar da enfermagem e sua legitimação na relação salarial. Destaca-se assim, a importância da educação formal, o aval do Estado e a identidade coletiva da profissão.

## **ABSTRACT**

This dissertation presents the historical recovery of the nursing profession, emphasizing the beginning, the regulation and the qualification inserted in the education of Nursing Technicians which is considered as an internal division of the profession based on school registering. In order to do that this study relates one aspect of the nursing profession aiming to reconstruct the legitimation of this specific knowledge in relation to the medical knowledge. Declarations of nursing technicians in a public hospital in Americana were obtained through semi-structural interviews. After that, the aspects linked to the regulations and the performance of the nursing profession in Brazil were analysed as well as women qualification who are almost all in the profession that surrounds the nursing care and its legitimation in the salary relation. In this way, the formal education, the state agreement and collective identity of the profession are emphasized.

## **LISTAS**

### **Lista de quadros**

Quadro 1 .....	7
Quadro 2 .....	7
Quadro 3 .....	8
Quadro 4 .....	63
Quadro 5 .....	71
Quadro 6 .....	86

### **Lista de tabelas**

Tabela 1 .....	37
Tabela 2 .....	84

### **Lista de Gráficos**

Gráfico 1.....	54
Gráfico 2.....	72
Gráfico 3.....	79
Gráfico 4.....	93

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	9
3	<b>CAPÍTULO I - A História de uma Profissão</b> .....	22
3.1	Da Antiguidade ao capitalismo: algumas considerações sobre Enfermagem	26
3.2	Nightingale: O nascimento da profissão Enfermagem na expansão do capitalismo .....	28
4	<b>CAPÍTULO II - A trajetória da profissão enfermagem no Brasil</b> .....	31
4.1	A profissionalização da Enfermagem no estado de São Paulo .....	38
4.2	Enfermagem: um campo profissional no estado de São Paulo .....	43
4.3	Primórdios da organização profissional da Enfermagem em São Paulo .....	49
4.4	A evolução quantitativa da profissão .....	54
4.5	A profissão e as políticas sociais .....	62
4.6	Uma nova conformação na profissão .....	69
4.7	A jurisdição própria da profissão .....	79
4.8	Técnicos de Enfermagem: a institucionalização de um saber prático .....	87
5	<b>CAPÍTULO III – Institucionalização da profissão Técnico de Enfermagem</b> ...	103
5.1	A Educação Profissional no Brasil .....	108
5.2	A profissão Enfermagem e sua inserção no mercado de trabalho brasileiro .	116
6	<b>CAPÍTULO IV – Técnicos de Enfermagem: formação e trabalho profissional</b> .....	122
6.1	Formação e Inserção na Profissão .....	122
6.2	Família e Escolarização .....	125
6.3	O Cuidado .....	133
6.4	O cuidado e as relações de trabalho .....	139
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	143
8	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	147
9	<b>DOCUMENTOS</b> .....	154

## 1. INTRODUÇÃO

O tema deste projeto de pesquisa é analisar as trajetórias familiares e profissionais vivenciadas pelos Técnicos de Enfermagem no processo de formação e exercício da profissão.

Esta categoria profissional aparece, em uma discussão embrionária, em 1966 e somente a partir da década de 70, com a legitimação do Estado aos cursos profissionalizantes, estes começam a integrar um coletivo de trabalho e a interagir com Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Atendentes.

O objetivo central desta dissertação é analisar as trajetórias familiares e profissionais de um grupo de Técnicos de Enfermagem enfocando as múltiplas inter-relações que possibilitam esta opção profissional bem como as condições de trabalho vividas.

Para tanto, serão enfocadas as relações sociais de sexo ou relações de gênero procurando melhor compreender o exercício de uma profissão feminizada e suas contradições. De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), em 2003, 85% da categoria profissional é constituída por mulheres.

Existe no conjunto de profissionais da saúde diversa atuação: a profissão médica como uma categoria dominante e um saber legitimado; os enfermeiros de formação universitária com um corpo de conhecimentos diferenciados ocupam a posição de supervisão permanente legalmente instituída; os auxiliares de enfermagem exercem um saber-fazer voltado para atividades rotineiras e conhecimentos simples. Os técnicos de enfermagem, a mais nova função que permeia todos esses saberes, encontram-se inseridos em um hospital público, neste caso específico, considerado pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como um espaço de trabalho estressante.

Neste universo de saberes teóricos e práticos articulados, esse projeto de pesquisa objetiva, por meio do conhecimento da formação e das condições de trabalho vividas descritas nos relatos de trajetórias pessoais e familiares dos entrevistados analisar no interior da profissão enfermagem, destacando a categoria técnico de enfermagem.

As relações sociais de sexo ou relações de gênero são privilegiadas enquanto categoria analítica.

Inicialmente foi reconstituída uma perspectiva da história da enfermagem procurando conhecer as contradições vivenciadas por um coletivo de trabalho, que nasce subalterna ao poder médico e conquista um espaço profissional reconhecido, o qual se subdivide em torno de saberes estruturantes, construindo o seu status por meio da base legal do Estado, da jurisdição de um estatuto próprio e do credenciamento educacional.

A categoria profissional de técnicos de enfermagem se articula com a hierarquia dominante do médico, com a supervisão permanente e instituída do enfermeiro, com outros conhecimentos baseados em saberes simples com pouco conhecimento científico e práticas rotineira executadas no ambiente de trabalho.

As análises das múltiplas compreensões das relações sociais no exercício da profissão - Técnico de Enfermagem - ampliam-se ao serem consideradas como categorias estruturantes, as relações sociais de sexo.

## **2. METODOLOGIA**

O objetivo desta dissertação é a identificação dos Técnicos de Enfermagem com a profissão escolhida, a sua trajetória familiar e profissional, enfocando as múltiplas inter-relações que possibilitam esta opção profissional bem como as condições de trabalho vivenciadas. O interesse por esta questão surgiu quando, esta pesquisadora, iniciou sua trajetória profissional como professora da disciplina de Psicologia no curso profissionalizante de Auxiliar e Técnico de Enfermagem, em um colégio privado.

Deparou-se, nos cursos de qualificação, com uma população quase que essencialmente feminina onde, em classes de quarenta alunos, aproximadamente, contava-se de dois a quatro representantes do sexo masculino, apenas.

Estes alunos procuravam se qualificar, freqüentando os cursos noturnos, em busca de uma habilitação oferecida pela educação profissional para serem admitidos e/ou continuarem atuando na área da Enfermagem, nos estratos profissionais definidos pela Lei 7498, a Lei do Exercício Profissional.

Esta qualificação era almejada como uma forma de manter um, às vezes, dois empregos. Com uma carga horária de 6 horas de trabalho, estes alunos, relatavam dificuldades para conciliar vida privada com vida profissional, pois as casadas vivenciavam os papéis de mãe, dona de casa, esposa; as solteiras, em busca de melhores perspectivas na profissão, assumiam plantões extras, cobriam folgas, deslocavam-se de um trabalho, a área da saúde, mais especificamente em um hospital público e/ hospital para outro, dormiam pouco e trabalhavam muito.

Tudo isso era manifestado, mostrado e descrito como fatos ocorridos na vida destes profissionais que escolheram, como campo de ou privado, e almejavam a formação como Técnicos de Enfermagem, curso concluído em três semestres após a conclusão do ensino médio completo.

No tocante à vida profissional, alguns relatos manifestavam as dificuldades sentidas e vivenciadas em um local de trabalho onde a dor, a revolta, o desespero, a resignação e até mesmo a morte dos pacientes, é uma rotina que, muitas vezes, torna-se de difícil convivência ou mesmo aceitação.

Estes relatos e evidências aconteceram antes que se delineasse, para mim, este objeto de pesquisa. Faz-se necessário reconhecer que despertou interesse, suscitou maior envolvimento, inquietações e desencadeou um questionamento que redundou nesta dissertação. Conviver e perceber como problemas comuns eram vivenciados e tratados, de modo diferente, entre homens e mulheres foi outro motivo que suscitou ou a busca de conhecimentos e novos saberes na categoria analítica de gênero.

A escolha da profissão foi outra questão a ser considerada, pois, freqüentemente, esta pesquisadora interrogava o que levava estas pessoas com algumas vivências em comum, a fazer esta opção profissional. Por que um número significativo de mulheres? Havia alguma aproximação com suas histórias de vida?

Neste trabalho, privilegiou-se a abordagem qualitativa de análise da pesquisa. Procurando, abranger de forma mais ampla o objeto de interesse, utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas, com algumas questões definidas previamente em conformidade com o interesse da pesquisa, mas de forma que o entrevistado tivesse liberdade para discorrer e escolher sobre qual item gostaria

de começar a falar. As questões referiam-se à vida familiar, escolarização, formação e trajetória profissional.

A abordagem escolhida para desenvolver a pesquisa de campo privilegiou a História Oral, considerando-a como uma metodologia de pesquisa que permite conhecer a realidade presente e passada, baseada na voz dos que a viveram. (Lang, 1999).

Pela utilização de depoimentos orais, o entrevistador procura obter o testemunho do entrevistado sobre sua vivência em determinadas situações ou participação em determinadas instituições, observando que, nas ciências sociais, o depoimento não tem o sentido do estabelecimento da verdade, mas do conhecimento de uma versão que é considerada como qualificada. (Lang, 1999).

Os depoimentos orais foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, conforme já descrito, em que se informa ao entrevistado os assuntos que pretende investigar e “o informante fala mais do que o pesquisador e dispõe de certa dose de iniciativa, mas na verdade, quem orienta todo o diálogo é o orientador” (Queiroz, 1991, p.58).

Todos os entrevistados trabalham em um hospital público da cidade de Americana, e para melhor conhecer este ambiente de trabalho, pesquisou-se periódicos publicados pela imprensa local, que traziam registros desde a criação da idéia, em 1978, até os dias atuais.

Uma das etapas iniciais para a realização deste projeto de pesquisa consistiu em visitar o Hospital Municipal “Dr Waldemar Tebaldi” como o local de trabalho dos Técnicos de Enfermagem, selecionados nesta pesquisa, objetivando identificar, de forma quantitativa e qualitativa, todos os profissionais contratados nesta função.

A instituição contava, em novembro de 2002, com 71 Técnicos de Enfermagem contratados. No interior do Hospital Municipal registrava-se 47 profissionais, enquanto que os outros estavam distribuídos entre os 21 Postos de Atendimento Médico (PAM's), localizados nos diferentes bairros. A rede de atenção à saúde, na cidade de Americana, assemelha-se ao modelo americano difundido pela Fundação Rockefeller para o estado de São Paulo, nas primeiras décadas do século XX.

Este número de Técnicos de Enfermagem mostrou-se impraticável para a pesquisa proposta. Optou-se, então, por recorrer a uma amostra significativa deste todo.

Assim, a seleção dos entrevistados procurou garantir a presença de homens e mulheres, que tivessem a formação de Técnicos de Enfermagem, e que trabalhassem no interior do Hospital Municipal “Dr Waldemar Tebaldi”, na cidade de Americana. Oito entrevistados foram selecionados: quatro homens e quatro mulheres; buscando uma análise das múltiplas inter-relações comparando-se homens e mulheres, da mesma categoria profissional e campo de trabalho.

Após estabelecer um critério para a quantidade de participantes que fariam parte da amostra, mostrou-se necessário definir alguns critérios de seleção na escolha dos entrevistados, a saber:

1.Dados cadastrais:

- em que local do Hospital Municipal atuavam;
- forma de contrato, uma vez que o sistema público permite o acesso por concurso - público e por contratação via Consolidação das Leis do Trabalho CLT;
- local de origem, sexo, idade, data de contratação.

2.Escolarização:

- formação em nível superior ou em andamento;
- conclusão recente ou não do curso específico
- outras formações, caso houvesse.

3.Situação familiar:

- Solteiro (a); com ou sem filhos.
- Casado (a); com ou sem filhos.

4.Relações de trabalho no exercício da profissão:

- recém-admitidos: com 0 a 1 ano de trabalho;
- mais antigos: com mais de 1 ano de trabalho.

Os entrevistados concluíram o curso técnico profissionalizante no período de 1987 a 2002 e, apenas um entre eles, do sexo masculino, está cursando o nível superior em Ciências Biológicas.

Nenhuma das quatro mulheres entrevistadas estuda atualmente. Duas, entre elas, manifestaram claramente à vontade de voltar a estudar para cursar o ensino superior na área de enfermagem.

Duas entre elas são casadas e com filhos; as outras duas são solteiras e mães, um filho cada uma. Duas, entre as quatro entrevistadas, são negras, enquanto que os quatro homens são brancos. Dois são casados, com filhos, e dois solteiros se declararam homossexuais.

Dentre os oitos entrevistados que trabalham no Hospital Municipal apenas uma Técnica de Enfermagem foi admitida por concurso público tendo, assim, estabilidade. Os outros foram contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho - - CLT. Quanto ao tempo de serviço, apenas um deles, do sexo masculino, tinha menos de um ano de registro profissional. Os outros já estavam na profissão há mais de cinco anos, admitidos no Hospital Municipal, entre os anos de 1989 e 2003.

Quanto à jornada de trabalho, as mulheres aparecem com a jornada dupla mais evidenciada, pois dois homens, dos quatro entrevistados, possuem apenas o emprego no hospital municipal. Destes, um estuda e conta com a ajuda financeira da esposa e o outro possui rendimentos de aposentadoria. Dentre as quatro mulheres, três delas possuem dois empregos.

LOCAL DE TRABALHO	MULHERES	HOMENS
PÚBLICO	1	2
PUBLICO E PRIVADO	2	2
PÚBLICO E PÚBLICO	1	-
PRIVADO	-	-

Quadro 1-

Em relação à trajetória profissional, apenas a entrevistada, contratada por concurso público em 1989, foi admitida como Técnica de Enfermagem; uma foi admitida em 1990 como Atendente; em 1998 foi promovida a Auxiliar e, em 2001, regularizou-se a sua situação funcional como Técnica de Enfermagem; as outras duas foram contratada, em 1999, como Técnicas de Enfermagem.

Quanto aos entrevistados do sexo masculino, um, entre eles, apesar de possuir formação como Técnico de Enfermagem, foi contratado em 1994 como Atendente, em 1995, foi registrado na função equivalente à sua formação. Os outros foram contratados em 1998, 1999 e 2003, registrados como Técnicos de Enfermagem.

ANOS	MULHERES	HOMENS
0 – 5 ANOS	2	3
5 – 10 ANOS	-	1
10 – 15 ANOS	2	-

Quadro 2 -

Estes dados referem-se ao tempo de profissão dos entrevistados no Hospital Municipal, pois é o campo profissional em que foi realizado este trabalho. Consideramos por esta análise que as mulheres, neste referido espaço profissional, têm mais tempo de profissão que os homens. Observamos que, um

hospital que tem 22 anos de existência, inaugurado em 1982, já registrava a presença de mulheres, em seu quadro funcional, no início de suas atividades.

No que se refere ao rendimento salarial dos entrevistados, no hospital público, os oitos entrevistados se encontram na faixa dos quatro salários mínimos, com pequenas diferenças entre eles, em função do adicional por “tempo de casa”. Cinco, entre eles, estão na faixa acima de oito salários mínimos, ao incorporarem os outros rendimentos.

Em relação à faixa etária, três, entre os quatro homens entrevistados, estão na faixa dos 30 a 39 anos, enquanto as mulheres apresentam uma maior diversidade.

ANOS	MULHERES	HOMENS
20 - 29 ANOS	1	-
30 - 39 ANOS	2	3
40 - 49 ANOS	1	-
50 – 59 ANOS	-	1

Quadro 3 -

Procurou-se para a construção deste trabalho de campo, observar o Hospital Municipal para identificar o local de trabalho de cada um, a rotina, o nível de atendimento e exigência da comunidade em relação aos profissionais.

Com a autorização informal da Diretoria do Hospital, efetuou-se, em dezembro de 2002, dois contatos com a enfermeira-chefe e as enfermeiras responsáveis pelos três turnos, para a apresentação da pesquisadora, dos objetivos deste projeto de pesquisa, os Técnicos de Enfermagem selecionados, bem como as respectivas escalas de trabalho em que se encontravam.

Durante o mês de dezembro de 2002, em dias e horários diferentes, visitou-se o Hospital Municipal para se familiarizar com as alas, locais de trabalho dos futuros entrevistados bem como o setor de Administração de Pessoal para a identificação cadastral dos Técnicos de Enfermagem já definidos.

Os dados assim coletados foram analisados considerando as seguintes perspectivas teóricas a profissão, utilizando-se, como referencial teórico, as

comunidades de “ofício”, descritos por Castel que, apoiadas e protegidas pelo poder real, asseguram o monopólio do trabalho e estabelecem uma estratificação entre os membros; na educação forma de seus componentes, que possibilita o controle e a aquisição de uma área específica do conhecimento analisado a partir de Freidson e o processo histórico, por meio do qual, um grupo profissional se faz reconhecer como profissão analisada por Abbott.

As relações de gênero que decorrem da análise das especificidades e tensões presentes nas relações sociais, de uma forma geral, e nas relações sociais de sexo, de modo particular, inseridos no universo do trabalho bem como o conceito de qualificação vivenciado pelos universos masculinos e femininos analisados a partir de Kergoat.

## Local da pesquisa: cidade de Americana

Americana foi fundada em 27 de agosto de 1875, por Capitão Ignácio Correa Pacheco, ano este que é marcado pela visita do Imperador D. Pedro II às terras de Campinas. Este foi convidado a inaugurar um importante ramal ferroviário que cortaria o interior paulista, abrindo os veios para o escoamento do café, conhecido como “ouro verde”, gerador de riquezas e desenvolvimento para o Estado de São Paulo.

A construção da estrada de ferro, que acompanhava o curso do ribeirão Quilombo, deu origem ao povoado que, inicialmente, pertencia ao município de Santa Bárbara D'Oeste. Este núcleo prospera e ganha um novo impulso com a chegada de imigrantes sulistas norte-americanos, que já estavam instalados na região desde 1866. Traziam, consigo, técnicas e alguns equipamentos simples, mas inovadores no plantio e cultivo do algodão. A agricultura se intensifica e se diversifica atraindo, em 1877, os imigrantes italianos, vindos de trem, seguidos dos alemães, árabes, espanhóis, sírios, libaneses e japoneses.

Em 1901, a então Villa Americana teve um impulso significativo com a chegada da família Muller, de origem alemã, que instalou aqui a primeira tecelagem denominada Fábrica de Tecidos Müller Carioba.

A industrialização é beneficiada pela fase favorável do café que proporcionava riqueza suficiente para incentivar o consumo de tecido. Os imigrantes já possuíam uma instrução técnica diferenciada e uma certa experiência em comércio que, aliadas a algumas habilidades, facilitaram a abertura de estabelecimentos comerciais de diversos tipos e serviços como alfaiates, sapateiros, padeiros, marceneiros, construtores, entre outros.

Na década de 40 e 50 as pequenas indústrias têxteis começam a ocupar um espaço considerável na urbanização e industrialização da cidade, enquanto que a agricultura começa a perder importância. A cidade se desenvolve rapidamente e, em 1960 tinha uma população urbana de 32 mil habitantes; em 1970 este número passa para 62.387 habitantes; em 1980, a cidade conta com 121.794 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A indústria têxtil industrializa a cidade e a caracteriza como tal:

*“Quase cinco horas da manhã. O sol nem se levantou, o ar continua denso com a névoa da noite passada, e uma fila desorganizada de homens e mulheres vai se formando lentamente pelas ruas. Às vezes a pé, às vezes em uma bicicleta reluzente que a jornada matutina diária proporcionou. Portão a portão vão juntando-se outros neste seu caminho habitual, das calçadas coloridas por casinhas, de janelas e portas à frente, de grades baixas junto ao jardim. As ruas já não repousam na quietude inerente à madrugada e fervilham cada vez mais de gente andando em seu passo apressado, o ponto não espera. As calçadas vão perdendo a cor pelo caminho e ganhando ritmo: janela, pilastra, janela, pilastra, janela, pilastra, chaminé [...] Janela, pilastra, janela, pilastra, marquise [...] Janela, janela, descarga, janela, janela, entrada, janela, janela [...] cornija? Talvez esta composição seja resquício do barulho do trem, da locomotiva a toda velocidade correndo ao largo da Antonio Lobo. O passo continua, e uma daquelas portas entre tantas janelas é a sua. Lá dentro as máquinas agora vão pontuar o ritmo do resto do dia, no vaivém da lançadeira traspassando o urdume com sua trama, provocando as batidas repetidas do tear. O entardecer chega, e a multidão da manhã perde sua sincronidade, os caminhos são divergentes, as casinhas se espalham. Enfim, o lar.” (Lima, 2002, p.17).*

Americana possui uma extensão territorial de 133,9 km<sup>2</sup>, limita-se ao norte com a cidade de Limeira; nordeste com Cosmópolis; oeste com Santa Bárbara D'Oeste; sul com Nova Odessa e ao leste com Paulínia. Tem uma população

estimada em 188.643 habitantes, conforme Censo de 2000, uma urbanização de 99,8% da população total e uma taxa de alfabetização de 96 %.

Tem uma boa infra-estrutura: 87% da área urbana do município está asfaltada; a rede de água em 100%; esgoto em 87% do município e, deste, 72% é tratado; iluminação em 100% da área urbana.

A rede municipal de ensino conta com 54 unidades distribuídas em creches, escolas de ensino infantil, fundamental em período parcial e integral (o modelo Centro Integrado de Educação Pública - CIEP). A rede estadual possui 36 unidades distribuídas em ensino fundamental e médio, superior e supletivo. A rede particular tem 57 unidades que compreendem educação infantil, ensino fundamental, médio, profissionalizante, superior e supletivo.

Na área da saúde existem seis hospitais particulares com atendimentos a beneficiários do SUS, convênios e particulares que, em 2003, registraram 428.865 atendimentos.

Na área municipal a saúde tem um hospital municipal, a Policlínica que atende consultas e exames, bem como 21 Postos de Atendimento Médico (PAM's), distribuídos pelos bairros da cidade.

## Local de trabalho: Hospital Municipal

O Hospital “Dr Waldemar Tebaldi”, recebeu este nome em 2001, em homenagem ao seu idealizador e fundador, o prefeito da cidade por quatro mandatos. Dr. Waldemar Tebaldi, natural de Araras SP, é médico cirurgião e oncologista e se muda com a família para Americana em 1962, para assumir o Posto de Saúde local.

Trabalha também nos hospitais particulares da cidade, torna-se vereador e, em 1978, é eleito prefeito da cidade. Inicia, então, a realização de um sonho que era construir um hospital público que atendesse a todos, indiscriminadamente.

O referido hospital é inaugurado em 1º de maio de 1982, em sua primeira gestão, com o nome de Hospital “Saúde e Fraternidade”, mas é conhecido até

hoje como Hospital Municipal. Tornou-se uma referência em saúde na região, em função do volume de atendimento, da diversidade de suas especialidades bem como o investimento feito em equipamentos e instalações.

Possui 1101 funcionários, em maio de 2004, assim distribuídos:

- 211 Médicos
- 17 Enfermeiros e 1 Coordenadora
- 47 Técnicos de Enfermagem
- 140 Auxiliares de Enfermagem
- 04 Atendentes de Enfermagem (em licença-saúde)
- 702 em diversas áreas e modalidades

Os profissionais atendem 128 leitos e, no mês de abril/2004, registrou 516 internações, 31.698 consultas distribuídas entre as 41 especialidades médicas oferecidas pelo hospital. O plantão clínico registrou 9.459 atendimentos, o plantão pediátrico 2.762, oftalmologia 1521, otorrinolaringologia 1059, urologia 637, entre outros.

## Realização das Entrevistas

Na primeira semana de janeiro de 2003, em conformidade com a escala de trabalho, efetuou-se o primeiro contato com os entrevistados em seu local de trabalho, individualmente, de acordo com a sua disponibilidade ou não no momento. Primeiramente, procurou se apresentar, esclarecer o objetivo da pesquisa, garantir o anonimato dos registros, obter o seu consentimento e definir um local para a realização das entrevistas fora do Hospital e do seu turno.

O uso do gravador foi proposto como um recurso que viabilizaria o registro das informações fornecidas com fidedignidade e rapidez, facilitando o desenrolar da entrevista.

As entrevistas foram realizadas no período de 13/01/2003 a 08/05/2003, conforme a disponibilidade dos entrevistados. Foram muitos os encontros desmarcados por troca nas escalas, às vezes, por pedidos de colegas de trabalho, interferência da instituição, plantões extras como uma forma adicional de rendimento, problemas particulares, cobertura de férias e até mesmo por férias dos próprios entrevistados.

## Local das Entrevistas

Por sugestão de um dos entrevistados, escolheu-se as áreas externas ao Hospital Municipal, após o término de seu turno de trabalho para a realização das entrevistas.

Seis entrevistas foram realizadas ali realizadas. O barulho, a circulação de pessoas, a pouca claridade do local, ao anoitecer, as intempéries do tempo como sol, às vezes, uma chuva fina foi alguns dos problemas apresentados pelo local escolhido pelos entrevistados, mas nada que inviabilizasse a realização das entrevistas.

As duas entrevistas restantes foram realizadas fora das dependências do referido Hospital, em função do segundo emprego dos entrevistados. Uma aconteceu em uma sala de lazer para funcionários, nas dependências internas de um hospital privado, com televisão, jornais e revistas. As interrupções aconteciam pela chegada de outros funcionários que ligavam a televisão, comentavam sobre as notícias do jornal ou mesmo paravam para cumprimentar e/ou conversar.

A outra foi realizada em uma praça central de Americana, bastante arborizada, entre as duas vias de uma avenida próxima a um ponto de ônibus intermunicipal que facilitaria a volta do entrevistado. O horário, após as 18 h 30, depois do encerramento do seu turno de trabalho, das 12 às 18 h, também foi um complicador porque escureceu com rapidez e as poucas luminárias distribuídas pela praça não iluminavam o suficiente. Algumas interrupções aconteceram por pedidos de informações, ajuda financeira e para consultar as horas.

As entrevistas foram realizadas sem grandes dificuldades, apesar dos vários encontros desmarcados. A recepção para com a entrevistadora caracterizou-se de

uma maneira informal, para uns e, com um pouco mais de formalidade, para outros.

O gravador não inibiu nenhum deles e, o único comentário foi da própria entrevistadora que julgou necessário justificar a razão da sua utilização em função dos benefícios que traz, entre eles “a vantagem era conservar com maior precisão a linguagem do narrador, suas pausas (que podiam ser simbolicamente transformadas em sinais convencionais), a ordem que dava às idéias” (Von Simson, 1988, p.17). Para preservar a identidade dos entrevistados deixou-se muito claro, logo nos primeiros contatos, que haveria mudança nos nomes originais.

Após a transcrição das entrevistas utilizou-se como procedimento de análise, uma leitura minuciosa das mesmas, o levantamento de temas comuns e em destaque, para maior visibilidade e definição do campo de pesquisa. Von Simson (1988) observa que “a análise, em seu sentido essencial, significa decompor um texto, fragmentá-lo em seus elementos fundamentais, isto é, separar claramente os diversos componentes, recortá-los, a fim de utilizar somente o que é compatível com a síntese que busca” (Von Simson, 1988, p.19).

A pesquisa documental foi realizada pela leitura de periódicos da imprensa local publicados entre 1979 e 2002 objetivando um melhor conhecimento do Hospital Municipal, desde a concepção do projeto aos dias atuais. Também foi objeto de pesquisa os documentos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Regional de Enfermagem (COREN), sobre dados específicos da profissão da enfermagem, leis e resoluções que constituem uma parte significativa da sua jurisdição. Essas informações possibilitaram uma maior compreensão do campo de trabalho, da profissão enfermagem e do relato dos entrevistados.

Como professora em exercício e pesquisadora, procurou-se articular as informações e análises aqui pontuadas com o cotidiano dos alunos e ex-alunos, em encontros ocasionais. Considera-se que a vivência em sala de aula, os relatos espontâneos de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem bem como leituras foram relevantes e integradores para este trabalho.

Esta dissertação apresenta-se em dois capítulos. O primeiro faz uma breve reconstituição histórica da profissão enfermagem; o segundo analisa a divisão

funcional corrida em seu interior originando, em 1949, os Auxiliares e, em 1966, os Técnicos de Enfermagem provocando uma fragmentação do saber específico em especializações.

### **3. CAPÍTULO I**

#### **A História de uma Profissão**

O objetivo deste capítulo é recuperar a trajetória histórica da profissão enfermagem, procurando situar o surgimento e regulamentação da profissão Técnico de Enfermagem. Esta é estratificada a partir de subdivisões e especializações no interior da própria enfermagem, assim como os Auxiliares. Desta forma, é observado um duplo movimento no interior da profissão. Primeiro, em relação à legitimação do saber específico da enfermagem independente do saber médico; segundo, quanto à estrutura de poder, aproximando médicos e enfermeiros, distanciando os mesmos dos técnicos e auxiliares.

A enfermagem, no presente, expressa não só o contemporâneo, mas toda uma trajetória histórica, plena de contradições. Portanto, compreende-se oportuno “voltar-se para o passado com uma questão que é a nossa questão hoje, e escrever o relato de seu advento e de suas principais peripécias [...] É também um efeito de herança, e a memória de tal herança nos é necessária para compreender e agir hoje” (Castel, 1999, p.23).

Na Antiguidade já se registra a presença de pessoas, que possuíam algumas habilidades e conhecimentos sobre o preparo de remédios e para cuidar de doentes: “As rezas e os sacrifícios tinham por objetivo apaziguar os espíritos, o que deu origem aos feiticeiros que buscavam conhecer os desígnios dos astros, as propriedades curativas das plantas e venenos” (Milan, 2003, p.2). Sacerdotes, feiticeiros e mulheres, de um modo geral, eram os que prestavam tais cuidados.

A Enfermagem aparece nas civilizações primitivas como uma prática realizada pelas mulheres e compreendida como uma extensão das atividades domésticas em benefício dos doentes e feridos onde “O seu correto desempenho era apreendido no dia a dia da vida familiar, não exigindo, portanto, nenhum conhecimento ou treino especializado” (Silva, 1986, p.30).

Na Roma Antiga, a Enfermagem, assim como a Medicina, era indigna dos cidadãos romanos e exercidos por estrangeiros e/ou escravos “[...] por estarem os romanos absorvidos em problemas de governo e de conquista militar. Forçados a se especializar em direito, política e estratégia tinham pouco tempo para investigar a natureza” (Burns, 1071, p.236).

Por suas inúmeras conquistas militares, Roma passou a conviver com uma grande população urbana e com o aumento significativo da escravidão que, dedicando-se ao trabalho servil como um meio de sobrevivência, assumiam funções consideradas “pouco dignas”, entre elas o cuidado aos doentes.

Apesar da filosofia e a ciência pura não se constituírem no primeiro campo de interesse dos romanos uma vez que se dedicavam, preferencialmente, à engenharia e à organização dos serviços públicos, os mesmos “construíram maravilhosas estradas, pontes e aquedutos. Dotaram a cidade de Roma de um suprimento diário de água superior a um bilhão de litros. Instalaram os primeiros hospitais do mundo ocidental e o primeiro sistema de medicina pública em benefício da classe pobre “(Burns, 1971, p.237).

Por influência grega, a medicina em Roma deixou de ser mágica e sobrenatural para ocupar um lugar de prestígio, digna de privilégios e da oficialização como profissão e:

*“[...] Embora cidadãos livres praticassem a medicina havia também os médicos-escravos curadores que serviam a classe alta romana, o Estado ou avaliavam os médicos livres que, com o passar do tempo, passaram a ter prestígio e a receber privilégios com a isenção de impostos e da obrigatoriedade do serviço militar. A profissão médica, por muito tempo, não foi regulamentada, até que o imperador Alexandre (222 – 235 d.C.) promulgou leis que oficializaram o ensino e a titulação, além de estabelecerem o controle do exercício profissional”. (Milan, 2003, p.12).*

Com a queda do Império Romano, grandes epidemias, com conseqüências catastróficas, levam a população a desacreditar na medicina e na ciência. A Igreja Cristã se fortalece e difunde um novo conceito de enfermidade, entendido como um castigo, e expande a idéia de que a ajuda aos doentes era uma obra de caridade.

Na Idade Média, os cuidados aos doentes passam para as mãos dos religiosos, especificamente os monges, em mosteiros, pois haviam se TORNADO:

*“[...] A principal organização de assistência médica do Ocidente. Ministravam plantas cultivadas por eles mesmos e acolhia todos os doentes que batiam a sua porta. Os ‘médicos’ que tinham formação acadêmica e posição social elevada ao invés de cuidar dos pacientes passavam a maior parte do tempo realizando especulações filosóficas sobre as doenças” (Milan, 2003, p.14-15).*

O crescente poder econômico e político da Igreja na Idade Média, levou os mosteiros e as ordens monásticas (carmelitas, franciscanos, dominicanos, agostinianos, entre outros) a desempenharem um papel de destaque, a partir do século VI, tanto na esfera cultural como na assistência aos enfermos:

*“[...] A religião cristã foi o principal alicerce cultural da Idade Média, portanto, um dos componentes ideológicos nucleares do feudalismo que, influenciou marcadamente as formas de organização da enfermagem e da medicina. No período, os mosteiros monopolizaram a educação, ensinando, sobretudo gramática, retórica, lógica, aritmética, geometria e música” (Silva, 1986, p.36).*

Os cuidados de enfermagem permaneceriam ainda, por alguns séculos, sendo exercido por monjas e diaconisas, com aplicações simples, com poucas inovações e que “compreendia albergue, horas regulares, alimentação simples, água pura para beber, ervas medicinais (amiúde misteriosas, mas inofensivas), a lavagem de chagas, a vedação de feridas e algumas práticas elementares de enfermagem” (Jamieson, 1966, citado por Silva, 1986, p.39).

As parteiras e mulheres que dominavam alguns conhecimentos especiais e cuidavam de doentes eram chamadas de sábias, pelo povo que se beneficiava desses saberes, e de bruxas, pela Igreja e pelos detentores de poder. Estas juntamente com os práticos, os médicos livres e/ou escravos, eram formadas pelo legado da tradição oral e pelo acompanhamento da prática de outros (as) - conforme o modelo de treinamento efetivado entre mestre-aprendiz.

Com as Cruzadas, constituídas por peregrinos que, ao abandonarem bens materiais e família marchavam para o Oriente Médio como uma expressão de fé,

apareceram alguns resultados positivos para a Enfermagem, com a fundação de hospitais para o atendimento desses peregrinos como “[...] o Hospital São João de Jerusalém e o de Santa Maria Madalena e o surgimento de ordens militares de enfermagem: a dos cavaleiros de São João, a dos Templários, a dos Teutônicos e a dos cavaleiros de São Lázaro” (Jamieson, 1966, citado por Silva, 1986, p.38).

As Cruzadas proporcionaram um comércio ativo com o Oriente. Atraídos pelos tapetes persas, especiarias e perfumes exóticos, entre outros, as Cruzadas favoreceram o desenvolvimento de cidades como Veneza, Palermo, Paris. Surge, assim, a expansão urbana e o movimento de deslocamento campo-cidade, resultado da atração por uma nova ordem sócio-político-econômica denominada Revolução Comercial. Com a expansão urbana estimula-se também a vida intelectual:

*“[...] Entre 1100 e 1400 foram criadas universidades na França, Inglaterra, Alemanha, nos Países Baixos e Escandinávia. Em quase todas elas havia predomínio da medicina sobre a cirurgia e a supremacia da teologia e da filosofia cristã sobre as ciências da natureza” (Carvalho Lopes, 1970, citado por Milan, 2003, p.18-19).*

Cabe ressaltar que as universidades apresentavam uma novidade: aos poucos, a vida intelectual ia deixando de estar totalmente ligada à Igreja e o pensamento começava a ganhar autonomia.

Comércio, dinheiro, cidades, capital, trabalho, universidades, burguesia [...] Esta nova dinâmica trazia mudanças nos modos de produzir (os arados, por exemplo), de organizar a produção de riquezas, no modo de trabalhar, entre outros. Essas mudanças:

*“[...] Entre outras causas de primeira importância contam-se algumas conseqüências mais diretas da chamada Revolução Comercial. Esse movimento provocara o surto de uma classe de capitalistas que procuravam constantemente novas oportunidades de investimento para o seu excesso de riqueza. A princípio, essa riqueza podia ser facilmente absorvida pelo comércio, pelos empreendimentos de mineração, pelas especulações bancárias ou pelas construções navais [...]” (Burns, 1971, p.662).*

A medicina, com a institucionalização das universidades, estabelece-se como um saber definido por um corpo específico de conhecimentos e técnicas, apesar das divergências internas da profissão entre médicos e cirurgiões, pois estes

utilizavam práticas de dissecação de cadáveres através de um trabalho manual e do derramamento de sangue, o que era combatido pela Igreja e, pouco valorizado pela sociedade. “A partir do século XIII, a cirurgia começa a ser um pouco mais respeitada, graças a Lanfranc, que sugeriu a unificação entre a medicina e a cirurgia, além de afirmar com sabedoria que não se deveria ignorar nem uma, nem outra” (Milan, 2003, p.19).

Os cuidados de enfermagem não conquistaram o mesmo prestígio conferido socialmente às atividades médicas, pois era inicialmente exercido por leigos (mães, esposas, escravos, escravas), em um ambiente doméstico e, depois, praticados por religiosas (monjas e diaconisas) no ambiente monástico<sup>1</sup>. Em ambas as atuações, estes sempre foram um serviço revestido por sentimentos como devoção, dedicação, caridade, amor ao próximo, sem o valor reconhecido do exercício de um saber profissional:

*“[...] Os cuidados de enfermagem, por sua vez, em ambos os tipos de sociedade estavam fora das trocas econômicas. Apesar de imprescindíveis, por constituírem um complemento indispensável às atividades médicas propriamente ditas, não desfrutavam de reconhecimento social, identificados que estavam com as tarefas domésticas” (Silva, 1986, p.10).*

Com o desenvolvimento dos burgos e a decorrente expansão das cidades, tanto em tamanho quanto em quantidade, transforma-se o *modus operandi* das atividades curativas em prática técnico-profissional quando da introdução dos médicos nos serviços de saúde, cuja condição foi, por um tempo considerável, combatida e não reconhecida pela Igreja, embora o mesmo não acontecesse com a prática dos cuidados de enfermagem.

---

<sup>1</sup>Neste referido período, a mulher começa a perder posição e importância quando observamos o desenvolvimento de um novo conceito de família que, a partir do século XIV “assistimos ao desenvolvimento da família moderna. Esse processo foi claramente resumido por M. Pelot: [...] assistimos a uma degradação progressiva e lenta da situação da mulher no lar. Ela perde o direito de substituir o marido ausente ou louco [...] Finalmente, no século XVI, a mulher casada torna-se uma incapaz, e todos os atos que faz sem ser autorizada pelo marido ou pela justiça tornam-se radicalmente nulos. Essa evolução reforça os poderes do marido, que acaba por estabelecer uma espécie de monarquia doméstica” (Ariès, 1981, p. 214).

### 3.1 Da Antiguidade ao capitalismo: algumas considerações sobre Enfermagem.

Na Revolução Industrial e primórdios do capitalismo, ampliam-se os problemas de saúde da população. Neste sentido, ressalta-se: as grandes epidemias que atingiam burgueses e proletários; as péssimas condições de vida e de saúde dos trabalhadores nas indústrias, os decorrentes movimentos da classe operária contra essas condições precárias de vida e insalubridade do trabalho fabril.

As vicissitudes dessa nova vida urbana agravaram as condições sociais dos trabalhadores, em particular, que deixavam a vida no campo e:

*“[...] A fuga ao solo libertou grande número de homens e mulheres do isolamento da vida rural, da tirania do tempo atmosférico [...] Mas, ao mesmo tempo, transformou muitos deles em joguetes ou instrumentos dos seus empregadores capitalistas [...] Se isso os livrava dos azares das pragas e das secas, também os expunha aos novos perigos da perda do emprego resultante da superprodução e colocava-os à mercê de um sistema sobre o qual não tinham nenhum conhecimento.” (Burns, 1971, p.688).*

A Revolução Industrial, conforme Burns (1971), que já começa a se configurar no século XVII, distingue-se não só por muitos avanços técnicos presentes na manufatura, na mineração, nos transportes, na comunicação, mas também pelo desenvolvimento de novas formas de organização capitalista. Distingue-se ainda, pelo crescimento demográfico nas áreas urbanas, bem como por significativas alterações no ritmo e na expansão das jornadas de trabalho; riscos de acidentes; aumentando a possibilidade de um exaurimento precoce dos trabalhadores e o agravamento de doenças:

*“[...] A introdução das máquinas não representou grande vantagem para o trabalhador. Fizeram elas, muitas vezes, com que homens robustos e capazes fossem alijados dos seus empregos pelo trabalho mais barato de mulheres e crianças. A atmosfera viciada, o calor sufocante, a falta de higiene, a par de horários intoleráveis, reduziam inúmeros operários a pobres criaturas macilentas e minadas pela tísica [...]” (Burns, 1971, p.692).*

A Inglaterra, país em que o desenvolvimento industrial bem como o crescimento demográfico foi rápido e significativo onde “já em 1800 notavam-se, em especial na Inglaterra, que o aumento populacional a partir da segunda metade do século XVIII, foi de aproximadamente 50%” (Burns, 1971, p.685). Surge, também, a criação de duas classes sociais distintas, a saber: a burguesia industrial e o proletariado. A primeira, composta pelos proprietários de fábricas, minas, estradas de ferro, comerciantes, advogados, banqueiros, entre outros e que se tornam, em pouco tempo, os dirigentes da nova sociedade. E o proletariado, que existe desde os primórdios da civilização e inclui todos os indivíduos que dependem de um salário para ganhar a vida.

Mediante tantas transformações, em 1601, a Inglaterra cria a Lei dos Pobres (“Poor Law”), modificada posteriormente em 1795 e 1834, que incorpora, além da atenção médica, o serviço de enfermagem na saúde pública para o cuidado e higiene dos pobres e dos socialmente deslocados, como os mendigos:

*“É essencialmente na Lei dos Pobres que a medicina inglesa começa a tornar-se social [...] Com a Lei dos Pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde e pobreza, não permitindo que o façam por si mesmos quanto por um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres, e, por conseguinte, a proteção das classes ricas”. (Foucault, 1999, p.95).*

### **3.2 Nightingale: O nascimento da profissão Enfermagem na expansão do capitalismo**

Em 1854, Florence Nightingale, nascida em 1820 na cidade italiana de Florença e filha de pais ingleses, recebe um convite oficial do governo inglês para trabalhar nos hospitais militares durante a Guerra da Criméia. Oriunda da aristocracia inglesa e com alguma experiência em administração de asilos, cria ali as bases de uma nova profissão, pois ao encontrar dificuldades na seleção de pessoas que deveriam acompanhá-la na sua ida para os hospitais militares da referida guerra, vê despertar o seu interesse para o problema e detecta a

necessidade de treinar as pessoas recrutadas para garantir um melhor desempenho de suas funções nos serviços de saúde prestados aos militares ingleses. Desempenho este que, por “um dado bastante concreto relativo ao êxito do trabalho coordenado por Florence refere-se à expressiva redução na porcentagem de combatentes mortos (de 40% para 2%), evidenciando que as condições de higiene anteriormente vigentes eram a principal causa da mortalidade” (Molina, 1973, citado por Silva, 1986, p. 52).

Com um trabalho de destaque na organização dos hospitais e, em conseqüência, conquistado a redução da mortalidade entre os soldados atendidos, Florence Nightingale recebe do governo inglês uma doação em dinheiro para a futura instituição do Fundo Nightingale. Em 1860, Nightingale começa a aplicar o dinheiro doado no treinamento de enfermeiras e funda a Escola Nightingale de Enfermagem no St. Thomás Hospital. Conta ali com uma população de alunas, em sua maioria, no nível das criadas domésticas, mas preparadas e supervisionadas pelas chamadas “lady nurse” que eram provenientes de uma classe social diferenciada e onde estas se distinguiram, pois “as enfermeiras da Escola Nightingale preparavam-se para tarefas distintas: o serviço hospitalar, as visitas domiciliares as doentes pobres e para o ensino da enfermagem”. (Melo, C. 1986, p.51).

Já institucionalizada na Inglaterra a nova profissão se destaca, impulsionada pela Escola Nightingale, e se propõe a formar pessoas com vistas a uma nova prática, redimensionada e adaptada aos novos tempos. A referida escola alcança outros países como os Estados Unidos da América, entre os anos de 1873 e 1875. Este aspecto reveste-se de especial importância, pois enfermeiras americanas formadas pela escola Nightingale vieram para o Brasil com o intuito de instalar e organizar a primeira escola de Enfermagem em nosso país, trazendo não só a estrutura de ensino, mas também a disciplina rigorosa, que procurava desenvolver nas alunas, traços de caráter e comportamentos considerados desejáveis a uma boa enfermeira como lealdade, sobriedade, honestidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância, entre outros. Tal escola:

“[...] Fundamentada nos “princípios Nightingaleanos” resumia-se em :

1. uma grande preocupação com a conduta pessoal das alunas, traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar;

2. a recomendação para que as escolas fossem dirigidas por enfermeiras e não por médicos;

3. a exigência de ensino teórico sistematizado e de autonomia financeira e pedagógica”. (Carvalho, 1972; Paixão, 1979 citado por Silva, 1986, p. 53).

O conjunto de princípios Nightingaleanos define, com precisão, desde a criação da profissão, uma nítida separação entre o saber médico (no masculino), e o saber da enfermagem (no feminino). Também, desde 1860, estabelece um modelo de formação e de organização da prática assistencial, que se assemelhava aos cuidados domésticos realizados pelas mulheres na cura de doentes, crianças e idosos. Tal prática se difunde como os cuidados funcionais, cujo foco estava nas tarefas e procedimentos, e não exatamente no tipo ou condição do paciente.

Em seu princípio, Nightingale também hierarquiza a profissão estabelecendo, desde a origem, distinções claras entre os dois tipos de alunas: as “lady-nurses”, provenientes de “classe altas”, aptas a custear seus próprios estudos e formadas para as tarefas de supervisão, ensino e difusão dos princípios nightingaleanos que se assemelham às enfermeiras em sua posição de supervisão e licenciamento para o ensino e as “nurses”, oriundas de um nível socioeconômico inferior, que recebiam ensino gratuito e que prestavam serviços no hospital como retribuição à formação recebida.



## 4. CAPÍTULO II

### A Trajetória da Profissão Enfermagem no Brasil

*“Trazendo de países distantes nossas formas de convívio, nossas instituições, nossas idéias e, timbrando em manter tudo isso em ambiente muitas vezes desfavorável e hostil, somos ainda hoje uns desterrados em nossa terra”. (Sérgio Buarque de Holanda)*

No Brasil, já na época do descobrimento, é observado que os indígenas utilizavam técnicas empregadas na arte de curar através da figura esotérica do pajé ou “médico-feiticeiro”, que ministrava os remédios, oriundos de plantas nativas, e praticava o exorcismo como uma complementação de magia, nos seus rituais. Tais medicamentos, uma mistura originária da flora brasileira, passaram a ser utilizados também pelos jesuítas portugueses que, com a colonização foram substituindo os pajés e suas práticas:

*“[...] Quase todos os padres dedicaram-se à assistência médica, integrando os conhecimentos hipocráticos trazidos da Europa com o que foi aprendido com os índios. Entre eles estavam José de Anchieta e Manoel da Nóbrega que, como seus pares, atendiam indistintamente a homens, mulheres e crianças, brancos, negros ou indígenas” (Milan, 2003, p.211).*

No início da colonização portuguesa o país se depara com o aparecimento de novas doenças como a varíola, a febre amarela, malária e lepra que parecem ter sido trazidas tanto pelo colonizador europeu, quanto pelo tráfico de escravos. A assistência aos doentes contava com a ajuda dos religiosos, que mantinham enfermarias próximas aos colégios que fundavam, pois poucos eram os médicos diplomados em Coimbra ou Salamanca que se aventuravam a vir para o Brasil. Durante o período colonial, a situação predominante era caracterizada pela presença dos religiosos, sobretudo jesuítas, dirigindo inicialmente as enfermarias, e logo depois, as Santas Casas de Misericórdia, conforme o modelo hospitalar em uso em Portugal. Estas se multiplicam em algumas cidades, mas atendendo de

forma leiga, com poucos recursos técnicos e monetários aos doentes que as procuravam, repetindo aqui, as práticas desenvolvidas na Idade Média: a caridade como uma forma de salvação, de acordo com a filosofia cristã.

No entanto, até o século XIX, a atuação dos curandeiros, religiosos e pajés ainda é ampla, destacando-se, inclusive, a participação de voluntários como Ana Justina Néri, natural do Estado da Bahia, nascida em 13 de dezembro de 1814 que, ao ver o marido (oficial da Armada), os dois filhos médicos e também oficiais serem alistados para a Guerra do Paraguai, oferece-se para tratar de feridos durante a batalha. Torna-se uma referência nacional pelos cuidados prestados aos doentes e feridos. Neste período:

*“[...] No âmbito da saúde, a população de então utilizava os conhecimentos da medicina popular que resultaram do sincretismo das práticas curativas dos índios, dos escravos e europeus. Somente os abastados proprietários rurais podiam custear a assistência dos raros médicos existentes no país durante o período colonial” (Oliveira, 1992, p.96).*

A medicina contava também com a atuação dos físicos, dos boticários e dos barbeiros que deveriam possuir para tal exercício profissional uma carta de “examinação”, o que nem sempre acontecia, mas “o barbeiro, por sua vez, foi o mais humilde dos profissionais da medicina e o mais solicitado realizando pequenas cirurgias”. (Milan, 2003, p.28).

A partir do século XIX a medicina avança em direção a uma conquista progressiva de conhecimentos em relação aos novos tipos de doenças, a diminuição das taxas de mortalidade, a descoberta da anestesia, os raios-X, e outros que proporcionaram descobertas na fisiologia, patologia e “finalmente o cirurgião ganha o seu merecido reconhecimento como médico” (Milan, 2003, p.34). Em 1808, com a chegada da família real portuguesa, o Regente D. João criou duas escolas de cirurgia, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro. Em 1832, D. Pedro II transforma-as em Faculdades de Medicina e nestas “os médicos formados por essas duas escolas substituíram os físicos do passado e conquistaram um prestígio social nunca atingido até então, além de serem vistos com grande estima pela população”. (Milan, 2003, p.36).

No final do século XIX, a sociedade brasileira entrava em um período de progresso econômico, destacadamente pelo desenvolvimento da lavoura do café e a sua crescente exportação. Para viabilizar tal empreendimento econômico, iniciava-se nas áreas portuárias a prática sanitária, através do controle e vigilância sobre os portos, no combate à falta de higiene e principalmente, na prevenção de doenças transmissíveis que atingiam especialmente os trabalhadores portuários comprometendo as relações comerciais de abrangência internacional.

*“A ação do Estado se faz sentir através de campanhas de erradicação da febre amarela e da peste bubônica, desenvolvida pelo médico sanitário Oswaldo Cruz durante o governo de Rodrigues Alves (1902-1908). Estas cruzadas contra a doença deixaram como saldo a legitimação da ação do Estado e sua influência na saúde coletiva”. (Oliveira, 1992, p.97).*

A Constituição de 1891 formaliza que os Estados seriam responsáveis pela Saúde Pública nas suas respectivas áreas territoriais. Através do decreto federal de 30 de dezembro de 1891, que tornou explícita a lei orçamentária da despesa de 1892, descentralizou-se, no âmbito dos governos estaduais, as atividades terrestres da Saúde Pública, pois ao governo federal foi reservada apenas a polícia sanitária marítima.

O artigo 2º do referido decreto dispunha:

*“I. Ficam pertencendo à municipalidade do Distrito Federal os serviços concernentes à higiene e polícia sanitária urbana, limpeza da cidade e das praias, Hospital São Sebastião, Desinfectório, Assistência à Infância compreendendo os menores empregados nas fábricas e os educandos das Casas de São José e Asilo dos Meninos Desvalidos.*

*II. Passarão para os Estados as despesas com os governadores ou residentes e secretarias e com o serviço de higiene terrestre nos respectivos territórios.” (Mascarenhas, 1949, citado em Mehry, 1987, p.49).*

Tal ato possibilitou a alguns estados, os mais capacitados economicamente, a investir e organizar as ações sanitárias, conforme suas necessidades e características próprias, o que levou a diferenciação de atuação e resultados entre os próprios estados no Brasil. No entanto, ao se falar em práticas e ações

sanitárias, faz-se necessário uma articulação com o conceito de Saúde Pública, uma vez que são constituintes de um campo maior de atividades e abrangências. Mehry (1987) utiliza-se de uma definição formulada por C. Winslow, um sanitarista americano da década de 20 define:

*“Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio e controle de doenças infecto-contagiosas, a educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo das doenças, e o desenvolvimento da maquinaria social, de modo a assegurar a cada indivíduo da comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde” (Mascarenhas, 1949, citado em Mehry, 1987, p.24).*

O período de 1890 a 1910 aproximadamente, caracteriza-se pelo controle científico das doenças infecto-contagiosas, sobretudo pela aplicação dos avanços alcançados pela bacteriologia. A Saúde Pública privilegia o Sanitarismo e suas ações restringem-se a um conjunto de intervenções voltadas para a prevenção do aparecimento das doenças coletivas como as epidemias. Estas atingiam a classe operária e, por isso, as medidas sanitárias incluíam as condições adequadas de moradia, esgoto, higiene, enfim, de melhorias das condições de vida: “[...] A Reforma Sanitária teve resultados significativos, alterando as condições epidemiológicas da classe trabalhadora, no tocante a algumas doenças infecto-contagiosas, principalmente as chamadas pestilências como varíola, tuberculose e a própria peste” (Mehry, 1987, p.35).

Envolto em campanhas e intervenções sanitárias, o Estado detecta a falta de profissionais para os cuidados básicos junto aos doentes: por isso, é criada a escola de Enfermagem Alfredo Pinto, via dispositivo legal, no início da República, através do Decreto 791, de 27 de setembro de 1890. Ela é, oficialmente, a primeira escola profissional de enfermeiros e enfermeiras destinadas a atuar em hospícios, hospitais civis e militares. Aqui, vale destacar a proximidade histórica das ações na profissão, pois como já visto, em 1860, Nightingale fundara a Escola

de Enfermagem na Inglaterra, e em 1890, o Brasil passa, então, a ter a sua primeira escola de enfermagem.

O curso em questão tinha a duração de dois anos e as aulas eram ministradas por médicos. Seguem-se outras iniciativas em torno do ensino da enfermagem como “o curso de Enfermagem no Hospital Evangélico, hoje Hospital Samaritano, em São Paulo (1901-02), Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira (1906)” (Germano, 2003, p.14).

Em 1923, através do Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923, aprova-se o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que tem como uma de suas atribuições, a fiscalização do exercício profissional dos médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros e parteiras e cria, na cidade do Rio de Janeiro, a Escola de Enfermeiras do DNSP, anexa ao Hospital Geral, atualmente denominada Escola de Enfermagem Ana Néri. Esta teve uma contribuição decisiva e importante de Carlos Chagas que, na época, era diretor do DNSP. Sua criação insere-se em um contexto crítico em que “a saúde pública enfrentava mais uma crise decorrente das epidemias e endemias que representavam uma ameaça à população bem como à economia exportadora brasileira” (Germano, 2003, p.14). Esta escola recebeu a colaboração da Fundação Rockefeller que enviou nove enfermeiras americanas com o propósito de estruturar o serviço de enfermagem de saúde pública, organizarem a escola e ministrar disciplinas específicas, na cidade do Rio de Janeiro. Tal escola “foi considerada escola oficial padrão para todo o país, conforme Decreto 20.190/31 da Presidência da República” (Germano, 2003, p.14).

Cria-se, também, um curso para Visitadoras Sanitárias, sendo essa a primeira categoria de profissionais de enfermagem com alguma qualificação para atuar diretamente na área de saúde pública, nas ações mais prementes da comunidade e bem próximo às necessidades da população mais carente, pois “se a prática médica do referido período estava quase totalmente desvinculado das ações de higiene sanitária, a da enfermagem profissional surge atrelada à Saúde Pública” (Germano, 1983, p.35).

As futuras enfermeiras, enquanto treinadas e capacitadas pela Escola de Enfermagem Ana Néri, trabalhavam no Hospital Geral da Assistência, anexo ao Departamento Nacional de Saúde Pública e, ao concluírem o curso, atuavam

basicamente nos serviços de saúde pública, via de regra em posição de supervisão ou no ensino preparando, assim, auxiliares - no caso, as visitadoras sanitárias. Estas executavam o trabalho diretamente com a comunidade constituindo esta prática uma transposição do modelo de saúde público americano trazido e implantado no estado de São Paulo, pela Fundação Rockefeller.

A década de 20 apresenta:

*“[...] Como característica básica, o fato de nela se condensar um conjunto de conflitos (greve operária de 1917 e 1919), que de agroexportadora/urbano-comercial passa a agroexportadora/urbano-industrial. Estes conflitos são responsáveis pelas transformações ocorridas na época, dentre as quais assinala-se a maior centralização das ações estatais” (Mehry, 1987, p.91).*

Em 1923, com o Dr. Carlos Chagas à frente do DNSP, começa a se delinear uma reforma administrativa nos Serviços de Saúde Pública, no âmbito federal. Ocorre, neste mesmo ano, o Iº Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene: “no dia 1º de outubro de 1923 [...] Carlos Chagas, falando a cerca de 200 congressistas, apontava as oposições existentes à ação da Fundação Rockefeller na área de Saúde Pública no Brasil, e defendendo-a, apontava para o seu êxito prático [...]” (Luz, 1979, citado por Mehry, 1987, p.92).

Tais alterações referem-se às ações sanitárias até então praticadas, que incidiam sobre o meio ambiente com intervenções basicamente higienizadoras, e eram complementadas pelas ações eventuais que se traduziam em campanhas ao se detectar algum surto epidêmico. Para melhor delinear esta linha de atuação, serve de exemplo, o Desinfectório Geral, que tinha por objetivo principal a higiene dos fatores ambientais e os serviços de Inspeção do Serviço de Profilaxia Geral, com funções específicas:

*“A) As medidas de saneamento que se tornarem necessárias no Estado principalmente sob o ponto de vista da profilaxia contra o impaludismo e a ancilostomose.  
B) A fiscalização na Capital das cachoeiras, estábulos, cavalariças [...]” (Mascarenhas, 1973 citado por Mehry, 1987, p.101).*

Carlos Chagas, em 1923, no plano federal, propõe a alteração e uma reforma administrativa nos princípios e serviços da Saúde Pública que, deixaria de estar centralizada no meio ambiente e passaria a ter como foco de atuação a Educação sanitária das pessoas, ou seja, a conscientização sanitária individual para que cada um pudesse atuar sobre o meio ambiente que o circunda. Por ser uma ação educativa a mesma deveria ser permanente e, portanto, incluiu-se a criação de instituições que difundiram conhecimentos e informações de saúde, tendo como referencial o modelo americano implantado no estado de São Paulo com a parceria da Fundação Rockefeller, como já destacado anteriormente.

Propõe-se ainda, a criação de Centros de Saúde como parte integrante das novas ações e assim, “o projeto vincula-se a realização das ações de Educação Sanitária à figura institucional dos Centros de Saúde construídos nos municípios, que serão o lugar fundamental, na sociedade, onde se realizarão as ações sanitárias educativas, ou de onde se irradiarão informações [...]” (Mehry, 1987, p.99). As campanhas não foram totalmente abandonadas, mas passaram, nesta nova fase, a terem uma atuação complementar às práticas educativas e conscientizadoras.

Este modelo de atuação foi considerado como “médico-sanitária”: “a Saúde Pública se exerce por ações permanentes de Educação Sanitária, preferentemente realizadas em unidades locais, que se constituirão nos Centros de Saúde; do médico à visitadora com o objetivo de promover e proteger a saúde [...]” (Mehry, 1987, p.94).

Desta forma, o exercício da profissão expande-se com as enfermeiras atuando, de forma diferenciada, no ensino e supervisão, conforme os princípios nightingaleanos em aplicação, enquanto que o cuidado direto do paciente e dos necessitados nas comunidades atendidas ficava a cargo dos Centros de Saúde e da atuação da equipe de educação sanitária.

A escolaridade da mulher cresce no Brasil, principalmente a das paulistas e paulistanas. Em 1931, registra-se, no estado de São Paulo, conforme dados do Ministério da Educação e Cultura e IBGE (1939, p.228), a ocorrência de 6.142 matrículas, do sexo feminino, no curso Magisterial (como era conhecido o atual curso Normal e, anteriormente, denominado Magistério) e apenas 2.154 conclusões. Isto é, 35% de conclusão em um curso que registrava, no mesmo

período, 1.083 homens matriculados, praticamente um quinto em relação ao total de mulheres matriculadas, sendo que, entre eles, 31% se diplomaram.

Este curso, em especial, merece destaque, uma vez que, para freqüentar o curso de Enfermagem de nível superior, as interessadas necessitavam de um certificado de conclusão do então denominado curso Magisterial, considerado como a formação mínima necessária para a admissão.

O estado de São Paulo, na publicação do Ministério da Educação e Saúde (1932), apresentava, em 1931, 53 unidades escolares que ofereciam este curso em toda a sua extensão territorial. A denominação ensino semi-especializado e especializado apresentava um total de 6.857 alunos, de ambos os sexos, que concluíram os cursos de Propedêutico, Artes Domésticas, Agrícola, Técnico, Comercial, bem como o já citado curso Magisterial.

#### **4.1 A profissionalização da Enfermagem no estado de São Paulo**

Entre 1890 e 1910, principalmente, dá-se um significativo movimento de imigração estrangeira para o Brasil, em especial para o estado de São Paulo onde, os italianos eram os mais numerosos, seguidos dos espanhóis e dos portugueses. Conforme Fausto (1983) os italianos constituíam a maioria nos diversos ramos industriais e rurais de São Paulo, enquanto que os espanhóis e os portugueses - estes em número inferior - estavam entre os portuários.

Neste período começa a se evidenciar, no oeste paulista, o desenvolvimento de uma nova região propícia para a expansão da agricultura cafeeira frente ao Vale do Paraíba, tendo a mão de obra imigrante como impulsionadora de produção e produtividade. “Inicia-se a ascensão econômica do grupo cafeeiro de São Paulo, que adota o trabalho assalariado em suas fazendas” (Mehry, 1987, p.47). Neste momento, o estado de São Paulo apresentava problemas na área da saúde, se tornando “palco de uma epidemia de febre amarela, que se alastrava pelo interior, atingindo as zonas de plantação do café e área urbana, ligadas à comercialização e exportação do produto, como o porto de Santos” (Mehry, 1987, p.48).

Com a preocupação do controle endêmico e epidêmico que comprometiam a produção e exportação cafeeira, principalmente, surge, então, práticas sanitárias significativas aplicadas em São Paulo, que se tornarão modelo para a Saúde Pública do país, destacando-se:

*“Cria-se o Instituto Vacinogênico e a Comissão de Vigilância Epidemiológica para a zona urbana, em 1892.*

*O surgimento do Serviço Sanitário Estadual em 1892 no âmbito da Secretaria do Interior do Governo do estado de São Paulo.*

*Regulamenta-se o Laboratório Bacteriológico e o Serviço de Desinfecção, em 1893.*

*Redige-se o 1º Código Sanitário Estadual em 1894, e neste mesmo ano regulamenta-se o funcionamento do Hospital de Isolamento.*

*Funda-se o Instituto Butantã, em 1901, e o Instituto Pasteur, em 1903*

*O surgimento do Serviço Sanitário Estadual em 1892 no âmbito da Secretaria do Interior do Governo do estado de São Paulo.*

*A alteração dos Códigos Sanitários Estaduais em 1894, 1911 e 1918”( Mehry, 1987, p.48).*

Dentre todas as ações, merece destacar a elaboração do Serviço Sanitário Estadual que, com várias reformulações, foi organizado a partir da Lei nº 43, de 18 de julho de 1892. O projeto inicial colocava como finalidades deste órgão:

1º- O estudo das questões referentes à saúde pública no Estado.

2º- O saneamento das localidades e habitações.

3º- A adoção de meios tendentes a prevenir, combater ou atenuar as moléstias endêmicas, epidêmicas e transmissíveis aos homens e animais.

4º- A organização, direção e distribuição de socorros de assistência pública aos necessitados.

5º- A direção e o desenvolvimento do serviço de vacinação.

6º- A inspeção sanitária das escolas, fábricas e oficinas, hospitais, hospícios, prisões, estabelecimentos de caridade e asilos.

7º- A fiscalização da alimentação pública, do fabrico e do consumo de bebidas nacionais e estrangeiras, naturais ou artificiais, do comércio e exploração de águas minerais.

8º- A fiscalização do exercício da medicina e da farmácia.

9º- A polícia sanitária, sobretudo a que, direta ou indiretamente, influir na saúde pública de cidades, vilas ou povoações do Estado.

10º- A fiscalização sanitária de todos os grandes trabalhos de utilidade pública, dos cemitérios e obras que interessam à saúde pública.

11º- A organização de estatísticas demográfico-sanitária”(Mascarenhas, 1949 citado por Mehry, 1987, p.73).

Cabe destacar também que, para viabilizar e implementar tal Serviço em toda a extensão territorial do estado, tornava-se necessário uma organização administrativa e técnica que contava com:

“a) Conselho de Saúde Pública [...]

b) Uma Diretoria de Higiene incumbida da execução do regulamento sanitário, que deverá ser auxiliada por laboratórios farmacêuticos, vacinogênicos e de análises químicas e bacteriológicas.

c) Um engenheiro sanitário [...]

[...] oito delegados de higiene da Capital, dois [...] de Santos e dois de Campinas, um [...] para cada uma das 62 cidades do interior e 84 para as vilas [...] Cada um dos delegados [...] da Capital, de Santos e de Campinas tinha dois fiscais desinfetadores e cada uma das demais cidades e vilas um fiscal [...]"(Mascarenhas, 1949 citado por Mehry, 1987, p.73).

“O Serviço Sanitário, já em 04 de setembro de 1893, nove meses após a sua aprovação e implantação, sofre a primeira alteração em função de “várias manifestações de deputados, que se posicionavam contra o caráter autoritário e normalizador das ações sanitárias, alegando que as mesmas roubavam a autonomia dos municípios e invadiam a privacidade dos cidadãos” (Mehry, 1987, p. 74).

A alteração oficializada pela Lei nº 240, referia-se à transferência para os municípios, da responsabilidade primária sobre a higiene terrestre, restringindo, assim, a ação do Governo estadual ao combate de epidemias, à fiscalização da medicina e da farmácia, à estatística demográfica-sanitária e à colaboração com os municípios quando esta fosse solicitada.

A expansão do café favorece, também, a expansão comercial e industrial concentrada, principalmente, na capital do estado, que se torna um lugar importante para a aplicação do capital gerado neste setor e, conforme dados econômicos dos censos de 1907, 1920 e 1929, caracteriza o surgimento de um pólo produtivo industrial, a saber:

<b>ESTRUTURA INDUSTRIAL/SÃO PAULO</b>			
<i>Ano</i>	<i>Empresas</i>	<i>Capital (Contos)</i>	<i>Força motriz</i>
1907	326	127.702	18.301
1920	4.145	537.817	94.099
1929	6.923	1.101.824	—

Tabela 1- Fonte: Pinheiro, F.S. – O proletário industrial na Primeira República; in: O Brasil Republicano, in História da Civilização, DIFEL, São Paulo, 1987, p.141.

A agroexportação cafeeira sofre em função da maior, ou melhor, safra do maior ou menor volume de exportação e do jogo de interesses econômicos dos países importadores. A capital e algumas outras cidades do interior do Estado como Campinas e Santos, principalmente, caminham para se estruturar como um significativo pólo industrial e com uma demografia em expansão. Ocorrem mudanças na estrutura de classes da sociedade que, na capital, se evidencia com maior nitidez, resultantes deste dinamismo econômico e político, pois “[...] São Paulo, na segunda década do século XX, tinha-se tornado o estado mais industrializado do país, quanto aquele onde mais se intensificou o processo de urbanização. Desta forma, um conjunto de novos fatores sociais apareceram no quadro da sociedade”(Mehry, 1987, p.89).

Com um panorama instável no campo, em função das oscilações da exportação cafeeira, cresce o êxodo rural para as grandes cidades onde “de 1898 até 1907, ocorre o êxodo rural, conseqüência da crise cafeeira e daí, até 1910, com a diminuição do plantio [...]” (Fausto, 1985, p.144).

O pólo industrial paulista emprega, também a mão de obra feminina e infantil, como uma maneira de diminuir salários, dificultando a sobrevivência das famílias nas cidades: “o censo de 1919 também constata uma grande porcentagem de

trabalho feminino (33,7% da ocupação operária) em São Paulo [...] A presença de crianças e mulheres contribuía para ampliar ainda mais a mão-de-obra e pressionava o nível dos salários do homem adulto para baixo” (Fausto, 1985, p.145-146).

Com o aparato sanitário que se organizara no estado, observa-se que a situação, embora ainda com ocorrência de epidemias de peste, varíola, entre outras, já se mostrava capaz de ser controlada e/ou de se garantir as condições mínimas para uma melhor qualidade de vida da população.

Em seu início a intervenção limitava-se ao uso de campanhas que tinham uma atuação apenas pontual e específica sobre os focos infecciosos detectados pois “o modelo assistencial público tinha na campanha e na polícia sanitária seus meios principais de efetivação. Para pôr em prática esta política foram organizadas leis, códigos e decretos” (Merhy, Queiroz, 1993, p.178).

A Fundação Rockefeller, que, como foi dito, ajudou a introduzir o modelo americano na Saúde Pública do estado, tinha como seu representante Geraldo Horácio de Paula Souza que, no 1º Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene, presidido por Carlos Chagas, em 1923, apresenta com detalhes os avanços da Saúde Pública paulista:

*“Sempre presente nas questões levantadas sobre as transformações recentes nos serviços de saúde pública, a Fundação Rockefeller fazia-se presente também no plenário através de seus representantes. Foi o representante de São Paulo (Geraldo Horácio de Paula Souza) quem mais detalhadamente discutiu sua situação e seu significado na saúde pública no Brasil” (Luz, 1982 citado por Mehry, 1987, p.93).*

Ao assumir o cargo de Diretor do Serviço Sanitário Estadual, em 1923, Geraldo Horácio de Paula Souza elabora um relatório em que estabelece os princípios que iriam nortear sua intervenção na reformulação das práticas sanitárias. Neste, afirma, entre outros:

- “[...] Qualquer reforma necessita de um estudo minudente dos diferentes serviços da repartição [...] antes de ocorrer a necessidade de modernizar;
- a necessidade de integrar o serviço com a Faculdade de Medicina para a correspondência técnica e atualidade científica;
- que se deve evitar o empirismo e favorecer a formação dos funcionários, inclusive no estrangeiro;
- a absorção dos postos da “Rockefeller Foundation”, mas sem hostilizá-la;
- a unidade de direção no combate às endemias;
- condensação e reorganização dos laboratórios;
- necessidade de criar novo Hospital de Isolamento e um curso de enfermeiras;
- instituir um Conselho Sanitário;
- melhor dotação orçamentária para a Saúde Pública;
- reação enérgica contra a varíola e a febre tifóide”(Mascarenhas, 1949 citado por Mehry, 1987, p.93-94).

No final do século XIX e início do século XX, vários cursos da área da saúde foram criados no estado de São Paulo como Farmácia, em 1899; Odontologia, em 1900; Medicina, em 1912; Enfermagem, em 1923; Medicina Veterinária, em 1929; Nutrição, em 1939 .

O Professor Geraldo Horácio de Paula Souza, um sanitarista por excelência, registra em seu relatório de intervenções a necessidade de um curso de enfermeiras com uma formação profissional que viesse complementar a assistência à saúde na comunidade, participando da educação sanitária, do acompanhamento dos casos atendidos nos Centros de Saúde, da assistência domiciliar quando necessária ou encaminhamento de novos casos para consulta e/ou controle. Isto é, a comunidade paulista necessitava de enfermeiras para atuarem na Saúde Pública, a exemplo dos profissionais utilizados nos serviços similares de saúde dos Estados Unidos da América, Canadá, Inglaterra e já introduzidos na cidade do Rio de Janeiro por iniciativa do Dr. Carlos Chagas.

Tais profissionais estariam em sintonia com as ações componentes do Serviço Sanitário Estadual que, em 1917 e 1925, passam por novas reformas

segundo Mehry (1987). Nestas datas, a transformação no interior das práticas sanitárias caracteriza-se por um deslocamento da perspectiva bacteriológica, na qual a polícia sanitária e o campanhismo eram os instrumentos básicos para as práticas sanitárias. Estes começam, então, a se transformar em praticas médico-sanitárias, isto é, em ações que visam a conscientização do indivíduo, revestida de um caráter impositivo sim, mas com um cunho predominantemente educativo/consensual.

A visão do então diretor do Serviço Sanitário Estadual, Geraldo Horácio de Paulo Souza:

*"A Saúde Pública se exerce por ações permanentes de Educação Sanitária, preferentemente realizadas em unidades locais, que se constituirão nos Centros de Saúde; do médico à visitadora com o objetivo de promover e proteger a saúde, utilizando-se, também, dos métodos profiláticos fornecidos pela medicina e pela Engenharia Sanitária"(Mascarenhas, 1949 citado por Mehry, 1987, p.94).*

A Lei Estadual nº 2121, de 30 de dezembro de 1925, oficializando a criação do curso de Educadoras Sanitárias, vem de encontro com as idéias e os ideais que norteiam a Saúde Pública no estado, no sentido de capacitar profissionais para viabilizar as ações e práticas sanitárias junto às comunidades. As candidatas a esse curso, com duração de um ano, deviam apresentar o diploma da Escola Normal como requisito mínimo para a efetivação da matrícula e, após sua formação, deveriam que prestar serviços na área da assistência preventiva à saúde, em Centros de Saúde junto à comunidade que os cercava, bem como a atuação no campo da educação sanitária e imunizações, principalmente. Assim, as Educadoras Sanitárias são preparadas para o exercício de tarefas predominantemente manuais, as quais, são incorporadas, com a jurisdição da profissão, nas atribuições de Auxiliar de Enfermagem.

## 4.2 Enfermagem: um campo profissional no estado de São Paulo

Recorrendo a uma síntese cronológica podemos dizer que a Enfermagem como campo profissional, estabelecida e reconhecida na Inglaterra em 1860, passou a existir nos Estados Unidos em 1873 e, no Brasil, com vigor de ato oficial, em 1923, com a criação da Escola Ana Neri, no Rio de Janeiro. Na cidade de São Paulo foi implantada oficialmente em 1942, com a criação da Escola de Enfermagem de São Paulo, anexa à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A nova profissão insere-se no conjunto das políticas sociais e da saúde estabelecidas pelos governantes em exercício quando, em 24 de Janeiro de 1923, através da Lei Eloy Chaves, abre-se um novo período de regulamentação, pelo Estado, no campo da aposentadoria e dos benefícios a ela indexados. Esta lei formulou as bases para a organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), resultado de uma conquista obtida pelo trabalhador ferroviário quando, em 1910, esta classe obteve a criação do Fundo Especial de Pensões:

*“[...] A Paulista (refere-se à Companhia Paulista de Estradas de Ferro) já contava com quarenta anos de existência, em 1908, quando um grupo de trabalhadores começou a se articular, objetivando a criação de uma organização que os protegesse na velhice ou invalidez e suas famílias, em caso de morte. O número de ferroviários envelhecidos e doentes já era significativamente alto. A Companhia já tinha, no total, quase cinco mil empregados” (Segnini, 1982, p.55).*

A classe trabalhadora se fortalecia e reivindicava, principalmente, condições sociais, trabalho e saúde, como no caso em especial os ferroviários e portuários. Outras categorias de trabalhadores também aderem a essas reivindicações e, em 1919, novo movimento operário irrompe em São Paulo, com diversas categorias aderindo à greve, buscando:

- “a) o dia de oito horas de trabalho;
- b) repouso semanal ininterrupto;
- c) proibição de trabalho dos menores de 14 anos, como também do trabalho noturno das mulheres;
- d) estabelecimento do salário mínimo, baseado no custo total dos víveres, devendo os pagamentos serem efetuados semanalmente;
- e) equiparação do salário das mulheres e dos homens;
- f) completo respeito por parte dos poderes públicos às associações operárias e plena liberdade de pensamento;
- g) rebaixamento efetivo e seguro dos gêneros de primeira necessidade;
- h) medidas impeditivas da falsificação dos gêneros de primeira necessidade;
- i) redução imediata dos aluguéis”(Moraes Filho, citado por Segnini, 1982, p.59).

A proteção legal para a classe trabalhadora, fruto de greves significativas, embora ainda aquém das reivindicações surge:

*“[...] Em abril de 1923 é criado o Conselho Nacional do trabalho: um órgão consultivo composto de dois representantes dos empregados, dois dos patrões e dois do governo, juntamente com seis especialistas, se reuniria para estudar condições de trabalho, previdência social, contratos coletivos, acidentes de trabalho, trabalho de mulheres e crianças” (Fausto, 1986, p.170)<sup>2</sup>.*

Entre as leis sociais aprovadas nesse período, merece destaque a Lei de Acidentes de Trabalho (1921), a já citada Lei Eloy Chaves, que cria as CAP's para

---

<sup>2</sup> Desta forma, é possível verificar que as decisões “tripartites”, tão em voga no presente, já eram estabelecidas em 1923.

os trabalhadores das empresas de estrada de ferro, logo depois estendida aos portuários e marítimos e, também a Lei de Férias (1925).

A classe trabalhadora, respaldada pela Lei Eloy Chaves e pelo desenvolvimento do processo de industrialização no país, canaliza seu interesse voltado para o cuidado individual, com ênfase na atenção médica, provocado pelo aumento dos acidentes de trabalho, das doenças ocupacionais, entre outros. Por força de tal demanda, no rol dos benefícios previdenciários inclui-se, também, a assistência médica, ainda que em seu princípio, esta lei contemplasse, em primeiro plano, as doenças de massa relacionadas ao processo de urbanização como a malária, a esquistossomose e a verminose.

A interferência política se faz notar com respostas segmentadas junto a classe trabalhadora pois nem todas as categorias foram contempladas com este novo benefício sabendo que “ os governos populistas imprimiram um padrão de política social caracterizada por um corporativismo fragmentado que, através das Caixas de Pensão e Aposentadoria, dividia a classe trabalhadora em várias categorias com privilégios diferenciais” (Queiroz, Vianna, 1992, p.132).

Porém, como já citado, no referido período à atuação da saúde está sob o comando e direcionamento do Departamento Nacional de Saúde Pública que tem, por atribuição, o saneamento rural e urbana, a propaganda e orientação sanitária, a higiene materno-infantil, industrial e profissional, a fiscalização e supervisão da saúde, bem como o combate às endemias.

Mediante tal situação, acentua-se a importância da atuação de profissionais na área de saúde pública. A profissão procura se estabelecer, se fortalecer e, “em 1926, pelas formandas da primeira turma da Escola de Enfermagem Ana Neri, cria-se a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tendo por objetivo o estudo, discussão e atuação junto às autoridades legislativas e executivas na conquista de melhorias para a profissão” (Oguisso, 2001, p.197).

Apesar da criação de novos Departamentos pela intervenção do Estado na área da saúde, a profissão pouco avança, pouco conquista em termos de resultados significativos:

*“[...] Até o final da década, as enfermeiras continuavam atuando no ensino e na área de saúde pública. A situação dos hospitais seguia o padrão anterior, cujo modelo, pautado nas Santas Casas de Misericórdia, dispunha de religiosas e serviçais ainda como sendo o pessoal em número dominante e expressivo no exercício da prática de enfermagem hospitalar, sem que, para isso, recebessem um treinamento sistematizado” (Melo, C., 1986, p.66).*

Com a crise econômica de 1929, a queda nas exportações cafeeiras, o abalo na oligarquia rural brasileira e o surgimento da nova burguesia industrial e comercial, a própria Escola de Enfermagem Ana Néri se vê ameaçada em seu funcionamento. Neste período é incorporada à Universidade do Rio de Janeiro, garantido, assim, a continuidade do seu trabalho.

O Decreto 20.109, de 15 de junho de 1931, declarava em sua ementa que, pretendia regular o exercício da enfermagem no Brasil e fixar as condições para a equiparação das escolas de enfermagem, pois na prática, tomando como referência o exercício da profissão, o profissional da enfermagem era citado junto com os massagistas, as manicures e pedicures, incumbidos do tratamento de doentes com sintomas específicos de sua área de atuação, mas submetidos às ordens médicas. Caso não agissem assim, seriam penalizados conforme Decreto anterior, ou seja, o de n.º 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

O artigo 1º tratava do exercício da enfermagem ao estipular que somente poderiam usar o título de enfermeiro diplomado, o profissional que fosse licenciado por escola oficial ou equiparada na forma da lei e que tivesse o diploma registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Assim, a jurisdição estabelecia a profissão da (o) enfermeira (o) respaldada sobre uma formação específica e sancionada por um diploma. Os demais artigos relacionavam-se com o ensino da enfermagem e a submissão da enfermagem diante das ordens médicas, limitando e subordinando o seu campo de atuação.

A profissão segue com o mesmo delineamento observado por Kergoat (1992), na França, no período que compreende os anos 20 ao início dos anos 60:

“a formação, ainda reduzida, faz da enfermeira uma ‘ferramenta’ do médico, com um lugar subalterno, lugar bem definido pela hierarquia do saber” (Kergoat, 1992, p.25)<sup>3</sup>.

Posteriormente, o Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932, ao dispor sobre a regulamentação e fiscalização do exercício da Medicina, Odontologia e Medicina Veterinária, regulamentava também as profissões do farmacêutico, da parteira e das enfermeiras:

*“[...] No tocante à enfermagem, não havia ainda preocupação em definir o que esse profissional deveria fazer, mas era lhe proibido instalar consultório para o atendimento de clientes. O Decreto estipulava que, em caso de falta grave, o enfermeiro poderia ser suspenso do exercício da profissão ou ser demitido, se exercesse função pública” (Oguisso, 2001, p.199).*

Este novo Decreto estipulava que a (o) enfermeira (o), apesar de não ter suas atribuições definidas e delimitadas por respaldo legal, posiciona-se como a única categoria profissional dos serviços de saúde que permanece ao lado do doente, por 24 horas, ininterruptamente, bem como ao lado do médico, com a prestação de um serviço especializado e complementar.

Estes profissionais iniciam, assim, a conquista de um campo de práticas necessárias ao doente e úteis para o corpo médico, pois estes, paulatinamente, começam a se dedicar ao tratamento em si, ao diagnóstico, enquanto as enfermeiras legitimam as práticas do cuidar que, historicamente, foram consideradas pertinentes às qualidades femininas e, portanto, às mulheres: “Que as enfermeiras sejam mulheres foi sempre uma evidência que nos parece, ainda hoje, antinatural questionar. Afinal, quem se ocupa dos cuidados-de-saúde e dos atos biológicos da vida no domínio privado, conjuga, supostamente, todas as ‘qualidades’ requeridas para os executar no domínio profissional” (Lopes, 1996, p.82).

Tratar e cuidar, duas práticas que se complementam e que se tornam indispensáveis aos serviços de saúde, na visão do paciente, mas que implicam em valorizações distintas na relação capital /trabalho. Os médicos, conceituados e valorizados pelo seu saber, sua qualificação e suas competências, conquistam o

---

<sup>3</sup>Kergoat et al (1992)“La formation, encore réduite, fait de l’infirmière un “outil” du médecin, avec une place subalterne, place bien définie par la hiérarchie du savoir” . Tradução da autora.

domínio sobre as práticas do tratamento como inerentes à sua formação, bem como às práticas do cuidar que, tomadas como qualidades femininas, a essas foram delegadas, mas subjugadas ao seu domínio e legitimação.

*“No espaço social - e no hospitalar mais precisamente - que tais agentes ocupam territórios diferentes. O diagnóstico e a terapêutica médica representam os atos-fins, o saber que embasa a organização e o processo de trabalho no hospital [...] Isso nos confronta com a exigência real do trabalho médico, enquanto que o trabalho da Enfermagem, por sua vez, se incorpora aos fins” (Lopes, 1996, p.82).*

Na década de 40, com a eclosão da Segunda Grande Guerra, a economia do país se altera. Neste momento, acentua-se o desenvolvimento urbano-industrial, cresce o número de trabalhadores assalariados:

*“[...] Dessa forma, a concentração fundiária, secundada pelo declínio da fertilidade natural do solo e pelo fracionamento da pequena propriedade, constituíram também importantes fatores de expulsão e deslocamento da população rural, acentuada pelas secas em áreas como o Nordeste e deram lugar a significativos fluxos migratórios rural-rural e rural-urbano desde a década de 30. Embora a pequena introdução de mudanças técnicas e a grande expansão da área cultivada tenham acentuado a expulsão do campo até os anos 50, já se observavam, na década de 40, importantes correntes migratórias do Nordeste para as áreas rurais de São Paulo [...] e a áreas urbanas, como, Guanabara, a capital de São Paulo e também outras capitais” (Henrique, 1999, p.25).*

As estimativas deste fluxo demográfico, considerando a época, são “bastante precárias, Martine (1987) indica 3 milhões na década de 40 e 7 milhões de pessoas na década de 50. Merrick (1986) indica 8 milhões nos 50, correspondendo a 24% da população rural de 1950” (citado por Henrique, 1999, p.33).

Frente à pressão da classe trabalhadora, através das CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) e dos sindicatos, principalmente, reivindica-se uma medicina curativa e hospitalar com maior abrangência e cobertura. Os hospitais começam a se multiplicar, a incorporar novos equipamentos e novos serviços,

passando a exigir maior e melhor qualificação dos profissionais, incluindo aí o serviço prestado pela equipe de enfermagem.

### **4.3 Primórdios da organização profissional da Enfermagem em São Paulo**

Considerando a seqüência cronológica da institucionalização da profissão de Enfermagem, é relevante situar os primeiros passos na constituição de um desdobramento profissional que agora deixa de ser apenas uma formação em um grau superior, para também se inscrever no grau técnico - os auxiliares de enfermagem.

A legitimação dos que atuavam como atendentes, então existentes, se dá através da Lei 775, de 6 de agosto de 1949, que cria, oficialmente, o curso de Auxiliar de Enfermagem e regulamenta as escolas de nível superior já existentes no país.

Esta Lei reconhece e delimita, também, através de um dos seus artigos, a área de atuação da Enfermagem, estabelecendo dois campos de trabalho configurados pelo respaldo oficial do Estado. São eles: o ensino dos princípios de enfermagem que passaria como atribuição das enfermeiras diplomadas e não mais dos médicos; e os hospitais, como um campo de trabalho onde, decorridos sete anos após a data da publicação da referida Lei, seja ele público ou privado, deveria ter um profissional com formação superior na direção dos serviços de enfermagem:

*“[...] A lei 775, de 06 de agosto, dispunha sobre o ensino de enfermagem no país, mas, incluiu um preceito referente ao exercício profissional no art. 21, dispondo que as instituições hospitalares públicas ou privadas, decorridos sete anos após a publicação desta lei, não poderiam contratar, para a direção dos seus serviços de enfermagem, senão enfermeiros diplomados”. (Oguisso, 2001, p.202).*

Até 1948 existiam, conforme Silva (1986) seis cursos para Auxiliares de Enfermagem no país e, entre 1949 e 1956, surgem 37 novos cursos. Destes,

cerca de 30 eram mantidos por entidades de direito privado, sendo que grande parte dessas entidades incluía, entre suas finalidades assistenciais, a manutenção dos hospitais.

Através desta Lei, “recria-se” o que Florence Nightingale estabeleceu nos primórdios da profissionalização da Enfermagem quando estabelecia funções e atribuições diferentes para as duas categorias: às *lady-nurses* ou enfermeiras, destinadas as tarefas de supervisão, ensino e difusão do conhecimento e as *nurses* ou auxiliares, para quem era atribuído o contato direto com o paciente, nas práticas de higiene e pequenos procedimentos.

A década de 50 começa com o fortalecimento da política previdenciária buscando se fundamentar na doutrina do Estado de Bem Estar Social, já implantado em alguns países da Europa e na América do Norte. As atividades previdenciárias continuavam a ser desenvolvidas pelas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) no âmbito privado e pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no âmbito estatal. Estes órgãos procuram responder às necessidades específicas de saúde frente a uma classe de trabalhadores composta, em grande parte, de migrantes, expulsos do campo pela mecanização, principalmente, e atraídos pelas cidades que se expandiam:

*“Nos anos 50, o crescimento das cidades acelerou-se, mas a urbanização era importante em termos absolutos e relativos apenas na Região Sudeste, e a metropolização restringia-se à capital paulista e à antiga capital federal. No estado de São Paulo, a rápida urbanização vinha ocorrendo ainda de forma bastante concentrada na capital e, o êxodo de seu meio rural dava-se em paralelo a um expressivo crescimento do emprego associado à industrialização. As cidades existentes, apesar da melhor situação da infra-estrutura e serviços sociais do que no meio rural, começavam a apresentar, de maneira mais nítida, problemas de insuficiente cobertura dos serviços públicos. Já comportavam também contingentes populacionais envolvidos em ocupações precárias, e o mercado de trabalho urbano vinha se expandindo com alta disponibilidade de força de trabalho ” (Henrique, 1999, p.39).*

Desta forma, o êxodo rural altera a demografia urbana nas cidades, mas também altera o modo de vida destes homens, destas mulheres e crianças, pois, até então, a vida social girava em torno da família, dos parentes, compadres e os

poucos vizinhos, às vezes, distantes, de outra propriedade. O pai, o marido, eram os que davam as ordens, traçavam os rumos, tomavam decisões, enfim, vivia-se sob a vigência do poder patriarcal e à mulher, em especial, o cotidiano se apresentava de forma mais sacrificada que para o homem:

*“[...] Seu dia-a-dia era muito mais sacrificado do que o do homem, pois não apenas lhe compete todo o trabalho da casa - que na roça compreende fazer roupas, pilar cereais, fazer farinha, além das atribuições culinárias e dos arranjos domésticos - mas ainda ‘labutar ao lado do marido’. A mulher continuava, antes de tudo, ventre gerador de uma penca de filhos: alguns morriam, mas os muitos que ‘vingavam’ ajudariam na lavoura” (Cardoso de Mello e Novais, 1998, p.576).*

A vida na cidade, para esses migrantes, atraía pelas oportunidades, por acenar um futuro melhor para si e para os filhos. Porém, estes mesmos migrantes, além dos sonhos que traziam, eram vistos pela população urbana como “matutos, caipiras, jecas: certamente era com esses olhos que, em 1950, os 10 milhões de citadinos viam os outros 41 milhões de brasileiros que moravam no campo, nos vilarejos e cidadezinhas de menos de 20 mil habitantes” (Cardoso de Mello e Novais, 1998 p.574).

O processo migratório continua se intensificando ainda por décadas, nas capitais e em algumas cidades de grande e médio porte, aonde, a industrialização, o comércio e o sistema financeiro, principalmente, iam criando e apontando outras oportunidades de vida, melhores ou piores, oportunidades de trabalho, muitas vezes, bem ou mal remuneradas. O fluxo demográfico é significativo:

*“Foi assim que migraram para as cidades, nos anos 50, 8 milhões de pessoas (cerca de 24% da população rural do Brasil em 1950); quase 14 milhões, nos anos 60 (cerca de 36% da população rural em 1960); 17 milhões, nos anos 70 (cerca de 40% da população rural em 1970)” (Cardoso de Mello e Novais, 1998, p.580).*

Portanto, os anos 50 configuraram-se em anos de crescimento e de transformação da estrutura produtiva do país, em especial na segunda metade da década, tendo por eixo o aprofundamento da industrialização onde os bens de consumo foram sendo substituídos por bens de capital e significativos

investimentos de capital obtidos no exterior foram necessários para alavancar o Plano de Metas de 1955, no governo de Juscelino Kubitschek (1955 a 1960). Ampliaram-se as oportunidades de investimento na indústria de transformação, sistema bancário, construção civil, modernização do setor têxtil, o que possibilitou o aparecimento de pequenas e médias empresas nacionais diferenciando, assim, o rol de ocupações e uma camada de trabalhadores qualificados.

A qualificação necessária, no referido período, para se conquistar um trabalho especializado nas indústrias requeria escolarização, o que não era adquirido por um grande número de trabalhadores, pois:

*“Valendo-nos de uma pesquisa importante, tomemos, por exemplo, o ferramenteiro de uma empresa automobilística, que devia saber ler e escrever bem, ter capacidade de decifração de desenhos, conhecimento de material, de ferramentas etc. Só 17% deles chegaram a trabalhar na agricultura. A esmagadora maioria já morava na Grande São Paulo antes dos ‘50 anos em 5’ de JK; 70% tinham ginásio completo, 17% ginásio incompleto, 9% ginásio completo, só 4%, primário incompleto” (Rodrigues, L.M., citado por Cardoso de Mello e Novais, 1998, p.597).*

Com estes dados, destaca-se a escolarização da população como um diferencial já exigido pelo mercado de trabalho. Assim, a qualificação e a possibilidade de ascensão profissional, neste referido período, sustentava-se, basicamente, sobre a escolaridade.

A relação entre trabalho, qualificação e educação tem produzido diversas análises e debates sobre os temas e suas inter-relações.

As discussões têm perpassado por diferentes campos das ciências sociais – Sociologia, História, Antropologia, Economia – constituindo um objeto de preocupação de educadores, lingüistas, psicólogos, sociólogos e outros, envolvidos com as questões do trabalho humano e às suas transformações.

Essa idéia de qualificação origina-se associada à concepção de desenvolvimento sócio-econômico que se configurou nos anos 50 e 60, frente à necessidade de planejar e implementar os investimentos do Estado no que diz respeito à educação escolar. Tinha, como um dos objetivos, operacionalizar uma adequação entre as demandas dos sistemas ocupacionais e políticas educacionais voltadas para uma melhor configuração da formação profissional

vinculadas à preparação de profissionais especializados (ou semi-especializados) para fazer frente às demandas do mercado de trabalho formal.

Conforme Manfredi (1998) o que importava neste período, do ponto de vista da formação para o trabalho, era garantir que os profissionais fossem preparados exclusivamente para desempenhar tarefas e/ou funções específicas requeridas principalmente pelo mercado de trabalho industrializado em expansão. Uma formação profissional restrita, onde a relação ensino/aprendizagem das tarefas/habilidades objetivava uma seqüência lógica e operacional em detrimento de uma fundamentação mais teórica e abrangente.

Mas, a migração campo-cidade não trazia uma população qualificada, considerando a escolarização, pois se somava às dificuldades de acesso à escola mais próxima, dificuldades impostas por um trabalho pesado na lavoura que, além de dividida com toda a família, algumas vezes, ainda era insuficiente para um pequeno conforto, como mais de um par de sapatos para cada membro da família, por exemplo.

*“A entrada do migrante rural no mercado de trabalho se dá, em geral, para os homens, na construção civil, e, para as mulheres, nos serviços domésticos [...] O emprego doméstico feminino era, naquela época, muito pior do que se pode imaginar hoje: começava com o amanhecer do dia e só acabava quando a louça do jantar estava lavada; só aos domingos, depois do almoço; o quartinho apertado; o assédio sexual do filho do patrão, às vezes do próprio patrão” (Cardoso de Mello e Novais, 1998, p.598 –9).*

A mulher, também migrante, com pouca ou nenhuma escolaridade deixa, no campo, um trabalho pesado e sem outra perspectiva além da criação dos filhos, do cuidado da casa e do marido para, na cidade, buscar emprego:

*“A mulher do trabalhador comum moureja geralmente como doméstica, ou na fábrica de tecidos, em confecções, ‘fazendo serviço para fora’, de hábito como lavadeira ou costureira. ‘Trabalha porque precisa’, ‘porque o salário do marido não dá’. Não porque queira, pois ‘o certo é a mulher ficar em casa’, ‘tomar conta da casa’, ‘cuidar do marido e dos filhos’ “. (Cardoso de Mello e Novais, 1998, p.600).*

Desta forma, além de procurar se inserir no mercado de trabalho a mulher precisa, conforme Kergoat (1992), superar os entraves da pouca valorização de sua força de trabalho por estar pautado sobre qualidades desenvolvidas no espaço doméstico pouco valorizadas monetariamente na relação capital/trabalho.

Enquanto isso, a profissão médica pouco a pouco se transforma frente às mudanças que o país vivencia. O profissional liberal, que atuava como médico de família, freqüentemente gozando de prestígio social, ajusta-se de forma predominante ao sistema previdenciário do Estado e, posteriormente, ao sistema de medicina de grupo:

*“O médico brasileiro da primeira metade do século XX exercia sua profissão de forma liberal, como médico de família [...] A partir da segunda metade do século, essa realidade transformou-se radicalmente. Foi criados, inicialmente, o sistema previdenciário do governo e muitos médicos passaram a ser funcionários públicos assalariados. Posteriormente, surgiu a medicina de grupo (convênios) e os seguros saúde” [...] (Milan, 2003, p.42).*

Os avanços tecnológicos introduzidos nos hospitais reforçam a necessidade de profissionais qualificados, preparados para trabalhar com novos equipamentos, novas técnicas e procedimentos. A contratação, por força de lei, das enfermeiras diplomadas para ocupar posições de chefia nas unidades especializadas, bem como os treinamentos do pessoal auxiliar, provocam alterações no cotidiano hospitalar. Isto se dá em função da demanda por novas qualificações, novos procedimentos, novas exigências, pois “o hospital é espaço terapêutico e de ensino na área da saúde que vai se consolidando na medida em que se intensifica o uso de equipamentos tecnológicos no trabalho assistencial” (Pires, 1998, p.95).

Assim, a Enfermagem, como um campo específico de saber, configura-se no mercado de trabalho como uma profissão qualificada, dotada de conhecimento e competência:

*“[...] Na medida em que é deliberadamente organizado sobre uma base legal, o privilégio profissional tem um alicerce político. É o poder do governo que garante à profissão o direito exclusivo de usar e avaliar um certo corpo de conhecimento e competência. Contando com o direito exclusivo de usar o conhecimento, a profissão adquire poder” (Freidson, E., 1998, p.104).*

#### 4.4 A evolução quantitativa da profissão

Entre 1949 e 1956, conforme dados da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn, 1980, p.205-6), surgem 37 novos cursos para Auxiliares de Enfermagem equivalendo a 86,1% sobre o total de cursos existentes até 1956. Entre 1952 e 1956, segundo a mesma fonte, para cada escola de enfermagem criada, surgem 3,5% de cursos de Auxiliar de Enfermagem, prevalecendo às instituições de caráter privado, como já citado.

Até 1956, eram considerados auxiliares de enfermagem diferentes categorias, diferentes níveis de conhecimento e prática, diferentes nomenclaturas. A saber: religiosas, enfermeiros práticos, práticos de enfermagem e parteiras práticas bem como os auxiliares de enfermagem portadores de uma certificação oficial respaldados pela Lei 775/49. Os profissionais beneficiados pela referida Lei eram oriundos de cursos de enfermagem ministrados pelas forças armadas, de diplomas expedidos por escolas estaduais de enfermagem, visitadoras de higiene ou visitadoras sanitárias amparadas por legislação estadual.

É oportuno considerar também os Atendentes, uma categoria numerosa, presente nos mais diversos hospitais e instituições de saúde e que, embora buscassem se qualificar, nem sempre isso redundava em alteração na nomenclatura do seu registro funcional, bem como nas suas reais atribuições. Conforme depoimentos colhidos por Pires (1998), no hospital público investigado, estes apontam que nem sempre o esforço das Atendentes em relação à sua qualificação formal reverte numa mudança da sua situação salarial. Profissionalizam-se em Auxiliares de Enfermagem, mas isso não garantia promoção salarial nem *status* dentro da hierarquia profissional. Portanto, o que se constata é que “a expansão do pessoal de enfermagem continua desordenada, cabendo ao atendente a maior parte das tarefas relacionadas diretamente ao doente, ainda que continuasse sem preparo adequado” (Melo, 1986, p.69).

A Lei 2.607, de 17 de setembro de 1955, foi aprovada, com alguns avanços no tocante ao exercício da Enfermagem. Definiram-se as categorias que poderiam exercer a referida profissão no Brasil e revogaram diversos dispositivos que extorquiam a possibilidade das categorias acima citadas, exercerem a função de

Auxiliares, limitando esta atuação profissional a enfermeiros, auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos ou práticos de enfermagem.

A referida lei procura, então, disciplinar e categorizar uma profissão que, na prática, conforme dados da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn, 1980, p.92), entre as 35.790 pessoas que constituíam o universo de trabalhadores em enfermagem, até 1957, continha 71% de trabalhadores práticos, também denominados Atendentes.

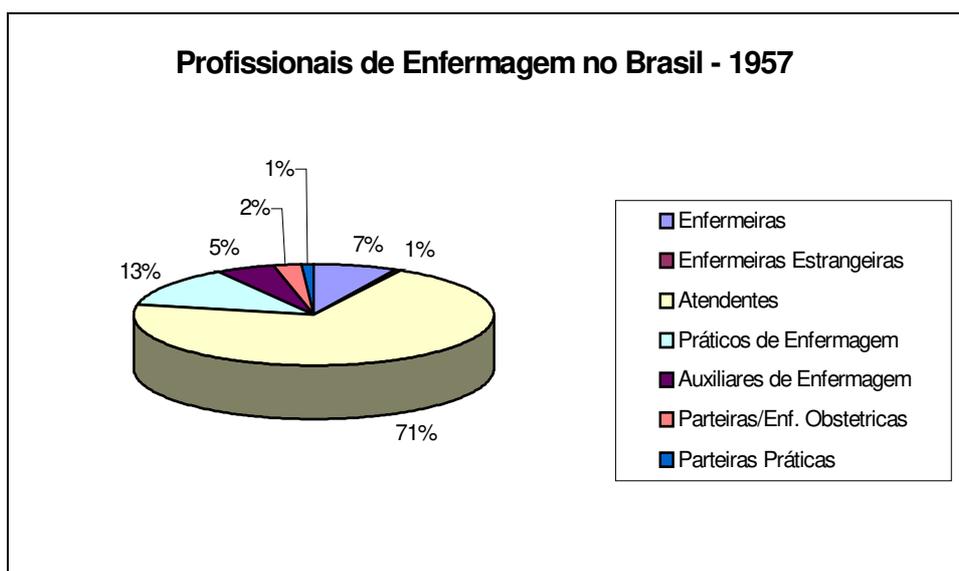


Gráfico 1- Elaboração: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). A classificação Enfermeiras “Estrangeiras” foi elaborada e introduzida pela própria fonte.

Diante destes números, que constituem o retrato deste campo profissional, no final da década de 50 observa-se que, apesar da força e da importância do poder do Estado enquanto legislador e organizador das profissões, esta, em questão, continua a refletir suas condições reais de existência: dividida, diversificada, dominada numericamente pelos Atendentes, praticantes ainda sem qualificação formal:

“Mais uma vez, o processo de trabalho da enfermagem, na prática, distinguia-se do estabelecido na legislação, comprovando que as leis ou normas não transformam nem o processo de trabalho estabelecido por relações sociais de produção nem tampouco a divisão do trabalho existente na profissão” (Melo, 1986, p.70).

Podemos levantar a hipótese de que a capacitação formal de Atendente para Auxiliar interessa como cumprimento de uma lei, mas nem sempre é reconhecida como uma qualificação revestida de valor na relação salarial pela instituição para a qual prestam um serviço. Conforme Kergoat “a qualificação é, ao contrário, a expressão da relação capital/trabalho em um dado momento. É a mediação necessária, no campo da relação salarial, para conduzir uma negociação em termos de classificação e de salários” (Kergoat, 1992, p.61)<sup>4</sup>.

O que se observa é que a instituição nem sempre respeita a qualificação de seus profissionais, pois, enquanto esses se preocupam e buscam uma certificação em uma outra instância de saber, a primeira não os valoriza e nem os reconhece como merecedores de uma melhor remuneração e capazes de um outro nível de prestação de serviços.

Isto se manifesta em um dos depoimentos colhidos:

*“Aí eu vim passear pra cá nas minhas férias (refere-se a sua vinda para a cidade de Americana) e fiquei na casa da minha prima que trabalhava, na época, no Hospital São Francisco. Aí ela conversou com a Inês Olivatto (faz menção à Enfermeira do Hospital São Francisco, um hospital privado, de Americana) e falou que tinha uma prima que era Técnica de Enfermagem e ela mandou. Não! Falou que era para ir lá falar com ela. Aí eu fui, conversei com a Inês e ela falou pra mim: Quer começar na Segunda-feira? Porque, naquela época, a mão de obra era [...] escassa, né? Não tinha mão de obra e aí eu falei pra ela: Não [...] eu preciso ir pra Casa branca pra pedir a minha conta e depois eu volto. Aí eu fui, pedi a conta e voltei pra trabalhar. Isso no começo de 1987. Aí [...] eu fiquei no Hospital também [...] Ele registrou como Atendente, porque lá também não registrava como Técnico e lá no Hospital São Francisco só tinha eu e mais uma menina que também era Técnica - mas tudo registrado como Atendente (faz uma pequena pausa). Aí eu fiquei lá dois anos e [...] o serviço igual para todas [...] Não, era tudo igual, tudo igual, tudo igual [...] A gente, inclusive, ganhava menos, porque a gente tinha pouco tempo de casa e o salário era igual pra todos [...]”(Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

A qualificação inclui o conjunto de saberes técnicos, profissionais, escolares e os atributos sociais, suas potencialidades, seu saber-fazer que, uma vez

---

<sup>4</sup> Kergoat, D et all. “ La qualification est au contraire l’expression du rapport capital/travail à un moment donné. C’est la médiation nécessaire, dans le champ du rapport salarial, pour mener une négociation en termes de classification et de salaries”. Tradução da autora.

colocados em prática, constituem o saber-fazer, valorizados, ou não, na relação salarial.

Esta, conforme Castro(1993) pode também ser vista e analisada como uma dimensão importante na definição de coletivos de trabalho, quer dizer, na construção de identidades e interesses, em grupos sociais específicos e especializados.

Pode ser considerada como um diferencial que se fundamenta na delimitação de um campo de reconhecimento (individual e social) de profissionais e, por esta linha de análise, determine parâmetros para a construção de formas relevantes e singulares de identidade, seja ela pessoal ou coletiva.

Em se tratando de um profissional da saúde que permanece 24 horas ao lado do paciente, a qualificação transcende os limites do conhecimento técnico para incorporar também atributos de socialização, afetividade e iniciativa que, às vezes, são considerados como qualidades porque próprias do saber-fazer feminino, e não reconhecidas como qualificações legitimadas pela relação de troca.

Os pacientes exigem um relacionamento além do profissional: mais humano, mais caloroso que, conforme o depoimento abaixo, nem sempre é possível oferecer, uma vez que a intensificação do trabalho também se acha presente:

*“O trabalho não te dá condições de um bom atendimento [...] São poucos funcionários e você trabalha já assim, num nível de ‘stress’ maior e você tem que atender rapidinho [...] Não dá tempo de você falar: Oi, tudo bem? Tá com tontura [...] Ah! Olha [...] O remédio que você vai tomar vai melhorar [...] Não [...] você chega e fala: Ó [...] deita aí, fecha a mão [...] pega a veia e [...] Quando acabar o soro, o senhor me avisa e [...] Já parte vai o outro e diz: Vai tomar injeção? Vai doer um pouquinho mas tudo bem [...] Tchau [...] E mesmo assim nós fazemos todas as coisas assim correndo e: Ah! Já tomou a injeção? Tudo de bom prá você [...] Ah! A senhora veio medir a pressão? Ah [...] a pressão tá tanto [...] Vamos tomar o remedinho e a senhora vai ficar deitada um pouquinho [...] Mas é assim [...] Por dentro, tudo se torna mecânico porque, o que é que eu falo? Remédio, injeção, soro, remédio, injeção, soro e ainda: via oral, injetável e tchau, foi um prazer e [...] Quando a pessoa volta e pergunta: Se lembra quando você cuidou de mim? Não lembra [...] não lembra porque você não tem tempo .. você não tem tempo de fazer o seu cérebro guardar, gravar a fisionomia daquela pessoa ali [...] Não dá tempo! [...] Sabe, diz a paciente, eu tava aqui a semana passada, que eu torci o pé, lembra? Ai, a senhora vai me desculpar, eu não lembro*

*nadinha eu penso comigo, mas [...] Aí eu falo: Ah! Mas a senhora melhorou? Que bom [...] Então pelo menos assim dá pra eu disfarçar [...] Eu não lembro, não dá para memorizar [...]”(Valmir, entrevista gravada em 22/01/2003).*

O conceito de qualificação é de maior amplitude e abrangência ao ser considerado como relação social.

*“Compreende-se qualificação social para o trabalho enquanto relação social (de classe, de gênero, de etnia, geracional), que se estabelece nos processos produtivos, no interior de uma sociedade regida pelo valor de troca. Isso quer dizer que os conhecimentos adquiridos pelo trabalhador através de diferentes processos e instituições sociais – família, empresa, etc. – somados às suas habilidades, também adquiridas socialmente, acrescidas de suas características pessoais, de sua subjetividade, constituem um conjunto de saberes e habilidades que significa, para ele, valor de uso. Este só se transforma em valor de troca nos processos produtivos, em um determinado momento histórico, se reconhecido pelo capital como sendo relevante para o processo de acumulação” (Segnini, 1998, p.56).*

Falamos aqui de profissionais qualificados da Enfermagem que tem, no hospital, um campo privilegiado do exercício de suas práticas, sabendo que este é um lugar de concentração do trabalho feminino. Pois a Enfermagem, por dados cadastrais, pode ser considerada uma profissão feminina, em sua maioria: em 2000, segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP), 95% são mulheres e, em 2003, encontramos, conforme a mesma fonte, 85% de mulheres (o que equivale a 28.305 inscritas) e 15% são homens (5.043 inscritos do sexo masculino).

Em um hospital, ao analisarmos a sua população, encontraremos, em média, uma porcentagem superior a 70% do seu quadro funcional composto por membros do sexo feminino. Isto é, composto por mulheres. Os homens aparecem, de uma maneira geral, nos espaços mais tradicionais já inscritos no mercado de trabalho, como: manutenção, obras, segurança, transporte, informatização, custos -apesar de que, nestes últimos, tem se observado também a presença feminina.

No contato médico-paciente, a dinâmica se inverte, concentrando-se aí o mesmo índice de 70%, só que agora sob o domínio masculino do médico, em um campo definido e estabelecido do tratar, do diagnóstico, da prescrição, enfim, do

saber legitimado pela relação salarial, bem como as relações hierárquicas advindas deste poder instituído.

À guisa do interesse desta dissertação que tem como foco as mulheres, inseridas em uma profissão feminina, remete-se aos estudos feministas, como um novo campo de saber e interesse. Isto porque várias áreas de conhecimento voltaram-se para esta nova categoria analítica com vários e diferentes modos de “ler” e “interpretar” as formas sutis, ou não, de dominação sexual, de confrontos, de embates. Neste ângulo, vale destacar que, a década 70, marcou e registrou em países da Europa como França e Inglaterra, principalmente, e nos Estados Unidos, a efervescência de uma considerável produção acadêmica sobre o tema, desencadeando, assim, a abertura de um novo campo para os estudos feministas, capaz de propor e provocar uma reavaliação dos conceitos metodológicos até então considerados.

No Brasil, este movimento chamado, às vezes, de “feminista”, aparece com maior visibilidade nos anos 80 e vem constituindo, desde então, um campo de pesquisa sobre as mulheres e as relações de gênero, ou relações sociais de sexo. Esses estudos ressaltam o papel do sexo feminino na História e leva, a repensar o “sujeito único e universal” como modelo e centro de interesse. Não se ignora, deste modo, as alterações ocorrida no interior da própria sociedade como a emergência de conflitos envolvendo as “minorias”, até então relegadas. O chamado mundo das mulheres, os conflitos étnicos, os homossexuais, os excluídos, entre outros.

Como hoje se destaca, as mulheres, o interesse desta dissertação, têm tido uma participação cada vez mais ativa, nas mais diferenciadas esferas da sociedade, com suas formas de resistência declaradas ou mesmo em ainda tímidos, mas incontestes exercícios do poder, pontuados em diversos segmentos, atuações, em diferentes níveis e formas, inclusive na profissão da Enfermagem. Esta constatação leva a concluir que, se homens e mulheres ocupam posições diferenciadas dentro de um mesmo espaço social, onde uns dominam e outros obedecem, onde uns oprimem e outros se sujeitam, então, os critérios conceituais e metodológicos que investigam tal relação, comportamentos, atitudes e vivências, não podem partir de um único referencial teórico, pautado sobre o modelo universal masculinizado.

Considera-se importante, em vista desta reflexão, uma análise que trilhe sobre as relações pontuadas no cotidiano de uma profissão e de um saber-fazer profissional, na intimidade e nas trajetórias biológicas, no campo afetivo, nas nuances e nos sentimentos das mulheres para, então, delinear e analisar como as relações se dão, provocam e alteram ou não:

*“A relação social que pode ser assimilada a uma ‘tensão’ que perpassa a sociedade: tensão esta que se cristaliza, paulatinamente, em desafios em tornos dos quais, para produzir sociedade, para reproduzi-la ou ‘inventar novo modos de pensar e agir’, os seres humanos estão em confronto permanente”.* (Kergoat, 2002, p.49).

A nova forma de pensar a relação até então definida e legitimada da dominação-subordinação de um sexo em relação ao outro, em suas várias nuances, é um dos pressupostos básicos da categoria analítica de Gênero, onde a rejeição pelo determinismo biológico que permeia e cristaliza a diferença sexual, é uma das grandes lutas. Descaracteriza-se o determinismo biológico ao se considerar que a vivência do homem e da mulher é resultado de um processo de interação e conflitos de valores simbólicos, que vai muito além da simples e nítida divisão e diferenciação biológica entre os sexos.

A categoria Gênero assenta-se, principalmente, sobre a noção de “papéis” relativos a homens e mulheres, resultantes de construções sociais e culturais, bem como na noção relacional entre os desiguais definidos como “constructo social”: “os grupos sexuais não são o produto de destinos biológicos, mas antes constructos sociais; esses grupos constroem-se por tensão, oposição, antagonismo, em torno de um desafio, o do trabalho” (Kergoat, 2002, p.49).

Interessa-nos ver como se dão as relações sociais entre os desiguais, como pensam homens e mulheres, como e onde se diferenciam além do que já se constata sobre a instituição do poder masculino, do seu trabalho qualificado e qualificante, porque o assalariamento sempre lhe foi “natural”, sempre lhe foi próprio e por ele apropriado.

Enquanto as mulheres, estas se vêem como parte integrante de uma rede de relações sociais onde permeia o trabalho (a interferência da relação capital/trabalho), o papel de mãe, de mulher, de profissional, entre outros. E é

neste contexto que se constituirá as relações sociais entre os sexos, com trajetórias diferentes, identidades diferentes, que originarão as práticas sociais, dentro de um mesmo contexto profissional, a Enfermagem.

A relação entre trabalho e qualificação também inscreve-se sob “marcas de identidade” que acompanham os profissionais como sexo, cor, etnia ou idade. Estas se classificam, conforme Kergoat (1987) em qualidades do tipo adscritas que se fundamentam em formas de classificação social que pode ter efeito de inclusão ou exclusão das portadoras dessas qualidades ou das tarefas por elas desempenhadas.

A qualificação profissional constitui-se também da formação e experiência mobilizadas para executar uma tarefa porém ambas são dependentes do reconhecimento social que lhes seja conferido, podendo ou não legitimar seus detentores. Este reconhecimento subjugam-se ao mercado de trabalho pois é neste que se efetua as relações sociais de sexo.

#### **4.5 A profissão e as políticas sociais**

A década de 60 compreende o crescimento da população segurada pela Previdência Social em um país que começa a abandonar, no plano da Saúde Pública, a ênfase na educação sanitária e que se vê frente a um jogo de interesse da nova burguesia industrial, pressionando o Estado por uma assistência médica - previdenciária para os industriários onde a pouca eficácia destes desencadeia, entre os empresários, a constituição de serviços médicos próprios e privados, como semente embrionária da medicina de grupo.

O aparelho social do Estado ganha corpo, especialmente, nas áreas de educação, saúde e previdência:

*“No plano das políticas sociais, a alteração é radical porque é esse o momento em que efetivamente se organiza os sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), superando a força fragmentada e socialmente seletiva anterior, abrindo espaço para certas tendências universalizantes, mas principalmente para a implementação de políticas de massa, de relativamente ampla*

*cobertura. Além disso, é também esse um período de inovação em política social, uma vez que só aí se confirma a intervenção estatal na área de habitação, que se introduzem mecanismos de formação do patrimônio dos trabalhadores e da assim chamada participação nos lucros das empresas (FGTS, PIS - PASEP) e que, enfim, o sistema de proteção avança para a incorporação - ainda limitada e socialmente discriminada - dos trabalhadores rurais” (Draibe, 1991, p. 8-9 )*

Esta década de modificações políticas e sociais significativas culmina com o golpe militar de março de 1964. A política da saúde, voltada para uma assistência curativa, se faz presente, enquanto a política econômica pós-64 provoca a multiplicação na oferta de serviços, tanto em instituições de caráter privado, quanto público, na área da saúde, a assistência médica-hospitalar vai se ampliando em combinação com a ação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, conquistados em convenções coletivas pelo bancários, comerciários, industriários.”O período autoritário-militar caracterizou-se por uma grande centralização política, financeira e operacional de todo o sistema de saúde através do INAMPS que, pelo repasse de verbas ao setor privado, passou a promover serviço médico a toda a população trabalhadora afiliada ao sistema” (Queiroz, Vianna, 1992, p. 132).

A rede de hospitais privados cresce após a unificação, em 1967, dos diversos Institutos em um único apenas, denominado Instituto Nacional da Previdência Social – INPS. Os serviços de saúde passam a dar cobertura, também, aos trabalhadores acidentados no exercício do trabalho como resposta a uma antiga reivindicação da classe trabalhadora, fazendo prevalecer à lógica de “quem tem ofício, tem benefício”. Condição esta que, para se valer de tal benefício, era necessário que: “a profissão regulamentada pelo Estado e a carteira de trabalho registrada pelo empregador eram a condição básica de acesso à proteção social e à representação coletiva” (Henrique, 1999, p.72).

O universo da profissão em questão, pouco se altera, e os Atendentes continuam sendo à força de trabalho em maior abundância e de maior utilização nos hospitais, tanto públicos quanto privados, pois “existe a presença marcante dos Atendentes nos programas de extensão e cobertura, onde se destaca a ampla utilização de pessoal auxiliar tendo em vista a preocupação pela

racionalização dos gastos no setor saúde e o atendimento à população considerada carente” (Melo, 1986, p.71).

O serviço hospitalar em expansão, a alta tecnologia empregada nos equipamentos que a medicina se utiliza para eficiência e rapidez de diagnóstico e tratamento, a expansão dos serviços de saúde nos centros urbanos foi significativa na década de 70.

*“Entre 1970 e 1980, as consultas médicas realizadas pelo INAMPS subiram de aproximadamente 36 milhões para 160 milhões, as consultas odontológicas, de 4,2 milhões para 25 milhões, as internações hospitalares, de 2,8 milhões para 9,5 milhões, os exames laboratoriais, de 10,5 milhões para cerca de 49,5 milhões, os radiológicos, de quase 2,5 milhões para quase 22,5 milhões. Em consequência, criaram-se novos postos de trabalho, de médico, enfermeira, atendente, técnicos em laboratório etc” (Relatórios do INAMPS citado em Cardoso de Mello e Novais, 1998, p.621-2).*

Com os serviços de saúde em expansão e a diferenciação na prestação de serviços de saúde, tanto no âmbito preventivo quanto curativo, surgem os convênios, celebrados pelas empresas, com a prestação de serviços de assistência médica privada, aparecendo às cooperativas médicas e o sistema medicina de grupo. Já na década seguinte, mais exatamente em 1986, o Ministério da Saúde cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como uma resposta à sociedade que reclama por melhorias e expansão no sistema de saúde.

A tabela abaixo apresenta uma síntese dos sistemas de atendimento à população na intervenção pública e privada.

## Evolução Histórica

Década de 30	Década de 60	Década de 70	Década de 80	Década de 90
CAP's	IAP's	INPS	INAMPS	SUS
		Medicina de Grupo	Medicina de Grupo	Medicina de Grupo
		Cooperativa Médica	Cooperativa Médica	Cooperativa Médica
				Seguro Saúde

Quadro 4 -

Portanto, ao longo dos anos, aumenta-se a exigência dos trabalhadores da saúde por maior competência técnica no exercício da profissão. A deficiência numérica dos profissionais da enfermagem no país leva as enfermeiras, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e os poderes públicos a se preocuparem com a formação de um profissional cuja formação o habilitasse a ocupar funções que permeassem o saber legítimo da formação e a qualificação pertinente ao auxiliar de enfermagem.

A solução encontrada foi delinear uma formação técnica que pudesse ocupar o espaço profissional existente entre os dois extremos da profissão liberando, assim, as enfermeiras, para funções pertinentes à sua qualificação e adequando os auxiliares à posição de suporte nos procedimentos rotineiros, conforme a própria nomenclatura de sua capacitação.

Surge, então, a formação do Técnico de Enfermagem, reestruturando a divisão do trabalho na profissão. Esta nova estrutura funcional, fruto da iniciativa e da necessidade sentida no interior da mesma, reflete uma nova etapa. Movimento semelhante ocorre na França e no Brasil, porém com desdobramentos diferentes, pertinentes às características dos dois países. Conforme Kergoat (1992) no início dos anos 60, alterações no sistema econômico francês geram investimentos em vários domínios, inclusive na área da saúde, permitindo um desenvolvimento considerável da pesquisa (câncer, inseminação artificial, transplantes, entre

outros), de novos exames de prevenção, diagnósticos como ecografias, laboratoriais etc. Assim o médico de família coloca-se nos hospitais e clínicas especializadas. Esta dinâmica evolutiva demanda uma nova especialização de tarefas que atinge também a profissão da Enfermagem, recebendo tarefas adicionais que exigem polivalência em sua atuação e maior conhecimento para responder às novas necessidades: “Nos anos 60, os novos procedimentos necessitam, por sua vez, de enfermeiras muito bem formadas, mas, também em um número significativo para responder às necessidades sempre crescentes, então a penúria dos diplomados se faz sentir de forma clara” (Kergoat, 1992, p. 39)<sup>5</sup>.

No Brasil, necessidade similar foi sentida, mas considerando as diferentes características históricas e culturais entre os dois países, soluções diferentes são encontradas. Na realização do I Seminário Regional de Ensino Médio de Enfermagem, sediado em Curitiba-Pr, em 1966, a introdução da formação ao nível de ensino médio constituiu o cerne do debate.

Esse I Seminário Regional teve como objetivo principal o estudo das características do novo profissional, tornando-se possível em face de promulgação da Lei nº 4024/61, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, considerada como a primeira LDB, que favorecia a instalação de cursos técnicos no país. Esta Lei definia:

*“Artº 47 - O ensino técnico de grau médio abrange os seguintes cursos: a) industrial; b) agrícola; c) comercial.*

*Parágrafo Único: Os cursos técnicos não especificados nessa Lei serão regulamentados nos diferentes sistemas de ensino.”*

Assim, por esta referida lei, a estrutura de ensino era organizada em ensino pré-primário, ensino primário (com duração de quatro anos), ensino médio (dividido em ciclo ginásial, compreendendo quatro anos e ciclo colegial, com três anos) e ensino superior. O ciclo colegial do ensino médio compreendia o ensino secundário e o ensino técnico que oferecia opções nos segmentos industriais, agrícolas, comerciais e de formação de professores para os ciclos primários e pré-primários.

---

<sup>5</sup>Kergoat, D. et all (1992): “Dans les années 60, les nouveaux gestes nécessitant à la fois des infirmières très bien formées, mais aussi em nombre important pour répondre aux besoin sans cesse croissants, la pénurie de diplômées se fait cruellement sentir”. Tradução da autora.

O argumento fundante deste Seminário baseava-se em dados estatísticos referentes ao final da década de 60 e início da década de 70, tendo como universo o trabalhador de saúde da área hospitalar, cujos resultados indicavam que aproximadamente 70% destes profissionais eram Atendentes, não possuíam a qualificação mínima para o exercício da função e nem capacitação necessária para atender às novas demandas do setor de saúde. Já no outro extremo da qualificação estavam os enfermeiros, de nível superior, que atuavam em procedimentos técnicos de maior complexidade.

A profissão, então, oscilava entre os extremos em relação à prestação de serviços de enfermagem, com o predomínio numérico dos Atendentes nas intervenções simples e dos enfermeiros. Na outra ponta da cadeia produtiva, com a prestação de serviços qualificados oferecidos pela formação de nível superior.

O estado de São Paulo, conforme dados fornecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em dezembro de 1970, registrava 31 profissionais devidamente habilitados pelas poucas Escolas Técnicas de Enfermagem já existentes, mas sem atribuições funcionais claras e especificadas.

Portanto, a profissão buscava, na formação técnica, uma nova estrutura de suporte para a aplicação prática do seu campo de conhecimento:

*“[...] Os serviços profissionais em organizações como escolas e hospitais são as atividades mais relevantes na divisão do trabalho dentro da organização como um todo. ..Na medida em que realiza e controla ao mesmo tempo o serviço principal, a profissão deve controlar também as tarefas de suporte para aquele serviço” (Freidson, 1998,p.101).*

No rumo da oficialização, o Conselho Estadual de Educação (CEE), do estado de São Paulo, baixou a Resolução 45/66, que dispunha sobre o assunto, despertando interesse em comunidades que já contavam com Colégios Técnicos e exigia dos alunos ingressantes a formação de primeiro grau completo. Com uma nova formação, a enfermagem mostra que:

*“As relações estruturais entre as ocupações, e o que elas fazem, não são estabelecidas pela administração das organizações de trabalho, mas pelo princípio ocupacional – exercício da autoridade sobre o trabalho pelas próprias ocupações, freqüentemente com o respaldo do Estado, que aprova uma jurisdição e um licenciamento exclusivos” (Freidson, 1998, p.102).*

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), já citada anteriormente como fonte e referência de consulta, foi fundada por um grupo de enfermeiras formadas na 1ª Turma da Escola de Enfermagem Ana Neri, em 1926. Constituiu-se na primeira organização profissional de enfermagem que surgiu no país, pois os enfermeiros começaram a sentir a necessidade de ver a profissão regulamentada, em face da proliferação de diferentes grupos de pessoas com pequeno ou nenhum preparo, desenvolvendo atividades pertinentes à Enfermagem.

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), foi criada para discutir o campo profissional onde atuam e em que empregam seu conhecimento específico e sua competência. Germano (2003) reconhece esta Associação como a mais importante instância de articulação em benefício da formação e qualificação da força de trabalho na Enfermagem é que a mesma exerce um papel decisivo nos novos rumos do ensino, através da Comissão de Educação.

A solução vislumbrada pelas pioneiras na ocasião, era a criação de um Conselho de Enfermagem que se concretizaria em pouco tempo. Apesar do um longo caminho a ser percorrido, a Associação vê no horizonte, frutos a serem colhidos e uma luta por maior espaço, reconhecimento e valorização da profissão.

O país continuava a se modificar e se vê diante de uma:

*“Forte recuperação econômica a partir do final dos anos 60, com a manutenção de altas taxas de crescimento por pelo menos uma década, que propiciou, no entanto, um notável aumento do nível de emprego nas empresas, impulsionando a expansão da massa salarial. Criou-se, assim, um quadro muito favorável ao sucesso da operação daquela estrutura de financiamento, favorecendo um inegável aumento dos gastos sociais, particularmente nos anos 70. Verificou-se um desempenho positivo de indicadores sociais, como os relativos à população segurada e ao número de benefícios previdenciários concedidos, ao número de crianças nas escolas, ao número de procedimentos médicos - hospitalares, ao número e valor de financiamentos habitacionais, à extensão da rede de saneamento básico.*

*Difícilmente, no entanto, poderíamos afirmar que as políticas sociais tiveram um papel corretor das desigualdades de renda e de oportunidades de vida. É provável mesmo que, os recursos sociais tenham sido destinados para promover a expansão econômica. E por mais que se gastasse na área social, isso era insuficiente em face da reprodução de desigualdades socioeconômicas, estimuladas pela ação estatal, até mesmo no campo da própria política social” (Henrique, 1999, p. 77).*

A profissão, neste contexto dinâmico, busca no credenciamento escolar uma estrutura de saberes que venham legitimar a proteção de um campo profissional e reconhecimento como profissão.

A profissão, com o respaldo do Estado legitima um campo de atuação profissional e apóia-se sobre o papel fundamental da educação, constituindo-se como força de trabalho reconhecida e valorizada, pois o progresso da medicina exige dos profissionais de enfermagem cada vez mais qualificações. Estes devem ser capazes de empregar os cuidados específicos, de participar cada vez das novas técnicas, de dominar os novos equipamentos e de ter um papel de articulação no sistema de saúde e na relação médico-cuidado-paciente.

### **Etapas da formação profissional em Enfermagem**

Textos oficiais	Formação e papel da enfermagem	Nossa análise
<b>NO BRASIL</b>		
Decreto 791 de 27/09/1890	Cria a Escola Alfredo Pinto, a primeira escola profissional para enfermeiros.	O Estado incentiva a formação, mas a escola é organizada e controlada pelos médicos.
Decreto 16.300 de 31/12/1923	Altera-se o nome da escola para Escola de Enfermagem Ana Néri e através do DNSP regulamenta a fiscalização do exercício profissional.	A profissão integra-se à Reforma Sanitária por meio dos princípios nightingaleanos.
<b>NO ESTADO DE SÃO PAULO</b>		
Lei Estadual nº 2121 de 30/12/1925.	Cria-se o curso de Educadoras Sanitárias, com duração de 12 meses, tendo o curso Normal como formação mínima,	Atuação voltada para a comunidade pela via da Saúde Pública.
Decreto 20.931 de 11/01/1932	Regulamenta o exercício da Enfermagem, embora vinculada à fiscalização dos médicos,	A serviço dos médicos, porém uma profissão regulamentada.

Lei 775 de 06/08/1949	Oficializa-se a criação do curso de Auxiliar de Enfermagem,	A profissão busca a qualificação dos Atendentes para uma melhor qualidade de serviços.
Lei 2607 de 17/09/1955	Disciplina e categoriza os profissionais reconhecendo apenas Enfermeiros, Enfermeiros Práticos e Auxiliares de Enfermagem.	Seleção entre os profissionais.
Lei 4024 de 1961 – a primeira Lei de Diretrizes e Bases (LDB)	Introduz, oficialmente, os cursos profissionalizantes no país.	Estratifica a atuação profissional com formação e conhecimento em nível técnico.
1971	A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) se associa ao Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra (PIPMO), ligado ao Ministério da Educação.	Com cursos de curta duração, a profissão se fundamenta cada vez mais na educação profissional.

Quadrado 5 -

#### 4.6 Uma nova conformação na profissão

Na década de 70, como já destacamos parcialmente, políticas públicas privilegiaram a expansão da medicina previdenciária, possibilitando a multiplicação de convênios e credenciamentos de setores privados administrados pelo Ministério da Saúde, mas possíveis de serem questionados no item qualidade da assistência prestada à população. Com a priorização na medicina previdenciária, deixa-se um pouco de lado outras medidas educativas de promoção à saúde, incluindo o saneamento básico, um forte aliado para a saúde pública.

O setor saúde, nesta década, altera-se com o crescimento do setor privado que investe no tratamento médico oferecido à população trabalhadora enquanto a rede básica de serviços de saúde, encarregada do controle das endemias e da saúde pública se deteriora:

*“O crescimento do setor saúde engendrado por este sistema foi descontrolado, sem conseguir desenvolver sistemas de referência e mecanismos de integração de seus diferentes níveis, gerando com isso grande desperdício de recursos. Como consequência, o sistema tornou-se ineficiente e ineficaz no sentido de promover uma melhora nos níveis de saúde da população” (Queiroz, Vianna, 1992, p.133).*

Neste mesmo período também são desenvolvidos programas de treinamento pensando, principalmente, na carente qualificação dos Auxiliares, atendendo às necessidades do setor hospitalar, que cresce em quantidade e qualidade, impulsionado pelo aporte da tecnologia.

Ocorre, também, a reformulação do ensino de primeiro e segundo graus no país, com a Lei 5692/71. Com ela, o primeiro ciclo ginasial foi incorporado ao ensino primário obrigatório estendendo-o de quatro para oito anos, passando a se denominar ensino de primeiro grau, enquanto que o segundo grau foi redefinido em três anos, substituindo o antigo ciclo colegial.

Em 1971, através do convênio entre a Associação Brasileira de Enfermagem - (ABEn) e o Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra - (PIPMO), ligado ao Ministério da Educação, pretendia-se, com cursos de curta duração, um melhor preparo dos Atendentes que ainda permaneciam no exercício da profissão em um número significativo. Assim, foram organizados e estruturados cursos na rede básica de saúde, como alternativa de capacitação, aperfeiçoamento e difusão do conhecimento específico da Enfermagem, em substituição ao aprendizado prático, no exercer da função que se constituía como a “formação” dos Atendentes, em sua maioria. Por este convênio “foram capacitados, naquela época, 40 mil trabalhadores, principalmente de nível elementar, embora tenham sido atingidos também profissionais de nível médio e superior” (Germano, 2003, p.18).

Tal investimento revestia-se de importância, uma vez que pertencia ao domínio dos Atendentes de Enfermagem o maior contingente numérico da

profissão e, também, o controle do cotidiano do paciente e do ambiente hospitalar, onde os fatos e as situações relevantes se desenvolvem.

Apesar de reconhecidas como as primeiras agentes da enfermagem a serem institucionalizadas na prática, as Atendentes carregam consigo o estigma de profissionais pouco qualificadas do setor saúde, principalmente por não terem uma formação legitimada por uma escola que lhes facultaria o domínio do saber cientificamente elaborado, decorrendo daí a utilização no trabalho simples que lhes é pertinente.

Entretanto, para Kergoat (1992), na prática, essas profissionais trazem consigo uma formação adaptada e adequada ao tipo de emprego que lhes são propostos na estruturação do saber-fazer da profissão, uma formação adquirida por uma aprendizagem repassado no privado para se constituírem em “futuras mulheres”, quando ainda meninas e corroborado pelo fazer doméstico que pode se constituir como uma formação contínua para o contingente feminino.

O saber-fazer das Atendentes de Enfermagem é orientado para os trabalhos de arrumação e higiene do ambiente para conforto do paciente, atividades que já estavam presentes na origem da profissão quando Florence Nightingale define as atribuições das *lady nurses* e das *nurses*. Estas últimas se acham presentes na prática hospitalar até o presente o que atesta o valor social dessas ações porém, como em sua origem, este saber-fazer continua socialmente desvalorizado e desqualificado.

Castro (1993) ressalta que a qualificação é, ao mesmo tempo, resultado e processo. Resultado porque ela se expressa em qualidades ou atributos inerentes ao sexo, cor, etnia, idade; como processo, ela é socialmente construída. Ao ser socialmente construída e contingente, o saber-fazer das Atendentes passa, com a jurisdição da profissão a necessitar de certificação e credenciamento para o ingresso ou a manutenção no mercado de trabalho.

O depoimento de um dos Técnicos de Enfermagem entrevistado sobre a desqualificação do saber-fazer da sua esposa, uma Atendente de Enfermagem que estava na profissão muito antes dele decidir pela formação, em nível técnico retrata as alterações desencadeadas pela jurisdição da Enfermagem.

*“Aí ela começou como funcionária da limpeza no Hospital de Santa Bárbara e depois veio aquele curso que era do Rio de Janeiro [...] Eu não lembro, mas era na época que tinha as freiras no Hospital de Santa Bárbara e foi quando surgiu o COREN (Conselho Regional de Enfermagem). Ela, que já trabalhava há muitos anos na área, não adiantou nada porque ela era como uma Atendente e [...] não foi reconhecido. Ela é uma Atendente, mas, sem exagerar, ela cuida tão bem como uma [...] uma Enfermeira Padrão” (Mário, entrevista gravada em 14/02/2003)*

Mas a sustentação cognitiva deste saber específico e o embasamento teórico mereciam investimentos, precisavam da intervenção forte do Estado, bem como de parcerias de escolas e instituições.

*“O mesmo se pode dizer do segundo dos dois métodos mais comuns de definir ‘profissões’ como segmento da força de trabalho: aquele que singulariza um grupo de trabalhadores que possuem conhecimento especial (distinguido geralmente como abstrato e teórico) e competência especial, (que se caracteriza geralmente por exigir o exercício de um discernimento complexo). É patente que, tanto a educação formal quanto à competência ou conhecimento estão estreitamente relacionados [...]” (Freidson, 1998, p. 146).*

Em 12 de julho de 1973, através da Lei 5.905, cria-se os Conselhos Federais de Enfermagem - (COFEN) e os Regionais de Enfermagem - (COREN), estes em âmbito estadual. Esta Lei, constituiu uma das grandes bandeiras da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que conseguiu torná-la realidade, após quase 28 anos de luta em defesa da organização e legitimação da profissão. O COFEN e os CORENs, fundamentando-se na legislação do ensino, mantiveram três quadros distintos para fins de inscrição na profissão. A saber:

Quadro I	Enfermeiros e Obstetizes
Quadro II	Técnicos de Enfermagem
Quadro III	Auxiliares de Enf., Práticos de Enf. e Parteiras práticas

Quadro 5 -

Conforme a referida Lei, o Conselho Federal de Enfermagem, a exemplo de outros Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, é considerado Autarquia Federal, vinculado ao Ministério do Conselho e da Previdência Social constituindo, em seu conjunto, um serviço público não governamental, dotado de personalidade jurídica e forma federativa e tendo, como objetivo principal, fiscalizar e legislar o exercício da Enfermagem em todo o território brasileiro.

Com este respaldo, o Estado passa a ser um forte aliado da profissão contribuindo, através de seus órgãos federais e estaduais específicos, para o reconhecimento deste saber definido, para a valorização dos atos de seus praticantes, concedendo, ao legislar e fiscalizar, o direito de monopólio para o exercício e aplicação deste conhecimento. Por meio destes órgãos reguladores e fiscalizadores passa-se, oficialmente, a delinear, quantificar e dimensionar os profissionais, com dados que começam a clarificar o campo de atuação e o número de seus ocupantes.

Conforme dados do IBGE de 1977, os profissionais da saúde, em atividade no país, totalizavam 304.287 e achavam-se assim distribuídos:

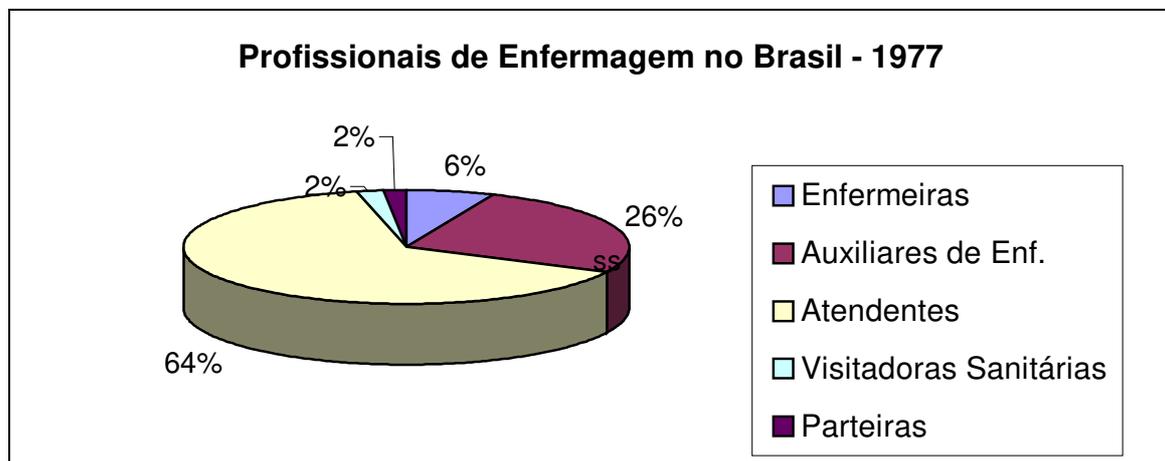


Gráfico 2 - Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 1978.

Quanto ao perfil de escolaridade e de preparo para as atividades de enfermagem, segundo este referido levantamento, do total de 194.154 Atendentes, considerados como a grande massa percentual, 41,3% não tinham o

primeiro grau completo, 22,8% possuíam esse nível de escolaridade, 15,2% apresentavam o segundo grau completo e o percentual restante achava-se em outras categorias como, por exemplo, o primeiro ano do segundo grau, entre outros. Esse levantamento constatou, também, que os (as) Atendentes, assim como os (as) Auxiliares e Técnicos de Enfermagem eram, na sua maioria, mulheres na faixa etária de 30 a 59 anos.

A certificação por uma instituição educacional e o credenciamento como detentor de um saber especializado obtido por intermédio de um diploma, propicia a transmissão de conhecimentos, conteúdos e práticas específicas que fundamentam uma atuação profissional e que difere, substancialmente, da formação recebida no próprio local de trabalho, na observação da prática de outros profissionais que caracterizava a atuação dos (as) Atendentes de Enfermagem, conforme depoimento de uma das Técnicas de Enfermagem entrevistadas, que iniciou sua vida profissional como Recepcionista de hospital passando a Atendente:

*“Aí eu comecei, e aí [...] O hospital já ajudou, né, porque eu tava trabalhando [...] No hospital, eu comecei [...] Na época, eu tinha começado na recepção e depois eu comecei [...] Alguém tava com dor e eu, eu, eu via a enfermagem [...] fazendo e [...] Naquela época o médico não ficava no hospital, ficava mais em casa e [...] Então a gente já dava umas gotinhas de Dipirona, umas gotinhas de Buscopan [...] Eu sempre ia junto com eles (referindo-se ao corpo da enfermagem) e aí no começo eu via o que eles davam (referindo-se aos medicamentos) e depois eu comecei eu mesmo a dar as gotinhas, né [...] Até o médico chegar e aí eu já [...] Eu passei pra enfermagem [...] Já tava na enfermagem, tava como Atendente”. (Marta, entrevista gravada em 14.01.2003).*

A profissão, após tanto tempo de luta e reivindicação, por exemplo, através da Associação Brasileira de Enfermagem, que se inicia em 1926 com algumas das primeiras enfermeiras formadas pela Escola Ana Néri, se articula, se organiza e, em nome do coletivo de uma profissão busca, entre outros objetivos, uma jurisdição própria “porque é uma profissão que é cada vez mais qualificada, devendo sem cessar se adaptar às novas técnicas, aos novos materiais, aos

novos tipos de doentes, mas também às novas políticas de saúde” (Kergoat, 1992, p.51)<sup>6</sup>.

Considera-se oportuno ressaltar que o país vivia nas décadas de 60, 70 e início dos anos 80, um regime de ditadura militar, imposto pela “Revolução de 64”. Mudanças significativas ocorreram durante os 21 anos de vigência deste sistema político.

*“Em 1964, representou a imposição, pela força, de uma das formas possíveis de sociedade capitalista no Brasil [...] A ‘Revolução de 64’ ao banir, pela violência, as forças do igualitarismo e da democracia, produziu, ao longo dos 21 anos de vigência, uma sociedade deformada e plutocrática, isto é, regida pelos detentores da riqueza” (Cardoso de Melo e Novais, 1998, p.618).*

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), as instituições de ensino e vários setores da enfermagem se unem e, mesmo em um momento político dominado pelo sistema ditatorial em vigor:

*“A enfermagem associa-se ao pensamento crítico existente, tanto na saúde quanto na educação, passando a questionar sua prática, as precárias condições de trabalho, a desvalorização e desqualificação profissionais e, sobretudo, a importância de definir uma política de formação para os diversos níveis de ensino” (Germano, 2003, p.20).*

Conforme registro no “Documentos Básicos de Enfermagem”, publicados sob responsabilidade de cada COREN, como guia e para utilização de seus credenciados, e considerado como uma espécie de “orientador profissional” da Enfermagem, o mesmo, ao justificar a publicação da Lei que regulamenta a profissão, em 1973, faz uma análise deste momento:

*“Ocorre que o Brasil, no ano de 1973, vivia sob o domínio de uma ditadura militar que, durante quase vinte anos, impediu que a democracia pudesse ser plenamente exercida no país. Portanto, uma Lei sancionada nessa época, certamente espelhava o regime dominante na ocasião. Em particular, no que tange ao Conselho Federal de Enfermagem; limitou-o às atividades para o qual fora*

---

<sup>6</sup>Kergost, D. et all (1992). “Parce que c’est une profession qui est de plus en plus qualifiée, devant sans cesse s’adapter aux nouvelles techniques, aux nouveaux matériels, aux nouveaux types de malades, mais aussi aux nouvelles politiques de santé”. Tradução da autora.

*criado, transformando-o, em síntese, num grande cartório, onde a Fiscalização do Exercício Profissional de Enfermagem limita-se em saber se o profissional está ou não registrado no Conselho e quites com as suas atividades. Ora, não é esta a finalidade de uma entidade de classe profissional, pois a conjuntura atual exige muito mais dos seus dirigentes do que cuidar de registro profissional, mas sim que haja mecanismos legais que viabilizem a defesa de direitos dos profissionais de Enfermagem” (Documentos Básicos de Enfermagem, 2001, p.33).*

Esta crítica, sobre os termos em que a Lei delimitou a atuação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), deixou de levar em consideração a situação política e social do país:

*“Em primeiro lugar porque, para elas, as profissões não são as ‘entidades’, uma espécie de comunidade imemoriável de onde os seus membros partilham a mesma cultura, os processos sociais, os movimentos permanentes de desestruturação e de reestruturação de segmentos profissionais, em concorrência e, muitas vezes, em conflito” (Tripier, Dubar, 1998, p.246)<sup>7</sup>.*

Julga-se oportuno salientar que, no referido sistema político em vigor, a intervenção do Estado já se faz notar e legitimar um domínio próprio da profissão ao estabelecer, em instância federal e estadual, órgãos legisladores e fiscalizadores sim, porém uma representação nestas esferas valoriza e certifica o domínio da profissão. O depoimento de um dos técnicos entrevistados, mostra da atuação e interferência dos órgãos de classe:

*“Ah! Depois que o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), começou com aquele negócio de quem [...] de exigir o curso e, quando você terminava um (refere-se à primeira etapa de formação em nível de Auxiliar de Enfermagem), já tem que enviar (refere-se à certificação para obtenção do registro e conseqüentemente do COREN), e logo fazer outro, que era o Técnico e aí [...] Eu fiquei naquela dúvida: faço o Auxiliar primeiro ou já faço o Técnico direto? E [...] como eu já tinha o colegial e tudo [...] Faculdade [...] E em Santa Bárbara tinha um curso de Técnico de três anos e aí eu fui lá [...]” (Valmir, entrevista gravada em 22/01/2003)”*

---

<sup>7</sup>Tripier, Dubar (1998) “D’abord parce que, pour elles, les professions ne sont pas de “entiteés”, des sortes de communautés immémoriales dont les membres partagent la même culture, ce sont des processus sociaux, des mouvements permanents de destruction et de restructuration de segments professionnels, en concurrence et souvent em conflit. Tradução da autora.

Uma análise complementar a crítica e à insatisfação manifestada neste momento, pela obtenção de “apenas” um órgão fiscalizador, na instância federal e estadual, pelo coletivo da profissão nos “Documentos Básicos de Enfermagem” esteja, talvez, alicerçada nas alterações que o país vivia em seu mercado de trabalho e nas condições sociais de sua população que, pouco ou não, havia conquistado uma rede de proteção social.

*“Em boa medida, os empregos criados pela industrialização acelerada e pela urbanização rápida eram ‘com carteira assinada’: O número de segurados contribuintes da Previdência Social passa de 3 milhões, em 1960, para 9,5 milhões, em 1970, e chega aos 23,8 milhões em 1980. O que quer dizer, inclusive, aposentadoria garantida, mesmo que os valores fossem baixos” (Cardoso de Mello e Novais, 1998, p.621 citando como fonte dos dados os Boletins Estatísticos do INPS, dos anos 60-80).*

A categoria crítica, também, algumas disposições não aprovadas e, entre elas, a vedação da participação dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem no Plenário do Conselho Federal de Enfermagem. Salienta-se, que estas duas categorias somadas, representam cerca de 75% do contingente dos Profissionais de Enfermagem, conforme dados do COREN. É importante ressaltar que o Anteprojeto agora apresentado nasceu do anseio desta valorosa categoria, “única no Sistema de Saúde que permanece vinte e quatro horas ao lado do paciente”.

A reivindicação tem seu lugar, uma vez que 75% de um contingente profissional deixa de ser contemplado com voz e voto em um Plenário onde os rumos são traçados e importantes decisões são tomadas. Cabe lembrar que, o respaldo legal conquistado. Por intermédio desta Lei, confere privilégios profissionais a esta categoria, pois “É o poder do governo que garante à profissão o direito exclusivo de usar e avaliar um certo corpo de conhecimentos e competências” (Freidson, 1998, p.104).

A sociedade brasileira, neste período, conforme Cardoso de Mello e Novais (1998), vai incorporando as alterações demandadas pelos novos padrões de consumo moderno, em que a família de baixa renda, através do trabalho da mulher, via de regra, como doméstica ou operária, e da filha ou filho, também já integrados no mercado de trabalho, começam a se beneficiar dos financiamentos

para a casa própria, através do Banco Nacional da Habitação (BNH). Incorporam também a alimentação com ênfase nos produtos industrializados como margarina, óleo de soja, embutidos e outros e, os padrões de higiene como a escova e a pasta de dentes, o sabonete, por exemplo; os padrões de vestimentas como a calça jeans, a camiseta, o fio sintético, trazendo praticidade, bem como os eletrodomésticos, como a televisão preto-e-branco. Enfim, é uma população que se beneficia do salário recebido no final de cada mês.

*“Na base da sociedade urbana está o trabalho subalterno, rotineiro, mecânico. Falamos dos pobres, de dois terços dos trabalhadores da indústria, tanto dos rés da fábrica como do escritório, da esmagadora maioria dos trabalhadores nos serviços, dos ‘barnabés’ do serviço público [...] Falamos de porteiros, de caixas de bancos e de supermercado, de lojas comerciais, de empregadas domésticas [...] atendentes de postos de saúde, simples enfermeiras e auxiliares de enfermagem, telefonistas, atendentes de consultório médico ou dentário, [...]” (Cardoso de Mello e Novais, 1998, p.622-3).*

O depoimento de uma das entrevistadas retrata a sua situação familiar: origem simples, a mãe não trabalhava fora e o pai, funcionário público, sustentava a família e incentivava a escolarização dos filhos:

*“Ele era funcionário público [...] Era [...] trabalhava na Prefeitura e lá fazia de tudo um pouco ele [...] bem [...] o meu pai já foi cozeiro, trabalhou no DAE (Departamento de Águas e Esgotos) e, depois, quando ele aposentou, ele tava de jardineiro [...] Mas [...] o meu pai sempre foi assim [...] sempre bebeu e [...] Mas nunca perdeu um de trabalho e eu digo que ele [...] Ele nunca foi um bom marido, mas ele sempre foi um bom pai, sempre foi um bom pai [...] Ele nunca deixou a gente assim [...] mal [...] Quando a gente tava estudando, ele dizia: Quando tá estudando não precisa trabalhar e [...] Depois que você parar de estudar, aí você vai trabalhar [...]” (Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

Outro depoimento de um Técnico de Enfermagem relata um relacionamento difícil com o pai, mas também, o incentivo familiar à escolarização dos filhos:

*“Minha mãe era empregada doméstica e meu pai era guarda, mas [...] Meu pai já trabalhou como tecelão, já trabalhou como vigia, já trabalhou como borracheiro nossa! Ele trabalhou com um monte de coisas. Era difícil ser sempre humilhado por ele, mas [...] Era meu pai [...] Só concordava que a gente devia estudar, só isso [...] O resto era só xingar e [...] humilhar [...]” (Marcos, entrevista gravada em 18/01/2003)*

#### **4.7 A jurisdição própria da profissão**

A partir dos anos 80, a contexto econômico do país é novamente marcado por alterações significativas como o endividamento com Agências Internacionais (Fundo Monetário Internacional, por exemplo) e alta inflacionária.

*“Com uma população de 120 milhões de habitantes, 80 milhões de brasileiros já vivia no meio urbano, metade deles no Sudeste, quase 1/3 dos brasileiros em 13 cidades com mais de 500 mil habitantes. O automóvel, o edifício, o folclore, a televisão estavam definitivamente incorporados ao modo de vida urbana, sobre tudo nos grandes centros. Sabemos que, nessa década, o PIB (Produto Interno Bruto) elevou-se 2,2% a.a. entre 1981/89; o produto industrial participante estagnou (1,1% a.a.); a taxa de investimento, sobretudo do setor produtivo estatal, caiu; a estrutura industrial não chegou a regredir, mas tampouco avançou, aprofundando o fosso que nos separava dos países desenvolvidos [...] A inflação, que já não nos era estranha, transformou-se em intermitentes acelerações que levaram a elevados patamares inflacionários” (Henrique, 1999, p. 116-117).*

A saúde, inserida neste momento histórico, sofre alterações significativas.

*“Nessa década de 80, pródiga em mobilizações sociais, intensificam-se as lutas favoráveis à democratização do país e, nesse contexto, setores da enfermagem se incorporam à lutas democratizantes [...] Essa nova realidade vivenciada pela categoria e liderada pela ABEn pauta-se em uma visão crítica, voltada, sobretudo, para pensar as mudanças do ensino com vistas a construir o seu próprio projeto político-educacional. Ganha força a partir da segunda metade da década de 80, quando abre um processo de discussão em todo o Brasil, incluindo as grandes e pequenas escolas, docentes e discentes, além de profissionais dos serviços [...]” (Germano, 2003, p.21-2).*

Os profissionais da saúde, cadastrados pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), contavam, em 31 de dezembro de 1982 (CEE, 1983: 54), com 104.520 profissionais da saúde no Brasil. Destes, observa-se à participação dos Técnicos de Enfermagem com um percentual significativo em relação ao de enfermeiros. Significativo porque, em 1982, esta subdivisão ainda não contava com uma definição legal de atribuições:

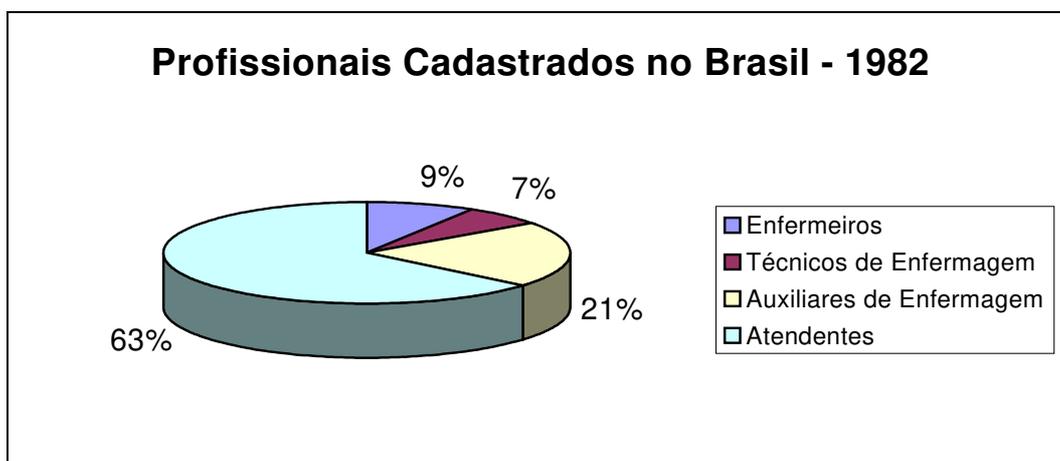


Gráfico 3 - Fonte: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN/SP).

Acreditamos que, nesta etapa, um questionamento faz-se necessário e procedente: por que este conjunto de profissionais tomou este rumo para buscar direitos, reconhecimento, valorização e delimitação de um campo de atuação específico? Por que não se associaram, por exemplo, a um sindicato já constituído, com alguma similaridade e compatibilidade de objetivos e interesses?

Buscamos em Kergoat, D. et all uma análise que julgamos pertinente por tratar-se do movimento de enfermeiras francesas que se uniram com o objetivo comum de buscarem reconhecimento e valorização profissional de suas qualificações. Uniram-se para configurar uma mobilização coletiva e conseguir sobrepor as qualidades individuais externalizando, por intermédio da força do coletivo, o valor socialmente atribuído a um trabalho específico – os cuidados de enfermagem – que, em parte, fundamenta a qualificação.

*“As coordenações/ associações não correspondem à recusa do sindicalismo, à rejeição de uma estrutura sólida, mas, à constatação que algumas das estruturas existentes não convêm, e a vontade então de ‘inventar’ o novo: as coordenações/associações não tem vocação pelos sindicatos (mesmo no caso dos enfermeiros), elas tendem a organizar de outra maneira a ação reivindicativa. Por outro lado, nos pareceu particularmente heurístico ligar estas novas formas de lutar e a emergência de uma relação com a qualificação: a transformação dos processos de trabalho em obra no domínio da saúde é o centro de numerosas reflexões e de questões que colocam aos enfermeiros, que eles traduzem em termos de profissão, de identidade profissional ou de estatutos“. (Kergoat, 1992, p. 18-19)<sup>8</sup>.*

Assim, por meio de organizações como conselho, associações, sindicatos, entre outros, a profissão constrói o seu status respaldado pela sua capacidade de auto-regulação do coletivo de trabalho.

Em 1986, ocorre no campo da saúde, um evento de grande significação que contribuiu para fortalecer o debate e a participação nos movimentos sociais: a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, que insere uma pauta com direitos sociais que fundamentam a cidadania.

*“Inseriram-se, oficialmente, na pauta das discussões, os postulados da igualdade, da cidadania, da solidariedade e da justiça social que acenavam, ao setor saúde, com a possibilidade de trabalhar por sua transformação. Neste sentido, representou um marco na implantação do modelo de saúde proposto na Reforma Sanitária Brasileira [...] Tudo isso estava condicionado a mudanças estruturais, dentre as quais destacava-se a organização dos serviços, orientada por essa descentralização, condições de acesso e qualidade, traduzidas pela cobertura universalizada e equânime, e principalmente, uma política de recursos humanos para o setor” (Germano, 2003, p.21).*

---

<sup>8</sup>Kergoat et all (1992) “Les coordinations ne correspondent pas au rejet du syndicalisme, au refus d’une structuration solide, mais au constat qu’aucune des structures qui existent ne conviennent, et à la volonté donc d’em “inventer” de nouvelles: les coordinations n’ont pas pour vocation de remplir um espace laissé vacant par les syndicats (même si cela peut se passer ainsi, comme dans le cas des infirmières), elles tendent à organiser autrement l’action revendicative. Par ailleurs, il nous a semblé particulièrement heuristique de lier ces nouvelles formes de luttes et l’émergence d’un nouveau rapport à la qualification: la transformation des process de travail à l’oeuvre dans le domaine de la santé est au centre de nombreuses réflexions et questions que se posent les infirmières, qu’elles le traduisent em termes de profession, d’identité professionnelle ou de statut” . Tradução da autora.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco importante em um amplo processo de articulações que se organizou em torno deste evento. Faziam parte, além dos profissionais e dos prestadores de serviço de saúde, com exceção dos prestadores privados, também os usuários. Conforme Germano (2003), reuniu, aproximadamente, cinco mil participantes, entre os quais mil delegados, aprovando-se, ao final, a unificação do Sistema de Saúde e as propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, que foram incorporados ao texto constitucional.

Neste contexto, alguns setores da enfermagem, ligados com os movimentos sociais que, neste período, perpassavam outras áreas além da saúde como, por exemplo, a educação e a proposta de um novo modelo de saúde apresentado na Conferência unem-se à força do Movimento Popular (MP).

*“É um movimento social e político que acontece na enfermagem brasileira na década de 80, a partir da ação coletiva de uma parcela de enfermeiros, que articulam suas lutas internas com as de outros profissionais e com os movimentos sociais dirigidos para os objetivos do processo de transformação social. É também um projeto de reforma para a enfermagem brasileira e para sua prática nos serviços de saúde, nas escolas e entidades da categoria que buscam o desenvolvimento técnico e político da profissão enquanto trabalho e como serviço. A proposta do MP é construído dentro de um processo de luta para enfrentar a própria crise profissional da enfermagem e da organização da categoria, na condição de trabalhadores no contexto da sociedade civil brasileira”. (Oliveira, citado por Germano, 2003, p.20).*

Esta luta interna da qual se refere Germano na citação acima, é constituída por um grupo de profissionais da enfermagem que, insatisfeitos com a direção tomada pela ABEn, por considerá-la conservadora, movimentam-se para eleger membros afinados com novos princípios para a profissão.

*“A ABEn, pela primeira vez, em 60 anos, elege uma chapa verdadeiramente oposicionista, com repercussão em todas as demais organizações da categoria [...] É portanto, a alternativa colocada no caminho das mudanças possíveis nessa conjuntura, sendo constituído estrategicamente de um processo de lutas para conquistar a hegemonia na direção da ABEn” (Germano, 2003,p.20).*

O movimento descrito e analisado por Kergoat (1992) ocorrido na França, entre 1988 e 1989, parece ter sua equivalência também aqui no Brasil quando, por diferentes movimentos sociais pertinentes às diversidades entre os dois países, a Enfermagem, enquanto profissão, enquanto um coletivo de trabalho predominantemente feminino, unia-se para se adequar e se adaptar ao momento histórico. Na França, uniram-se para reivindicar a valorização de suas práticas enquanto qualificação com valor de troca na relação salarial e no Brasil, como uma construção coletiva, adaptando-se aos movimentos sociais que ensejavam a discussão de novos rumos para a saúde, novos parâmetros de igualdade, universalidade e integralidade na prestação dos serviços de saúde que configuravam na nova Reforma Sanitária Brasileira. “Aprender não a tornar-se enfermeira, mas a fazer a profissão [...]” (Imbert , 1992, p.80)<sup>9</sup>. Essa era a essência do movimento de enfermeiras francesas que, ao articularem um coletivo de trabalho, deixavam um aprendizado erroneamente vivenciado como individual, que caracteriza o aprendizado das qualidades femininas ocorridas no espaço privado, para poderem assim exteriorizar o reconhecimento de sua qualificação.

A profissão, então, inserida em um novo contexto social, procura se adaptar e se adequar “de maneiras diversas e contingentes onde as sociedades estruturam e reconhecem o especialista”, mas também sobre “os modos operatórios concretos que estruturam e legitimam as práticas dos especialistas” (Abbott, 1988 citado em Tripier, Dubar, 1998, p.136)<sup>10</sup>.

A Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, bem como o Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a referida Lei, constituem os atuais dispositivos legais do exercício profissional da Enfermagem e vieram substituir as Leis e Decretos anteriores que vigoraram por quase duas décadas. Na nova Lei não houve espaço para tratar da conceituação da profissão ou mesmo uma redefinição do que já havia sido proposto em Leis anteriores, mas ela estabelece as competências privativas dos três níveis profissionais, bem como os seus respectivos domínios de saber e fazer.

---

<sup>9</sup>Kergoat et al (1992) “Apprendre non à devenir infirmière, mais a faire lê métier d’infirmière [...]”Tradução da autora.

<sup>10</sup> Tripier, Dubar (1998) “ les manières diverses et contingentes dont les sociétés structurent et reconnaissent l’expertis”, mais aussi sur “les modes opératoires concrets qui structurent et légitiment les pratiques d’experts”. Tradução da autora.

Assim, ao enfermeiro coube a atividade de maior complexidade técnica, o ensino e a supervisão dos níveis de suporte da profissão. E, de forma clara e delimitada, estabelece as atribuições dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

A Lei 7498/86, conforme Artº 23, define o prazo de dez anos, a contar da data da promulgação da mesma, isto é, 1986, para que os profissionais que estivessem executando tarefas de enfermagem sem possuir formação específica credenciada por uma instituição escolar, pudessem continuar a exercer essas atividades, desde que devidamente autorizado pelo Conselho Federal de Enfermagem - (COFEN); a saber:

*“Art. 23 - O pessoal que se encontra executando tarefa de Enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nesta área, sem possuir formação específica, será autorizada pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de Enfermagem, observando o disposto no Art. 15 desta Lei (que trata da obrigatoriedade da orientação e supervisão de Enfermeiro”, (COREN - SP, 2001, p. 41)).*

Esta Lei estabeleceu, então, o ano de 1996, como limite para que todos os profissionais que não tivessem um licenciamento legal de qualificação pudessem compor, oficialmente, a equipe de Enfermagem, como era o caso das Atendentes. A partir desta data, estas deveriam tornar-se Auxiliares de Enfermagem, com a obtenção de uma certificação ou um diploma.

O patamar mínimo para ingresso na profissão passa a ser, obrigatoriamente, por força de Lei, o Auxiliar de Enfermagem. Nível que exige o ensino fundamental completo para poder freqüentar o curso técnico de qualificação profissional, com duração de 12 meses, e uma carga complementar de estágio.

A referida Lei, conhecida como Lei do Exercício Profissional, significou a possibilidade da profissionalização dos Atendentes de Enfermagem, bem como o reconhecimento das autoridades sanitárias sobre a importância deste trabalho agora legalizado, com campo e atribuições específicas. A Lei também organizou e estratificou saberes e competências, distinguindo os graus da educação formal em três níveis reconhecidos, a saber: nível superior / nível técnico (médio) e formação básica, conforme delineamento da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, em vigor.

Conforme a pesquisa nacional ABEN/COFEN de 1983 e publicada em 1985 verifica-se que a Enfermagem teve uma evolução numérica no tocante à qualificação de seus profissionais conforme quadro abaixo:

#### **Qualificação dos profissionais de Enfermagem**

Ano	1983	1997
Enfermeiros	8,5%	12,55%
Atendentes de Enfermagem	63,8%	25,45%

Tabela 2 –

Ao analisar esses dados, observamos uma inflexão significativa no percentual de Atendentes em um espaço de 14 anos, o que leva a deduzir que tal informação resulta em um número expressivo de profissionais que se credenciaram como Auxiliares de Enfermagem, por meio de certificações educacionais. Observa-se também um movimento oposto em relação ao aumento percentual no número de enfermeiros o que pode ser resultado da conquista, pela profissão, de um espaço de trabalho reconhecido e valorizado.

Conforme dados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (A.M.S./IBGE), no período de 1976 a 1999, o número de postos de trabalho de Atendentes, seja em hospitais públicos e/ou privados, passa de 35,8% para 5,3% enquanto que os postos de trabalho de Auxiliares sobem de 12,8% para 22%. Nesta referida década são criadas 26 Escolas Técnicas de Saúde ou Centros Formadores de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo central de oferecer cursos de qualificação profissional de Auxiliares de Enfermagem.

O Estado, através dos órgãos legisladores e fiscalizadores da profissão (COFEN/COREN), garante à profissão o direito exclusivo de usar e avaliar um certo corpo de conhecimentos e competências, incentiva a formação com um prazo de 10 anos, a contar da data da publicação da Lei 7498/86, pois “o que distingue as ocupações umas das outras é o conhecimento e a competência especializados necessários para a realização de tarefas diferentes numa divisão de trabalho” (Freidson, 1998, p.40).

Com este prazo e esta intervenção do Estado, os profissionais e as instituições de saúde procuram se ajustar às novas determinações legais. Conforme depoimento de uma das Técnicas de Enfermagem entrevistada:

*“Tanto é que depois eu via elas correndo (refere-se às Atendentes de Enfermagem), se matando de estudar, já com seus quarenta, trinta e oito anos e aí eu falava: Tá vendo [...] enquanto vocês estavam lá fazendo filho, casando, eu tava estudando e eu saía da minha casa às sete horas da manhã e chegava às onze horas da noite pra estudar. Quando eu cheguei aqui vocês me pisaram e hoje vocês tão fazendo dois serviços (refere-se a dois empregos de 6 horas cada), com filhos pra cuidar, tem marido e tem que estudar pra não perder o emprego e eu me senti VINGADA! Eu me senti vingada porque antes era só maltratar a gente e hoje elas tão aí tendo que fazer o que nós fizemos numa boa (refere-se ao curso de Auxiliar e Técnico de Enfermagem), sem pressão e elas foram pressionadas, né [...] Ou faziam ou caíam fora da profissão [...]” (Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

### **Etapas da profissionalização da Enfermagem**

<b>Brasil</b>	
1500 – 1754	Colonização portuguesa e os religiosos na assistência aos doentes. Poucos médicos atuavam no país formados em Coimbra e Salamanca
1808	O Regente D. João VI cria duas escolas de cirurgia: Salvador e Rio de Janeiro. Em 1832 transformam-se em Faculdades de Medicina
1891	A Constituição Federal de 1891 formaliza os Estados da federação como responsáveis pela Saúde Pública em seu território
<b>Estado de São Paulo</b>	
Lei nº 43 de 18/07/1892	Elaboração e aplicação do Serviço Sanitário extensivo aos municípios. Atuação por campanhas
1923	O Diretor do Serviço Sanitário introduz as enfermeiras no âmbito de atuação da Saúde Pública
<b>BRASIL</b>	
1923	Lei Eloy Chaves e algumas conquistas sociais pela classe

	trabalhadora
1926	Cria-se a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) pelas formandas da primeira turma da Escola Ana Néri
1950 – 1960	Fortalecimento das conquistas sociais nos moldes do Estado de Bem Estar Social. Ênfase na educação, saúde e previdência social
1964	Regime de Ditadura Militar no país
1966	I Seminário Regional, em Curitiba, para debater a formação de nível médio na profissão
Década de 70	Expansão dos serviços de saúde
Lei 5905 de 12/07/1973 (Governo Emílio G. Médici)	Cria-se os Conselhos Federais (COFEN) e Conselhos Estaduais de Enfermagem (COREN) ligados ao Ministério do Conselho e Previdência Social
Lei 7498 de 25 de Junho de 1986 (Governo José Sarney)	Conhecida como a Lei do Exercício Profissional (LEP) define as atribuições dos profissionais em três níveis : Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Quadro 6-

#### **4.8 Técnicos de Enfermagem: a institucionalização de um saber prático**

Esta dissertação tem por objetivo conhecer as trajetórias pessoais e profissionais dos Técnicos de Enfermagem. Trata-se de uma categoria profissional oriunda de uma subdivisão interna da Enfermagem que ocorre em 1966, no Seminário Regional de Enfermeiras, em Curitiba-Pr.

Iniciou-se o referido projeto analisando uma vertente da trajetória da Enfermagem uma vez que esta profissão, inserida nos diversos momentos históricos do Brasil, conquista o respaldo legal do Estado que lhe concede direitos, jurisdição própria e monopólio de um campo profissional exclusivo e de onde seus

executantes, por meio de um coletivo de trabalho, passam de “auxiliares de médicos” a um papel articulado e definido no sistema de saúde.

A profissão tem uma trajetória que a configura como tal.

*“Existiriam duas vias históricas muito diferentes para ligar saber e poder, para construir e fazer o reconhecimento de uma profissão munida de uma “competência jurídica” (Abbott), fundamentada em saberes reconhecidos e capazes de constituir “mercados fechados de trabalho” a partir de “estratégias profissionais” (Larson). A primeira se apóia principalmente na iniciativa do Estado que criou “títulos escolares” e que servem para regular o acesso a status social de grupos profissionais em situação de monopólio. A segunda repousa na ação coletiva de elites sociais, fazendo reconhecer uma disciplina, dotando-se de dispositivos cognitivos e práticos bem como o monopólio de um mercado para uma profissão” (Tripier, Dubar, 1998, p. 136)<sup>11</sup>.*

A trajetória profissional dos Técnicos de Enfermagem, focada nesta dissertação, está centrada em hospitais, especificamente um hospital público, na cidade de Americana, conforme já descrito na parte metodológica. A partir das décadas de 60 e 70, o hospital passa a assumir uma posição central na prestação de serviços de saúde, estabelecendo-se como o campo profissional de maior concentração de profissionais deste coletivo de trabalho, detentor de infraestrutura e equipamentos cada vez mais sofisticados, para um melhor e mais rápido atendimento à comunidade.

No interior dos hospitais diversificam-se as especialidades, diferenciam-se os profissionais ali empregados e aprofunda-se a divisão técnica dos serviços prestados, principalmente no trabalho da enfermagem que passa a incorporar a figura do Técnico de Enfermagem como mais uma instância na sua estrutura de saber e de práticas profissionais. Estas alterações surgem “como consequência de um movimento social contingente reestruturando as crenças e as práticas

---

<sup>11</sup>Tripier, Dubar (1998) “Il existerait bien deux voies historiques très différents de relier savoir et pouvoir pour construire et faire reconnaître une profession pourvue d’une ‘cométence juridique’(Abbott), fondée sur des savoirs reconnus et capable de constituer des ‘marchés fermés du travail’ à partir de ‘stratégies professionnelles’ (Larson). La première s’appuie principalement sur l’iniciative de l’Etat qui crée des ‘titres scolaires’ servant ensuite à réguler l’accès à des status sociaux de groupes professionnels em situation de monopole. La seconde repose d’abord sur l’action collective d’élites sociales, faisant reconnaître une discipline, se dotant de dispositifs cognitifs et obtenant des pouvoirs publics le monopole d’un marche pour une profession”. Tradução da autora

profissionais legítimas e eficazes” (Abbott, 1988 citado por Triper, Dubar, 1998, p.137)<sup>12</sup>.

O Estado, pela Lei 7498/86, confere uma jurisdição própria à profissão, estabelece em seus artigos os três níveis funcionais, o licenciamento obtido pelo sistema de educação formal, as relações estruturais entre as funções, bem como a delimitação das práticas. As definições estabelecidas por Lei oficializam decisões que, na prática de suas ações, provocam mudanças e alterações no cotidiano das instituições, dos profissionais, das relações sociais. Analisaremos alguns aspectos importantes desta lei e algumas implicações decorrentes de sua aplicação.

O Técnico de Enfermagem, objeto de interesse desse projeto de pesquisa, é definido no Art. 7º da Lei do Exercício Profissional (Lei nº7498/86) pelo licenciamento do sistema educacional, a saber:

Art. 7º – São Técnicos de Enfermagem:

*“I. O titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;  
II O titular do diploma do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.”*

A legislação vigora e leva os futuros profissionais a se habilitarem em uma instituição de ensino, legalmente credenciada, conforme depoimento:

*“Aqui (refere-se à cidade de Americana) que eu comecei a fazer o Auxiliar. Fiz o segundo grau e fiz o Técnico de Enfermagem e isso meu marido proibía. Até que eu falei pra você que eu pulava muro (o muro da sua casa para ir à escola) pra estudar e aquela luta [...] Até que ele me incentivou a fazer o segundo grau e depois eu falei pra ele que agora eu ia fazer o Técnico, que eu tinha que fazer senão o Hospital ia mandar embora. Expliquei a situação, que eu ia poder ficar desempregada até que ele aceitou. Eu acho que ele não viu como [...] Viu que não tinha saída e este ano eu estou fazendo a cabeça, prá vê se eu consigo entrar na faculdade pra fazer Enfermagem [...]” (Suelen, entrevista gravada em 25.01.2003)<sup>13</sup>.*

<sup>12</sup>Triper, Dubar (1998) “[...] comme la conséquence d’un mouvement social contingent restructurant les croyances et les pratiques professionnelles legitimes et efficaces”. Tradução da autora

<sup>13</sup> As questões referentes às hierarquias de gênero, nesta entrevista, serão analisadas *a posteriore*.

A implementação da formação dos Técnicos de Enfermagem possibilitou tensões profissionais com os Atendentes, que já estavam há mais tempo nos hospitais, realizando o mesmo trabalho, sem delimitações claras de atribuições.

*“[...] E quando eu cheguei aqui (refere-se ao hospital municipal) foi só pedrada [...] Pedrada daqui, dali [...] por causa das Atendentes, né (sorri ao lembrar-se dos fatos). As Atendentes me deram muito trabalho, você nem imagine [...] Elas não aceitavam o fato de ser Técnica! Nós éramos em oito naquela época, uma em cada Ala e Centros Cirúrgicos [...] e elas não aceitavam, nossa! Foi muito difícil. Elas diziam que já estavam aqui há mais tempo [...] e, pra piorar, nós viemos ganhando praticamente quase três vezes mais do que elas [...] nossa [...] Era duas vezes e meia a mais de salário e elas não aceitavam [...] Coitadas! [...] Também não era certo mas [...] e também porque a gente tava ali fazendo quase o mesmo serviço que elas [...] O que a gente fazia a mais era ajudar a montar uma escala, os controles do setor, medicamentos mais complexos mas elas ficavam bravas, né porque [...] se eles falassem:(refere-se à Administração) Elas vão fazer isso, aquilo [...] que era mais do que elas mas [...] que nada [...] Não tinha divisão nenhuma [...] Jogou a gente ali e [...] Nada mais [...]” (Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

Os Atendentes constituíam uma população significativa de profissionais que tinham uma função e uma posição dentro da estrutura de serviços da enfermagem. A partir da década 80, mais especificamente após a promulgação da Lei 7498/86, vêem-se frente a uma divisão no campo do exercício profissional sustentado por uma escolarização e não por um saber prático, adquirido em sua vivência profissional.

A obtenção de qualificação, de saberes, sustentado pelo sistema escolar subdivide e hierarquiza a profissão, inserindo os Técnicos de Enfermagem em um estrato intermediário entre os enfermeiros e os Atendentes. Estes, sem credenciamento emitido pela certificação escolar detinham conhecimentos práticos que, durante um bom tempo, lhes confiou um papel profissional, embora não validado por um diploma. Desta forma, são observadas tensões entre um profissional com qualificação obtida pelo acúmulo de experiências concretas, porém informais e adquiridas ao longo de experiências de vida e de trabalho dentro do hospital, com um profissional qualificado pela certificação formal e com atribuições legitimadas por Lei.

O depoimento de um Técnico de Enfermagem relata este encontro entre as duas formações que se hierarquizam os aspectos observados:

*“Naquela época, a Enfermagem era muito chucra [...] Eles não tinham [...] eles não tinham nenhum tipo de [...] aprendizado técnico [...] não tinham [...] Eles tinham feito cursinho de [...] de um mês, né e qualquer um virava enfermeiro na época, né [...] Qualquer um era Auxiliar, né [...] Um cara que. Que varria o chão virava Auxiliar da noite pro dia [...]” (Marcos, entrevista gravada em 18/01/2003).*

Nas entrevistas realizadas observa-se que mesmo o corpo burocrático do hospital não detinha conhecimento do novo campo profissional designado aos Técnicos de Enfermagem e que, ao admiti-los, a instituição apenas “cumpria a Lei”. A lei do exercício profissional define uma jurisdição e estratifica saberes, mas também estabelece hierarquia, novas relações de poder que refletem no cotidiano dos profissionais.

*“Não [...] não [...] ninguém falava nada de função diferente [...] Nos hospitais grandes por aí eu até acho que tinha, mas no nosso aqui, não tinha nada disso [...] Foi penoso. Nós sofremos bastante e, às vezes, a gente conversava e tinha vontade de pedir a conta porque [...] A pressão era grande.. No meu setor até que era assim mais ou menos [...] Eu trabalhava com duas meninas que até que elas eram [...] Eu estava no período da manhã e eu fui conquistando elas aos poucos, então elas eram menos [...]. Menos que as outras mas , a gente chorava muito [...] Eu me lembro da Alexandra porque ela chorava TODOS os dias, mas ela venceu, coitada, venceu e acabou se tornando chefe do noturno, mas [...] O pessoal pregava cartaz perto do cartão ponto falando que os Técnicos ganham tanto e que os Atendentes ganham tanto, ali perto do relógio, foi difícil, mas PASSOU [...] Foi uma fase de uns seis meses ruins, mas depois [...] O pessoal já ajudava a gente, colaborava [...] A chefe vinha, conversava, mas [...] nós choramos muito, e eu também, você nem imagina! No começo até eu conquistar as meninas foi barra e, quando chegava em casa eu desabava [...] Era só chorar, mas passou [...]” (Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003)*

A década de 80, “com a crise econômica-financeira do país em geral e a crise da previdência social em particular, tanto o planejamento como a gestão do sistema de saúde tornaram-se impraticáveis” (Queiroz, Vianna, 1992, p. 133).

Os hospitais, também sujeitos aos instáveis repasses financeiros da previdência e inseridos em uma perspectiva predatória do trabalho contratavam por baixos

salários, classificavam seus profissionais como se o fossem desqualificados e beneficiavam-se da oferta de estágios profissionalizantes, Um depoimento atesta tal afirmativa:

*“É, eu terminei o curso e trabalhei dois anos em Casa Branca, no próprio hospital onde eu fiz o meu estágio e aí, apesar de ter me formado como Técnica, eu fui registrada como Atendente porque eles não pegavam Técnico lá [...] Quer dizer, tinham vários Técnicos lá, mas eles só registravam como Atendentes, era um hospitalzinho pequeno, mas [...] A gente não tinha fundo de garantia, então, quando a gente entrava já davam um papel pra assinar sabendo que você não teria fundo de garantia e [...] Aí eu fiquei lá dois anos: fiz Berçário, fiz Ala e fiz Pronto Socorro..”(Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

A enfermagem, na maioria dos hospitais, sejam eles públicos ou privados, constitui o coletivo de trabalho mais numeroso, são detentores de um saber específico, necessário e contínuo no cotidiano do hospital e sofrem pela desvalorização, como no relato acima. É justamente nesta década que a profissão, apesar de todos esses desvios e desmandos obtém respaldo legal, define atribuições específicas a cada função componente e fundamenta-as sobre uma certificação oficial.

A Lei do Exercício Profissional, a 7498/86, no Art. 12, regulamenta a função no quadro da Enfermagem, denominada Técnico de Enfermagem e especifica como atribuições:

*“O Técnico de Enfermagem exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem, em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especificamente:*

- a. participar da programação da assistência de Enfermagem;*
- b. executar ações Assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo Único do Art. 11 desta Lei;*
- c. participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;*
- d. participar da equipe de saúde” (COREN, 2000, p. 39-40).*

A atuação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e os Conselhos Regionais (COREN), órgãos fiscalizadores e reguladores, estão conseguindo alterar o desenho da profissão ao categorizar e limitar em apenas três funções a divisão do trabalho de enfermagem. Em 1999, no estado de São Paulo, vinte e três anos após a publicação da Lei 7498/86, que definia a profissão em apenas três estratos - Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares - percebe-se um aumento significativo do número de Auxiliares e a presença de Técnicos de Enfermagem em um percentual de 8%. Os Atendentes, em 1999, deixam de aparecer nos registros uma vez que, conforme a referida Lei, o ano de 1996 foi o prazo limite estabelecido para o fim do exercício profissional desta categoria. Os mesmos foram se qualificando e exercendo outras funções como auxiliares de cozinha, lactário, lavanderia, entre outras, mas sem permissão para qualquer contato com o paciente. Conforme a decisão do Conselho Federal de Enfermagem, a Resolução COFEN 186, de 20 de julho de 1995 que considerando o disposto no “caput” do Art.23 da Lei nº 7498/86 os autorizava a exercer atividades elementares de enfermagem, supervisionado pelo enfermeiro, no prazo estipulado de 10 anos, isto é, até 1996.

Esta Resolução define e conceitua as atividades elementares de Enfermagem com vistas a não retirar estes profissionais do mercado, mas delimita sua área de atuação, a saber:

“Art. 1º - São consideradas atividades elementares de Enfermagem aquelas atividades que compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples, sem requererem conhecimento científico, adquiridas por meio de treinamento e/ou da prática; requerem destreza manual, se restringem a situações de rotina e de repetição, não envolvem cuidados diretos ao paciente, não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou a saúde do executante, mas contribuem para que a assistência de Enfermagem seja mais eficiente.

Art.2º - As atividades elementares de Enfermagem, executadas pelo Atendente de enfermagem e assemelhados são as seguintes:

I. Relacionadas com a higiene e conforto do cliente:

a) Anotar, identificar e encaminhar roupas e/ou pertences dos clientes;

b) Preparar leitos desocupados.

II. Relacionadas com o transporte do cliente:

a) Auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de clientes de baixo risco;

- b) Preparar macas e cadeiras de rodas.
- III. Relacionadas com a organização do ambiente:
  - a) Arrumar, manter limpo e em ordem o ambiente do trabalho;
  - b) Colaborar, com a equipe de enfermagem, na limpeza e ordem da unidade do paciente;
  - c) Buscar, receber, conferir, distribuir e/ou guardar o material do centro de material;
  - d) Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa vinda da lavanderia;
  - e) Zelar pela conservação e manutenção da unidade, comunicando ao Enfermeiro os problemas existentes;
  - f) Auxiliar em rotinas administrativas do serviço de enfermagem.
- IV) Relacionadas com consultas, exames ou tratamentos:
  - a) Levar aos serviços de diagnóstico e tratamento, o material e os pedidos de exames complementares e tratamentos;
  - b) Receber e conferir os prontuários do setor competente e distribuí-los nos consultórios;
  - c) Agendar consultas, tratamentos e exames, chamar e encaminhar clientes;  
Preparar mesas de exames.
- V) Relacionados com o óbito:
  - a) Ajudar na preparação do corpo após o óbito.

Por este ângulo de análise, consideramos que a profissão conseguiu uma evolução na qualificação de seus profissionais como resultado de uma jurisdição própria e com órgãos fiscalizadores e regulamentadores presentes e ativos sem, contudo excluir os que detinham apenas um saber prático que não foi contemplado pela Lei 7498/86, a Lei do Exercício Profissional.

O estado de São Paulo, em dezembro de 1999, contava com um total de 175.522 pessoas inscritas no COREN - SP e assim distribuídos:”

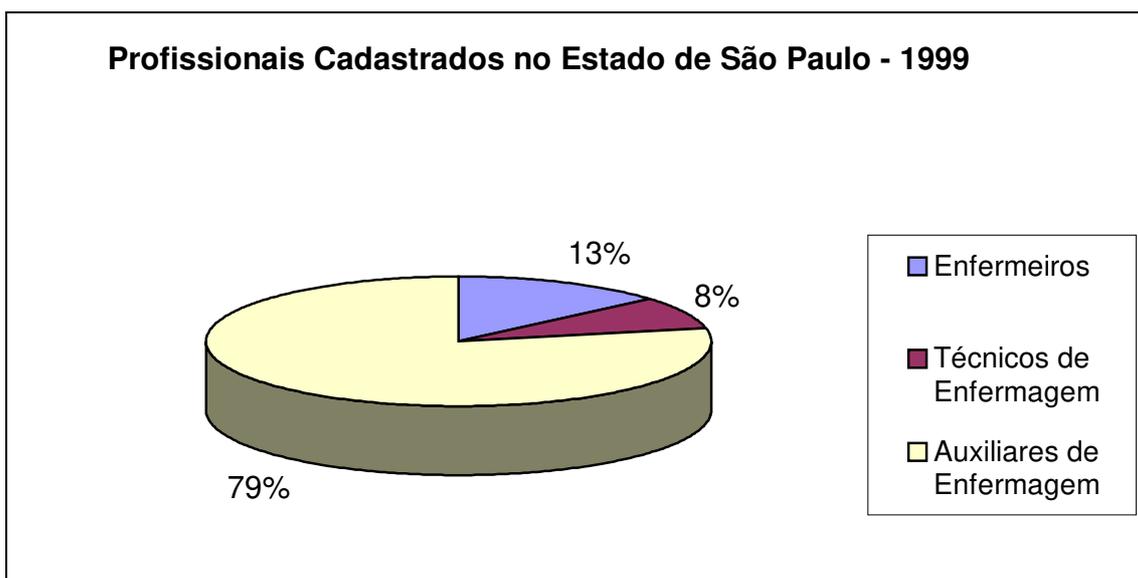


Gráfico 4 - Fonte: Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo (COREN-SP).

Outro ponto que merece destaque e análise refere-se à Lei 7498/86 mais especificamente no Parágrafo Único onde o mesmo estabelece:

*“A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação”.*

Este Parágrafo Único é gerador de polêmicas entre os estudiosos do assunto por suscitar posições contraditórias em função de diferentes leituras sobre a determinação legal das três funções hierárquicas. Machado, doutora em sociologia e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, analisa esta questão:

*“Em nossa opinião, a constituição da equipe de Enfermagem antes de ter representado um avanço na estruturação do processo de trabalho, tornou-se marca registrada de uma profissão com várias facetas e vários níveis ocupacionais que fazem mais ou menos a mesma coisa, especialmente na visão do cliente que recebe os cuidados de enfermagem. O questionamento sobre a pertinência ou não e até mesmo, a manutenção da composição atual da equipe, ou seja, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, deverá ser incluída, prioritariamente, na agenda para o próximo século. Nos tempos de modernidade, será mesmo necessário e justificável uma equipe com esta composição?” (Machado, 1999, p.593).*

Este questionamento abre duas perspectivas de análise, a saber:

- “1. a qualificação dos profissionais;
2. a institucionalização da profissão”

A qualificação dos profissionais foi necessária e importante para se estabelecerem, de fato e de direito, como ocupantes de um saber e de um campo de atuação frente ao poder médico que, dotados pelo saber legitimado do tratar restringiram as enfermeiras e as práticas da enfermagem às atividades pouco

valorizadas do cuidar. Buscaram, pela intervenção do Estado, uma jurisdição legal para o estabelecimento de um campo de atuação específica, um estatuto e um coletivo de trabalho que, fundamentado na educação dos seus profissionais, definiu uma estratificação de saberes e práticas onde passam de “auxiliares de médicos” a detentores de um papel articulado, definido no sistema de saúde.

Para Castel (1998) a profissão busca o respaldo do Estado como o grande agente de regulação social que efetiva a qualificação na estratificação de saberes credenciados por um diploma, uma jurisdição e um licenciamento exclusivo.

A Enfermagem assume as atividades do cuidar que lhes foram atribuídas pela hierarquia médica em um saber reconhecido pelo Estado, e também a construir um coletivo de trabalho com identidade profissional que se dispusesse a defender e a reformular o que estava sendo considerado um trabalho complementar, porém importante, frente ao domínio médico. O coletivo de luta define, o campo de trabalho da Enfermagem e busca a legitimação de um saber e de um saber-fazer próprio da Enfermagem o que, segundo Lopes (1996) a prática do cuidar torna-se complementar e não subsidiária e subordinada à prática médica.

Os dados já nos colocaram que, este coletivo de trabalho, é maciçamente feminino. Isto porque, por muito tempo, foi considerado na relação salarial que as mulheres eram portadoras de atributos e qualidades individuais, inerentes a um saber – fazer assimilado na esfera do privado, portanto tais qualificações não eram reconhecidas e ficavam fora da valorização salarial. Kergoat salienta que, as enfermeiras francesas:

*“Para ter êxito, devia, num primeiro tempo, inscrever a profissão no campo da relação salarial antes de poder, num segundo tempo, pensá-la em termos de qualificação. Em outras palavras: a relação a salarização é a passagem obrigatória para que haja construção de uma relação à qualificação, sendo esta a condição necessária para poder negociar salário e estatuto”(Kergoat, 2002, p.55).*

O coletivo da enfermagem mobiliza-se, saem da esfera individual para o grupal, conseguem reconhecimento de seus atributos femininos, inicialmente, através do valor de uso do seu trabalho específico junto à sociedade que dele se beneficia e pelo respaldo jurídico do Estado que, somados, legitimam este corpo

de conhecimentos e práticas como um trabalho portador de um valor de troca na relação capital/trabalho, bem como a constituição de uma identidade de trabalhadora, de profissional.

Pelo depoimento de uma Técnica de Enfermagem podemos observar como uma das entrevistadas expressa a relação com o poder médico instituído:

*“Não é um diploma de Técnico ou de Enfermeira que vai mexer com isso [...] É isso aí [...]. Não adianta eu investir porque o que a gente vê hoje, pelo menos nos hospitais que a gente trabalha, é a lei deles que manda, né [...] A escala, eles falam assim, apesar de ter alguma diferença em algum setor mas eles falam assim: EU não quero tal pessoa a noite, não quero TAL equipe aqui comigo é assim [...] Eu quero tal equipe a tarde porque tal equipe não anda, fulana não, sicrana sim [...] É assim [...] É o que eles querem e o que eles querem é feito pela Enfermeira [...] Faz o que eles mandam mesmo [...]” (Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

A qualificação profissional sobrepõe as qualidades específicas das mulheres como destreza, minúcia, rapidez, dedicação, paciência, carinho, entre outras, pois estas não são consideradas valorativas por serem inatas, resultantes da natureza feminina e não adquiridas socialmente através de uma formação cultural.

É como se existisse uma “natureza feminina”, resultante de um destino biológico e não de um “constructo social” que possibilita a divisão sexual do trabalho.

*“É preciso opor qualidades e qualificação; além do mais, a essa primeira oposição, é preciso acrescentar o seguinte: a qualificação masculina, individual e coletiva, é construída socialmente; as qualidades femininas remetem ao indivíduo ou ao gênero feminino [...] e são adquiridas por meio de um aprendizado erroneamente vivenciado como individual, por ocorrer na esfera dita do privado; assim, elas não são valorizadas socialmente” (Kergoat, 2002, p.52).*

Assim, ao se qualificarem como portadoras de um saber legítimo, de um saber-fazer complementar ao saber médico, ao terem um campo de trabalho avalizado pelo Estado e um estatuto próprio de um coletivo de trabalho, a Enfermagem diferencia-se da Medicina e conquista o reconhecimento social de uma atividade própria, com implicações sobre os parâmetros de classificação e de

remuneração e em torno dos saberes estruturantes para assim viabilizar a sua prerrogativa de ser a única profissão que permanece 24 horas por dia ao lado do paciente. Esta é uma situação totalmente oposta a prática médica que vê sua disponibilidade para com o paciente se restringir cada vez mais.

Apesar de reconhecer o papel profissional da Enfermagem como complementar à prática médica, estes não deixam de constituir um poder já legitimado enquanto um saber reconhecido e um domínio masculino sobre o coletivo de trabalho da Enfermagem:

*“Porque você tem que trabalhar com a cabeça das pessoas [...] Aprendi um dia a trabalhar com a minha e trabalhar com a dos outros [...] Acho isso muito interessante [...] Você consegue fazer a pessoa [...] te tratar bem [...] Se é um médico mal educado, nossa! Eu não olho na cara mas [...] Ele me pede pra fazer as coisas eu faço, mas [...] Eu não vou ficar agradando [...] e ele vem [...] ele se aproxima [...] ele puxa conversa, ele pega amizade, ele te trata bem, ele te dá valor [...] Se é um que você quer: ‘Oi’ [...]. Pois não [...] Agrada, conversa [...] dá beijinhos no rosto pra falar ‘Oi’ [...] Como tá, tudo bem? Nossa! Ele te trata como se você fosse uma oferecida e como se ele o superior, o mais inteligente e você como se não soubesse nada do que está fazendo, sabe [...] Então eu .. eu aprendi [...] A hora que você vê um cara metido, você [...] Nossa! Você faz ele perceber que você não tá enxergando ele ali, que ele não tá chamando a atenção [...] que assim ele vai te tratar bem [...] Ele vai se aproximar e [...] ele vai te tratar bem e vai ser bem melhor [...]” (Rebeca, entrevista gravada em 08/02/2003).*

Esta questão é também reafirmada por um Técnico em Enfermagem ao defender a sua profissão, seu valor e sua identidade profissional, em detrimento do poder médico:

*“Olha eu vou te dizer assim [...] Você chegava, você tratava uma pessoa que tá assim, como se diz à beira da morte e você vai lá, com os seus cuidados, com o medicamento, com seu tratamento porque o médico? O milagre do médico é a mão, é a caneta no momento da prescrição, mas o verdadeiro milagre quem faz somos nós que estamos ali cuidando e fazendo [...] dando remédio, acompanhando a evolução e tudo mais. Eu me sentia realizado..” (Valmir, entrevista gravada em 22/01/2003).*

A segunda análise versa sobre a institucionalização da profissão. Abbott (1998) ao se referir aos profissionais de ofícios manuais como artesanato e moda, tomados aqui como um exemplo:

*“Esta especialidade profissional é garantida pelo seu modo de aprendizagem, mas também por sua organização profissional que eles chamam de ‘câmara’, ‘ordem’ ou ‘igreja’. Ela se fundamenta ao mesmo tempo aos moldes do ‘Estado’ e da ‘formação’ que constituem a dupla aprendizagem/organização profissional e a garantia da competência profissional, no sentido de ‘domínio da especialidade, juridicamente reconhecida’. Nestes moldes, delineamos a trajetória da profissão até os dias atuais e para o futuro julgamos oportuno considerar que esta especialidade não é adquirida, de uma vez por todas, definitivamente. Ela é submetida à concorrência de outros grupos ou segmentos profissionais, mas também às políticas públicas e seus acasos; ela é então historicamente contingente” (Tripeir, Dubar, 1998, p.186)<sup>14</sup>.*

A partir da publicação da Lei 7498/86, a profissão conquista a definição das características necessárias à qualificação, uma jurisdição e um estatuto construídos nos diferentes momentos históricos vivenciados pelo coletivo e pelos profissionais.

As três funções – Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares - legalmente estruturadas e delimitadas, que congrega o cuidado em saúde não se apóia no acaso ou na contingência de determinadas especialidades terapêuticas, uma vez que, voltamos a repetir, é a única profissão que permanece 24 horas ao lado do paciente o que requer diversos tipos de profissionais, cada um com determinada qualificação e capacidades, decorrentes do domínio de conhecimentos.

Em se tratando do Técnico de Enfermagem, objeto de interesse e estudo deste projeto de pesquisa, os mesmos legitimam sua prática profissional através de técnicas especiais para assistir, individual ou coletivamente os pacientes, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo, de reabilitação e até mesmo pelo emprego de competências consideradas subjetivas ou de cunho

---

<sup>14</sup>Tripeir, Dubar (1998) “Cette expertise ‘professionnell’ et donc leur réussite auprès de leur clientèle. Cette expertise professionnelle qu’elle s’appelle ‘chambre’, ‘ordre’ ou ‘église’. Elle se rattache à la fois au modèle des ‘corps d’état’ et au modèle ‘collégial’ qui font, l’un et autre, de ce couple apprentissage spécifique/organisation professionnelle le garant de la compétence professionnelle, au sens de ‘domaine d’expertise, juridiquement reconnu’. Mais cette expertise n’est jamais acquise, une fois pour toute, définitivement. Elle est soumise à la concurrence d’autres groupes ou segments professionnels, mais aussi politiques publiques et à leurs aléas; elle est donc historiquement contingente”. Tradução da autora.

emocional como o apoio psicológico do paciente, compreensão entre outras competências registradas na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO.

*“Trabalham em hospitais, clínicas, serviços sociais, ou ainda em domicílios. São assalariados, com carteira assinada, ou trabalham por conta própria, prestando serviços temporários em clínicas ou em residências. Organizam-se em equipe, atuando com supervisão permanente de enfermeiro ou outro membro de equipe da saúde, de nível superior. Trabalham em ambientes fechados e com revezamentos de turnos, ou confinados em embarcação, no caso do auxiliar de saúde (navegação marítima). É comum trabalharem sob pressão, levando à situação de estresse. Em algumas atividades, podem ser expostos à contaminação biológica, material tóxico e à radiação” (CBO - Condições gerais do exercício, 2000, código 3222).*

O Brasil, por meio da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) nomeia e descreve as ocupações reconhecidas no mercado e trabalho brasileiro sob responsabilidade do Ministério do Trabalho e Emprego.

Os trabalhadores da saúde, mais especificamente o Técnico de Enfermagem, são identificados pelo código 3222 e requer como formação e experiência:

*“O ingresso nas ocupações técnicas requer certificação de competências ou curso técnico em enfermagem (nível médio) [...] Atualmente, há cursos técnicos em enfermagem, organizados modularmente, com saídas intermediárias para qualificação de auxiliares de enfermagem. O requisito de entrada desses cursos é o ensino médio completo, tendo como filosofia a educação continuada, que possibilita ao auxiliar atingir o nível técnico, ao completar novos módulos de formação profissionalizante”.*

A CBO define como competências pessoais do Técnico de Enfermagem:

1. Trabalhar com ética
2. Respeitar o paciente
3. Zelar pelo conforto do paciente
4. Preservar a integridade física do paciente
5. Ouvir atentamente (saber ouvir)
6. Observar as condições gerais do paciente
7. Demonstrar compreensão
8. Manter o ambiente terapêutico
9. Levar o paciente à auto-suficiência

10. Manipular equipamentos
11. Apoiar psicologicamente o paciente
12. Calcular dosagem de medicamentos
13. Participar em campanhas de saúde pública
14. Incentivar a continuidade do tratamento”

“Fonte: CBO. Classificação brasileira de Ocupações: Banco de Dados. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/condicoes.asp?codigo=3222>; <<http://www.mtecbo.gov.br/competencias.asp?codigo=3222>. Acesso em: 25 abr. 2004.”

Freidson (1998) refere-se à qualificação como o elemento estruturante da profissionalização:

*“Baseada na autoridade da expertise (ou especialização), a profissionalização compreende o estabelecimento da autoridade para coordenar uma divisão do trabalho. Diferentemente da pesquisa e desenvolvimento nas organizações manufatureiras, que é apenas um entre muitos departamentos, cada um dos quais opera mais ou menos separadamente do outro, mas é coordenado em torno da produção pela administração de nível superior, o serviço profissional em organizações como escola e hospitais são as atividades mais relevantes na divisão do trabalho dentro da organização como um todo. Isso significa que o trabalho de muitas outras ocupações na organização é coordenado em torno do serviço profissionalizado. Na medida em que realiza e controla ao mesmo tempo o serviço principal, a profissão deve controlar também as tarefas de suporte para aquele serviço.” (Freidson, E., 1998, p.101).*

A profissão, tal como se configura no presente, é resultado de um movimento social e coletivo que, ao reestruturar os saberes e as práticas, o fizeram com o objetivo de constituir um coletivo de trabalho legitimado e reconhecido, Procuramos relatar a trajetória da Enfermagem ressaltando a sua origem, evolução, adaptação às exigências locais, as suas conformidades frente às interferências e características políticas, econômicas e sociais nos diversos períodos históricos para poder compreender hoje, a razão de ser do seu estatuto, direitos, monopólio e de um campo profissional específico e dividido.

A profissão, parte integrante dos serviços de saúde, em 1987, sofre alterações frente à criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que amplia a oferta de serviços de atenção básica à saúde com o envolvimento

maior dos municípios como responsáveis pela gestão local da saúde e a provisão de serviços à população, extensivos aos seus limites territoriais.

No debate para a elaboração da Constituição de 1988, conforme Fagnani (1997), economista e professor do Instituto de Economia da UNICAMP:

*“As comissões formadas nos setores da previdência, saúde e assistência tiveram maior êxito do que as demais na viabilização das suas propostas. Em grande medida, isso se deve ao fato de essas comissões ter sido integradas por uma elite profissional e intelectual ligada ao “movimento sanitaria”, relativamente coesa quanto ao diagnóstico e à direção a ser imprimida às reformas, a qual passara a ocupar posições estratégicas na burocracia federal” (Fagnani, 1997, p.217).*

Em outubro de 1988 o processo constituinte foi parcialmente concluído com a promulgação da nova Constituição Brasileira que introduziu avanços formais, corrigindo algumas iniquidades presentes e ampliando direitos, com especial destaque para o campo trabalhista, a seguridade social, a saúde e a educação.

E ao se tornar realidade, a Constituição da República Federativa do Brasil legisla na Seção II, com especial atenção à Saúde, a saber:

*“Artº 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”*

Assim, a saúde deixa de ser apenas um serviço oferecido e passa a ser um direito público, isto é, de todos e para todos, mesmo que, até o presente isto não se aplique na sua totalidade. A partir de então, não é mais necessário ser contribuinte do sistema de seguridade social para se ter direito garantido à saúde, o que significou operacionalizar o princípio do universalismo das ações de saúde.

*“De acordo com o Artº 200 – Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:  
III. ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.”*

Respaldo neste inciso, o COFEN/COREN, que já contava com a Lei 7498/86 que estabelecia 10 anos de prazo para a capacitação de seus profissionais, investe com maior vigor na fiscalização de instituições, visando restringir cada vez mais a contratação de profissionais não oficialmente certificados. No âmbito de seus Auxiliares procurou facilitar e motivar a formação complementar, para se habilitarem como Técnicos de Enfermagem.

Procura assim, referendar, do ponto de vista social, o reconhecimento de sua identidade profissional e sua organização em entidades de classe. Nas instituições, sobretudo as hospitalares, luta pela inserção de seus profissionais nos planos de cargos e salários, tendo como substrato à qualificação, a habilitação e a especialização dos seus profissionais.

A Resolução COFEN 226, de 26 de junho de 2000, dispõe sobre o registro para especialização de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, considerando a Lei Federal nº 9394/96, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, especialmente o capítulo III, que trata da Educação Profissional, em especial o art.1º, inciso III, que determina como sendo um dos objetivos da educação profissional “especializar, aperfeiçoar e atualizar o trabalhador em seus conhecimentos tecnológicos” e tece algumas considerações que legitimam a formação educacional como um dos pontos estruturantes da profissão.

“Considerando a obrigatoriedade atual dos profissionais de todas as áreas manterem um permanente desenvolvimento técnico e científico, a fim de possibilitar o atendimento às demandas sociais;

Considerando a responsabilidade dos profissionais de Enfermagem de nível técnico acompanharem as inovações científicas e tecnológicas da área da saúde, objetivando prestar uma assistência de Enfermagem sintonizada com as exigências e realidades atuais, conforme preconiza o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seu artigo 18;

Considerando os amplos estudos, ocorridos em Seminários do Sistema COFEN/COREN e no II CBCENF, que contou com a presença de vários segmentos representativos da profissão;

Resolve:

Art. 1º - Reconhecer a especialização dos profissionais de enfermagem de nível técnico, atendidos os pré-requisitos mínimos de escolaridade. Conteúdos e carga horária.

Art. 2º O reconhecimento da especialização será efetivado mediante o registro do título certificado por Instituição de Ensino, legalmente credenciada, pelo Órgão Educacional Estadual “

A participação efetiva dos órgãos reguladores e fiscalizadores da profissão incentivam a profissionalização, refletindo no ambiente de trabalho e no anseio dos profissionais. O relato de um Técnico de Enfermagem legitima a atuação do COFEN/COREN.

*“É o COREN veio e [...] Não reconheceu mais o Atendente [...] Exigiu mais escolaridade mais aprendizado. Então, quer dizer, tudo isso foi uma coisa que contribuiu para as pessoas que já eram formadas como Técnico de Enfermagem e para estudar mais [...] Alguma coisa que eu possa fazer, talvez seja uma especialização [...]” (Marcos, entrevista gravada em 18/01/2003)*

O interesse pela qualificação dos profissionais é observado pelas Resoluções que os órgãos reguladores dispõem como uma forma de legitimar o campo de atuação e os saberes específicos jurisdicionando a profissão e investindo no conhecimento formal como valorização e reconhecimento. Para Freidson, “o conhecimento em si não dá um poder especial: somente o conhecimento exclusivo dá poder ao seu detentor” (Freidson, 1998, p.104).

## 5. CAPÍTULO III

### Institucionalização da Profissão Técnico de Enfermagem

As profissões são “constructos sociais”, e a forma como, em uma sociedade, são conhecidas e especificadas como tal expressa contradições internas, tensões inerentes ao próprio processo de profissionalização.

Julga-se adequado considerar esta análise e as relações, que as estabelecem em uma configuração<sup>15</sup>, pelo seu princípio desencadeador, que é o trabalho, e este passa aqui a ser considerado em uma ampla dimensão, como “[...] qualquer atividade regular com valor de troca [...] e o que faz de seu executor um ‘trabalhador’ ou ‘profissional’ é a sua relação com o mercado” (Freidson, 1998, p.148).

Profissão é então definido como um determinado segmento da força de trabalho, que “singulariza um grupo de trabalhadores que possuem conhecimento especial (distinguido geralmente como abstrato e teórico) e competência especial (que se caracteriza geralmente por exigir o exercício de um discernimento complexo)” (Freidson, 1998, p. 152).

É um termo utilizado para designar uma ocupação, que controla um determinado tipo de trabalho, organizado e habilitado por um conjunto especial e específico de instituições e sustenta-se, em parte, por uma ideologia particular de saberes, de práticas e de utilidade para outros, sendo também portadora de um credencial, que estabeleça uma relação econômica com o mercado.

A análise das profissões tem merecido maior ou menor importância, de acordo com interesses contingenciais, em resposta a questões vinculadas ao mundo do trabalho, uma vez que “o estudo das profissões (termo usado no sentido de ocupações com alto nível de treinamento e autonomia) pelas ciências sociais mereceu atenção principalmente da tradição durkheimiana, uma vez que

---

<sup>15</sup>Configuração é aqui compreendida como “um sistema de interação. O que designamos por estruturas, quando consideramos as pessoas enquanto sociedade, ‘são configurações’, estabelecidas entre indivíduos. Trata-se de espaços de pertencimento”. ELIAS, Norbert.

tanto Marx quanto Weber não chegaram, por diferentes motivos, a prestar muita atenção nesse âmbito” (Queiroz, 1991, p.318).

A distinção entre ocupação e profissão, conforme Freidson (1998), está no conhecimento obtido e referendado por uma instituição escolar e nos saberes que se fazem necessários para a realização de tarefas diferentes, mas complementares, numa dada divisão do trabalho. O conhecimento específico e legitimado é o divisor de águas que exclui os que não possuem tal qualificação e não compartilham o monopólio de um campo de trabalho específico.

Kergoat (1992), ao analisar a Coordenação da Enfermagem na França, definiu que “o termo profissão, o único que pode ser utilizado como substantivo ou qualitativo, é freqüentemente associado ao movimento das enfermeiras que definiu os seus objetivos: defender a profissão, o reconhecimento, a valorização da profissão. Ele é utilizado pelas enfermeiras como termo genérico para designar o conjunto das enfermeiras como categoria distinta dos outros grupos do ‘pessoal de cuidados’. O conjunto das enfermeiras quer dizer todo o pessoal titular de um dos diplomas, diplomas do Estado e diploma de especialidades (psiquiatria), quaisquer que sejam seu estatuto, seu lugar de trabalho, seu grau ou sua especialidade” (Kergoat, 1992, p.167)<sup>16</sup>.

A profissionalização das ocupações foi marcada por movimentos relevantes, apoios significativos, associações em prol do reconhecimento, da proteção e da segurança, em diferentes períodos históricos. Constituiu-se, alicerçada por um coletivo de profissionais, revestido no papel de agentes que criaram, conquistaram, defenderam e legitimaram o conhecimento específico, bem como a sua sustentação como valor de troca no mercado.

Obter reconhecimento como “profissão” para as ocupações foi de grande importância, pois, desde o século XVIII, tal preocupação já se fazia presente. Os praticantes de uma dada profissão desfrutavam de uma condição social diferenciada, passando a serem considerados como parte integrante da pequena

---

<sup>16</sup>Kergoat et al (1992):“Le terme profession, le seul à pouvoir être utilisé comme substantif ou qualificatif, est extrêmement fréquemment associé au mouvement infirmier dont il définit les objectifs: défendre la profession, reconnaissance, revalorisation de la profession. Il est utilisé par les infirmières comme terme générique pour désigner l’ensemble des infirmières comme catégorie distincte des autres groupes de personnel soignant. L’ensemble des infirmières, c’est-à-dire tous les personnels titulaires de l’un des diplômes, diplôme d’État et diplôme spécialité psychiatrique, quels que soient leur statut, leur lieu de travail, leur grade ou leur spécialité”. Tradução da autora.

nobreza. Suas conotações tradicionais de aprendizado e dedicação legitimavam o esforço para ganhar proteção do Estado, oferecer um serviço útil para a sociedade e anular a concorrência dos demais. Além da proteção, os mestres de ofício, ao constituírem as corporações, conquistavam um monopólio, pois:

*“O ofício é uma atividade social dotada de uma utilidade social. Graças a ele, mas graças a ele exclusivamente, alguns trabalhos manuais podem ser reabilitados de sua indignidade fundamental. O idioma corporativo comanda, assim, o acesso ao que se poderia chamar a cidadania social, o fato de ocupar um lugar reconhecido no sistema das interdependências hierárquicas que constituem a ordem comunitária. O pertencimento orgânico das profissões ao organograma das dignidades, que é também o dos poderes, é explicitamente reconhecido pelo parlamento de Paris, em 1776” (Castel, 1998, p.174).*

A profissionalização das ocupações decorreu de uma organização própria e coletiva, que ofereceu e negociou com o mercado e as instituições, uma competência especial e um cuidado singular inerente à qualidade do trabalho e ao seu benefício para a sociedade. Garantiu, desta forma, a exclusividade de realizar uma prática única, controlar o credenciamento e o acesso a este saber, bem como o direito de determinar e avaliar a maneira como o trabalho é realizado.

Não se trata de uma forma historicamente nova de organização, visto que era manifesta nas corporações de ofícios, mas que hoje, na vida contemporânea e com um renovado vigor, as profissões estabelecem um controle através do domínio de um conhecimento diferenciado, o licenciamento obtido pela garantia do Estado, bem como por instituições de ensino legalmente autorizadas, que venham qualificar, habilitar e especializar os profissionais.

No presente, o diferencial entre as corporações de ofícios e as profissões está na via de transmissão de conhecimentos específicos. Atualmente, a transmissão do saber se dá por intermédio de uma instituição educacional credenciada para tal, onde, por meio da transferência de conhecimentos, avaliações e um diploma, certifica-se o saber que foi repassado pelo “professor” e adquirido pelo “aluno”. Nos séculos XIV a XVII, conforme Castel (1998), tal transmissão de conhecimentos e práticas era vivenciada e relacionada ao saber fazer, adquirido em um longo convívio do “mestre” com o seu “aprendiz”, e a

avaliação requeria a realização de “uma prova”, que consistia em confeccionar “uma obra prima”.

As instituições educacionais, hoje, empregam o mesmo recurso de avaliação, pois, ao se dar uma nota, fazem-no em função do desempenho e participação do aluno-aprendiz, da “obra prima” que ele foi capaz de produzir, selecionando os mais capacitados, conforme critérios estabelecidos.

*“A partir de então, as oportunidades para se chegar a mestre diminuem e logo estarão praticamente reservadas aos filhos de mestres. Regulamentações cada vez mais minuciosas e condições de acesso à mestria cada vez mais pesadas, tal como a generalização da exigência da difícil “obra prima” (que raramente era pedida antes), tem por efeito bloquear a promoção interna e reduzir o recrutamento externo” (Castel, 1998, p.157).*

O diferencial, hoje, para o ingresso em uma dada profissão, está na instrução, no conhecimento formal, definido aqui como um conjunto de conceitos abstratos e teóricos perante uma exigência de um discernimento complexo, que fundamenta um saber específico e concede o monopólio do exercício deste saber específico.

*“E aí, eu enfrentei três anos no Emílio Romi pra fazer o Técnico e [...] Mas tinha dia que, sinceramente, dava vontade de jogar os cadernos fora e falar: “Eu não volto mais pra essa escola”. Aí eu pensava melhor e falava: “Mas eu não posso parar [...]” Era o mesmo do se correr o bicho pega e se parar então [...] Mas, graças a Deus, e eu vou falar que [...] Não é por estar na presença da senhora não, mas [...] Só por Deus mesmo [...] Porque o negócio é barra [...] Trabalhar todos os dias, o dia inteiro, preocupado com o emprego, porque eu era novo no serviço e ainda porque tava pra terminar o curso e ia à noite pra escola [...] Ia atrasado [...] Quando tinha prova então [...] A preocupação é que prejudicava mais ainda e também porque não podia faltar [...] Senão [...] Com muita falta também perdia o ano [...]” (Mário, entrevista gravada em 14/02/2003).*

Para Freidson (1998), as profissões constituem-se também como um conceito histórico, concreto, mutável, com singularidades que remetem às nações de origem e às suas especificidades. Por esta vertente, “os critérios que Freidson adota para definir profissões baseiam-se:

- “1. na exposição à educação superior e ao conhecimento formal abstrato que ela transmite;*
- 2. na capacidade da profissão de exercer poder e ser uma forma de ganhar a vida;*
- 3. em ser uma ocupação cuja educação é pré-requisito para obter posições específicas no mercado de trabalho, excluindo aqueles que não possuem tal qualificação” (Freidson, 1998, p.24).*

As profissões, vistas e analisadas por suas características, suas origens, seus modelos e fundamentos levam a considerar, também como relevante, a sua utilidade social, tanto para os que dela se beneficiam como para os que a constituem ao se reconhecerem como portadores de um saber, que lhe confere um status, um vínculo entre os pares e um contraponto à intensificação do trabalho, que individualiza, automatiza práticas e ignora a subjetividade de seus profissionais.

O depoimento abaixo de uma Técnica de Enfermagem, que trabalha na Unidade de Terapia Intensa de recém nascidos, fala da importância do seu trabalho para a sociedade, a satisfação que lhe proporciona e a referência ao coletivo profissional:

*“[...] Cada dia que eu trabalho lá, eu me apaixono mais [...] e me apaixono porque [...] são prematurinhos. Eles nascem com 600 ou 800 gramas e saem de lá com dois quilos e [...] Depois a mãe volta pra fazer uma visita com a criança já andando e você olha e pensa: “Quem fala que nasceu prematuro e ficou na UTI, ficou entubado e precisou de cuidados especiais e um monte de coisas? Que nem sabia mamar e ficava na sondinha? A gente que ensinou eles a crescerem [...] a engordarem [...]” (RA, entrevista gravada em 08/02/2003).*

Considera-se oportuno retomar as corporações de ofícios, nas quais o estatuto aparece e o aval do Estado referenda o monopólio e a exclusão dos não qualificados, protege um saber específico, no sentido de recuperar a longa história da interdição do exercício do saber a outros grupos, considerados não legítimos:

*“O que Willian Sewell chama de idioma corporativista comanda, então, tanto a organização técnica da produção quanto a organização social do trabalho. Faz do ofício uma propriedade coletiva que fornece, ao mesmo tempo, emprego e estatuto, reservado por definição a um número limitado de membros [...] Um ofício é constituído tanto pela função de exclusão que assegura em face dos extra-estatutos, quanto pelas prerrogativas positivas que fornece” (Castel, 1998, p.156).*

A profissão legitima-se, apoiando-se em um tripé de sustentação, no qual a educação formal, o Estado e a ação coletiva de seus membros aliam-se para garantir o seu credenciamento e “a autoridade do conhecimento é decisiva para o profissionalismo e é expressa e transmitida por uma diversidade de agentes e instituições: não depende exclusivamente das relações profissional/cliente ou das atividades oficiais de associações” (Freidson, 1998, p.71).

## **5.1 A Educação Profissional no Brasil**

Considerando a relevância da educação na sustentação e legitimação da Enfermagem, julga-se pertinente delinear a máxima presente na cultura brasileira de “estudar para ter uma profissão”, que se configura com a Educação Profissional e seu desenvolvimento nos diferentes momentos históricos.

A Educação Profissional se fez presente junto aos indígenas, o povo nativo, cujos registros mostram uma proximidade entre o trabalho e as práticas educativas nas aldeias e nas diferentes tribos, quando ambos eram realizados no cotidiano de adultos e crianças. A observação e a participação direta nas várias atividades consistiam na transmissão de “saberes” e “fazeres”. As artes e os ofícios efetivaram-se sobretudo nas áreas de tecelagem, cerâmica, construção de moradias, cultivo da terra e medicamentos.

Já os jesuítas portugueses iniciaram, nos principais centros urbanos, os primeiros núcleos de formação profissional, denominados “escolas oficinas”, durante o período colonial (Manfredi, 2002).

O trabalho na agro-indústria e na extração mineral, ocorrido no interior dos engenhos de cana de açúcar do início da colonização, criou pequenos núcleos

urbanizados, onde a educação de artes e ofícios se expressava no produto de sapateiros, ferreiros, carpinteiros etc., desenvolvidos ainda pelo sistema artesanal.

No século XVIII, organizou-se no Brasil as corporações de ofícios, um aparecimento tardio em relação aos países europeus, como uma forma pretensamente organizada do trabalho artesanal. De acordo com a cultura trazida pelos colonizadores, a regulamentação das práticas de ofícios variava de uma cidade para outra, a legislação pertinente era de atribuição das câmaras municipais e das corporações embandeiradas (as chamadas irmandades) ou não. “As agregações e relações pessoais, embora por vezes precárias, e, de outro lado, as lutas entre facções, entre famílias, entre regionalismos, faziam delas um todo incoerente e amorfo” (Holanda, 2000, p.61).

A força de trabalho do negro, mestiços e pobres era utilizada para o trabalho manual, de caráter rotineiro e pesado, enquanto aos brancos e nobres era reservado o trabalho intelectual e valorizado. Tal distinção se mantém até os dias atuais, expressa nas práticas do mercado de trabalho:

*“No Brasil, a organização dos ofícios, segundo moldes trazidos do reino, teve seus efeitos perturbados pelas condições dominantes: preponderância absorvente do trabalho escravo, indústria caseira, capaz de garantir relativa independência aos ricos, entrando, por outro lado, o comércio, e, finalmente, escassez de artífices livres na maior parte das vilas e cidades” (Buarque de Holanda, 2000, p.57-8).*

No início do século XIX, com a transferência da corte portuguesa para o Brasil, ocorreram significativas alterações econômicas e políticas, das quais, entre outras, origina-se a formação do Estado Nacional e a “construção do aparelho educacional escolar”. A instituição do sistema educacional brasileiro é iniciada pela implantação do ensino superior, enquanto os demais níveis – o ensino primário e secundário – achavam-se restritos a poucos estabelecimentos (Manfredi, 2002). As instituições de ensino superior eram destinadas a qualificar profissionais para o Exército e o estrato administrativo do Estado. Implantava-se no Rio de Janeiro, em 1808, a Academia da Marinha; a Faculdade de Cirurgia, em 1814; o curso de Agricultura, em 1814; o curso de Desenho Técnico, em 1818; e, em 1820, a Academia de Artes. No estado da Bahia, quase simultaneamente, cria-

se a Faculdade de Cirurgia e a de Economia Política, seguido dos cursos de Agricultura e Química.

O início da escolarização no Brasil, pelos cursos superiores, tinha raízes no domínio das elites e no receio dos colonizadores portugueses em intelectualizar os dominados e colocar em risco a sua supremacia, e “os entraves que ao desenvolvimento da cultura intelectual no Brasil opunha a administração lusitana faziam parte do firme propósito de impedir a circulação de idéias novas que pudessem pôr em risco a estabilidade de seu domínio” (Buarque de Holanda, 2000, p.121).

A Constituição de 1824 garantia, em um dos seus artigos, a instrução primária gratuita a todos os cidadãos, estabelecendo, em caráter oficial, o sistema escolar público.

A Educação Profissional, por sua vez, surgiu durante o Império, aplicada por associações civis de caráter religioso e/ou filantrópico, bem como pela esfera estatal, sendo implementada em algumas províncias, com diferentes parcerias.

A presença do Estado, marcada, na maioria das vezes, pelo repasse de verbas, era uma constante, enquanto esta se efetivava nas academias militares, incorporando também a disciplina e hierarquia, que lhes eram peculiares nos espaços físicos das próprias entidades filantrópicas, como nos hospitais, por exemplo, e nos liceus de artes e ofícios.

Com a difusão da Educação Profissional por outras províncias, absorveram-se crianças e jovens em situação de mendicância, “os órfãos e desvalidos”, visando à transmissão de saberes e fazeres, que poderiam, em um futuro próximo, converter-se em um ofício, o qual viabilizaria a sua inserção na sociedade (Manfredi, 2002).

Os liceus de artes e ofícios, que serviam de base para a conformação dos ensinamentos profissionalizantes entre 1850 e 1890, nasceram com a participação de sócios e/ou benfeitores, via de regra da sociedade civil, que, com o auxílio financeiro do Estado, mantiveram e ampliaram as atividades e os ofícios oferecidos. Estas entidades se multiplicaram nos maiores centros urbanos, como Rio de Janeiro, o pioneiro entre eles, originado em 1858; Salvador em 1872; Recife em 1880; seguidos de São Paulo em 1882; Maceió em 1884; e Ouro Preto em 1886 (Manfredi, 2002).

O Liceu de Artes e Ofício da cidade do Rio de Janeiro mereceu destaque não apenas pelo pioneirismo: “em 1881 implanta o primeiro curso destinado às mulheres, já com um currículo seriado fixo de quatro anos, e, em 1882, cria o curso comercial”. (Cunha, 2000, citado por Manfredi, 2002, p.78).

As escolas profissionalizantes continuaram com a interferência do Estado, a reproduzir a ideologia dos dominantes, procurando qualificar para o trabalho simples, com uma iniciativa considerada socialmente útil para o referido período, sem, contudo, alterar a estrutura social dos pobres, que compreendia, entre outros, os negros e os mestiços. Para estes, a arte dos ofícios era suficiente para que continuassem inseridos, mesmo que na base da sociedade, como um trabalhador comum dos serviços em conformidade com o que se apregoava: ‘pobre sim, mas trabalhador’:

*“A massa dos negros das cidades continuou, após a Abolição, abandonada à sua própria sorte, ocupada nos trabalhos mais pesados, amontoada em habitações imundas, favelas e cortiços, mergulhada também no analfabetismo, na desnutrição e na doença. Poucos os que, até 1930, tinham conseguido se elevar às funções públicas mais subalternas ou ao trabalho especializado mais valorizado de marceneiro, costureira, alfaiate etc.” (Cardoso de Melo e Novais, 1998, p.583).*

Durante a Nova República, compreendida entre 1889 e 1930 aproximadamente, o país passou por períodos marcados por transformações, como a expansão da economia cafeeira, o surgimento de empreendimentos industriais e a conformação de grandes centros urbanos.

A Educação Profissional, inserida neste contexto, passou a contar com a iniciativa de governos estaduais, além do auxílio do governo federal, da igreja católica, dos trabalhadores organizados, que se constituíram trabalhadores assalariados e buscavam qualificação para sua entrada e/ou ascensão no novo mercado de trabalho brasileiro.

Em 1909, o presidente Nilo Peçanha, por meio do Decreto 7.566 de 23 de setembro, introduziu medidas consideradas como política educacional, “criando 19 escolas, uma em cada unidade da federação, exceto no Distrito Federal e no Rio Grande do Sul” (Manfredi, 2002, p.83).

Os ofícios transmitidos, apesar de manterem ainda o caráter artesanal e não o manufatureiro, mais adequado ao período, tinham por objetivo a formação de operários e contra-mestres, em consonância com as transformações decorrentes no país.

Neste período, surgiram duas reformas no sistema educacional, a de Fernando de Azevedo e, em seguida, a reforma Anísio Teixeira, que não chegaram a se efetivarem pela ocorrência do golpe político, que culminou no período denominado Estado Novo, com Getúlio Vargas no poder.

O estado de São Paulo destacou-se na modalidade dos cursos profissionalizantes, em sintonia com o desenvolvimento, impulsionado pela agricultura cafeeira, do novo parque industrial, que absorvia, na época, imigrantes, mulheres, crianças e migrantes oriundos da área rural.

Este investiu na educação de uma forma geral e inovou com as primeiras “escolas profissionais oficiais”, que se destinavam ao ensino das “artes industriais” para o sexo masculino e de “economia e prendas manuais” para as mulheres.

Com a participação da iniciativa privada e o repasse de verba pública, mereceu destaque a “primeira Escola Profissional Mecânica, que funcionava no Liceu de Artes e Ofícios e era mantida por companhias ferroviárias paulistas e recursos do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio” (Manfredi, 2002, p.88).

A Igreja Católica, no Estado Novo, se fazia presente novamente junto ao sistema educacional, organizando e mantendo escolas, que também ofereciam a formação profissional por meio de ordens religiosas, como os salesianos, entre outros.

Assim, a Educação Profissional deixava o caráter assistencial do Brasil Colônia para se aproximar, cada vez mais, do trabalho assalariado, delineado pelas novas contingências sociais e pelo envolvimento de outras parcerias da iniciativa privada, sindicatos e associações de operários, além do Estado.

Na década de 30, estabeleceu-se o Estado Novo, um período ditatorial, em que as relações entre Estado e sociedade civil foram marcadas por turbulências, acordos e tolerâncias em diferentes momentos e esferas. Caracterizado como um período de dificuldades financeiras e instabilidade política, o novo governo tomou medidas centralizadoras no campo político ao assumir não apenas o Poder Executivo como também o Legislativo e dissolver o Congresso Nacional. No

campo econômico, o governo não abandonou o setor cafeeiro, que passava por uma fase de excedente de produção, mas concentrou a política do café no Conselho Nacional do Café (CNC), sob seu direcionamento.

A política trabalhista, entre 1930 e 1945, passou por várias fases, permeada pelas medidas centralizadoras, que reprimiram os esforços organizados da classe trabalhadora urbana e criaram o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, do qual “seguiram leis de proteção ao trabalhador, de enquadramento dos sindicatos pelo Estado, e criaram-se órgãos para arbitrar conflitos entre patrões e operários – as Juntas de Conciliação e Julgamento” (Fausto, 1995, p.335).

Com referência à Educação, as tentativas de reforma do ensino vieram da década de 1920, caracterizando-se, neste período, por iniciativas no nível dos estados, o que corresponderia aos moldes da República Federativa.

No Estado Novo, a Educação entrou também no compasso da visão centralizadora do Estado e criou o Ministério da Educação e Saúde, com vistas a implementar um sistema educativo e promover a Educação, mas tendo, como ponto de partida, o poder central e elitizado do país.

Francisco Campos assumiu o Ministério e, entre 1930 e 1932, realizou alterações significativas no setor da Educação, embora preocupando-se, essencialmente, com o ensino superior e secundário.

Gustavo Capanema, seu sucessor, permaneceu no cargo até 1945, estabelecendo currículos seriados, que dividiu o ensino em dois ciclos, tornou a frequência obrigatória e exigiu o diploma de nível secundário para o ingresso no ensino superior.

Com a sua implantação, o ensino secundário deixou de ser caracterizado como curso preparatório para o nível superior, e a reforma, elaborada por Francisco Campos, estruturou-o, objetivando uma educação profissionalizante, embora mais voltado ao interesse dos setores empresariais que aos grupos populares. Estabeleceu-se, então:

*“O ensino primário, com quatro ou cinco anos de duração, que se destinava a todas as crianças de 7 a 12 anos (Decreto-Lei 8.529 de 2 de janeiro de 1946). O ensino médio, para jovens de 12 anos ou mais, compreendia cinco ramos. O ensino secundário (Decreto-Lei 4.244 de 9 de abril de 1942) tinha por objetivo formar os*

*dirigentes, pelo próprio ensino ministrado e pela preparação para o superior. Os demais ramos do ensino médio tinham a finalidade de formar uma força de trabalho específica para os setores da produção e da burocracia; o ensino agrícola para o setor primário; o ensino industrial para o setor secundário; o ensino comercial para o setor terciário; o ensino normal para a formação de professores para o ensino primário. Cada ramo de ensino estava dividido em dois ciclos, o primeiro propedêutico ao segundo. O 1º Ciclo do ensino secundário, o ginásio, era propedêutico ao 2º Ciclo respectivo, o colégio, e também aos segundos ciclos dos demais ramos. O mesmo não se dava, entretanto, com os primeiros ciclos dos ramos profissionais, preparatórios apenas para seus segundos ciclos” (Manfredi, 2002, p.99).*

Cabe ressaltar que esta nomenclatura ainda permaneceu por um bom período de tempo, como uma das Técnicas de Enfermagem entrevistada, ao relatar sua experiência escolar, destaca:

*”Uma amiga me convidou para fazer o Técnico de Enfermagem, e eu não sabia de nada, porque pra mim Enfermeira era tudo uma coisa só [...] Eu não sabia que existia Técnico, Auxiliar, Atendente, nada disso [...] Era só alguém de branco e [...] O Propedêutico era um tipo de cursinho que tinha, lá em Casa Branca, só que era de graça, e a gente queria fazer porque para pagar um cursinho [...] A gente não tinha dinheiro [...] Então, a saída era o Propedêutico pra poder fazer uma faculdade. A maioria do pessoal, que fazia, acabava entrando em algum curso [...] Indo embora para outra cidade [...] E a gente também queria, mas aí a outra amiga acabou me chamando, e eu fui fazer o Técnico de Enfermagem [...]”(Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

O ensino profissionalizante, organizado e gerido pelos organismos sindicais patronais, constituiu o que se chamou, posteriormente, o “Sistema S”, como o Sistema Nacional da Indústria (SENAI), em 1942, e o Sistema Nacional do Comércio (SENAC), em 1943, que, a partir de 1964, com o regime militar em vigência, vive períodos de significativa expansão.

Em 1961, é promulgada a Lei 4024, denominada Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que garantia maior liberdade para a passagem entre os ciclos formadores do ensino profissionalizante e o secundário, que se efetivava no ciclo ginásial e colegial. Oficializava a educação profissional no país, com a abertura de novos cursos, a saber: formação de professores (denominado Curso

Normal), curso Técnico Industrial, Comercial e Agrícola e flexibilizava o acesso ao nível superior.

Em 1971, a Lei 5692, ainda nos governos militares, instituiu a “profissionalização universal e compulsória para o ensino secundário”, que estabelecia a reforma do ensino fundamental e médio, com a equiparação ao denominado curso secundário e técnico. Sem condições de se efetivar em sua universalidade, a referida Lei, em 1982, é substituída pela Lei 7044, que retomou a antiga distinção entre o ensino de formação geral (antes denominado básico) e o de formação profissionalizante.

Assim, retomou-se também o dualismo, que sempre rondou a Educação Profissional, a qual, na sua origem, favorecia a elite em detrimento da população e depois estabelecia a distinção trabalho manual e intelectual (este para brancos e aquele para negros e excluídos), impedindo a articulação sintonizada entre educação e formação profissionalizante para todos, universal.

Na década de 1990, novas demandas e necessidades vão aparecendo para expor as antigas estruturas e pressionar por mudanças, por novas formas de gerir e adequar a educação no país. Criou-se a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.396 de dezembro de 1996), que manteve, com o nome de ensino fundamental, um curso de oito anos, equivalente ao antigo primeiro grau, o ensino médio em três anos e a Educação Profissional com independência entre eles.

Em 1996, com a oficialização da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), estabeleceu-se novas funções relacionadas à formação e coordenação de processos de educação profissional decorrentes da Reforma Educacional do Ensino Técnico, no qual a educação profissional desvinculou-se da educação média, apesar de pressupor a conclusão deste nível educacional para ingressar na habilitação técnica.

A Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), trata, no Capítulo III e nos artigos 39 a 42, da educação profissional e define:

*“A educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva.  
Parágrafo Único: O aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental, médio e superior, bem como o trabalhador em geral, jovem ou adulto, contará com a possibilidade de acesso à educação profissional.*

Esta Lei estabeleceu que, para a educação profissional, o nível mínimo de escolarização passaria a ser o ensino fundamental completo, o que condiz com a exigência para o ingresso no curso de Auxiliar de Enfermagem, e o ensino médio completo para o ingresso na formação de Técnico de Enfermagem. Incentivou a abertura de novas escolas técnicas, principalmente no setor privado, e facilitou a qualificação de profissionais, que têm a educação como um atributo de habilitação no mercado de trabalho.

O Estado, mais uma vez, reiterou a sua posição de controle na combinação de formação e do credenciamento, garantindo critérios para o acesso exclusivo a determinadas posições no mercado de trabalho.

O desenho da profissão, então, vai se alterando com a mudança quantitativa dos profissionais, que investem em novos cursos e habilitações, que venham caracterizar a sua profissionalização, a sua competitividade, bem como o credenciamento conquistado por determinação legal. Conforme Segnini, “neste sentido, a educação, bem como a formação profissional, aparecem hoje como questões centrais, pois lhe são referidas funções essencialmente instrumentais, ou seja, como capazes de possibilitar a competitividade e intensificar a concorrência, adaptar trabalhadores às mudanças técnicas e minimizar os efeitos do desemprego” (Segnini, 1998, p.6).

Esta evolução levou à legitimação dos títulos escolares, tornando-os instrumentos na competição pelos empregos e pela melhoria na hierarquia ocupacional, elevando a Educação ao papel importante que lhe cabe na história da democratização da sociedade e do Estado.

A escola e a os saberes abriram um espaço de inserção político-social e cultural ao tornarem-se universal, deixando de lado interesses exclusivos em benefício dos “monopólios sociais” (Cardoso de Mello e Novais, 1998).

## **5.2 A profissão Enfermagem e a inserção no mercado de trabalho brasileiro**

A Constituição Federal de 1988 empreendeu uma reforma importante e abrangente na política de saúde, através do estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivos a garantia do acesso universal para todo o tipo de serviço médico, como um direito de todos, e a integração da assistência médica vinculada a uma rede única, criada pelos municípios.

O país avança rumo à organização da assistência em saúde, que significa o alcance de um grau civilizatório maior, ao estabelecer diretrizes e princípios, que se expressam no setor saúde, agora compreendido como uma dimensão social da cidadania.

Ainda que pesem alguns problemas para viabilizar esta implementação em sua amplitude, o SUS é uma realidade e uma construção permanente de esforços conjuntos de vários atores implicados com o trabalho em saúde. O setor saúde amplia a sua atuação e congrega um contingente significativo de pessoas, que se ocupam direta ou indiretamente em atividades de atenção e assistência, seja no setor privado, seja no público.

Para viabilizar a implementação de políticas públicas norteadoras do setor saúde, o mercado de trabalho brasileiro altera-se, gerando novos empregos: “a evolução da ocupação mostra que, entre 1992 e 1997, quase 300 mil ocupações foram criadas” (Dedecca, Proni, Moretto, 2001, p.180).

Frente a esses números, evidencia-se o papel social desempenhado pelas políticas públicas ao garantirem o atendimento à saúde e desencadearem novas oportunidades de ocupação profissional no mercado de trabalho nacional.

A Enfermagem, já reconhecida como profissão e com um campo de saber legitimado pela sua utilidade social, conquista um lugar privilegiado no cuidado em saúde destinado aos usuários. Estes, no uso legítimo do direito à saúde, constituem os destinatários do cuidado, com o qual esperam ser acolhidos nesse processo, pois são merecedores de “um momento em que se possa ‘escutá-los’ em suas manifestações-necessidades, que permita a expressão do que ‘deseja’ buscar; ao mesmo tempo, possibilite o início de um processo de vinculação-

resolução por meio de saberes individuais e coletivos, na busca efetiva de soluções em torno da defesa da sua vida” (Mehry, 2003, p.31).

O depoimento de um Técnico de Enfermagem configura os ideais de sua opção profissional, com o objetivo estabelecido de universalização da saúde:

*“Eu tenho uma profissão que eu posso ajudar as pessoas, aliviar um pouco dos seus problemas e eu tenho amigos [...] Colegas de trabalho, de profissão, que fazem e acreditam nisso [...] Apesar das safadezas [...] Eu acredito” (Mário, entrevista gravada em 14/02/2003).*

Em relação à distribuição geográfica dos profissionais da saúde por grandes regiões, pode-se notar que a maior concentração encontra-se na Região Sudeste, a qual contava, em 1992, com um total de 368.668 registrados, enquanto, em 1997, este total já contabilizava 405.605 pessoas. O estado de São Paulo e do Rio de Janeiro são os maiores detentores destes profissionais, o que se pode considerar resultado de um desenvolvimento econômico, de recursos e investimentos, bem como de um pioneirismo na instalação de cursos profissionalizantes (Dedecca, Proni, Moretto, 2001).

A formação em enfermagem, independentemente dos níveis estabelecidos de saber, parece ser uma das profissões com perspectivas de futuro frente a uma demanda que exige, atualmente, mais cuidados, diferentes modelos de assistência, melhor qualidade em saúde e vislumbra um maior e mais diversificado espaço de atuação em especialidades como atendimento pré-hospitalar - (APH), enfermagem do trabalho, auditorias em saúde e outros.

Conforme pesquisas sobre formação de recursos humanos na área da Saúde, extraídas do caderno PROHASA-FGV e publicadas na revista do COREN-SP, 2003, n.º 46, p.09, alguns dados demonstram e esclarecem esta expansão do setor de serviços em saúde, a saber:

*“Em 1983 existiram 83 cursos superiores de graduação em enfermagem no Brasil, dos quais 32 eram oferecidos no Estado de São Paulo. Atualmente, são 70 escolas só no Estado de São Paulo. Na área de cursos técnicos, os números são ainda mais expressivos: 532 escolas técnicas de enfermagem no referido Estado”.*

Ainda fundamentando-se nos dados do COREN-SP de 2003, sabe-se que, pela distribuição geográfica, das referidas escolas, 75,54% concentram-se no interior do Estado de São Paulo e 24,6% na capital, onde 20% do ensino ocorrem nas instituições públicas e 80% em instituições de iniciativa privada.

Um dos exemplos a serem citados é o Centro Educacional Paula Souza, que tem este nome em homenagem ao desempenho de um dos diretores do Serviço Sanitário Estadual, que, a partir de 1923, investe na reformulação e ampliação das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Este Centro Educacional possui uma rede de escolas técnicas mantidas pelo governo estadual, com mais de 40 escolas de enfermagem, das quais apenas uma unidade é localizada na capital e as outras, espalhadas pelo interior paulista.

A cidade de Americana também fundamenta os dados estatísticos apresentados na revista do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), pois conta com quatro escolas de enfermagem, todas da iniciativa privada, sendo três de educação profissionalizante para os cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem e uma de formação superior, com o curso de Enfermagem.

Esta pesquisa, segundo o Conselho Regional de Enfermagem, justifica-se, considerando que “os grandes centros do Estado parecem estar saturados e é difícil para o recém-formado de nível médio conseguir o primeiro emprego” (COREN, 2003, nº 46, p. 10).

Exceto o exemplo acima, os investimentos na formação dos profissionais em Enfermagem, seja de nível superior ou técnico, continuam concentrados na iniciativa privada, que investiu no desenvolvimento deste campo profissional via construção de hospitais e/ou instalação de escolas.

O número de Técnicos de Enfermagem é significativo, isto é, 31.148 profissionais cadastrados no Estado de São Paulo, sendo superado, numericamente, apenas pelo estado do Rio de Janeiro, que conta com 31.390 profissionais. Os outros estados brasileiros estão muito aquém destes números, pois o terceiro lugar fica para o Estado do Rio Grande do Sul, contando com 18.612 Técnicos de Enfermagem.

São Paulo mostra-se, assim, como o estado com maior número de Técnicos de Enfermagem do país, o que leva a relacionar que as reformas sanitárias, desencadeadas pela universalidade do direito à saúde, previstas na Constituição Federal em vigor e incorporadas pelo governo estadual, colocam-no em posição de destaque na capacitação e absorção de profissionais com melhor qualificação. É possível, então, fazer um paralelo com a sua atuação, quando, no início desta dissertação, abordou-se a Reforma Sanitária, que foi rapidamente implantada pelo estado de São Paulo em 1892, logo após a Constituição de 1891, com o intuito de formalizar a responsabilidade dos mesmos quanto à Saúde Pública.

A maior concentração destes profissionais nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro pode também ser analisada pelo número significativo de hospitais distribuídos nas capitais e interior dos referidos estados. São Paulo, incluindo a capital, conforme dados da Secretaria Estadual de Saúde (SES) referente a julho de 2003, possui 638 hospitais. Dentre este número, configuram também os hospitais especializados, assim classificados em função da sua maior resolutividade nos tratamentos, diagnóstico e assistência, que demandam maior absorção de profissionais de nível técnico.

Segundo a ocupação profissional, o grande peso recai sobre o pessoal da enfermagem, que agrega 62% do total dos profissionais da saúde, seguido, de longe, pelos médicos, com um percentual de 19,1%. Outra consideração a ser feita, nesta linha de análise, é que, “para cada médico trabalhando no setor público, no final de 1997, havia em torno de 1,8 pessoas trabalhando com enfermagem (incluindo aí os enfermeiros formados)” (Dedecca, Proni, Moretto, 2001, p.190).

Em se tratando do Hospital Municipal de Americana, local da pesquisa de campo, depara-se com uma situação bem diferente do que os números acima descritos apontam como sendo um retrato estatístico dos profissionais da saúde no Brasil. Em abril de 2004, o referido Hospital contava com 211 médicos e um número muito semelhante de profissionais da enfermagem. Isto é, 209, incluindo aí os 17 enfermeiros, 1 coordenador, 47 técnicos de enfermagem, 140 auxiliares e 4 atendentes em licença médica. Estatisticamente, pode-se dizer que existe 1 profissional de enfermagem para cada médico, que trabalha no interior do Hospital

Municipal de Americana e que, em referência à média nacional, conta-se com quase o dobro destes profissionais.

Em outra linha de análise, a revista, publicada pelo COREN-SP, nº 50, mar/abr de 2004, publica uma matéria intitulada “Quantos somos?”, na qual informa que, “Segundo o COFEN a enfermagem conta hoje (refere-se a 16/04/2004) com cerca de 725 mil profissionais, sendo 102.213 enfermeiros, 161.418 técnicos de enfermagem e 459.838 auxiliares de enfermagem.

Apesar da expressividade, há três vezes menos enfermeiros do que médicos no país. Em nações desenvolvidas, o contingente de enfermeiros é, em média, cinco vezes maior que o de médicos” (COREN-SP, 2004, p.10).

O Hospital Municipal de Americana, local da pesquisa de campo realizada nesta dissertação, apresenta uma situação diferente também em relação a esta outra análise, uma vez que a realidade deste campo não se assemelha nem ao levantamento feito pelo órgão de classe da enfermagem no tocante à informação de que “há três vezes menos enfermeiros do que médicos no país”, nem mesmo à outra comparação feita com outros países desenvolvidos, onde a referida revista registra a inferioridade numérica dos médicos em relação ao número expressivo de enfermeiros.

Outro dado estatístico, que merece ser salientado, é o que se refere à distribuição das ocupações do setor saúde, segundo o gênero, e que se destaca em algumas categorias profissionais: “uma esmagadora presença feminina, como no caso de enfermeiras, de auxiliares de enfermagem, de psicólogas, de assistentes sociais e de nutricionistas, tanto no setor público como no privado, com participações sempre próximas ou superiores a 90%” (Dedecca, Proni, Moretto, 2001, p.19)

A situação diferenciada encontrada em Americana – SP, especificamente no Hospital Municipal, local da pesquisa, parece refletir as diferentes trajetórias pessoais e familiares descritas pelos oito entrevistados que, ao relatarem o passado, trazem para o presente aspectos importantes de suas vidas profissionais imbuídas de valores, gostos, estilos de vida, julgamentos, que lhes permitem criar estratégias individuais e coletivas.

Americana, uma cidade do interior do estado de São Paulo e o Hospital Municipal selecionado, expressam um espaço social diferenciado resultante dos

antagonismos individuais e interesses grupais em constantes tensões, que, como “estruturas de diferenças que não podemos compreender verdadeiramente a não ser construindo o princípio gerador que funda essas diferenças na objetividade” (Bourdieu, 1996, p.50).

O depoimento abaixo reflete as tensões e as lutas travadas no interior de um campo social que também é profissional e onde se apresentam interesses diversos:

*“Hoje, é a minha vida profissional que me interessa, o conhecimento, cada vez aprendendo mais [...] Eu estou satisfeito na área, só não vou falar pra você que é 100% da maneira que eu entrei [...] Não é a mesma intensidade com que eu trabalho porque a gente vai vendo coisas e vai conhecendo pessoas [...] Vendo métodos, técnicas, médicos, colegas de trabalho e [...] Bom, hoje eu posso falar para você que eu estou com 70% da minha carga de satisfação e [...] 30% é de total rejeição, sabe [...]” (Marcos, entrevista gravada em 18/01/2003).*

Princípios diferenciados que, conforme Bourdieu, se fundamentam em uma dinâmica de conservação e de transformação das estruturas de poder que ora dominam ora são dominadas. Refletem assim um espaço social mais globalizado com enfrentamentos coletivos entre os agentes das instituições pertinentes como o COREN e sua jurisdição, os agentes públicos municipais responsáveis pela administração hospitalar, a força e a luta dos grupos profissionais que ali se relacionam, se enfrentam com meios e fins diferenciados nos variados momentos históricos.

O Hospital Municipal e o COREN, em diferentes posições e interesses, conseguiram delinear um campo social de relações e um espaço profissional singularizado em relação à média do país quando disposições e interesses afins se reconheceram em um mesmo campo de ação.

Assim, “as forças envolvidas nessas lutas e a orientação conservadora, transformadora ou subversiva, que lhes é dada, dependem da ‘taxa de câmbio’ entre os tipos de capital, isto é, daquilo mesmo que estas lutas visam conservar ou transformar” (Bourdieu, 1996, p.52).

A trajetória profissional aqui presente tem a escola como um ponto comum entre todos onde, ao se buscar uma instituição educacional que lhes proporcione uma formação legitimada, manifesta-se o “capital cultural” transmitido pela família.

Esta se configura como a base das estratégias de ação onde pais e filhos reproduzem práticas de caráter econômicas e educacionais moldadas pelas estruturas sociais que as desencadearam e que fundamentam os diferentes caminhos escolhidos e/ou percorridos (Bourdieu, 2003).

Os relatos denotam a configuração de um “senso prático”, como descrito por Bourdieu, ou seja, “de um sistema adquirido de preferências, principalmente de visão e divisão” que não se resume em uma “aptidão natural”, mas sim social e que é por esta razão, alterada através do tempo, do lugar, das escolhas e das relações que se estabelecem durante a trajetória pessoal e profissional.

Assim, a opção profissional não aparece, conforme o relato dos entrevistados, como uma escolha, mas sim delineada por diferentes interferências externas, como por exemplo, a perda do emprego e a necessidade premente de se colocar novamente no mercado de trabalho.

*“Eu já tinha conhecido o trabalho no Hospital e agora que estava desempregado e a minha mulher já trabalhava em hospital [...] Então ela falou: “Vai fazer o curso de Enfermagem..”. Ela só deu uma opinião porque ela não conhecia o curso [...] Ela não fez o Técnico [...] Então era muito pouco o pessoal que trabalhava na Enfermagem, tinha chance, mas hoje [...] Tá uma corrida danada [...] Eu fui fazer [...] Foi difícil, mas deu [...]” (Mário, entrevista gravada em 14/02/2003).*

*“Fiquei algum tempo parado, mas [...] Eu tinha um tio lá que era administrador do posto de saúde e falou: “ Eu vou colocar você e, como ele era provedor da Santa Casa também, ele colocou eu pra trabalhar de Escriturário. Era pra atender balcão, fazer assim uma pré-consulta do pessoal que vinha do Posto de Saúde [...] Isso tudo durou só uns três meses e daí já precisou na Enfermagem só que eu tinha medo [...] Se chegasse alguém passando mal perto de mim eu passava mal junto, se chegasse alguém ensangüentado por algum tipo de acidente ou caseiro eu saía correndo [...] Só que algumas vezes, sabe, não dava tempo porque eu tava assim tão atarefado que eu dava de frente com a pessoa e [...] Não tinha jeito [...] Então, aquilo foi me fortalecendo e aí [...] Eu fiz um curso com o próprio pessoal que tava lá, peguei um certificado e boa [...] Estou até hoje [...]”. (Valmir, entrevista gravada em 22/01/2003).*

Portanto, como as profissões são aqui definidas como “constructos sociais”, julga-se oportuno considerar, pelos relatos acima, que também as opções e trajetórias profissionais são desenhadas por interferências externas e relacionais

onde “as nossas categorias de juízo e ação, vindas da sociedade, são partilhadas por todos aqueles que foram submetidos a condições e condicionamentos sociais” (Bourdieu, p.36-7, 2003).

## 6. CAPÍTULO IV

### Técnicos de Enfermagem: formação e trabalho profissional

O objetivo deste capítulo é analisar “o esquema das relações dinâmicas entre trajetórias biográficas e ações coletivas, colocadas em situação e práticas concretas, redundando em um tipo de neo interacionismo privilegiando para compreendê-la ou “desmontá-la”, a dinâmica do reconhecimento profissional, individual e coletivo das atividades de trabalho [...]” (Abbott (1988) citado por Tripier, Dubar, 1998, p. 137)<sup>17</sup>

Recuperando esta dimensão proposta por Abbott são analisados relatos de trajetórias biográficas para compreender como estes profissionais se colocam, inserem, integram ou não o coletivo de uma profissão.

#### 6.1 Formação e inserção na Profissão

A função de Técnico de Enfermagem é criada por iniciativa dos Enfermeiros, como uma subdivisão interna da profissão que se estabeleceu pelo aval do Estado, a partir de 1986, e se fundamentou na qualificação licenciada por uma instituição educacional.

Auxiliares de Enfermagem e Atendentes buscaram no credenciamento educacional a qualificação e habilitação que os legalizariam na profissão.

Os que não estavam empregados no serviço de saúde, ao tomarem conhecimento da Lei 7498/86, iniciaram sua qualificação buscando as escolas oficiais autorizadas nesta formação.

---

<sup>17</sup>“Le schème de relations dynamiques entre trajectoires biographiques collectives, mises en situation et pratiquesconcretes, on aboutit à une de neo-iterractionnnisme, privilégiant les conjunctures contiingents. Toutes ces theorizations concernent, pour la comprendre ou la ‘d’monter’, la dynamiques de reconnaissance, individuelle et collective, des activités de travail [...]”

A profissão se transforma com o estabelecimento de um estatuto referendado pelo poder do Estado que estrutura os saberes e fazeres, legitima um monopólio de atuação e credencia seus profissionais por meio da Educação Profissional.

Cada trajetória biográfica inscreve uma forma de inserção na profissão. Os que entraram na profissão antes da oficialização da LDB, em 1996, relatam as dificuldades enfrentadas em trabalhar e freqüentar um curso profissionalizante de três anos de duração, mas ao mesmo tempo, maior facilidade para ascender no mercado de trabalho.

*“Ah! Depois que o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) começou com aquele negócio de exigir o curso e quando você terminava um (refere-se à primeira etapa de formação em nível de Auxiliar de Enfermagem) e logo ia fazer o Técnico, eu fiquei naquela dúvida: faço o Auxiliar primeiro ou já faço o Técnico direto e [...] Como eu já tinha colegial e faculdade, fiquei sabendo que em Santa Bárbara tinha um curso de Técnico de três anos e aí eu fui. Fui lá, fiz um vestibularzinho e passei. Eu e mais outros colegas da área que trabalhamos juntos e fomos lá pro Emílio Romi (refere-se ao nome da escola profissionalizante) e encaramos três anos puxados [...] Eu estava trabalhando nos dois empregos e no curso a noite [...] Eu trabalhava MUITO no período da manhã [...] Eu já saía de manhã cansado e vinha pra cá (refere-se ao hospital privado) [...] Às vezes era calmo, mas aí juntava o cansaço e acumulava muito [...] Depois já saía daqui e ia pra escola direto e ia chegar em casa às onze e meia e no outro dia [...] Às cinco horas acordava de novo [...]” (Valmir, entrevista gravada em 22/01/2003).*

As entrevistas abaixo acrescentam, às exigências acima descritas, as dificuldades para conciliar os papéis atribuídos às mulheres (cuidar de filhos, lavar, cozinhar), o trabalho profissional e a nova exigência de escolarização.

*[...] “Estava trabalhando no hospital e os meus filhos estavam crescendo, mas a gente brigava muito (refere-se ao primeiro marido). E eu pensei: Não! Agora que eu estou no hospital vou começar a estudar. O horário estava muito ruim porque eu saía as cinco horas do hospital, mas pegava o ônibus às seis e eu tinha que ir pra casa correndo, fazer jantar e sair correndo para pegar o ônibus às seis [...] Às vezes, não dava tempo pra tomar banho e não dava tempo de nada [...] Não dava tempo de olhar as crianças, de nada. E no primeiro ano (refere-se ao primeiro ano do curso de Auxiliar de Enfermagem) eu fui até a metade do ano, assim: pagava a escola com muito sacrifício [...]. Era muito difícil*

*porque eu ia dormir meia noite e meia, uma hora e levantava às quatro horas da manhã para fazer almoço pra ele e pras crianças, roupa, lanche e depois dormia um pouco até as seis, seis e meia e aí levantava pra trabalhar. Foi muito difícil [...] No começo ele estava ajudando, mas depois ele não ajudava mais e por exemplo, a tarde quando eu deixava o arroz no fogo eu falava: Olha o arroz que eu vou pegar o ônibus senão vou perder e aí ele começou a falar: Ah! Hoje eu não posso [...] Ah! Olha as crianças [...]. Ah! Hoje eu não posso, tenho compromisso, dizia ele e aí então eu tive que parar de estudar. Aí parei [...]" (Marta, entrevista gravada em 14/01/2003).*

A entrada no mercado de trabalho é relatada por uma Técnica de Enfermagem que vivencia os contratos irregulares e os desmandos decorrentes das relações de poder onde “as novas formas “particulares” de emprego se parecem mais com as antigas formas de contratação, quando o *status* do trabalhador se diluía diante das pressões do trabalho” (Castel, 1998, p.517).

*“Eu terminei o meu curso e eu já estava trabalhando e [...] Comecei a trabalhar lá no Hospital de Santa Bárbara (referindo-se ao hospital público da referida cidade, vizinha à cidade de Americana) tinha dezessete anos e estava no segundo ano de Técnico de Enfermagem, sem registro, sem nada [...] Trabalhei também na UNIMED (referindo-se ao hospital privado que tem tanto na cidade de Santa Bárbara quanto em Americana), por três meses na UNIMED de 98 pra 99 e [...] Me dispensaram na experiência (referindo-se ao período de 90 dias previsto pela CLT como período probatório) sem me explicar muito bem o porque. Disseram que precisavam de alguém que já tivesse experiência em berçário e [...] eu nunca tinha trabalhado em berçário. Só que eu fui a quarta (refere-se ao número anterior de funcionárias contratadas) a acontecer isso na mesma vaga. Era três meses de trabalho e aí dispensavam e pegavam outra [...] Até a chegada da fiscalização do COREN [...] Aí eles pegaram uma funcionária e ficaram com ela porque ela era conhecida da doutora que tinha se tornado chefe do setor e está lá até hoje [...] É difícil o início na profissão [...]" (Renata, entrevista gravada em 08.02.2003).*

Pelos depoimentos abaixo verifica-se que os profissionais que vivenciaram a inserção no mercado de trabalho, no final da década de 80 e início da década de 90, relatam situações de valorização de sua qualificação pelo mercado de trabalho.

*“Eu comecei no Centro Médico e já fui como se fosse funcionário e não só um aluno, um estagiário [...] Eu cheguei sem medo porque eu me lembrava de ter visto meu pai aplicar injeção nos vizinhos e que ele esterilizava as agulhas e tudo [...] Eu cheguei e fui trabalhando tanto que a turma que já tava lá achava que eu tinha experiência, mas [...] Que nada [...] Eu fazia e ficava firme [...] Sem medo [...] Aí quando eu terminei o estágio a gente já sabia bastante coisa porque foi feito estágio no hospital, em clínica, laboratório [...] Aí eu tirei umas férias porque da minha classe eu fui o primeiro que terminou o estágio [...] Os outros terminaram bem depois [...] E aí aqui no Municipal (refere-se ao Hospital público de Americana) tinha um médico que me convidou pra vir trabalhar na UTI e como ainda não tava tudo pronto eu fiquei um tempo na Maternidade [...] Só um tempinho porque aqui já vai fazer nove anos que trabalho nesta UTI [...]” (Mário, entrevista gravada em 14/02/2003).*

*“Eu fiz o curso de Atendente e, na época, estava trabalhando numa confecção fazia pouco tempo. Aí, eu mandei um Curriculum para uma colega que trabalhava na Clínica (refere-se a um hospital privado) e ela falou que estavam precisando na Enfermagem. Eu não tinha telefone, naquela época, e era mais difícil [...] Me acharam no Jardim Ipiranga (refere-se a um dos bairros da cidade de Americana) porque a gente morava neste bairro e vieram me chamar em casa [...] Naquela época era muito difícil (refere-se à pequena oferta de profissionais) e a ambulância até ia atrás [...] Ia na casa te chamar para você dar plantão. Fiquei oito meses lá e fui levar um Curriculum no Hospital São Francisco (refere-se a um hospital privado de Americana) porque ganhava o dobro lá. Fui aceita e aí eu pedi para ser mandada embora ou eu pedi a conta, uma coisa assim. Eu fui pro São Francisco trabalhando como Atendente [...] Fiquei cinco anos e aí eu prestei concurso aqui no Municipal [...] Estou até hoje [...]” (Suelen, entrevista gravada em 25/01/2003).*

## **6.2 Família e Escolarização**

O reconhecimento social da infância e da adolescência, na sociedade europeia, iniciou-se apenas no século XV, no quadro de uma economia mercantil em fase de expansão onde cada um deveria participar de um processo aberto de troca de bens como a compra e venda da força de trabalho. Conforma-se, neste período, o estabelecimento dos limites entre o familiar e o social (Ariès, 1981).

A família, antes fundamentada sobre a autoridade paterna, numa noção ampliada de linhagem e no dever de conservação do patrimônio, começa então,

sobretudo no território social da burguesia, a ceder rapidamente o lugar à família conjugal, dentro do qual a criança e o jovem adquiriam uma importância enquanto membros constituintes e merecedores de valorização.

Desenvolve-se também, neste período de crescimento demográfico e de concentração urbana, a idéia de privacidade, o “sentimento da casa” que, inicialmente restrito à burguesia em emergência, logo se configura como o sentimento familiar que se estende também ao proletariado persistindo até os dias atuais.

A vida social deixa de ser extensiva aos burgos e inicia uma gradativa polarização em torno da família nuclear onde o espaço e as funções domésticas diferenciam-se dos espaços do comércio e das oficinas de ofício, onde as mulheres e crianças ocupam-se integralmente da vida familiar e das atividades domésticas (Áriès, 1981).

A educação, em um crescente fortalecimento, atravessará todo o século XIX criando as condições para uma formação profissional valorizada e integradora. Esta amplia-se gradativamente, tanto em termos de anos de estudos quanto à sua extensão ao trabalho e profissionalização. É a partir do século XV, na Europa, que a escola passa a ser utilizada para a educação de crianças, envolvendo tanto a difusão dos saberes ligados à alfabetização, numa cultura que deixava rapidamente de ser dominada pelo oral para ser predominantemente escrita; quanto a transmissão de uma série de normas ligadas ao uso do corpo, o asseio, a higiene (Carvalho, 1999).

Surge assim a forma escolar como a conhecemos na atualidade, uma instituição responsável pela formação das novas gerações com métodos racionais, organizada e sistematizada tendo a frente educadores revestidos nos papéis sociais de transmissores do conhecimento, os professores.

A escola passa, gradativamente a assumir a transmissão de saberes antes alocados nos espaços domésticos, pelas mães e/ou mulheres, para ir se tornando uma instituição intermediária entre a família – denominada “sociedade doméstica” – para a responsabilidade do Estado – denominada como “sociedade pública” – responsável pela disciplina, por uma moral impessoal:

*“A disciplina familiar tenderia a adaptar a criança às particularidades de sua família e das poucas pessoas que compõem esse grupo, impedindo-a até mesmo de desenvolver suas características pessoais. À escola caberia o papel de, através de relações e regras impessoais, libertar a criança dessa dependência” (Carvalho, 1999, p.82).*

Desta forma, a escola passa a assumir um papel de relevância na educação de crianças e jovens contando com o apoio incondicional da família que reconhece, nesta instituição, um espaço de socialização, disciplina e transmissão de saberes necessários à integração na sociedade. O depoimento de um Técnico de Enfermagem, oriundo da zona rural nordestina, fala sobre o investimento educativo feito pelos pais, no âmbito doméstico.

*“Eu era pequeno e na escola não ia também porque era muito longe, então [...] Não tinha escola por lá [...] Nem na cidade não tinha escola [...] Eu nunca tive conhecimento de que tinha escola por lá para aprender [...] Às vezes, o pai ensinava alguma coisa, a mãe [...] Era assim por lá [...] Não tinha esse negócio de escola como aqui. Aí o meu pai conseguiu comprar um sítio pequeno, mas que deu pra mexer nele por um tempo. E aí começou o pesadelo de ter que ir pra escola. Eu andava de três a quatro quilômetros a pé pra chegar na cidade com aquele sol quente [...]. Ia fazer o primeiro, o segundo ano porque era tudo junto, tudo na mesma classe [...]” (Mário, entrevista gravada em 14/02/2003).*

Assim, a família vai se moldando no contexto das fronteiras entre o público e o privado como uma instituição historicamente condicionada. Cria uma dinâmica relacional entre seus membros onde são realizados os investimentos educativos que transmitem para a criança e os jovens um determinado *quantum* de capital cultural concomitante ao processo de socialização, que inclui saberes, valores, práticas, expectativas quanto ao futuro profissional de seus membros, a adaptação ou não aos modelos determinantes e vigentes da sociedade. (Bourdieu, 1983).

A família, para Bourdieu, é responsável pela formação inicial do caráter socialmente condicionado das atitudes e comportamentos manifestos, onde o indivíduo é considerado “um ator socialmente configurado em seus mínimos detalhes”. Acontece, no interior do convívio familiar, a incorporação de gostos, desde os mais íntimos aos mais comuns, as preferências, aptidões, posturas

corporais, entre outros, que passaria a conduzir os seus membros ao longo do tempo e nos mais variados campos de ações e decisões.

Marcos, um dos entrevistados fala sobre a transmissão de valores educativos que a família, apesar da desigualdade de formação entre ele e seus pais, incentivava a escolarização e se esforçava para conseguir sozinho sustentá-la. Depreendia assim, um maior esforço com vistas a criar e manter as condições favoráveis à ascensão social dos filhos e ao considerar a educação como um investimento, possibilidade de mobilidade social como um projeto de futuro. Tal disposição familiar é denominada de “ascetismo” onde Bourdieu definiria como um “rigorismo ascético” a disposição dos pais em se sacrificarem (emprego, renúncia à compra de bens materiais, entre outros) para garantir e exigir dos filhos uma dedicação contínua e extensiva à formação.(Bourdieu, 1983).

*“A escolaridade tudo bem [...] Eles achavam que eu devia estudar e eu tinha apoio sim. Devia estudar até o momento em que eu me casasse e constituísse família [...] Até o momento em que eu cheguei no colegial e pro meu pai era suficiente fazer isso [...] Parar por aí [...] Podia arrumar qualquer coisa [...] trabalhar. Eu tinha que saber ler e escrever e [...] E fazer datilografia também o que hoje é uma coisa bizarra, não acha?”  
(Marcos, entrevista gravada em 18/01/2003).*

Ao se integrar em um contexto sócio-econômico e cultural a família, os membros e/ou um grupo de pessoas se comportam e fazem escolhas pertinentes ao espaço social de inserção que correspondem aos “estilos de vida”, aos sistemas de diferenciação que “são a retradução simbólica de diferenças objetivamente inscritas nas condições de existência” (Bourdieu, 1983, p.82).

Com mudanças nos estilos de vida e condições sócio-econômicas das famílias, o sistema de disposições transmitido aos seus membros também se alteram, pois este é um processo dinâmico e não pré-definido. A transmissão cultural pela família não se caracteriza por normas rígidas e detalhadas de ação, mas por princípios e vivências de orientação, de modelos, de modo de vida que o indivíduo vai adaptando às mais variadas circunstâncias e em diferentes realidades sociais.

Crescendo a distância em relação às necessidades básicas para a sua sobrevivência, a família vai adquirindo um estilo de vida característico deste

núcleo que denota as preferências, orienta e organiza as práticas mais diversas, que vai desde a escolha de uma roupa, religião, opções de lazer até mesmo os determinantes da escolha profissional.

*“Em Santo André a gente tinha uma vida boa porque a gente foi criada na Igreja Adventista, então, todo mundo é evangélico lá em casa [...] Somos em cinco irmãos e só um irmão, só ele de homem e quatro mulheres (faz uma pequena pausa) É um relacionamento muito bom, nada de briga, nada de violência porque a minha mãe sempre [...] Meu pai nunca foi agressivo, nunca bebeu, nunca fumou, nunca jogou então, era só pra cuidar dos filhos mesmo [...] Aí eu reprovei a sexta série duas vezes. O meu pai falou: “Não, desta vez eu vou tirar você da escola [...] depois, você volta, se você der valor”. (Suelen, entrevista gravada em 25.01.2003).*

O investimento da família para com o “capital cultural” de seus membros, pode existir sob três formas, definidos por Bourdieu como: “estado incorporado, estado objetivado e estado institucionalizado” (Bourdieu, 2000, p).

O “estado incorporado” se dá pela transmissão do “capital cultural” por meio da família, de modo lento e contínuo, constituindo-se em um investimento de longo prazo, que nem sempre é percebido como tal pelas crianças e jovens pois “ a acumulação de capital cultural exige uma *incorporação* que, enquanto pressupõe um trabalho de inculcação e de assimilação, *custa tempo* que deve ser investido pessoalmente pelo investidor” (Bourdieu, 2000, 73).

Uma Técnica de Enfermagem relata as dificuldades que provocou à família por um determinado período, por não se identificar com a mudança de escola:

*“Bom, eu fui pra escola, como todo mundo, e a partir do terceiro ano eu já não estudava na cidade (refere-se à escola localizada na área central da cidade) e, a gente ia pro bairro que ficava um pouco mais longe e foi aí que eu comecei a dar trabalho, porque era aí que eu fugia da escola, eu não queria ir sabe? [...] Quer dizer, eu gostava de ir, mas não gostava de entrar na sala de aula, isso não [...] Eu queria mesmo era passear (e sorri com muita expansividade como que lembrando aquela situação) Eu queria estar junto com a meninada (volta a sorrir muito) Gostava do recreio, de tudo, mas [...] Da sala de aula não [...] Não tinha jeito [...] Não dava.. Eu fugia [...] Aí, no outro dia, os meus pais estavam sendo chamado na escola e aí, como sempre, era aquela surra [...] Apanhava, apanhava e [...] No outro dia fazia de novo, não adiantava [...] Porque eu sempre dei trabalho mesmo [...] A minha mãe já estava cansada de ser chamada na escola, coitada*

*(volta a sorrir com expansividade), mas [...] Apesar de sempre fazer essas artes, eu nunca fui assim [...] Eu nunca tirava nota vermelha [...] Até que, quando eu ia, eu copiava a matéria e até que tirava nota [...] Só que não era a MELHOR da sala, (ênfase dada pelo tom de voz da entrevistada) mas também não era das piores [...] Minha mãe só era chamada na escola pelas artes que eu aprontava, mas nota não [...] Isso não [...]” (Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

O depoimento abaixo, um Técnico de Enfermagem, ressalta a importância do “capital cultural” transmitido pela família onde o mesmo vai moldando e recriando em sua trajetória pessoal, mas não deixa de manifestar o estado adquirido e firmemente estabelecido em sua escolha profissional.

*“Eu sempre sonhava em fazer faculdade, fazer alguma coisa na saúde, na área da saúde [...] Não sei porque, talvez por influência da minha avó, minha avó sempre falava que cuidar das pessoas é bom, é algo que, pelo que ela me passava [...] Eu ia me sentir muito bem fazendo isso, porque ela achava bonito e eu ia ser importante [...]” (Renata, entrevista gravada em 08/02/2003”.*

A prática do cotidiano também reflete o “capital cultural” nos diferentes domínios do consumo (lazer, religião, vestuário, entre outros) bem como nas escolhas matrimoniais e profissionais.

A profissão, uma vez escolhida, passa a configurar no presente e chega a extrapolar a prática profissional para se misturar com a vida privada, pois a distinção é uma linha muito tênue entre o fazer profissional e pessoal. Os novos saberes, as novas disposições socialmente adquiridas somam-se, acumulam-se nas pessoas de modo a delinear o seu pensar, sentir e agir de determinados modos, orientando as suas respostas às diferentes solicitações sociais.

O relato abaixo de uma das entrevistadas demonstra a assimilação de práticas adquiridas no seu fazer profissional e aplicadas na sua vida pessoal.

*“Eu olhava pro meu filho e falava assim: Gente eu não sei sentir amor [...] Eu amo ele porque ele é meu filho [...] É lógico isso [...] Mas eu não sei conversar com ele [...] Eu não sei ficar fazendo carinho [...] Eu não sei ficar em cima dele trocando e arrumando [...] Eu tratava ele assim como se fosse a minha profissão [...] Tal hora tem que carimbar cartão, tem que entrar, tem que trocar o*

*paciente, então [...] Vamos trocar o paciente [...] Eu tenho que dá comida? Vamos dar comida [...] Então era uma coisa assim [...] Uma mistura [...] Uma confusão na minha cabeça [...] (Suelen, entrevista gravada em 25.01.2003).*

Já o “estado objetivado” se manifesta em relação ao que foi apropriado pelos membros após as etapas de incorporação frente ao montante de capital cultural repassado na e pelas relações familiares. Este pode ser objetivado por intermédio de bens materiais ou simbólicos ou mesmo pela integração entre os dois meios para se materializar os valores assimilados.

Um Técnico de Enfermagem ao descrever as dificuldades enfrentadas para se qualificar e pagar os seus estudos ressalta o valor da escolarização que recebeu da sua família e a articulação do capital cultural e econômico.

*“Eu fui fazer Enfermagem, estudar e ter uma profissão, mas eu não tinha emprego mais porque eu fiquei três anos afastado cuidando do meu pai e ninguém queria um profissional totalmente desatualizado [...] Foi barra porque eu tinha que pagar o curso e [...] o curso [...] não esperava (refere-se à mensalidade) e eu acabei [...] tendo que me prostituir pra acabar esse curso (faz uma pausa rápida e olha em direção ao gravador), eu precisava de dinheiro e [...] Eu acabei, paguei todo esse curso (refere-se ao curso de Auxiliar e Técnico de Enfermagem que se constitui de três semestres) e prometi pra mim mesmo: A partir do momento que eu tinha o meu certificado de [...] de profissional da saúde eu jamais voltaria à vida que eu tinha feito (faz uma nova pausa). Hoje o que eu faço é trabalhar, cuidar da minha casa e eu pretendo ter meu carro daqui um mês ou dois, no máximo [...]” (Marcos, entrevista gravada em 18/01/2003).*

Denota-se o peso da instituição escolar na vida das pessoas bem como os efeitos de mudança que provocam nas posições e no delineamento de um futuro profissional. Tal legado de valores parece, na maioria das vezes, estar estreitamente ligado à adaptação e inserção social dos que, direta ou indiretamente, receberam e assimilaram esta herança cultural.

Tal legado se caracteriza pelo reconhecimento da legitimidade da educação e de uma melhor formação, o que justifica e desencadeia um esforço sistemático para adquiri-la e efetivá-la.

A outra forma de transmissão se dá por meio do “estado institucionalizado” que Bourdieu retrata sob a forma de certificado ou diploma expedido por uma

instituição escolar. Denomina “estado institucionalizado” porque o mesmo constitui a certidão de um saber cultural, conferindo ao seu portador um valor convencional, juridicamente garantido, legitimando sua cultura e seu valor onde “cada família transmite a seus filhos, um certo “capital cultural” e um certo *ethos*, isto é, um sistema de valores implícitos e profundamente interiorizados que contribui para definir, entre outras coisas, as atitudes face ao capital cultural e à instituição escolar (Bourdieu, 2000, p. 42).

A família dissemina seus valores entre todos os membros onde, estes se unem e fortalecem a rede de relações para fortalecer e mobilizar reforços na defesa do capital cultural que possui ou mesmo em defesa daqueles a quem está ligado. Uma Técnica de Enfermagem descreve o incentivo recebido do irmão para fazer valer a sua qualificação frente ao mercado de trabalho.

*“Em 88/89, não lembro mais, eu passei no concurso do Hospital Municipal como Técnica de Enfermagem, mas eu gostava tanto do São Francisco (refere-se ao hospital privado) e do pessoal que eu não me importava de ficar lá como Atendente mesmo [...] E quando eu cheguei na minha casa, eu contei pro meu irmão que não ia aceitar a vaga, ele falou: “Você vai sim [...] Você tem que ir [...] Você fez três anos de estudo para que? Para ficar lá ganhando a mesma coisa que as outras e até menos, registrada como Atendente?” Aí eu vim [...] Fiz a entrevista, mas eu não queria sair de lá não, e saí [...]” (Renata, entrevista gravada em 08/02/2003).*

O capital cultural desencadeia situações de privilégio cultural nem sempre percebidas ou assimiladas como tal pelos seus detentores. O “estado institucionalizado” da herança cultural podem resultar nas perspectivas profissionais.

As atitudes da família em relação à escola ou à escolarização, às vezes compreendida como sendo “a vontade dos pais”, se manifestam pelas orientações transmitidas no interior do núcleo familiar, nas verbalizações freqüentemente emitidas no convívio familiar e sustentadas por um “senso prático”, movidos por uma antecipação, uma vez que nem sempre os pais possuem a mesma formação educacional que proporciona aos filhos. Este se estrutura como:

*“Um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão (o que comumente chamamos de gosto), de estruturas cognitivas duradouras (que são essencialmente produto de incorporação de estruturas objetivas) e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada. O habitus é essa espécie de senso prático do que se deve fazer em dada situação [...]” (Bourdieu, 2003, p. 43).*

As famílias interferem no delineamento futuro de seus membros por meio da transmissão doméstica do capital cultural às vezes de maneira sutil como a esperança de um maior êxito ou mesmo de forma determinada e determinante o que pode suscitar contradições e conflitos no ambiente familiar.

Uma Técnica, ao contar como se deu a sua escolha profissional, evidencia os conflitos advindos de uma posição mais firme de seu pai e a profissão da mãe.

*“Bom, eu sou a filha caçula [...] Somos em três irmãos. Tenho uma irmã de 27 anos e meu irmão tem 25 anos. Moro com a minha mãe, com meu pai, tenho um filho de 2 anos e meio que vai fazer dois anos e meio amanhã. Minha mãe tem 53 anos e trabalha na área da Enfermagem também, é Auxiliar. Meu pai está aposentado, ele sempre trabalhou em fábrica têxtil, meu irmão trabalhou com meu pai em tecelagem e minha irmã também. Quando eu procurei a área de enfermagem o meu pai não aceitava [...] Porque meu pai já casou com a minha mãe sabendo que ela era dessa área, mas pra ele enfermeira não presta e, quando eu fui procurar [...] Nossa! Pra ele era a morte [...] Eu fui mesmo assim. Ele queria que eu fizesse Técnico Têxtil, igual a minha irmã, mas eu falei que não [...] Porque eu sempre fui de bater boca e falar: “Eu não quero! Não, eu não vou fazer assim, vou fazer de outro jeito e ele não gostou, tanto é que daí o nosso relacionamento não ficou muito legal e [...] Sabe, qualquer coisinha, ele já jogava na minha cara que eu não prestava e coisas assim [...]”(Renata, entrevista gravada em 08/02/2003).*

O outro depoimento registra o reconhecimento de uma Técnica de Enfermagem pelo valor da escolarização, que foi fruto de uma herança cultural transmitida e sustentada pela família, encorajando e enaltecendo o esforço escolar de seu filho como uma via de ascensão social e de um futuro melhor conquistado na e pela escolarização.

*“Eu quero estudar para ensinar o meu filho a estar sempre ocupado, nunca com a mente vazia como o pai.. Eu tenho que*

*fazer uma faculdade [...] Tudo bem que eu estou com os meus trinta e seis aninhos, mas até os meus quarenta e dois anos, quarenta e três eu termino e [...] Eu vou estar jovem ainda para dar um bom exemplo para ele [...] O meu sonho é estudar porque o estudo é a minha única esperança de ver a minha vida melhorar [...] E ela já melhorou muito com os meus estudos e eu vou continuar [...] pode escrever isso [...] É o futuro pra mim e pro meu filho [...]" (SU, entrevista gravada em 25/01/2003).*

Portanto, o “capital cultural” não se configura como uma réplica de uma única estrutura social, na medida em que é um conjunto dinâmico de disposições sobrepostas ou constringedoras que grava, acumula nos indivíduos e que passaria a conduzi-los, em suas diferentes trajetórias, ao longo do tempo e nos mais variados ambientes de ação. (Bourdieu, 2003).

### **6.3 O CUIDADO**

O interesse por um maior conhecimento sobre o cuidado remonta a um motivo anterior que levou esta pesquisadora a delinear este objeto de pesquisa. A profissão Enfermagem é também conhecida como “a ciência do cuidado”, se estabeleceu no campo profissional através do cuidar, portanto, o cuidado, suas aplicações e implicações tornam-se complementares e articulados com as questões que permeiam esta dissertação desde a sua origem.

Por que esta profissão comporta um número significativo de mulheres? Há alguma aproximação com suas histórias de vida e as relações sociais? O cuidado é só o fazer da profissão ou é o elo de identificação e atração das mulheres para o exercício deste saber específico?

A linguagem do cuidado aparece em diferentes colocações em nossa fala cotidiana, em nossos atos e práticas sociais. É extensivo e, via de regra, dirigido a alguma coisa ou alguém com demonstrações de envolvimento tanto físicos quanto emocionais, por exemplo, o cuidado físico de uma pessoa ferida, o cuidado com seus sentimentos e até mesmo com sua segurança ou objeto que lhe seja caro. Por ser extensivo a algo ou alguém o cuidado envolve um compromisso seja ele de atenção, carinho, apoio, proteção e outros que podemos inferir que cuidar é um ato relacional.

Procura-se evidenciar como as diferentes interpretações sobre a presença das mulheres em atividades que envolvem a assistência ou o cuidado para com o outro se complementam quando compreendidas em um determinado contexto, pois é possível que a dedicação das mulheres a essas atividades, a que são socialmente estimuladas e educadas no âmbito do privado, apesar de atuarem, em algumas situações, no sentido de limitar o seu campo de atuação social, sua autonomia e realização pessoal podem também ampliá-lo.

A presença de mulheres nas áreas de atendimento à criança, aos idosos, à assistência social é marcante não apenas no Brasil. Entender porque as mulheres acorreram a essas áreas tem estimulado o debate e despertado o interesse no desenvolvimento desta dissertação.

Considera-se interessante iniciar esta análise buscando conceituar o termo cuidado e as suas mais diferentes formas de aplicação e entendimento. Podemos notar, na literatura específica, algumas das dimensões presentes relacionadas com a diferenciação tradicional dos gêneros, em nossa sociedade.

O cuidado não é uma prática exclusiva das mulheres, os homens também o aplicam em seu cotidiano e em suas relações porém, observa-se como, numa perspectiva de gênero, que o objeto deste cuidado para os homens é mais abstrato, mais geral como, por exemplo: preocupam-se com dinheiro, carreira, idéias e progresso; mostram que se preocupam com o trabalho que realizam, os valores que têm, a segurança e o sustento de suas famílias, enfim, eles demonstram o “cuidado com”. Já as mulheres, o que se generaliza é que “cuidam de suas famílias, vizinhas e amigos; e o fazem ao realizar o trabalho direto de cuidar, com um objeto ou algo que lhe é próximo, claro e objetivo onde “Cuidar é uma atividade regida pelo gênero tanto no âmbito do mercado como na vida privada [...] Para colocar a questão claramente, os papéis tradicionais de gênero em nossa sociedade implicam que os homens tenham “cuidado com” e as mulheres “cuidem de”. (Tronto citado em Jaguar, 1997, p. 189).

Esta colocação permite um paralelo com a análise feita por Kergoat (1992) quanto à natureza das intervenções feitas por homens e mulheres nas assembleias realizadas durante o movimento de coordenação das enfermeiras francesas. Conforme a autora, as mulheres intervêm essencialmente para compreender a situação no hospital onde trabalham, os procedimentos discutidos

nas assembléias e na sua rotina de trabalho. Já os homens interferem de uma maneira mais “política”, onde analisam as posições tomadas, sejam elas governamentais ou sindicais, propõem estratégias e as formas de ação apresentando, de uma maneira geral, um discurso mais normativo. As mulheres, por sua vez, buscam compreender a situação local em uma dimensão concreta e os homens, fazem uma análise mais abstrata da situação:

*“Os homens interferem muito mais de uma maneira ‘política’. Eles analisam as posições governamentais ou sindicais, propõem as estratégias e as lutas de ação. De um modo geral, seu discurso é mais normativo. De fato, nota-se que quando uma delegação de hospital é mista – o que é freqüente – uma divisão do trabalho se faz freqüentemente. As mulheres compreendem a situação local, os homens fazem análise abstrata da situação” (Kergoat, 1992, p.129).*

Frente à mesma pergunta sobre a sua profissão, diferentes análises são feitas pelo sexo masculino e pelo feminino.

*“A perspectiva da minha profissão hoje em dia é assim: o hospital, os hospitais não estão vendo você como valor vê você como máquina, você tá ali pra trabalhar, você vai aplica injeção, faz a sua requisição porque o convênio tem que pagar e é o dinheiro que vai entrar e ACABOU! Hospital público é a mesma coisa: quanto mais você atender mais dinheiro vai entrar [...]. Então, quanto mais gente aparecer melhor então é aquela coisa – quanto mais gente entra no hospital menos pessoas o hospital coloca pra trabalhar – porque quanto mais dinheiro entrar, melhor..”.(Valmir, entrevista gravada em 22.01.2003)*

*“É satisfatório, sabe? Você vê a evolução do paciente, você vê que ele está melhorando. Às vezes, na UTI a gente não vê tanto a melhora, mas é muito compensador, é muito bom, sei lá, acho que eu não vou saber me expressar direito, mas é bom demais”.* (Shirlene, entrevista gravada em 08.05.2003).

Outra linha de análise versa sobre a presença de mulheres nas profissões tidas como “femininas” e se fundamenta na teoria *maternalista*. Esta, advinda do feminismo, influenciou muitas das interpretações sobre a presença de mulheres em atividades que envolvem o cuidado. A idéia é que as mulheres transferem

habilidades e funções de cuidar – que aprendem e praticam no âmbito da casa e da comunidade – para as profissões que exercem.

*“Essas pesquisas sugeriam que aquela marca diferente, que eu observara e descrevera junto às professoras primárias em minha dissertação de mestrado e também mencionada em tantos outros estudos, vinha da preparação das mulheres para a maternagem e o trabalho doméstico, e que o desafio era distinguir, na prática cotidiana das aulas de aula, o recurso e a referência das professoras a essa preparação”*(Carvalho, 1999, p. 45).

No prisma de análise das teorias de resistência feminina, estas são identificadas, nos grupos minoritários que sofrem discriminação, e que manifestam formas dialéticas de acomodação e resistência às diversas situações sociais vivenciadas.

Resistir significa que as mulheres podem, de maneira isolada ou concomitante, “adaptar” a feminilidade a seus próprios objetivos, resistir a ela por meios sutis, ou mesmo usá-la para evitar conseqüências negativas de sua prescrição. Um dos exemplos citados em que a resistência e a acomodação fazem parte do cotidiano é a necessidade das mulheres se firmarem no mundo profissional lidando com a contradição, produzida socialmente, entre a qualificação e os papéis atribuídos à feminilidade, a saber: solidariedade, envolvimento com a equipe e as metas, persistência, entre outros.

*“Eu trabalhava em uma ala que tinha quarenta e cinco pacientes para uma funcionária medicar e as outras duas fazerem os cuidados [...] Você acha que a gente tinha condições de fazer banho direito em todo mundo? Eu não tinha [...] é que nem aqui no Pronto Socorro [...] É difícil você medicar todo mundo sozinha [...]. (faz uma pequena pausa) Cada setor tem a sua parte difícil [...] Se você não gosta do que faz, se você não agüenta [...] Você pede a conta e não quer nem o dinheiro que você tem direito [...] Você sai e fala : Não, eu vou procurar outra área [...] Porque é um tal de você entrar arrumadinha e sai fedida, contaminada [...]. Você leva contaminação pra sua casa e você corre o risco de se contaminar [...]”* (Suelen, entrevista gravada em 25/01/2003).

As mulheres exercem predominantemente profissões marcadas pelo cuidado às quais são atribuídos pequeno prestígio social e econômico; privilegiam

motivações altruístas, enquanto que os homens motivam-se pelas possibilidades de ganhos materiais e carreiras de sucesso.

*“Tenho muito prazer na minha profissão sim [...] Eu fui descobrindo a profissão aos poucos, fui vendo que eu era útil para algumas pessoas, e eu fui me sentindo importante, sabe? Porque você é uma pessoa importante pro paciente, ele está ali e você tem que fazer por merecer a confiança dele, não é? (faz uma pausa) É assim [...] Eu gosto muito [...]” (Marta, entrevista gravada em 14/01/2003).*

*“Você tem que atender todos porque vem cobrança do Enfermeiro, vem cobrança da Administração em cima e porque? Por que é LUCRO (ênfase dada pela alteração no tom de voz do entrevistado) então é muito mecanizado e eu me sinto assim: eu venho trabalhar por dinheiro, eu venho trabalhar porque eu quero receber o meu salário no fim do mês”. (Valmir, entrevista gravada em 22/01/2003).*

A “ética do cuidado” elaborada por Gilligan, ressalta que as mulheres norteiam-se por um princípio moral distinto, que as leva a priorizar o outro em suas ações morais, indo além do princípio de justiça. Suas respostas surgem como “indicativas do cuidado e do interesse pelo outro” o que contradiz com a maioria das análises pautadas pelo modo masculino de ver e avaliar.

Caracteriza-se por um compromisso para manter e promover as relações nas quais se acha inserido e onde as mulheres partem da idéia de responsabilidade, vínculo e rede de relacionamentos. Os homens tenderiam a uma ética de direitos, baseada em princípios abstratos e igualdade entre as pessoas onde “essas diferentes perspectivas são refletidas em duas diferentes ideologias morais visto que a separação é justificada por uma ética dos direitos, enquanto a ligação é apoiada por uma ‘ética do cuidado’”. Gilligan citada por Carvalho, 2000, p.186).

Esta definição leva a noção sempre presente do aspecto relacional permeando as diferentes linhas de análises teóricas. Assim, reporta-se ao posicionamento descrito no capítulo dois quando destaca os dois campos que se distinguiram: o tratar médico e o cuidar da enfermagem.

Em uma sociedade industrializada e regida pelas regras de mercado a importância social do cuidado e não somente do tratamento é legitimada, pois a

intervenção técnica sem o aspecto relacional perde o seu sentido e a sua utilidade. No movimento das enfermeiras francesas ao se questionar a importância do cuidado encontra-se como definição que “[...] para cuidar é necessário também escutar, tocar e falar” (Kergoat, 1992, p. 124)<sup>18</sup>.

Assim, o cuidado pode ser considerado como uma prática importante para o entendimento do gênero que, na atualidade, ganha visibilidades e leituras diferentes quando exercidos por homens e mulheres.

Os depoimentos abaixo evidenciam as diferenças dos homens e das mulheres na sua relação com o mesmo trabalho profissional desenvolvido por ambos, que configuram tanto a “ética do cuidado” quanto a importância social das relações que permeiam o cuidar.

*“A enfermagem é uma profissão que deveria se ganhar mais e se ter mais valor [...] E se ganha menos e tem menos valor então eu prefiro ficar dentro de um lugar fechado onde eu sei o que eu estou fazendo e [...] Porém, não foi isso que me levou a trabalhar em uma UTI [...] Foi o PRAZER DA DESCOBERTA DO CONHECIMENTO (ênfase dada pelo entrevistado ao tom de voz). Para eu saber porque que funciona isso, como funciona aquilo [...] Porque quem trabalha em UTI tem um conhecimento muito maior do que quem trabalha em uma ala, em um Pronto Socorro, num Centro Cirúrgico [...] Você observa [...] Você fica ali com o paciente, você vê o equipamento funcionando, você faz o monitoramento [...] Você sabe o que é aquilo que ele tem, porque que ele está com aquilo, entendeu?” (Marcos, entrevista gravada em 18/01/2003).*

*“Saber trabalhar não é ficar dando banho de leito na ala [...] Dar banho qualquer acompanhante sabe dar banho [...] Qualquer mãe dá banho no filho [...] Isso não é ser profissional, isso aí é cuidado de pessoa para pessoa [...] É amor [...] Agora, profissionalmente, é você saber salvar uma vida [...] É você pegar um acidentado e não ficar emocionada a ponto de não poder trabalhar. É muito bom saber o que fazer”. (Renata, entrevista gravada em 08/02/2003).*

*“Eu gosto porque ali na Ala da Maternidade a gente não vê doença, a gente só vê vida, só vê alegria e a gente vê sim alguma tristeza quando a mãezinha perde o filho quando nasce, mas [...] Isso é um acidente que pode acontecer na vida da gente, mas eu*

---

<sup>18</sup>KERGOAT et al: “[...]pour soigner, il faut aussi écouter, toucher, parler”. Tradução da autora.

*só vejo alegria.. Não gosto de ver tristeza [...] Morte .. eu não gosto, mas se precisar ajudar eu ajudo [...]” (Suelen, entrevista gravada em 25/01/2003).*

Com alguns depoimentos oriundos de um mesmo campo de trabalho e um mesmo exercício profissional o cuidado nos leva a repensar como as práticas sejam elas individuais, familiares, profissionais, sociais são inevitavelmente inscritas por gênero e por outros denominadores que perpassam as relações sociais, as dimensões históricas e as trajetórias biográficas.

Julgamos oportuno abrir novas perspectivas de análises fundamentada em uma abordagem privilegiando o caráter sociológico procurando apreender outras vertentes relacionais de cuidado, referidas a contextos particulares e profissionais que vão muito além das análises pautadas sobre as diferenças do masculino e do feminino.

A qualificação destes profissionais da Enfermagem, principalmente as mulheres, consideradas profissionais “socializadas” sim, no e pelo trabalho doméstico, detêm sobre um saber-fazer reconhecido pelo seu valor de uso para a sociedade.

Construído no e pelo conflito, o saber específico do cuidado se legitimou em relação ao tratar porque ambos têm sua importância reconhecida pela troca mercantil e ambos se contrapõem por serem exercidos e executados por homens e mulheres que são, essencialmente, portadores de identidades distintas construídas e apreendidas pelas trajetórias biográficas e nas dimensões históricas e sociais peculiares à sua inserção e integração na sociedade.

#### **6.4 O cuidado e as relações de trabalho**

O Hospital, o local de trabalho comum diferencia-se por sua origem administrativa ao se tratar de um bem público ou privado.

Tais diferenças interferem no fazer diário de seus profissionais que procuram se integrar nos diferentes contextos.

O campo e as relações de trabalho vivenciadas pelos Técnicos de Enfermagem geram contradições, tensões e conflitos. A profissão também se

construiu neste contexto, a jurisdição procura delimitar saberes e fazeres, mas o cotidiano se faz presente entre os pares, entre os outros saberes que constituem o setor saúde, entre as hierarquias que protegem, oprimem, competem e defendem interesses próprios bem como a divisão social do trabalho que agrega homens e mulheres em suas diferenças evidentes e evidenciadas.

O cuidado, pertinente ao seu saber-fazer, passa a incorporar outros componentes além do relacional e da intervenção técnica decorrentes da forma de administração que sustenta e caracteriza as relações de trabalho.

*“Essa área da saúde pública é muito difícil [...] Imagine bem [...] Eu vou tomar uma injeção e a funcionária nem olha na minha cara e nem confirma meu nome [...] Eu vou me sentir bem? Não, eu não vou. Então, a única coisa que eu consigo fazer é confirmar o nome do paciente e explicar o que eu vou fazer [...] Agora [...] Esperar a reação, papear, tirar dúvida, não sei o que [...] Bom, dependendo da dúvida do paciente eu falo: A sua ficha está aqui. Volta lá no médico, por favor, e tire todas as suas dúvidas, porque ele vai te explicar [...]. (faz uma pequena pausa) Eu explico assim [...] porque eu não vou poder ficar conversando, papeando enquanto tem um monte de gente para atender [...] Tudo olhando feio [...] Porque eles ficam olhando feio [...] Eles falam : Enfermeira, não vai fazer não ? (referindo-se à aplicação da medicação) Enfermeira, não vai fazer a minha injeção? Enfermeira, não vai vê a minha pressão? (faz uma pausa, mostra-se um pouco cansada) [...]. Sabe, não tem condições [...] Eles cobram muito [...] Essa área é sacrificante [...] É muito difícil suportar [...] “(Marta, entrevista gravada em 14/01/2003).*

*“Um hospital privado é muito bom [...] Você recebe o seu pagamento em dia, você tem tudo na mão [...] Ah! Eu quero isso na mão agora e você tem [...] Ah! Eu quero um exame, logo você tem, você entendeu? Porém, o paciente é o mesmo e tem o mesmo problema, a mesma doença que no hospital público só que a encheção de saco do hospital privado é o que te incomoda, sabe? Você tem que ser muito certinho, você FINGE (ênfase dada no tom de voz) Você precisa botar uma carapaça, uma máscara [...] Se um dia eu optar eu vou optar pelo hospital público porque [...] Ah! A liberdade que você tem de trabalho é melhor e maior, sabe? Você pode criticar sem medo de onde e como ela vai chegar [...] Como vai ser entendida [...].No público, as pessoas não estão tão ligadas a picuinhas, a pequenos detalhes [...]. Elas estão preocupadas em ver você trabalhar mesmo, botar a mão na massa mesmo sabe? Hospital público é isso.. É você salvar vidas e não chegar lá numa passarela de modas e desfilar [...] O seu corpo, o paciente e mais um monte de coisinhas, não [...] É salvar vida: o paciente chegou, parou é recuperação total [...] É cem por*

*cento em cima do paciente e não em cima de status, de família de [...] sobrenome [...]*. (Marcos, entrevista gravada em 18/01/2003).

A intensificação do trabalho se faz presente na restrição do número de profissionais criando situações contraditórias para com o exercício do cuidar, pois ao oferecer este serviço a outros, em troca de remuneração, passa a prescindir do mesmo para a preservação da sua própria saúde e/ou bem estar.

*“As vezes a gente estressa, a gente “surta” no serviço [...] Só que eu sou muito assim: eu “surto” bastante, antes eu não “surtava” porque eu era boba, as pessoas me usavam e eu era bobinha [...] Era um tal de pede que ela ajuda, deixa que ela faz [...] Não [...] Agora não é mais assim [...] Ah! Porque você está lá atendendo aqueles milhões de ficha e aquele povo tudo esperando e você correndo, se desdobrando, você não pode ir ao banheiro. Você fica com infecção de urina sabe porque? Ah! Mas você não pode segurar tanto tempo assim, fala o urologista (refere-se à urina, explicando a infecção acima citada) [...] Você não sabe que segurar tanto tempo a urina dá infecção? Saber eu sei, muito bem [...] E as condições de trabalho? Isto ninguém pergunta. Você trabalha o plantão inteiro SEM ( eleva o tom de voz) ir ao banheiro [...] Ah! Porque você tem que tomar mais água porque senão você vai ficar mesmo com infecção de urina e eu falei: Mas [...] Eu trabalho as seis horas aqui sem tomar água e você sabe porque? Por que o povo [...] o público aqui [...] A população [...] Ela te mata se te ver entrando na cozinha para pegar uma água então [...] É isso [...] é uma marcação cerrada em cima da gente [...] Ninguém vê, ninguém se importa [...]”* ( Renata, entrevista gravada em 08/02/2003).

*“Então, quanto mais gente aparecer, melhor [...] Então é aquela coisa – quanto mais gente entra no hospital menos pessoas o hospital coloca para trabalhar – porque quanto mais dinheiro entrar, melhor [...] É só no que eles pensam [...] Os gastos públicos aumentam e eles não repõem o pessoal necessário. A gente entra em estafa e stress e você [...] Você perde a motivação. É o que está acontecendo de dois anos pra cá que eu que eu observo. Lá no Municipal [...] (faz uma pausa, ajeita-se melhor no banco e olha rapidamente para o pátio interno) Este ano aumentou o número de leitos (refere-se à ampliação ocorrida na UTI do Hospital Municipal de seis para dez leitos) e não aumentou o número de funcionários. Então, agora você tem mais doentes para cuidar. É mais serviço e menos tempo pra você cuidar direito de seus pacientes [...] Então é aquela coisa – se tem dez pacientes e só tem três funcionários – como é que você vai dar uma assistência para uma pessoa que tem que ficar com quatro doentes de uma vez só? Você só vai fazer o básico ou quase [...]*

*acho que nem isso dá [...] É só o necessário, o estritamente necessário – medicação e, às vezes, olha lá se der para trocar um paciente senão [...] Você deixa pro próximo plantão” (Valmir, entrevista gravada em 22/01/2003).*

*“Aqui no Municipal eu estou no P.S [...]. Tem dia que não tem funcionário para trabalhar [...] Você se desdobra sozinha e quando tem (risos) [...] Tem aquele um que não sabe nada, aquele um que faz por todos, que você fica com dó do paciente e não faz o que precisa [...] Aí você vai e ajuda, é assim [...] Você vai passar o plantão e não chegou ninguém para pegar [...] Aí você tem que ir pro outro hospital [...] Ó outro hospital não tem culpa [...] .Você tem que chegar lá porque a colega que vai te passar o plantão também não tem culpa e aqui [...] Se você reclamar que não chegou a colega [...] Nossa! Porque você está “surtando” demais, porque você está estressando demais ultimamente [...] Porque você reclama demais [...] É difícil [...] Isso é trabalhar em hospital [...]” (Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

As características pertinentes ao trabalho desempenhado no setor público e privado transformam e alteram também as relações hierárquicas entre os Técnicos e a Enfermeira que supervisiona e administra este saber-fazer específico.

*“A equipe é praticamente a mesma, é a mesma equipe e você vê a própria Marilene, que é a minha chefe aqui é também a minha chefe lá [...] Ela é diferente também [...] Tanto é que eu tenho uma colega que saiu daqui, está só no hospital privado que fala assim: “Eu tenho saudades da Marilene do Municipal (sorri muito diante do comentário) porque lá ela conversa com a gente, ela brinca e aqui não [...] Aqui ela já está mais em cima, distante e é só: Bom dia ou Boa tarde e não tem brincadeira não [...] É tudo sério e aqui no Municipal não, ela é muito diferente, brinca, mas lá a gente sabe que tem que tratar ela diferente daqui [...] Aqui no Municipal é como se fosse a casa de mãe e, os outros, já é casa de madrasta (sorri muito diante do comentário feito). E aqui é melhor porque pode tudo [...] Agora, no Hospital particular, você não pode porque? Ah! Vão achar que você está andando muito, está fora do seu lugar, todo mundo está de olho em você, coisas assim [...]” (Suelen, entrevista gravada em 25/01/2003).*

A profissão, considerada como uma construção social é também produto de todo um coletivo de trabalho que vivencia tensões, conflitos e contradições, que nem mesmo um estatuto, uma associação, um respaldo legal do Estado conseguem atenuar. Estabelecem-se monopólios, define e estratifica os saberes,

delimita campos de atuação, mas este coletivo se defronta com dificuldades características do mundo do trabalho que se contrapõe ao sentimento de utilidade, de importância e reconhecimento social.

Os depoimentos abaixo relatam as marcas da intensificação do trabalho, das relações de poder, das relações contraditórias com o paciente que retrata um recorte da história de uma profissão e de seus profissionais.

*“Eu sou uma pessoa mecânica hoje em dia - eu venho, faço o meu trabalho, não desrespeito ninguém, procuro ser o mais espontâneo possível, mas tem hora que não dá [...] Porque é assim [...] A gente já trabalha em poucas pessoas [...]. O número elevado de doentes ultrapassa a nossa capacidade, então, não dá tempo pra você dar atenção a nada e a ninguém e tem hora que você [...] Sem você querer você é rude [...]” (Mario, entrevista gravada em 14/02/2003).*

*“Eu me considero feliz por meu filho, pela minha família, pela minha profissão, por mim mesmo e pelas minhas conquistas, mas eu pretendo ser MAIS FELIZ AINDA do que eu sou, mas por enquanto eu estou bem [...]” ( Shirlene, entrevista gravada em 08/05/2003).*

E nesta vertente de análise, concluímos com Castel :

*“De um lado, “tropa errante e irregular”, “aventureiros”; de outro lado, estado, condição, disciplina, estatuto: para além dos interesses econômicos defendidos por essas regulações, a questão é o lugar ocupado pelas profissões numa sociedade de ordens. A participação em um ofício, em uma corporação ( este termo aparece somente no século XVIII) marca o pertencimento a uma comunidade distribuidora de prerrogativas e de privilégios que asseguram um estatuto social para o trabalho. Graças a essa dignidade coletiva de que a profissão, e não o indivíduo, é proprietária, o trabalhador não é um assalariado que vende sua força de trabalho, mas o membro de um corpo social cuja posição é reconhecida num conjunto hierárquico” (Castel, R., 1998, p.155).*

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A profissão Técnicos de Enfermagem, objeto desta dissertação, resulta das transformações que ocorreram na profissão enfermagem, durante o século XIX, no país. Compreendê-la requer a reconstrução histórica do processo de consolidação e mudanças nas exigências sociais e de qualificação da própria enfermagem no Brasil.

A profissão é aqui analisada e configurada como uma organização social, em contínuo processo de mudanças contingentes aos diferentes momentos históricos, sociais, políticos e econômicos.

Esta categoria profissional técnica é resultante de uma subdivisão interna desencadeada pelos próprios profissionais que, em 1966, definem saberes e práticas, garantindo o monopólio e reconhecimento de um campo de atuação.

A enfermagem, que se auto define como a “ciência do cuidar”, tem origens remotas; suas práticas são observadas em diferentes locais, aplicações e usos. A assistência à saúde das crianças, idosos e doentes prestadas, na maioria das vezes, com cunho caritativo, é registrada desde a Antiguidade; durante sua história foi praticada tanto por homens quanto por mulheres.

A institucionalização destes cuidados e práticas ocorreu em templos, hospitais gerais, hospícios, monastérios, em instituições de cunho social e benevolente onde, predominantemente, monjas e diaconisas assumiram, de maneira gradual, o cuidado com doentes, parturientes, feridos. Pouco a pouco a história registra a feminização destas práticas, antes mesmo de sua efetiva profissionalização.

Florence Nightingale, no século XIX, possibilitou a institucionalização da profissão, definindo um espaço de trabalho – hospitais – fundamentando-a na prática feminina do cuidar, socialmente aceita e reconhecida por sua “utilidade e qualidade moral das profissionais”, de acordo com as exigências sociais daquele período histórico. Já neste momento há uma hierarquização da profissão, marcadamente feminina: as *lady-nurses* são reconhecidas como detentoras e

transmissoras do saber em enfermagem; às *nurses* é reservado as práticas simples do cuidar, que se assemelham aos trabalhos domésticos de higienização.

A medicina, inscrita nos avanços e descobertas científicas em diversas áreas (microbiologia, anestesia, raio-x, entre outros) define o saber e poder médico, preservando a hierarquia das profissões em saúde. A enfermagem, desde o início é compreendida como subalterna ao poder médico.

No Brasil, já no século XX, os investimentos do Estado em Saúde Pública foram dirigidos para diminuir e erradicar, quando possível, doenças endêmicas e epidêmicas, com vistas a credenciar o país como exportador de suas riquezas agrícolas.

O Sanitarismo, implantado sobretudo no Rio de Janeiro e São Paulo, significou um espaço de trabalho para a enfermagem e a oficialização de escolas que sustentaram e difundiram o saber considerado necessário.

O Estado passa a desempenhar um importante papel no início da institucionalização desta profissão criando escolas e oficializando a participação destes profissionais na Saúde Pública e, logo após, nos hospitais como um campo de atuação próprio. O apoio do Estado tornou-se cada vez mais efetivo na trajetória da profissão que, em 1926, ao constituir a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) buscou, originariamente, demarcar o mercado de trabalho, avalizado pela proteção legal.

“Tratar e cuidar...” marcam a prática da enfermagem no interior do setor Saúde e expressam a tensão na divisão social e sexual do trabalho. Na enfermagem, neste referido período, observava—se a predominância de mulheres, enquanto que na medicina, homens legitimados por um diploma socialmente mais valorizado.

Pouco a pouco, as enfermeiras buscaram superar o caráter complementar da enfermagem, procurando sobrepujar a subordinação ao saber médico. A qualificação, requerida e valorizada pela Saúde, inclui o conjunto de saberes técnicos, profissionais e escolares, mas também outros atributos que se inscrevem no interior das relações sociais; “os grupos sexuados não são produto de destinos biológicos, mas antes constructos sociais; esses grupos constroem-se por tensões, oposições, antagonismos, em torno de um desafio, o do trabalho” (Kergoat, 2002, p.49).

A profissão, frente aos conflitos inerentes às relações sociais de sexo e da confrontação entre as práticas, vivencia também novos períodos históricos no país. Ocorre a ampliação do setor Saúde desencadeado pelo crescimento da população segurada pela Previdência Social, pela atuação do aparelho do Estado e as novas políticas sociais, fatores esses que demandam maior qualificação dos profissionais envolvidos.

“Aprender não se tornar enfermeira, mas a fazer a profissão...”(Imbert, 1992, p.80) – levou estes profissionais a empreender esforços na construção de uma legitimidade em torno do seu saber específico e a instituir outro nível na divisão do trabalho, recriando subordinações: a modalidade Técnico de Enfermagem, sustentado no conhecimento formal e no credenciamento obtido por um diploma.

O poder do Estado, para tanto, é fortalecido; a cisão no interior da profissão é efetivado e submetido a um conjunto de leis e normas, estabelecendo que a qualificação formal escolar definisse sua subdivisão interna: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. O Atendente de Enfermagem, que representa ainda uma parcela significativa de trabalhadores, pela Lei 7498, de 25 de junho de 1986, são obrigados a se integrarem em um dos três níveis reconhecimentos e jurisdicionados.

Neste período, multiplicam-se os cursos privados de Técnicos de Enfermagem procurando qualificar e outorgar certificação a este novo conjunto de profissionais que, pouco a pouco, devem se integrar nas exigências desta nova legislação, conhecida como Lei do Exercício Profissional.

Respaldada pela proteção do Estado e pelo fortalecimento de um coletivo de trabalho predominantemente composto por mulheres qualificadas, a profissão construiu e legitimou um papel próprio, uma identidade profissional bem como o valor de uso do seu saber específico.

Assim, com a exigência da educação profissional e o monopólio de atuação definido por leis, a autonomia da profissão enfermagem é reconhecida bem como a do Técnico de Enfermagem e do Auxiliar. Isto advém do reconhecimento peculiar das qualificações da enfermagem que se sobrepõe às posições conflituosas no exercício da profissão e do mercado apoiando-se no cotidiano das práticas, na relação com o paciente.

Essa construção foi resultado de um processo mutável e contingente, constituído pelo saber-fazer histórico social, cultural e político de um coletivo de trabalho, da organização formal da profissão e de suas relações com outros domínios no mundo profissional.

Neste sentido, esta análise reafirma a relevância metodológica dos depoimentos orais obtidos, que possibilitaram uma melhor compreensão das trajetórias biográficas e profissionais perpassadas por contradições e conflitos, de Técnicos de Enfermagem que buscaram, por meio de uma escola, a legalidade formal da qualificação exigida para o ingresso ou permanência na profissão.

Nestas entrevistas alguns temas emergem e são analisados, como por exemplo. O cuidado enquanto prática profissional. Este se constitui em uma ação que transcende o feminino, a prática profissional, o espaço de trabalho.

No entanto, a intensificação do trabalho gera conflitos e tensões entre os próprios profissionais. A preponderância dos lucros (hospital privado) ou dos custos (hospital público) sobre a atuação técnica e condições adequadas de trabalho determinam que reclamem a posição contraditória na qual se vêm envolvidos, pois, suas práticas requerem precisão, atenção e o número de clientes a serem atendidos impõe-lhes a quantidade de atendimento em detrimento da qualidade requerida e exigida no exercício da profissão.

Vivenciam, no cotidiano, relações permeadas por diferentes níveis de poder e saber, oposições entre as práticas do tratar e do cuidar que são próprias da enfermagem bem como as cobranças por resultados, intervenções que não conseguem concluir ou realizar a contento por premência de tempo, falta de funcionários, exigências oriundas da população atendida, pela gestão organizacional, por falta de condições materiais. Ou, ainda, pela lógica do lucro.

Suas práticas, ainda pouco valorizadas, mas muito requeridas pela sua permanência contínua ao lado do paciente desencadeia insatisfação, descaso com a preservação de sua própria saúde levando a mecanização e mercantilização de atos e relações.

As exigências, advindas do espaço de trabalho em hospital privado que, freqüentemente, se submetem às hierarquias sociais e de prestígio dos pacientes, modificam condutas pré-definidas. Submetem um saber específico à função e valor normalizado da organização.

No entanto, inscritos nas múltiplas relações profissionais, características do trabalho no hospital, seja ele público ou privado, os relatos manifestam o valor atribuído às relações e ao saber profissional que os possibilitam sustentar a identidade da profissão. Atestam sua singularidade e sua valorização resistindo à hierarquia das práticas, dos desmandos, do sentimento de utilidade e importância, de acreditarem na educação, “capital cultural” transmitido pela família que lhes possibilitou a integração em um coletivo de trabalho, na identidade profissional singular e no reconhecimento social.

Desta forma, reafirmam que “existe a crença numa maior relevância de seu trabalho bem como na superioridade de seu conhecimento e sua competência com os outros na divisão do trabalho” (Freidson, 1998, p.101).

## 8 BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS: Referências: elaboração: NBR-6023/2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS: Numeração progressiva das seções de um documento :Procedimentos :NBR-6024/1989

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS: Sumário: Procedimento: NBR-6027/1989

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS: Resumos: Procedimento: NBR-6028/1990.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS: Elaboração de trabalhos científicos :NBR-14724(ago.2002)

ARIÈS, Phillipe. *História Social da Criança e da Família*. 2. ed. Tradução de Dora Flaksman. Rio de Janeiro. LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora, 1981.

BOURDIEU, Pierre. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. 4. ed. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas, SP: Papyrus, 1996.

BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. 3. ed. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro; Bertrand Russel Brasil, 2003.

BOURDIEU, Pierre. Gostos de classe e estilos de vida. In: Ortiz, Renato (org.). BOURDIEU, *Coleção Grandes Cientistas Sociais*, n. 39. Ática, São Paulo, 1983.

BURNS, Edward Mcnall. *História da Civilização Ocidental*. 2. ed. Tradução de Lourival Gomes Machado, Lourdes Santos Machado e Leonel Vallandro. Porto Alegre: Editora Globo, 1971. 1 v.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CARDOSO DE MELLO, João Manuel e NOVAIS, Fernando (1998). Capitalismo Tardio e Sociabilidade Moderna. In: Novais, F. (Coord. Geral) *História da Vida Privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

CARVALHO, Marília Pinto de. *No coração da sala de aula: gênero e trabalho docente nas séries iniciais*. São Paulo: Xamã, 1999.

CASTRO, Nadya Araújo. Qualificação, qualidades e classificações. IN: Revista *Educação e Sociedade*, n. 45, agosto, p. 211 – 224,1993.

COREN/SP. *Documentos Básicos de Enfermagem*. 1 ed. Escrituras Editora e Distribuidora de Livros, 2001.

DEDECCA, C.S., PRONI, M.W. e MORETTO, A. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas, SP: UNICAMP. IE,2001.

DRAIBE, Sonia. *Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes*. Campinas: NEPP/CEPAL, 1992.

DRAIBE, S.; HENRIQUE, W. *“Welfare State”: crise e gestão da crise*. Campinas: NEPP, 1988.

FAGNANI, Eduardo. Política Social e pactos conservadores no Brasil: 1964-1992. In: *Economia e Sociedade*, n.º 8. Campinas:Unicamp.IE. 1997.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. 2 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação do Desenvolvimento da Educação, 1995.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1995

FURTADO, Celso. *Formação Econômica do Brasil*. 5. ed. SP: Editora Nacional, 1977.

FREIDSON, Eliot. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*. Tradução de Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998. (Clássicos; 12).

GERMANO, R. M. Percurso revisitado: o ensino de enfermagem no Brasil. In: *Proposições*. Revista Quadrimestral da Faculdade de Educação de Campinas, 14v., n. 1 (40), jan./abr. 2003.

GILLIGAN, Carol. *Uma voz diferente*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1982.

HENRIQUE, Wilnes. *O capitalismo selvagem; um estudo sobre desigualdade no Brasil*. 1999. Campinas: Instituto de Economia. Universidade de Campinas. Tese (Doutorado).

HIIRATA, Helena. Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero, In: *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, ano 4, n. 7, 1998, p. 5-27.

HOLANDA, Sérgio B. *Raízes do Brasil*. 26 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JAGGAR, ALISON M. e BORDON, Susan R. *Gênero, corpo, conhecimento*. Tradução de Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

KERGOAT, Danièle. A Relação Social de Sexo. Da reprodução das relações sociais à sua subversão. Tradução de Alain François. In: *Proposições*. Revista Quadrimestral da Faculdade de Educação de Campinas, 13 v. n. 1 (37), jan./abr. 2002.

KERGOAT, Danièle. et al. *Les Infirmieres et leur Coordination 1988 – 1989*. Paris: Editions Lamarre, 1992.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo (Org.). *Reflexões sobre a pesquisa sociológica*. Textos, série 2, n. 3., São Paulo: CERU, 1999.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo (org.). *Desafios da pesquisa em ciências sociais*. Textos, série 2, n. 8. São Paulo: CERU, 2001.

LIMA, Daniela Morelli de. *Americana em um século: a evolução urbana de uma cidade industrial de porte médio*. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2002.

LOPES, Marta J. M. O sexo do hospital. In: *Gênero e Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

HARVEY, David. *A condição Pós-Moderna. Uma Pesquisa Sobre a Origem da Mudança Cultural*. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

MACHADO, Maria Helena. A Profissão da Enfermagem no Século XXI. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 52, n. 4, p. 589 – 595, out./dez. 1999.

MANFREDI, Silvia Maria. *Educação profissional no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2002.

MANFREDI, Silvia Maria. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. In: *Revista Educação e Sociedade*, n.64, setembro, 1998.

MELO, Cristina Maria Meira de. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez. 1986.

MEHRY, Emerson Elias. *O Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. 2 ed. Campinas: Papyrus, 1987.

MEHRY, Emerson Elias et al. *O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, Editora Hucitec, 2003.

MEHRY, E.E., QUEIROZ, M.S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. In: *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (2), p. 177-184, abr/jun. 1993.

MILAN, Luiz Roberto. *Vocação médica e gênero: um estudo com primeiranistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. 2003. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tese (Doutorado).

OGUISSO, Taka. História da Legislação do Exercício da Enfermagem no Brasil. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 53, n. 4, p. 197-207, abr./jun. 2001.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Castro. As Políticas Sociais e de Saúde no Brasil: Uma abordagem histórica. In: *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, v. 26, n.1, p. 95-104, mar. 1992.

PASTORE, José. *Desigualdade e Mobilidade Social no Brasil*. São Paulo: T.A Queiroz-Edusp, 1979

PIRES, Denise. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Seguridade Social – CUT: Annablume, 1998.

PRADO JR. Caio. *A Revolução Brasileira*. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 1977

PRADO JR. Caio *A Questão Agrária no Brasil*. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

PRADO JR. Caio *História Econômica do Brasil*. 29 ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.

QUEIROZ, Marcos de Souza. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. In: *Revista Saúde Pública*. São Paulo. 25(4), p. 318-25, 1991.

QUEIROZ, M.S., VIANNA, A.L., IBANEZ, N. Implementação do Sistema Único de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado no Brasil. In: *RAP*. Rio de Janeiro. 29(3), p. 17-32, jul/set., 1995.

QUEIROZ, M.S., VIANNA, A.L. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. In: *Revista Saúde Pública*. São Paulo, 26, p. 132-40, 1992.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1991.

RODRIGUES, Maria de Lurdes. *Sociologia das profissões*. 1 ed. Portugal: Celta Editora, 1997.

ROPÈ, F.; TANGUY, L. (Org.). *Saberes e Competências – o uso de tais noções na escola e na empresa*. Campinas: Papirus, 1997.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SEGNINI, Liliana R. P. *Ferrovia e Ferroviários: uma contribuição para a análise do poder disciplinar na empresa*. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1982.

SEGNINI, Liliana R. P. *Desemprego e Terceirização: trabalho, qualificação e direitos*. Campinas: Faculdade de Educação de Campinas, 1997 (mimeo).

SEGNINI, Liliana R. P. *Educação, trabalho e desenvolvimento: uma complexa relação*. I workshop do projeto de pesquisa “Conceitos empregados na educação profissional”, NETE/FE/EFMG, 1998.

SEGNINI, Liliana R. P. *Mulheres no trabalho bancário – divisão tecnológica, qualificação e relações de gênero*. São Paulo: Edusp, Fapesp, 1998.

SENNETT, Richard. *A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Tradução de Marcos Santarrita. Rio de Janeiro, 2000.

SILVA, G. B. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

SIMSON, Olga de Moraes Von. (Org.). *Experimentos com histórias de vida: Itália – Brasil*. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1988.

SOUZA, Aparecida Néri. *As políticas educacionais para o desenvolvimento e o trabalho docente*. Campinas: Faculdade de Educação de Campinas. Tese (Doutorado), 1999.

TRAPIER, P.; DUBAR, C. *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin Éditeur, 1998.

TRONTO, Joan C. *Mulheres e Cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso?*. In: *Gênero, Corpo e Conhecimento*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

## **DOCUMENTOS:**

Brasil. *O Ensino no Brasil: Ano I – 1932*. Ministério da Educação e Saúde: Diretoria de Estatística. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1939.

Brasil. *O Ensino no Brasil: 1934*. Ministério da Educação e Saúde: Serviço de Estatística da Educação e Saúde. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do Ministério da Educação e Saúde, 1940. Brasil.

*Anuário Estatístico do Brasil: Ano II – 1936*. Instituto Nacional de Estatística. Rio de Janeiro: Tipografia do Departamento de Estatística e Publicidade, 1936. Brasil.

*Anuário Estatístico do Brasil: Ano VI – 1941-1945*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1946. Brasil. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, lei n.º 9.394, 1996. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil – 1988*.