

A FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA: ÊNFASE NA CONDUTA EM DETRIMENTO DO CONHECIMENTO*

Denise Maria Gastaldo**

Dagmar Estermann Meyer***

RESUMO – As autoras analisam o valor dado a conduta e ao conhecimento ao longo da história da enfermagem como alternativas de consolidação da profissão. De Florence Nightingale aos dias de hoje, questionam e tentam explicar porque optou-se em super-valorizar a conduta moral da profissional enfermeira.

ABSTRACT – The authors analyse the value given to the behavior and to the knowledge belong to the nursing history like alternatives to the establishment of the profession. Since Florence Nightingale until today, they ask and try to explain why there was an option by the moral behavior in nursing.

1 INTRODUÇÃO

A tentativa de se fazer uma leitura da história da Enfermagem, considerando a questão da predominância de mulheres na profissão desde os seus primórdios, volta-se neste estudo para a relação conduta x conhecimento.

Na experiência pessoal das autoras, a enfermagem brasileira ainda hoje tem fortes traços de super-valorização da postura e moral dos profissionais em detrimento do conhecimento técnico. Isto observa-se na enfermagem desde sua criação como profissão por Florence Nightingale.

Buscando compreender os determinantes destes valores profissionais, as autoras reexaminam a história da enfermagem através da perspectiva de vários autores clássicos e contemporâneos.

A princípio dois aspectos evidenciaram-se: a enfermagem é uma profissão feminina por excelência, por ter sido sempre o cuidado à saúde uma atribuição da mulher. A enfermagem profissionalizada caracterizou-se, assim, como uma extensão do trabalho doméstico. O segundo aspecto que chamou a atenção diz respeito ao tipo de mulher que primeiramente prestou cuidados a doentes, como atividade remunerada: bêbadas, desqualificadas e prostitutas (Jamieson apud Silva, 1986, p. 47).

Este segundo aspecto dá mostras, ao longo da história, de ter sido mais decisivo no sentido de encaminhar a enfermagem para a valorização de uma moral rígida.

Na medida em que a profissão se desenvolveu tentando apagar a sua mácula inicial, optou por um viés, a nosso ver, equivocado. A conduta moral super-valorizada como forma de apagar a origem “baixa” da profissão, fez com que a questão mais ampla da desvalorização por ser esta uma profissão de mulheres e sem um objeto próprio de saber, fossem relegados a um segundo plano.

2 RETROSPECTIVA HISTÓRICA

Enfermagem pré-profissional

A história da enfermagem é contada, como se todo e qualquer cuidado prestado a um doente desde os períodos mais remotos da humanidade constituísse uma ação de enfermagem propriamente dita. Lê-se a história da enfermagem como se a mesma tivesse surgido com o homem e suas enfermidades. Por conseguinte, os cuidados prestados pelas mães, esposas, caridosas ou movidas por sentimentos religiosos as crianças, velhos ou doentes têm sido tratados como sendo a origem da enfermagem. Percebe-se que já nesta leitura distingue-se o **cuidar do tratar**, sendo o segundo atribuído geralmente a homens na qualidade de pajés, curandeiros, feiticeiros, monges, barbeiros etc. e associado a história da medicina. Exceção é feita ao caso das bruxas, que ministravam tratamentos na idade média e sofreram perseguições por não se admitir que mulheres detivessem conhecimentos que lhes conferissem este tipo de poder.

Nesta ótica, a enfermagem já nasce subordinada a um conhecimento que não domina e que não era considerado importante no desempenho de suas atribuições usuais.

Outro aspecto a ser considerado nessa análise é a concepção de hospital da idade média: um local para assistência aos pobres e de exclusão, na medida em que, sendo portadores de doença são perigosos. O hospital caracterizava-se como um morredouro e o pessoal hospitalar não era destinado a realizar a cura do doente, compondo-se de pessoas religiosas ou leigas que lá estavam para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Nada na prática médica permitia a organização de um saber hospitalar e a organização do hospital não permitia a intervenção da medicina (FOUCAULT, 1988, p. 101-3).

* Trabalho classificado em 1º lugar – Prêmio NORACI PEDROSA – 41º CBEn – Florianópolis.

** Enfermeira Licenciada e Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Educação, UFRGS.

*** Enfermeira Professora Assistente III do Departamento de Enfermagem, UFITT e Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Educação, UFRGS.

Segundo JAMIESON (apud Silva, 1986, p. 47-8), nos hospitais da idade média as condições eram insalubres, o ambiente quase sem janelas, onde *“havia grandes salas para uma centena de pacientes cada uma. As mulheres e os homens nem sempre estavam separados, e as enfermidades só raramente. Não era incomum que o doente fosse posto numa cama ocupada por vários companheiros, estando talvez os mortos ou os que deliravam lado a lado, junto com aqueles que viviam ainda e conservavam o uso da razão... Nas salas desta classe, as camas estavam tão próximas umas das outras que inclusive se houvesse tido pessoal para efetuar-lo, o asseio era praticamente impossível...”*.

Tornar-se fácil imaginar o tipo de pessoal que atuava neste ambiente. Além de uma maioria de religiosos, o pessoal hospitalar era composto ainda por voluntários, ambos sem nenhum tipo de preparo específico para as atividades que desenvolviam. Segundo ROSEN (apud Silva, 1986, p. 47), a partir do século XIII inicia-se o processo de secularização dos hospitais, sendo o mesmo intensificado com a reforma protestante. Apesar de as mulheres estarem nos hospitais atendendo doentes muito antes dos primeiros médicos começarem a usá-los, isto não significou produção de conhecimento para a enfermagem enquanto profissão. No século XVII a medicina passa a utilizar o hospital como instrumento de cura e local de formação e a partir daí o médico torna-se gradativamente a figura central da organização hospitalar. Um demonstrativo da consolidação do poder médico é encontrado nos regulamentos de hospitais do século XVIII que descrevem o ritual da visita médica ao paciente. Nela, o médico é anunciado por uma sineta e esperado pela enfermeira na porta da enfermaria com um caderno nas mãos, para segui-lo quando entrar (FOUCAULT, 1988, p. 109-10).

Na medida em que a assistência ao doente deixa de ser uma mera prática caritativa e passa a buscar a cura, deixa de ser um domínio da igreja. Para exercê-la torna-se necessário recrutar pessoas da comunidade mediante alguma remuneração. SILVA (1986, p. 47) assinala que este pagamento era miserável e que as mulheres constituíam a principal mão-de-obra.

Com o advento do mercantilismo ocorre um incremento da qualificação profissional. Assim, cada profissional representa um investimento que deve ser preservado. A morte significa uma perda econômica que deve ser adiada ou evitada.

Esta concepção, inicialmente mais perceptível no exercício e nas profissões marítimas, passa a ser difundida entre os diversos segmentos sociais, a partir da revolução industrial. Uma contradição que se evidencia neste momento é que as pessoas responsáveis pelos cuidados nos hospitais da época eram *“as mulheres que não serviam nem para a indústria. Regularmente eram imorais, bêbadas e analfabetas: o grau mais ínfimo da sociedade humana”* (Jamieson apud Silva, 1986, p. 47). SILVA comenta que esta imagem passa ser o estereótipo da enfermagem civil, marcando-a indelevelmente.

Enfermagem profissional

A enfermagem profissional nos moldes como é compreendida a profissão hoje, nasce na Inglaterra vitoriana do século XIX, com Florence Nightingale.

Esta mulher, membro da aristocracia inglesa, fôra como todas de sua classe, educada para o casamento; porém desde cedo manifestou interesse pelo cuidado dos doentes. Apesar da oposição da família, Florence participou de algumas experiências em enfermagem no período entre 1850-53, e foi por isso convidada pelo ministro da Guerra da Inglaterra para organizar os hospitais militares, onde o índice de mortalidade era muito alto (MELO, 1986, p. 47).

Quando recebeu o convite Florence *“desempenhava a função de diretora de um pequeno hospital particular, o que foi permitido por sua família, por ser este um asilo particular, isento de todos os traços censuráveis de um hospital comum”* (Melo, 1986, p. 47, grifo nosso). A tolerância da família de Florence deveu-se ainda ao fato da mesma trabalhar com os aspectos administrativos do asilo, na qualidade de diretora. O trabalho manual junto ao doente, desde a origem da profissão, não era considerado como atividade condizente para mulheres das classes sociais mais elevadas.

Com base na sua experiência anterior, Florence foi para a guerra da Criméia acompanhada por 38 enfermeiras, na maioria religiosas, treinadas por ela. Mais uma vez coube-lhe a função de administradora do serviço de enfermagem. Por ter obtido bons resultados com seu trabalho, diminuindo a mortalidade entre os soldados feridos, Florence recebeu em sua volta à Inglaterra uma doação em dinheiro, do governo inglês. Em 1860 Florence começou a fazer uso do dinheiro recebido, criando a Escola Nightingale no St. Thomas Hospital. A matrícula da 1ª turma de 15 alunas foi aceita em 9 de julho, sendo esta data considerada como a do nascimento da Enfermagem moderna (SILVA, 1986, p. 52).

O curso de Enfermagem tinha duração de 3 ou 4 anos. Nele se formavam dois tipos de profissionais: Nurses – mulheres das classes populares, que recebiam formação gratuita, moravam e dedicavam-se integralmente ao hospital, recebiam salários e se destinavam ao cuidado direto ao paciente – e Ladies-nurses – de classe social mais elevada, custeavam seus próprios estudos, moravam na escola e se destinavam à supervisão e ao ensino.

Ao nosso ver, quatro pontos merecem ser destacados neste momento da história da enfermagem:

1) Apesar de saber-se claramente a data de criação da enfermagem profissional moderna (09.07.1860), no Brasil comemora-se o dia da enfermeira em 12 de maio, dia do nascimento de Florence Nightingale. Coincidência ou não, maio é também o mês das mães, das noivas e de Maria.

2) A enfermagem profissional já nasce vinculada ao hospital, o que talvez também explique seu enfoque predominantemente curativo, que persiste até os dias de hoje.

3) A enfermagem se profissionalizou dentro do sistema capitalista, conseqüentemente reproduziu a divisão social do trabalho e a dicotomia entre o fazer manual e intelectual.

4) A formação das enfermeiras surgiu e perdurou em regime de internato. Esta iniciativa certamente está ligada à necessidade de mudança da imagem das mulheres que lidavam com doentes. O internato possibilitou um controle rígido no sentido de propiciar o desenvolvimento de *“traços de caráter desejáveis a*

uma boa enfermeira, tais como: sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância” (SILVA, 1986, p. 53).

A formação de enfermeiras preconizada por Florence tinha uma nítida predominância dos aspectos morais e de conduta, sobre o conhecimento propriamente dito. O projeto de Florence idealizado junto à classe dominante inglesa, tinha como uma de suas metas explícitas a mudança da imagem negativa da enfermagem. Embora apresentado como um todo, este constituiu-se na verdade num forte objetivo da categoria das Ladies-nurses (SILVA, 1986, p. 55).

As alunas da Escola Nightingale eram avaliadas a partir de um “boletim moral” e “boletim técnico”, onde a supervisora registrava suas impressões sobre o caráter e as realizações de cada aluna (SILVA, 1986, p. 54).

O modelo disciplinar proposto por Florence Nightingale viabilizou uma mudança na percepção do trabalho com o doente, tido como um dos mais degradantes. A concepção religiosa que dominou a enfermagem por muitos séculos, havia superado esta questão na medida em que valorizava o aspecto caritativo e de auto-sacrifício necessários à salvação eterna. Com a laicização e posterior profissionalização, o modelo religioso não foi capaz de garantir a adesão de novos profissionais. Com o intuito de tornar a enfermagem uma profissão atraente para mulheres de classe média e alta, Florence propôs um modelo vocacional e organizou “uma ideologia em torno da prática da enfermagem, como sendo uma vocação, um chamado, um trabalho que requer auto-sacrifício...” (ALMEIDA, 1986, p. 48). Define a enfermagem como “a mais bela das artes” e com este novo enfoque assegura-se a valorização do objeto da enfermagem: o cuidado do doente.

A ênfase acentuada nos aspectos morais e de caráter e a técnica disciplinar que sustentam o modelo vocacional, buscavam assegurar, por outro lado, a *realização* da imagem pública da mulher que executava este trabalho.

O sistema educacional nightingaliano foi montado com base nesses princípios também porque a rigidez e a organização assegurariam a perpetuação fiel de suas idéias iniciais. Neste momento, o domínio do conhecimento que fundamentava a prática de enfermagem é um requisito necessário, mas não fundamental. É necessário na medida em que “influência moral sozinha, não faz um bom treinamento” (ALMEIDA, 1986, p. 47).

O treinamento que constituía a formação do futuro profissional, baseava-se, segundo Florence, na capacidade de executar fielmente ordens médicas e de autoridades. Esta subordinação da enfermeira ao médico aparece reiteradas vezes em textos de Florence. Portanto, a enfermagem profissional foi concebida como dependente e subordinada à prática médica.

Contradizendo este enfoque de dependência profissional, Florence Nightingale preconizou a necessidade de autonomia da formação de enfermeiros, notadamente de autonomia financeira, pedagógica e de direção – recomendando que as escolas não fossem dirigidas por médicos, mas por enfermeiras. Na organização do serviço de enfermagem a nível hospitalar, tal autonomia deveria ser requerida através da figura da

supervisora de enfermagem, pessoa responsável por toda a enfermagem do hospital.

O processo de profissionalização culminou com a ida de muitos dos ex-alunos da Escola Nightingale para outros países, iniciando lá novas escolas. SEYMER (apud Almeida, 1986, p. 53), refere que em 1880 as “Nightingales” já estavam trabalhando nos mais importantes hospitais da Grã-Bretanha, enquanto outras estavam no Canadá, EUA, Alemanha, Suécia, entre outros.

Fundamental para o desenvolvimento da enfermagem no Brasil, foi a ida das enfermeiras inglesas aos EUA.

Enfermagem no Brasil

A questão da profissionalização da enfermagem no Brasil remete ao fim do século passado e ao ensino superior. Das primeiras tentativas de profissionalização resultaram as escolas de enfermagem Alfredo Pinto, em 1890, e da Cruz Vermelha Brasileira, em 1916. Estas, no entanto, formavam “auxiliares de saúde” sem uma concepção de enfermagem enquanto ciência autônoma. Foi a vinda de 32 enfermeiras americanas e europeias, em 1921, que disseminou entre nós a enfermagem científica idealizada por Florence Nightingale no século XIX na Inglaterra (PAIXÃO, 1969, p. 109).

A vinda dessas enfermeiras foi marcada por motivos de ordem social e econômica, sendo patrocinada por um convênio entre a fundação Rockefeller (EUA) e o Departamento Nacional de Saúde Pública presidido por Carlos Chagas. É justo nesse período que o governo brasileiro assume uma política sanitária. Tal enfoque deve-se em grande parte as dificuldades que a falta de atendimento primário à saúde da população vinha causando. Os portos do Rio de Janeiro e Santos enfrentavam então graves surtos de cólera, peste bubônica, febre amarela e varíola, prejudicando a exportação cafeeira. Nos centros urbanos essas epidemias se disseminavam. Vieram, assim, as 32 enfermeiras para lidar com questões de saúde pública.

A enfermagem profissional no Brasil, nasceu, portanto, “num processo de transposição do modelo americano para a América Latina”, apesar do seu enfoque voltado para a saúde pública. Isto talvez explique a contradição que se evidenciou no ensino de enfermagem no Brasil, desde seu início: “O currículo era composto principalmente por disciplinas de cunho preventivo, mas das alunas exigiam-se oito horas diárias de trabalho no Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública (GERMANO, 1985, p. 35).

Como nos outros países, no Brasil grande parte do atendimento aos doentes era feito por religiosas e o sentimento de religiosidade teve e tem uma influência marcante no desenvolvimento da enfermagem. Outra característica da enfermagem brasileira, foi ter sido criada com base no modelo vocacional nightingaliano, mantendo, portanto, a ênfase nos aspectos morais e de caráter e na rigidez disciplinar. Da mesma forma, desenvolveu-se em regime de internato, o que constituiu uma acentuada diferença entre o curso de enfermagem e os demais cursos de nível superior, quando de sua incorporação à Universidade em 1937. DOURADO (1950 p. 5) justifica estes aspectos com necessários

para resguardar a participação da mulher num ambiente de trabalho predominantemente masculino.

A construção da ideologia da enfermagem no Brasil, foi fruto de um entrelaçamento dos princípios mais relevantes da Escola Nightingale com elementos próprios da cultura brasileira.

Analisando-se as figuras históricas da enfermagem nacional (Francisca de Sande, Ana Neri, Raquel Haddock Lobo, Laís Neto dos Reys, etc.), percebe-se claramente as qualidades preconizadas com básicas ao bom profissional: humildade, espírito de servir, abnegação, obediência, respeito à hierarquia, entre outros. Autoras como PAIXAO (1969, p. 114 e 102) ao comentarem o desempenho profissional dessas mulheres, referem-se sobretudo às suas qualidades morais, independentemente do grau de capacitação profissional. Por exemplo, a Enfermeira Laís Neto dos Reys, pós-graduada nos EUA e com cursos de aperfeiçoamento na Europa, diretora da Escola Ana Neri de 1938 a 1950, é lembrada como "um modelo de abnegação, trabalho assíduo, bondade inesgotável" da mesma forma que Ana Neri, voluntária da Guerra do Paraguai (principalmente para acompanhar os filhos) é descrita como um modelo de dedicação aos feridos. Nessas análises, a formação e a capacitação profissional não constituem elementos diferenciadores e não são valorizados como elementos fundamentais da profissional. Estas, em função da conduta, ficam relegadas a um segundo plano.

Na transposição do modelo de enfermagem profissional da Inglaterra, via EUA, para o Brasil, permaneceram alguns pontos comuns entre a última e a primeira. Também no Brasil, as enfermeiras provinham da burguesia e as atendentes do proletariado. Mantiveram-se assim categorias semelhantes às "lady-nurse" e "nurse". A divisão do trabalho ficou então estabelecida entre enfermeira – com atividades de supervisão e administração, tidas como intelectuais e atendentes – com atividades junto ao paciente, tidas como manuais. Acreditava-se que a valorização da profissão "se daria na medida em que ela se separasse dos grupos que exerciam o cuidado do doente..." (MELO, 1986, p. 65).

Nos três países citados, a enfermagem moderna veio responder a necessidades da classe dominante, sendo que na Inglaterra e EUA o objetivo primeiro foi o de melhorar a assistência ao doente hospitalizado e no Brasil foi o atendimento às necessidades do setor de saúde pública.

Da trajetória da enfermagem profissional no Brasil pode-se dizer que:

1º) As décadas de 1920 e 30 corresponderam à fase de sua implementação;

2) De 1930 a 1950 ocorreu a sua consolidação com expansão do ensino na área e aumento da demanda de profissionais;

3) As décadas de 60 e 70 estão ligadas ao processo de expansão e cientificação da enfermagem, com alguns acontecimentos fundamentais para a profissão: sua passagem de fato a ensino superior em 1962, surgimento de um novo currículo mínimo em 1972 com grande ênfase na disciplina de administração e a constituição dos primeiros cursos de pós-graduação na área, segundo diretivas da reforma universitária de 1968 (SILVA, p. 79 a 84).

Situação atual da enfermagem no Brasil

Muitos são os aspectos que se mantiveram vigentes ao longo dos anos.

Tal como no início da profissionalização, a enfermeira continua não prestando assistência direta ao cliente. O objetivo de seu trabalho – a assistência ao doente – mais do que nunca está delegado aos membros menos preparados da equipe de enfermagem. Concretiza-se assim a divisão manual/intelectual do trabalho: o "status" profissional é conferido à enfermeira pelas suas atividades administrativas e burocráticas.

A enfermagem segue sendo uma profissão feminina, e como tal, com sérios problemas envolvendo a desvalorização do profissional na equipe de saúde, más condições de trabalho, tais como as longas jornadas e condições insalubres, baixa remuneração comparada a outras profissões de nível superior e frágil estruturação a nível político.

As relações de poder, apesar do tão propalado trabalho em equipe na área da saúde, permanecem quase intocadas. Por conseguinte, a autonomia da enfermeira sobre o seu processo de trabalho apresentou poucos progressos: "O cumprimento da prescrição médica como ênfase no trabalho da equipe de enfermagem traz consigo o não reconhecimento desta categoria como autônoma." (MEYER, 1989, p. 171).

Uma diferença importante talvez possa ser estabelecida entre o passado e o presente da profissão. Atualmente, um grande número de enfermeiras provém da classe média e proletária. Os salários decaíram muito e as possibilidades de ascensão ou diversificação do trabalho são mínimas. As iniciativas de atividades liberais são raras. Classe e raça demonstram o desprestígio vigente, por exemplo: os médicos são fundamentalmente homens brancos de classe média alta; as enfermeiras são mulheres de classe média ou trabalhadora e os trabalhadores auxiliares de saúde são mulheres provenientes da classe trabalhadora. No caso do Brasil são ainda, em grande parte, de raça negra e dentre o pequeno contingente de homens na profissão, são muitos os homossexuais (Navarro apud Melo, 1986, p. 79).

O aspecto que mais impressiona as autoras no atual estágio de desenvolvimento da enfermagem, é a permanência de uma crença latente de que a respeitabilidade da profissão advirá da conduta moral de suas componentes. Ainda hoje, como demonstraremos a seguir, tem-se nas escolas de enfermagem os "boletins moral e técnico" das alunas, presentes nas atuais fichas de avaliação de estágio. A produção do conhecimento na enfermagem é ainda bastante deficitária e prevalece muitas vezes o aspecto ao princípio científico, a conduta ao conhecimento.

Resta questionar: porque motivos e até quando se pensará que o uniforme impecavelmente "branco" confere à enfermeira um caráter assexuado, sem classe social, sem agressividade ou sem desejos próprios, possuindo este aspecto mais valor que seu próprio conhecimento?

3 ANALISANDO A POSTURA E O CONHECIMENTO NA PROFISSÃO

Dos múltiplos aspectos e questões que emergem

quando se faz uma leitura crítica da história da enfermagem, procuramos salientar aqueles mais diretamente ligados ao privilégio da conduta e da moral sobre o conhecimento técnico.

Para que se tenha hoje uma compreensão mais clara da enfermagem, é preciso retornar a análise da situação mais ampla da mulher no momento em que ocorreu sua profissionalização. No século XIX raras eram as oportunidades de trabalho para mulheres, fora do trabalho mal remunerado e realizado em péssimas condições oferecido pelas indústrias nascentes.

O âmbito doméstico era o espaço por excelência da mulher. A organização patriarcal da sociedade estava embasada no trabalho gratuito da mulher dentro da família. Segundo GAMANIKOW (1978, p. 100), o casamento é um contrato de trabalho pelo qual os homens apropriam-se da força de trabalho das mulheres e as relações maritais masculino-feminino, caracterizadas pela posse e controle da força de trabalho da esposa, constituem as relações do **modo de produção doméstico** e, conseqüentemente, estruturam este modo de produção. O patriarcado e a família que a partir dele se estrutura, compõem a base da sociedade capitalista. A diferença fundamental entre o modo de produção capitalista e o modo de produção doméstico, está na forma pela qual quem exerce o controle apropriou-se da força de trabalho: no primeiro isto se dá através da remuneração enquanto no segundo através de um contrato implícito do casamento. Tal diferença não constitui um antagonismo, ao contrário, permite uma relação de complementariedade entre ambas na estruturação social.

Neste contexto surge a enfermagem profissional e as contradições subjacentes a estas relações de poder têm nítidos reflexos na profissão. Florence Nightingale, num projeto audacioso para a época, conquistou um espaço profissional para si e, a posteriori, para um grande grupo de mulheres. Sua ousadia, porém, não foi suficiente para que ela rompesse com o espaço “permitido” para as mulheres: o doméstico. Fruto de seu tempo, Florence ao firmar as bases da profissão confundiu as características da “boa” enfermeira com as da “boa” mulher, reforçando assim a enfermagem como uma extensão do trabalho doméstico.

A enfermagem há muito era um gueto feminino, porém sua imagem não era compatível com a classe social da qual provinha Florence Nightingale. Assim sendo, as mudanças técnicas por ela estabelecidas não foram suficientes para garantir a aceitação social da profissão pela burguesia. O rigor científico, o preparo profissionalizante e a inovação no cuidado ao doente, não conferiram o status necessário à mulher profissional. Era premente mudar a imagem moral da mulher trabalhadora da enfermagem. Para tanto, Florence resgata o aspecto nobre do cuidado ao doente que advinha do modelo religioso de assistência da idade média e o adapta num modelo vocacional que propugna a enfermagem como arte e doação. Este aspecto moral compete com a relevância do conhecimento na nova profissão. Um exemplo concreto é a definição que Florence dá à enfermagem: *“a enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois, o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo do espírito de Deus? É uma das*

artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas-Artes” (Seymer apud Almeida, 1986, p. 48).

Esta definição, longe de escurecer o que seja enfermagem e que tipo de conhecimento requer para seu exercício, mitifica a profissão, tornando-a envolta numa aura de incompreensão e mistério. Ao comparar-se todos os aspectos renovadores que surgem com a profissionalização, este apresenta-se como o mais forte legado da escola nightingaleana.

Stolei (1971), citado por Nakamac (1986, p. 75) coloca que *“o mais maravilhoso é que a enfermagem não precisa ser definida (...) o perigo da definição é a perda do mistério, da aura e da beleza que a envolvem”* e Carvalho (1980), citada pela mesma autora, diz que a uma determinada escola cabe *“preservar e defender ciosamente a herança que a tradição cristã legou à enfermagem – dedicação ao doente e à sua família e gratificação pelo simples privilégio de servir ao ser humano”* (grifo da autora). A data das afirmações acima transcritas, demonstra quanto a enfermagem contemporânea permanece impregnada por esta concepção vocacional.

A tentativa de dignificação do trabalho de enfermagem no século XIX, passou também pela necessidade de se relacionar o trabalho a ser desenvolvido com a origem da pessoa que deveria executá-lo. O aspecto manual do cuidado ao doente, apesar de toda a mitificação, não era digno das mulheres da classe burguesa. Com a introdução das categorias “nurse” e “lady nurse”, Florence introduziu a divisão social do trabalho na enfermagem. Às “ladies-nurses”, provenientes da burguesia, foram reservadas as atividades administrativas de supervisão do cuidado e do ensino – trabalho intelectual – e às “nurses”, oriundas do proletariado, o cuidado ao doente, propriamente dito. Esta divisão social do trabalho, no caso da enfermagem brasileira, foi aprimorada e ampliada com uma maior fragmentação dos cuidados, prestados atualmente por quatro categorias. Dentre elas, as enfermeiras compõem a categoria que goza de maior prestígio, melhor remuneração e que menos presta cuidados diretos ao paciente.

A enfermagem brasileira manteve ao longo de sua história a ênfase nos aspectos de conduta e de moral, porém no que ele diz respeito a construção do conhecimento sua trajetória foi bem mais irregular. Isto deve-se em grande parte ao fato de que a enfermagem, fiel ao seu espírito de obediência e à sua concepção de profissão social – servir a humanidade –, foi sempre uma executora modelar das diretrizes de saúde do governo, independentemente do tipo de governo. Assim, temos a ênfase na saúde pública nos currículos mínimos de 1923 e 1949. Como o mercado de trabalho começou a oferecer espaço predominantemente a nível hospitalar, fruto de um processo “excludente e concentrador da renda na economia brasileira”, o currículo mínimo de 1962 tem como ênfase as clínicas especializadas de caráter curativo (GERMANO, 1984, p. 39). Com o desenvolvimento econômico e tecnológico dos anos 70, o conhecimento produzido volta-se para o aprimoramento da enfermagem enquanto prática técnica vinculada ao consumo de equipamentos e materiais sofisticados. No mesmo período, a administração aplicada à enfermagem desenvolve-se no sentido da *“intensificação do controle e da racionalização, em busca da eficiência empresarial, em total acordo*

com as teorias de administração” da época (GERMANO, 1984, p. 73). Este alinhamento foi conveniente na medida em que proporcionou à enfermagem a ampliação do seu espaço profissional, bem como de seu status.

Tem-se assim, ainda hoje, a enfermagem desvinculada das necessidades da maioria da população, pouco conhecida em sua estrutura e organização, atrelada às iniciativas governamentais e econômicas, desenvolvida tal como é ensinada a nível de escola apenas nos hospitais universitários e grandes centros privados e, não obstante, mantendo a crença de que a conduta e a moral são elementos fundamentais para conquistar a respeitabilidade da profissão.

Pode-se constatar a procedência de tal afirmação, quando ainda hoje as fichas de avaliação de estágio dos alunos das escolas de enfermagem seguem os mesmos princípios dos boletins moral e técnico preconizados por Florence Nightingale. Analisando fichas de avaliação de duas instituições públicas de ensino superior utilizadas no período 1980-89, verifica-se que de 15 a 30% da nota final do aluno é atribuída em função de itens como: cooperação, interesse apresentação pessoal, postura, assiduidade, pontualidade, segurança e equilíbrio emocional. No item de apresentação pessoal chega-se a um nível de exigência não observável em nenhum outro curso de ensino superior. Conforme uma das fichas utilizadas, na aparência pessoal o aluno deveria “apresentar os seguintes quesitos”.

- uniforme completo;
- higiene adequada, cabelo curto e preso, unhas curtas e, se esmaltadas, esmalte íntegro;
- permite-se o uso de brincos aderentes à orelha e uma corrente fina com pequenino pedante ao pescoço.”

Cabe ainda salientar que como em qualquer avaliação e, principalmente, nas que se propõe avaliar aspectos cognitivos e afetivos, o índice de subjetividade é muito elevado. O juízo de valor do avaliador para cada item da ficha, pode levar a exigência em relação ao item, da banalidade à inacessibilidade. Ilustra este argumento a experiência de uma das autoras que, ao ser avaliada no ano de 1984, teve sua nota ameaçada em um ponto em dez pelo fato de não prender o cabelo na altura exigida pela supervisora de estágio (no topo da cabeça). Todos os demais itens de aparência pessoal estavam ameaçados de serem desconsiderados por este detalhe.

Analisando a cronologia das fichas, percebe-se como evolução a opção em considerar apenas o não cumprimento dos itens citados acima com relevantes na avaliação, uma vez que o seu cumprimento é uma obrigação por ser considerado como aspecto fundamental na formação da enfermeira.

Todos estes esforços de criar uma imagem limpa e respeitável, empreendidos desde Florence Nightingale, não surtiram o efeito desejado, uma vez que, apesar de modificado através dos tempos, persiste um estereótipo contraditório da mulher que exerce a enfermagem. Se por um lado se veicula a imagem da enfermeira como um anjo de branco, o símbolo da abnegação e do servir ao próximo, por outro tem-se a imagem veiculada principalmente nos meios de comunicação, da enfermeira de corpo escultural, vestindo mini-saia, muito maquiada e equilibrando-se em saltos altos, via de regra amante de algum médico ou “despe-

daçando o coração” de algum paciente. Acrescente-se a isto, a percepção do senso comum que não diferencia a enfermeira de qualquer pessoa que trabalhe aplicando injeções, das secretárias de consultório médico, e, sobretudo, dos atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Destas três visões, a primeira mitifica, a segunda vulgariza e a terceira simplifica a profissional enfermeira. Nenhuma delas, porém, chega a retratar a dura realidade da mulher trabalhadora da enfermagem.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O viés ideológico da prevalência da conduta sobre a produção de conhecimento, já deu mostras suficientes de haver sido um equívoco básico na enfermagem.

Enquanto a enfermeira está em formação, sob as normas rígidas da escola, sua conduta é norteada por regras que são impostas e que devem ser seguidas sem questionamentos. Não se trata aqui de condenar generalizadamente todas estas normas. Existem motivos reais, baseados na ciência, para justificar condutas com uso de sapatos fechados, unhas limpas e curtas, não utilização de anéis ou cabelos soltos. O que merece crítica é o fato de usualmente exigir-se a regra pela regra, não havendo flexibilidade para que a aluna, instruída dos motivos que fundamentam tais regras, opte pela conduta que lhe parecer mais convenientes e arque com as conseqüências desta.

O que se obtém com esta postura de intolerância e controle que tenta nivelar a todos na aparência, é o rechaço da grande maioria das alunas que, ao ingressarem no mercado de trabalho, abandonam quase que por inteiro tais normas, desconsiderando os riscos que daí podem advir para elas ou pacientes. A manutenção do modelo se dá nestes ambientes pelo uso do poder da hierarquia que continua enfatizando o aspecto desejado. A peculiaridade do fato pode ser avaliada ao pensarmos que em nenhuma outra profissão de nível superior da área da saúde ou com predominância de mulheres, encontra-se tamanha rigidez e intolerância.

Como conseqüência deste enfoque profissional, resultou que hoje nenhuma enfermeira tem dúvidas quanto ao que se espera dela em termos de postura e aparência pessoal, mas poucas sabem dizer quais são suas reais atribuições. O atrelamento às necessidades do sistema, entre outros, fez da enfermeira um profissional afastado do seu próprio objeto de trabalho. Ligada ao controle dos demais componentes da equipe, através da administração, já não produz o conhecimento necessário à sua prática, que também já não é sua, pois está delegada. Encontra-se assim a profissional enfermeira: sem identidade, não produzindo um conhecimento que propulsione a profissão ao encontro das necessidades da maioria da população, frágil e desestruturada politicamente.

A própria produção das rotinas da unidade, conhecimentos básicos que toda enfermeira deve sistematizar para o atendimento dos pacientes, não dizem respeito às necessidades dos indivíduos e nem sempre visam ao conforto dá ao paciente o banho ministrado às 5:30h da manhã?

O desafio que se coloca para a enfermagem dos anos 90 e do próximo século é o da superação das

contradições que nasceram com ela. A nível da divisão social do trabalho, é preciso que a enfermeira, ao invés de controlar, alie-se às demais categorias da enfermagem, promovendo um entrelaçamento entre o fazer intelectual e manual. No que diz respeito à conduta e conhecimento, ao invés de se discutir sobre “cor e integridade do esmalte”, é necessário que se passe à discussão das questões da enfermagem enquanto profissão feminina, com todos os ônus que isto acarreta. As escolas de enfermagem só formarão profissionais realmente aptos a avançar na enfermagem, quando permitirem que as contradições existentes na profissão aflorem e sejam tratadas ao longo do processo de formação da enfermeira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, Maria Cecília & ROCHA, Juan. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1986.
- 2 DOURADO, Haydée Guanais. *Resenha histórica da enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro, Ministério da Educação e Cultura, 1950.
- 3 FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 7. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1988.
- 4 GAMARNIKOW, Eva. Secular division of labour: the case of nursing. In: *Feminism and materialism*. Londres, Routledge & Regan Paul, 1978.
- 5 GERMANO, Raimunda. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. 2. ed. São Paulo, Cortez, 1985.
- 6 MELO, Cristina. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo, Cortez, 1986.
- 7 MEYER, Dagma e GASTALDO, Denise. Qualificação profissional do auxiliar de enfermagem: um conflito entre a formação e a realidade profissional. *Ciência e Cultura*, 41(2):171-6, fevereiro/1989.
- 8 NAKAMAE, Djair. *Novos caminhos da enfermagem*. São Paulo, Cortez, 1987.
- 9 PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. 4. ed. Rio de Janeiro, Bruno Buccini, 1969.
- 10 SILVA, Graciette. *Enfermagem profissional – análise crítica*. São Paulo, Cortez, 1986.

NÃO FIQUE APENAS SÓCIO. PROCURE A ABEn DO SEU ESTADO.
