

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA**

GÊNERO E ENFERMAGEM

***ESTUDO DE CASO DO DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS***

ALDEVINA MARIA DOS SANTOS

GOIÂNIA – GOIÁS

1999

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA**

GÊNERO E ENFERMAGEM

***ESTUDO DE CASO DO DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS***

ALDEVINA MARIA DOS SANTOS

***Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Educação Escolar
Brasileira da Faculdade de Educação da Universidade Federal de
Goiás, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre, sob a
orientação da professora doutora Celma Martins Guimarães.***

Goiânia- Goiás

1999

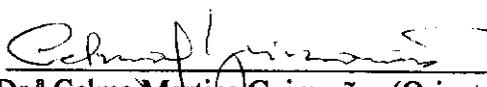
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA**

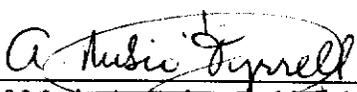
GÊNERO E ENFERMAGEM

***ESTUDO DE CASO DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS***

ALDEVINA MARIA DOS SANTOS

Dissertação defendida e aprovada em 12 de novembro de 1999, pela Banca Examinadora constituída pelas professoras:


Prof^a Dr^a Celma Martins Guimarães (Orientadora)
Doutora em Saúde Pública


Prof^a Dr^a Maria Antonieta Rubio Tirrey
Doutora em Enfermagem e Sociedade


Prof^a Dr^a Anita Cristina Rezende
Doutora em Ciências Sociais

DEDICATÓRIA

Às mulheres e aos homens que têm assumido o desafio e o prazer de trilhar novos caminhos para a humanidade. A minha mãe - Antonia Parizotto dos Santos - mulher que me ensinou que os estudos são um bom caminho para a busca da autonomia. A meu pai - Aureliano dos Santos - bondade personificada, que me ensinou o valor da verdade, da amizade e do sonho. A meus encantadores filhos - Vitor Santos Ferreira e Vinicius Santos Ferreira - que me ensinam cotidianamente a importância do amor e do carinho em nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão e carinho,

Às grandes amigas - com as quais compartilho muitas alegrias, sonhos, trabalhos, tristezas e desejos – Maria José Pereira Rocha (ZEZÉ), Albineiar Plaza Pinto, Raquel Aparecida Marra Madeira de Freitas e Angelita Pereira Lima, intelectuais de sólida formação e incrível sensibilidade, sem as quais não teria concluído este trabalho; Maria Goreti Aleixo, Rurany Ester Aires, Luciene Cunha Monteiro Lacerda, Marta Carvalho Loures, Marlene Camargo, Maria do Rosário Veiga Torres e Maria Lúcia F. Marquez Cunha que, cada uma a seu modo, enfrentam os desafios da vida com simplicidade, coerência e sabedoria. À Anderson de Lima pelo apoio e amizade.

Às colegas do ENF e do NEPSS, pela trajetória partilhada e apoio recebido. Sinto-me privilegiada por fazer parte deste Departamento e ao destacar as professoras Marlene Maria de Carvalho Salum e a Maria Salete S. P. Nascimento registro meu respeito e admiração às (aos) docentes que têm construído cotidianamente este curso. Às (aos) alunas (os) do ENF e às mulheres participantes de eventos relativos ao gênero, que têm me ensinado que o ofício de ensinar é mais o de aprender.

À equipe do PIMEP - Terezinha de Jesus Coelho, Zilda Fernandes, Divina de Paiva, Elizabete Bicalho, Maria Helena Brito, Raquel Norberto dos Santos e Elisa Alves da Silva - que, mais que construir um programa de extensão na Universidade, têm provocado gratas modificações em nossas vidas. Esta experiência

tem sido bem maior que estudar gênero, um laboratório que tem nos desafiado a compartilhar nossas vidas pública e privada, propiciando rica aprendizagem de respeito às diferenças e significativos momentos de prazer.

A todas (os) professores deste mestrado que ofereceram mais que uma aprendizagem metodológica; indicaram-me um outro “jeito” de ser professora e estudante. Destaco especialmente as professoras Dr^a Marília Gouveia, Dr^a Maria Tereza Carnesin Guimarães e Dr^a Anita Cristina Rezende, por introduzirem os clássicos em minha vida e me ensinarem, através de seu exemplo, que a produção da ciência, com rigor científico, pode ser permeada pelo prazer que só o conhecimento permite. Ao Dr. Marcos Loureiro, atual coordenador do Mestrado, que pratica a função administrativa na Universidade como uma ação prioritariamente educativa.

À minha orientadora Professora Dr^a Celma Martins Guimarães, pelo carinho e por me forçar a trilhar um caminho autônomo na produção de conhecimento. Pela exigência científica e pelo desafiante rigor no cotidiano do ENF, onde sua presença é fonte de inspiração à produção científica. À Prof^a Maria Freire que fez a revisão final deste trabalho, pela paciência e apoio. Às colegas de curso e trabalho cujo apoio viabilizou a concretização de meu mestrado.

Aos meus familiares - irmãs, irmãos, cunhadas, cunhados, sobrinhos e sobrinhas destaco especialmente Angela Cristina dos Santos, Adailson Luis dos Santos e Joana Rosa de Almeida, pelo apoio e presença constante em minha vida.

À Universidade Católica de Goiás que me apoiou concedendo carga horária para cursar o mestrado.

SUMÁRIO

Resumo

Abstrat

APRESENTAÇÃO.....	11
1. EXPLICITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	15
1.1. Justificativas, pressupostos e objetivos.....	22
1.2. Gênero como categoria de análise.....	26
1.3. Gênero no ensino de enfermagem.....	37
2. TRAJETÓRIA DE UMA HISTÓRIA (IN)VISÍVEL.....	46
2.1. O protagonismo histórico da mulher.....	48
2.2. As marcas das mulheres em Goiás	63
2.3. A afirmação da enfermagem enquanto profissão feminina.....	73
2.4. O ensino da enfermagem em Goiás e a criação do ENF/UCG.....	85
3. GÊNERO NA FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA - O CASO EM ESTUDO.....	104
3.1 O percurso metodológico.....	105
3.2 A caracterização das professoras e alunas participantes do estudo.....	113
3.3 A construção de relações ensino-aprendizagem no ENF/UCG.....	118
3.3.1. <i>Relações do Departamento de Enfermagem com a Universidade Católica de Goiás.....</i>	<i>119</i>
3.3.2. <i>As relações de gênero são pouco percebidas no curso.....</i>	<i>130</i>
3.3.3. <i>As relações de gênero no ENF/UCG são predominantemente entre mulheres.....</i>	<i>134</i>
3.3.4. <i>Discriminação e/ou privilégio dos homens no ENF/UCG</i>	<i>141</i>
3.3.5. <i>Relações docente/discente.....</i>	<i>147</i>
3.3.6. <i>Relações docente/docente.....</i>	<i>157</i>
3.3.7. <i>Relações de professoras e alunas com suas entidades organizativas.....</i>	<i>164</i>

3.3.8. <i>Relações enfermeira/usuário (a) do Serviço de Saúde</i>	172
3.4. Divisão social do trabalho na Enfermagem.....	179
3.4.1. <i>Relações enfermeira/equipe de enfermagem</i>	188
3.4.2 <i>Relações enfermeira/equipe de saúde</i>	195
3.4.3. <i>Relações enfermeira/médico</i>	200
3.5. O poder e o saber permeando as relações no ensino e na prática de enfermagem.....	211
4. DESCOBRINDO A MULHER ESCONDIDA NO CONTEXTO CONTRADITÓRIO DO ENSINO DE ENFERMAGEM – INDÍCIOS QUE APONTAM PARA ALÉM DO LABORATÓRIO DE DOCILIDADE	223
4.1. Refletindo sobre a trajetória metodológica percorrida.....	232
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	236

ANEXOS

RESUMO

O trabalho em enfermagem é marcado pelo fato de ser exercido predominantemente por mulheres e pela compreensão do cuidar como trabalho natural da mulher. Considerando a inexistência de estudos acerca do modo como se articulam as relações de gênero, no ensino de enfermagem no Estado de Goiás, realizou-se este estudo com o objetivo de evidenciar as articulações e contradições existentes nos discursos das docentes e discentes, e perceber a existência de transformações no ensino, relacionadas com o gênero e a prática social da enfermagem. Os instrumentos usados nesta pesquisa (qualitativa) foram documentos institucionais, observação e questionários preenchidos por professoras e alunas. As informações foram organizadas abrangendo os seguintes eixos temáticos: relações de ensino e aprendizagem, ensino e processo de trabalho e poder/saber na área de enfermagem. A análise revelou que no interior do curso reproduzem-se relações desiguais de gênero e que as relações entre homens e mulheres, no cotidiano escolar, são perpassado por preconceitos, mitos, estereótipos e valores. Algumas transformações foram apontadas, sendo exposta a necessidade de outras mudanças na abordagem de gênero no ensino de enfermagem. Esta investigação revelou também que o aumento da produção científica no curso tem contribuído para despertar a compreensão da subalternidade profissional e social da mulher. Na visão de professoras e alunas o conhecimento científico deve ser buscado incessantemente objetivando propiciar à enfermagem uma valorização profissional.

ABSTRACT

Nursing activity is remarked by the fact that it is practiced mainly by women, and by the comprehension of caring as women's natural skill. Considering the lack of studies on the way that the relations of gender are combined in nursing education, in the State of Goiás (Brazil), this study was brought forward aiming to point out the connections and contradictions in teacher's and student's speech, and recognize changes occurring in education related to gender and nursing social practice. The devices used in this (qualitative) research were institutional documents and surveys with teachers and students. The data was organized comprising the following thematic guidelines: teaching /learning relations, education and labor process, and power/knowledge in nursing. The analysis revealed that in the course, uneven relations of gender are produced, and that the relation between men and women in the school's daily routine are among prejudice, myths, stereotypes and values. Changes were pointed out, making clear the need of other changes in the gender approach in nursing education. This investigation also revealed that the increase in the course's scientific production has contributed to arise an understanding of the subaltern social and professional status of women. In teacher's and student's view, scientific knowledge should be sought, in order to give professional value to nursing.

APRESENTAÇÃO

Esta investigação buscou compreender como o ensino de enfermagem ministrado na Universidade Católica de Goiás tem articulado as questões de gênero com a problemática específica da enfermagem e analisou-se a ocorrência de transformações no ensino de enfermagem relacionadas ao gênero e à prática social desta profissão. Assim, relacionando o trabalho e o papel social da mulher com o trabalho da enfermeira e sua posição na sociedade, evidenciaram-se articulações e contradições, existentes nos discursos das professoras e alunas, acerca da prática de enfermagem e das relações de gênero.

A interferência do gênero no ensino de enfermagem, como objeto de investigação, foi resultado da trajetória pessoal da autora na vida acadêmica e de sua inserção no movimento feminista – compõe a entidade feminista Oficina Mulher. Desde a graduação, as relações hierárquicas entre os gêneros incomodavam, especialmente no curso de enfermagem da Universidade Católica de Goiás, onde, à época, a reprodução dos estereótipos femininos relativos à subalternidade da mulher, expressos, especialmente nas relações entre professoras e alunas da enfermagem e na área de saúde.

A escolha do tema foi influenciada, particularmente, pela participação desta pesquisadora na equipe do Programa Interdisciplinar da Mulher - Estudos e Pesquisas (PIMEP), que tem propiciado a realização de estudos sobre gênero numa perspectiva de interdisciplinaridade. Assim como compor a equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Saúde e Sociedade (NEPSS) e do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica

de Goiás (ENF/UCG)¹ possibilitou a realização de investigações na área da saúde pública no Estado de Goiás. Para a autora, o desejo de estudar e refletir sobre a subordinação e o protagonismo da mulher na enfermagem inicia-se com a escolha deste objeto de estudo.

Para efeito de organização do trabalho e composição do texto, esta dissertação está dividida em capítulos. No primeiro, “**Explicitação do objeto de estudo**”, foram abordados o objeto de estudo, as justificativas, os pressupostos, os objetivos, o gênero como categoria de análise central desta investigação e o gênero no ensino de enfermagem.

No segundo, **trajetória de uma história (in)visível**, a partir da revisão da literatura, buscou-se alguns marcos da organização das mulheres, no ocidente e em Goiás, e da enfermagem moderna. A (in)visibilidade do protagonismo da mulher na história e no exercício da enfermagem também foi abordado na sociedade ocidental e no Estado de Goiás, destacando-se a criação da Escola São Vicente de Paulo, futuro ENF/UCG.

No terceiro capítulo, **gênero na formação da enfermeira - o caso em estudo**, iniciou-se com a descrição do percurso metodológico, seguida pela caracterização das professoras e alunas participantes do estudo. Os resultados foram apresentados nos seguintes núcleos temáticos: na “**construção de relações ensino-aprendizagem**” foram abordadas as relações do ENF com a UCG, ou seja: como as relações de gênero são percebidas pelas alunas e professoras, as mulheres e os homens no curso, relações entre docente e discente, docente e docente e, ainda, as relações das professoras e alunas com suas entidades organizativas. Na “**divisão social do trabalho na enfermagem**” foram analisadas as relações

¹ Na Universidade Católica de Goiás o Departamento de Enfermagem são usualmente denominados pelas siglas UCG e ENF. Neste estudo estas siglas serão usadas com os mesmos significados.

entre enfermeira/equipe de enfermagem, enfermeira/equipe de saúde e enfermeira/médico. O *“poder e o saber permeando as relações no ensino e na prática de enfermagem”* foram analisadas as relações anteriormente citadas e a relação enfermeira/paciente, encerrando os núcleos temáticos.

O quarto capítulo conclusivo, intitulado **“descobrimo a mulher escondida no contexto contraditório do ensino de enfermagem – indícios que apontam para além de um laboratório de docilidade”**, descreve as contradições no ensino que indicam um esforço de superação da subalternidade, sugerindo que se há uma mulher escondida na enfermeira formada pelo ENF/UCG, as mudanças da inserção social da mulher na atualidade podem contribuir para a autonomia da estudante e profissional. Destacaram-se, ainda, algumas sugestões para a reformulação do ensino de enfermagem. Em *“Refletindo sobre a trajetória metodológica percorrida”* fez-se algumas considerações relativas à metodologia e indicações para continuidade da temática investigada.

Por último, as referências bibliográficas e os anexos.

1. EXPLICITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

“É necessário estudar com cuidado o destino tradicional da mulher ..., compreender que problemas se apresentam às mulheres que, herdeiras de um pesado passado, se esforçam por forjar um futuro novo.....” (BEAUVOIR, 1980:7).

Para explicitar o objeto de estudo desta dissertação, este capítulo contém as justificativas, pressupostos e objetivos deste estudo de caso. Em seguida apresenta-se uma revisão teórica de gênero, considerando que esta é a principal categoria de análise do estudo e, para finalizar, é discutida a forma como as relações de gênero têm se apresentado no ensino de enfermagem.

Estudos como os de Epstein *apud* GÓMEZ (1993), entre outros, mostram que a construção da feminilidade e masculinidade e a divisão do trabalho entre os sexos variam no tempo e espaço. A sociedade ocidental atribui maior importância e valor às características e atividades masculinas. O produto e os meios desta construção social se manifestam no acesso assimétrico e institucionalmente estruturado dos recursos gerando privilégios. Esta valoração é demonstrável nas estatísticas sobre oportunidades de trabalho e salariais, violências doméstica e sexual, distribuição desigual das tarefas domésticas e acesso diferenciado a posições de liderança, entre outras.

ROCHA (1992) analisa que, apesar dessa dominância masculina, a mulher é, também, protagonista na história da humanidade. SAFFIOTI (1992), resgata que nos dois pólos da relação dominação/exploração existe poder desigual, mas ainda poder. Essa relação não prevê a total destruição da personagem subalterna, ao contrário, integra a relação de maneira constitutiva. Para a autora, esta desigualdade não é uma relação de hierarquia, trata-se de uma relação contraditória.

“Em todas as sociedades conhecidas, as mulheres detêm parcelas de poder, que lhes permitem meter cunhas na supremacia masculina e, assim, cavar-gerar espaços nos interstícios da falocracia. ... como na dialética entre o escravo e seu senhor, homem e mulher jogam, cada um com seus poderes, o primeiro para preservar sua supremacia, a segunda para tornar menos incompleta sua cidadania” (SAFFIOTI, 1992:184).

Neste século temos assistido a um inquestionável crescimento da escolarização e aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho², evidenciando que as mesmas estão cada vez mais qualificadas para exercer uma profissão. Em um contexto de rápida transformação do lugar social ocupado pelas mulheres, têm-se lidado de forma ambigua com as recentes conquistas femininas. A situação desta parcela da população nos anos noventa, no mundo ocidental, é substancialmente diferente, se comparada ao início deste século; esta diversificação ocorreu, principalmente, nos últimos 30 anos. Montalcini, *apud* HOBBSAWM (1995:11), analisando o século XX, avalia que houve revoluções para melhor e destaca “(...) a emergência da mulher, após séculos de repressão”.

Hoje a sociedade testemunha a presença feminina como pessoa autônoma, trabalhadora e cidadã. As modificações nas relações entre homens e mulheres estão ocorrendo nos diversos espaços públicos e privados³. Os novos costumes estão modificando a imagem

² O aumento da participação da mulher no mercado de trabalho significa que as mesmas continuam trabalhando, mas de forma diferente dos modelos anteriores. No Brasil e no Ocidente, a população feminina sempre trabalhou e muito. O trabalho doméstico era e é, até hoje, uma atribuição feminina que, apesar de não valorizado, custa muito, em termos de trabalho (e financeiramente se fosse pago). As índias e negras trabalhavam como escravas. As brancas trabalhavam no campo e como operárias desde o início da industrialização.

³ Atividades privadas e públicas são consideradas neste texto da seguinte forma: as primeiras as que são realizadas no domínio do mundo privado (própria para a reprodução da família, constituindo uma atividade não remunerada); as segundas são aquelas referentes ao mundo público do trabalho remunerado, a política entre outros.

tradicional dessas mulheres, que antes era baseada na identidade sexual de esposas, mães, objetos sexuais e donas de casa.

Aparentemente tudo mudou: na sociedade brasileira já é usual a mulher ir a bares desacompanhada, estudar, casar ou não, ocupar espaços administrativos importantes, votar, ser chefe de família, regular sua fertilidade, assumir o controle de seu corpo e participar dos movimentos sociais. No entanto, esta mesma pessoa pode ser morta pelo namorado ou marido em nome da honra (OLIVEIRA, 1997).

A maternidade, mesmo com toda essa mudança, ainda representa um quarto da vida das mulheres, correspondendo a 20 anos (para uma esperança de vida de aproximadamente 80 anos). Todavia as conquistas são significativas, já que as mesmas podem querer ou não ter seus filhos e fazer outras coisas mais. A sociedade está incorporando a compreensão de que uma mulher vale por um homem no trabalho e um homem vale por uma mulher na família. Mas esta situação é diferenciada de acordo com a região e a cultura (BADINTER e FRIEDAN, 1994). Elas estão saindo da invisibilidade e falando com voz própria. *“Mudou o lugar social das mulheres, mudou sua experiência com o mundo”* (OLIVEIRA, 1997:7).

A conquista de espaço público pela mulher, apesar dos inegáveis avanços mostrase, no entanto, muito difícil. Em nossa realidade sócio-cultural o significado do trabalho tem sido diferenciado para a mulher e para o homem. Ainda hoje, continua existindo um número significativo de mulheres que se dedicam ao casamento como seu destino único. Em diversas situações, o trabalho das mesmas não é considerado como fator de enriquecimento da personalidade humana ou meio de realização profissional mas, apenas, um meio de adaptação social às condições variáveis de insegurança econômica (SAFFIOTI, 1992).

É frequente as mulheres atribuírem um sentido reduzido à sua atividade ocupacional - uma fase transitória de sua vida - justificando a necessidade de manutenção do poder aquisitivo da família ou um complemento da renda familiar. Ao mesmo tempo que assumem as atividades públicas continuam sendo as principais responsáveis pelas atividades privadas - serviços domésticos, cuidado com filhos e idosos entre outros (SAFFIOTI, 1992).

Vale ressaltar, porém, que a participação da mulher no mercado de trabalho tem aumentado em todo o mundo. No Brasil, em 1980, o índice de mulheres que chefiavam os domicílios era 14,65% e em 1991 cresceu para 18,12% (ABEP e FNUAP, 1996). Em 1990, a taxa de participação feminina no mercado brasileiro era de 39,2% e o número de trabalhadoras atingia a cifra de 23 milhões, 18 dos quais nas cidades. Isso significa que de 1981 a 1990 entraram no mercado 8 milhões de trabalhadoras (BRUSCHINI e SORJ, 1994). Estes fatos demonstram a modificação da situação de gênero.

Esta parcela da humanidade tornou-se visível na sociedade enquanto sujeito social. Sua luta contra a exclusão e as desigualdades foi resultado, entre outros fatores sociais, dos movimentos feministas e de mulheres⁴. O movimento feminista contribuiu para, através da luta pela igualdade e cidadania, possibilitar a participação da mulher no espaço público (HOBSBAWM, 1995).

No Brasil, além da imensa exclusão social de milhões de pessoas, a população feminina enfrenta barreiras para atuar em diversas áreas. Há problemas referentes à

4. Utilizam-se neste trabalho as expressões movimentos de mulheres e movimentos feministas, reconhecendo que constituem uma pluralidade de processos, com dinâmicas próprias e diversas formas de expressão. Os movimentos de mulheres buscam articular os interesses feministas nas lutas mais gerais e são constituídos por mulheres que militam no movimento social mais amplo, tais como partidos políticos, sindicatos, movimentos populares. Os movimentos feministas são caracterizados por mulheres que se organizam em torno de questões especificamente femininas, como a luta pela saúde da mulher. Entende-se nesta investigação que os movimentos de mulheres incluem os movimentos feministas.

valorização social dos espaços onde a mulher já se encontra inserida e há, ainda, áreas em que as pessoas do sexo feminino avançam muito pouco. Nota-se também uma coincidência entre a desvalorização de algumas áreas e o avanço da ocupação pela mulher, como tem ocorrido por exemplo na aeronáutica, marinha, carreiras bancária e médica, entre outros. Estes fatos, no entanto, não são frutos especificamente de suas lutas, mas conseqüências da desvalorização social da profissão.

A ocupação do espaço público também está relacionada com a educação e a forma de socialização da mulher e do homem na sociedade. Através da família e dos estereótipos sociais de gênero, as pessoas - de acordo com seu sexo - são direcionadas para o exercício de determinadas ocupações e processos de trabalhos. Os atributos destinados aos homens e mulheres são diferentemente explorados no mundo do trabalho. Assim,

“o ato de trabalhar, mostrando-se contextualizado no mundo social e humano, fala para além da produção de bens e/ou de serviços: ele se torna referência para a própria produção de si mesmo. Processos de subjetivação nele se constroem, inculcando, formatando os agentes sociais de acordo com aquilo que ‘devem ser’. Desta forma, concebe-se o trabalho à luz de outros critérios que não o exclusivamente econômico, o que permite reconhecer, no campo social, múltiplas estruturas que, tramadas e inter cruzadas, sem se subordinarem umas às outras, produzem uma verdadeira alquimia, que não limita as possíveis alianças construídas entre diversas categorias. O trabalho cria e recria as alianças objetivadas no social..”
(Fonseca apud WALDOW, LOPES E MEYER , 1996:66-7).

As forças de trabalho masculina e feminina distribuem-se de forma desigual por entre ocupações e setores de atividade. A participação masculina apresenta-se entre as ocupações consideradas “próprias” para os homens, já a feminina concentra-se em áreas que se assemelham ao que a sociedade determina como características “naturais” da mulher: professoras, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiras, secretárias, entre outras. Assim caracteriza-se a segregação ocupacional por sexo (BRUSCHINI, 1985). Nesse sentido, a

desigualdade é mais acentuada do ponto de vista da remuneração, pois, de um modo geral, os homens recebem maiores salários.

No Brasil, em 1990, aproximadamente 12% das trabalhadoras percebiam um salário inferior ou igual a meio (1/2) salário mínimo enquanto que apenas 4,5% da mão de obra masculina se encontravam nesta faixa salarial. Na mesma data, 6,4% dos homens e 3,9% das mulheres que trabalhavam ganhavam mais de 10 salários mínimos mensais (PNAD, 1991).

Consoante com os fenômenos citados - presença das mulheres na vida pública; as modificações na estrutura do trabalho; as mobilizações feministas e os estudos de gênero⁵ - reitera-se o fato de que estão situados em uma sociedade de classes, que tem como modelo vigente a divisão social e sexual do trabalho. Portanto, as relações de classe são sexuadas; reciprocamente, as relações de sexo são atravessadas por pontos de vista de classe. De fato,

“as relações sociais de sexo são transversais para toda a sociedade: dinamizam todos os campos do social. A dinamização de uma esfera (classes sociais, produção) não pode deixar de ter efeito sobre a dinâmica de outra. Tal afirmação redundante em denunciar o postulado (quase sempre implícito) segundo o qual essa relação social só se exerce em determinado lugar. Na realidade, relações de classe e de sexo organizam a totalidade das práticas sociais, em qualquer lugar que se exerçam. Em outras palavras: não é só em casa que se é oprimida nem só na fábrica que se é explorada (HIRATA e KERGOAT, 1994:96).

De conformidade com o mencionado, acrescenta-se que o controle do trabalho se dá através de normatizações e disciplinamento do corpo feminino. A rebelião das mulheres diante deste quadro manifesta-se através da luta de classes e da luta de sexos. O significado do

5. A produção científica sobre gênero será tratada na primeira parte deste estudo “A explicitação do objeto de estudo”, particularmente no item 2 denominado: “gênero como categoria de análise”. As mobilizações feministas constam da segunda parte denominada “trajetória de uma história (in) visível”, especialmente no item “O protagonismo histórico da mulher”.

disciplinamento do corpo das trabalhadoras é torná-las mais dóceis, golpeando-as em sua auto-estima, para melhor adequá-las aos seus papéis no mercado de trabalho e na sociedade.

Não por acaso, no Brasil, desde a década de 70, o tema trabalho foi privilegiado nos estudos feministas, entre outros motivos, porque o feminismo via nele um potencial transformador; o trabalho remunerado era visto como uma das estratégias possíveis de emancipação da dona-de-casa, de seu papel subjugado na família (BRUSCHINI e SORJ, 1994). Assim o feminismo fundamentou o estudo da subordinação da mulher a partir de sua exclusão do mundo produtivo (SARTI, 1985).

Uma das preocupações dessas investigações foi a de dar visibilidade à participação feminina no mercado, através da crítica aos indicadores macro - sociais existentes, bem como à exigüidade de informações sobre o trabalho feminino e sua inadequação para avaliar a situação da mulher. A enfermagem, assim como outras profissões consideradas femininas, não têm sido priorizadas enquanto objeto de análise da sociologia do trabalho. Na área da enfermagem, diversos estudos foram realizados acerca da força de trabalho na profissão, todavia, as investigações sobre gênero só começaram a ser desenvolvidas nos anos noventa.

Os avanços das lutas feministas e o movimento de mulheres após a década de 70 podem ser verificados pela incorporação, pelos setores mais progressistas da sociedade, das concepções feministas na promoção da cidadania e dos direitos humanos, dos quais as mulheres têm sido excluídas (OLIVEIRA, 1997). Os diagnósticos realizados - por movimentos sociais, organizações populares e governamentais ou convenções internacionais - sobre a situação das mulheres foram resumidos por BREILH (1996: 269-270):

“mujeres han estado mayoritariamente ausentes del proceso de elaboración científica; la docencia inculca el sesgo de género; la asistencia sanitaria reproduce el sesgo de género; existe una segregación horizontal del trabajo que concentra a las mujeres en menos ocupaciones que las que su capacidad permite y una subvaloración de las ocupaciones típicamente femeninas; existe una segregación vertical que sitúa a las mujeres en los niveles más bajos de la escala jerárquica; las mujeres reciben por el mismo trabajo un salario inferior; las empresas y centros laborales no tienen en cuenta las diferencias de género; la organización del tiempo ignora la doble jornada; la doble jornada incrementa los problemas de salud; hay falta de corresponsabilidad en el mantenimiento de la familia e las tareas de reproducción; persiste el acoso sexual en los lugares de trabajo; existen modelos socioculturales que obstaculizan la autonomía de las mujeres sobre sus proyectos de vida ...”.

É neste contexto de conflitos, transformações e contradições que alunas e professoras do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás (ENF/UCG) têm construído as relações de ensino que gestam e criam enfermeiras. Considerando as mudanças da situação da mulher na sociedade brasileira e a educação sexista que ainda não propicia a autonomia feminina, pergunta-se: como tem se delineado a formação da enfermeira do ENF/UCG, frente a este contexto?

1.1. Justificativas, pressupostos e objetivos

Considerando que não foi encontrado nenhum estudo efetuado em Goiás acerca das relações de gênero e enfermagem⁶, acredita-se que esta investigação - “Gênero e

⁶ Nos cursos de pós-graduação *stricto sensu* existentes em Goiás não foi encontrado nenhum trabalho tendo como objeto o ensino de enfermagem e as relações de gênero, indicando que estas análises não têm sido feitas em Goiás, até por que temos uma pós-graduação *stricto sensu* recente.

Enfermagem: o caso do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás” - poderá contribuir com outros(as) estudiosos(as) interessados(as) em abordagens relativas à compreensão das articulações que se processam atualmente entre gênero e ensino de enfermagem. A disciplina específica sobre gênero (multidisciplinar) alocada no novo currículo do ENF/UCG, como as demais que o compõem, poderão utilizar este estudo de caso como subsídio para o ensino de enfermagem e/ou para refletir sobre o fato de como as relações de gênero perpassam as relações durante a formação da enfermeira.

Para isto, esta investigação procurou analisar as **questões básicas**:

- Como as docentes e discentes do ENF/UCG percebem a profissão e o curso de enfermagem, considerando-se aí a predominância de mulheres?
- Como se estabelecem as relações entre os gêneros durante a formação profissional?
- Quais são as características da formação profissional neste Departamento? Estas características reforçam ou se contrapõem à subordinação feminina?
- Como as alunas e professoras percebem as relações de poder entre homens e mulheres no curso e na área de enfermagem?
- O curso enfatiza qualidades e há predominância de atributos pertinentes a um gênero específico?
- Como alunas e professoras avaliam a participação da mulher na sociedade e sua repercussão (ou não) em mudanças na enfermagem?

Este estudo teve como **pressupostos**:

- dado que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina e que as relações de gênero que ocorrem na área de saúde são também relações de poder, a compreensão da enfermagem enquanto prática social passa pelo entendimento das questões de gênero;
- as representações que a enfermeira tem de si mesma reproduzem, em parte, as representações sociais⁷ construídas em torno da mulher, o que sugere haver relação de significados entre o fazer da enfermeira e o fazer da mulher. Assim, as concepções, percepções e os valores atribuídos ao trabalho da enfermeira giram em torno das representações construídas sobre o trabalho da mulher e o valor simbólico atribuído ao fazer feminino é também atribuído ao fazer da enfermagem;
- as professoras e alunas do ENF/UCG estão submetidas a um processo social baseado na hierarquização de gênero, que coloca a mulher em condição de subalternidade, mas esta situação é pouco percebida por elas;
- as professoras e alunas do ENF/UCG reproduzem relações desiguais de gênero no ensino de enfermagem;

⁷ Para este estudo representação social é compreendida como "... a consciência, gerada na relação dialética entre indivíduo e base material, é um elemento fundamental, pois aí se encontram as representações do real. Representações estas que, se compreendidas, evidenciam a concretude dos fenômenos presentes no contexto onde foram geradas, ... a contradição está sempre presente, e há uma dialética entre indivíduo e sociedade, entre subjetivo e objetivo num processo que abriga forças contraditórias, sendo que o elemento chave é a consciência, não a consciência abstrata, mas aquela forjada na *praxis* humana e que detém um papel transformador fundamental" (FREITAS, 1997:36). Ao buscar conhecer as representações das enfermeiras acerca da mulher, entende-se que as determinações históricas que pesam sobre esta profissão estão relacionadas com o modo que a sociedade representa a mulher. Por outro lado, a mulher também carrega o peso das determinações e transfigurações vividas na diversidade dos momentos históricos, o que se evidencia nas diversas representações que a sociedade elabora a seu respeito.

- as professoras e alunas do ENF/UCG sofrem influências sociais, no sentido de buscar sua autonomia pessoal e profissional;
- a participação das alunas e enfermeiras em entidades de classe e eventos científicos tem aumentado, o que pode contribuir para o entendimento da subalternidade da mulher na profissão e na sociedade;
- o conhecimento científico na área é considerado pelas professoras e alunas como a alternativa capaz de propiciar à enfermeira sua valorização profissional;
- as relações entre homens e mulheres no cotidiano do curso são perpassadas por preconceitos, mitos, estereótipos e valores.

O objetivo central que norteou este estudo foi compreender como o ensino de enfermagem, ministrado pela Universidade Católica de Goiás, está articulando as questões de gênero com a problemática específica da enfermagem. Assim, buscou-se:

- relacionar o trabalho e o papel social da mulher com o trabalho da enfermeira e sua posição na sociedade;
- evidenciar as articulações e contradições, existentes nos discursos das professoras e alunas, acerca da prática de ensino de enfermagem e relações de gênero;
- perceber a ocorrência de transformações relacionadas ao gênero no ensino e na prática social da enfermagem;
- fornecer informações que propiciem o (re) direcionamento das abordagens sobre gênero e enfermagem no ENF-UCG.

Para alcançar estes objetivos e apreender esta realidade concreta da enfermagem e do ensino desta profissão, entende-se ser necessário, entre outros, o uso da categoria de análise gênero. Considerando que a profissionalização da enfermeira e, particularmente, o ensino de enfermagem no ENF/UCG é uma realidade concreta que apresenta modificações e contradições como qualquer realidade social, trata-se de uma realidade histórica, em movimento, onde os contrários não antagônicos coexistem num delimitado espaço geográfico.

1.2. Gênero como categoria de análise

As relações sociais são sexuadas e assentadas sobre uma base material, enquanto fundamento e elemento de organização da sociedade. Nas sociedades ocidentais conhecidas, há uma divisão de funções atribuídas a cada sexo, podendo ser atribuídas com maior rigidez ou serem mais flexíveis, de acordo com a realidade sócio - cultural (GÓMEZ,1993).

Os arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos de atividade foram denominados por RUBIN (1990) como “sistemas de sexo/gênero.” Estes sistemas são

“conjuntos de práticas, símbolos, representações sociais que as sociedades elaboram, a partir da diferença sexual anatômico-fisiológica, e que dão sentido à satisfação dos impulsos sexuais, à reprodução da espécie humana e, em geral, ao relacionamento entre as pessoas” (BARBIERI, 1986: 9).

A construção de gênero é histórica⁸ e, como tal, nutre-se de elementos que, por serem mutáveis no tempo e espaço, são também suscetíveis de modificações. As relações de gênero permeiam a micro e macro-esfera da sociedade e não podem ser compreendidas como relações neutras. O gênero multiplica-se em facetas simbólicas que operam em muitos domínios do humano e do social. A complexidade do objeto em questão pode ser avaliada de diferentes formas.

John Money⁹ foi o primeiro a usar, em 1955, o termo papéis de gênero em substituição a papéis sexuais, para descrever condutas atribuídas aos homens e mulheres no contexto das diferentes culturas. GOMÁRIZ (1992), por sua vez, afirma que sexo se refere ao conjunto das características biológicas (gonadais, cromossômicas, hormonais, genitais) e papéis sexuais são aqueles que a espécie realiza em função de sua diferenciação sexual, que possibilita ao homem o papel fecundante e à mulher o de gestar, parir e amamentar. A diferença entre sexo e gênero foi estabelecida por Robert Stoller em 1968, a partir dos estudos de transtornos da identidade sexualm precisão o sentido de gênero (LAMAS, 1996).

A emergência de gênero como categoria de análise tem facilitado o diálogo entre o feminismo e as ciências, especialmente as humanas. Ao analisar a construção da categoria gênero, SCOTT (1990) sublinha a efervescência de discussões epistemológicas do século XX e o esforço das (os) teóricas (os) de gênero em encontrar terreno próprio de definição, frente à

⁸ MEAD descreveu três tipos diferentes de organização social nos quais os papéis de gênero não coincidiam e, até mesmo, se invertiam completamente. Ver os estudos de Margaret MEAD. *Macho e Fêmea*, Rio de Janeiro: Vozes, 1971; *Sexo e temperamento, Perspectiva*, São Paulo, 1969

⁹ No artigo, *La terminología del género y del sexo*, publicado em "*La sexualidade humana: un estudio comparativo de su evolución*" Katchdourian assinala que John Money foi o primeiro a usar o termo papel de gênero e Robert Stoller o primeiro a usar, formalmente, a expressão "*identidade genérica*". Money estudou as diferenças entre homens e mulheres da época. Seu livro clássico publicado em 1972 é "*El desarrollo de la sexualidade humana: diferencias y dimorfismo de la identidad de genero*" (LAMAS, 1996).

incapacidade dos paradigmas tradicionais em explicar as desigualdades entre homens e mulheres. A investigação empírica e a construção teórica de gênero deu-se no contexto da crítica à ciência positiva.

CASTRO & LAVINAS (1992) identificam, no Brasil, pontos comuns entre o movimento crítico nas ciências sociais, quanto a seus paradigmas, e a constituição do gênero enquanto campo de saber. Ressaltam que os estudiosos de gênero e diferentes outros campos de conhecimento têm realizado a discussão sobre o emocional, a relação entre privado e público, político e pessoal, produção e reprodução.

O gênero como categoria começou a ser utilizado, na década de setenta, nas ciências sociais, com uma acepção específica¹⁰ (LAMAS, 1996). Gênero é um *logos*, um conhecimento, que atravessa territórios disciplinares buscando desvendar pluralidades, heterogeneidades e singularizações nas classes sociais. Este conceito parte epistemologicamente do conflito social e se diferencia dos estudos sobre a mulher, entre outros aspectos, ao tratar da população feminina e masculina.

Como categoria de análise o gênero permite enfatizar a perspectiva relacional e de escolha cultural na construção das várias formas de ser homem e ser mulher. Essa noção relacional indica que, para estudar mulheres e homens, há que considerá-los em termos recíprocos, pois a informação a respeito das mulheres é necessariamente informação sobre os homens. Analisar um implica estudar o outro, e a compreensão de ambos não poderia existir através de estudos inteiramente separados (SCOTT, 1990). A teoria de gênero

¹⁰ Isto não quer dizer que gênero seja entendido da mesma maneira por todos os estudiosos do assunto, nem mesmo dentro das ciências sociais. As variações de interpretação do que é gênero têm marcado o processo de definição ideológica do mesmo, e aberto importantes debates.

“... supõe um uso mais específico da referência conceitual: se está em presença de uma teoria particular que, neste caso, sustenta que tem que aplicar como ferramenta heurística central a diferença entre sexo (fato biológico) e gênero (fato social...)” (GOMARIZ, 1992:84).

Gênero, enquanto uma categoria útil para a análise, é de uso recente, cujo valor heurístico permite uma abordagem das dimensões sócio-econômicas e das relações existentes entre os seres humanos. Esta categoria de análise, ainda em construção, tem o propósito de “desnaturalizar” as categorias homem e mulher, no sentido de indicar uma rejeição ao determinismo biológico.

Autoras como LOBO (1991), CASTRO (1996) e SORJ (1992) consideram que as relações entre homens e mulheres são permeadas pelo poder e fazem parte dos mecanismos da constituição dos poderes nas sociedades. Para SCOTT (1990:3) *“gênero é o elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e é uma forma primeira de significar as relações de poder”*.

Esta autora considera também que gênero, enquanto categoria de análise, é constituída de 4 quatro elementos relacionados entre si:

- *os símbolos culturalmente disponíveis* que evocam representações múltiplas (contraditórias, como Eva e Maria);
- *os conceitos normativos* que colocam em evidência interpretações do sentido dos símbolos que contêm possibilidades metafóricas nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas;

- *noções políticas e referentes à organização social e suas instituições* - a abordagem de gênero mais ampla inclui, além do sistema de parentesco, o mercado de trabalho, a educação, o sistema político. A nova investigação histórica¹¹ quer romper com a noção de fixidade e descobrir a natureza do debate ou repressão que conduz à aparência de uma permanência atemporal da representação binária do gênero;
- *identidade subjetiva* - o investigador de gênero deve buscar as formas em que, essencialmente, constituem-se as identidades genéricas e relacionar seus achados com uma série de atividades, organizações sociais e representações culturais historicamente específicas.

CASTRO (1991) adverte sobre o risco de enfatizar o conceito de gênero sem o necessário investimento na totalidade: classe, gênero, geração e raça. As três últimas são categorias que se entrelaçam e se realizam em uma sociedade de classes. Essas categorias têm em comum o fato de serem atributos naturais (com significados políticos, culturais e econômicos), organizados por hierarquias, privilégios e desigualdades, devidamente aparados por símbolos particulares e naturalizados.

A alquimia destas categorias sociais - gênero, classe, geração e raça - está presente na construção de subjetividades¹². Trata-se de um caminho diferente de análise, ao reconhecer

¹¹ “As novas tendências de abordagem histórica emergentes possibilitavam uma abertura para os estudos sobre a mulher, ao ampliarem áreas de investigação e ao renovarem a metodologia e os marcos conceituais tradicionais, apontando para o caráter dinâmico das relações sociais e modificando os paradigmas históricos. Contudo, a influência mais marcante para essa abertura parece ter sido a descoberta do político no âmbito do cotidiano, o que levou a um questionamento sobre as transformações da sociedade, o funcionamento da família, o papel da disciplina e das mulheres, o significado dos fatos, lutas e gestos cotidianos.” (MATOS, 1994: 23).

¹² O conceito de subjetividade é aqui entendido como resultado da interação entre atos e idéias que identificam o *self* na sua relação com os outros. A subjetividade coletiva junta os atos orientados por referenciais do cotidiano pessoal à preocupação com projetos orientados ao coletivo, em termos de impulso ou estímulo à mudança (CASTRO, 1991).

que, no Brasil, por exemplo, identificam-se historicamente sistemas de privilégios que se perfilam de forma nitida, podendo-se referir a um sistema de raça, a um sistema de gênero e a um sistema de geração, com contradições próprias e relações legitimadas:

“... seus significados e suas reelaborações, por sujeitos políticos, numa trajetória de assumirem como tal, são pautados por práticas sociais e projetos específicos. Tal alquimia é levada a extremos em uma sociedade de classe, que ideologicamente a reinterpreta para difusão de responsabilidades. Não só se naturalizam questões de gênero, raça e geração, como estas são filtradas por questões de classe, diluindo-se identidades e, portanto, percepções e ações críticas às suas lógicas. Dilui-se também a propriedade compreensiva dos quadros conceituais próprios a cada sistema de relações” (Stolcke apud CASTRO, 1992:59).

A consolidação da produção acadêmica brasileira sobre gênero passou da denúncia, acerca da invisibilidade e discriminação da mulher para a análise dos mecanismos mais sutis e sofisticados das relações de gênero. O amadurecimento deste campo de estudos tem estado presente, dentro e fora dos núcleos e centros de pesquisa,¹³ onde constata-se uma expansão contínua dessa produção. Todavia, as condições e qualidade dos recursos físicos e humanos alocados na área continuam sendo pouco valorizados (BRUSCHINI e SORJ, 1994).

MORAWSKI (1993), por sua vez, avalia que o trabalho feminista está presente em muitos domínios de pesquisa, mas questiona a aceitação real desse trabalho nas ciências sociais. LOBO (1987) analisa que as relações de gênero são relações de poder e que os estudos empreendidos sobre elas também estão submetidos às relações de poder. É neste espaço de

¹³ Este amadurecimento pode ser visto através de vários indicadores, tais como o aumento de número de teses defendidas, de cursos de graduação e de pós-graduação que tangenciam o tema, de grupos de trabalho da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisas em Ciências Sociais (ANPOCS), Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), Associação Brasileira de Antropologia, entre outros.

poder que o gênero, como relação social, atravessa a história, o tecido social, as instituições e as mentalidades.

O saber dá aos indivíduos poder social e os que detêm certo poder social podem reivindicar para si o conhecimento verídico. Assim, o conhecimento é construído junto com o poder social (Riemer *apud* MORAWSKI, 1993). Em sociedades onde há uma dominância masculina, o conhecimento produzido por mulheres, e que tem a mulher como objeto de investigações, certamente enfrentará dificuldades para conquistar espaços na divulgação e produção deste saber.

LOBO (1987) e MACHADO (1993) analisam que, no Brasil, há riscos de a produção científica sobre gênero transformar-se em guetos teóricos, restringindo-se apenas a pesquisas sobre mulheres. Também SCOTT (1990) chamou a atenção para este perigo nos Estados Unidos. BRUSCHINI e SORJ (1994) concordam que há persistência da segregação desses estudos em um espaço próprio, exclusivo, com relativa dificuldade de se relacionar de forma mais abrangente em outras áreas das ciências sociais, no bojo das quais emergiram, apesar das conquistas teóricas e metodológicas já alcançadas.

As (Os) pesquisadoras (es) que trabalham com a categoria de análise gênero têm enfrentado situações adversas, tanto nos movimentos sociais - onde este conceito se depara com desconfianças e, às vezes, com desconhecimento - quanto na academia, onde têm buscado legitimidade para um objeto (assunto) considerado marginal. Segundo NYE (1995: 267), “...a teoria não tem origem na natureza nem na lógica, mas na luta para dar sentido à atividade humana...”.

A autora indaga que tipo de homem estaria por trás de tantos discursos aparentemente niveladores e afirma que, do mesmo modo que se busca desconstruir os pilares

de uma natureza feminina, deve-se desconstruir igualmente a crença em um sujeito masculino único e universal. Tais modelos de homem e de mulher já há muito não correspondem àquilo que se presencia na realidade cotidiana e àquilo de que se necessita. NYE (1995), analisando um conjunto de utopias, filosofias e teorias (referindo-se ao liberalismo, marxismo, existencialismo, psicanálise e à lingüística), na relação com a teoria feminista, enfatiza que a utopia feminista é inaugurar um momento histórico a partir da existência de sujeitos singulares e solidários.

MATOS (1994:26) analisa que a construção de um conhecimento dialético no campo movediço dos estudos de gênero tem buscado:

“...recuperar a historicidade das relações entre os sexos, desvendar suas características, estabelecer relações e articulações entre amplas dimensões Assim, destacar as diferenças a partir do reconhecimento de que a realidade histórica é social e culturalmente constituída tornou-se um pressuposto do pesquisador que procura incorporar essa categoria, permitindo perceber a existência de processos históricos diferentes e simultâneos, bem como abrir um leque de possibilidade de focos de análise

Esta não explicitação de conflitos tem sido observada na produção científica da enfermagem e também em outras áreas do conhecimento. PATTO (1993), analisando a produção acadêmica dos educadores acerca do fracasso escolar, demonstra que esta produção está associada à teoria da carência cultural

“...com uma visão biologizada da vida social e com uma definição de etnocentricidade cultural As teorias fundamentam-se em preconceitos e estereótipos que, com uma nova fachada científica, passam a orientar a política educacional ...” (PATTO, 1993:49).

Algumas análises da produção acadêmica brasileira sobre gênero, em diferentes áreas do conhecimento¹⁴, têm demonstrado um certo privilégio no enfoque das experiências femininas, em detrimento de seu universo de relações com o mundo masculino. A relação dos chamados estudos da mulher com os estudos de gênero provoca interrogações. Nesse sentido as teorias sobre gênero na academia brasileira mostram que existem impasses epistemológicos nos estudos sobre a mulher.

Segundo KOFFES (1993), não haveria oposição, exclusão ou substituição dos estudos sobre mulher por gênero ou gênero por mulher, mas mediação. As teorias de gênero enfatizam o alargamento do campo categórico e de sentidos. RAGO (1996:63) afirma que

“... não está em jogo apenas o deslocamento do objeto de estudo ‘mulher’ para as ‘relações de gênero’, mas a mediação de um modo de agenciar conceitos, discursos e as relações sociais de uma nova rede discursiva em que se recusam as totalizações simplicadoras...”

Todavia há questionamentos sobre, por exemplo: Como é possível ter pesquisas que recortam apenas trajetórias femininas? Ao se propor pesquisar gênero há que, necessariamente, ter como pesquisadores homens e mulheres e recortar, obrigatoriamente, objetos masculinos e femininos? (KOFES, 1993). Não é este o entendimento da autora desta dissertação. Entende-se que as relações sociais se dão entre homens e mulheres, homens e homens, mulheres e mulheres e é assim que os estudos de gênero devem procurar entendê-las. O fato de o(a) pesquisador(a) analisar homens e mulheres não garante uma análise de gênero; o que faz a diferença é se o pesquisador ou a pesquisadora busca apreender as relações, considerando que na sociedade, na nossa cultura,

¹⁴ Análise realizada por diferentes autores: na área de história - MATOS (1994); na área do trabalho - CASTRO e LAVINAS (1992); na área da antropologia - HEILBORN (1992); na literatura - HOLLANDA (1992); da educação - ROSEMBERG (1992); na enfermagem - FONSECA (1996).

“... mulher e homem não constituem simples aglomerados; elementos como cultura, classe, etnia, geração e ocupação devem ser ponderados e inter cruzados numa tentativa de desvendamento mais frutífera, através de pesquisas específicas que evitem tendências a generalizações e premissas preestabelecidas. Sobrevem a preocupação em desfazer noções abstratas de “mulher” e “homem” enquanto identidades únicas, a-históricas e essencialistas, para pensar a mulher e o homem enquanto diversidade no bojo da historicidade de suas inter-relações” (MATOS, 1994:27).

Para SCOTT (1990), a mulher seria pesquisada através do instrumento analítico gênero, buscando suas múltiplas e complexas significações, porque as diferenças entre os sexos constituem um aspecto primário da organização social e essas diferenças são fundamentalmente culturais com suas significações, múltiplos e contraditórios sentidos, aspectos normativos e suas diferenças sexuais.

BREILH (1996), por sua vez, considera que a construção social de gênero reporta-se à construção histórica de sujeitos individuais e coletivos, dialeticamente relacionados com suas correspondentes potencialidades e condutas políticas, ideações do futuro possível do gênero e padrões esperados do mesmo. Para este autor, gênero enquanto mediação permite colocar as determinações especificamente femininas num sistema multidimensional e integrado de oposições, entre o feminino e o masculino e, neste sentido, ser transformador de ambos.

No Brasil observa-se, atualmente, maior visibilidade para as questões e estudos sobre gênero; o eixo preponderante dessas análises fundamenta-se na opressão da mulher, explicita o lugar que ela ocupa na sociedade, na história e na cultura. Segundo ROCHA (1992:39) os estudos

“... apontam duas questões fundamentais: a primeira é que na sociedade ocidental, de fato, existe a opressão tanto explícita, dado o lugar secundário que a mulher ocupa na sociedade, ser considerado “natural”. E a segunda questão, que merece destaque, é que nesta mesma sociedade, também se gesta o protagonismo histórico da mulher”.

Entende-se que, também o objeto das ciências da saúde - e particularmente o da enfermagem - é histórico e que as correntes do pensamento têm sua história, veiculam uma visão de mundo e têm a ver com a realidade social complexa onde foram geradas. A nosso ver a posição que a escola brasileira e a enfermagem têm assumido, pelo menos até 1980, parece ter contribuído para consagrar os tradicionais papéis femininos. Assim, tratar da subordinação de gênero, numa sociedade de classes, numa pesquisa sobre o ensino de uma profissão (subordinada), como a enfermagem, significa movimentar-se num terreno minado de preconceitos e estereótipos sociais. Os(as) pesquisadores(as) da área, algumas vezes alheios às questões ideológicas e às relações de poder que existem na sociedade e na própria ciência, geram um conhecimento científico onde não há espaço à explicitação de conflitos, dificultando o desvendar da realidade.

Na produção acadêmica brasileira que tece críticas, tanto sobre a enfermagem como sobre a educação, a análise centraliza-se nos aspectos macro ou micro-estruturais. A atenção volta-se para as contradições e os conflitos de classes, ignorando os de gênero, raça e idade. A produção científica da década de 1980 é significativa para a enfermagem, devido, entre outros motivos, aos estudos críticos sobre a mesma, embora, à época, não houvesse espaço teórico para analisar e explorar modos de resistência que são específicos dos processos de discriminação racial, de sexo e geração (LOPES, 1996).

Foi na década de 90 que os primeiros estudos com a perspectiva de gênero começaram a ser desenvolvidos na enfermagem brasileira (FONSECA,1996). Trata-se, ainda, de poucos estudos de gênero enquanto uma categoria de análise, mas estes têm possibilitado recuperar a historicidade da enfermagem, enquanto profissão destinada a “cuidar” e exercida, predominantemente, por mulheres.

Este estudo de caso propõe-se a investigar como as questões de gênero perpassam os discursos de docentes e discentes na prática social do ensino de enfermagem. O gênero, neste trabalho, configura-se como a principal categoria analítica. Desta forma busca-se, em seguida, apreender como o gênero se apresenta no ensino de enfermagem.

1.3. Gênero no ensino de enfermagem

A educação é uma prática social que acontece em uma variedade de instituições e atividades humanas. O processo de ensino-aprendizagem faz parte da vida, não pode ser tratado como atividade restrita ao espaço da sala de aula. A educação, enquanto um conceito amplo, é analisada por LIBÂNEO (1992) envolvendo o desenvolvimento da personalidade - incluindo a formação de qualidades físicas, morais, intelectuais e estéticas - dos seres humanos na sua relação com o meio social, num determinado contexto de relações sociais:

“A educação corresponde, pois, a toda modalidade de influências e inter-relações que convergem para a formação de traços de personalidade, social e do caráter, implicando uma concepção do mundo, ideais, valores, modos de agir, que se traduzem em convicções ideológicas, morais, políticas, princípios de ação frente a situações reais e desafios da vida prática. Nesse sentido, educação é instituição social que se ordena no sistema educacional de um país, num determinado momento histórico; é um produto, significando os resultados obtidos da ação educativa conforme propósitos sociais e políticos pretendidos; é processo por consistir de transformações sucessivas tanto no sentido histórico quanto no de desenvolvimento da personalidade” (LIBÁNEO 1992:22-23).

O ensino, um dos elementos primordiais do processo pedagógico, é tratado pela didática que vincula opções sociais e políticas referentes ao papel da educação num determinado sistema de relações sociais. Corresponde a ações, meios e condições para realização da instrução. A instrução refere-se à formação intelectual, formação e desenvolvimento das capacidades cognoscitivas, mediante o domínio de certo nível de conhecimentos sistematizados. Há uma relação de subordinação da instrução à educação, uma vez que:

“... a instrução, mediante o ensino, tem resultados formativos quando converge para o objetivo educativo, isto é, quando os conhecimentos, habilidades e capacidades propiciados pelo ensino se tornam princípios reguladores da ação humana, em convicções e atitudes reais frente à realidade. Há, pois, uma unidade entre educação e instrução, embora sejam processos diferentes ... o objetivo educativo não é um resultado natural e colateral do ensino, devendo-se supor por parte do educador um propósito intencional e explícito de orientar a instrução e o ensino para objetivos educativos. Cumpre acentuar, entretanto, que o ensino é o principal meio e fator da educação - ainda que não o único - e, por isso, destaca-se como `campo principal da instrução e educação” (LIBÁNEO, 1992:23).

A didática estuda o processo educativo através de seus componentes: conteúdos escolares, ensino e aprendizagem; embasada numa teoria da educação, formula diretrizes orientadoras da atividade profissional dos educadores. Esta disciplina – que estabelece conexões entre ensino e aprendizagem - é um meio de trabalho do qual se servem os educadores para dirigir a atividade de ensino cujo resultado é a aprendizagem dos conteúdos escolares pelos alunos. Dessa forma, a mediação escolar dos objetivos e conteúdos é realizada pela didática que investiga as condições e formas que vigoram no ensino e nos fatores sociais, políticos, culturais e psicossociais, condicionantes das relações entre a docência e a aprendizagem (LIBÂNEO, 1992).

A didática generaliza processos e procedimentos obtidos na investigação das matérias específicas das ciências que dão embasamento ao ensino e à aprendizagem e às situações concretas da prática docente. O caráter pedagógico da prática educativa verifica-se como ação consciente, intencional e planejada no processo de formação humana, através de objetivos e meios estabelecidos por critérios socialmente determinados e que indicam o tipo de homem/mulher a formar, para qual sociedade e com que propósitos (LIBÂNEO, 1992).

A função social da escola, que pretende ser neutra, transmite todo o sistema ideológico e simbólico que existe na sociedade, inclusive em relação aos papéis sociais da mulher e do homem, além de referendar a subalternidade feminina em praticamente todas as esferas da vida humana. Contraditoriamente, através de vários mecanismos, a escola não só reproduz o sistema mas provoca reações e rebeliões, contribuindo para que docentes e discentes possam criticar a escola e a organização social.

Também no ensino da enfermagem essa contradição está presente. Nas relações entre o conhecimento de enfermagem e a sociedade, as articulações da educação e da saúde

com o todo social são profundas e possuem várias dimensões. Daí sua apropriação depender tanto de aspectos sociais, quanto dos históricos e psicológicos. Por exemplo, a origem da enfermagem moderna é feminina. Florence Nightingale dirigiu seu mais importante livro “Notas sobre a Enfermagem” às mulheres e, na escola que fundou e administrou, nem era cogitada a presença masculina, a formação era direcionada exclusivamente às mulheres. O momento histórico foi o da institucionalização da medicina, esta constituída como uma profissão e um saber masculinos, enquanto a enfermagem se estruturou como uma profissão e um saber femininos.

Os estereótipos¹⁵ femininos da profissão estão presentes em definições da enfermagem que ocultam elementos concretos desta prática social. As pensadoras desta área do conhecimento, tal como da saúde, apontam dificuldades para uma conceituação satisfatória da enfermagem (NAKAMAE,1988). Refletir sobre esses conceitos, que abstraem e/ou ocultam os elementos concretos essenciais a qualquer determinação sócio-econômico-cultural, remete também a representações femininas características na cultura ocidental;

“O mais maravilhoso é que a enfermagem não precisa ser definida ... o mais irônico é que nunca desistimos de tentar fazê-lo ... o perigo da definição é a perda do mistério, da aura e da beleza que a envolvem. A essência da enfermagem resiste aos chamados fatos concretos, não importa quão precisas sejam as investigações em seu campo (Stolie apud NAKAMAE, 1988:75).

¹⁵ Adota-se aqui o entendimento de CAVALCANTE (1991:48), segundo o qual “os estereótipos são generalizações que atingem a todos os integrantes de um determinado grupo com características comuns, tratando essas pessoas segundo os critérios aleatórios pré-estabelecidos”, afirmando que a compreensão dos estereótipos é importante para o entendimento dos nossos comportamentos e atitudes.

Nesta definição¹⁶ percebe-se o mesmo jogo de palavras usadas para descrever uma imagem estereotipada da mulher. Expressões como *beleza, aura e mistério* foram utilizadas na construção do estereótipo da feminilidade pós – Renascença, que traz o culto da domesticidade, do amor materno e do pedestal feminino. O que Stolie chama de essência da enfermagem assemelha-se com a tão decantada ‘essência feminina’ - as mulheres pensam e escolhem de modo diferente porque são mulheres. Naturalmente a enfermagem é considerada uma profissão feminina. Neste conceito, subliminarmente a construção social é naturalizada não sendo necessário ou mesmo possível modificar as relações de subordinação que historicamente permeiam a profissão. Para FONSECA (1995: 25):

“A naturalização do social dá-se, no caso do gênero, pela transfiguração do sentido pela qual passam as questões do que é ser mulher e do que é ser homem, numa determinada conjuntura, pela biologização daquilo que, na verdade, foi culturalmente criado”

O processo de profissionalização da enfermagem, tanto na Inglaterra como entre nós, efetuou-se “...através da arregimentação de parcelas diversificadas da população feminina...” (SILVA, 1984:96). A participação das mulheres na área da saúde como o maior contingente é evidente nas profissões ou especialidade de menor prestígio. A sua presença nessas profissões é explicada pela “*aptidão das mulheres em desenvolver tarefas femininas*”

¹⁶ NAKAMAE (1988: 75-6) analisa esta abordagem resgatando aspectos relativos à religiosidade e à idealização da profissão, afirma que a autora trata a enfermagem como um “território insondável”, e avalia que “... não será remetendo para longe do alcance da razão o objeto perseguido que se poderá projetar mais luz sobre ele Outros autores vêm se empenhando no sentido de levantar esse manto sagrado com que não poucas pessoas recobrem o que genericamente se designa por enfermagem, impedindo que se evidenciem suas determinações concretas e, mais do que isso, que aflorem claramente à consciência as contradições entre o que se diz ser (ou melhor, entre o que se imagina, ou ainda, o que se sonha ser) a enfermagem e sua prática concreta” .

(como cuidar, alimentar, auxiliar, oferecer amor e carinho) e os homens, ao contrário, estão voltados para tarefas que exigem ação, decisão e comando” (NASCIMENTO, 1996:41).

As tarefas entendidas como do universo das mulheres estão relacionadas a valores femininos, como: intuição, relacionalidade, dependência, existência compartilhada, afetividade. Esses valores ainda são restritos à vida privada. Na esfera pública reinam os valores ditos androcêntricos. Este é um terreno que oscila, por um lado, entre o que está dado, construído e é ainda muito sólido na situação da mulher e do homem na sociedade e, por outro, no tocante às mudanças nas relações de gênero.

“Generizar” o fazer feminino da enfermeira que sonha em masculinizar-se para poder ter mais prestígio social é um desafio, pois *“as enfermeiras ainda não acordaram para a riqueza que flui do seu jeito feminino de fazer o trabalho de enfermagem e é ainda remota a possibilidade de valorizar socialmente este jeito feminino de ‘tocar’ o trabalho nos espaços públicos” (PEREIRA, 1995:199).*

Toda a multiplicidade e riqueza adquiridas no próprio exercício de ser mulher e enfermeira são difíceis de serem introduzidas nos serviços de assistência à saúde, pois estes têm uma lógica androcêntrica (relativa ao homem, branco e de classe média). O fazer da enfermeira e o estudo sobre o ensino da profissão nesta perspectiva ainda se encontram pouco trabalhados teóricamente.

A produção acadêmica no Brasil, na área da educação e gênero,¹⁷ particularmente os primeiros estudos publicados, buscavam dar visibilidade e legitimidade acadêmica às investigações sobre mulher e gênero. Constavam de denúncia sobre discriminações, sugestão

¹⁷ No início tratava-se de uma produção relativa aos estudos da mulher.

de alternativas para políticas públicas, sensibilização e mobilização das mulheres, enfim, referiam-se à educação não sexista. Há ainda estudos que respaldam enfoques naturalizantes demonstrando dificuldades em pensar a educação sob a perspectiva das relações de gênero (ROSEMBERG, 1992).

Também na cultura escolar encontram-se reflexos dos valores discriminatórios da sociedade, assim como convive-se com os que se originam ali mesmo na escola. Desde o primário até à universidade, os pesquisadores têm encontrado fortes indícios da existência de discriminação contra a mulher nos currículos e materiais didáticos, na interação professor-aluno. No campo da reprodução de modelos sexistas na escola, a bibliografia vem demonstrando fartamente as engrenagens escolares responsáveis pela transmissão de modelos de papéis sexuais bipolarizados (ROSEMBERG, 1992).

As primeiras pesquisas empíricas apontavam para um sistema educacional aparentemente não discriminatório, pois as mulheres eram tão numerosas quanto os homens. Esta constatação engendrou uma série de reações que, de certa forma, orientaram parte das produções na área: passividade, negação, denúncia da escola como reprodutora da ideologia dominante, busca do específico feminino para dar-lhe visibilidade (ROSEMBERG, 1992). O gênero, como categoria de análise recente nos meios acadêmicos brasileiros, começou a ser utilizado disputando espaço com os estudos sobre a mulher (Louro *apud* WALDOW, LOPES & MEYER, 1996).

No Brasil, em que pese o elevado quantitativo de estudos - 750 referências bibliográficas que associam mulher e/ou gênero e a educação formal no período de 1975 a 1989 - a maioria das pesquisas educacionais ignora o conhecimento que vem sendo acumulado na área de estudos sobre mulher e gênero. Essas têm produzido pouca reflexão teórica e

escassa informação empírica sobre a educação. Por outro lado, a área de estudos sobre a mulher também desconhece a produção educacional, afora raras exceções. Há um fosso entre ambas as áreas de produção de conhecimento, e os estudos que procuram integrar educação e relações de gênero necessitam romper limites disciplinares. “*No Brasil, o mais comum é que as pesquisas ainda ignorem que o corpo docente tem sexo*” (ROSEMBERG, 1992:163).

Na enfermagem a presença de análise que contempla a perspectiva de gênero também é recente¹⁸. FONSECA (1996) analisou a produção científica (teses e monografias) sobre Gênero e Enfermagem no Brasil de 1979 a 1994, encontrando apenas 3 trabalhos (sobre a temática mulher) antes da década de 1990 e 11 estudos (de gênero) durante esta década. É nesta década, portanto, que se observa uma ascensão dos estudos de Gênero na Enfermagem, tanto relativos à profissão como à sua clientela¹⁹. Trata-se de produção científica originada dos cursos de pós-graduação, predominantemente das regiões Sudeste e Sul.

Esses trabalhos têm tido como objeto a construção social da enfermagem moderna, a relação enfermeira/médico, a construção da identidade profissional da enfermeira, a submissão da enfermagem, o sindicalismo e a enfermagem, o ensino de enfermagem; a sexualidade na formação profissional da enfermeira; a construção da prática profissional da enfermeira e a formação disciplinar das enfermeiras (FONSECA, 1996).

¹⁸ O primeiro estudo que usa o referencial da categoria de análise gênero é uma dissertação de mestrado, realizada na EE-UFRS, em 1992, por TARTAGLIA, com o título *Enfermeiras entendem de sindicato?*

¹⁹ FONSECA (1996) analisou o resumo de teses relacionadas no Pesquisas e Pesquisadores de Enfermagem - Catálogo do Centro de Pesquisas de Enfermagem (CPEN) de 1979 a 1994. E encontrou 14 teses e monografias produzidas no Brasil sobre enfermagem e gênero, sendo 3 anteriores à década de 1990 (1963, 1968 e 1987). Nesta década foram produzidas 11, assim distribuídas, de acordo com o ano de produção: uma em 1990, uma em 1991, duas em 1992, duas em 1993 e cinco em 1994. Sobre os fenômenos sociais da clientela da enfermagem e gênero encontrou 11 teses e monografias.

Pode-se, contudo, constatar que, mesmo incipiente, essa produção está interessando mais às pesquisadoras de enfermagem. No entanto, para fortalecer esta área de pesquisa, é necessária a consolidação de referenciais da própria categoria gênero, que subsume as diferentes concepções teóricas, inclusive uma visão materialista histórica e dialética de mundo (FONSECA, 1996:75).

Vale reafirmar que o surgimento dos estudos de gênero está relacionado com a maior visibilidade obtida pela mulher nos anos mais recentes e aos movimentos de mulheres e feministas na sociedade ocidental, de tal forma que, atualmente, o olhar sobre o movimento também nos remete a esta categoria de análise. Esta é uma afirmação polêmica²⁰ no campo dos estudos de gênero, mas acredita-se que a ciência é influenciada pelo contexto ao mesmo tempo em que o influencia. Afinal, a produção científica está inserida no contexto sócio-econômico-cultural onde surge e é utilizada.

A invisibilidade de segmentos sociais é uma constante no registro histórico. Na procura do protagonismo das mulheres e das enfermeiras no mundo ocidental - Brasil e Goiás - serão resgatados brevemente, no próximo capítulo, os movimentos de mulheres e feministas e a organização da enfermagem moderna e, particularmente, a trajetória do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás (ENF/UCG).

²⁰ Esta polêmica instaurou-se por entendimentos diferenciados acerca da questão. Destaco KOFES (1992) que defende tratar-se de um mito a afirmação que o feminismo motivou, na antropologia, o estudo sobre a mulher e sobre as relações masculino e feminino. Entre outras análises, argumenta que a data de publicação do *'Macho e Fêmea'* (de Margareth Mead) e *'O segundo sexo'* (de Simone de Baeuvoir) foi 1949, portanto, coincidentes. Mas acredito que nesta polêmica deve ser considerado que a produção científica também está inserida no contexto sócio-econômico-cultural e é influenciada, ao mesmo tempo em que influencia, este contexto. Portanto a maior visibilidade da mulher entre outros fatores, está relacionada com o movimento de mulheres/feminista na sociedade ocidental

2. TRAJETÓRIA DE UMA HISTÓRIA (IN)VISÍVEL

“A questão não é fazer um catálogo de erros, mas aprender a possuir o passado, lembrar como pensávamos de determinado modo pela primeira vez, e continuamos pensando, e a dificuldade que tínhamos em agir pensando daquele modo. Essa é, parece-me, a única maneira de aprender a ser passado e ao mesmo tempo não o ser, pois cada novo esforço em compreender o que foi pensado e feito cria um novo passado e um novo futuro” (NYE, 1995:16-7).

Para retratar as marcas das mulheres e da enfermagem no ocidente, América Latina, Brasil e Goiás, este capítulo foi organizado em duas partes: a primeira trata brevemente da trajetória do movimento feminista e de mulheres e da produção teórica sobre a mesmas; a segunda parte procura entender a enfermagem enquanto uma profissão feminizada e termina registrando um pouco do percurso do histórico do ENF/UCG, local onde se realizou este estudo.

Entre outros fatores significativos para explicar a visibilidade das mulheres no mundo ocidental, na segunda metade do século XX, destacam-se a participação dessas no mercado de trabalho, o desenvolvimento da tecnologia, a busca da cidadania de diversos segmentos sociais e, particularmente, a participação feminina em movimentos sociais desde a revolução francesa.

A participação das mulheres nos movimentos sociais - feministas e de mulheres - contribuiu para o questionamento de sua própria condição, do universo em que vivem e das forças que as afetam. Novas relações de poder vêm sendo construídas pelas mulheres na sociedade civil e nas relações com instâncias do Estado. Desse processo emergiu um acúmulo formidável e consistente de conhecimento (PINTO,1992).

A invisibilidade da mulher mesmo em profissões com base social feminina, como é o caso da enfermagem, tem sido uma constante na sociedade moderna. Trata-se de uma profissão fundamental para a estruturação dos modelos capitalista de assistência à saúde e à doença. No entanto, a invisibilidade marca a atuação das enfermeiras, que até há pouco nem

era considerada uma profissão, mas sim doação, prática associada à religião e às atribuições femininas de “cuidar”. O discurso dominante entre os que vêm de fora o fazer da enfermeira e aqueles que o vêm de dentro (a equipe de enfermagem) é de des-valor.

A invisibilidade da mulher, ou seja, o não registro do protagonismo feminino na história da humanidade, até a segunda metade deste século, não era sequer considerado uma necessidade. O protagonismo da mulher é pouco registrado e pouco valorizado na história e, particularmente, na área da saúde e da enfermagem. O uso da categoria de análise gênero contribuiu para que o resgate dessa trajetória e a visibilidade histórica se tornassem possíveis para metade ou mais da população, inclusive registrando a significativa presença das mulheres na história da humanidade.

2.1. O protagonismo histórico da mulher

A história ocidental revela que a opressão da mulher tem desencadeado lutas individuais e/ou coletivas. No final do século XVIII e início do século XIX, surgiu o feminismo, movimento social e político organizado por mulheres, com a proposta de tomada de consciência da opressão, dominação, subordinação e exploração das mulheres, fenômenos estes observados nos distintos modos de produção da sociedade.

Marcuse, *apud* SAU (1981), afirma que o movimento feminista luta, de um lado, para conseguir a igualdade completa nas questões econômicas, sociais e culturais e, de outro, tem como conteúdo a construção de uma sociedade, na qual fique superada a dicotomia homem-mulher, uma sociedade com um novo e distinto princípio de realidade.

As lutas desses movimentos e a história das idéias que fundamentaram a reivindicação feminista da cidadania, foram também “... a história da construção de uma individualidade até então vedada às mulheres e de uma identidade coletiva de gênero, diferente daquela codificada pela cultura masculina” (DORIA, 1995:109).

A situação sócio-econômico-cultural da sociedade e das mulheres brasileiras nos séculos XVII a XIX era bastante diferente das norte-americanas e européias, que viviam a implantação do capitalismo e a revolução industrial. Estas organizaram-se coletivamente através da participação ativa nas revoluções liberais americana e francesa. Com o Iluminismo e nascimento do Estado moderno, surgiram as precursoras do movimento feminista internacional.

A partir do século XVIII, percebe-se um crescimento dos estudos sobre a mulher. Esses se caracterizam pela reivindicação da participação da mulher na sociedade liberal e capitalista. Registra-se que publicações referentes à situação da mulher existiam desde a Antiguidade, mas os estudos desta fase apresentam características diferentes como demonstram as clássicas publicações de Olimpe de Gouge (1791) - “*A declaração dos direitos da mulher e da cidadã*”²¹ - e de Mary Wollstonecraft (1792) - “*Reivindicações dos direitos da cidadã*”.

As primeiras feministas contestavam a Declaração dos Direitos do Homem, defendiam que as mulheres eram “*cidadãs com plenos direitos*” e questionavam o lema da

²¹ GROUPI (1995:13) avalia que deve ser sublinhado “o fato de que as mulheres, quando põem em discussão o pretenso universalismo dos direitos, falam expressamente para ambos os sexos e mencionam os dois lados, masculino e feminino. No texto de Olympe de Gouges, a denúncia da conotação parcial do sujeito masculino, que denota a soberania redefinida pela Revolução Francesa e a tentativa de consertá-la formulando uma nova Declaração, não se conota absolutamente num plano de prevaricações de sinal contrário ou de choques de exclusões e desigualdades, segundo o estereótipo com que sempre foi até hoje denunciada toda tentativa posta em prática para afirmar a diferença feminina”.

sociedade burguesa “*liberdade, igualdade, fraternidade*”, que excluía as mulheres. Olympe De Gouges afirmou, antes de ser degolada, que “*se a mulher pode subir ao cadafalso pode também subir na tribuna*”. A sua morte foi decretada por seus companheiros revolucionários desfavoráveis à participação das mulheres no governo (GROPPI, 1995:14).

O contexto intelectual na Europa, nesse século, era de efervescência. As ciências naturais encontravam-se em pleno desenvolvimento e as ciências sociais começavam a se estruturar. Na Europa, os descobrimentos científicos da medicina difundiam “conhecimentos” acerca da inferioridade feminina²². Contudo, algumas mulheres se sobressaíam na intelectualidade da época, criando-se, assim, uma contradição entre um sistema ideológico e político segregador das mulheres e a expressividade que muitas delas foram adquirindo na sociedade.

A maioria dos pensadores liberais não considerava que as mulheres deviam ter os mesmos direitos que os homens. Por outro lado, os pensadores socialistas forneciam bases de sustentação para as lutas específicas das mulheres, ao adotar princípios de igualdade de direitos para homens e mulheres, desde os socialistas utópicos franceses até o socialismo científico e revolucionário de Marx e Engels (GOMÁRIZ, 1992).

A nova ordem social burguesa impôs um processo de marginalização política e social não só aos trabalhadores mas, também, às mulheres. No século XIX, a organização de trabalhadores europeus era intensa, sendo que algumas delas tentaram romper essas barreiras através do movimento feminista; outras, através da organização de mulheres trabalhadoras.

²² O mito da inferioridade feminina foi reforçado através da descoberta de que o cérebro da mulher é menor que o do homem. A mulher foi considerada “histérica e nervosa”, possuidora de distúrbios hormonais., entre outros, supostos conhecimentos que justificavam a inferioridade social feminina. Todos argumentavam a favor de alguma “diferença” biológica que contribuísse para justificar a discriminação (GOMARIZ, 1992).

Defenderam, através de Associações de Trabalhadoras e publicação de periódicos, o direito das mulheres ao trabalho e à educação. Mesmo assim,

“as mulheres continuaram marginalizadas da vida política, inferiorizadas socialmente, em posição subalterna no grupo familiar e teriam que competir em desigualdade de condições com os homens pelas oportunidades econômicas” (SAFFIOTI, 1979:110).

No fim do século XIX, em meio ao intenso movimento de trabalhadores e ao movimento pacifista, as mulheres articularam a luta sufragista,²³ caracterizada como movimento organizado de mulheres, que nasceu como um novo movimento de massas e que reivindicava os direitos civis plenos, em especial o voto, para a população feminina. As manifestações sufragistas adquiriram maior visibilidade e expressividade em vários países do ocidente, notadamente na Europa e Estados Unidos da América.

As mulheres utilizaram diferentes estratégias objetivando a conquista do direito ao voto. Assim, o movimento sufragista francês teve um forte vínculo com o movimento de trabalhadores. Na Inglaterra, ao enfrentarem forte resistência da “moralidade vitoriana”, partiram para a radicalidade, empregando a violência. Nos Estados Unidos da América, o movimento sufragista caminhou junto com a campanha abolicionista (SAFFIOTI, 1979). Durante a década de 20, o direito ao voto foi obtido pelas mulheres em muitos países ocidentais.

²³ SAFFIOTI (1979) resgata a historicidade do movimento feminista sufragista em diferentes países, analisando as diferentes concepções dentro do próprio movimento, suas estratégias de luta e as reações provocadas. Para analisar o movimento sufragista em sua complexidade, sugere-se a leitura de SAFFIOTI, H.I.B., *Mulher na Sociedade de Classes: mitos e realidade*. Petrópolis. Vozes. 1979.

Enquanto as mulheres européias defendiam a cidadania com plenos direitos - trabalho, educação e voto - no Brasil a instrução da mulher não chegava a representar uma preocupação social. Poucas eram as que tinham acesso à instrução e à educação que, à época, segundo princípio de segregação sexual, eram dirigidas de modo diferenciado à parcela feminina da população. Só em 1930, as mulheres brasileiras conquistaram o direito de frequentar o curso superior (SAFFIOTI, 1979).

No Brasil, durante os séculos XVII e XVIII, a luta pela igualdade entre homens e mulheres não era das mais fecundas. O movimento sufragista brasileiro iniciou em 1850 e era composto por mulheres brancas, de classe social alta e que podiam fazer viagens internacionais. Para TOSCANO (1992:25) o movimento feminista brasileiro “... *se apresentou desde o seu início como um reflexo do que acontecia nas sociedades mais industrializadas da Europa e dos Estados Unidos, mas teve ao mesmo tempo, componentes que eram só nossos*”.

A luta pelo direito ao voto feminino intensificou-se no Brasil, no bojo das transformações sócio-políticas que ocorreram nas primeiras décadas do século XX. Com a profusão de idéias e movimentos sociais - criação de associações de trabalhadores, de partidos políticos, da Semana Brasileira de Arte Moderna, entre outras - foi organizada a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino. O direito de voto às brasileiras foi garantido em 1932, sendo que, no ano seguinte, uma única mulher foi eleita deputada (TOSCANO, 1992).

No cenário mundial, após a conquista do voto, as mulheres relegaram a segundo plano as lutas por seus direitos específicos. A prioridade passou a ser a prevenção da guerra e a melhoria social da classe trabalhadora. Em outras palavras: o movimento enfocou as lutas universais. Na Europa, Clara Zetkin, Rosa Luxemburgo e Alexandra Kollantai dedicaram-se ao ativismo político procurando desencadear transformações políticas e sociais.

Na academia, as investigações antropológicas tem como referência, entre 1930 e 1940, os estudos de Levi-Strauss e Margareth Mead. Estes autores estudaram os papéis sexuais em sociedades primitivas. Levi-Strauss elaborou a teoria do patriarcado e Margareth Mead analisou os papéis assumidos por homens e mulheres em diferentes sociedades (GOMÁRIZ,1992).

O livro de Simone Beauvoir “*O segundo sexo*”, publicado em 1949, surgiu como um marco. Nele a autora argumenta contra as teses naturalistas vigentes à época, ao afirmar que “*não se nasce mulher mas torna-se mulher*”. O fundamental na construção da mulher não é a natureza mas, sim, a cultura (BEAUVOIR, 1980). Foi a partir deste argumento que Betty Friedan avançou a reflexão da “*Mística Feminina*”. Tanto uma como a outra postulavam que, em meados do século XX, as mulheres eram “*cidadãs, porém cidadãs de segunda classe*”.

De fato esta afirmação relaciona-se à subordinação da mulher, que era considerada como uma questão advinda da natureza, e que o ser humano pouco poderia fazer para modificá-la; mas, ao contrário, se a situação da mulher fosse considerada consequência de componentes sócio-culturais, como defendiam Beauvoir e Friedan, então seria passível de modificações. Essas análises possibilitam “*entender a reflexão feminista do ponto em que se havia ficado com o sufrágio: as mulheres podem adquirir a cidadania a partir do lugar que ocupam na sociedade, porém a natureza desse lugar é o que as converte em cidadãs de segunda classe*” (GOMÁRIZ, 1992:93).

Após a 2ª Guerra Mundial, as idéias segregacionistas foram combatidas através de políticas contrárias à discriminação relativas à raça, à nacionalidade e ao sexo. No Brasil, a partir da década de 40, foram criadas organizações femininas em diversas regiões do país

(associações, ligas e clubes), que reivindicavam a igualdade entre homens e mulheres e mais espaço para a mulher no mercado de trabalho.

Durante a chamada democracia constitucional, 1945 a 1964, as mulheres buscavam, também, participar de lutas políticas mais amplas - pela paz, pelo monopólio estatal do petróleo, pela anistia e contra a carestia. Esses movimentos nacionais eram localizados em diversos setores da sociedade civil, inclusive em organizações femininas como a Federação das Mulheres do Brasil e o Comitê das Mulheres pela Democracia.

Na Europa e nos Estados Unidos, em meio a diversos movimentos de contestação, surgiu, em 68, o Novo Feminismo, caracterizado então como um movimento de “massas”. Esse propunha às mulheres assumir que “nosso corpo nos pertence”²⁴ e reivindicava uma cidadania igual à do homem e não a de segunda classe.

O ressurgimento do movimento de mulheres, empreendendo novas lutas em prol dos seus direitos, ocorreu nos países ocidentais. GOMÁRIZ (1992) e HOBBSAWM (1995) formularam várias explicações para o reflorescimento dos movimentos feministas: entrada em massa de mulheres casadas e mães no mercado de trabalho; mobilização anti-autoritária do momento; expansão da educação superior e modificações do ciclo de vida das mulheres - aumento da esperança de vida, diminuição da fecundidade, separação entre reprodução e sexualidade.

²⁴ “Nosso corpo nos pertence” foi uma frase usada pelos movimentos feministas em diferentes países, trata-se da reivindicação pela autonomia da mulher. Do ponto de vista dos direitos reprodutivos significa que a mulher tem o direito usufruir de sua sexualidade e de controlar sua fertilidade, definindo quando deseja engravidar. Do ponto de vista dos direitos humanos justifica a luta contra a violência sobre a mulher, particularmente contra a violência sexual.

A interferência norte-americana nas políticas da América Latina, após a revolução cubana e a polarização mundial em dois blocos - socialistas e capitalistas - intensificou-se. Durante as décadas de 60 e 70, os militares assumiram o governo através de golpes de Estado, em alguns países, como no Brasil (1964) e no Chile (1973). As mulheres mobilizaram-se contra essas intervenções militares (BARBIERE e OLIVEIRA, 1986), sendo que muitas participaram das guerrilhas.

No decorrer da década de 70, no Brasil, intensificou-se o processo de urbanização e industrialização, contribuindo para a ocorrência de transformações substanciais para a maioria das mulheres. A vida na cidade propiciava novos contatos, novos hábitos, novas relações e formas de trabalho, acesso às tecnologias facilitadoras das tarefas domésticas e aos serviços médicos, inclusive formas de controlar a fertilidade, entre outros (SAFFIOTI, 1979).

O ressurgimento das organizações das mulheres na América Latina aconteceu sob forte ditadura militar. Essas organizações renasceram com o compromisso de lutar por sua igualdade, assim como pela anistia e abertura democrática, rompendo com a “Marcha da Família com Deus e a Propriedade”, realizada na década de 60. No Brasil esse ressurgimento e retomada das organizações populares, inclusive as de mulheres, teve início em meados dos anos 70.

Na América Latina a organização de mulheres apresentou características próprias, com forte influência dos movimentos classistas e de esquerda. O crescimento econômico da região bem como seu caráter concentrador, desigual e excludente, reforçavam as desigualdades sociais de classe, raça e gênero (BARBIERI e OLIVEIRA, 1986).

Ainda na década de 70, no Brasil, as correntes feministas não se apresentaram da mesma forma que nos países desenvolvidos, uma vez que a situação do País e da América Latina contribuiu para que o movimento feminista brasileiro se articulasse de outras formas. Por exemplo, com a reorganização partidária muitas mulheres privilegiaram a atuação nos partidos, enquanto outras atuavam em movimentos populares; havia também as chamadas feministas autônomas. Assim, estabeleceu-se uma polêmica no movimento entre as questões específicas e as questões gerais, entendidas como as de interesse para toda a sociedade.

No Brasil, os grupos de mulheres, além das reivindicações de caráter amplo, direcionavam sua atenção para problemáticas específicas como: direitos reprodutivos e saúde, participação política, existência de creches, igualdade de condições de educação e emprego, combate à violência sexual e doméstica. Inicialmente concentraram-se nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, mas em pouco tempo inúmeros grupos surgiram em várias regiões do país. A ação feminista centrava-se em grupos de reflexão e em jornais alternativos, como “Brasil Mulher” e “Nós Mulheres” que, embora de circulação reduzida, exerciam influência significativa.

O movimento feminista, como mencionado acima, refere-se a mobilizações centradas nas demandas: igualdade social, econômica e política das mulheres com os homens em direitos e obrigações:

“Esto significa la autonomía y la responsabilidad de cada mujer sobre sí misma: su fuerza de trabajo, su capacidad de reproducción y su sexualidad. Los movimientos feministas, con independencia de sus orientaciones, se caracterizan, por recuperar la subjetividad y experiencias de vida individuales, y privilegiar al cuerpo como centro de las reflexiones. El método de trabajo y organización se basan, aunque no exclusivamente, en el pequeño grupo” (BARBIERE e OLIVEIRA, 1986:7).

sua relação com as esferas institucionalizadas de poder, através de demandas ao Estado. Essas relações são visíveis porque acontecem no âmbito público, mas é preciso analisar a outra face, ou seja, os espaços de poder que são criados pelos movimentos de mulheres e a teia de relações que os constituem.

A participação da mulher nos movimentos feministas e de mulheres rompe com sua condição de invisibilidade pública e contribui para o questionamento de sua própria condição, do universo em que vive e das forças que a afetam. Ao mesmo tempo, os novos saberes adquiridos através do movimento contribuem para a redefinição das relações de poder no público e no privado. Desse processo emergem um acúmulo formidável e consistente de conhecimento e novas relações de poder que vêm sendo construídas na sociedade civil e com instâncias do Estado (PINTO, 1992).

As décadas de 70 e 80 marcaram uma profícua produção teórica relativa à literatura feminista. A organização das mulheres atingiu outros setores sociais. As atividades promovidas por essas organizações, ou que tratavam de temática de interesse das mesmas, passaram a ter grande cobertura jornalística e interesse público. No Brasil, revistas como “Claúdia” começaram a incorporar colunas onde as leitoras discutiam temas como afetividade, vida sexual e trabalho remunerado.

A dinâmica engendrada pelos movimentos sociais²⁶, no interior dos grupos sociais onde são gerados, interfere nas relações de poder cotidianas, mas não se esgota na

²⁶ Os movimentos sociais desta década, considerou que as transformações econômico - sociais expressivas alteraram a face das sociedades latino-americanas, dando-lhes um aspecto de modernidade -mesmo não tendo sido suficiente para modificar a pobreza da maioria dessa população. Para essa autora “...Nessa luta de

Na América Latina, o movimento feminista é visto como um segmento dos movimentos de mulheres, sendo estes extremamente complexos, com matizes muito diferenciados e até mesmo contraditórios entre si. Alguns deles fazem parte da longa e rica tradição histórica dos movimentos sociais da região. Conceitualmente, esses movimentos são ações coletivas com predomínio numérico de mulheres, porém, não necessariamente formadas a partir de identidades e demandas. Suas formas de organização e ação podem não se distinguir de outros movimentos sociais.

BARBIERE e OLIVEIRA (1986) classificam a participação organizada das mulheres na América Latina em dois grandes blocos. O movimento feminista engloba as ações coletivas constituídas em torno de diferentes identidades e demandas. Nas ações referentes à identidade destacam-se as de gênero, gênero/etnia e gênero/idade. Os movimentos articulados em torno de demandas de setores sociais específicos privilegiam ações que acontecem no âmbito do trabalho, consumo coletivo e mobilizações em defesa da vida e dos direitos humanos. O movimento de mulheres refere-se à participação destas em partidos políticos e lutas armadas. Aparentemente, a face mais importante dos movimentos sociais²⁵ de mulheres é

²⁵ O referencial de análise das ciências sociais, nos últimos anos, transformaram-se, em função de mudanças significativas nas estruturas econômicas, sociais e sistemas políticos (mas registra-se que essas mudanças não foram suficientes para modificar essa situação de pobreza absoluta e relativa da maioria da população latino-americana) e do surgimento de novas práticas coletivas. Tal como as lutas e as classes que estudam as ciências sociais estão em acontecimento, assim também modifica-se a produção sociológica em função do surgimento de novos atores sociais. Os movimentos feministas e de mulheres são considerados como novos movimentos sociais, assim como os movimentos ecológicos, de raça... (SADER e PAOLI, 1988). O enfoque das ciências sociais vai sendo alterado, abalando a validade dos modelos tradicionais de explicação da realidade, que vinculam os movimentos sociais às relações de classes sociais. PONTE (1990) questiona a centralidade do proletariado nos processos revolucionários, a existência de um sujeito transcendental, que levava às costas a tarefa obrigatória de transformar as sociedades. Os múltiplos sujeitos sociais abriram muitas frentes de luta para libertar o social das múltiplas violências que o vitimavam. Essa visibilidade dos movimentos sociais gerou interpretações diferenciadas mas permitiu que os teóricos reconhecessem as muitas lógicas e tempos de uma sociedade.

reorganização do cotidiano. A adesão de um indivíduo ao movimento pode ser pensada como um “rito de passagem” do mundo privado para o mundo público. O rito envolve, no caso, uma rede de rupturas e a constituição de uma identidade pública. A adesão coloca a mulher frente a novas relações de poder e de tensão no interior da família, no local de trabalho, nas relações de afeto e vizinhança. As mulheres que participam de movimentos sociais têm exercido um papel ativo, rompendo com a discrição dos papéis de mãe, esposa e dona de casa.

Em todo o ocidente a mobilização feminista atingiu diversos espaços da sociedade. HOBBSAWM (1995), avaliando esta situação, considera que, embora esses movimentos pertencessem essencialmente ao ambiente de classe média educada, é provável que, nestas décadas, o ideário de igualdade entre os gêneros tenha atingido grande parte da sociedade.

A identificação de variados projetos e paradigmas permite constatar a diversidade dos espaços de atuação do movimento feminista e de mulheres, as diferentes realidades sociais onde se inserem e as diferentes concepções de mundo que refletem na produção de conhecimento sobre as mulheres. Segundo FONSECA (1996:12) as principais abordagens decorrentes dos movimentos feministas e de mulheres podem ser resumidas em três vertentes teóricas:

“... a primeira tenta explicar as origens do patriarcado; a segunda, de orientação marxista, propõe uma abordagem histórica tentando encontrar uma explicação material para o gênero ou propondo uma solução baseada nos sistemas duais, compostos pelos domínios do patriarcado e do capitalismo e a terceira, mais recente, dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações de objeto, inspira-se nas várias escolas da psicanálise para explicar a

resistência, desenvolve-se muitas vezes uma consciência crítica em relação à sociedade capitalista...” (LARANJEIRAS, 1990:26).

produção e a reprodução da identidade de gênero dos sujeitos sociais”.

No Brasil as estratégias do movimento foram várias na década de 80. Uma delas refere-se às políticas públicas. Por iniciativa das militantes feministas brasileiras que atuavam nos partidos, surgiram organizações governamentais que pretendiam coordenar as políticas públicas do Estado dirigidas às mulheres. Assim os movimentos de mulheres e feministas conseguiram que fossem criados Conselhos dos Direitos da Mulher, Delegacia de Defesa das Mulheres e o Programa da Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em diversos estados e municípios.

Outra estratégia utilizada foi a realização dos Encontros Nacionais Feministas, a partir de 1982. Esse espaço possibilitou a articulação com outros segmentos, como: mulheres negras, mulheres lésbicas etc. Processo bastante significativo, nas décadas de 80 e 90, foi a mudança do perfil dos encontros feministas, verificando-se uma ampliação numérica das participantes dos encontros nacionais e latino-americanos. Os primeiros encontros feministas eram menores, sendo basicamente de mulheres brancas, de classe média ou intelectuais. Posteriormente passou-se a notar a presença de mulheres de outras raças e classes, tendo aumentado a participação das “militantes” em movimentos sindicais, partidários e populares.

O movimento feminista traduz a rebeldia das mulheres na identificação de sua situação de subordinação e exclusão do poder, e busca

“construir uma proposta ideológica que reverta esta marginalidade. Sua concretização se dá a partir da construção de uma prática social que negue aqueles mecanismos que impedem o desenvolvimento de uma consciência como ser autônomo e que supere a exclusão. As feministas fazem do conhecimento e da eliminação das hierarquias sexuais seu objetivo central ...” (SOARES, 1994:17).

A partir de 1990, uma parcela significativa do movimento feminista passou a dedicar-se à organização de redes feministas²⁷ (como por exemplo Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, a Rede de Núcleos de Estudos de Gênero, a Rede contra a Violência Sexual e Doméstica, entre outras) visando à articulação de estratégias comuns de luta e troca de experiências.

No âmbito internacional, fatores como o processo de internacionalização da nova luta feminista (iniciado na década de 1970), a tentativa de cooptação do movimento através da política das Nações Unidas para integração das mulheres e as estratégias dos movimentos autônomos de mulheres motivaram a participação das mesmas nas Conferências Mundiais, promovidas pela ONU. Essa prática começou no México,²⁸ em 1975, com a I Conferência Governamental sobre a Mulher, e as conferências intensificaram-se na década de 80, com a realização da II Conferência da Mulher em Copenhague/Dinamarca²⁹, a Conferência de

²⁷ Essas redes são mecanismos de divulgação/articulação das propostas feministas, e ao mesmo tempo, possibilitam montar esquemas de mobilização e luta, relativos à mudança da legislação, e pressionar os órgãos estatais. As redes normalmente realizam encontros e têm representantes dos grupos inscritos na direção dos trabalhos: às vezes têm um órgão de divulgação de suas idéias como um jornal ou revista (de circulação restrita) e possibilitam momentos de atualização dentro de áreas específicas. Ressalta-se que essas redes não são amplas e abertas como os encontros feministas.

²⁸ Essa prática começou no México em 1975, durante a I Conferência Governamental sobre a Mulher, que contou com a presença de 2000 delegados governamentais. Os movimentos de mulheres organizaram um encontro não governamental paralelo, denominado de Tribuna do Ano Internacional da Mulher, realizado simultaneamente na mesma cidade do México, com a participação de 6000 mulheres. Discutindo os mesmos temas "Igualdade, Desenvolvimento e Paz", enfocados na Conferência Oficial, as mulheres realizaram além das sessões plenárias diárias, cerca de 200 *workshops*.

²⁹ Em 1980 foi realizada a II Conferência da Mulher convocada pela ONU, em Copenhague, Dinamarca, com o objetivo de avaliar os progressos obtidos na Conferência anterior e traçar as ações que seriam implementadas na segunda metade da década. Foram incorporados, por sugestão do movimento autônomo de mulheres, três subtemas à agenda oficial: educação, empregos e saúde. Como na Conferência anterior, aconteceu o Fórum Paralelo de Organização Não Governamental reunindo, em Copenhague, cerca de 8000 mulheres, que discutiram além dos temas da conferência oficial, temas como escravidão sexual da mulher, feminismos e salários.

Revisão e Avaliação da Década da Mulher em Nairobi³⁰ e a Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing.³¹

Para garantir seus propósitos de autonomia³², em todos esses encontros, o movimento de mulheres não publicou nenhuma declaração ou manifesto. Em 1995, na IV Conferência Internacional da Mulher, promovida pela ONU, em Beijing, os 189 países presentes assumiram o compromisso de estabelecer mecanismos de ações para incrementar a participação das mulheres nos processos decisórios como garantia de vigência da democracia plena. Nesse contexto, a bancada feminina no Congresso Nacional Brasileiro³³ assegurou a

³⁰Em 1985, em Nairobi, foi realizada a Conferência Mundial da ONU, denominada Conferência de Revisão e Avaliação da Década da Mulher e contou com a presença de 2.000 delegados oficiais. Já o fórum paralelo reuniu cerca de 15.000 pessoas, onde discutiram temas como a mulher, lei e desenvolvimento; os direitos da mulher lésbica; as mulheres nas artes e na música; além dos temas oficiais. O fórum paralelo contou com mais de 1.400 *workshops*, manifestações e discussões de grupos, inúmeros eventos culturais, além das sessões plenárias.

³¹ A Conferência Mundial de Mulheres aconteceu em Beijing, China, 1995, promovida pela Organização das Nações Unidas. Estiveram presentes representantes de 184 países. Os pontos positivos da plataforma de Beijing foram a incorporação dos direitos reprodutivos e sexuais, os direitos das mulheres como direitos humanos, o trabalho não remunerado, a etnia e a raça como fatores de discriminação, a educação como direito e o direito de toda mulher decidir sobre sua maternidade. O Fórum de ONGs recebeu 30 mil mulheres como resultado do longo processo de articulação e preparação para esta conferência. Realizou-se uma infinidade de reuniões, elaboração de documentos nacionais e internacionais, encontros, propostas, seminários, pesquisas, circulares e publicações. Esta preparação foi para setores do movimento feminista uma oportunidade de consolidar o movimento, ampliando seus espaços de alianças, expressar suas demandas políticas. Destaca-se, entre outras etapas preparatórias, a Conferência Regional de Mar del Plata, a Pré Conferência de Nova Iorque, a organização do Fórum das ONGs em diversos países. Esse trabalho preparatório durou anos para que a agenda de gênero se incorporasse às políticas públicas e fosse considerada neste fórum um componente fundamental das democracias.

³² A participação nas Conferências, especialmente na última, possibilitou inúmeras análises sobre os caminhos dos movimentos feministas. Destaca-se entre elas a de que a massificação da demanda de gênero, resultado também deste processo, colocou o movimento frente à possibilidade de articular eixos concretos e metas reais para obter os compromissos do governo e para avançar na concretização da plataforma de Beijing. Vargas in CELIBERTI(1995:5) afirma que “podemos (feministas) discutir se a agenda das Nações Unidas é a nossa agenda. Podemos discutir se as agências de financiamento marcam os ritmos do debate. Mas, o que ficou claro no processo de Beijing é que foi possível apropriar-se de um evento e daí retirar um leque de possibilidades para conjugar prática e teoria”. Questiona-se à ocasião: qual a relação do movimento com o Estado e organizações internacionais? Diante da expressão da pluralidade das mulheres, quais são seus espaços de representação? Como manter a rebeldia sem deixar de ter a capacidade de fazer proposições e de negociar? Há denúncias de subserviência às políticas neoliberais e às agências de financiamento internacionais.

³³ A participação feminina na política brasileira, em 1996, contava com 50% das eleitoras, mas pouca foram as mulheres eleitas, conforme consta a seguir: 1 governadora (26 estados), 171 prefeitas (4974 municípios), 6 senadoras (81 cadeiras); 34 deputadas federais (513 cadeiras) e 3% de vereadoras, entre os 55.000 vereadores eleitos no país (IBAM, 1996).

obrigatoriedade da cota mínima de 20% de mulheres candidatas aos cargos legislativos e iniciou a campanha “Mulheres sem Medo do Poder”³⁴.

No período compreendido entre a década de 70 até a última década do século XX, a organização das mulheres mudou sua forma de organização, de modo similar à observada na maioria dos movimentos sociais do Brasil e da América Latina. Os movimentos de massa transformaram-se, sendo criados grupos que se institucionalizaram e/ou se especializaram. Algumas organizações de mulheres começaram a preocupar-se com a produção de conhecimentos, outras com a militância política e outras com a prestação de serviços através de organizações não governamentais (ONGs) feministas. Na década de 90 a visibilidade dos movimentos de mulheres e feministas decresceram, assim como de outros movimentos sociais.

Os movimentos feministas e os movimentos de mulheres originaram-se e desenvolveram-se na modernidade, guardando, portanto, as contradições próprias do sistema capitalista e da democracia liberal. Entre outros aspectos, contribuíram para tornar visível a metade dos seres humanos correspondente à parcela feminina.

2.2. As marcas das mulheres em Goiás

A colonização do Estado de Goiás, localizado na região Centro-Oeste do Brasil,

³⁴ A “Campanha Mulheres Sem Medo do Poder” foi lançada pela bancada feminina do Congresso Nacional brasileiro objetivando implementar ações afirmativas para o incremento da participação das mulheres nos cargos eletivos. Esta campanha incentivou a filiação de mulheres aos partidos políticos objetivando ampliar o número de potenciais candidatas; apresentou e aprovou uma lei de cota mínima de 20% de mulheres candidatas aos cargos legislativos, realizou ações de apoio e capacitação às mulheres candidatas, promoveu seminários, lançou a cartilha “mulheres sem medo do poder: chegou a nossa vez” dirigida às mulheres candidatas a vereadora.

começou a ocorrer com o surgimento dos primeiros arraiais, no século XVIII, durante o ciclo do ouro. A descrição dos viajantes sobre Goiás era de atraso e isolamento. A economia era estruturada sobre o trabalho escravo e a população negra, em alguns momentos, constituiu o maior contingente populacional, enquanto a indígena, como consequência da escravização, aldeamento, lutas e extermínio, reduziu-se gradativamente, conforme ocorreu também em outras regiões do País (PALACIN & MORAES, 1980).

Do ponto de vista da historiografia goiana, poucas foram as mulheres do século XVIII e XIX que tiveram seus feitos exaltados pela literatura histórica tradicional, enquanto representantes da mulher goiana através dos tempos. Algumas das abordagens utilizadas, quando as personagens eram mulheres, são de essência heróica. Essa abordagem não consegue situar a vida e o protagonismo femininos naquele momento histórico. Era uma sociedade com características estamentais e direitos diferentes para cada grupo social (PALACIN, 1980). A colônia incipiente explorava o trabalho escravo e dependia da exportação de produtos naturais, principalmente o ouro. A política indigenista era agressiva e ofensiva, rumo às conquistas territoriais e à exploração do indígena.

Algumas mulheres sensibilizavam -se com a dizimação dos habitantes naturais das terras goianas, outras com a forma desumana como os negros eram tratados no sistema escravocrata. Essas mulheres tomavam partido e tentavam amenizar as situações de injustiça social. Damiana da Cunha (1779-1837) é um marco desse período. Foi uma das poucas goianas a constituem-se em objeto de estudo, sendo convertida em motivo de admiração por parte de políticos e estudiosos.

Quando Damiana nasceu, o Território Caiapó do Sul ocupado por sua tribo era extenso. Em 1780 e nos anos seguintes várias bandeiras saíram com a intenção de catequizar e

aldear os Caiapós do Sul. Ao chegarem, os bandeirantes demonstravam grande cordialidade com os caiapós e os convenciam a seguirem suas determinações, sendo o batismo fundamental nesse processo. O batismo

“tornou-se, para os índios, uma espécie de porta que era preciso atravessar, para se tornarem minimamente aceitos pela sociedade branca ... representava não apenas um marco de sua descaracterização pessoal, com perda de seu nome de origem, mas, principalmente, selava sua entrada em um mundo culturalmente diverso do seu ... sempre na obediência e no reconhecimento de autoridade sobre a alma e o corpo do convertido...” (ATAÍDES, 1994:46).

A conversão dos Caiapós do Sul - povo de Damiana – também foi marcada pelo batismo. Neta de um cacique e viúva de um sargento (responsável governamental durante muitos anos pela aldeia dos caiapós), ela obtinha permissão das autoridades brancas e fazia viagens à procura de fugitivos da aldeia para a mata; ou de compatriotas ainda selvagens. Viveu e foi educada entre os brancos (como filha adotiva do governador da Província), mas continuou a usar os adereços de seu povo - brincos ornamentais de pau.

Os índios prestavam-lhe cega obediência e os brancos a respeitavam. Damiana cumpriu até o fim de sua vida a função de atrair índios para o aldeamento. Para ROCHA e BICALHO (1996:5), o uso dos brincos simbolizava a resistência à cultura branca e a luta pela defesa de sua raça era demonstrada *“quando ela ao perceber qualquer ameaça de perigo para sua gente, se punha nua, pintando o corpo e entrava na floresta para a defesa de seu povo”*.

Damiana tornou-se uma evangelizadora ao mesmo tempo em que defendeu uma política pacifista dos brancos para com os índios, recusando a violência e lutando para melhorar a vida de sua gente. Tratando de um encontro de duas culturas diferentes, ela correu riscos e contribuiu para submeter os caiapós aos conquistadores, o que resultou na passagem

da vida social integrada de seu povo para uma existência anônima nas fronteiras. Inicialmente esses índios foram alojados em uma aldeia próxima a Vila Boa, sendo posteriormente transferidos para a aldeia São José dos Mossâmedes,

“para a conversão dos caiapós, existia em S. José uma mulher, a quem os caiapós reverenciavam e obedeciam cegamente A ela [Damiana] se deveu não só a conservação da aldeia de S. José como muitos serviços importantes à catequese, que ela promovia, indo em pessoa ao centro das florestas chamar os seus parentes a virem viver na comunhão dos brancos” (Alencastre apud ATAÍDE, 1994:47).

ATAÍDE (1994) avalia que a atuação de Damiana teria sido “colonizadora” e passiva, se comparada à do irmão, índio valorizado pelos caiapós, que passou a desconfiar do aldeamento e contribuiu com várias fugas, tendo morrido como criminoso. Após a morte de Damiana, a aldeia dos Caiapós do Sul extinguiu-se e estes, já em número reduzido e quase desprovidos de sua identidade cultural, tornaram-se foragidos na terra que antes fora só sua (ATAÍDE, 1994). A atuação de Damiana tem sido interpretada de diferentes formas. As versões apresentadas, todavia, contribuíram para torná-la uma mulher visível nesta fase da história de Goiás.

Alguns anos após a morte de Damiana, outra mulher tornou-se conhecida em Goiás, em decorrência de seu posicionamento e atuação contra a escravidão. O “tratamento” dispensado aos negros sensibilizava Mestra Inhola - Pacífica Josefina de Castro (1826-1933), que era conhecida e amada pelos escravos de Vila Boa. As atrocidades cometidas contra os escravos faziam com que essa mulher ludibriasse “a vigilância do encarregado do celeiro e cometesse a piedosa infração de suprir de alimentos os escravos, para que eles pudessem esperar os novos fornecimentos” (ROCHA e BICALHO, 1996:5).

Mestra Inhola era uma auto-didata. Criou e aperfeiçoou métodos de ensino originais e práticos, aplicando-os na escola que fundou, numa época em que as atividades de ensino em Goiás eram muito incipientes. A institucionalização do ensino em Goiás teve início em 1847 com a criação do Lyceu Goyano.³⁵ A presença da mulher em instituições de ensino, todavia, só começou a ser freqüente no início do século XX, após a criação da Eschola Normal³⁶ (BALDINO, 1992). Nessa época, a atividade pública da mulher era vista com muita restrição na Província de Goiás, mas algumas delas destacaram-se na área do Magistério e outras como artistas.

No início do século XX foi implantado o sistema ferroviário que propiciou a integração econômica e cultural de Goiás com outras regiões do país (GUIMARÃES et al, 1996). Em 1930, o jornal goiano “Matutina Meya Pontense” publicou a carta de uma mulher que exaltava o desejo de liberdade e igualdade nas relações entre homens e mulheres³⁷, sendo que, até aquela década, não foram localizados registros que revelem organizações de mulheres goianas em torno de reivindicações específicas. A partir dessa data, mulheres brancas ligadas às oligarquias que mandavam no Estado organizaram-se reivindicando o direito ao voto através do Gabinete Literário Goiano, na cidade de Goiás. Em 1932 a legislação brasileira garantia, à mulher, esse direito e dever.

A Revolução de 30 teve significado profundo para o Estado de Goiás. A construção de Goiânia imprimiu um ritmo rápido de progresso para o Estado, observado

³⁵ Lei nº 29, de 20 de junho de 1846

³⁶ Decreto nº 1590, de 8 de janeiro de 1906

³⁷ Esta carta publicada no ‘Matutina Meya Pontense’, nº 115 de 1930, com o pseudônimo de ‘A apaixonada’ trazia afirmações como: “nunca me casei, Sr. Redator, por não me sujeitar a praticar os meios humilhantes e abjetos serviços, que aqui exigem os maridos de suas mulheres, a classe dos cativeiros, não sofrem mais e não é isto uma barbaridade?” (ROCHA e BICALHO, 1996).

através da multiplicação da população, integração com as demais regiões, implantação de vias de comunicação e o desenvolvimento de serviços, especialmente na área de educação (PALACIN e MORAES, 1980:103). Apesar dessa efervescência, Goiânia, no final dos anos 30, ainda era considerada deserta e quase sem infra-estrutura. A partir de 1942, a nova capital do Estado passava a ser considerada como uma cidade perfeitamente estabelecida.

Durante as décadas de 40 e 50, Goiás conheceu grandes transformações. A continuidade do processo de urbanização territorial foi favorecida pela construção da nova Capital Federal (1956), pela criação da rodovia Belém-Brasília e pela implantação de colônias agrícolas, principalmente em Rubiataba, Rialma e Carmo do Rio Verde. Seu desenvolvimento, todavia, estava longe de ser satisfatório. O orçamento estadual era cinco vezes maior, em 1942, do que o de 1930, mas o censo de 1940 havia constatado

“... que entre 563.262 pessoas de mais de 10 anos, só 148.947 sabiam ler e escrever, 32% dos homens e 20% das mulheres, um homem entre três e uma mulher entre cinco. As comunicações, a saúde, a instrução, a carência de indústria, a baixa produtividade da agricultura e na pecuária ... eram problemas ainda intactos...” (PALACIN e MORAES, 1980:110).

Nesta primeira metade do século XX a presença da mulher no Estado foi mais marcante. Todavia a escassez de estudos acerca da atuação feminina tem dificultado a visibilidade de seus feitos. Alguns vultos sobressaíram-se nas artes, literatura, política, religião e jornalismo, como também na luta por educação, cidadania, sufrágio universal e posse coletiva da terra.

Entre as mulheres que, por sua liderança, foram consideradas como representativas de seu gênero nas terras goianas, incluem-se: Eurydice Natal e Silva (1883-1970), fundadora da Academia Goiana de Letras; Maria Henriqueta Peclat (1886-1965), jornalista da área

política; Nhanhá do Couto, poeta ; Maria Angélica da Costa Brandão, (1880-1945), que criou a primeira orquestra de Goiás, fundou escolas, clubes, grupos de teatro; Belkiss Spenciére Carneiro de Mendonça, musicista reconhecida internacionalmente, fundadora e diretora do Conservatório de Música da UFG; Oscarlina Alves Pinto (1884-1963), religiosa dominicana e colunista combativa do periódico “Voz do povo”; Amélia Brandão, pianista e compositora; “Santa Dica” - Benedita Cipriano Gomes - (1905-1970), liderança mística que participou de movimentos políticos, como a Coluna Prestes; Célia Coutinho Seixo de Britto (1914-1994), desenhista, escultora e escritora dedicada ao registro da memória das mulheres goianas; Dona Gercina Borges Teixeira, considerada a “mãe dos pobres”; “Cora Coralina” - Ana Lins dos Guimarães Peixoto Bretas - doceira e poetisa, com vários poemas publicados e reconhecida nacionalmente (BRITO, 1982; ROCHA e BICALHO, 1996).

Nas décadas de 50 e 70 o fluxo migratório continuou a ocorrer, ocasionado, principalmente, pelas políticas agrícolas adotadas pelo governo militar:

“... O movimento migratório para o Centro-Oeste ... foi bastante significativo no período 50/70, a ponto de a região transformar-se em um dos principais pólos de atração do país. Esta alteração do perfil do fluxo migratório brasileiro ocorre numa época em que imperativos de ordem econômica, política e social levam a uma expansão da fronteira agrícola numa verdadeira marcha para o oeste ...” (Guimarães apud BALDINO, 1992:79).

Durante o período de repressão política no Estado, algumas mulheres empenharam-se na luta pelos direitos civis³⁸. Na década de 80, no Brasil, a mulher fez-se presente na luta por melhores condições de vida, participando ativamente de movimentos

38 ROCHA e BICALHO, 1996 na investigação “Luta e Resistência de Mulheres em Goiás”, destacam depoimentos ricos sobre o envolvimento de mulheres goianas contra a ditadura militar.

sociais. Em Goiás, as mobilizações populares e sindicais também foram frequentes, tanto nas cidades como no campo, propiciando o surgimento de vários grupos organizados de mulheres, com o objetivo de defender interesses específicos da população feminina.

Entre os principais grupos de mulheres e de estudo sobre gênero destacam-se: Grupo Feminista de Estudos Eva de Novo; Centro de Valorização da Mulher (CEVAM); Centro Popular da Mulher - CPM; Grupo Transas do Corpo; Coordenação Estadual da Comissão de Mulheres da Central Única dos Trabalhadores; União de Mulheres de Abadiânia (UMA); Pastoral da Mulher da Igreja Católica de Goiânia; Grupo Feminista "Oficina Mulher"; Programa Interdisciplinar da Mulher - Estudos e Pesquisas (PIMEP) da Universidade Católica de Goiás (ROCHA e BICALHO, 1996).

Estes grupos existiram (e existem) com diferentes prioridades, mas com o propósito comum de conquistar espaços sociais capazes de conferir visibilidade à situação de opressão da mulher, nas várias esferas da sociedade (intelectual, política, econômica e social) e buscando a supressão da hierarquia entre os sexos. Mulheres brancas, intelectuais, de classe média, professoras ou profissionais liberais constituem a maioria destes grupos.

Como se vê, Goiás não ficou completamente alheio às reivindicações feministas, embora fosse caracterizado como um Estado de produção essencialmente primária, afastado dos grandes centros culturais. A partir de 1985, diferentes órgãos estatais de apoio à mulher foram criados, como o Conselho Municipal da Mulher, a Delegacia Especial de Polícia de Defesa da Mulher em Goiás (1985), a Secretaria Estadual da Condição Feminina (1987), o Projeto Mulher e Cidadania/Programa da Mulher da Fundação Municipal do Desenvolvimento

Comunitário em Goiânia - FUMDEC (1994) e a Assessoria Especial da Mulher na Prefeitura de Goiânia (1994). Estas entidades, mesmo sendo frutos de reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, nem sempre tiveram sua direção delegada a uma representante destes movimentos.

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), desenvolveu, entre 1985 a 1989, uma série de atividades nacionais como a campanha nacional de combate à violência contra a mulher, o incentivo à criação das delegacias de mulheres e a articulação junto à sociedade e parlamentares para promover modificações na constituinte, que atendessem aos interesses da mulher. Participou da articulação para elaborar e implantar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, por questões estratégicas, foi implantado junto com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), sendo ambos então denominados por uma única sigla - PAISMC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança).

A incorporação pelo PAISM da perspectiva feminista, especialmente no que tange à integralidade das ações e práticas educativas em saúde, consta desde a proposta de implantação, mesmo sendo uma política oficial do Ministério da Saúde. A metodologia proposta para as ações educativas baseava-se em grupos de vivência, onde a experiência de vida e os aspectos emocionais e sócio-econômicos deviam ser incorporados, juntamente com os conhecimentos científicos sobre o corpo e a saúde da mulher³⁹.

Goiás foi o primeiro estado brasileiro onde se implantou o PAISM, e é provável que isso tenha ocorrido por tratar-se de um estado periférico, objetivando-se evitar a

³⁹ Para maiores informações sobre o PAISM ver: *As Bases Programáticas para Implantação do PAISM*, Ministério da Saúde. 1986.

ocorrência de questionamentos acerca do Programa. Mesmo assim, a polêmica foi criada, tanto por parte da Arquidiocese de Goiânia,⁴⁰ a que combatia os métodos de planejamento familiar preconizados pelo Programa, como pelo Grupo Feminista “Eva de Novo”,⁴¹ que considerava o Programa enfático sobre a necessidade de se evitar filhos e reivindicava a livre escolha da reprodução por parte dos casais.

O Ministério da Saúde, por sua vez, financiou a “capacitação metodológica” de equipes multiprofissionais, sendo que muitas dessas equipes foram “treinadas” por feministas. O processo realizado possibilitou um rico intercâmbio entre mulheres com conhecimentos técnicos profissionais em saúde e mulheres pertencentes aos movimentos. Em Goiás, o PAISM contribuiu para formação de grupos feministas autônomos; isto se deu com o Grupo Feminista Transas do Corpo - Ações em Saúde e Sexualidade e, também, influenciou a União de Mulheres de Abadiânia e a Oficina Mulher.

As fontes consultadas revelam que os movimentos de mulheres e grupos feministas em Goiás têm sido capazes de empreender suas lutas específicas, articulando-as à problemática regional e nacional. Haja vista a marcante participação das mulheres em lutas mais amplas como pela Anistia, pelas “Diretas Já” e pela Assembléia Nacional Constituinte. As lutas específicas das Mulheres também têm sido fortalecidas através de decisões tomadas em eventos como a Conferência Estadual de Saúde da Mulher, Encontros de Trabalhadoras e Estudantes, comemorações do Dia Internacional da Mulher (8 de março) e outros.

⁴⁰ Conforme publicação da Arquidiocese de Goiânia. *Arquidiocese se posiciona em favor da vida de todos*. Goiânia, 1984:139-42.

⁴¹ Conforme documento elaborado pelo Grupo Feminista “Eva de Novo”. *PAISM: o que pensamos dele*. Goiânia, 1984.

Por outro lado, ROCHA e BICALHO (1996) registraram crises nos movimentos de mulheres em Goiás, evidenciadas tanto pelo dismantelamento de alguns grupos e pela efemeridade de órgãos institucionais como o Conselho Municipal da Condição Feminina e a Secretaria Estadual da Condição Feminina, como pela precariedade das Delegacias de Defesa da Mulher.

Como foi visto, a participação feminina na construção da história econômico-social e político-cultural do Estado de Goiás, pouco evidenciada até o início do século XX, tornou-se mais notada no seu decorrer. A partir de 1980, as estratégias de atuação dos movimentos feministas e de mulheres em Goiás não diferem muito das observadas em outras áreas do Brasil.

Constata-se, entre outros, um crescimento de pesquisas, estudos, presença de demandas de gênero nos meios de comunicação de massa do Estado, aumentando a visibilidade das mulheres em nossa história. Isso não resultou, no entanto, em significativa mudança na situação desigual de gênero. Tanto em Goiás, como na maior parte das universidades brasileiras, a categoria gênero foi introduzida na década de 90, com a criação do Programa Interdisciplinar da Mulher – Estudos e Pesquisas na UCG. E é esta categoria que fundamenta o próximo tópico relativo à enfermagem como profissão feminina.

2.3. A afirmação da enfermagem enquanto profissão feminina

Considerando-se que o objetivo deste estudo foi empreender uma análise de gênero sobre o ensino oferecido no Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás (ENF/UCG), após uma breve retrospectiva da situação da mulher na sociedade, bem

como do resgate dos movimentos feministas e de mulheres, torna-se necessário explicitar a enfermagem como uma profissão feminilizada⁴².

Nesta parte destaca-se a enfermagem moderna no mundo ocidental, buscando-se “historicizar” características - ainda marcantes - que esta profissão carrega ao longo de sua história, procurando visualizá-las no Brasil e em Goiás. A prática social da enfermagem é histórica, está inserida na totalidade social e articulada ao conjunto das práticas que compõem a estrutura da sociedade, econômica, política e ideologicamente determinada (DONNANGELO, 1976).

Olhar a enfermagem sob a perspectiva de gênero, pela via de sua historicidade, é um caminho para escapar ao determinismo biológico, que “naturaliza” a sua prática como uma profissão de mulheres. Essa visão culturalmente aceita faz da enfermagem uma profissão subordinada e desvalorizada na cultura ocidental - como ocorre também com outras profissões de base social feminina - sendo desprestigiada e relegada a um *status* inferior ao de profissões consideradas masculinas (LOPES, 1996).

FONSECA (1996) afirma que para se fazer uma análise “generificada” é preciso considerar a mulher como objeto de investigação enquanto mulher e enquanto agente do processo de trabalho da enfermagem. Nesta e nas demais práticas de saúde, homens e mulheres são compreendidos diferentemente, apenas pelos seus atributos biológicos. Assim, o trabalho que compreende o assistir/cuidar é estereotipado, o que reforça as desigualdades sociais,

⁴² Feminilizar: qualidade, caráter, modo de ser, pensar ou viver próprio da mulher. Feminizar: 1. Dar feição ou caráter feminino a; 2. Atribuir o gênero feminino a; 3. Assumir os caracteres da fêmea; adquirir qualidades ou modos femininos (FERREIRA, 1975).

“...dificulta a construção da identidade feminina à altura das demandas das mulheres ... e se relaciona à construção da identidade da enfermeira enquanto profissional e da enfermagem enquanto profissão feminina: seus exercentes são majoritariamente mulheres (95% no nível superior) e caracteriza-se por uma prática historicamente vinculada à função social da mulher - o cuidar...” (FONSECA, 1996:33).

A constituição da enfermagem enquanto profissão, no século XIX, apresentava-se de forma contraditória e ainda o é neste final do século XX. Em que pesem os importantes avanços verificados, muitos dos conflitos permanecem presentes no ensino de enfermagem no Brasil, assim como permanecem inalterados muitos aspectos da situação de saúde, educação e vida das mulheres. Na perspectiva de apreender a enfermagem moderna em sua historicidade, procurou-se contextualizá-la no processo de mudanças da organização político-social, do cuidado da saúde - originário de problemas sociais da Europa, no século XIX - e da atuação médica e de enfermagem.

As modificações ocorridas nas práticas de saúde - particularmente o nascimento da clínica e o desenvolvimento da medicina social - associam-se ao sistema social capitalista.⁴³ Do ponto de vista da atuação individual, a origem da enfermagem está indiscutivelmente relacionada à vida de Florence Nightingale⁴⁴. Entretanto, neste capítulo, opta-se pela

⁴³ Sobre este tema ver NAVARRO (1979), que apresenta a interrelações entre capitalismo e o sistema ocidental de medicina.

⁴⁴ Florence desempenhou um papel original para uma mulher do século XIX. Sua vida como mulher, enfermeira e marco desta profissão é uma desafio às interpretações. Florence Nightingale é uma personagem controvertida. Para uns é exaltada pelas suas excelsas virtudes de criatura predestinada por Deus (FONSECA, 1996), a literatura, inclusive, reforçou esta posição, propiciando a idéia de uma mulher sem vida própria, dedicada ao próximo, abnegada e capaz de cumprir e fazer cumprir os princípios da disciplina, ordem e rígida moral. Outros questionam ou reprovam seu apoio à política inglesa do século XIX - opressora, expansionista e dominadora. (SOBRAL, 1994). Outros, ainda, consideram-na uma figura extraordinária, uma representante de sua época. Na Inglaterra vitoriana Florence ousou negar o frustrado destino então reservado às mulheres, destoando dos costumes que sua classe social destinava ao seu gênero (CASTRO, 1992).

abordagem das circunstâncias histórico-sociais, ao invés das personagens individuais, como se observa com frequência na literatura específica sobre a história da enfermagem.

Em meio a uma série de transformações políticas, econômicas e religiosas ocorridas na Europa dos séculos XIII ao XVII, a enfermagem sem sistematização profissional era assumida por mulheres que assistiam as pessoas com ervas medicinais e rezas; tratava-se de uma assistência feminizada e de cunho caritativo (LOPES, 1996). Até então, a medicina era essencialmente teórica e a experimentação clínica ainda não figurava entre seus preceitos. O ato médico era domiciliar, privado e individual, sendo que a experiência hospitalar encontrava-se excluída tanto da prática quanto da formação deste profissional (FOUCAULT, 1980).

O hospital era uma instituição de caridade destinada a recolher pobres, loucos, enfermos, epiléticos, incuráveis, crianças abandonadas, agonizantes, amputados e famintos, visando a salvar suas almas; tinha, também, a finalidade de separar o doente do convívio social para proteger os sadios do perigo que ele representava. No hospital, essas pessoas eram empilhadas sem consideração de idade ou sexo. A desordem e a confusão reinantes eram tamanhas, chegando ao ponto de se acumularem vários ocupantes por leito (ILLICH, 1975).

No processo de instauração da medicina como uma nova profissão, ocorrido no século XV, as mulheres que praticavam a cura passaram a ser consideradas como bruxas. A Europa dos séculos XV e XVI viveu o apogeu da “caça às bruxas”, instaurando o descrédito e desarticulando a prática da cura exercida pelas mulheres através da Inquisição⁴⁵

⁴⁵ A extensão do fenômeno de caça às bruxas, sem dúvida, ultrapassa a questão da institucionalização médica, incluindo-a. Este fenômeno é o resultado de uma série de transformações políticas e econômicas e da reafirmação do papel da Igreja Cristã em meio à tais transformações. Registra-se que as vítimas da Inquisição não foram só as mulheres, apesar de serem 9 entre 10 acusados (PITANGUI, 1989).

(NASCIMENTO, 1996). O conhecimento das mulheres, acumulado durante séculos, que fez das portadoras deste saber cuidadoras por excelência, necessitou ser expropriado para que a ciência médica moderna ganhasse espaço e reconhecimento social (FONSECA, 1996).

Também o saber médico se transformava, com o processo de avanço dos conhecimentos, especialmente os bacteriológicos e epidemiológicos. Com o advento e a expansão do capitalismo, o modelo de saúde destinado aos pobres entrou em decadência. As intensas transformações das condições histórico-sociais do mundo ocidental e o desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção capitalistas originaram a necessidade de preservação e reprodução da força de trabalho. No campo da saúde, a medicina e a enfermagem tornaram-se essenciais ao novo sistema econômico (BORGES, 1989).

Esse processo ocorreu a partir da formulação de uma consciência pública sobre as más condições de vida, alteradas pela Revolução Industrial, onde grandes contingentes de pessoas encontravam-se expostos às doenças, em habitações precárias, ocupações perigosas e prejudiciais à saúde, ocorrendo preocupantes taxas de mortalidade e morbidade. Esta situação levou as autoridades a tomarem inúmeras medidas, tendo as próprias cidades como objeto de ação médica. A profissão médica foi organizada sobre o modelo do clero e investida de poderes semelhantes aos que a igreja exercia sobre as almas, para serem exercidos, neste caso, na saúde e no corpo dos indivíduos.

O desenvolvimento econômico alcançado no século XIX na Europa gerou tensões que refletiram na modificação do pensamento e das ações em saúde. A preocupação com o bem estar social permitiu estabelecer algumas relações entre a medicina, a saúde e o Estado. Buscavam-se regulamentar a educação médica, supervisionar farmácias e hospitais, combater

o charlatanismo e fornecer esclarecimentos ao público. Ao médico, também, competia supervisionar a saúde da população, através da higiene pública.

A doença passou a ser compreendida como um fenômeno natural classificável, ou seja, como uma ação particular do meio sobre o indivíduo. À medida que a nova realidade social foi se tornando mais complexa - através da urbanização, do aprofundamento da divisão social do trabalho, do aumento da dependência entre as nações e entre as diversas esferas da atividade humana - as práticas de saúde foram se tornando mais sociais no sentido de colocarem o meio, a cidade, a cultura, os comportamentos e os hábitos também como objetos das ações de saúde (GONÇALVES, 1986).

A modernização da enfermagem teve na educação de suas novas exercentes um dos seus fundamentos. Os princípios Nightingaleanos exerceram grande influência na formação de enfermeiras, sendo os seguintes:

- ênfase na conduta pessoal (moral), postura física, trajes e comportamento;
- ocupação do cargo de diretora das escolas restrito a enfermeiras;
- autonomia financeira e pedagógica dos cursos de enfermagem;
- ensino teórico e prático sistematizado, baseado em princípios de hierarquia e noções epidemiológicas, voltado para ações de manutenção/recuperação da saúde e conforto do paciente.

A noção de salubridade, correlata à noção de higiene do meio ambiente, tornou-se um dos fundamentos para o exercício da profissão. Este conhecimento sistemático foi baseado

na natureza,⁴⁶ sendo que a doença era percebida como um esforço da natureza para restaurar a saúde (NIGHTINGALE, 1989). Este recorte intelectual estava centrado no ambiente e no coletivo e não no corpo humano individual. Assim, o conceito de enfermagem foi ampliado já que, até então, estava limitado à administração de medicamentos e aplicação de cataplasmas.

A necessidade de purificar o hospital dos fatores nocivos e estabelecer a ordem dentro da instituição foi o ponto de partida da reforma hospitalar. O novo modelo de serviço hospitalar (o hospital como instrumento terapêutico e portador da tecnologia médica) passou a ser mantido por fundos públicos e pela caridade privada. Ali os pobres poderiam ser tratados de forma mais econômica (BORGES, 1989). O médico passou a ser o principal responsável pela organização hospitalar, assumindo o poder e o controle dessa instituição.

O surgimento da enfermagem moderna se deu no momento em que o movimento feminista e de trabalhadoras se organizava em busca de um protagonismo inusitado das mulheres para a conquista da cidadania. A principal expressão dessa luta, naquele momento, foi o movimento sufragista. Era preciso resistir ao “ambiente sombrio e triste, austero e restritivo para as mulheres” instaurado pela ampla dominação masculina e submissão feminina (FONSECA, 1996).

No entanto, a Europa e, particularmente, a Inglaterra tradicional resistiam às mudanças na situação da mulher através dos preceitos da moral vitoriana que impelia as mesmas para uma vida subalternizada e secundária. Esse período inaugurou caminhos para a

⁴⁶ Florence Nightingale se baseia na natureza para elaborar os conhecimentos básicos da enfermagem moderna, originário do conhecimento da ciência médica da época. Mas é bom lembrar que a raiz da filosofia de Rousseau está assentada nas relações entre a natureza do homem e os acréscimos da civilização. A moral fundada na liberdade, primazia do sentimento sobre a razão, teoria da bondade natural do homem e doutrina do contrato social. A civilização é vista por Rousseau como responsável pela degeneração das exigências morais mais profundas da natureza humana” (CHAUÍ 1991: XIII). ROUSSEAU (1992) em “Emílio ou da Educação” trabalha em sua obra com questões como aleitamento materno e cuidados com recém nascido.

superação dos papéis sociais tradicionais das mulheres e, a seu modo, as precursoras da enfermagem trilharam sua trajetória pessoal e profissional,

“.. apoiando-se de maneira evidente em uma tradição feminina do cuidar e no fato de que ali estava uma profissão acessível às mulheres da Inglaterra vitoriana. Ela [Forence Nightingale] queria preservar para as mulheres as possibilidades de integrar um espaço de trabalho, ao mesmo tempo aceito socialmente por sua utilidade e pelas qualidades morais requerida...” (LOPES, 1996:99).

Entre a queda do feudalismo e a instalação do capitalismo, as práticas destinadas ao cuidado ao doente foram assumindo o caráter de tarefa indigna e inferior, entre outros fatores, porque as executantes eram consideradas desqualificadas ou inadequadas, por serem mulheres analfabetas e bêbadas, sendo seu trabalho tido como imoral e sujo, como era o caso das prostitutas (ALMEIDA e ROCHA, 1986). Esta imagem era incompatível com os princípios morais e de conduta da burguesia do século XIX. Percebe-se um investimento:

“...para criar uma certa imagem de mulher enfermeira. Imagem e modelo que interessavam também à Medicina, já que os progressos acelerados da época (microbiologia, entre outros) exigia auxiliares bem treinadas. Muitos médicos se lançaram, então, na profissionalização dessas auxiliares e justificavam também as qualidades femininas para a profissão. Essa feminização era confortável para sua posição de poder...” (LOPES, 1996:99).

A divisão técnica e social do trabalho médico - pela incorporação crescente de tecnologia - levou ao parcelamento das ações, à complexificação dos meios de trabalho e à

diversificação de especialidades e categorias profissionais⁴⁷ (FONSECA, 1996). Essa diferenciação de agentes na área da saúde incluiu a reprodução da divisão trabalho manual/intelectual, conforme tal divisão se expressa, tanto no conjunto de fenômenos relativos à redefinição dos objetos e instrumentos de trabalho, como na incorporação de uma gama variada de trabalhos diferentemente qualificados e correspondentemente hierarquizados (SILVA, 1986).

A transformação da enfermagem empírica em científica passou pelo preparo de mulheres das classes sociais superiores - com moral, prestígio, poder e abnegação - principalmente para o gerenciamento do cuidado e organização do ambiente hospitalar (ALCÂNTARA, 1963). As precursoras da enfermagem moderna⁴⁸ impregnaram suas escolas e hospitais com a moral vitoriana, a religiosidade e a exaltação aos bons costumes, objetivando disciplinar a conduta das exercentes de enfermagem, para que se tornasse socialmente reconhecida como um campo de prática feminina. Conviviam então, de um lado, os estereótipos de mulher vulgar, marginal, de vida fácil e de outro, de mulher abnegada, religiosa, santificada, os quais influenciam a profissão até hoje.

A medicalização no espaço até então confuso do hospital se realizou através de mecanismos disciplinares. Naquele contexto, a enfermeira teria por função assegurar o

⁴⁷ A enfermagem moderna dividiu as prestadoras de assistência de enfermagem em categorias: Nurses e Lady Nurses. As primeiras de classe social mais baixa executavam o trabalho manual. As últimas eram instruídas para o planejamento, controle e avaliação da assistência. De acordo com a sociedade industrial em que se inseria, a enfermagem, também, adotou a divisão social do trabalho (manual e intelectual). No Brasil atualmente temos as seguintes categorias, de acordo com a formação escolar: enfermeira (universitária); técnico de enfermagem (2º grau); auxiliar de enfermagem (1º grau) e o atendente de enfermagem que legalmente não existe mais, mesmo assim, ainda, exerce atividades de enfermagem. Há, ainda, agente de saúde que na década de 1980 e 1990 passou a exercer atividades de atenção primária.

⁴⁸ As primeiras enfermeiras da época eram mulheres majoritariamente aristocratas, solteiras ou viúvas, sem filhos, que deixaram o espaço doméstico para atuar no espaço público - efetuando reformas no contexto da sociedade burguesa.

esquadrinhamento e a vigilância do mundo do doente, assim como transformar as condições do meio em que os doentes eram colocados. Esta também constituiu-se com a finalidade de recuperar os corpos e de organizar o hospital, funções estas que se mantêm presentes na prática profissional da enfermeira (ROCHA, 1990). A enfermagem caracterizava-se, assim, como um trabalho manual no interior de uma relação de dominação médica e subordinação de enfermagem.

A criação da escola para enfermeiras na Inglaterra⁴⁹ permitiu que a enfermagem moderna, que se institucionalizava, lançasse suas bases de atuação. Assim a enfermagem moderna desenvolveu uma possibilidade de trabalho para as mulheres, condizente com “as qualidades femininas”, ditadas pela sociedade da época (SOBRAL, 1994).

Nesse contexto, sua profissionalização coincidiu com o afastamento definitivo dos homens, consolidando sua feminilização, uma vez que muitas escolas passaram a permitir o ingresso somente de mulheres. A religiosidade e os valores humanitários estiveram intensamente presentes neste processo de reforma da enfermagem, assim como está presente até nossos dias. A enfermeira

“deve ser uma pessoa com a qual se possa contar, isto é, capaz de ser uma enfermeira ‘digna de confiança’ ... deve ser rigorosamente sóbria e honesta e, mais que isso, uma pessoa religiosa e devotada; deve respeitar sua própria vocação porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta literalmente em suas mãos; deve ser uma observadora minuciosa, fiel, rápida; uma pessoa de sentimentos delicados e recatados” (NIGHTINGALE, 1989).

⁴⁹ Florence Nightingale criou o Nightingale Training School for Nurses at St. Thomas Hospital e o título de Lady Nurse, estabelecendo assim a primeira categorização na enfermagem” (SOBRAL, 1994).

Como se pode deduzir, a idéia da educação para as mulheres estava presente na sociedade europeia da época e era uma reivindicação do movimento feminista. Aliás, desde o Iluminismo⁵⁰, as mulheres lutavam pela oportunidade de instrução como um direito e como forma de superar a subalternidade ao homem.

A enfermagem profissional recebeu também influências militares ao se organizar institucionalmente, devido ao processo histórico e ao significado da guerra⁵¹ na sociedade moderna, especialmente na Inglaterra de então (CASTRO, 1989). Esta enfermagem reformulou os hospitais militares de campanha e fez a administração sanitária do exército. A Guerra da Criméia (1854-1956) foi o palco onde as precursoras, inicialmente, demonstraram sua competência. Nesse percurso destacou-se, mais uma vez, Florence Nightingale que,

“conheceu o poder médico, vencendo-o muitas vezes; experimentou e gostou do poder, sabendo como poucos mandar e ser obedecida; fez inimigos entre os que não aceitavam a sua condição feminina com poder; construiu uma imagem adorada pela opinião pública e respeitada pelo poder instituído; venceu a batalha da infecção hospitalar, diminuindo maciçamente o índice de mortalidade entre os feridos...” (SOBRAL, 1994: 37).

⁵⁰ No século XVIII o pensamento ocidental buscava nova expressão que oscilava entre o conservadorismo e as idéias liberais que alicerçaram a revolução francesa. O esforço enciclopedista de vulgarizar a produção dos filósofos objetivava levar ‘as luzes’ - instrução - à humanidade. O diário Britânico, Spectator de Addison e Steele (publicado no início do século XVIII) apresentou-se como um instrumento do projeto iluminista de mudar o modo de pensar dos homens comuns. O Spectator aderiu ao otimismo da época quanto às possibilidades da educação e da imprensa educativa; e, assumiu explicitamente a função de agente da cultura, de mobilizador de opinião e propagador de idéias. Neste mesmo século surgiu como seguidoras do Spectator La Spectatrice, na França; The Female Spectator na Grã-Bretanha; e La Pensadora Gaditana, na Espanha. Estes eram periódicos, de autoria feminina, dirigidos a mulheres e que afirmavam sua função educadora e de contribuição para a causa educacional feminina (PALLARES-BURKE, 1997).

⁵¹ LOYOLA (1987) analisa que após a utilização do fuzil, a arte da guerra se transformou, os soldados passaram a necessitar de treinamento, não podendo mais ser substituídos por qualquer indivíduo, como acontecia antes. As perdas de soldados encareciam muito o custo da guerra tornando-se necessário sanear o hospital. Neste contexto, os hospitais assumem nova dimensão e o papel da enfermagem torna-se imprescindível para organizar e controlar este espaço.

Nesse processo, hierarquia e disciplina no trabalho foram implantadas na assistência de enfermagem, materializando as relações de dominação-subordinação, ao reproduzir no interior de sua prática as relações de classe social, que ainda são vigentes (ROCHA, 1990). Traços de rígida disciplina militar e obediência aos superiores hierárquicos são encontrados no exercício profissional e no ensino de enfermagem até nossos dias. A enfermagem moderna surgiu normatizada, ora como extensão, ora subordinada ao trabalho médico,

“... ainda com um corpo de conhecimentos em construção, a enfermagem é duplamente subalternizada - ao homem e ao médico. Tal subordinação é, ao mesmo tempo, de gênero e de saber, o que a desqualifica enquanto prática relevante no conjunto das práticas da área da saúde (FONSECA, 1996:34).

A elevação moral e profissional do pessoal hospitalar, o conhecimento e a secularização da profissão foram as bases desta nova enfermagem. Esta, embora tenha criado a clausura no espaço público, através da rígida disciplina moral para o controle da sexualidade e da religiosidade das alunas da Escola de Enfermagem, reservou um espaço para as mulheres na vida pública, propondo um caminho de busca de seu próprio desejo para a mulher-enfermeira, desde que deserotizado (SOBRAL, 1994).

Constrói-se, contraditoriamente, uma enfermagem não “sexualizada”, mas que tem no corpo - que é “sexualizado” - um dos seus objetos de trabalho. Uma das formas utilizadas para “dessexualizar” esse objeto foram as técnicas de domínio próprio da enfermagem. Essas técnicas vieram associadas à idéia de limpeza e higienização dos corpos, como contraponto às infecções hospitalares. SANTOS (1992) constata que há um silêncio histórico - tradicional e contemporâneo - na Enfermagem, desde Florence Nigthingale até os dias atuais, acerca da sexualidade do corpo, tanto do paciente como da enfermeira ou estudante de enfermagem. A

singularidade deste silêncio está inserida no cotidiano da enfermagem e no modo como o corpo “... é tocado, massageado, examinado durante a higiene e limpeza para manter o bem-estar físico Mais uma vez, vem à tona, a repressão e a tolerância frente a corpos [sexuados] (SANTOS, 1992:12-3).

Assim, de acordo com as condições sociais vigentes à época, a noção do cuidar foi ratificada como atividade feminina e como meio complementar para o curar, atividade exercida pelo médico (SOBRAL, 1994). A enfermagem moderna nasceu subordinando o conhecimento popular ao científico e refutando a prática amadora e imprudente da medicina por mulheres. O saber real tornou-se aquele reconhecido cientificamente no campo da medicina, aquele que se contrapõe ao saber popular (empírico) sobre a arte do cuidar, historicamente exercida pelas mulheres. A modernização da enfermagem, ainda que subalternizando-a à medicina, aconteceu rompendo com a tradicionalidade do cuidado baseado no saber empírico feminino (FONSECA, 1996).

2.4. O ensino da enfermagem em Goiás e a criação do ENF/UCG

O desenvolvimento da educação em enfermagem na América teve início no final do século XIX, quando a enfermagem moderna, baseada nos princípios Nightingaleanos, chegou aos Estados Unidos. No Brasil, esse movimento surgiu na década de 20, quando o Departamento Nacional de Saúde Pública organizou um serviço de enfermagem, com o apoio da Fundação Rockefeller (SILVA, 1986). Enfermeiras norte-americanas auxiliaram a reformulação dos serviços de Saúde Pública no Rio de Janeiro e criaram a Escola de

Enfermagem Anna Nery, em 1923. Essa Escola foi considerado como modelo⁵² para outras escolas do país (GEOVANINI, 1995).

Nos anos 20, o Estado de Goiás possuía poucos recursos direcionados à assistência em saúde: destaca-se a presença de apenas seis médicos para uma população de aproximadamente de 500.000 habitantes, sendo que a maioria das pessoas residia em pequenas comunidades e na zona rural. A primeira instituição hospitalar (Hospital São Pedro de Alcântara) havia sido criada em 1832, em Vila Boa de Goiás - capital do Estado à época (SANTOS, 1997).

Poucas são, todavia, as informações sobre a enfermagem goiana naquela década; sabe-se que os leigos eram os exercentes de enfermagem nas poucas possibilidades de atendimento profissional disponível no Estado até os anos 30. Nesta década a enfermagem profissional brasileira atuava, majoritariamente, nas áreas de saúde pública e ensino (GEOVANINI, 1995).

Com a expansão do capitalismo na década de 30 ocorreram várias mudanças no âmbito da educação escolar; até então não existia um plano nacional de educação. A política nacional desenvolvimentista procurou dinamizar o ensino superior, através da expansão de instituições privadas (ABREU, 1997).

Em Goiás o contexto era de problemas intactos nas áreas de comunicações, saúde, instrução, assim como era flagrante a carência de indústria, a baixa produtividade na agricultura e na pecuária. Após 1930, as oligarquias que assumiram o poder neste Estado pretendiam integrar a região à economia de mercado. A transferência da capital para Goiânia

⁵² Em 1931 o exercício da profissão de enfermagem foi regulamentado (Decreto-Lei 20.109) e determinava que as escolas de enfermagem tomassem como padrão a Escola de Enfermagem Anna Nery .

promoveu o aumento do orçamento estadual e da população. Nesse sentido, a política educacional foi considerada como importante meio para alcançar o progresso.

Em âmbito educacional, a educação superior no país naquele momento histórico era agnóstica, positivista e anticlerical. A Igreja Católica começava a preocupar-se com o ensino primário e superior, particularmente com a formação dos intelectuais, sendo exemplo disto a criação do Instituto Católico de Estudos Superiores, em 1932, na cidade do Rio de Janeiro. No ensino secundário, os colégios protestantes⁵³ ofereciam uma educação mais moderna baseada no estilo norte-americano (ABREU, 1997). Nesta década foi criada a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia vinculada à igreja católica.

As três primeiras Escolas de Enfermagem do estado de Goiás foram criadas e dirigidas por religiosos(as) e adotavam os princípios nightingaleanos, assim como privilegiavam a assistência hospitalar (FREITAS e LOURES, 1997). Em 1933 foi criada a “Escola de Enfermeiras Florence Nightingale”, em Anápolis,⁵⁴ cuja formação era direcionada pelo protestantismo. Em 1937 criou-se a “Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul”,⁵⁵ também sob influência protestante, como relataram ANACLETO e BATISTA (1963) e AIRES (1985). Estas escolas eram vinculadas a hospitais que atendiam a população da região⁵⁶.

⁵³ O protestantismo expandiu-se na sociedade brasileira principalmente no século XX. A criação de instituições educacionais - rede de escolas primárias, 2º. grau e poucas de 3º. grau - foi a estratégia adotada para expansão desta religião. Os missionários presbiterianos se instalaram no Brasil a partir de 1859 (ABREU, 1997).

⁵⁴ Criada pelo médico James Fanstone e dirigida por enfermeiras que vieram da Grã-Bretanha, Canadá e Estados Unidos. Registra-se a importância do trabalho realizado por Isabel Colghun Mac Intyre.

⁵⁵ Criada pelo missionário presbiteriano médico Donald Covil Gordon, sob a direção da enfermeira missionária Beatrice L. Lemington. Reconhecida pelo Governo Federal pelo Decreto Lei nº 34964 de 19.01.1954.

⁵⁶ O hospital e a escola destas cidades estavam vinculados aos médicos Dr. Gordon (Rio Verde) e o Dr. Fanstone (Anápolis), como já foi dito. Estes são conhecidos e reconhecidos até hoje nas regiões e em trabalhos monográficos como o de ANACLETO e BATISTA (1963) e AIRES (1985) como responsáveis pela escola de enfermagem e assistência à saúde, apesar de as enfermeiras responsáveis pelas referidas escolas serem devidamente capacitadas. Este reconhecimento possivelmente esteja associado ao poder médico e do homem em relação ao poder da enfermeira e da mulher na sociedade goiana.

O contexto em Goiás na década de 40 era de incentivo à colonização, através da implantação de colônias agrícolas. Nesse processo alguns hospitais foram construídos em colônias. A terceira instituição de ensino de enfermagem, a “Escola de Enfermeiras e Assistência Social”,⁵⁷ surgiu sob a égide da Igreja Católica, em 19 de maio de 1941 - com o discurso de suprir a carência de pessoal habilitado na assistência aos enfermos no estado de Goiás.

Essa escola foi fundada pelo Arcebispo Dom Emanuel Gomes de Oliveira e administrada, a partir de 1942, pelas “Filhas de Caridade”, da Irmandade São Vicente de Paulo, provenientes da Escola de Enfermagem Anna Nery do Rio de Janeiro. Essas religiosas assumiram a gerência da assistência de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, que se transformou em campo de estágio do curso de enfermagem.

O nome desse estabelecimento de ensino foi alterado para Escola de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo, em 1944. No Brasil até 1962 havia a exigência prévia de conclusão do curso ginasial para admissão no curso de enfermagem; vigorava o regime seriado e o curso era intensivo, tendo duração de 36 meses. O currículo⁵⁸ seguia essa orientação e constava de uma parte introdutória e outra com disciplinas e prática profissional (DUTRA, 1998). O ensino ministrado era assentado em conhecimentos de influência positivista e a ênfase recaía na neutralidade científica (MARTINS, 1990).

As alunas da escola eram responsáveis pelo Serviço de Enfermagem diurno e noturno e o regime de trabalho das estudantes era intenso. Estas eram submetidas à rígida hierarquia, demonstrada pela execução de atividades (as mais graduadas dedicavam-se mais à

⁵⁷ Reconhecida pelo Decreto-Lei nº 15.495 de 09.05.1944. As enfermeiras pioneiras foram: Ir. Lídia de Paiva Luna, Ir. Maria Luiza Bryer, Ir. Mônica de Lima, Ir. Maria Inez Bueno Bruzzi, entre outras.

administração da assistência e a supervisão das iniciantes enquanto as outras executavam as ações de enfermagem; havia, inclusive, diferença de uniforme). A religiosidade fazia-se presente desde o hino da escola - de conteúdo caritativo e religioso que era cantado diariamente pelas estudantes - até a obrigatoriedade de frequentar a igreja (DUTRA, 1998). Os estatutos e o regimento interno da Escola, em 1951, revelavam que uma de suas finalidades era

“promover a formação integral dos alunos de acordo com os princípios da ética cristã, colaborando com as demais Unidades da Universidade de Goiás, em pesquisas científicas que visem o desenvolvimento profissional e em benefício da comunidade” (AIRES, 1985: 18).

A influência religiosa favorecia o acatamento às ordens, de conformidade com os princípios nightingaleanos de moralidade, disciplina e ordem. A presença das “Filhas de Caridade” imprimiu traços de religiosidade, moralidade das enfermeiras e uma estrutura rígida não só à escola mas também a outras entidades.

Dessa forma, a Escola de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo exerceu papel fundamental no crescimento da categoria de enfermeiras em Goiás, inclusive no surgimento de suas entidades de classe. Em 1948, ocorreu sob os auspícios dessa Escola a criação da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas - Seção Goiás (ABED - Go). Assim como em várias regiões do país, neste Estado a associação científica da categoria nasceu dentro de uma escola de enfermagem, em que entidades de ensino exerceram papel fundamental. A vinculação entre a Escola de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo e a ABED- Go se deu tanto no plano físico quanto no ideológico. FREITAS e LOURES

⁵⁸ Lei 755/1949.

(1997:13) destacam que a ABED-Go funcionava dentro dessa escola; as primeiras diretoras desta entidade foram pessoas (algumas freiras) pertencentes à escola de enfermagem e registram a influência, inclusive religiosa, dessa escola sobre essa entidade.

Nesse mesmo ano, Goiás ainda não contava com instituição universitária, mas já se cogitava sobre a criação da Universidade do Centro-Oeste, idéia lançada pela Igreja Católica, particularmente pelo Arcebispo Dom Emanuel Gomes de Oliveira, no Congresso Eucarístico⁵⁹ e que recebeu apoio político e social de diversos segmentos da sociedade goiana (BALDINO, 1992). Durante toda a década de 50, a área da educação expandiu e diversificou-se favorecendo a criação da *Universidade de Goiás* (em 1959) e da *Universidade Federal de Goiás* (em 1960)⁶⁰

Na área da saúde, esforços se concentraram no sentido de transformar o ensino da enfermagem da “*Escola de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo*” em curso universitário e implantar a Faculdade de Medicina em Goiás. Os médicos, durante os anos 1950, haviam alcançado objetivos importantes para o exercício da profissão, tais como, valorização social e centralização do poder, tanto nas instituições de saúde como junto à população.

⁵⁹ O Congresso Eucarístico foi realizado em 1948, na cidade Goiânia.

⁶⁰ A Universidade de Goiás tinha seu projeto vinculado à Igreja Católica de Goiás (particularmente da Arquidiocese de Goiás) conforme já foi descrito, inclusive os jesuítas foram convidados pela Arquidiocese de Goiânia para organizar e dirigir a Universidade de Goiás (VAZ, 1979) desde seu início. Posteriormente essa Universidade se transformou em Universidade Católica de Goiás. O projeto da Universidade Federal de Goiás surgiu ligado à maçonaria, com a preocupação de ser pública e laica. Observa-se que desde o processo de criação destas Universidades há presença de divergências que foram relatadas por BALDINO (1992) VAZ (1979). Na trajetória destas destacam-se outros problemas como: a criação de novos cursos, a posse de terrenos e, ultimamente, quanto ao corpo docente de ambas pois há professores que simultaneamente lecionaram nas duas instituições ou, ora em uma, depois em outra, dependendo das condições de trabalho oferecidas.

A fundação da Associação Médica de Goiás, a realização do 1º Congresso Médico no Estado de Goiás, a construção do Sanatório Juscelino Kubitschek e do Hospital Aduauto Botelho, bem como a implantação de várias outras unidades de saúde e do Serviço Itinerante de Saúde (GUIMARÃES, 1996), ajudaram a criar condições para o fortalecimento da categoria na sociedade. A criação da Faculdade de Medicina, em 1960 e sua vinculação à Universidade Federal de Goiás (criada poucos meses após) reforçou, ainda mais, a hegemonia médica na área de saúde e, principalmente, seu domínio sobre a enfermagem. A concretização desse empreendimento efetivou-se em 1960 (REVISTA GOIANA DE MEDICINA, 1960:195). O “Hospital Geral Pedro Ludovico” foi inaugurado em 1962 como hospital escola da Faculdade de Medicina de Goiás, posteriormente conhecido como Hospital das Clínicas⁶¹.

Como já foi visto, a primeira Universidade de nosso Estado, a Universidade Católica de Goiás, foi concebida como Universidade de Goiás e caracterizava-se por ser propriedade da Igreja Católica. A Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, também de propriedade da Igreja, era dirigida pelas Irmãs de Caridade. No início dos anos 60 foi anexada⁶² à Universidade de Goiás como “Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paulo”, passando a ministrar o curso superior.

Durante o período 1942 a 1960 os princípios Nightingaleanos, a filosofia da Igreja, o menor grau de escolaridade e o fato de ser um curso destinado exclusivamente às mulheres

⁶¹ A trajetória deste hospital escola está permeada por contradições e influências da conjuntura, por exemplo o Hospital das Clínicas (HC) sofreu interferências diretas com o golpe militar de 1964 – entre outras foi obrigado a montar o pronto socorro em 24 horas. A pesquisa de patologias regionais e a formação de profissionais de diversos cursos caracterizam momentos desta trajetória e a assistência curativa de qualidade, buscando as inovações tecnológicas para o atendimento individual. Apesar das diferentes crises, principalmente financeira, freqüente após a década de 1970, o HC ainda é considerado como “alma” da Faculdade de Medicina e hoje está integrado ao Sistema Único de Saúde. Oferece campo de estágio ao ENF/UCG condicionando às necessidades do Curso de Enfermagem da UFG.

⁶² Parecer nº 271/62 do Conselho Federal de Educação (CFE)

foram fatores que repercutiram na incorporação/reprodução da supremacia médica sobre a enfermagem e no acatamento natural dessa hegemonia. A maior valorização do homem (médico) sobre a mulher (enfermeira) contribuiu para reforçar a subordinação da Enfermagem à Medicina.

O Estado de Goiás era governado no início dos anos 60 por Mauro Borges⁶³, filho de Pedro Ludovico Teixeira – médico, fundador de Goiânia e responsável pelo Estado por cerca de duas décadas. As transformações ocorridas em nível mundial e que caracterizaram essa década (na cultura, na política, na economia...) começaram a se tornar visíveis em Goiás, com o surgimento dos primeiros canais de televisão; diferenças culturais puderam ser notadas e assimiladas/adaptadas pela população, principalmente nas pessoas mais jovens.

No que se refere às instituições de ensino de enfermagem existentes em Goiás à época, as exigências impostas para o funcionamento de cursos de graduação nessa área ocasionaram o fechamento dos cursos de Anápolis e Rio Verde. Essas escolas continuaram a funcionar oferecendo cursos de auxiliares de enfermagem, Goiás passou, então, a contar

⁶³ Mauro Borges tomou algumas medidas concretas na área de saúde pública, como: a criação da Organização de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO), do Órgão Estadual de Saneamento (SANEAGO), do Hospital de Doenças Transmissíveis (HDT), do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás (IPASGO) e da Indústria Química do Estado de Goiás (IQUEGO). O saneamento básico foi ampliado, novas unidades sanitárias no Estado foram implementadas e intensificaram-se as campanhas de combate às endemias rurais. Também surgiu um programa de incentivo à formação de profissionais de saúde, através da concessão de bolsas de estudo (SANTOS, 1997).

⁶³ A Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paulo foi criada e transferida para a UCG, posteriormente. No entanto, as Irmãs passaram a oferecer o curso de Auxiliar de Enfermagem na Escola de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem São Vicente de Paulo. Esta escola de auxiliar de enfermagem se transformou em uma das mais respeitadas do Estado. Este curso permaneceu funcionando sob a direção da mesma Congregação até 1998. O prédio da Escola foi vendido à UCG e o curso passou a ser administrado por ex-professoras da escola.

apenas com a Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paulo,⁶⁴ como escola de formação universitária.

A necessidade de realização do 2º grau completo e de exames vestibulares provocou redução significativa do número de alunas (as turmas passaram a contar com uma média de 5 alunos, sendo que anteriormente possuíam entre 30 a 40 por turma). Alunas do curso de enfermagem foram beneficiadas por um programa de incentivo à formação de profissionais de saúde, através da concessão de bolsas de estudo, criado por Mauro Borges. Mesmo assim as estruturas física e material eram inadequadas (MARTINS,1990) e o curso de enfermagem ministrado privilegiava a formação prática das enfermeiras. FREIRE E LOURES (1997) relatam que o curso de enfermagem não possuía laboratórios de anatomia e fisiologia e que muitos professores eram médicos (particularmente do período básico do curso).

O golpe militar de 1964 e a intervenção federal em Goiás imprimiram mudanças na educação, na saúde e nas condições de vida da população, direcionando-as para os enfoques compatíveis com o novo regime político. As alunas de enfermagem, além do medo de se expressarem politicamente, ainda temiam que suas bolsas de estudo fossem suspensas, o que realmente ocorreu mais tarde (MARTINS, 1990).

Na área da educação, a Reforma Universitária (1968)⁶⁵ efetivou-se, incrementando a privatização e especialização das diversas áreas de conhecimento. Na Universidade Católica de Goiás (UCG), entre outras mudanças, foi criado o Ciclo de Estudos Básicos, obrigatório a todos os cursos. O currículo de enfermagem passou a atender às

⁶⁵ Decretos nº 56/1966 a 252/1967.

especificidades impostas pela prática hospitalar e curativa. As (os) estudantes de enfermagem à época, segundo MARTINS (1990:39), percebiam

“o atrelamento da enfermagem à medicina (dominação através do poder e saber médico, com conseqüente subordinação da enfermagem). Além disso, outros fatores, tais como a predominância de mulheres no curso, a prevalência de alunos de classe social menos privilegiada e a desvalorização social da categoria, em associação como o sistema político de repressão e autoritarismo ...”.

É importante ressaltar que no início dos anos 70, o censo demográfico já demonstrava que havia ocorrido acentuado movimento migratório da população rural para as cidades. A população feminina, de classe social baixa, via na enfermagem um curso de nível superior mais rápido, de menor concorrência nos exames vestibulares e com possibilidades de emprego público. Já algumas mulheres de classe alta, assim como os homens, procuravam ingressar em cursos de maior prestígio social como medicina, odontologia e farmácia (a presença feminina nesses cursos era reduzida).

Em 1972, foi estabelecido um novo currículo mínimo⁶⁶ para alunos dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia. A partir deste ano ocorreu um aumento da demanda e foram aprovados 56 estudantes no vestibular da *Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paulo*. Este aumento tem sido atribuído, principalmente, às medidas adotadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social que passou a exigir, para o credenciamento das unidades curativas, que os hospitais contratassem pelo menos uma enfermeira, responsável pela equipe de enfermagem (MARTINS, 1990).

⁶⁶ Resolução nº 4/72 e do parecer nº 163/72 de 28.10.72 do Conselho Federal de Educação . Quanto à licenciatura -parecer nº 672/69.

De 1942 a 1974, as enfermeiras (religiosas) da Irmandade São Vicente de Paulo, denominadas “ Filhas de Caridade” contribuíram com a estruturação da área de Saúde no Estado de Goiás, implantando o Serviço de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SANTOS, 1997) e no Hospital das Clínicas (SILVA,1998). Essas enfermeiras destacaram-se na consolidação destes serviços hospitalares, considerados de excelência à época, além da participação significativa no ensino e nas entidades organizativas de enfermagem do Estado.

Neste período uma mulher destacou-se sobre as demais, na área de Enfermagem em Goiás. Decidida a oferecer aos estudantes uma instituição dotada de infra-estrutura física semelhante às existentes nos grandes centros do país, Ir. Josefa Dias Lima (carinhosamente chamada de Irmã Luiza) conseguiu construir um prédio em Goiânia, à época situado na Rua 4, no Centro, onde, durante muitos anos, funcionaram a Escola e o Internato das estudantes.

Alguns anos mais tarde, com a centralização das faculdades no setor Universitário, Ir. Luiza passou a empreender outra luta: a de construir a Faculdade de Enfermagem naquele setor. Em 1966, a mudança se concretizou; o projeto era ambicioso e muitas etapas não haviam sido cumpridas, mas as enfermeiras e estudantes acreditavam que, em breve, além das instalações necessárias ao funcionamento da Faculdade e do Internato (já concluídas), as demais áreas (ginásio de esportes, ambulatório...) seriam uma realidade.

Em 1974, antes mesmo do fim do “milagre econômico brasileiro”, a Faculdade foi incorporada pela Universidade Católica de Goiás e, com essa transformação, passou a ocupar apenas uma parte das instalações construídas anteriormente. Nesta mesma data, com a

incorporação pela UCG⁶⁷, as vagas para o curso de enfermagem foram fixadas em 50 por semestre e o regime passou a ser o de créditos.

Nesse mesmo ano, o Departamento de Enfermagem ofereceu a Habilitação em Saúde Pública. Ao ser transferido para a UCG o curso seguiu o mesmo currículo que estava implantado na Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paulo, tendo vigorado até 1983, acrescido de habilitações aprovadas pelo Conselho Universitário da Universidade em 1975. Ainda nesse ano, começaram a ser oferecidas também as habilitações em Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Médico-Cirúrgica. As habilitações eram cursadas após o aluno graduar-se.

O Ministério da Educação e Cultura, em 1975, considerando que, na área de saúde, a enfermagem era a profissão que menos crescia, e alegando dinamizar o processo de qualificação de Recursos Humanos para a Enfermagem no país, incentivou a criação de vários cursos, entre eles o da Universidade Federal de Goiás. A história desse curso ainda está sendo

⁶⁷ O curso de enfermagem da “*Escola de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo*” foi objeto de disputa entre as duas instituições; as negociações para transferência do curso para a Universidade de Goyáz parece ter sido objeto de negociações intensas, mas estes dados não estão elucidados nas poucas fontes disponíveis. BALDINO (1992) afirma, a partir de documentos arquivados na Arquidiocese de Goiânia, que a “*Escola de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo*” era uma das Faculdades destinadas a compor a Universidade de Goyáz e há outros registros na UCG de sua vinculação com a Universidade de Goiáz desde sua criação em 1959. A Revista da Arquidiocese (1960) também anunciou a vinculação deste curso a Universidade de Goiáz. No entanto, há outros registros que anunciaram no Congresso Mineiro de Medicina o lançamento de uma pedra fundamental da Faculdade de Medicina juntamente com a “*Escola de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo*”; inclusive uma das irmãs de caridade dessa Escola participou deste Congresso (Revista Goiana de Medicina, 1960). Mas os documentos, inclusive as atas da UCG, não registram o período de 1960 a 1972, quando as negociações para a vinculação retornaram. Professoras e alunas dessa escola em entrevistas para FREITAS e LOURES (1997), DUTRA (1998), afirmaram que as negociações com a UCG aconteceram a partir de 1970.

resgatada, portanto há poucas informações disponíveis⁶⁸. O primeiro vestibular foi realizado em 1976. O Curso de Enfermagem juntamente com o de Nutrição e Dietoterapia da Universidade Federal de Goiás foram criados na Congregação da Faculdade de Medicina. Desde então a cidade de Goiânia passou a contar com dois cursos de graduação em Enfermagem⁶⁹.

Em 1982 formou-se uma comissão de professores do ENF/UCG para estudar e empreender o processo da primeira reforma curricular no curso. No contexto dos anos 80, com o processo de abertura política e a democratização do país, começaram a ser difundidas, na área da saúde, as idéias que haviam prevalecido na Europa, em meados do século XVIII, vinculadas à corrente de pensamento da Medicina Social. No Brasil e na América Latina, tal corrente recebeu a denominação de Saúde Coletiva. Os movimentos sociais pela saúde, a articulação dos profissionais de Saúde Coletiva (através da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO), a divulgação do conhecimento produzido na

⁶⁸ O curso de enfermagem da UFG nasceu dentro da Faculdade de Medicina; com a presença destacada de algumas personagens, particularmente de enfermeiras esposas de médicos professores da Faculdade de Medicina, pelo menos uma das irmãs de caridade da “Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paulo” e de algumas professoras do ENF/UCG. A presença simultânea de professoras na UCG e UFG foi uma constante na trajetória dessas escolas. Inclusive há professoras que foram diretoras das duas escolas em períodos diferentes, há professoras que fizeram pós-graduação *strictu sensu* em uma das escolas e depois se transferiram para outra escola. Há indícios de disputas em inúmeros fatos, assim como de colaboração em outros episódios. No ENF/UCG o vínculo religioso é visível devido a trajetória histórica das instituições envolvidas e encontram-se traços desta religiosidade nos currículos e cotidiano do curso. Não encontrei estudos disponíveis que analisem se há ou não influência religiosa no ensino de enfermagem da UFG. Sugiro a realização desses estudos até porque a Universidade Federal de Goiás teve suas raízes junto à maçonaria e há pelo menos uma das irmãs de caridade fazendo parte da articulação que culminou com a criação da Faculdade.

⁶⁹ Nesse processo de criação não foi encontrado nenhuma registro histórico até o momento que tenha relatado como a “Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paulo” reagiu quanto à realização do mesmo curso por uma escola pública, portanto gratuito e que teria o Hospital das Clínicas como campo de estágio principal (este hospital, juntamente com a Santa Casa de Misericórdia eram os principais campos de estágio da “Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paulo”, até porque as irmãs eram as responsáveis pela administração do Serviço de Enfermagem, nestas Instituições).

área através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES e outros contribuíram para a deflagração, no território nacional, do movimento pela Reforma Sanitária.

Durante toda a década de 80, a visão funcionalista do Sistema Nacional de Saúde, criado em 1975, suas distorções e seus limites racionalizadores foram criticados pelos movimentos sanitaristas. A Reforma Sanitária propunha que a política de saúde fosse direcionada no sentido de dar respostas eficientes às necessidades da população. O discurso era de universalização, expansão e cobertura, atenção primária, hierarquização e regionalização das ações de saúde, através do Sistema Único de Saúde.

Dessa reforma originou-se, em 1983, um currículo do ENF/UCG que procurava voltar-se mais para a problemática de saúde regional, promover equilíbrio entre o enfoque preventivo e o curativo, interdisciplinaridade e desenvolvimento da competência crítica do futuro profissional. O novo currículo de graduação aumentou a carga horária nas disciplinas da área de saúde pública e foram excluídas as habilitações: enfermagem em saúde pública, em obstetria e enfermagem médico-cirúrgica, passando a serem enfatizadas as atividades de investigação para *“desenvolver a pesquisa e a reflexão como meio de articular a teoria e a prática, de explicar a realidade e de dar uma visão crítica e atualizada do trabalho ...”* (FREITAS e LOURES, 1997).

Todavia a implementação das atividades de investigação no ENF-UCG, a exemplo do que já vinha ocorrendo, continuou a ser desenvolvida de forma isolada, apenas por alguns docentes que haviam buscado o aprofundamento metodológico em outras instituições. A ênfase era o ensino teórico e prático, possivelmente em decorrência da ausência de uma política de incentivo à capacitação docente e à pesquisa (docente e discente), características não só do ENF/UCG, mas de outras instituições de ensino superior das regiões Centro-Oeste,

Norte e Nordeste naquele momento e, particularmente, da própria UCG enquanto instituição privada.

A necessidade de aperfeiçoamento docente, que desde os anos 60 havia ocasionado a busca de realização de cursos de pós-graduação *lato sensu* em enfermagem, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, continuava prevalecendo. Na década de 70, o Departamento de Enfermagem da UCG comemorava a conclusão do curso de Mestrado na área de saúde pública por uma de suas professoras⁷⁰. Em 1982, este mesmo Departamento passou a contar com outra enfermeira com doutorado na área de saúde pública⁷¹.

De outra forma, nas instituições universitárias públicas, particularmente no sudeste brasileiro, ocorria a implantação de cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Alguns professores originários das universidades de outras regiões (como a nossa) que ainda não possuíam qualificação buscavam tais cursos. Nesse período as universidades com pós-graduação *stricto sensu* estruturada adotaram políticas que favoreciam a realização de cursos em outros Estados e regiões. Isto possibilitava a capacitação dos docentes, gerando benefícios como a produção de conhecimento e a construção de outras visões de mundo, mais promissoras na superação do saber pontual vigente e na construção de saberes novos, transformadores.

Considerando a inexistência de pós-graduação *stricto sensu* na área da enfermagem, a dificuldade de muitas mulheres professoras de enfermagem saírem de seu Estado para estudar e objetivando a formação de seus docentes e/ou dos enfermeiros da região,

⁷⁰ A professora Idelmina Lopes de Lima foi a primeira enfermeira em Goiás a obter um título dessa natureza. Essa enfermeira cursou o Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP).

⁷¹ A professora Celma Martins Guimarães realizou seu curso na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP)

o ENF/UCG em sua trajetória ofereceu os seguintes cursos de pós-graduação *latu-sensu*: em 1974 o Curso de Habilitação em Saúde Pública, com 380 horas; em 1985 o Curso de Especialização em Metodologia do Processo Ensino-Aprendizagem, com 360 horas; em 1988 o curso de especialização em Planejamento de Sistemas de Saúde, com 380 horas. Em 1996 coordenou o Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, com 360 horas (Projeto Político Pedagógico do ENF/UCG⁷², 1998)

No contexto ainda de mobilização pela Reforma Sanitária e após avaliação, em 1988, do currículo vigente no ENF/UCG, foram introduzidos pré e co-requisitos com distribuição de número de créditos semelhantes em cada período do curso; criação de novas disciplinas e realização de outros estágios na área de saúde pública, bem como a inclusão de disciplinas referentes a métodos e técnicas de pesquisa.

As habilitações (Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem em Obstetria e Enfermagem Médico-Cirúrgica) passaram a fazer parte do currículo, ou seja, para graduar-se o aluno deveria optar pela realização de uma delas durante o último semestre do curso. As habilitações passam a ser consideradas como uma complementação ao curso, e deveriam ser efetuadas através da elaboração de um trabalho de pesquisa (monografia).

Apesar das várias propostas de renovação do ensino do ENF/UCG, a implantação destes currículos tem se realizado parcialmente - devido às diversas questões relacionadas ao ensino, à pesquisa e à assistência de enfermagem. A precariedade das condições objetivas de

⁷² O projeto político pedagógico do ENF/UCG - 1998-2002 foi elaborado pela Congregação do ENF/UCG. O processo para construção do mesmo teve início em julho e foi encerrado em setembro de 1998. Esse projeto consta de uma parte inicial que resgata um pouco da trajetória do Departamento, destaca marcos e atividades desenvolvidas nas áreas de ensino, pesquisa, estágio e extensão, contextualiza brevemente a enfermagem neste momento histórico, identifica algumas conquistas, realiza um diagnóstico e propõe algumas diretrizes para elaboração de um Plano de Ação.

trabalho (espaço físico, laboratórios, bibliotecas, campos de prática e outros) tem contribuído para dificultar o aprendizado e diminuir a auto-estima dos docentes e discentes. Percebe-se a presença de um currículo oculto que, apesar das propostas inovadoras do currículo real, faz com que a formação se mantenha voltada para a assistência de enfermagem individual e hospitalar.

A produção do conhecimento científico no interior do curso, de forma mais sistemática (como já se desejava desde a década de 50), iniciou-se apenas nos anos 90, com a criação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade (NEPSS), em 1995. As dificuldades relativas à implantação da metodologia de assistência de enfermagem e os conflitos entre teoria e prática são exemplos de antigos problemas que docentes e discentes de enfermagem vivenciam, ainda hoje no ENF/UCG.

Durante a primeira metade da década de 90, o Departamento de Enfermagem identificou a insatisfação dos alunos e professores com o ensino ministrado e considerou necessário efetuar nova reforma curricular, a qual começou a vigorar no segundo semestre de 1997⁷³. Esta nova proposta curricular possui um enfoque que valoriza mais os aspectos preventivos do que curativos e visa a formar enfermeiros com as seguintes características (entre outras):

- Consciência do desenvolvimento histórico do setor saúde e da enfermagem;
- capacidade de gerar conhecimento;
- capacidade de exercer uma prática autônoma porém transdisciplinar;

⁷³ Os resultados apresentados neste trabalho dizem respeito ao currículo implantado em 1987.

- preparo para atuar em diferentes níveis de assistência e, dentro destes, em diferentes níveis de complexidade.

O novo currículo do ENF/UCG considera que o novo profissional deve ter ampla formação humanística geral, sólida base tecnológica, uma disposição constante em relação a uma educação continuada e produção de conhecimento científico, bem como ser um cidadão competente, consciente, consumidor exigente, trabalhador reivindicativo e transformador (Currículo do Departamento de Enfermagem, 1996). Como se pode deduzir, o currículo atual buscou responder as exigências contraditórias de sua época, assim como os anteriores.

A par das informações apresentadas faz-se necessário considerar que o ensino de enfermagem em Goiás é bastante recente, assim como no Brasil. No entanto, a trajetória do ensino universitário desta profissão destinada a mulheres é mais antiga que o ensino da medicina no Estado, diferente do que aconteceu em outras regiões do Brasil (o primeiro curso de medicina no país aconteceu em 1808, na Bahia, enquanto a primeira escola de enfermagem data do início deste século, como já foi dito). Do ponto de vista de um curso universitário o ensino do ENF/UCG, em relação ao da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, modificou-se bastante. Destaca-se que hoje os/as docentes são todos (as) enfermeiros (as), com exceção do ensino básico que é ministrado por professores de diferentes áreas do conhecimento (filosofia, sociologia, psicologia, medicina, entre outros).

No entanto, a história da formação das enfermeiras goianas é contraditória, como qualquer realidade social: por um lado, procuram incessantemente uma qualificação para atender as demandas sociais de sua época e, neste sentido, têm deixado uma história de lutas por melhores condições de saúde para a população goiana e para as estudantes e profissionais de enfermagem, por outro lado, persistem o vínculo religioso e a tradição de submissão ao poder médico e social vigente. As marcas da enfermagem goiana estão impregnadas da presença religiosa, e mais, as pegadas das “Filhas de Caridade São Vicente de Paulo” fazem parte da história de algumas das mais importantes instituições hospitalares deste Estado, inclusive na formação dos próprios médicos. A religiosidade parece ser uma herança da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo que o Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás preserva.

As relações que acontecem no ENF/UCG fazem parte de um contexto da participação feminina no espaço público e, para situá-lo, este relatório começou, após o delineamento do recorte da investigação, com uma breve síntese dos movimentos feminista e de mulheres, onde as teorias de gênero traçaram sua trajetória, para depois trazer elementos sobre como a enfermagem moderna se organizou enquanto prática social e teórica no mundo ocidental. Entende-se que esta trajetória possibilitou buscar uma abordagem que revela a complexidade do objeto em estudo. A seguir descreve-se a forma que os dados foram coletados e como os resultados foram organizados.

3. GÊNERO NA FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA O CASO EM ESTUDO

“Envolver uma teoria com o manto da verdade é atribuir-lhe uma característica não realizável historicamente. Nada mais prejudicial ao processo científico que o apego a enunciados evidentes, não discutíveis. Somente na teoria se pode dizer que a ciência é a interpretação verdadeira da realidade, porque na prática, toda interpretação realiza apenas uma versão historicamente possível” (DEMO, 1981:25)

O objeto das ciências sociais é histórico e, assim como as correntes do pensamento, veicula uma visão de mundo e tem a ver com a realidade social complexa onde foi gerado. Entendendo que as múltiplas possibilidades de abordagem metodológica e seus pressupostos estão presentes no campo de gênero e no da enfermagem, a preocupação com o processo, e não apenas com o produto, fez-se presente a partir do modo como se definiu o objeto deste estudo, passando pela compreensão do quadro referencial em que os indivíduos interpretam seus pensamentos, sentimentos e ações. Optou-se, então, pela realização de uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso.

Com a intenção de visualizar como as relações de gênero aparecem e como repercutem no processo de formação profissional, no cotidiano do curso de Enfermagem da UCG, buscou-se relacionar o trabalho e o papel social da mulher com o trabalho da enfermeira e sua posição na sociedade; evidenciar as articulações e contradições, existentes nos discursos acerca da enfermagem e relações de gênero; e perceber a ocorrência de transformações no ensino relacionadas ao gênero e à prática social da enfermagem. Para alcançar estes objetivos e apreender esta realidade concreta do ensino de enfermagem apresenta-se a seguir a trilha metodológica percorrida no estudo.

3.1 - O percurso Metodológico

Tendo em vista a necessidade de analisar como o gênero se apresenta na relação entre alunas e professoras no ENF/UCG e no processo de construção das relações que entre elas se estabelecem, objetivando resgatar tanto os conflitos, como as formas de se lidar com

eles. Assim, procurou-se, a partir da análise dos fenômenos das subordinações de classe, raça e geração - especialmente a de gênero - na formação da enfermeira, fazer um exercício de desvelamento das contradições, conflitos, conformismos e resistências presentes no ENF/UCG.

Esta análise considerou que o conceito de saúde retém, ao mesmo tempo, dimensões estruturais e políticas, contendo os aspectos histórico-culturais de sua realização, porque :

“... introduzindo a cultura na definição do conceito de saúde demarca-se um espaçamento radical: ela amplia e contém as articulações da realidade social. Pensada assim, cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o locus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado” (MINAYO, 1992:15).

Entendeu-se ainda que a objetividade não é realizável, mas sim a objetivação dada a especificidade das ciências sociais. A objetivação inclui o rigor no uso de instrumental teórico e técnico adequado, num processo interminável e necessário para atingir a realidade. A investigação sobre seres humanos deve considerar que os mesmos, *“embora sejam muito diferentes por razões culturais, de classe, de faixa etária ou por qualquer outro motivo, têm um substrato comum que os torna solidariamente imbricados e comprometidos”* (MINAYO, 1992:21).

A objetivação, isto é, o processo de construção que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, bem como seus parâmetros e sua especificidade, constitui critério interno importante de cientificidade. É preciso aceitar que o sujeito das ciências sociais não é

neutro pois, se assim fosse, o sujeito estaria eliminado do processo de conhecimento. Da mesma forma, o objeto e o sujeito interagem permanentemente com o investigador. A objetivação, por sua vez, repudia a perspectiva da neutralidade, mas traz a

“... necessidade de buscar formas de reduzir a incursão excessiva dos juízos de valor na pesquisa. Os métodos e técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta, o tratamento dos dados ajudam o pesquisador, de um lado a ter uma visão crítica de seu trabalho e, de outro, de agir com instrumentos que lhe indicam elaborações mais objetivadas” (MINAYO, 1992: 36).

A compreensão da dialética sujeito/objeto que permeia toda a investigação justifica-se porque “... *tanto os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico*” (MINAYO, 1992:21). Esse fato deve ser considerado, particularmente neste trabalho, já que informantes, pesquisadora e orientadora fazem parte do ENF/UCG. A demarcação desse espaço para a investigação deu-se pela importância histórica da mesma - esta é a primeira escola de graduação em enfermagem criada em Goiânia - e é o local onde a pesquisadora atua como docente.

Os instrumentos utilizados foram a análise documental, a observação e os questionários. Os resultados da análise documental foram utilizados principalmente no item 2.4, referente à *criação do ENF/UCG*; no item 2.2 sobre *mulheres em Goiás* e no item 3.3.1 que trata das *relações no Departamento de Enfermagem e deste com a Universidade*. A busca documental foi realizada objetivando complementar informações sobre a história do Departamento, particularmente sobre reformas curriculares, pesquisa, extensão no ENF/UCG, exercício profissional e legislação do ensino de enfermagem

Os documentos sobre reformas curriculares foram localizados sob a forma de processos administrativos e outros documentos. As atas também foram consultados no sentido

de conferir informações contraditórias. As monografias de conclusão de curso das alunas de graduação deste Departamento e os relatórios de pesquisa, não publicados ainda, do NEPSS/ENF/UCG foram importantes fontes de informação sobre a reconstituição histórica do Departamento. O mesmo aconteceu com informações de outras fontes, sendo preciso, às vezes, recorrer a publicações de periódicos de outras áreas, como por exemplo da Revista Goiana de Medicina e Revista da Arquidiocese de Goiana. Relatórios de pesquisa e outras publicações do PIMEP/UCG foram utilizados na tentativa de constituir a participação das mulheres no Estado de Goiás.

Foram aplicados dois modelos de questionários, sendo um dirigido às professoras (es) e outro às (aos) alunas (os), conforme demonstram os anexos 1 e 2;. A maioria das questões foram abertas para propiciar maior liberdade de expressão aos respondentes. A eleição do questionário como instrumento adequado a este estudo foi uma opção para evitar inibições, uma vez que a investigadora já foi professora do grupo de alunas incluídas na pesquisa, bem como, mantém uma relação de trabalho com as (os) professoras (es).

Considerando-se que todas as informantes possuíam formação universitária e que os questionários não exigem a identificação do sujeito, foi possível obter respostas mais livres e manter o anonimato. Confirmou-se, neste estudo, a avaliação feita por SELTZ, WRIGHTSMAN & COOK (1987) sobre os questionários, sendo este tipo de instrumento essencial para que as respondentes se sentissem mais confiantes, em decorrência das relações de poder presentes nesta realidade de ensino.

No processo de confecção dos questionários, percebeu-se a necessidade de dirigir algumas questões diferentes para alunas e professoras, assim, esse instrumento passou a conter duas partes: a primeira, que trata da caracterização dos sujeitos, inclui algumas questões

específicas, além da parte comum, e a segunda inclui questões relativas ao objeto de estudo; as perguntas da segunda parte foram as mesmas para os dois instrumentos.

Para a caracterização dos sujeitos, buscaram-se informações acerca de sexo, cor, idade, religião, rendimento mensal, condição social, composição familiar e situação profissional - tanto das alunas quanto das professoras. Para as professoras foram feitas, também, perguntas sobre graduação, pós-graduação e tarefas administrativas. As questões referentes ao objeto do estudo foram, em sua maioria, abertas.

Os questionários foram validados quanto ao conteúdo, mediante a apreciação efetuada por 3 (três) juízas, professoras da Universidade Católica de Goiás, sendo uma do Programa Interdisciplinar da Mulher - Estudos e Pesquisas (PIM-EP); outra do Departamento de História, Geografia e Ciências Sociais (HGS), que tem trabalhado com questões de gênero; e outra, ainda, do Departamento de Enfermagem. Os questionários foram parcialmente reformulados a partir das sugestões dessas professoras.

As participantes do estudo foram discentes e docentes de enfermagem, que trabalhavam ou estudavam no ENF/UCG. Para a seleção das discentes, um dos critérios utilizados foi o de estarem cursando o 9º e 10º períodos (último ano do curso), entendendo-se que já teriam vivenciado quase toda a trajetória do mesmo, e estabelecido contato com maior número de professoras, disciplinas, campos de estágios. Enfim, supunha-se que teriam maior experiência e condições de avaliar essas relações, podendo contribuir para o alcance dos objetivos propostos. Outro critério foi a aquiescência em participar da pesquisa, respondendo o questionário.

Os questionários foram aplicados em sala de aula entre os dias 12 e 20 de agosto de 1996. Duas professoras cederam suas aulas no 9º e 10º períodos, possibilitando o tempo necessário para as respostas. Foram entregues à pesquisadora 45 questionários preenchidos.

À época da coleta das informações, o ENF/UCG possuía 39 professoras(es) contratadas (os) e 07 convidadas, dos quais doze participaram do estudo. Os questionários foram entregues às/aos professoras(es) no dia 02/07/1996, em uma reunião de Congregação Departamental, onde se encontrava presente a maioria do quadro docente. Posteriormente tais questionários foram entregues aos que não estavam presentes. A devolução do instrumento foi solicitada em três reuniões de Congregação posteriores, sendo que a pesquisadora recebeu doze questionários preenchidos. Do total de professoras desta unidade de ensino, apenas dois (2) professores são do sexo masculino e nenhum participou do estudo, embora tenham recebido os questionários.

Algumas professoras não receberam o questionário, porque participariam de uma entrevista semi-estruturada. Esta foi dificultada, entre outros motivos, porque algumas professoras, que estão no Departamento desde sua criação, recusaram-se a conceder a entrevista e, outras, alegando dificuldades relativas à disponibilidade de tempo também não concederam entrevista. Assim, foram realizadas apenas 5 entrevistas semi-estruturadas (anexo 3), não computadas ao trabalho, porque, após a transcrição dessas entrevistas e análise do conteúdo, tais dados não se mostraram significativos para o desenvolvimento deste trabalho.

A observação assistemática foi realizada no ENF/UCG durante os meses de março e abril de 1997, nos períodos matutino e vespertino. As observações referentes às alunas foram realizadas em sala de aula do 10º período, quando a pesquisadora participou de todas as aulas ministradas pelas professoras do período. As reuniões de Congregação do ENF/UCG,

realizadas no mesmo período, foram o espaço selecionado para observação das relações entre as (os) professoras (es).

As respostas dos questionários foram transcritas⁷⁴ de acordo com a seguinte ordenação: as questões foram transcritas em dois blocos, as respostas numeradas de 1 a 45 para as alunas, totalizando 105 páginas⁷⁵ e de 1 a 12 para as respostas das professoras, somando 44 páginas. Essa transcrição refere-se às questões 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08 (item a, b, c), 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 21. As questões fechadas 17, 18, 19 e 20 e os dados de identificação de docentes e discentes foram tabuladas separadamente.⁷⁶

Os dados foram ordenados a partir de leituras dos questionários, inicialmente realizadas em separado para o material aplicado às alunas e às professoras. Nesta fase apreenderam-se os aspectos relevantes de cada questão referente ao objeto de estudo. Através de repetidas leituras do material, foi identificando-se e relacionando os elementos significativos que permitiram a construção do *corpus* da comunicação, um relativo ao material das alunas e, outro, ao das professoras.

A seguir, foi realizada (após novas leituras do material coletado) a comparação entre os resultados obtidos dos dois grupos, encaminhando-se os mesmos para a construção da

⁷⁴ A transcrição foi realizada pela autora desta dissertação. O conteúdo foi transcrito da mesma forma que foi redigido, inclusive com os erros de concordância e ortografia. Observou-se que as respostas das alunas tinham uma quantidade significativa desses problemas que indicam dificuldade no emprego da língua portuguesa, que afinal é um instrumento de trabalho importante para a enfermeira no exercício de sua profissão.

⁷⁵ A transcrição das respostas dos questionários foi datilografada em *Microsoft Word*, com letra "Times New Roman", tamanho 12.

⁷⁶ Essas questões referem-se às características do gênero feminino e masculino, qualidades e atributos das enfermeiras, participação em entidades de classe e a caracterização de alunas e professoras, conforme constam nos anexos 1 e 2. Elas foram mais condensadas e transcritas em quadros e depois transformadas em tabelas no Programa *EXCEL*, o que permitiu um melhor entendimento dos dados.

análise, a qual busca enfatizar a relação da teoria com o material empírico encontrado no campo de pesquisa, visando cumprir os objetivos propostos neste trabalho.

O desenvolvimento do processo de análise e a criação das categorias analíticas deram-se a partir da compreensão dos dados coletados e sua contraposição com os pressupostos e os objetivos da pesquisa. O gênero é o universo teórico explicativo, ou seja, é a principal categoria analítica desta investigação. Para apreender as relações no Departamento de Enfermagem foram construídas as seguintes categorias e sub-categorias:

- **A construção das relações ensino-aprendizagem**
 - no Departamento de Enfermagem com a Universidade Católica de Goiás;
 - relações de gênero são pouco percebidas no curso;
 - no ENF/UCG as relações de gênero são predominantemente entre as mulheres;
 - discriminação e/ou privilégio dos homens no ENF/UCG;
 - relações docente/discente;
 - relações docente/docente;
 - relação de professoras e alunas com as entidades organizativas da enfermagem;
 - relação enfermeira/usuário (a).
- **Divisão social do trabalho em enfermagem**
 - relação enfermeira/equipe de enfermagem;
 - relação enfermeira/equipe de saúde;
 - relação enfermeira/médico
- **O poder e o saber permeando as relações e o ensino de enfermagem.**

Privilegiou-se, neste estudo de caso, a análise do ensino em sala de aula (teórico) e no campo de prática, até porque no cotidiano do curso esses têm sido privilegiados em relação às outras atividades. Esta opção não foi realizada aleatoriamente pela pesquisadora,

mas sim decorrente dos dados coletados no questionário. As poucas informações referentes à pesquisa e extensão foram provenientes de fontes documentais.

Algumas informações sócio - econômico - culturais de alunas e professoras foram analisadas buscando-se elucidar, ao menos em parte, as condições de vida dos sujeitos com os quais se trabalhou neste estudo de caso. As informações⁷⁷ foram coletadas na perspectiva de que possam contribuir na análise de gênero do ENF/UCG.

3.2. A caracterização das professoras e alunas participantes do estudo

Essa caracterização buscou entender sob qual base social se apóia a percepção das entrevistadas, ao mesmo tempo que se pôde comparar as condições de vida das discentes e docentes. As informações das professoras e alunas foram apresentadas de forma a facilitar a comparação entre as condições de vida de cada uma. A análise indicou algumas semelhanças e diferenças entre discentes e docentes, do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás, que responderam o questionário.

Todas as participantes deste estudo são mulheres. Quanto à presença de estudantes do sexo masculino, registrou-se que, à época, o ENF/UCG contava com 2 homens no 9º período e não havia registro de nenhuma pessoa do sexo masculino matriculada no 10º período. O quadro de professores do ENF/UCG contava com dois (2) homens. Desses homens citados, mesmo estando em condições de responder o questionário, nenhum fez a devolução do mesmo, portanto não participaram deste estudo.

⁷⁷ Esse dados foram coletados a partir de questões objetivas que constavam na primeira parte dos questionários aplicados, denominada caracterização (conforme anexos 1 e 2). As percepções das informantes sobre as alunas e professoras do ENF/UCG foram coletadas no mesmo instrumento através de respostas às questões específicas sobre o perfil de ambas e são apresentadas nos próximos itens .

A maioria das professoras (9) e alunas (31) se considerava branca, sendo que uma pequena parcela se caracterizou morena ou parda. Apenas uma aluna se identificou como negra.

A faixa etária mais presente entre as professoras (8) situou-se no intervalo de 31-40 anos, enquanto a maioria das alunas (30) tinha entre 21 e 30 anos. Não se encontrou nenhuma pessoa com menos de 20 anos; uma aluna e 4 professoras possuíam mais de 50 anos.

Considerando-se a totalidade dos sujeitos em pauta, todos afirmaram ter uma crença e/ou religião, com exceção de 1 professora que afirmou não ter nenhuma. A religião predominante foi a católica, sendo que 7 professoras e 31 alunas professam essa crença, seguida pelas evangélicas 3 e 8, respectivamente⁷⁸. Três estudantes declararam: '*creio em Deus apesar de não manter vínculo com nenhuma religião*' e 3 discentes e uma professora são espíritas.

A composição familiar dos sujeitos estudados foi semelhante, nove (9) das famílias de professoras constituíam-se de 3 a 6 pessoas; para 37 alunas esse número variava de 3 a 5. Seis (6) estudantes viviam sozinhas e apenas 3 professoras e 2 alunas tinham famílias com mais de 6 indivíduos.

Com relação à classe social⁷⁹, todas as professoras (12) e a maioria das alunas (41) incluíram-se na classe média. Nenhuma delas indicou pertencer à classe alta e apenas 3 discentes referiram pertencer à classe baixa.

Ao analisar o rendimento familiar perceberam-se algumas diferenças entre discentes e docentes, senão vejamos: a maioria das professoras (11) afirmou ter uma renda familiar entre 31 e 80 salários mínimos, enquanto 37 das alunas possuíam essa renda na faixa de 3 a 20 salários mínimos. Apenas 3 famílias de alunas recebiam proventos mensais superiores a 20 salários mínimos, enquanto, no outro extremo, 1 docente indicou um rendimento mensal

⁷⁸ As professoras que se autodenominam evangélicas são 2 e uma afirma pertencer a Igreja Batista. Quanto às alunas oito se denominam evangélicas e outras 3 afirmam ser testemunhas de Jeová (1), protestante (1), presbiteriana (1).

⁷⁹ Os critérios para definir a classe social dos sujeitos foram escolhidos pelos próprios sujeitos: cada uma afirmou a que classe social pertencia. Por isso a informação de número de salários recebidos e salário se referia a cada membro familiar. Neste estudo não foi possível determinar bens e consumo de cada sujeito, critérios mais utilizados nos dias atuais para definir classe social.

familiar menor de 30 salários mínimos; 5 alunas sobreviviam com rendimentos inferiores a 3 salários mínimos.

A situação entre as alunas foi considerada bastante diferenciada em relação às professoras, fato que ficou mais explicitado ao relacionar o número de pessoas em cada família com a renda familiar. Notou-se que a situação financeira familiar ficou mais próxima do real, assim, os dados referentes à maioria das docentes (11) indicaram um rendimento individual entre 10 e 20 salários mínimos; enquanto 37 discentes recebiam até 5 salários mínimos. Dessas 24 recebiam menos de 3 salários mínimos e uma aluna recebia menos de 1 salário mínimo. As famílias de 2 alunas recebiam entre 10 e 20 salários mínimos por pessoa e uma família de professora tinha um rendimento de mais ou menos 3 salários mínimos. O rendimento individual de 6 alunas a 9 salários.

A maioria (29) das discentes de enfermagem da UCG dedicava-se exclusivamente ao estudo. Considerando as 16 que trabalhavam, além de estudar, é interessante constatar que 15 delas exerciam atividades na área de enfermagem. Assim, 13 desempenhavam as funções de auxiliar e técnico de enfermagem, uma fazia estágio extra - curricular como bolsistas de enfermagem e uma era professora de enfermagem em Escola de 2º Grau. Apenas 1 exercia atividade de professora da rede pública, sem nenhuma relação com a área de enfermagem.

O serviço público constituía espaço onde estas profissionais – que são estudantes de enfermagem - exerciam suas atividades prioritariamente. Cinco (5) delas trabalhavam em Brasília⁸⁰ na Fundação Hospitalar do Distrito Federal (5) e no INAMPS (1). Das que trabalhavam em Goiânia, 4 exerciam suas atividades profissionais ou de bolsistas no Hospital das Clínicas, 2 trabalhavam em hospitais privados. As outras (3) trabalhavam na Secretaria Estadual de Saúde. Uma trabalhava como professora em uma Escola de Técnico de Enfermagem e outra era uma professora (de ciências) na Secretaria Estadual da Educação. Apenas 4 das 16 que trabalhavam tinham vínculo empregatício com o serviço privado.

A melhor remuneração das alunas foi encontrada entre as que trabalhavam no serviço público, particularmente no Distrito Federal. Dessas, 7 recebiam menos de 3 salários mínimos e nenhuma recebia mais de 15. A maioria dessas estudantes exercia atividades

⁸⁰ Sendo que uma estudante trabalha na Fundação Hospitalar do Distrito Federal e no INAMPS.

remuneradas (10) há menos de 5 anos; observou-se, no entanto, que algumas desempenhavam atividades profissionais há mais de 11 anos, inclusive 2 delas há mais de 20 anos.

A carga horária dessas alunas era muito grande, 16 trabalhavam mais de 30 horas semanais e freqüentavam o Curso no ENF/UCG que exigia uma presença em 2 períodos disponíveis (1 para estágio e outro para aulas teóricas). Vale ressaltar que era comum a prática de fazer plantões em finais de semana, entre profissionais de Goiânia que trabalhavam na Fundação Hospitalar em Brasília, ou mesmo, o pagamento de substitutas para cobrir a escala. Trabalhar e estudar, simultaneamente, nessas condições, além de ser muito desgastante pessoalmente para a estudante, dificulta a aprendizagem. Constatou-se que uma estudante acumulava atividades de trabalho em 2 instituições diferentes, portanto, ela teria de trabalhar 60 horas semanais para cumprir seu compromisso profissional, sem contar o tempo que o curso de enfermagem exigia.

Ressaltou-se que, em duas situações de emprego, as alunas não estavam em condições legais para o exercício das atividades que efetuavam; a primeira fazia supervisão de enfermagem em um hospital privado e a outra exercia a função de docente de enfermagem em uma escola de de 2º grau Técnico de Enfermagem. Essas funções são consideradas de competência exclusiva da (o) profissional enfermeira (o), segundo a legislação vigente no País (Lei do Exercício Profissional, 1986).

O tempo de trabalho das professoras revelou-se bastante próximo, ou seja, 10 ingressaram na UCG há mais de 6 anos e apenas 2 tinham um tempo de serviço superior a 16 anos nesta instituição. Elas exerciam a função de auxiliar de ensino, professor assistente e professor adjunto.

Goiânia foi o local onde as professoras participantes do estudo se graduaram, com exceção de uma que se formou na Escola de Enfermagem "Florence Nightingale" em Anápolis. A UCG e sua antecessora, a Escola São Vicente de Paulo, são as responsáveis pela formação da maioria (8) dos professores atuais. A UFG graduou as outras 3. A maioria (9) concluiu seu curso na década de 1980, particularmente antes de 1985. Apenas 3 estudaram nos anos 60.

Quanto à capacitação das participantes do estudo⁸¹, constata-se que 2 professoras estavam realizando, em Goiânia, cursos de pós-graduação *strictu sensu*, ou seja, a maioria das docentes participantes não possui cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Nenhum dos mestrados são na área de Enfermagem: um é na área de Epidemiologia / Medicina Tropical e outro em Educação Escolar Brasileira. Todas (12) as professoras que responderam ao questionário têm cursos de pós-graduação *lato sensu*, sendo que 5 possuem 2 destes cursos. A maioria fez especialização na área de Saúde Pública, com Cursos de Planejamento em Sistema de Saúde (5), Saúde Pública (3), Políticas de Saúde (1). As especializações na área de Educação foram a segunda mais procurada; referem-se, particularmente, à área metodológica, com cursos de Metodologia do Ensino Superior (3) e Metodologia do Processo Ensino Aprendizagem (2), entre outros.

A maioria (7) das professoras não desempenhou nenhuma função administrativa, ao longo de sua carreira na Universidade. As que assumiram tal atribuição participaram da Comissão de Reforma Curricular (3), Coordenação de Área (1) e da Comissão Auxiliar (1). A maioria dessas atividades aconteceu nas décadas de 80 e 90.

Das professoras de Enfermagem que responderam os questionários sete (7) têm outro vínculo empregatício com alguma instituição de saúde, particularmente nos Serviços Públicos de Saúde. Apenas 1 professora exercia atividade em um hospital privado. O Ministério da Saúde, Hospital de Clínicas da UFG e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde são os órgãos onde elas (professoras) têm seu vínculo empregatício. Nesses, a carga horária da quase totalidade delas (6) era de 30 horas semanais. A renda mensal dessas enfermeiras/professoras ficava entre 11 a 25 salários mínimos. A grande maioria delas supervisionava Serviços de Enfermagem. Apenas uma professora não exercia a função de enfermeira. O tempo de serviço variou muito, mas a maioria possuía vínculo de 10 a 20 anos. Nenhuma trabalhava há mais de 20 anos, e 2 começaram a trabalhar há menos de 5 anos.

Comparando os resultados encontrados nesta investigação com dados encontrados por MARTINS (1990) e SILVA & CUNHA (1992) - autoras que estudaram os perfis das

⁸¹ Em 1997, no 2º semestre, o Departamento de Enfermagem da UCG contava com 39 professoras contratadas e 7 professoras convidadas. Quanto a qualificação: 1 é pós-doutora; 1 doutora (esta não é enfermeira e originalmente é do Departamento de Serviço Social); 2 mestres; 5 mestradas; 34 especialistas e 3 graduadas.

alunas do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica - vários achados são coincidentes, dentre eles destacam-se os relativos ao sexo, idade, trabalho na área da saúde, nível sócio - econômico e número de pessoas na família.

O trabalho SILVA & CUNHA (1992) constatou que 93% dos estudantes são mulheres; 41% trabalham; a maioria seria solteira, jovens de 18 a 23 anos, residem com os pais, as que trabalham exercem alguma função na enfermagem; estudaram na escola pública e fizeram a primeira opção no vestibular para enfermagem. Apenas 14% adquirem livro didático e 13% têm filhos; 72% freqüentam a Biblioteca; 14% declararam adquirir livros textos de todas as disciplinas; 18% informaram ter algum conhecimento de língua estrangeira; 68 freqüentaram a escola pública no 1º.grau, enquanto 59% concluíram o 2º.grau em escola pública; 46% optaram pela enfermagem por ideal e 23 por segunda opção.

Esses estudos reforçam e complementam a presente caracterização das estudantes, mas a abordagem não inclui as professoras. As informações sobre a vida privada das informantes não foram coletadas em nenhum desses trabalhos, inclusive o presente.

3.3. A construção de relações ensino-aprendizagem no ENF/UCG

A busca do protagonismo histórico das opressões que as professoras e alunas têm vivenciado na prática educativa da enfermagem, na Universidade Católica de Goiás, deve considerar que para os sujeitos sociais não só há expectativas divergentes, e até contraditórias, como também esses são capazes de acomodar-se, resistir, adaptar-se e provocar transformações. Nessa perspectiva pressupõe-se que a educação não está limitada aos muros escolares, mas é parte e determinante do contexto e da estrutura social.

A construção de gênero não se dá através de um processo de imposição unilateral, pela sociedade, das atitudes e valores considerados adequados para homens e mulheres, que vão internalizá-los. *“O gênero envolve tanto recepção passiva quanto resposta ativa às contradições sociais”* (Anyon *apud* RIBEIRO, 1996:14). As pessoas que participaram deste estudo trabalham e/ou estudaram no Departamento de Enfermagem e vivenciaram, enquanto sujeitos concretos, as relações de gênero nas práticas educativas e sociais em que se viram envolvidas.

A construção das relações ensino-aprendizagem no Departamento de Enfermagem foram analisadas a partir da construção das seguintes sub-categorias: relações do Departamento de Enfermagem com a Universidade Católica de Goiás; relações de gênero pouco percebidas no curso; relações de gênero no ENF/UCG predominantes entre as mulheres; discriminação e/ou privilégio dos homens no ENF/UCG; relação docente/discente; relação docente/docente e relação de professoras e alunas com as entidades organizativas da enfermagem.

3.3.1. Relações do Departamento de Enfermagem com a Universidade Católica de Goiás.

Nesta sub-categoria buscou-se entender como são percebidas as relações internas na UCG analisando-se alguns aspectos citados pelas participantes do estudo. Esta Universidade é compreendida enquanto espaço contraditório, onde as relações entre seus Departamentos estão imbricadas de relações de poder, estabelecidas a partir de inúmeros mecanismos. O Departamento de Enfermagem participa dessas relações, carregando suas históricas contradições. A pergunta é a seguinte: como o gênero se faz presente ou ausente nas relações estabelecidas nesta instituição de ensino superior, particularmente no ENF com a UCG?

Entende-se que a educação e as relações de gênero, enquanto porta-vozes de um determinado projeto social, são ideológicas. São fenômenos históricos e, como tal, ligam-se à produção e à reprodução da sociedade, como já dito antes. Como fenômenos históricos são produtos da atividade humana, possuem movimentos e experimentam rupturas, pois as circunstâncias que determinam esses fenômenos podem ser modificadas pelos seres humanos. A educação é uma dimensão do próprio processo de desenvolvimento da sociedade, seus

modos de produção e cultura. Como outras similares, a Universidade Católica de Goiás faz parte desse contexto e,

“considera-se espaço de cultivo consciente dos padrões universais da cultura, da ciência, da pesquisa e da tecnologia. Procura aproximar-se do patrimônio do saber humano, gerar e difundir o novo, aplicando tal saber ao conhecimento e solução dos problemas locais, regionais e nacionais” (UCG, 1986:21).

A proposta desta Universidade, que é privada e dirigida pela Igreja Católica, também é permeada por contradições. O ensino e a prática educativa da UCG, como em outras congêneres, articulam-se com a base econômica da sociedade. Emergem e configuram-se em determinados momentos históricos para cumprirem suas funções sociais, pois estão inseridos na sociedade.

O Departamento de Enfermagem faz parte dessa articulação. Como espaço também contraditório, vivencia a relação institucional interna na UCG, que é um espaço de convivência e disputa cotidiana entre os inúmeros cursos que a compõem, alguns com muito mais influência e respaldo social do que o ENF/UCG. Uma certa discriminação é percebida pelas professoras, e a expressam em suas afirmações:

“muitos professores acham que o Departamento de Enfermagem é um pouco discriminado pelo restante da Universidade Católica de Goiás por ser [um curso] só de mulheres, não entendem a sistemática do curso ...”(P4)

“enquanto a enfermagem for mais feminina ou fechada, ela carregará os preconceitos que as mulheres sofrem até hoje, além de que é uma profissão e não uma devoção ou arte” (A13)

Na Universidade Católica de Goiás, a organização do curso de enfermagem não encontra similar na área de saúde. As características dos estágios na fonoaudiologia,

psicologia, ciências biológicas e biomédicas eram diferentes e não exigiam o acompanhamento direto do professor em campo de estágio. O tempo destinado ao estágio era mais reduzido do que na enfermagem. As atividades práticas, como laboratórios e estágios, aconteciam nos últimos semestres dos cursos.

O estágio dos (as) estudantes de enfermagem caracterizava-se por uma supervisão direta e contínua do(a) professor(a). As atividades de estágios supervisionados começavam no início da parte profissionalizante e estendiam-se por quase todas as disciplinas do restante do curso. Neste, o tempo destinado às aulas teórico-práticas (denominação do estágio no ENF/UCG) no decorrer do curso era muito maior que o destinado às preleções em sala de aula (teoria)⁸².

O modelo de formação do ENF/UCG baseava-se na prestação dos cuidados de enfermagem ao paciente. Os procedimentos de enfermagem eram realizados em pessoas e em situações reais, sob o risco de agravo na saúde dos indivíduos que buscavam assistência. A aprendizagem prática dava-se através da assistência direta às pessoas que procuravam os campos de estágio. Estes aconteciam em serviços públicos e privados de saúde, onde a quantidade de enfermeiras comumente era muito reduzida. Dessa forma a supervisão direta em campo de estágio tornava-se uma necessidade.

⁸² O currículo do ENF/UCG com vigência a partir 1988 constava de: os créditos do básico até o quarto (4) período totalizam 76 créditos destinados à preleção; 06 créditos destinados a estágio (as disciplinas são do ENF e se referem à Saúde da comunidade I e II e estatística vital) e 20 créditos destinados a laboratório. A partir do 5º até o 9º períodos é considerado a profissionalização do curso sendo: 58 créditos destinados à preleção; 38 créditos destinados a estágio e 2 créditos destinados a laboratório. As habilitações têm uma carga horária diferenciada entre elas, senão vejamos: Enfermagem e Saúde Pública e Enfermagem e Médico Cirúrgica possuíam 6 créditos destinados à preleção e 4 reservados ao estágio enquanto a Enfermagem e Obstetrícia possuíam 4 créditos destinados à preleção e 6 reservados ao estágio, totalizando 140 destinados à preleção, 44 teórico - práticas e 22 destinados a laboratórios (exceto a habilitação em obstetrícia que diminui 2 créditos da preleção e aumenta 2 na teórico-prática). Esses créditos não se referem à licenciatura, estes totalizam 28 créditos.

No entanto, esse tipo de supervisão torna o curso caro, pois demanda mais professores por aluno em campo. Isto contribuía para que, na UCG, o curso estivesse financeiramente deficitário. Outro elemento que colaborava para esse *déficit* do ENF/UCG era que a (o) aluna (o) desse curso recebia um número maior de créditos superior ao montante pago. A carga horária das disciplinas, principalmente os estágios, registrada no histórico escolar da estudante era menor do que o número de horas práticas realizadas⁸³ concretamente. Além do que, o crédito cobrado era mais barato do que o ministrado em outros Departamentos. Essa situação foi criada por um acordo verbal⁸⁴ realizado pelas irmãs da Caridade São Vicente de Paulo com o Bispo Dom Fernando do Santos, na negociação da transferência da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo para a Universidade.

Sabe-se que a realidade social e econômica do Brasil e de Goiás têm mudado, assim como as condições de ensino na UCG. Provavelmente esse acordo ocorreu devido à precária situação econômica das alunas, à época, mas a condição sócio-econômica das alunas de enfermagem, nos dias atuais, como já foi dito antes no item referente à caracterização das professoras e alunas, também se transformou. As relações de trabalho na Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo eram predominantemente de doação, portanto, bastante diferenciadas dos contratos de trabalho na UCG de hoje, onde as (os) professoras (es) possuem os direitos trabalhistas assegurados pela legislação e salário igual ao de qualquer professor da

⁸³ Essa situação deverá ser modificada durante a aplicação do Currículo do Departamento de Enfermagem de 1996. Entre outras mudanças, toda a carga horária ministrada será registrada e o curso ficará mais caro para as (os) estudantes, ao mesmo tempo que ocorrerá uma diminuição quantitativa da carga horária oferecida pelo Departamento.

⁸⁴ Esse acordo verbal tem sido relatado por professoras e ex-alunas da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo em inúmeras reuniões de Congregação do ENF/UCG.

Universidade. As mudanças atingiram as alunas do ENF que hoje pagam o curso ou buscam as poucas bolsas de estudo que a Universidade oferece.

Com relação ao seu financiamento, a Universidade também mudou; têm recebido cada vez menos auxílio econômico dos setores públicos. O financiamento da UCG, na década de 1990, tem sido realizado principalmente através das mensalidades dos alunos. Observou-se que as contradições econômicas do mundo globalizado estão cada vez mais presentes no cotidiano da UCG e, portanto, do ENF⁸⁵. Entre outros motivos, as dificuldades econômicas da Universidade foi um dos que justificaram uma administração cada vez mais centralizada, objetivando melhor gestão dos recursos. Assim, fazer parte da UCG e ser considerado um curso deficitário, nesta conjuntura, significava sofrer pressão para diminuir os gastos e submeter-se a um controle cada vez mais rigoroso por parte da direção da Universidade sobre o Departamento. E deste sobre as professoras e os funcionários.

Esse processo de centralização administrativa que atravessava a UCG se estendeu até ao controle do espaço físico. Tradicionalmente o ENF/UCG considerava propriedade sua o terreno e o prédio onde ficava instalado. Essa construção, antes pertencente à Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, foi incorporada ao patrimônio da UCG, no processo de negociação da transferência do curso para seu âmbito (*Campus Universitário*).

É importante considerar que ocorreu um aumento significativo do número de alunos em outros departamentos, assim como foram criados novos cursos. A área construída

⁸⁵ Essas contradições são melhor visualizadas quando se verifica a posição ambígua do corpo docente e discente em movimentos grevistas, que normalmente têm sua base em reivindicações econômicas. As paralizações mais recentes desencadeadas por alunos (as) ou professores (as) refletem, entre outros aspectos, resquícios da relação histórica do curso relativos, entre outros motivos, à ambigüidade econômica que o curso vivenciou. Nas paralizações o ENF se incorporava parcialmente, já que as atividades de estágio permaneciam acontecendo; às vezes as aulas teóricas aconteciam em outros locais que não na UCG. A não participação efetiva nestes movimentos, não era assumido claramente nas instâncias deliberativas dos alunos e/ou professores.

da UCG tornou-se insuficiente, nos horários matutino e noturno, para a demanda necessária nos últimos anos. As exigências sociais e legais sobre a qualidade de ensino também refletiram no ENF/UCG que diversificou suas atividades (ensino, pesquisa e extensão) e o *déficit* financeiro determinou a ampliação do número de alunos, demandando mais espaço físico que o disponível. Esse fato propiciou a centralização do espaço físico da Universidade; assim os departamentos deixaram suas instalações, principalmente salas de aulas, disponíveis para o conjunto dos cursos. Nesse contexto, ocorreu a utilização das salas do ENF/UCG, para aulas de diferentes cursos, não predominando mais o seu uso só pela enfermagem.

Hoje as salas têm que ser reservadas com antecedência; a força política da direção do Departamento junto à Universidade não tem conseguido assegurar as solicitações da enfermagem. Fato este que se contrapõe com outros Departamentos que estão assistindo a reformas no prédio de seus cursos, com colocação de ar condicionado (caso do Curso de Direito) ou construção de novos prédios (Engenharia, Arquitetura, Direito, entre outros). Diante de tal situação, alunas e professoras sentem seu espaço invadido. Muitas vezes, não há local para se trabalhar em atividades como avaliação de estágios ou orientação de monografias⁸⁶ e reuniões, entre outras. Essas são literalmente realizadas embaixo das árvores ou nos corredores, por falta de espaço físico. Uma das alunas considerou ser esta a principal dificuldade do curso:

⁸⁶ As aulas teóricas aconteciam durante todo o semestre para todas as disciplinas, sem maiores transtornos. Como os estágios funcionavam em sistema de rodízio (as disciplinas fazem os estágios em dias corridos, por exemplo: na disciplina X a aluna faz estágio no primeiro mês, na XI no segundo e assim sucessivamente) e os campos de prática às vezes não tem espaço físico adequado para apresentação de estudos de casos e/ou avaliações, as salas não ficam disponíveis para essas necessidades. Essa situação é agravada pelo fato de que nem todas as atividades desenvolvidas no ENF estão previstas no currículo (como já foi dito antes), o que dificulta a programação para utilização do espaço físico. Essa situação também se repete com a orientação de monografia, pois foi incorporada ao curso, mas não estava previsto o número de professores e o espaço físico suficientes e adequados para desenvolver a atividade com qualidade.

“... Mas o maior problema que encontramos, por incrível que pareça, é o espaço físico” (A33).

Aos problemas de espaço físico somam-se a intensa dinâmica do curso⁸⁷. As alunas dedicam dois períodos diários às atividades curriculares do ENF/UCG. O ciclo básico e a licenciatura em Enfermagem são realizados em comum com outros cursos, já o ciclo profissional é realizado no Departamento de Enfermagem e em variados campos de estágio. As professoras se dividem em diversas atividades, como estágio supervisionado, aulas teóricas, pesquisa, programas de extensão, organização de eventos fora e dentro da Universidade, entre outras. Essas atividades são desenvolvidas nos períodos matutino, vespertino e noturno. Nem todas as professoras participam de atividades de pesquisa e extensão fora da sala de aula ou campo de estágio.

As (os) professoras (es) do ENF/UCG ministram toda a parte profissionalizante do curso (aulas teóricas, laboratórios de enfermagem e estágios). O ciclo básico é oferecido praticamente por professores dos Departamentos de matemática (MAF), educação (EDU), ciência biológica e biomédica (CBB), filosofia e teologia (FIT), letras (LET) e sociologia (HGS).

A relação do ENF/UCG com os outros Departamentos que oferecem disciplinas tem sido avaliada como difícil e foi objeto de análise em diversas reuniões de Congregação. As alunas (os) vêm solicitando mudanças na relação professor (a)/aluno (a) e no ensino das

⁸⁷ Quanto ao currículo que estava vigorando no ENF/UCG, quando da coleta dos dados, era o resultante da modificação curricular de 1987. A duração do curso era de 5 anos, ou seja, 10 períodos. Para cumprir esse currículo exigia-se a disponibilidade do aluno e do professor em 2 períodos; as aulas teóricas aconteciam à noite e o ensino teórico-prático ocorria pela manhã.

disciplinas oferecidas CBB, inclusive através de abaixo-assinados. As docentes do ENF também consideraram insuficiente e/ou inadequado o ensino básico de saúde – histologia e genética, fisiologia humana, ciências morfológicas, farmacologia, patologia e imunologia, bioquímica – disciplinas fundamentais para o exercício profissional da enfermagem.

Constatou-se que diversas reuniões foram realizadas com o CBB para resolver essas situações, mas os problemas ainda permanecem⁸⁸. As professoras e a direção do ENF em diversas ocasiões já demonstraram o desejo de mudanças relativas ao ensino dessas matérias básicas, conforme foi relatado. Neste estudo as estudantes descreveram que se sentiam discriminadas pela forma como eram tratadas do ponto de vista pedagógico, incluindo aspectos relativos ao conteúdo nas disciplinas do CBB:

“...muitas vezes [a prova] é elaborada de maneira a subestimar os conhecimentos do aluno. Na disciplina Anatomia I foi aplicada uma prova escrita com um ítem ridículo de complete as lacunas, com perguntas elementares; fui argumentar com a professora sobre o nível da prova e esta afirmou que para o curso de enfermagem não precisaria melhorar o nível das questões” (A 24).

“...no 3º período, por exemplo, na disciplina de Fisiologia, saímos prejudicados pois o conteúdo foi pincelado e foi grande a deficiência por parte do professor...” (A22)

Interessante observar que os (as) professores (as) da área de humanidades não foram citados enquanto discriminadores por nenhuma participante desta investigação. Assim vale perguntar: Por que há denúncia de discriminação nas disciplinas oferecidas por profissionais de saúde e não nas disciplinas oferecidas por outras áreas de conhecimento na

⁸⁸ Conforme registros em atas este assunto foi pauta de inúmeras reuniões, que se desdobraram em outras tantas e em grupo de trabalho, entre outros encaminhamentos. Também durante a elaboração do último currículo (1998) esta questão foi objeto de inúmeras reuniões com a direção e professores do CBB.

mesma Universidade? A diferença pode estar relacionada ao fato de que muitos dos (as) professores (as) da área de saúde são médicos (as), por isso acreditam que conhecem de perto a profissão de enfermagem e, portanto, acham-se capacitados a definir o ensino necessário à formação da enfermeira ignorando, às vezes, o currículo elaborado por enfermeiras do ENF. Outro elemento que pode contribuir para entender a questão é a crença expressa por médicos-professores dessas disciplinas de que o ensino de enfermagem deve ser diferenciado e menos exigente do que a formação em outras áreas⁸⁹. Deduz-se que o “pano de fundo” dessas atitudes relacionava-se ao fato de a profissão ser considerada subalterna ao poder médico. Com certeza há inúmeras outras possíveis respostas e, inclusive, outras perguntas devem ser feitas para explicitar melhor esse aspecto. Ressalta-se que problemas relativos aos docentes médicos no ensino básico profissionalizante foi detectado em outras instituições de ensino superior de enfermagem no país, conforme NAKAMAE (1988), LOYOLA (1987) e LEOPARDI (1994).

O sentimento resultante da discriminação e do preconceito na profissão no ensino de enfermagem e, por parte da população em geral, foi descrito pelas estudantes (36) e professoras (8):

“... os pacientes não dão muito valor na enfermagem...” (A9)

“...há falta de credibilidade dos paciente em relação ao enfermeiro”(A13)

“ a maioria dos médicos não respeitam e nem valorizam as acadêmicas de enfermagem...” (A38)

“ ... pacientes/clientes não sabem identificar quem é o enfermeiro na equipe de enfermagem...”(A26)

“A enfermeira é vista como ‘subalterna’, uma profissional dispensável...” (A43)

⁸⁹ Essas explicações foram retiradas da observação realizada durante a elaboração desta investigação, ao presenciar análises de professoras e alunas sobre esse assunto.

Os preconceitos⁹⁰ e discriminações têm como base a consciência social/ideológica, principalmente no que ela retém de conhecimentos baseados no senso comum. Dado que a ideologia perpassa todos os campos do social, mesmo o conhecimento científico pode embasar atitudes negativas e preconceituosas, conhecimentos “ideologizados”, direcionando-se para a confirmação de desigualdades entre as pessoas, justificando assim - via naturalização - a posição social diferenciada de uns em relação aos outros (FONSECA, 1996).

Segundo algumas informantes do estudo, essa discriminação intensifica-se quando a enfermeira ou estudante de enfermagem é negra e de classe social desprivilegiada:

“...acho que as pessoas ou melhor os seres humanos valem pelos bens materiais que possui e não são valorizados como pessoa humana e isso dificulta as relações entre as mesmas” (A11).

“... podemos notar uma certa diferenciação entre os estudantes, em relação aos que tem maior poder aquisitivo são privilegiados” (A45).

“... a mulher principalmente a enfermeira e negra é mais discriminada na sociedade, então é preciso uma conscientização da categoria para superar toda a desigualdade que herdamos da nossa história” (A25).

As discriminações de classe, cor e gênero relatadas pelas estudantes fazem parte do mesmo contexto da realidade brasileira; números assustadores indicam a segregação de milhões de brasileiros que vivem em extrema pobreza, enquanto 2% da população detém 98% da renda nacional. CASTRO (1996) analisa que as categorias de cor/etnia, geração e gênero realizam-se em uma sociedade dividida em classe social

⁹⁰ O preconceito é avaliatório ou seja “ ... pode-se mudar com relativa facilidade o pensamento estereotipado desde que se propicie um conhecimento maior com indivíduo de um grupo. No preconceito, porém, o conhecimento não é suficiente; quando uma ou várias pessoas pertencentes a um determinado grupo contradizem as opiniões preconceituosas, elas são rubricadas como atípicas ao grupo” (CAVALCANTE, 1991:239).

As dificuldades de acesso da mulher negra ao ensino de 2º e 3º graus são uma triste realidade do país: dos 90% das mulheres negras que concluíram o 2º grau, apenas 1% chegou à Universidade e 48% de todos os analfabetos brasileiros são mulheres negras (IBASE, 1989). Quanto à remuneração do trabalho a situação não é diferente: 50% das mulheres negras recebem meio salário, sendo que esse índice cai para 19% das mulheres brancas. Na estrutura ocupacional, repete-se a mesma discriminação: 56% das mulheres negras e 24% das brancas realizam prestação de serviço (IBGE, 1980). Das mulheres negras ocupadas no setor informal 43% são empregadas domésticas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1996). As profissões mais comuns exercidas pelas mulheres negras são as que exigem pouca ou nenhuma escolaridade como a empregada doméstica, bóia fria, faxineira, lavadeira, atendente de enfermagem (AGENTES DE PASTORAL NEGROS, 1990).

Na enfermagem não há dados gerais disponíveis sobre a cor dessas trabalhadoras⁹¹, mas há registros de que as negras e/ou mulatas eram consideradas não aptas no processo seletivo para frequentarem escolas de nível superior de enfermagem no Brasil (GERMANO, 1983; LOYOLA, 1987). Os dados de MARTINS (1990), SILVA e CUNHA (1992) e os coletados nessa investigação demonstram que as estudantes e professoras de 3º grau, negras e mulatas, em Goiânia, são em número bastante reduzido. Destaca-se que mesmos nas investigações em curso sobre a história da enfermagem em Goiás, não há uma preocupação em buscar dados relativos à cor/etnia. No entanto, a produção científica da enfermagem brasileira, como já foi dito antes, tem considerado (a partir da década de 80) a classe como uma categoria de análise indispensável para o entendimento da profissão.

Nesta investigação, as categorias cor/etnia, classe social e gênero permitiram entender as relações presentes no ENF/UCG, foram citadas situações de discriminação e preconceitos presentes na enfermagem e que se reproduzem nas relações internas na Universidade e na sociedade. Neste curso as relações estão permeadas de preconceitos relativos a cor/etnia, classe social e gênero.

⁹¹ O estudo mais abrangente sobre "O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil - 1982 - 1983", realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem e Conselho Federal de Enfermagem sobre "A Força de Trabalho em Enfermagem", investigou as características demográficas dos (as) trabalhadores (as) da enfermagem, mas não coletou dados sobre a cor dessas pessoas.

3.3.2. *As relações de gênero são pouco percebidas no curso*

No ENF/UCG e no ensino de enfermagem em geral, a presença feminina nas relações entre docentes e discentes tem sido destacada. No entanto, o gênero foi pouco percebido pelos sujeitos desta investigação, já que muitas das professoras (9) e alunas (22), ao serem convidadas a falarem sobre as relações de gênero no cotidiano do curso,⁹² não se referiram à existência predominante de mulheres no curso e na profissão:

**“na enfermagem todos acham que as pessoas não tem sexo”
(A6)**

Este fato, aparentemente pode indicar que o gênero não tem nenhuma repercussão nas relações estabelecidas nesta instituição. No entanto, historicamente uma das características do ENF/UCG desde de sua fundação foi a presença de um elevado percentual de mulheres - alunas e professoras - fato observado, mais tarde, durante os anos de graduação e docência da autora nesta instituição, confirmado por MARTINS (1990)⁹³, SILVA e CUNHA (1992) e pela relação de formandos do curso de enfermagem da UCG⁹⁴. A predominância feminina tem sido visível no ENF/UCG.

No caso, o não dito pode indicar que as questões relativas ao gênero não têm sido um tema analisado no cotidiano deste curso e na vida social destas pessoas. A não

⁹² O item 1 do questionário perguntava sobre as relações de gênero no ensino de graduação do ENF/UCG; observou-se que 20 alunas citaram que o sexo predominante no curso era o feminino. Por outro lado, 22 alunas não citaram que o sexo predominante é o feminino. No caso 3 alunas deixaram a questão 1 em branco. Quanto as professoras, 3 citaram que o sexo predominante é o feminino, 6 não se referiram a esta abordagem e 3 deixaram a questão em branco.

⁹³ MARTINS (1990), estudando o perfil da (o) estudante de enfermagem da Universidade Católica de Goiás (UCG) e Universidade Federal de Goiás (UFG), entrevistou 23 estudantes da UCG e 14 da UFG; destes apenas 3 eram do gênero masculino.

⁹⁴ Estes dados foram encontrados no livro de ata de formandos, que contém a relação nominal desde a transferência da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo para a Universidade de Goiás. Esse documento contém apenas os anos de conclusão seguidos por nomes das (os) concluintes do curso. Alguns poucos nomes não foram identificados como masculino ou feminino. Esse livro de ata encontra-se na Secretaria Geral da UCG.

valorização, a não percepção da predominância de mulheres denuncia a “naturalização” de uma profissão feminina, até porque este “esquecimento” ou o “não dito” contraria a evidência numérica representada pela presença da mulher no ensino e no exercício profissional da enfermagem, no Estado de Goiás e no Brasil.

Vários estudos de autoras brasileiras como LOYOLA (1987), NOBREGA (1991); LOPES (1993); NASCIMENTO (1996); SOBRAL (1994) e NAKAMAE (1988), entre outros, afirmam a predominância das mulheres na profissão, particularmente em estudos realizados após a década de 80. A enfermagem, assim como o magistério, tem sido caracterizada como um “gueto ocupacional de mulheres”. Os estudos de ALCÂNTARA (1963); FONSECA (1996) e MEYER (1991) evidenciam as similitudes existentes entre as profissões consideradas femininas, particularmente quanto à depuração da imagem da mulher, que cuida, ensina e assiste.

As investigações sobre a educação da mulher demonstram que a superação das escolas segregadas para cada sexo, bem como a maior participação da mesma na sociedade, não eliminaram as diferenças nas trajetórias educacionais da mulher e do homem. “... *A continuidade entre o passado e o presente no encaminhamento diferencial pelos diferentes ramos de ensino indica a permanência de guetos sexuais*” (ROSEMBERG, 1992:14).

No Brasil, o magistério tem constituído um desses guetos, pois as professoras têm sido majoritariamente do sexo feminino, fato que vem sendo constatado e repetido exaustivamente por BRUSCHINI (1985; 1988); ROSEMBERG et al. (1982); ROSEMBERG (1985; 1992), entre outras (os). O corpo docente tem apresentado uma configuração piramidal que aponta a estratificação sexual no campo da educação. Segundo ROSEMBERG (1992), as taxas de participação feminina no corpo docente no Brasil foi de 86,8% no 1º grau; 53,6% no 2º grau; 36,1% no 3º grau, 32,6% de professoras (es) no mestrado e 16% no doutorado. Essa segregação contribui para a manutenção de um mercado de trabalho dual que tem permitido, inclusive, explicar as diferenças salariais entre homens e mulheres, em termos de análise da oferta e da procura.

Na universidade as carreiras que a maioria das mulheres buscam são as menos privilegiadas, como as de serviço social, professora e enfermeira. Já os homens buscam carreiras mais privilegiadas como engenharia, medicina, direito e computação. A situação do

ensino de enfermagem tem sido semelhante a de outros setores do magistério, inclusive no ENF/UCG. O corpo docente desse curso, no segundo semestre de 1987, estava constituído de 39 professoras (es), desses apenas dois (2) do sexo masculino, ou seja, o quadro era quase que exclusivamente feminino, semelhante ao de outras áreas profissionais com as mesmas características.

No Brasil, em 1983⁹⁵ existia 94,1% dos profissionais de enfermagem do sexo feminino. Segundo estudo realizado em conjunto pelas entidades COFEN/ABEN (1986), nas regiões Centro-Oeste e Nordeste 98,6% são mulheres - 1,4% de enfermeiros do sexo masculino nessas regiões, enquanto o Rio de Janeiro apresenta 11,7% de enfermeiros, o dobro do encontrado na média brasileira (5,6%). Este trabalho evidenciou a presença de diferenças regionais significativas, mas destacou a concentração maior de enfermeiras (do sexo feminino). Historicamente o percentual de enfermeiros brasileiros é muito pequeno. A carreira da enfermagem não consegue competir com as atividades masculinas, no que se refere às promessas de salários mais elevados e de prestígio social condizente com uma “atuação masculina” (MARTINS, 1990).

As revisões de estudos sobre ensino revelam que há uma diferença entre as propostas e a frequência dos diversos ramos de ensino para rapazes e moças. A especificidade do masculino é percebida nas escolhas por ramos técnicos. A escola normal e a de enfermagem absorvem uma grande proporção de mulheres, refletindo atitudes e valores de famílias, que consideram esses programas apropriados à preparação de mulheres, tanto no plano doméstico quanto no profissional.

Um dos determinantes dessa segregação educacional e de sua permanência é a funcionalidade das especializações, no aqui e agora do cotidiano de muitas mulheres. Para ROSEMBERG (1992), a procura de conhecimentos polivalentes ou reconversíveis ao cotidiano demonstra senso de realidade ou mesmo estratégia de sobrevivência. Sugere que moças escolhem cursos de enfermagem, assistência social, pedagogia, ligados à área de assistência e de educação, não apenas porque sua socialização as conduziu a “preferir” papéis menos expressivos, não apenas por seu passado escolar que privilegiou as humanidades em

⁹⁵ Os dados referentes a participação por sexo na enfermagem brasileira, discriminado por regiões que tivemos acesso é este publicado em 1985. Entendo que a situação não tenha sido significativamente alterada.

detrimento das ciências e da tecnologia, mas também pelo ajustamento de tais cursos à ambivalência de sua condição.

Múltiplos são os aspectos da vida social, sexual e afetiva que marcam essas diferenças. A reprodução das relações sociais através de vários mecanismos tem sido responsabilizada pela perpetuação de ideologias e contradições da vida moderna. A reprodução de relações de gênero desiguais responde certamente pelo seu estatuto social nas várias épocas e lugares, como hoje, mesmo que as formas e o conteúdo dessas desigualdades sejam diferentes e relativizados no tempo (NASCIMENTO, 1996).

Acrescenta-se à afirmação retrocitada, a de que na enfermagem as pessoas acham que seus exercentes não têm sexo, o que aumenta a dificuldade para fazer uma análise de gênero. Essa precariedade foi constatada por uma minoria⁹⁶ de alunas e professoras que afirmaram não se sentirem capazes de fazer tal análise⁹⁷, justificando que:

“nunca havia parado para pensar nessas relações” (A4)

“minha relação é só com pessoas do sexo feminino” (A7)

“Nesta escola, este tipo de relação é difícil analisar, não só na escola, mais no curso em geral onde a predominância é feminina” (A23)

“Na UCG não é possível esta análise, pois, é raro um homem no curso de enfermagem” (A2)

“Não dá para analisar esta relação devido a nossa turma ser formada exclusivamente por mulheres” (A19)

A análise de gênero no cotidiano escolar do ENF/UCG parte do pressuposto de que a escola é um lugar de contradições, onde os valores tradicionais são também reproduzidos através da omissão. Segundo ROSEMBERG (1992), os cursos de nível superior

⁹⁶ Ao analisar como é a relação de gênero no ENF/UCG, 8 alunas afirmaram que não era possível fazer essa análise, enquanto outras 8 analisavam como uma relação positiva (boa, regular, razoável, estreita); outras 8 revelavam a presença de discriminação, enquanto 7 aludiam à ausência de discriminação, 2 acentuaram a presença de rivalidade, 9 não se manifestaram sobre esse aspecto, 3 deixaram a questão em branco.

⁹⁷ O gênero enquanto categoria de análise histórica permite a investigação nas relações entre homens e mulheres, entre homens e homens, entre mulheres e mulheres.

raramente têm possibilitado espaços para análise crítica sobre o modo de existência feminino e masculino e as relações entre eles - no plano social, econômico, cultural e político. A forma como as docentes e discentes refletiam sobre a abordagem de gênero durante este curso tem sido contraditória e a referida omissão retrata uma dessas abordagens, conforme será analisado a seguir.

3.3.3. As relações de gênero no ENF/UCG são predominantemente entre mulheres.

Se de um lado a omissão sobre gênero prevaleceu, por outro, o gênero foi abordado como um elemento componente e/ou explicativo da situação do ensino de enfermagem, particularmente compondo o processo de “naturalização” dessas relações. No entanto, algumas professoras abordaram criticamente este tema. Apesar da posição anteriormente analisada, houve algumas alunas (20) e professoras (3) que constataram a maior presença numérica da mulher na enfermagem:

**“Vejo que a presença das mulheres é superior à dos homens”
(A36)**

“Infelizmente a população tem uma visão errada do curso de enfermagem, só porque a grande maioria dos estudantes são mulheres. Os homens são poucos os que....” (A15)

**“...os estudantes ... são em quase sua totalidade mulheres”
(A8)**

“A maioria das professoras também é de mulheres ...” (A30)

“[No curso de enfermagem] a maioria é mulheres..” (P8)

Essa percepção vem ao encontro das estatísticas, no sentido de que, no Brasil do final do século XX, a enfermagem foi surpreendida pela intensa participação da mulher no mercado de trabalho e pela ideologia que permeava as aspirações feministas de igualdade e liberdade. Mesmo com essa significativa mudança no estilo de vida, provocada também pela inserção pública de grande parcela feminina no mundo ocidental, há diferenças e desigualdades que ainda separam mulheres e homens no mundo contemporâneo, mesmo que o seu conteúdo tenha se modificado ao longo do tempo, ao ponto de mascarar a realidade

para muitas (os) que teimam em não enxergá-la sob o discurso da universalidade dos fenômenos sociais (NASCIMENTO, 1996).

Assim, ser enfermeira não representa uma aspiração fundada na escolha profissional, com o objetivo de ocupar um espaço público, reconhecido socialmente como espaço de poder, mas algo incorporado culturalmente enquanto identidade feminina, e que estava impregnado nos caminhos da enfermagem (SANTOS, 1992). As mulheres enfermeiras internalizam uma posição de subalternidade e de aceitação dos papéis designados às mesmas:

“A posição da enfermeira deverá ser de submissão a toda e qualquer figura masculina, principalmente à do médico, do diretor e do cliente. As características da enfermeira apontadas como ideais são: de docilidade, meiguice, beleza, boa aparência, retidão, abnegação, devoção, sensibilidade, higiene, humildade, agilidade, rapidez e perfeição. Por outro lado, ela deverá ser forte para amparar na dor e no sofrimento, consolar, diminuir, minimizar os problemas do outro. Todas, características essencialmente ditas ‘femininas’. E ainda, há a negação da sexualidade feminina (sobre o manto de ‘pureza’ da enfermeira) e a enfermeira deve ser ‘bela’ para compor um ambiente harmonioso (aura, santa) ao seu redor” (P3).

“A enfermagem é composta de um universo predominantemente feminino, onde a presença masculina é mínima. Isso gera alguns tabus, como: somente mulheres que são enfermeira por serem mais ‘cuidadasas’...” (A43)

No caso, os estereótipos referem-se à profissão de enfermagem e aos papéis sexuais. No campo da saúde, tradicionalmente aceita-se como “natural” que o homem desempenhe o papel de médico e a mulher o de enfermeira. A imagem associa-se automaticamente aos atributos socialmente considerados como “masculinos” - sábio, competente, ambicioso, independente, dominador. Em contrapartida, à mulher associam-se imagens correspondentes à feminilidade, à submissão, à beleza, à compaixão, à passividade e à emotividade, compatíveis com as funções da enfermeira, porém não com as do médico.

Essa noção de natureza justificaria a posição social de homem e mulher na sociedade, sendo que os trabalhos femininos preferencialmente deveriam ser mais ligados à “natureza” feminina como, por exemplo, a educação e a enfermagem. Percebe-se que através

do equipamento biológico-sexual inato pretende-se explicar o comportamento e o lugar social diferenciados, destinados a homens e mulheres na sociedade.

Gênero, enquanto categoria de análise, contrapõe-se a esse entendimento naturalizado, ao indicar que o poder é distribuído de maneira desigual entre os sexos, com a mulher assumindo uma posição subalterna na sociedade. Essa naturalização, entre outras, está relacionada com a exploração do pessoal de enfermagem pelos empregadores, mediante pagamento de baixos salários e a falta de condições necessárias para realização do trabalho, pois as enfermeiras já entram na situação de trabalho com posição definida - mulheres desempenhando papéis femininos e de submissão - em relação aos grupos masculinos com os quais interagem.

No cotidiano do ENF/UCG acontecia um reforço da caracterização da enfermagem como uma profissão feminina, e isto era visível em muitos momentos do curso (durante as aulas, as reuniões de congregação, conversas informais e no questionário) em que era utilizada a expressão enfermeiro, para, em seguida, caracterizar esta (e) profissional com atributos femininos:

“... por que a mulher é mais delicada e sensível, capaz de se colocar no lugar do outro, só assim uma pessoa é capaz de tratar o paciente ...” (A1)

“... a enfermagem é uma profissão que requer mais atenção e habilidade...” (A36)

“... pela própria história da enfermagem, quando se pensa neste curso só se pensa no sexo feminino” (P6)

“...A enfermeira é vista como uma pessoa bondosa, abnegada, sempre disposta à ajudar, submissa, preparada para o trabalho manual e assim, também, são às mulheres em nossa sociedade” (P1)

“.... Instinto materno de cuidar. Maior sensibilidade, maior grau de emoção no sonho de ‘ajudar’, ‘servir’, ‘ser útil a humanidade’ e outros ou também porque ela foi moldada naquelas características próprias para a Enfermagem, devido ao patriarcalismo.... ” (P4)

“A escola coloca a Enfermagem como uma profissão mais feminina. É citado sempre a expressão ‘o enfermeiro’ mas em seguida a caracterização do enfermeiro é tipicamente feminina” (P24)

A predominância feminina no curso foi explicada pelo fato de considerarem que esta deve ser uma profissão de mulheres. A maioria das alunas (23) e das professoras (9) consideraram que elas têm naturalmente maior “tendência”, inclinação, para desempenhar a função de enfermeira. Essa tendência é justificada por conta das características femininas da profissão. Datam da profissionalização da enfermagem moderna o privilégio das qualidades morais de suas exercentes (descritas anteriormente), a dependência da enfermeira em relação ao médico, entre outros aspectos. Esse quadro parece permanecer o mesmo da época de Florence Nightingale, apresentando, no entanto, novas nuances.

Algumas professoras (2) e alunas⁹⁸ (13) consideraram que o ensino era dirigido às mulheres, portanto excluía as pessoas do sexo masculino. Mesmo sendo entendida como uma tendência natural no curso de enfermagem essa atitude era considerada, pelas participantes da investigação, como discriminatória em relação ao homem.

“...há uma tendência a [do curso] ser mais direcionado a mulheres” (A13)

“...o curso tem uma expressão mais feminina” (A27)

“Mesmo que a instituição(ENF/UCG) não admita , ainda tem uma força muito grande a questão de ser um curso voltado para a mulher ” (P6)

“...um curso destinado às mulheres na visão de muitos...”(A29)

Essa situação pareceu indicar um movimento circular: já que o ensino de enfermagem é dirigido às mulheres, um número reduzido de homens, ou seja, esta pequena participação masculina, também aconteceria devido ao fato de o homem ser desconsiderado durante o curso, e assim sucessivamente. Para explicar a centralização das atividades acadêmicas do ENF/UCG na pessoa de sexo feminino, há que considerar os aspectos históricos da profissão e do ensino da mesma, já relatados anteriormente. Assim sendo, vale destacar que em sua origem o ENF/UCG não permitia a entrada de homens como alunos no curso de enfermagem. Este fato ocorreu também em outras instituições de formação de

⁹⁸ Nas respostas à primeira questão, 03 alunas informaram que o curso é direcionada às mulheres

enfermeiros no Brasil⁹⁹. A situação é bem mais complexa se considerarmos a característica feminina da enfermagem, que envolve a valoração social e econômica compatível com uma profissão exercida por mulheres. Algumas alunas não visualizavam essas diferenças e desigualdades, demonstrando o “mascaramento” dessas relações no ensino deste Departamento:

“...não é possível observar alguma diferença nas relações entre homens e mulheres ..., vejo estas relações de forma positiva não havendo discriminação entre os mesmos”(A37)

“O curso de enfermagem é igual para todos, os alunos se identificam com os problemas que deparam de igual forma geralmente tem as mesmas dificuldades, não há problema ...” (A12)

“...Apesar dessas diferenças o ensino nesta escola procura não fazer distinção entre gênero...” (P8)

Simultaneamente, as participantes do estudo descreveram que no ENF/UCG os professores e alunos ocupavam o papel socialmente destinado ao homem enquanto as professoras e alunas o que foi reservado à mulher, como têm sido culturalmente considerados. Assim sendo, são características masculinas: agressividade, força, frieza, rudeza, instabilidade, autoridade, independência, racionalidade e audácia. E os seguintes adjetivos, utilizados para caracterizar o gênero feminino: suavidade, afetividade, sedução, intuição, passividade, intelectualidade, timidez, espontaneidade, prudência, recato, improvisação, dependência e conquista (LOPES, 1994).

A maioria das alunas (38) e todas as professoras (12) não concordavam que a enfermeira deveria ser preparada para ser dócil, para cumprir ordens, para ajudar, para cuidar e para amparar. E afirmaram que as características predominantes no exercício profissional da enfermeira são segurança (33;11)¹⁰⁰, independência (31;10), prudência (35;9) e intelectualidade (35;10) consideradas as mais importantes, tanto por alunas como por

⁹⁹ Batista apud MARTINS (1990) relata que esta situação era tão freqüente que o Congresso de Enfermagem recomendou que as Escolas de Enfermagem retirassem de seus regimentos a proibição que impediram a matrícula de rapazes.

¹⁰⁰ O primeiro dado se refere a alunas e o segundo a professoras, por exemplo, no caso da segurança, 33 alunas e 11 professoras indicaram essa como uma característica fundamental no exercício profissional da enfermeira.

professoras. A maior parte delas, no entanto, de acordo com a cultura ocidental,¹⁰¹ são consideradas características masculinas.

Peguntadas diretamente as professoras empregaram todos os termos comuns em nossa sociedade para caracterizar os homens, acrescentando ainda, seriedade e franqueza que não estavam na lista oferecida a elas. As alunas não citaram instabilidade e insegurança ao se referirem ao gênero feminino e transferiram para a mulher as seguintes características: intelectualidade, audácia e conquista. Nota-se que, as alunas não indicaram essas características como masculinas, apesar de serem largamente empregadas para caracterizar os homens em nossa sociedade, como foi mencionado.

Ao fazer uma análise das características mais citadas observou-se a tradicional contraposição entre masculino/feminino, como agressividade X suavidade; frieza X afetividade; independência X dependência; autoridade X passividade e racionalidade X espontaneidade. Essa dualidade se apresenta naturalizada em nossa cultura, como já foi referida anteriormente. Essa é uma contradição que caracteriza o mundo público e o privado, e também está presente nas relações no ENF/UCG e no exercício profissional na área. Está relacionada com o grau de satisfação no exercício e a valorização profissional da enfermagem. Ressalta-se que a estudante/professora de enfermagem enquadrada dentro dessa forma sócio-cultural, provavelmente, ficaria com dificuldades de sobreviver no mundo competitivo do trabalho, que exige agressividade, frieza, independência, autoridade e racionalidade. Enquanto isso o homem teria dificuldades em corresponder às exigências da profissão de enfermagem com características femininas.

Observou-se também que as alunas e professoras do ENF/UCG têm vivenciado o modelo sexista de educação¹⁰² e que o reforço aos modelos sexuais tradicionais de socialização diferencial dos gêneros tem acarretado limitações nas expectativas e motivações

¹⁰¹ A cultura ocidental moderna atribui as seguintes características para os homens: agressividade, audácia, conquista, frieza, segurança, rudez, intelectualidade, racionalidade, autoridade, força, independência. Assim como atribui para a mulher os seguintes atributos: timidez, recato, sedução, instabilidade, prudência, insegurança, suavidade, afetividade, improvisação, dependência, passividade, espontaneidade e intuição.

¹⁰² O sexismo na educação é entendido como uma forma diferenciada de educar homens e mulheres em uma abordagem que discrimina um dos sexos.

femininas, quanto a seu desempenho na vida profissional. Por outro lado, na sociedade há um movimento de crítica ao sexismo, desenvolvido pela academia, movimento feminista e de mulheres, produção acadêmica em enfermagem e outras áreas. Na Universidade Católica de Goiás, o Programa Interdisciplinar da Mulher - Estudos e Pesquisas, entre outros, têm tentado divulgar e produzir esse conhecimento de forma interdisciplinar. Já no ENF/UCG a discussão sobre de gênero aparentemente é incipiente, em que pesem as análises críticas sobre a feminização da profissão, já encetadas por algumas professoras:

“... não é uma tendência natural e sim uma construção histórica na qual o cuidar, objeto maior da enfermagem, sempre esteve relacionado à mulher” (P8)

“Avalio que, nesse momento, essas relações não são consideradas, refletidas ou analisadas com vistas à formação profissional. O que ocorre são discussões circunstanciais, informais e sem fazer parte dos objetivos ou conteúdos do curso. Isso de um modo geral. Há entretanto, alguns professores que, por se interessarem e valorizarem esse aspecto, procuram introduzir esta análise em certos momentos do curso, ‘criando’ espaços para tal. Há uma dificuldade grande, tanto da parte dos professores, como da parte dos alunos em discutir e analisar as relações de gênero, até por falta de instrumentalização que o permita”(P9)

Análises como a das professoras acima citadas buscam desmascarar e desnaturalizar as concepções e práticas da enfermagem, podendo contribuir para significativas mudanças na prática das mulheres enfermeiras, já que provocam uma ruptura dos laços que prendem cada indivíduo na teia sócio-cultural complexa que sustenta o sistema dominante. Todavia, ainda nos dias atuais, às vésperas do novo milênio, pode-se constatar que a ideologia dominante inculca nos indivíduos um “mascaramento” das suas diversas classes sociais e das suas relações entre raças e entre homens e mulheres.

Refletir sobre essas contradições faz-se necessário. A feminização da profissão persiste em todos os níveis. Essa feminização, constante desde o início da profissionalização, é resultado de aspectos não só internos mas, sobretudo, de esforços que lhe são exteriores como, por exemplo, o interesses em manter a profissão em uma condição auxiliar, de desvalorização técnica e econômica. Ou, como questiona LOPES (1996): Será que estamos frente a uma

profissão de mulheres que se protegem? E nesse contexto, como o homem é percebido no ensino de enfermagem? Tais questões serão discutidas no próximo item.

3.3.4. Discriminação e/ou privilégio dos homens no ENF/UCG.

Em muitos países ocidentais os estudos sobre a masculinidade remontam à década de 70, no Brasil esta produção está iniciando¹⁰³, enquanto as investigações sobre a feminilidade tem se desenvolvido em diversas áreas do conhecimento. O grande acesso das mulheres ao mercado de trabalho e outras conquistas geraram mudanças, também, na definição do masculino. Na contemporaneidade, há um mal-estar masculino, uma crise do masculino. A concepção de masculinidade – violenta, hierárquica e competitiva - desfavorece a amizade entre os homens e as relações com as mulheres estão confusas. Os homens têm apresentado dificuldades em lidar e aceitar as conquistas femininas (BORIS, 1998).

O modelo paterno de identificação está sendo transformado ao longo do tempo, gerando confusão na construção da identidade masculina. Nas sociedades do século XX a construção do masculino continua violentadora – no povos ‘ditos’ primitivos os ritos de passagem comumente geravam dor física e psíquica - os homens são condicionados a um modelo viril por uma educação pautada pelo cumprimento de exigências, pela tensão, pelo silêncio, oculto sob o manto do poder e do controle exercido por homens (BORIS, 1998) e mulheres.

No Brasil considera-se desejável a ação “feminilizadora” sobre as meninas e “masculinizadoras” sobre os meninos. Estas ações tendem a provocar graves efeitos sobre a formação de suas personalidades, muitas vezes mutilando suas potencialidades humanas de forma irrecuperável. A bibliografia é farta ao denunciar a existência de uma cultura sexista no material didático e veícula uma imagem que valoriza o sexo masculino, apresentando-o como

¹⁰³ Durante muito tempo e para muitos autores a mulher foi considerada como desconhecida. Diderot apud BADINTER (1989) perguntava “o que é uma mulher”, FREUD fez a clássica indagação “o que quer uma mulher” e ROUSSEAU (1992). Na contemporaneidade a feminilidade e masculinidade se transformaram em objeto de estudo para o entendimento das transformações ocorridas ao homem e a mulher.

o representante da espécie humana e destinando à mulher um papel inferior, passivo, dependente dos homens, restringindo sua vida à esfera doméstica.

Na área da saúde a cultura sexista é farta; essa postura discriminatória tem sido, particularmente, dirigida à mulher. Esse modelo hierarquizado de educação de gênero também tem sido reproduzido no ensino da enfermagem. Nesse trabalho, a relação entre estudante/estudante apareceu associada a uma abordagem sexista. A cultura sexista faz-se presente nos textos utilizados nos cursos de saúde. Observou-se que uma das referências citadas por ROSEMBERG (1992) como sexista é utilizada como importante referência bibliográfica de uma disciplina no ENF/UCG¹⁰⁴

A discriminação do homem em profissões consideradas femininas, inclusive na enfermagem foi referida por autores como ROSEMBERG (1992), SANTOS (1992) e NOLASCO (1995). Essa prática sexista foi explicitada pelas participantes deste estudo ao expressarem suas dúvidas sobre a capacidade de homens desempenharem as atribuições próprias da enfermagem:

“... mas será que leva jeito no campo de trabalho” (A20).

“... fico preocupada com um outro ‘mito’ que se cria hoje na enfermagem de que o homem enfermeiro não é homem mesmo, devido a adesão supreendente de homossexuais à enfermagem”(A34)

As discriminações no curso e a percepção do homem no exercício da enfermagem estão em grande parte associadas a essas características e ao momento histórico em que esses homens e mulheres vivem e trabalham. Como já foi analisado anteriormente, a determinação do lugar social do homem e da mulher nos sistemas de saúde do mundo ocidental está relacionada com a assistência à saúde enquanto parte do sistema capitalista, que tem no lucro

¹⁰⁴ Trata-se de um exemplo de atitude sexista na área da saúde, foi citado por ROSEMBERG (1992) retirado do livro *Pediatria Básica* de ALCANTARA e MARCONDES. Este é uma referência utilizada no curso de enfermagem da UCG, sendo considerado básico na disciplina de pediatria. Por exemplo “...na idade pré-puberal haverá maior diversificação dos exercícios físicos para o sexo feminino e para o masculino, para aquele buscar desenvolver a graça e o ritmo do movimento, enquanto para este exigem movimentos mais amplos, flexíveis e resistentes; têm também caráter higiênico”. A mensagem de Alcântara e Marcondes que propõe exercícios diferenciados para meninas e meninos, reforçando estereótipos que discriminam a mulher em uma orientação médica, pode ser considerada sexista.

um dos seus pilares. O fato de o maior contingente de trabalhadores serem mulheres e de estas, tradicionalmente, terem salários inferiores aos do homem é um dado que não pode ser esquecido. A discriminação passa a ser, pois uma das formas de se preservar esta profissão como feminina, sabendo-se, no entanto, que há outros elementos que precisam ser considerados.

A discriminação é reproduzida dentro da enfermagem e do próprio curso, e baseia-se no fato de que a presença feminina é majoritária (no exercício profissional e no sistema de formação). Então, parece ser considerado “natural”, para professoras (10) e alunas (15), a percepção de que os estudantes masculinos teriam maior tendência a serem discriminados nesta profissão:

“A enfermagem é composta de um universo predominantemente feminino, onde a presença masculina é mínima ... e, quando o homem se torna enfermeiro, sua preferência sexual se torna questionável”(A43)

“O curso é composto por maioria de mulheres existindo uma pequena minoria de homens sendo assim esses sofrem discriminação pelas pessoas fora da Universidade que veem o curso como exclusivo para mulheres” (A9).

“aquele [o homem] que assume sua vocação [a enfermagem] enfrenta os tabus da sociedade”(P2)

“O curso ainda é muito conservador, discriminando alguns alunos que fizeram uma opção sexual diferente e em suas vidas e privilegiando aqueles que se mostram homens mais inteligente e seguros” (P12)

Segundo FONSECA (1996), a marginalização do homem nesta profissão estaria ligada a motivos históricos e a explicação estaria vinculada à representação social da enfermagem pré-moderna, quando os homens exerciam a enfermagem para “*ganhar o céu*” (no caso dos religiosos) ou por inaptidão ou incompetência para exercer outras tarefas. Os enfermeiros sofrem duplamente o preconceito e a discriminação porque a enfermagem é uma profissão não masculina e um trabalho considerado manual. O conflito do masculino na enfermagem é confirmado por Groff apud SANTOS (1992:21):

“ O ... enfermeiro deve aprender a conviver com este problema [preconceito] mesmo que ele prove que seu desempenho profissional está ligado a sua função como profissional. O

mesmo autor aponta vários estereótipos ligados a dificuldade referente à questão do masculino numa profissão essencialmente feminina, os quais incluem o 'de não ter habilidade para profissão', 'o de ser quase médico', 'o do homossexualismo', 'o de não ser bastante inteligente para ser médico'.

Os relatos constantes deste trabalho demonstraram pequenas nuances percebidas no desempenho de professoras sobre diferentes critérios adotadas na prática do ensino - de acordo com o sexo. No entanto, se por um lado, observaram-se mudanças e críticas na atitude e comportamento das docentes e discentes, por outro, nota-se a reprodução social¹⁰⁵ de estereótipos presentes na sociedade.

Professoras (11) e alunas (40) afirmaram acreditar nas mudanças do papel da mulher e homem na sociedade, mas aparentemente essas mudanças não interferiram muito no que acreditam ser características adequadas para o gênero masculino e feminino, já que são coincidentes com o que nossa cultura prescreve. Comparando com a nossa tradição sócio-cultural registrou-se, no caso em estudo, uma concordância quanto à caracterização feita pelas alunas sobre o privilégio para os homens na profissão:

“...na relação discente-discente: apesar dos elementos masculinos serem consideravelmente menor em número, geralmente, ocupam liderança. Os alunos nos estágios atuam de certa forma com postura ‘protetora’ - ajudam o elemento feminino - sobressai a força física - carregam peso sendo portanto, responsáveis por transporte do pacientes ... (P1).

“Os enfermeiros por ser do sexo masculino continuam com aquela idéia machista de nossa sociedade... sempre estão deixando os seus afazeres para as enfermeiras...”(A1)

“...O mundo do trabalho acha que a profissão feminina transforma o elemento masculino tornando-o meio feminino, mesmo que não o seja. Por outro lado, para os pacientes, se o

¹⁰⁵ A Reprodução social enquanto categoria “*permite compreender o movimento dialético que dá entre as distintas dimensões da vida social. Um movimento enraizado na estrutura que existiu previamente à formação das classes sociais e que se realiza como um sistema de contradições em desenvolvimento que têm em sua base a relação dialética entre a produção e o consumo (dados essencialmente na estrutura produtiva em interdependência com os processos do espaço do consumo e a vida doméstica) porém que se realiza e completa nas contradições da vida cultural, político-organizativa e de relação com as condições do meio natural*” (Breilh apud FONSECA, 1996:26).

elemento masculino da enfermagem chega perto dele, ele o chama de 'doutor' ou pensa que ele é médico, só por ser homem" (P4)

"Apesar dos enfermeiros serem poucos em número, normalmente, ocupam espaço de destaque (liderança) assim como na sociedade" (P11)

"... porque muitos homens se dão melhor nessa profissão que muitas mulheres" (A10).

As desigualdades relacionadas ao sexo também são observadas na enfermagem por LOPES (1996). Essa autora avalia que, embora exercendo a mesma profissão, no mesmo ramo, enfermeiras e enfermeiros não executam as mesmas tarefas e não ocupam o mesmo espaço de poder. O mercado de trabalho reserva espaço privilegiado aos enfermeiros universitários, o que é verificável em unidades de serviço e nos cargos de direção, aos quais a política organizacional e administrativa facilita o acesso. Entre os homens percebe-se uma certa cumplicidade masculina e maior autonomia profissional o que facilita o domínio das técnicas médicas.

MACHADO (1992) relatou que na enfermagem os homens têm assumido mais cargos de gerência que as mulheres e que os salários desses seria maior que os das enfermeiras. E como já foi analisado antes, a escola é uma reprodutora das relações sociais que sustentam as relações sócio-econômicas dominantes. Assim, a escola tem contribuído com a discriminação de gênero, ao mesmo tempo que tem produzido críticas no sentido de contribuir para mudanças sociais. SALVIANI (1984) considera a escola como um instrumento para equacionar o problema da marginalidade, com o papel de difundir e transmitir os conhecimentos sistemáticos acumulados pela humanidade, mas esta função da escola é contraditória como já foi analisado antes.

A escola sofre influências e influencia outros setores sociais, no caso em estudo, a crise masculina, as mudanças sociais relativas à diferenciação rígida e unilateral entre homens e mulheres: a reação ao machismo pareceu contribuir com outra atitude frente ao exercício de enfermagem por homens:

"... isso é tabu. Qualquer ser humano que gostar da profissão pode desempenhar esta função, independente do sexo"(A)

“...seu papel sexual e profissional se confundem como feminino e parece haver cobrança pessoal (ou social) para que seja assim. Como se ao desempenhar um papel sexual exclusivamente masculino não reunisse atributos e características ideais para ser um bom enfermeiro. O que na verdade é um grande equívoco que necessita ser desfeito ...”(P3)

Há que registrar que as mulheres – alunas e professoras - indicaram mudanças de atitudes na prática da enfermagem ao questionar este modelo masculino de virilidade, poder e privilégio como afirmativo de masculinidade e, ao mesmo tempo, questionando a feminilização dos exercentes da enfermagem. O enfermeiro tem vivenciado a prática profissional em um contexto, ao menos parcialmente, diferente do campo destinado aos homens – o *habitus* masculino em que se desenvolvem a competição, a guerra, a política, a ciência, a arte, a religião, a honra, dominando seus congêneres e as mulheres

Na enfermagem não tem se verificado mudanças relativas à base social da profissão. A prática desta profissão feminilizada, marginalizada e marginalizante do homem, também tem sido exercida por homens, que no seu cotidiano de trabalho vivenciam a possibilidade de romper com os estereótipos da masculinidade e os femininos da enfermagem, assim como as mulheres médicas têm rompido com alguns estereótipos masculinos da medicina, através de sua inserção na base social desta profissão, que antes era masculina, ainda que poucas mudanças tenham sido registradas com relação às características masculinas da profissão e nas relações de poder entre as profissões da área de saúde.

A enfermagem brasileira e o ENF/UCG pouco, ou nada, têm refletido sobre a masculinidade e a enfermagem, embora sejam evidentes as transformações.¹⁰⁶ Estudos sobre a crise masculina apontam que diante das carências de fronteiras e distinções bem definidas, tornou-se difícil sentir-se bem sendo homem. Apesar deste (e outros) temor diante da dita crise, esta pode mobilizar para uma nova diferenciação do masculino e feminino (ERIKSON,

¹⁰⁶ Transformações que se apresentam na literatura da crise do homem como uma ansiedade ontológica: tornou-se difícil saber: o que significa ser homem? autoras como BADINTER (1993), parece crer que o futuro da identidade masculina seja composta por elementos masculinos e femininos - como fragilidade e força - distinta do modelo viril que caracteriza (ou) o homem na sociedade ocidental.

1976) e para novas construções de gêneros em torno da oposição trabalho/família.

No caso em estudo, estas contradições se expressaram através da reprodução da marginalidade do homem na enfermagem, que tem acontecido através de inúmeros mecanismos no ensino do ENF/UCG; ainda que simultaneamente, os enfermeiros têm encontrado privilégios ao exercer a enfermagem

3.3.5. Relação docente/discente

As participantes desta investigação traçaram o perfil de cada componente das relações discente/docente. Essas, como qualquer outra relação social, são perpassadas pelas relações de gênero, portanto fazem-se presentes nas atividades de ensino, estágio, pesquisa e extensão. A aprendizagem não acontece somente no momento formal do repasse do conteúdo (teórico ou prático), ela se dá no cotidiano da relação professor- aluno. Essa relação foi considerada como autoritária e verticalizada pela maioria das professoras (7) investigadas, que se expressam da seguinte forma:

“...distante e autoritária. O professor tudo sabe e a aluna nada sabe. A relação é também maternalista (incluindo aí o autoritarismo) e não cobrança de atitude crítica e responsável. Daí esta relação se estender posteriormente ao campo profissional com a nova figura de poder assumida pelo médico, diretor, chefe, equipe como um todo” (P3).

“ ...bastante verticalizada: quem ensina = professor ; quem aprende = aluno” (P4).

“ de dominação, as professoras ditam às ordens e as alunas cumprem... ” (P1)

Analisando o perfil construído entendeu-se que no ENF/UCG faz-se presente uma postura pedagógica característica do ensino tradicional.¹⁰⁷ Essa teoria, que parece subsidiar as relações entre professores e alunas deste Departamento, enfatiza a transmissão e

¹⁰⁷ Destacam-se como pedagogos da abordagem tradicional: Comênio (XVII); Rousseau (1712-1778); Pestalozzi (1746-1827), Herbart (1766-1841). No Brasil, os jesuítas utilizaram essa abordagem pedagógica.

assimilação de conteúdos. Centra-se no professor, que transmite os conhecimentos para os alunos, a quem cabe assimilar os conteúdos transmitidos. Coerente com esse pensamento pedagógico, a escola nova, o tecnicismo e a teoria tradicional são tendências consideradas conservadoras, que visam à manutenção do sistema social onde estão inseridas, utilizando metodologias que não incentivam a análise crítica. (LIBÂNEO, 1992)

A abordagem tradicional isola o indivíduo da pluralidade social e da consciência de seu poder de interferência nessa pluralidade social. HORKHEIMER (1976) refuta a teoria tradicional educacional, entendendo que uma teoria deve ter como objeto os homens, enquanto produtores de todas as suas formas históricas de vida e das situações afetivas, efetivas, nas quais a ciência se baseia. As teorias não são uma coisa dada, pois o que é dado não depende apenas da natureza, mas também do poder do ser humano sobre ela. A teoria não é separada de outras ciências e nem da realidade, tampouco o cientista ou professora (ou enfermeira) são profissionais isolados de outras preocupações ou do exercício da cidadania.

Essa abordagem autoritária também é apontada pelas participantes que percebem a presença de dois perfis sobre a relação entre alunas e professoras: um autoritário e outro mais aberto e educativo. Identificar a presença de mais de um perfil pedagógico foi a posição assumida pela maioria das alunas (23) e minoria de professoras (3). Nesse caso as contradições foram expressas pela posição divergente entre alunas e professoras, já que a maioria das últimas sustenta a existência de um único perfil enquanto a maioria das alunas parece ter uma posição mais aproximada da realidade, pois o processo social é dinâmico e contraditório:

“É uma relação boa, amigável, mas há ainda os que se distanciam dos alunos e que se julgam donos do saber”(A19)

“No geral essa relação é boa, geralmente os professores se interessam um pouco pela boa relação com os alunos, isso acontece mais nos últimos períodos. Mas existe aqueles que trata os alunos como ditador” (A3)

“Às vezes são relações boas, outras é o tipo de Hitler. Impõe e pronto não tem diálogo” (A22)

“... Uma relação de respeito que procura ser democrática e, ao mesmo tempo, incentivar a autonomia do aluno. Outra relação que se caracteriza pelo autoritarismo, tutelamento do aluno e de cerceamento de sua capacidade de iniciativa e criatividade” (P9)

O perfil não autoritário foi citado por algumas alunas (8) e parece aproximar-se da escola nova,¹⁰⁸ que parte da idéia de que o aluno aprende melhor quando o faz por si próprio, sendo ele o centro da atividade, é o aluno ativo e investigador (LIBÂNEO, 1992). Este mesmo autor observa que a aplicação por inteiro de uma didática ativa é rara. Por vários motivos, é comum os professores utilizarem procedimentos e técnicas, como, trabalhos em grupo e discussões, sem considerar o objetivo principal que é estimular o pensamento, o raciocínio e a capacidade de reflexão dos alunos. Com isso, no momento da avaliação, pedem a matéria decorada, tal qual a pedagogia tradicional faz.

A relação autoritária que se estabelece no curso de terceiro grau na enfermagem foi avaliada por LOYOLA (1987) como um “*laboratório da docilidade*”. Essa autora credita as atitudes autoritárias da enfermagem à herança militar das suas origens e da estrutura hierarquizada do hospital:

“... a profissão se desenvolveu tentando apagar a ‘mácula inicial’ [pessoas ‘desqualificadas’ que exerciam a enfermagem], supervalorizando a conduta moral e militarista. Ao mesmo tempo, é acompanhada de uma desvalorização profissional, por se estabelecer como uma profissão de mulheres e alienada de um objeto próprio de saber: e a enfermagem profissionalizada caracterizou-se, assim, como uma extensão do trabalho doméstico, incorpora os aspectos sociais e religiosos de seu ideal profissional na figura abnegada e docilizada do anjo branco, que serve com perfeição ao Estado e ao poder médico, na medida em que as enfermeiras se tornam corpos dóceis e disciplinados” (LOYOLA, 1987: 15).

Das alunas (12) que entendem que a relação professora-aluna é autoritária, algumas relataram uma certa parcialidade nas atitudes das professoras para com as discentes, destacando privilégios e/ou “falsidades” na relação professora/aluna, já que as alunas não podem dizer o que pensam sobre os defeitos ou falhas das professoras:

“Depende se o aluno seguir a cartilha do professor tudo bom, mas se este foge um pouco da regra, fica um clima super pesado, os diálogos se tornam verdadeiras discussões” (A33)

¹⁰⁸ Os expoentes da escola nova são Dewey, Rogers, Montessori, Piaget, Ausubel e Dilthey.

“Nem sempre é uma relação agradável, existem os privilégios, ou seja, os puxa-saco, onde as professoras acabam dando maior atenção e existem também os que tem uma certa facilidade de se expressar, estes também se destacam, sendo que nem sempre os outros são julgados com igualdade, ainda existe aquelas professoras que leva uma queixa para o lado pessoal, queixa esta que deveria ser uma crítica construtiva” (A30)

Há que se considerar também que a didática tradicional no Brasil tem sido utilizada de forma a não priorizar o ensino do conhecimento acumulado como patrimônio cultural da humanidade, uma das principais características dessa teoria, entretanto, a relação de autoritarismo entre professor e aluno tem sido preservada (LIBÂNEO, 1992). Essa, segundo as informantes, tem sido a prática de ensino no ENF/UCG.

Como já foi dito, a prática de ensino expressa na relação aluna-professor tem privilegiado a relação autoritária. Pertinente seria então perguntar: Qual a relação dessa com a análise de gênero, objeto deste estudo? LOYOLA (1987) trabalha com a explicação de que esse ensino de enfermagem feminilizado pelas condições concretas e trajetórias históricas é o laboratório de docilidade, que prepara “dóceis corpos” para atuar nas instituições de saúde. LOPES (1995), por sua vez, explicita que até os atributos creditados à estudante de enfermagem reforçam essa postura de docilidade tão presente na prática de enfermagem das profissionais e na relação ensino-aprendizagem.

No ENF/UCG, as qualidades e atributos que contam ponto durante as avaliações do desempenho das alunas são os seguintes: a competência (42;12)¹⁰⁹, disciplina (39;11), higiene (36;11), capacidade (37;11), discrição (25;9), sinceridade (21;8), honestidade (22;8), bom-senso (35;7), seriedade (32;7) e inteligência (34;6). Os que são abordados no curso, mas não são considerados durante a avaliação discente são: paciência (20;7), caridade (22;7) e alegria(20;7). Para as alunas aspectos como piedade (27), devoção (27) e abnegação (26)

¹⁰⁹ O primeiro dado se refere a alunas e o segundo a professoras.

nunca foram abordados no curso. Porém, todas professoras consideram que as qualidades e atributos citados antes são abordados no curso¹¹⁰.

Há outros elementos que aproximam características da subjetividade feminina e o exercício da enfermagem, que foram encontrados neste estudo. Muitos desses adjetivos abordados no cotidiano do curso são significativos para a análise da docilidade na profissão porque são relativos mais à postura e a moral do que ao desenvolvimento científico e racional das educandas. A maioria deles são também coincidentes aos atributos femininos presentes na cultura brasileira.

Ao questionar alunas e professoras do curso de enfermagem da UCG, objetivando traçar um perfil das mesmas, notou-se o destaque dado ao lamento, às queixas ou às respostas auto-depreciativas, revelador de uma representação negativa da capacidade de suas colegas e delas mesmas, demonstrando um sentimento de culpabilidade, através de expressões como:

“acomodados,”; “preguiçosos”; “desligados”; “pouco participativas”; “não há coleguismo”; “insatisfeitos”; “pouco politizados”; “bitolados”; “poucos reivindicativas na busca de seus direitos e espaços”; “passivos”; “desinteressadas”; “briguentas”; “incapazes”, entre outras (A e P)

As (os) profissionais, as (os) estudantes e as (os) professoras (es) de enfermagem costumam fazer suas queixas em seus cotidianos e em eventos da categoria. Assim, queixa não é uma palavra estranha à prática da enfermagem. Existe até a típica queixa do (a) paciente de enfermagem – coletada na história clínica durante a anamnese - mas trata-se das intermináveis queixas¹¹¹ dos exercentes da profissão. A queixa como uma forma de contraviolência, resultante da dificuldade de achar modos alternativos que lhes (nos) permitam modificar as condições opressivas de vida. É a queixa que as mulheres exercem cotidianamente, na vida

¹¹⁰ Não foi possível analisar se essa constatação guarda uma postura crítica ou não, já que essas informações foram coletadas em perguntas objetivas.

¹¹¹ Queixas nas reuniões de Congregações sobre a baixa capacidade intelectual do estudante; os critérios na seleção dos estudantes; sobre a perda do espaço físico do Departamento para a Universidade... Na sala de aula queixas sobre a falta de valorização da enfermagem; sobre o médico ou acadêmico de medicina; sobre o COREn, ABEn e Sindicato que não fazem nada...Na assistência queixas sobre os pacientes, colegas...

privada, na assistência e na docência de enfermagem. FERNÁNDEZ (1994: 107) analisou que:

“... a função da queixa na boca das professoras e o uso que o sistema educativo faz da mesma. Seria interessante também pensar que lugar ocupa “o queixar-se” na constituição da subjetividade feminina em nossa cultura e por que as professoras [eu pergunto: e as enfermeiras] caem tão facilmente na armadilha. A armadilha consiste na crença equivocada de que se está usando o juízo crítico, de que se está pensando ou analisando uma situação, quando somente se está convalidando. O juízo crítico, o pensar implicam, necessariamente, uma transformação no mundo interno que, segundo como se operacionalize, pode gerar uma transformação maior ou menor no mundo externo. A queixa, pelo contrário, imobiliza”.

A culpa como construto cultural de controle social é um antigo método explicativo das realidades da civilização ocidental e organizativo das convivências, ainda que haja conseqüências prejudiciais da omissão das diferenças sexuais para a subjetividade feminina, segundo FERNÁNDEZ (1994: 134). Esta afirma que as mulheres frente a situações agressivas

“... tendem a reprimir suas condutas agressivas e, mais ainda, voltar a agressividade contra si mesmas, atribuindo-se a causa da situação frustrante. Esta tendência para a autculpa das mulheres está profundamente arraigada em seu psiquismo desde sua tenra infância, reforçada com insistência pelas formas de socialização entre as meninas quanto ao destino que darão à sua hostilidade (ser dóceis, passíveis, bondosas, etc.)

Sobre a condição feminina incide a culpa que assume a forma de indignidade, maldade, desprezo e rejeição para consigo mesma. A culpa é também a imputação de responsabilidades a outrem pela existência de situações danosas e dolorosas:

“A função da culpa é a realização do não apreendido pela matéria iluminada do pensamento, determinando suas finitudes e emergências. Assim a culpa exerce a função primeira de travesti da ausência do sujeito no aquém e além de sua existência. Sua função é transformar o aquém e além apenas perceptíveis, e não apreendidos, em ordenações explicativas de fenômenos por exemplo observamos a medicina impotente diante do câncer ... anunciar ao sujeito, ‘você tem um tumor’. A tensão entre o pensamento que estuda e a não apreensão das causas que geram

o câncer tem como resultado a culpabilização do indivíduo pelo fenômeno, mesmo que o câncer seja epidêmico e se reconheça a impotência científica” (BUARQUE, 1997).

A complexidade das relações de poder na sociedade atual e na enfermagem, em particular, tem sido geradora de culpa nos estudantes e exercentes da profissão. A solução tentada pelas alunas, que não foi muito diferente da usada por enfermeiras e docentes - a culpabilização dos colegas - não contribuiu para o entendimento da situação, até por que dificultava a organização da categoria.

Esta abordagem não pretendeu inibir que as análises negativas sejam realizadas. Sendo o processo crítico uma construção, em certo sentido, a queixa imobiliza e, por outro, há o risco dessas análises só negativas reforçarem estereótipos da profissão, com efeitos na auto-imagem da enfermeira e na internalidade da profissão (PEREIRA, 1995). Entendeu-se como FERNÁNDEZ (1994: 140) que:

“...impõe-se a todas mulheres um trabalho desconstrutivo e reconstrutivo, para sustentar o desejo de conhecer, de apreender uma atitude ativa e participativa no nível público, simultaneamente com a construção de uma subjetividade feminina que consiga encontrar a diferença de gênero na modalidade de sua atividade, saindo do falso dilema passividade X atividade”.

Observou-se¹¹² que muitas mulheres docentes e discentes do ENF/UCG tentam trilhar esse caminho. Assim durante este trabalho algumas alunas e professoras relacionaram a situação da profissão e do ensino de enfermagem com a realidade de ensino em outras profissões, afirmando com segurança suas capacidades intelectuais e, ao mesmo tempo, reconhecendo áreas onde o desempenho precisaria melhorar. Isto demonstra uma boa capacidade de análise crítica, já que se trata de uma temática complexa:

“ ... os alunos possuem capacidades de luta e de trabalho, porém com falhas e medos como os outros profissionais lá fora” (A30)

¹¹² Observo esta postura através das respostas e análises dos discentes e docentes que fizeram durante este trabalho, assim como percebo esta faceta no meu cotidiano como colegas de muitas professoras e alunas.

“A maioria [dos alunos] são dedicados, embora podemos constatar falhas em pesquisa, porém nas aulas teóricas-práticas são reconhecidos [pelas notas] o bom aprendizado” (A45)

“Com raras exceções, [os alunos] apresentam dificuldades teóricas e práticas em trabalhar a pesquisa e a interdisciplinariedade” (P4)

“ ... no ENF/UCG temos alunos fracos como em todas as Instituições de ensino e temos colegas com grandes destaques” (A15).

Essa capacidade de análise indica a ambivalência da situação da mulher na sociedade e da enfermagem no Brasil e em Goiás, na década de 1990, com todas as contradições características deste momento histórico. Ocorre uma apropriação, cada vez maior, da ciência como forma de apreender a profissão e subsidiar a ação assistencial ou docente de enfermagem. Neste contexto algumas professoras (3) afirmam que as discentes ressaltam em seu cotidiano os valores humanos e o conhecimento técnico-científico. Exemplo:

“Os alunos se importam com os aspectos humanos e que valorizam ao extremo o conhecimento técnico-científico. Tímidos em relação a expressarem realmente o que pensam” (P12)

A valorização da pessoa humana está relacionada com a história da profissão e da própria escola de enfermagem da Universidade de Católica de Goiás, conforme foi relatado antes. Desde o princípio do curso, ainda na Escola São Vicente de Paulo, houve a preocupação com a sociedade goiana, no sentido de contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da maioria da população. Portanto, este é um discurso e uma prática que fazem parte da trajetória desta escola, mesmo que com nuances diferentes de acordo com a conjuntura da

época. Ao mesmo tempo, setores do Departamento de Enfermagem historicamente têm buscado fazer da saúde pública o eixo deste curso¹¹³.

A representação que a maioria das professoras (8) tem de suas alunas é a de que são acomodadas, pouco críticas, provenientes de classe média baixa e trabalhadoras oprimidas (pelo trabalho). Uma pequena parte das alunas (7) concorda com as professoras que as suas colegas (alunas) são acomodadas, mas não se referem a estas como acríicas, afirmando que suas colegas são desmotivadas:

“... Menos questionadores e críticos em relação aos estudantes de outros cursos. Isto tornava-se visível quando das disciplinas de cunho social e nas questões internas próprias do curso de enfermagem; bem como das questões da universidade como um todo, pouca participação em eventos profissionais, culturais, associações” (P3)

“São passivas, inseguras, ansiosas, cansadas, baixo embasamento teórico, acríicas” (P1)

“No geral, são fracos e desinteressados, só pensam em ter um curso a nível de 3º grau” (P6)

“... [os alunos] gostam da enfermagem ... acho que o aluno é desmotivado, pois muitas disciplinas são chatas, repetitivas e cansativas” (A14)

A maior parte das alunas (29) e uma minoria de professoras (2) identificam a existência de pelo menos dois perfis entre elas: estudantes acomodadas e desmotivadas, por um lado, e estudantes que seriam interessadas e estudiosas, por outro. Segundo as mesmas, as estudantes do ENF/UCG:

“... se preocupam em enriquecer seus conhecimentos e o fazem, outros se interessam mas não têm oportunidade, uma vez que os livros são caros e as bibliotecas não oferecem

¹¹³ O currículo que está em vigência a partir do segundo semestre de 1988 se propôs a ter como eixo a saúde pública, assim como o que entrou em vigência em 1998 traz a prevenção como diretriz básica.

atualização em seus livros. E há ainda aqueles que fazem o curso somente para ter um diploma, por incentivo da família ou para satisfazer seu ego. Assim, conclui o curso sem nenhuma bagagem” (A20)

“... são bitolados em receber o aprendizado, uma minoria reivindica pelos seus direitos e espaço” (A28)

“... são interessadas e estudiosas, outras desinteressadas e briguentas” (A19)

“A formação intelectual geralmente deixa a desejar nos aspectos básicos como domínio da leitura e escrita para o nível superior. Geralmente estão preocupados com a conclusão rápida do curso e não em fazer um cursos de qualidade. Valorizam mais as disciplinas técnicas e os conhecimentos biológicos, embora não tenham o desempenho desejável sobre eles. Geralmente aceitam submeter-se aos professores, tanto no que diz respeito ao aprendizado como as condutas político-ideologica e sociais. Existem excessões, alunas que buscam superar todo esse perfil ” (P9)

A maioria das alunas identificou pelo menos dois perfis de alunas, se compararmos esta colocação ao fato de que as participantes do estudo se posicionaram com expressões auto-depreciativas, enquanto outras fizeram uma análise crítica, percebe-se que há percepções não só entre professora-aluna, mas também entre as alunas.

As relações entre docente e discente no ENF/UCG são contraditórias. De um lado, a “educação para a docilidade” se apresenta através do autoritarismo, dos atributos e qualidades exigidas da estudante em processos avaliativos, das queixas, culpas e autodepreciação. Esta abordagem se contrapõe a análises mais abrangentes que descrevem as contradições existentes e possibilidades de superação desta situação através do conhecimento, por exemplo. A educação para a docilidade ou para a igualdade são representações que apontam para semelhanças entre a forma de educar uma enfermeira e uma mulher na sociedade contemporânea.

3.3.6. *Relação docente/docente*

As relações entre professoras(es) de diferentes gêneros, no cotidiano de ensino do ENF/UCG, são descritas por uma professora da seguinte maneira:

“Na relação docente-docente: o sexo masculino é menos comprometido e atenciosos com as colegas e mantém a postura de ‘saberem mais’, acreditam que o seu ponto de vista é superior. Os homens raramente ocupam liderança no grupo” (P1).

O discurso da professora revelou que na enfermagem espera-se que os homens assumam as características e comportamentos desejáveis aos homens, inclusive a liderança do grupo. Fato este que não é incomum acontecer¹¹⁴ nesta e em outras profissões com as mesmas características.

A relação entre docentes no ENF/UCG é, como em qualquer espaço social, permeada por várias diferenças. RODRIGUES e YANNOULAS (1994:4) afirmam que:

“O exercício arbitrário do poder pode ser identificado em quase todos os tipos de relação pessoal. De alguma forma, o autoritarismo encontra um espaço próprio para seu desenvolvimento nas relações desiguais estabelecidas sobre a base da diferença de classe, de gênero, de idade/geração, étnica, cultural, entre outras. Mas, assume uma perspectiva peculiar quando se trata de relação entre pessoas de diferente sexo ou idade/geração”.

¹¹⁴ O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) há muitos anos é dirigido por um homem. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) é presidida por mulheres, há alguns anos, mas a história já registrou que em muitas seções os homens não só faziam parte da diretoria, como houve casos de assumirem a presidência da mesma.

Algumas docentes (6) avaliam que o conjunto das professoras do Departamento de Enfermagem da UCG possui um perfil predominantemente tradicional e conservador, o que coincide com a avaliação da minoria das alunas (12), as quais consideram as professoras conservadoras:

“...temos um perfil extremamente conservador. Demonstramos grande preocupação com o conhecimento científico, nos encantamos com o holismo, porém temos uma visão e perfil muito técnico” (P12)

“A maioria deles seguem um mesmo estilo. No início das aulas ... se mostram democratas, propõem um ensino moderno onde o professor trabalha junto com o aluno, ouvindo e acatando propostas dos alunos, quando forem coerentes. Mas ... são uns verdadeiros ditadores. A maioria dos professores da enfermagem (UCG) são ultrapassados em seus conhecimentos, bitolados, não enxergam que a enfermagem como qualquer outra ciência evolui, e continuam com o mesmo programa e o mesmo conteúdo de vários anos atrás” (A2)

A complexidade das relações, a existência de diferenças de geração e a diversificação do corpo docente nesta escola são fatores que justificam, para algumas discentes (25) e docentes (4), a identificação de pelo menos dois perfis diferentes de professores: uma *“idosa e ultrapassada”* e outra, *“jovem e moderna”*:

“O departamento está dividido em ‘época’. A metade do departamento é formada por professores conservadores, antigos, que não se atualizam, podemos dizer até que estão ‘parados no tempo’. A outra metade é formada por professores novos, que estão sempre se atualizando, aprimorando, inovando, mostrando que é possível melhorar a profissão” (P10)

“O perfil é muito diversificado, algumas segue a linha mais moderna voltada a pesquisa, ou seja, sempre buscando mais conhecimento, outros valores. Já outros continuam presa a um regime mais tradicional que não dá e não aceita novas idéias, com métodos de ensino e postura muito antigas” (A33)

“Há pelo menos dois tipos de perfil. Um que corresponde aos professores que embora já tenham contribuído com a escola, encontram-se no momento limitados a um visão estreita do processo ensino-aprendizagem, a um tradicionalismo e conservadorismo na compreensão que detém da profissão e da formação profissional e que limitam sua prática pedagógica ao cumprimento da carga horária e ao espaço da sala de aula e do campo de prática, sendo que nem esses, muitas vezes, são usados em toda as suas dimensões. Este é a maioria. O outro [perfil] corresponde aos professores com uma visão um pouco mais ampla mas que ainda estão construindo um novo olhar sobre a profissão e a formação profissional, buscando superar limitações históricas até, num esforço grande e contínuo, mas que no entanto não encontram respaldo, muitas vezes, e que, além da limitação numérica (são a minoria) lutam com limitações de ordem maior, como estrutura organizacional, estrutura física, recursos materiais, falta de incentivo e reconhecimento ...”
(P9)

O contexto estava permeado de disputas por posições entre as professoras, sendo estas as atrizes principais, neste processo de busca pela hegemonia na condução do curso. As professoras mais antigas possuem grande bagagem de experiência, ressaltando-se que todas eram especialistas, participaram da construção da saúde pública e/ou curativa no Estado de Goiás, contribuíram com a construção da história da enfermagem moderna em nossa região e com a criação de entidades de classe como a ABEn e o COREn. Além disso, participaram da origem e consolidação das escolas de enfermagem de 3º Grau em Goiânia, promovendo mudanças para elevar o nível cultural das mesmas e articulando-se com outros profissionais de saúde na luta por melhores condições de saúde e trabalho. Esta abordagem foi minoritária entre alunas e professorasd prevalecendo a representação ultrapassada.

A desnaturalização das relações sociais de gênero e etário/geracionais começaram a preocupar os investigadores que se dedicavam a analisar os tipos de relações que se estabeleceram entre sujeitos que ocuparam diferentes posições nos tempos de vida (infância, adolescência, “adultez” e velhice). Da mesma forma a natureza se impõe com todo vigor no gênero, apesar de se tratar de construções sócio-culturais, como já foi analisado anteriormente, o curso da vida do ser humano não se reduz a meras transformações físicas e biológicas, e os tempos da infância, da “adultez” e da velhice adquirem conteúdos culturais próprios,

transformando-se em situações sociais específicas. RODRIGUES e YANNOULAS (1994:3) afirmam que a

“... desmistificação/desestigmatização de certos conteúdos que perpassam as relações etário/geracionais e de gênero se faz também necessária, emergindo conexões entre ambas. Nas sociedades ocidentais modernas, a infância é idealizada enquanto tempo de vida em contraposição à velhice, estigmatizada e menosprezada. De forma semelhante, o masculino é valorizado frente ao feminino, condição esta socialmente subestimada e depreciada.”

Gênero e idade/geração¹¹⁵, enquanto categorias de análise, vão contribuir para a compreensão das relações de reprodução social (tanto biológicas como culturais), as quais se baseavam em relações de poder próprias da vida cotidiana¹¹⁶. Encontrar as conexões entre as relações de gênero e as etário/geracionais significa pensar em contextos sócio-históricos específicos e, nestas relações, buscar os valores correspondentes às condições feminina e masculina, “adulterz” e velhice. Segundo RODRIGUES e YANNOULAS (1994:4) é fato digno de menção que,

“... histórica e biologicamente, o feminino se encontra associado à infância e vice-versa, em uma aliança que transpõe a dimensão puramente biológica, e que expressa a proximidade das situações de marginalidade e opressão destas condições sociais ...”

¹¹⁵ “Gener-idade” é a conjunção ou interseção de “gênero” (do latim *genus*) e “idade” (do latim *aetas*). Com a palavra “gener-idade” queremos significar a presença do gênero desde o início da vida, assim como suas transformações através dos distintos tempos históricos de todos os seres humanos. Esta palavra reflete de alguma maneira, o resultado de nosso esforço por combinar a análise de gênero e a análise etário/geracional (RODRIGUES e YANNOULAS, 1994:1).

¹¹⁵ Estas relações têm sido pouco valorizadas como “... objeto de estudo no pensamento social, quando comparadas com as relações sociais de produção e suas respectivas categorias: trabalho, trabalhador e classe social. Este procedimento levou à construção de sujeitos imaginados por excelência como trabalhadores adultos, de sexo masculino ou assexuados ...” (RODRIGUES e YANNOULAS, 1994: 2). Para estas autoras Marx (1867) assinalou a importância do sexo e da idade como categorias primárias na compreensão da história da divisão do trabalho e da organização.

¹¹⁵ Segundo HOBBSAWM (1995:562) “Vivemos num mundo conquistado, desenraizado e transformado pelo titânico processo econômico e tecno-científico de desenvolvimento do capitalismo, que dominou os dois ou três últimos séculos ...”

A existência de preconceitos contra idosos no Brasil tem sido indiscutível e, ao mesmo tempo, há uma atitude cultural de quase “infantilização” do(a) idoso(a) através da “proteção” familiar, já que o Estado brasileiro não tem tido a responsabilidade com esse grupo etário, em fase da expansão significativa do ponto de vista demográfico, sócio-cultural e econômico. A valorização do novo, do moderno e o abandono dos costumes e tradições locais estão também relacionados com a sociedade de consumo moderna.¹¹⁷ Por outro lado, a desvalorização da terceira idade em países como o Brasil, onde os valores culturais, econômicos e as políticas sociais determinam um tratamento aos idosos como se esses pouco tivessem a contribuir econômica, social e culturalmente, se relaciona com estrutura sócio-cultural de um país em transformação demográfica.¹¹⁸

Ainda sobre a situação de geração/idade, registrou-se que as docentes que estão sendo consideradas jovens pelas informantes trabalham no Departamento há mais de 10 anos e foram alunas das professoras que estão sendo consideradas mais idosas. Essa relação traz em seu bojo elementos hierárquicos, às vezes não explícitos. PEREIRA (1995) avaliou que a incorporação sucessiva de pessoas com a mesma origem e formação, particularmente se um foi mestre do outro, pode criar situações de manutenção de hierarquias e reforçar aspectos conservadores nas instituições em geral, e nas de ensino, em particular. Os professores mais antigos podem exercer uma certa inibição nos mais novos, ou criar estruturas institucionais muito rígidas e a manutenção de “estruturas arcaicas”, onde o novo e o revolucionário encontram dificuldades para sua irrupção. Com isso, retarda-se a circulação de novas idéias e projetos.

Entende-se que o estudo sistemático tem sido uma forma para a circulação de novas idéias e a pós-graduação tem cumprido este papel na academia brasileira¹¹⁹. A grande maioria das docentes deste Departamento eram especialistas, como já foi relatado, mas poucas

¹¹⁸ Esta transformação demográfica se visualiza não só no aumento desta faixa da população, mas tem provocado mudanças, destaca-se algumas diretrizes políticas destinadas a garantir alguns direitos à 3ª idade, o comércio que tem considerado estes indivíduos como um grupo de consumidores com características próprias, entre outras.

¹¹⁹ Os dados do estudo de SILVA e CUNHA (1992) são coincidentes com este estudo, ou seja, a maioria das docentes da UCG tem: mais de 10 anos de magistério na Instituição; exerce ou exerceu outras funções ligadas à enfermagem em outras instituições, tem curso de especialização, a maioria mantém uma postura tradicional, frente ao ensino; a maioria não tem disponibilidade para participar de atividades de atualização dentro do Departamento.

possuem pós-graduação *stricto sensu*. Este tem gerado preconceitos, expressos pelas alunas e professoras, apareceu através dos estereótipos. Algumas alunas afirmaram que a titulação das professoras mais antigas seria mais pobre do que a das mais jovens, o que é questionável já que as mais jovens ainda estão se qualificando (através de mestrado), não possuindo portanto a mesma qualificação que algumas pioneiras ENF/UCG (mestre ou doutora) já possuem. Outro dado importante foi que a maioria dos sujeitos deste estudo possuíam uma diferença de idade de mais de dez anos: professoras mais jovens possuem de 31 a 40 anos, enquanto as alunas estão com idade entre 21 e 30 anos.

A sociedade brasileira/goiana da década de 90 já viveu avanços no que diz respeito às desiguais relações entre homens e mulheres, mas as desigualdades continuam, inclusive a simbólica, e atingindo especialmente as mulheres. Assim uma mulher idosa,¹²⁰ que já teria contribuído com a sociedade, tem encontrado dificuldades quanto à superação de estereótipos presentes nessa mesma sociedade, inclusive entre alunas e professoras. Estes estão relacionados com a perda da juventude, aparência e disponibilidade para participação e modificações na saúde, particularmente, a reprodutiva.

Vale lembrar que, historicamente na sociedade ocidental, até há pouco a mulher tinha sua identidade feminina vinculada apenas à capacidade de ser mãe, tendo seu objetivo na vida cumprido quando esta possibilidade se encerrava. Neste contexto de discriminação devem-se incluir os afazeres domésticos e ‘cuidar dos netos’ como obrigações familiares e o trabalho de docente-enfermeira traz a todo momento a sensação de finitude, inclusive através de uma ‘pressão’ para a aposentadoria.

Para outras participantes do estudo, a competência docente estava relacionada à dedicação ao ensino e aos conhecimentos atualizados, e não à idade:

“... neste departamento existe muitos professores que não tem as mínimas condições de estar aqui, pois já estão ultrapassados nos conhecimentos e não se preocupam com isso. Existe ainda professores jovens que por motivos

¹²⁰ O processo de envelhecimento guarda estreita relação com o processo de reprodução social. BREILH (1996:227) considera que a “La edad biológica y el desencadeamiento de ritmos diferentes de envejecimiento es parte de esse movimiento dialéctico del ambiente social y el cambio permanente de la actividad, configuración del genotipo y del fenotipo”

secundários levam o trabalho na Universidade como um “quebra-galhos” não se dedicando nada as aulas”(A3)

“Muitos professores são capacitados ou seja tem conhecimento, prática e também tem uma boa didática” (A14).

Esta a parece trazer em seu bojo questões relacionadas ao tipo de ensino, conforme já foi analisado. Algumas alunas identificam que algumas professoras priorizaram o ensino assistencial, para a formação prática das alunas, enquanto outras, que eram consideradas mais intelectuais, enfatizaram a formação intelectual - científica. Ao fazer esta análise constataram-se, durante a trajetória de sua formação, mudanças relativas ao perfil das professoras e de sua compreensão quanto ao tipo de ensino e de trabalho (manual/técnico/intelectual).

“No início do curso teria outra visão, agora percebo uma leve evolução ... isto é, me embasei cientificamente”(A1)

“O perfil dos professores é variado, pois alguns tem competência para executar o cargo e outros não. Algumas sabem muita teoria, mas não sabem muito a prática e vice-versa, outras ainda integram a técnica com a teoria” (A38)

A abordagem que muitas alunas e professoras fizeram assemelhou-se a uma abordagem metafísica, pois o novo foi considerado a negação total do antigo. A negação total do antigo é equivocada na perspectiva da dialética, porque o novo não surge do nada; por exemplo, o conhecimento acumulado pela humanidade não é iniciado a cada geração. Na dialética a Lei da Negação da Negação entende o antigo e o novo fazendo parte do processo de desenvolvimento dos fenômenos. A negação dialética é resultado da

“... luta dos contrários, o novo que surge não elimina o velho de forma absoluta. O novo significa um novo objeto, uma nova qualidade, mas o novo possui muitos elementos do antigo, os elementos que são considerados positivos na estrutura do novo e que, de acordo com as circunstâncias onde se desenvolverá o novo, continuam existindo neste. Este traço das relações entre o novo e o velho é dos fenômenos que apresentam os organismos vivos e os fenômenos sociais ...” (TRIVIÑOS, 1987:72).

Nesta análise outros elementos precisam ser considerados pois a complexidade das relações vivenciadas pelas componentes do ENF/UCG tem envolvido questões relativas à geração/idade, classe social, gênero e estão vinculadas às relações de poder que são estabelecidas neste espaço. O poder esteve durante muitos anos com o mesmo grupo político no ENF/UCG, a gerência administrativa desse Departamento, por exemplo, esteve, até então, centralizada na experiência das pioneiras. Essa exclusão pode ser confirmada nas respostas da maioria das informantes, ao admitirem que, apesar de estarem aí há mais de 10 anos, tiveram poucas experiências administrativas, conforme dados citados na caracterização das professoras.

As relações de poder se estendem, como já foi dito, na relação das professoras (es) e alunas (os), o poder da enfermeira sobre o paciente, o poder da enfermeira docente na relação com a assistência¹²¹, o poder da docente com pós-graduação *strictu sensu sobre a especialista*, das docentes que pesquisavam que têm sido diferente das que ensinam teoricamente ou acompanham estágio.

De um lado, as relações docente-docente no ENF/UCG estão permeadas por preconceitos de gênero e geração/etnia. A tradição da enfermagem se faz presente através destes preconceitos e estereótipos. A disputa pelo poder, não explicitada tem sido marcada pelo preconceito. Por outro lado, a disputa pela hegemonia tem contribuído com mudanças positivas no ENF/UCG, particularmente através da diversidade de abordagens dos docentes no curso e do esforço para integrar o ensino teórico e prático no cotidiano do curso.

3.3.7. Relações de professoras e alunas com as entidades organizativas da Enfermagem

A escola de enfermagem tem sido também um dos espaços onde vem acontecendo a aprendizagem relativa à participação nas entidades de classe, através do repasse do conhecimento sobre as entidades organizativas da categoria e/ou através da relação cotidiana da escola com essas organizações.

Incorporar neste estudo a dimensão da prática política das professoras e estudantes de enfermagem nas referidas entidades¹²² - mesmo entendendo tratar-se de uma prática dotada de dinâmica própria - objetivou detectar elementos para compreender a participação das enfermeiras em canais institucionalizados. Essa participação tem possibilitado a criação de espaços para o crescimento científico e a busca de melhores condições de trabalho relativas à profissão, ao mesmo tempo que pode contribuir para a implementação de políticas públicas na área de saúde para a maioria da população brasileira.

A presença da mulher em entidades organizativas de sua categoria no interior dos movimentos sociais, como associada ou em cargos eletivos, tem em princípio a mesma potencialidade de gênero. A análise da participação da mulher no interior dos movimentos sociais em geral¹²³ vem tornando-se um importante canal para o aparecimento de novas “posicionalidades” da mesma em relação às desigualdades de gênero, nas relações de poder, tanto no espaço público como no privado (PINTO, 1992).

A vinculação do trabalho feminino com suas características, consideradas qualidades “naturais” da mulher (devotamento, docilidade, paciência...) e a própria maternidade foram relatadas. Tal vinculação, todavia, não tem sido encarada como “natural”, ao contrário, as mudanças foram vistas e questionadas em razão de sua pequena proporção:

“... desde datas remotas que a mulher era a criatura que deveria executar as tarefas mais sublimes e que dependessem de muita habilidade, mãos leves, voz macia etc” (A1)

“Nós nascemos com o dom de mãe, mas isso não quer dizer, que devemos ser tão submissas a ponto de não fazer prevalecer nossas opiniões” (A45)

¹²¹ O salário da docente que é superior ao salário das enfermeiras assistenciais, assim como parece haver uma relação hierárquica onde as pessoas que supostamente possuem conhecimento teórico são consideradas e valorizadas diferentemente das que possuem conhecimento adquirido através da experiência.

¹²² Devido à natureza deste trabalho e à quantidade de dados, não foram coletadas informações que analisassem a participação dessas profissionais em outras esferas organizativas como o movimento feminista, partidos políticos, movimentos de saúde, entidades que congregam outras categorias profissionais como o SINDSAÚDE (Sindicato dos Trabalhadores de Saúde do Estado de Goiás), entre outras.

¹²³ Nota-se, todavia, que a visibilidade dos movimentos sociais nos anos 90 tenha diminuído significativamente em relação a década anterior.

“Concordo que a situação da mulher tenha mudado mas, hoje, ainda é um processo muito longo e as mudanças ainda são muito poucas diante ‘das amarras’ que nos detém. A mulher hoje já é vista como ser pensante que pode interferir no processo de evolução da sociedade, mas a hegemonia masculina é tão forte!” (A4)

Segundo FONSECA (1996:1), a idéia de que o lugar ideal e natural da mulher é o lar, a família, o privado e a reprodução é alimentada tanto na cultura como nas mentes de homens e mulheres:

“A vida do trabalho, que se desenvolve na esfera pública, mostra-se impregnada por essa crença que, do lado da gestão, pode assumir feições de justificativa à divisão social e técnica do trabalho (trabalho de homem X trabalho de mulher), nos níveis de remuneração, bem como às escassas oportunidades de qualificação e de carreira concedidas às mulheres que são percebidas como recursos humanos cuja tendência é sempre a de voltar para casa e sobre os quais não compensa maiores investimentos. Do lado das trabalhadoras, tal crença parece assumir a força de um designio moral, capaz de promover a culpa pela ambição desviante do que “deveriam desejar ser”: mãe, esposa, dona de casa ...”

Autoras como SILVA (1986), HIRATA e KERGOAT (1994) e LOBO (1991) têm assinalado que para entender a divisão social do trabalho é preciso considerar como ele ocorre em termos de divisão sexual. Para estas autoras, a força de trabalho é sexuada e o próprio trabalho possui gênero. Desta forma o que determina

“.. o conteúdo do trabalho feminino não é o trabalho tomado a partir de suas exigências técnicas e de conhecimento, e, sim, a sua posição no ranking de desvalorização ocupacional no mercado. Assim, é o próprio trabalho que passa a ser apreciado e avaliado de acordo com os valores sociais atribuídos ao ser homem e ao ser mulher, não sendo ... ela que o desvaloriza; ela tem acesso a ele o executa por ter ele já se mostrado desvalorizado como mercadoria” (FONSECA, 1996:71).

A gênese da enfermagem, os estereótipos de mulher e as qualidades femininas foram aspectos comumente mencionados pelas respondentes. Contudo as transformações têm sido percebidas, sendo explicitada a necessidade de outras mudanças:

“... está ligado aos primórdios da profissão e que guarda relação direta com o estereótipo de mulher ... até algumas décadas atrás mas que mantém seus resquícios até hoje na nossa cultura. Lembrando também que a profissão Enfermagem esteve e ainda está ligada ao gênero feminino. Mulher = mãe, a que cuida, que ampara, protege...esposa, subserviente ao marido, aos filhos, aos afazeres domésticos (mesmo ainda hoje...)”(P1)

“Pelo fato de que desde pequenas somos cuidadas por nossas mães, o instinto feminino de proteger, cuidar, amparar, ajudar, se ampliaram com a enfermagem” (A1)

“Fala-se muito, faz-se pouco. Ainda existem barreiras com relação ao sexo que precisam ser quebradas (A5)

“Ainda bem que a mulher está mostrando o seu valor. Já chega de tanta submissão. Porém alguns professores ainda não perceberam esta mudança e repassam aos alunos esta mentalidade de submissão”(A43)

O momento atual, de maior conscientização da mulher e de reconhecimento dos seus direitos, foi também mencionado pelas alunas:

“... tem repercutido bem a classe feminina a disputar e lutar pelo seu espaço, mas ainda é necessário uma conscientização maior, a nível de posicionamento diante da sociedade” (A8)

“ ... porque agora elas [as mulheres] estão mais seguras de si. E sabem os seus direitos” (A2)

Segundo FONSECA (1996:70)

“... ser mulher, em nossa sociedade, significa estar inserida enquanto agente social, num sistema cujo conteúdo é pautado por subordinações Implica ver-se inscrita num sistema de privilégios e hierarquias que a consolida como ausência, falta, como o oposto do homem, este concebido e percebido como objeto positivo de valor e ideal social ao qual é atribuído a distinção de herdeiro da cultura.”

De fato, a reprodução ancestral de conceitos formulados sobre o papel da mulher na sociedade promove, ainda nos dias atuais, sistemas diferenciados de condução e controle disciplinar e várias formas de violação dos direitos humanos. Essa mentalidade social arcaica tem sido questionada, atualmente, graças aos movimentos de mulheres e movimentos feministas. Todavia, como diz BORIS (1998:4), é preciso “... *buscar novas relações sociais, não mais regidas pelo poder e dominação e sim pela reciprocidade entre os sexos*”.

A participação nas entidades organizativas da enfermagem tem sido uma das formas de a mulher enfermeira lutar pela igualdade de direitos entre os sexos. A Associação Brasileira de Enfermagem e o Conselho Federal de Enfermagem destacam-se como as entidades da categoria que possuem seções espalhadas em todo território nacional, inclusive em Goiás. Entre as entidades que defendem os direitos trabalhistas há dois tipos de organização: Sindicato de Enfermeiros e o Sindicato de Enfermagem (que congrega outras categorias da profissão).

Na enfermagem brasileira, a primeira entidade sindical específica, o Sindicato de Enfermeiros Terrestres surgiu, na década de 1930, no Rio de Janeiro e congregava enfermeiros diplomados ou não.¹²⁴ Na década de 60, a organização sindical na enfermagem ainda era incipiente e o regime militar fez com que a mesma desaparecesse (SILVA e COMINO, 1983). No contexto dos movimentos sociais dos anos 80, ressurgiram vários sindicatos de enfermagem ou de enfermeiros, inclusive em Goiás. Neste contexto a Federação Nacional foi criada para congregar os sindicatos de enfermeiros do País.

A vida sindical dos enfermeiros cresceu e os mesmos acordaram de um longo período de alienação provocado pela ditadura militar (SILVA e COMINO, 1983). Em 1982,

¹²⁴ Em 1945, este passou a denominar-se Sindicato dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde. Em 1940 foi assinado o Decreto-Lei de nº 2381/40, que aprovava a inclusão dos enfermeiros no quadro das atividades e profissões, para registro das Associações Profissionais, e o enquadramento sindical dispunha sobre a constituição dos Sindicatos e das Associações Sindicais de Grau Superior. Em 1962 o enfermeiro foi enquadrado como profissional liberal pelo Ministério do Trabalho - portaria 94, de 27/03/62 (CAMPOS, 1997).

surgiu a Associação de Enfermagem do Estado de Goiás (APEG), que recebeu a Carta Sindical em 1986, passando a denominar-se Sindicato dos Enfermeiros de Goiás (SIEG)¹²⁵.

A atuação das enfermeiras docentes do ENF/UCG na entidade sindical da categoria revelou uma significativa diferença de percepção entre as participantes desta investigação. A maioria das alunas (32) e minoria das professoras (5) consideraram que as docentes são participantes no sindicato e o consideraram como a segunda entidade onde há maior presença das professoras, precedida apenas pela ABEn. As professoras (5) indicaram menor participação, inclusive duas professoras afirmaram que a maioria delas não tem participado de nenhuma atividade associativa ou cultural.

O interesse de participação sindical das discentes do ENF/UCG nas atividades sindicais foi considerado insignificante, referido apenas por uma aluna e uma professora.. Essa posição é justificada já que não estariam ainda inseridas no mercado de trabalho: no entanto, considerando que algumas eram profissionais na área, o consenso da inexpressiva participação discente pareceu revelar a pouca força mobilizadora desta entidade no curso.

A pequena participação em sindicatos das categorias parece ser ainda uma característica das mulheres trabalhadoras no Brasil¹²⁶, e provavelmente está associada à dupla jornada e às dificuldades em reivindicar seus direitos no caso das profissões feminilizadas. A participação nos sindicatos de enfermagem apareceu nesta investigação bastante diferenciada da relatada quanto à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

Nesta entidade a maioria das professoras (11) e alunas (38) afirmam ser sócias da ABEN. A presença das alunas na ABEn foi avaliada de forma diferente pelas alunas (29) que consideraram significativa sua participação nesta entidade, já poucas docentes (3) acreditavam

¹²⁵ Na assembléia de criação dessa entidade foi proposto que o nome fosse Sindicato das Enfermeiras e não enfermeiros para contemplar a base social da categoria que é majoritariamente feminina. A proposta foi rejeitada pelo entendimento de que do ponto de vista linguístico estaria incorreto e que os homens poderiam se sentir excluídos.

¹²⁶ LIEDKI (1992: 47) avalia que "... o emprego da força de trabalho feminina no ramo eletro-eletrônico seja majoritário, e não pouco significativo na indústria metalúrgica, a sua participação em atividades sindicais, embora crescente na década de 80, é bastante baixa em comparação com a participação masculina". KERGOAT (1989) avalia que a participação das mulheres operárias em formas organizadas de ação coletiva ainda depende, em boa medida, de seus encargos e relações familiares. A passagem da ação individual para a coletiva requer, mais do que o reconhecimento racional da injustiça e da desigualdade, a superação do medo da perda de sua posição no emprego e na família. Estas questões parecem estar relacionadas com construção sócio-cultural de gênero, portanto devem interferir na prática sindical também das enfermeiras.

que poucas discentes pertencem a mesma. As alunas se acharam mais presentes na ABEn que as professoras. Professoras (9) e alunas (29) mostraram-se interessadas em congressos e outros eventos científicos, mas o interesse em eventos culturais pareceu ser menor - docentes (5) e discentes (21).

O Congresso Brasileiro de Enfermagem, promovido pela ABEn, tem sido um dos eventos científicos mais importantes da categoria. A enfermagem, assim como outras profissões de nível universitário, vivenciaram um significativo crescimento da produção de conhecimento e os Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), de 1995, exemplifica esse fato, pois foram relatados mais de 600 trabalhos científicos, quase o dobro do que foi apresentado no mesmo evento do ano anterior. O aumento de publicações de enfermagem tem sido uma constante nos CBEn, especialmente após a criação da pós-graduação na área.

No caso de Goiás e, particularmente das professoras do ENF/UCG, algumas mudanças começaram a ocorrer. A participação em eventos científicos (principalmente nos Congressos Brasileiros de Enfermagem e Seminários Nacionais de Pesquisas em Enfermagem), a realização de cursos de pós-graduação (*lato-sensu e stricto sensu*) e a participação em associações de classe e/ou científicas, contribuíram para que, lenta e gradativamente, o processo de geração/reprodução do conhecimento começasse a revelar um conteúdo crítico sobre a profissão e suas relações com a sociedade.

O Conselho Regional de Enfermagem (COREn), por sua vez, congrega enfermeiras (os), técnicos e auxiliares de enfermagem. A participação neste órgão fiscalizador do exercício profissional é compulsória. A relação hierárquica presente na prática assistencial da categoria tem se mantido através da presença de enfermeiras (os) na direção desta entidade. Nos últimos anos, a direção do COREn e COFEn tem sido objeto de muitos conflitos, devido à não renovação da mesma e à permanência de um grupo de enfermeiras (os) que tem implantado uma prática política e administrativa autoritárias. A categoria tem se organizado no sentido de democratizar esta entidade, inclusive colocando em pauta a necessidade de novas possibilidades para se lidar com a hierarquização na composição das diretorias.

A participação da mulher-enfermeira nas entidades de enfermagem tem provocado uma reorganização do espaço das relações cotidianas, levando a público as reivindicações

específicas da mulher. Na arena política, a mulher vem conquistando espaços através de sua organização e isto tem ocasionado tensão relativa à luta pela igualdade nas relações de gênero, no aparato estatal e entidades civis, cujos atores envolvidos resistem a perder posições privilegiadas (PINTO,1992).

Ao longo dos últimos anos, as enfermeiras goianas vêm assumindo poucos cargos de direção nas entidades organizativas dos profissionais de saúde, mas há uma enfermeira que foi liderança nestes movimentos - com participação efetiva em processos organizativos nas três entidades de enfermagem no Estado de Goiás - e hoje é vereadora¹²⁷ em seu segundo mandato. Este exemplo se destaca em um contexto em que o aparecimento da mulher enquanto sujeito político e a identificação da sua trajetória de visibilidade nesta metade da humanidade na esfera política têm sido ignorada.

A organização da categoria tem encontrado pouco incentivo social, assim, as barreiras para a participação das enfermeiras são grandes e a invisibilidade da mulher - enfermeira na sociedade ainda se faz presente. Por exemplo, a organização da enfermagem tem menor visibilidade nos meios de comunicações falado e escrito do que as entidades organizativas de outras categorias. Esses aspectos não foram objetos deste estudo, mas contribuem para elucidar o complexo contexto sócio-cultural que resulta em percepções tão diferenciadas e até contraditórias sobre as participações em entidades da enfermagem.

Entre as participantes a resistência à atual direção do COREN ficou evidente, assim como a maior participação de professoras na ABEN foi consensual, mas estas acreditam que as alunas participam pouco desta entidade enquanto as alunas afirmam participar muito. A pouca sindicalização das professoras também não foi percebida pelas alunas, apesar de participarem de forma semelhante nas três outras entidades da categoria em Goiás. Esses resultados contraditórios indicam que a luta política tem sido ignorada em sua especificidade e pouco tratada nesta escola a partir de uma perspectiva histórica e de “empoderamento” da categoria.

¹²⁷ A vereadora Olivia Vieira foi a primeira presidente da ABEn-Go da gestão “participação” - movimento de renovação da enfermagem articulado com o movimento da reforma sanitária brasileira - uma das fundadoras do APEG-Go e Sindicato das Enfermeiras do Estado de Goiás e uma das articuladoras das primeiras chapas de “oposição” à diretoria do COREN - Go .

3.3.8. *Relação enfermeira/usuária do serviço de saúde*

No Brasil, ainda que os cidadãos estejam reivindicando mais os seus direitos, particularmente, o de melhor assistência à saúde e, embora, o direito à saúde seja garantido por lei, o contexto em que se dá a prática da enfermeira é contraditório. Por um lado, essa profissional lida com seres humanos que estão em situação de exclusão, o que os impossibilita de receber os mais simples atendimentos, pois há milhões de brasileiros que vivem em situação de miséria. Por outro lado, há pessoas com disponibilidade para pagar os mais complexos e modernos métodos e procedimentos de assistência à saúde.

A assistência individual à pessoa, sadia ou doente, tem sido uma atribuição tradicional da enfermagem e defendida pelas enfermeiras preocupadas com a importância socialmente atribuída ao seu trabalho (LEOPARDI,1994). É na relação com o paciente que a enfermeira sustenta sua identidade do cuidado, sua singularidade e sua valorização, ultrapassando a dimensão técnica e inscrevendo-se nas relações humanas.

O lugar ocupado pelo atendimento à saúde no ocidente - os serviços de saúde tornaram-se espaços ritualísticos de aceitação da doença e, contraditoriamente, da negação da morte - e o necessário compartilhamento entre os diversos profissionais, bem como a trajetória histórica da profissão contribuem para que o cuidado de enfermagem constitua-se em um agir humano complexo.

No imaginário social o cuidar dentro de um hospital veicula conotações de debilidade, doença e dependência do paciente (FONSECA,1996). Nesta instituição o “... indivíduo não pode dar-se a conhecer. Ele desaparece na roupa comum de paciente, igualando em suas desigualdades impiedosamente amordaçados, atrás de equipamentos frios, seres impessoais e linguagens ininteligíveis” (LEOPARDI, 1994: 21).

Neste contexto, o ser humano que tem necessitado de cuidados de enfermagem acabou sendo considerado um paciente, não um indivíduo. As relações entre enfermeira/usuário do serviço de saúde têm sido processo onde o paciente vitimiza-se, através de uma assistência de enfermagem, estabelecida, disciplinarmente, no cotidiano hospitalar e

ambulatorial. Neste estudo a maioria das professoras (8) e alunas (27) avaliou que a enfermeira tem sido autoritária com o paciente e este tem assumido uma postura de submissão:

“ Relação autoritária....”(P1)

**“... O paciente é [considerado] um ser indefeso e pacato...”
(A14)**

“... Relação autoritária. A enfermeira é a segunda autoridade depois do médico, diretor ou chefe em relação ao paciente. Relação autoritária” (P3)

“de autoritarismo ‘bem educado’ diretamente proporcional a classe social do paciente: Quanto mais baixo , maior o autoritarismo” (P4)

“ Muitas vezes de submissão do paciente em relação ao enfermeiro” (A37)

A relação enfermeira-paciente, na representação de alunas e professoras estava permeada não só de autoritarismo, mas de preconceito de gênero e classe. A discriminação de classe, neste caso, não se limitou à dificuldade de acesso ao serviço de saúde – tão freqüente em qualquer lugar do Brasil - mas à forma de tratamento diferenciada e autoritária embutida na assistência de enfermagem. No caso em estudo, a discriminação de gênero se faz presente na forma “neutra” da linguagem, sugerindo um paciente (indefeso) submisso ao enfermeiro (no masculino) e à enfermeira (no feminino) considerados a segunda autoridade depois do médico (masculino).

Trata-se de um poder concentrado em um polo fixo, no caso, a enfermeira seria a poderosa - porque detém um conhecimento técnico-científico e administrativo - e o paciente seria a “vítima” deste poder-saber. As enfermeiras têm estabelecido com o paciente uma relação de dominação, onde o *“... paciente seria visto como mudo espectador dos palcos do hospital”* (LOYOLA, 1987: 13).

Mas encontraram-se outras percepções de algumas alunas (13) que consideraram boa a relação estabelecida com os usuários que recebem a assistência de enfermagem:

“A enfermeira exerce um bom papel com o paciente durante a sua internação, proporcionando-lhe conforto, segurança e bem-estar” (A29)

“Assistencial, pouco humanizada mas técnica”(A27)

“É um relacionamento bom, existindo respeito, confiança, amizade” (A6)

“A enfermeira é muito especial ela exerce um poder de amigo, de anjo, de psicólogo e de confidente. É uma pessoa que o paciente confia e acredita” (A12)

“Eles adquirem muita confiança com você se você lhes mostrarem dedicação e atenção” (A44)

“...é através dessa relação que você poderá transmitir confiança ao paciente, ou então fazer com que ele desacredite logo de início... A relação enfermeira paciente é fundamental para mostrar a competência ou não do enfermeiro...” (A2)

“ ...a enfermagem tem muito que oferecer e fazer. É um momento especial de afeição, competência, pois é a enfermagem, que assume o paciente/cliente naquilo que for necessário” (A22)

Esta abordagem - mesmo não sendo a única porque há posicionamentos diferenciados que serão citados em seguida - demonstrou uma visão ideologizada/idealizada sobre as relações enfermeira-paciente, no sentido de confiança, bondade e de assistência técnica pouco humanizada. LEOPARDI (1994) fez um achado semelhante: ao analisar as concepções da enfermeira sobre o trabalho encontrou uma idealização positiva sobre o trabalho da enfermeira - gratificante, bom, importante....

O apelo político e moral de salvar vidas sem distinções, do ponto de vista do imaginário social, está relacionado com o nascimento da enfermagem e do hospital. Há uma mística de solicitude que justifica o saber e a técnica da área da saúde. Segundo a autora, neste contexto de consumo, o cuidar da enfermagem encontra *“... na história da profissão, uma busca constante para uma aproximação da atividade técnica com o compromisso moral”*

LEOPARDI (1994) encontrou, inclusive, uma desvalorização radical entre os exercentes da profissão que consideravam o trabalho da enfermeira desvalorizado, frustrante, monótono e incerto. Esta abordagem contraditória sobre a relação enfermeira/paciente também foi encontrada neste estudo de caso, exposta pelo discurso das professoras e alunas do ENF/UCG ao citarem o distanciamento entre a enfermeira e o paciente e criticarem as profissionais não envolvidas na assistência direta ao paciente:

**“...Normalmente a enfermeira está distante dos clientes...”
(P1)**

**“... na prática ... o enfermeiro não tem muito contato com o paciente, ficando somente chefiando os seus funcionários”
(A3)**

“Um tanto quanto fria e distante devido a não diferenciação e distribuição do trabalho e a falta de credibilidade dos pacientes em relação ao enfermeiro” (A13)

“A enfermeira se preocupa mais com o serviço burocrático do hospital, mas mesmo a distância, ela consegue manter a equipe organizada sendo responsável pelo seus atos relacionados com o desempenho e habilidades de suas atividades” (A21)

Esta abordagem foi, também, encontrada por FONSECA (1996), ao descrever que o contorno da imagem da enfermeira incluiu o afastamento da mesma do cuidado direto, o caráter submisso e tarefeiro do seu fazer, a falta de ousadia profissional, o apego à burocracia, às regras e ao caráter gerencial da assistência. Por sua vez, MEYER e GASTALDO (1989) ressaltaram o número insuficiente de profissionais enfermeiras, a necessidade de administração da assistência e a burocracia dos papéis, das escalas de folga, e ainda questões como o almoxarifado, farmácia, lavanderia que ocupam a enfermeira grandemente, afastando-a da assistência direta.

Historicamente a enfermagem tem assumido novas tarefas, tais como a educação em saúde, registro da evolução e prescrição de cuidados de enfermagem e a necessidade de fazer a síntese dos trabalhos profissionais junto ao cliente. Algumas foram transferidas do poder médico às enfermeiras - até porque eram consideradas indesejáveis ou menos importante. Por exemplo a tarefa de explicar aos familiares sobre a doença, tratamento e prognóstico, informar a iminência de morte, consolar, e outras atividades dessa ordem, fazem parte de um conjunto de ações assimiladas para compor o cuidado de enfermagem (LEOPARDI, 1994).

As enfermeiras brasileiras têm registrado sua insatisfação com a função gerencial e burocrática da administração em enfermagem, reportando-se à imagem que têm de si mesmas

como elementos voltados, precipuamente, para o cuidado direto das pacientes, imagem esta cultivada com extremo zelo desde seu ingresso na escola de enfermagem (NAKAMAE,1987). Esta ambigüidade, ou seja, a incoerência entre discurso e prática, foi chamada por LEOPARDI (1994) de “ferida histórica da enfermagem”. Ser chefe pode ser bom e útil como forma de firmar-se tecnicamente, mas tornou-se mau e obscuro diante do confronto com o mito mais sagrado da enfermagem - o cuidado direto do doente junto ao seu leito de dor e morte.

Esta “ferida histórica da enfermagem” foi encontrada em nosso estudo. Alunas participantes da pesquisa relataram as dificuldades enfrentadas no cotidiano com o paciente e a desvalorização do trabalho de enfermagem, assim se expressaram:

“muitas das vezes o cliente não confia no enfermeiro...”
(A41)

“[A relação enfermeiro-paciente é] um tanto quanto fria e distante ...há falta de credibilidade dos pacientes em relação ao enfermeiro” (A13)

“... os pacientes não dão muito valor na enfermagem, mas sim no médico são totalmente submissas a eles, fazem o que o doutor falou” (A9)

“[A enfermagem] ainda é um poder invisível em muitos lugares, pois o paciente muitas vezes não sabe que existe um enfermeiro, buscando um melhor nível para sua assistência”
(A4)

“ [Os pacientes] se sentem um pouco inseguros pois não sabem nos identificar” (A1)

Em um contexto de várias profissões da área de saúde e, mesmo não sendo a enfermeira a única profissional que se mantém distante do usuário do serviço, o não reconhecimento e a desvalorização da enfermeira pelo paciente podem ser uma forma de resistência, já que o “paciente” tem sido ignorado e/ou tratado de forma autoritária por essa profissional.

Além da relação autoritária e distante, encontrou-se uma abordagem que se pretende crítica, ressaltando o conhecimento como forma de modificar a relação com o

paciente e a ação da própria profissão. A postura da enfermeira e do usuário do serviço foi avaliada criticamente por algumas professoras e alunas participantes do estudo:

“[A enfermeira] o trata como se o mesmo não tivesse consciência do que está acontecendo com ele” (A43)

“ Tem grande valor, a relação entre enfermeiro/paciente precisa existir sempre, pois senão vamos terminar como as ‘enfermesas’¹²⁸. O paciente precisa da enfermagem e vice-versa” (A40)

“... a enfermeira tem um poder muito grande de ajuda e de transformação no sentido de educação do paciente. Ela pode convencer o paciente ao tratamento” (A17)

“Em muitos casos há uma atitude onipotente como se só a enfermeira(o) detivesse o conhecimento: esquece-se de levantar junto ao paciente o que ele já sabe ou quer saber, ou se está motivado para aprender... Muitas vezes ‘prega-se para o vento’ pois apesar do paciente/cliente concordar com tudo que houve, pouco assimila.... ” (P8)

“acredito também que somos profissionais preocupados com o cliente como um todo, como ser humano que ocupa um ‘espaço’ na sociedade” (P2)

Nesta abordagem resgatou-se que o paciente tem sido pouco considerado como sujeito nesta relação permeada pelo saber - poder. As declarações demonstraram um entendimento de que o mesmo é um sujeito (quicá um cidadão), ressaltando a necessidade de considerá-lo enquanto um indivíduo que detém conhecimento sobre suas necessidades e problemas de saúde. Ou seja, consideraram que a relação enfermeira/paciente deve acontecer em um contexto de liberdade, onde o usuário tem que ser considerado como ser humano para que as ações de enfermagem atinjam suas finalidades de prevenção ou recuperação.

Algumas estudiosas da enfermagem como FONSECA (1996), ALMEIDA (1986), GASTALDO e MEYER (1989) e LEOPARDI (1994) têm analisado que o afastamento das enfermeiras do cuidado direto, o caráter submisso e tarefeiro de seu fazer, o apego à

¹²⁸ “Enfermesas” é uma expressão utilizada na enfermagem para designar enfermeiras que não prestam cuidados diretos ao paciente, priorizando aspectos burocráticos administrativos, assim estas enfermeiras ficam atrás de mesas e não à “cabeceira” do paciente..

burocracia, às regras e a gerência da assistência, tudo isso as deixa insatisfeitas. O deslocamento da enfermeira para funções gerenciais e o afastamento dos cuidados diretos ao paciente têm atendido aos interesses do sistema econômico vigente, pois tem sido muito mais barato pagar pessoal menos qualificado para a assistência direta. Sabe-se que em nosso País a maior parte da assistência à saúde concentra-se na rede privada, ou seja, acessível apenas aos que podem pagar por essa assistência.

A prática e o ensino de enfermagem também sofrem a influência da tecnologia que se transforma rapidamente, bem como do processo de globalização em curso e da expansão da informática, fatores que estão relacionados às exigências dos mercados de trabalho. Este necessita de um profissional de enfermagem - diferente do anterior - com maior capacidade intelectual e de adaptação aos novos métodos de assistência à saúde, com possibilidades de responder às exigências desta sociedade onde o conhecimento científico tem se renovado a cada dia. Para isso, tornou-se importante o domínio do conhecimento intelectual para o exercício da enfermagem.

O reconhecimento próprio da competência advém da dimensão do cuidado, escapando à definição externa de sua qualificação e apoiando-se no cotidiano de suas práticas (LOPES, 1996). Um aspecto que mereceu atenção na análise da relação enfermeira/paciente foi o espaço dedicado aos pacientes nas respostas diretas formuladas às participantes do estudo. Comparando o volume da transcrição das perguntas referentes aos pacientes, verificou-se um número quatro vezes menor que as páginas correspondentes a informações sobre os médicos. As poucas informações encontradas nas respostas ao questionário sobre as relações enfermeira/paciente demonstraram um relativo silêncio das participantes deste estudo. A falta de prioridade no discurso sobre o cliente - fundamento da enfermagem - pode estar associada também ao conhecimento/saber como condição para uma boa assistência aspecto este que tomou um grande espaço na fala das entrevistadas.

A postura contraditória das alunas e professoras do ENF/UCG sobre a relação enfermeira/paciente, analisada ora como autoritária, ora como uma relação positiva, ora como crítica, pode demonstrar que essa temática foi pouco abordada no curso. O conhecimento foi considerado como a forma de melhorar essa relação. Estas análises apareceram como idealizadas, já que a distância da enfermagem com o paciente tem sido

assumida pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e a enfermeira tem ficado responsável por atividades administrativas. O ensino de enfermagem do ENF/UCG está dirigido para a assistência direta ao paciente, através do cuidado – onde as enfermeiras, profissionais e estudasas têm buscado a afirmação da profissão e conquistado espaços – enquanto a prática profissional da enfermeira está dirigida às atividades administrativas e técnicas.

O cenário do serviço de saúde no Brasil onde se dá a relação enfermeira/paciente já foi analisado em diversos momentos deste estudo, e vale acrescentar que LOPES (1996) tem denunciado um atendimento de enfermagem dirigido mais para as necessidades dos médicos do que às da clientela em geral. MEYER e GASTALDO (1989), analisando a escassez da prescrição de enfermagem, demonstraram que as atividades profissionais da enfermeira têm sido decorrentes da prescrição médica. Os achados deste estudo apontam para um formação que considera menos as necessidades do usuário e mais as do serviço de saúde, valorizando, particularmente, a disputa de poder com o médico.

3.4. Divisão Social do Trabalho na Enfermagem

Um dos caminhos para a busca de explicações significativas sobre a profissão de enfermeira relaciona-se com a noção de cuidado com a saúde, enquanto uma ação concebida como feminina e produto de "qualidades naturais" das mulheres (FONSECA, 1996). Na cultura ocidental, os cuidados de saúde e dos atos mais biológicos da vida, no domínio privado, sempre foram tarefas das mulheres, parecendo ser "natural" assegurar esta predominância no domínio profissional, devido a uma suposta coerência dos atributos e das qualidades do seu sexo. Esse discurso dominante retomou a idéia do "natural" para explicar a longa inquestionabilidade da dicotomia trabalho-de-homem/trabalho-de-mulher. Assim, até o questionamento da evidência de que as enfermeiras são mulheres parece ser anti-natural.

Múltiplos recursos reforçaram a ligação estreita entre mulheres e enfermagem e a 'naturalização', tanto no processo de formação da enfermeira quanto na atividade de enfermagem, tem sido evidente. O processo de socialização das mulheres relativo ao cuidado

se relaciona com uma forte presença da subjetividade e a naturalização do trabalho da enfermeira. A mobilidade técnica e a inferiorização das tarefas herdadas pela enfermagem vêm dificultando o discernimento do que é próprio à Enfermagem, enquanto competências profissionais e do que é doméstico, do que é “qualidade natural da mulher”.

Essas “qualidades naturais” exigidas das mulheres construíram-se no aprendizado das futuras reprodutoras. Da enfermeira exigia-se que soubessem ser mulheres sem a necessidade de visibilizar outras qualidades. Na sociabilização da mulher há um aprendizado relativo à nutrição, cuidados com crianças e velhos, socorros de urgências, carinho, atenção, dedicação, higienização doméstica, entre outros - enquanto verdadeira qualificação. Ao banalizar o cuidado de enfermagem não se recompensa, nem através da qualificação, nem através de salário digno nem da valorização social.

Razões de sexo e classe se articularam historicamente na institucionalização dos cuidados-de-saúde e na profissionalização da enfermagem, dois processos que utilizaram como argumento a coerência dos atributos, das qualidades do sexo feminino, “naturalizando-as” e assimilando-as no universo do trabalho, hierarquizadas e inferiorizadas no conjunto das qualificações (LOPES, 1996). Com o capitalismo, o trabalho intelectual da enfermeira brasileira passou a ser mais valorizado e o trabalho manual continuou sendo executado pelos menos qualificados - auxiliares, técnicos e atendentes de enfermagem.

Como a enfermagem foi fundada a partir da antiga necessidade social relativa aos cuidados, tornou-se depositária de uma trajetória histórica que a associa a princípios religiosos/assistenciais, dentre os quais o devotamento e a benevolência, que ainda hoje se fazem indispensáveis ao exercício do trabalho. Herdeira de sucessivas visões que conceberam o nascer, o ficar doente e o morrer como fatos naturais e/ou sociais, essas profissionais têm se mostrado como protagonista de uma espécie de afrontamento de lógicas, com dificuldade de conciliar o modelo médico/hospitalar e a lógica dos cuidados (LOPES, 1996). Na sociedade capitalista verifica-se a existência de uma polarização entre o saber profissional e a prática social, que

“... se refere ao ensino em graus, o mais complexo, de um lado, e o mais simples, que não precisa de escola, de outro. O trabalho mais simples na enfermagem se refere ao exercício dos atendentes de enfermagem - que não existe mais oficialmente. Com o distanciamento da enfermeira de seu objeto de trabalho - o cuidado de enfermagem - esta profissional passou a gerenciar o processo de trabalho da equipe de enfermagem, utilizando o seu saber como instrumental ideológico de poder” (ALMEIDA, 1986:81).

A análise das informações procedentes dos questionários permitiu afirmar que as docentes e discentes perceberam de forma diferenciada a formação oferecida por esta escola. Enquanto a maioria das alunas relataram uma abordagem mais intelectual, compatibilizando o conhecimento científico e a prática, as professoras consideraram que a formação se baseava na prática de enfermagem. A maioria das professoras (7) enfatizou o trabalho manual-técnico, afirmando criticamente ou não, que a preocupação do curso tem sido com a quantidade de técnicas/procedimentos desenvolvidos, e que o tempo destinado ao estágio tem sido valorizado como “*sagrado*”, enquanto o conhecimento científico e intelectual no cotidiano do curso tem sido pouco priorizado. Esta ênfase ao trabalho manual foi, também, percebida por um minoritário grupo de alunas (10):

“O trabalho manual (técnico) é mais valorizado nesta escola. O estágio é ‘sagrado’ ... percebe-se muita preocupação com o tempo de estágio e com a quantidade de técnicas desenvolvidas” (P1)

“A ênfase do ensino recai sobre o trabalho manual, técnico, o fazer. Isso ocorre através da super - valorização do desempenho manual e a habilidade técnica. Embora haja um discurso a favor da importância do trabalho intelectual, na realidade o que pesa mais é o trabalho manual” (P3)

“...Todas as questões e disciplinas giram em torno da prática principalmente a curativa que exige maior número de técnicas, trabalho mais manual” (P9)

“...não é possível negar que o aluno, ao iniciar o curso, busca primeiramente, o domínio do trabalho manual; destreza em aplicar injeções, puncionar veia, manusear sondas, sentido-se frustrado ou ansioso quando não consegue realizá-lo bem ou quando não tem oportunidade de realizá-lo”(P8)

“ ... durante todo o meu curso o que nos foi colocado foi a obrigação de aprender e desenvolver técnicas”(A14).

Os conhecimentos manual e intelectual são necessários para desenvolver as atividades próprias da enfermagem. Para a execução dos procedimentos técnicos é necessário todo um referencial teórico - científico de suporte. A prática técnica exige conhecimento de princípios, objetivos, complicações e outros. Mas a representação do trabalho manual está associada com uma prática de enfermagem considerada “desqualificada”, visto que *“o ensino passa a ser o detentor do saber, da ‘ciência’, enquanto a prática passa a ser vista como o trabalho manual, desqualificado... o papel principal da escola capitalista é ‘qualificar’ diferentemente o trabalho manual e intelectual”* (ALMEIDA,1986:81).

No entanto, destacou-se uma contradição entre as professoras participantes desta investigação, particularmente sobre a ênfase ao trabalho manual durante a formação, pois a maioria das professoras (11) afirmou que os critérios valorizados nos processos de avaliação acadêmica têm sido relativos ao conhecimento técnico-científico das alunas, neste momento histórico. As docentes ressaltaram que a avaliação do ensino tem priorizado

“... a aprendizagem da parte teórica, o crescimento intelectual e a destreza manual adquirida e devolvida através das técnicas” (P8)

“...conhecimento dos princípios científicos” (P4)

“...conhecimento técnico-científico é muito valorizado” (P7)

A maioria das alunas (18) e algumas professoras (4) relataram que o ensino recebido compatibiliza o trabalho manual e intelectual, com direcionamento maior para o intelectual, ressaltando a existência de uma ênfase no conhecimento teórico – científico no curso de enfermagem da UCG:

“A ênfase é dada para o trabalho manual e intelectual - frisando mais o saber como forma de valorizar a classe ...” (A15)

“ ... Durante o curso o ser humano é visto como um todo, um ser que possui (corpo, alma e espírito) e não apenas alguém necessitando de trabalhos manuais. Esta escola leva-nos também a pensar , ou seja desenvolver o senso-crítico dai ser considerado como intelectual”(A23)

“Ao meu ver são dois campos, no primeiro - manual - acreditando que a enfermagem possa melhorar suas habilidades e técnicas conscientizando-os ao grau de sua importância; no segundo - intelectual - investindo na capacidade que cada aluno tem para a pesquisa para abrir novos horizontes, encorajando-o a ter novos conhecimentos” (A30)

Quanto ao processo de avaliação do ensino de enfermagem, as alunas fizeram uma análise diferente dos critérios valorizados e explanados pelas professoras, anteriormente; ao se referirem à formação da enfermeira, enfatizaram a formação moral e atitudinal durante o processo avaliativo:

“...assiduidade, pontualidade e postura do aluno ...” (A17)

“ ...aparência ...” (A2)

“... execução de técnicas em campos de estágio considerando aparência, trajes ...” (A13)

“...a avaliação fica muito a desejar pois nem saberei dizer se os critérios usados para avaliar, são cumpridos na íntegra pois existem muitos modos da avaliação ser, no caso a [aluna] que fala mais; idade às vezes influência, e às vezes até poderes econômicos. Se uma aluna fica rotulada no 1º período, até o décimo até carregar esse rótulo, de bom ou de ruim....” (A31)

Esta abordagem refere-se a um curso que costuma ser exigente em termos de postura, aparência pessoal e disciplina. Ao quantificar as respostas referentes ao processo avaliativo no ENF/UCG, verificou-se que os quesitos mais citados pelas alunas foram: assiduidade (26), pontualidade (22), aparência - entendida como apresentação física e trajes - (24) e participação (17). Estes foram mais lembrados que os critérios relativos ao conhecimento científico (16).

Os quesitos retro- mencionados foram coincidentes com os de pesquisadores como LOYOLA (1987), GASTALDO e MEYER (1989) e LOPES (1994). Essas autoras citaram longas listas explicitando o que é ser enfermeira e o que é o fazer de enfermagem. GASTALDO e MEYER (1989) fizeram uma leitura da história da enfermagem, identificando fortes traços de supervalorização da postura e moral dos profissionais, em detrimento do

conhecimento técnico. A profissão desenvolveu-se supervalorizando a conduta moral e militar e, ao mesmo tempo, foi acompanhada de uma desvalorização profissional, por se estabelecer como um ofício de mulheres e alienada de um objeto próprio de saber.

Estas características acentuam um modelo de enfermagem que não tem o usuário do serviço como o centro do processo ensino-aprendizagem, relega a tradição e o cuidado de enfermagem para um lugar secundário e contribui para conservar a hierarquia extra e intra-equipe. Isto ocorre, inclusive, ao se permitir uma certa estabilidade e neutralização às contradições do exercício concreto, representadas por exemplo pelas grandes distâncias entre a qualificação das enfermeiras e das auxiliares, pelo poder médico/enfermagem e enfermeira/usuário.

Esses critérios de avaliação citados anteriormente pelas participantes deste estudo estão relacionados com o modelo de enfermagem presente em seus cotidianos:

“...ocupa cargo de chefia, ganha em bom salário (tem pós-graduação ou não), anda elegantemente vestida, é ‘chic’, ou que ‘escala’ poder” (P4)

“... admiro um profissional que tem uma postura, tanto aparentemente (vestuário, maneira de agir) e que têm competência, saiba discutir, decidir, dirigir sua equipe, sem ser prepotente, mais sabendo passar para seus funcionários que cada um tem o seu lugar” (A2)

“[A enfermeira] demonstra (em seu discurso uma) postura crítica frente à profissão mas ao enfrentar o mercado de trabalho acaba quase sempre, se submetendo aos padrões vigentes: obediência às ordens médicas (principalmente aos donos dos hospitais), falta de autonomia nos serviços relativos a enfermagem, raramente é membro ativo dentro da equipe de saúde; continua envolvendo - se , preponderantemente, em serviços burocráticos em detrimento da assistência ao paciente. Raramente tem oportunidade (ou cria oportunidade) para a atualização” (P2)

“O modelo que lhes é passado, ou seja, o enfermeiro deve ser idealista, abnegado, devoto, sensível, dócil, capaz tecnicamente, bem sucedido” (P3)

Neste legado da história da enfermagem tradicional e moderna percebe-se a influência das instituições militares e religiosas. A Igreja Católica, desde sua fundação, prestou assistência espiritual aos doentes. A precursora da enfermagem científica, Florence Nightingale, teve sua história ligada ao militarismo, assim como Anna Néry - expressão máxima da enfermagem brasileira - foi voluntária na guerra do Paraguai e simboliza abnegação, dedicação e obediência, predicados altamente cultivados como características da enfermeira. Esta profissão

“... incorpora os aspectos sociais e religiosos de seu ideal profissional na figura abnegada e docilizada do anjo branco, que serve com perfeição ao Estado e ao poder médico, na medida em que as enfermeiras se tornam corpos dóceis e disciplinados” (LOYOLA, 1987: 15).

Essa postura “dócil” também está relacionada com a expectativa cultural do comportamento da mulher, um dos elementos sustentadores da subordinação de gênero na sociedade. As significativas mudanças - quando da passagem da arte de curar à enfermagem profissionalizada - decorrentes da incorporação do conhecimento científico não conseguiu alterar o *status* da profissão, que ainda carrega as contradições da subalternidade.

As condutas e regras vão além do técnico e demonstraram quão difícil tem sido a afirmação da globalidade do cuidado da enfermagem brasileira. As relações são parte integrante das exigências do cuidar. Esta confusão pareceu atestar que a enfermeira ainda está presa ao campo moral da profissão e comprometida, dessa forma, à construção do relacional em qualificação social.

Na prática da enfermagem algumas ações associam-se ao trabalho doméstico e verifica-se uma certa resistência a esse tipo de trabalho, indicando o desejo de valorização e profissionalização da enfermeira e, principalmente, dificuldades em se relacionar com os estereótipos da profissão. Algumas participantes desta investigação criticaram o ensino de técnicas que se assemelham ao trabalho doméstico:

“... a parte manual que está mais próxima ao trabalho doméstico, como fazer camas, dar banho, alimentar o paciente é sempre rejeitada” (P1)

“...tem-se a impressão de que somos formandos do curso técnico; as atividades exercidas – dar banho, arrumar camas... - não são próprias para quem fez o curso superior” (A5)

“Nos campos de estágios nós não passamos de auxiliares de enfermagem e só agora nos últimos períodos do estágio é que vamos começar a exercer a função de enfermeira”(A17).

Esta associação negativa do trabalho manual e doméstico é ideológica e está relacionada com o sistema de produção e aos aspectos culturais. O atendimento às necessidades básicas de manutenção e reprodução da vida tem sido atribuições referidas às responsabilidades de mulheres enquanto “cuidadoras”, o que sugere elementos para uma associação com o cuidado direto ao paciente, uma das prioridades do ensino de enfermagem e do discurso da categoria.

A assistência à saúde sempre foi entendida como uma atribuição da mulher e a enfermagem profissionalizada caracterizou-se, assim, como uma extensão do trabalho doméstico. A desqualificação está associada ao trabalho doméstico que *“é invisível, ao mesmo tempo que é indispensável. ... é tido como atribuição exclusiva de mulheres; é distribuído durante todo o dia; ... toma tempo das mulheres ... é monótono, repetitivo, com poucas possibilidades de ser criativo”* (FONSECA, 1996: 121).

Esta abordagem associa-se ao processo de naturalização da mulher na sociedade; se a mulher não precisa aprender a fazer as atividades manuais docorrentes de seu “papel social”, destinado à manutenção da família ou de cuidados aos doentes, pois faz parte de “sua natureza”, então este trabalho não precisa ser remunerado; diferentemente deste entendimento o trabalho masculino e intelectual exigiria um outro tipo de aprendizado.

Mas há novas necessidades sociais e a escola de enfermagem tem pretendido profissionalizar a enfermeira através do conhecimento técnico-científico. As participantes deste estudo caracterizaram as formandas do ENF/UCG como enfermeiras críticas, possuidoras deste conhecimento e preparadas administrativamente. Destacaram a presença da perspectiva de mudança do exercício de uma profissão, que é/era caracterizada como manual. A percepção da maioria das alunas (27) e professoras (7) é a de que as enfermeiras, formadas por esta escola, possuem conhecimentos técnico-científicos:

“São enfermeiras competentes com conhecimentos tanto científico como técnico,... receberam uma formação para mudar a visão da enfermagem, tem um senso critico bastante afinado ...” (A9)

“Enfermeiro ... que domina conhecimento, que transforma, que produz conhecimentos, que pesquisa” (P2)

“Aquele que detém o conhecimento científico e técnico, sério, atencioso com o paciente e capaz de fazer com que as pessoas reconheçam sua profissionalidade” (A1)

“Que possui conhecimento técnico-científico, que o capacite a exercer com qualidade e competência as suas funções; que não se estacione no tempo e esteja sempre se aperfeiçoando com novos conhecimentos; que consegue ocupar o seu verdadeiro espaço dentro da área da saúde não por autoritarismo e sim por competência” (A26)

“Aquele que tem uma visão ampla e anda o mais próximo dela O que estuda periodicamente, é ativo e mostra mudança a cada nova compreensão dos fatos. Aquele que sabe como administrar e conhece as novas técnicas e normas - rotinas de trabalho. Aquele que se especializa não somente por um título mais por querer aprofundar em uma área, aquele que, não se ‘humilha’ por ser enfermeiro, mas está em presente, sabe, faz porque é enfermeiro. E antes de tudo vê o paciente em suas necessidades, mas não perde de vista seus direitos trabalhistas legais ...” (A)

Ao analisar a formação acadêmica, o processo avaliativo e o modelo de enfermagem, foram encontradas muitas contradições entre a percepção de alunas e professoras do ENF/UCG. As contradições referem-se ao entendimento de qual a prioridade da formação acadêmica em relação às contradições entre a aprendizagem prática e teórica. As professoras destacaram o ensino manual enquanto as alunas perceberam um esforço de conciliação entre as atividades práticas e teóricas, com ênfase na última. Esta abordagem foi contraditória com a descrição dos critérios utilizados na avaliação, pois as docentes destacaram o privilégio do ensino teórico-científico enquanto as discentes citaram a formação moral e atitudinal como critérios mais utilizados nas práticas avaliativas. O modelo da enfermeira presente entre as participantes denotou ser amplo e contraditório, mas a aparência e o conhecimento científico destacaram-se como características desejáveis, no entanto, a descrição da enfermeira formada por esta escola privilegiou o conhecimento científico.

Aparentemente a intelectualização da enfermagem, assim como o repúdio ao trabalho manual - especialmente o semelhante às atividades domésticas - foram relatados em diversos momentos por alunas e professoras. A intelectualização da enfermagem demonstrou estar separada da prática e técnica. Essa abordagem tem sido um contraponto à enfermagem prática e técnica que, historicamente com pouco conhecimento científico, tem prestado assistência nas unidades de saúde.

Tais enfoques indicaram que o ENF/UCG estava atravessando um processo de mudança, trazendo dúvidas e questionamentos sobre: Qual enfermeira a UCG quer formar? Quais critérios usar na avaliação? O ensino deve ser prático, teórico ou prático-teórico? Neste processo de mudança, os dois modelos estão sendo avaliados e pensados por alunas e professoras. A prática de enfermagem, as docentes e discentes, a literatura e a Universidade têm sido questionadas e checadas em suas contradições, por professoras, alunas (e, provavelmente, outros segmentos da área e usuários dos serviços de saúde).

Destaca-se que a hierarquização da equipe, que também caracteriza a divisão social do trabalho na enfermagem, será abordada com a relação enfermeira-equipe de enfermagem, apresentada a seguir.

3.4.1. A enfermeira e a equipe de enfermagem

Os saberes e as práticas de enfermagem são históricos e contemplam a estrutura organizacional e política dos serviços de saúde e a estrutura social do país, na dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas. A enfermagem moderna se institucionalizou quando o Estado assumiu o controle da assistência à saúde, através da reorganização dos hospitais e do “empoderamento” do médico. Ao médico “... *cabia, então, decidir quais das suas funções poderia colocar nas mãos das enfermeiras*” (GEOVANINI, 1995:18).

A distribuição de tarefas, de procedimentos e de responsabilidade do cuidado ao doente para os diferentes agentes da enfermagem está subordinada e comandada pela divisão técnica e social do trabalho. Na enfermagem esta divisão tem sido marcante e tem, historicamente, ligações com as condições de trabalho no hospital do século XIX, onde “...o

mau trabalho ligava-se aos agentes que eram mulheres sem qualificação... e associado ao trabalho manual" (ALMEIDA, 1986:78).

As escolas nightingaleanas, como já foi visto, formavam duas categorias distintas de enfermeiras: *as ladies* procedentes de classe social mais elevada, que desempenhavam funções intelectuais representadas pela administração, supervisão, direção e controle dos serviços de enfermagem; e as *nurses*, provindas dos níveis sociais mais baixos, e, sob a direção das *ladies*, desenvolviam o trabalho manual (GEOVANINI, 1995).

No Brasil de hoje, a equipe de enfermagem¹²⁹ está composta pela enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem, elementos com graus diferenciados de escolaridade e formação profissional¹³⁰. Considerando que a enfermeira possui algumas atribuições diferenciadas, como as funções relativas à administração e supervisão da assistência, constata-se que na prática profissional não se tem respeitado a formação específica ou a lei, pois os cuidados de enfermagem mais complexos, prescritos pela lei, têm sido prestados pelo auxiliar, técnico e enfermeiro, indistintamente. Todos da equipe têm realizado os cuidados simples e complexos.

No ENF/UCG as participantes desta investigação vivenciam a difícil realidade hierárquica intra-equipe de enfermagem, demonstrando pouco contato com as análises produzidas neste período. As alunas apreendem a abordagem que as mestras fazem da relação hierárquica intra-equipe, convivendo em diversos campos de estágio onde observam e

¹²⁹ Conforme esta previsto na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, a equipe de enfermagem esta sob a responsabilidade técnica da enfermeira e cada membro da equipe tem atribuições diferentes de acordo com sua formação. A equipe é constituída, na prática, por enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente de enfermagem. A equipe de enfermagem ainda convive com o atendente de enfermagem, um exercente que legalmente não existe mais, mas ainda é encontrado nas instituições hospitalares, especialmente no interior do país. O agente de saúde é um elemento criado recentemente pelo Ministério da Saúde que não compõe esta equipe (ao menos legalmente).

¹³⁰ Pela Lei do Exercício Profissional ao enfermeiro cabe o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com riscos de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. O técnico de enfermagem: exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau de auxiliar e participação no planejamento da assistência de enfermagem. Ao auxiliar de enfermagem cabe exercer atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe, especialmente: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; participar da equipe de saúde.

apreendem como a equipe se organiza, como as categorias se relacionam entre si e nas atividades teóricas, realizadas no departamento. Alunas (18) e professoras (9) destacaram as dificuldades que permeiam as relações entre as componentes da equipe de enfermagem:

” ... o que mais se vê são enfermeiras que não se preocupam com a equipe, não se interessam em reciclarem seus funcionários para melhoria da assistência ao paciente, e mais ainda há profissionais que estão contribuindo para que essa realidade de desvalorização do enfermeiro persista, colocando a enfermagem cada vez mais no chão” (A2)

“É uma relação difícil onde a equipe cobra a competência da enfermeira e esta para ser ouvida tem que saber realizar” (A9)

“Entre a enfermagem pude observar que é a categoria mais desintegrada da equipe de saúde. Existem uma tremenda competição e perseguição. Estou decepcionada” (A22)

“ Existe muita competitividade e desunião!” (A23)

“É necessário um pouco mais de amizade e menos egoísmo. É preciso mais união de classe” (A16)

“De competição, pouca colaboração e pouca ajuda (P3)

Se, por um lado, as alunas convivem com uma aprendizagem permeada com essas dificuldades, como foi dito anteriormente, por outro lado, percebem que no contexto há mudanças. A enfermagem, uma profissão tipicamente feminina, passou por várias transformações recentes como curso universitário, teorização sobre o cuidado e o cuidar, produção de conhecimento próprio, busca de uma nova identidade, esforços para qualificar o ensino de graduação em enfermagem do pessoal auxiliar.

Nos anos 80 a enfermagem, como também os movimentos de mulheres e movimentos feministas começaram a apresentar transformações substanciais quanto ao modo de ver e refletir sobre sua prática. O cenário era a redemocratização do Brasil. A implementação de cursos de pós-graduação (mestrados e doutorados) e a constituição de fóruns de debates nesta área, assim como na da saúde, propiciaram o desenvolvimento de análises que viriam a (re) direcionar o processo formativo em enfermagem.

A produção científica passou a se revestir de um conteúdo crítico, reconhecendo o seu compromisso social: LIMA et alii (1996), analisando e criticando mitos, GERMANO (1983) apontando a influência das relações de poder sobre o ensino e a prática de enfermagem e buscando a transformação dessa prática, assim como outros estudos de ALMEIDA E ROCHA (1986) SILVA (1986), NAKAMAE, (1988), PIRES (1989). Alguns desses trabalhos já apontavam para a submissão das enfermeiras e seu estreito relacionamento com o caráter feminino da profissão.

Nos meados dos anos 80, as investigações produzidas pela enfermagem começaram a denunciar esta relação, de forma mais enfática e consistente (LOPES, 1987; LOYOLA, 1987). A partir daí, outros estudos passaram a tratar as questões da prática e do ensino de enfermagem sob a perspectiva das relações de gênero (LUNARDI, 1994; MEYER, 1996; WALDOW, 1996).

O trabalho apresentado por GUIMARÃES, BARBOSA e AIRES (1988) no Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado em Belém, sobre a força de trabalho e a assistência de enfermagem em Goiânia, marca o início desta produção.

Posteriormente, outras questões foram sendo desvendadas (MARTINS, 1990; MARTINS e GUIMARÃES, 1992; GUIMARÃES e MIRANDA, 1994). A criação do NEPSS- Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade - no ENF/UCG em 1995, contribuiu para impulsionar a realização de investigações e debates sobre a enfermagem como prática social¹³¹ neste Departamento. As pesquisas acerca das relações de gênero na área de enfermagem, todavia, ainda não vinham sendo empreendidas. O presente trabalho, portanto, é o primeiro a investigar as relações de gênero nesta área no Estado de Goiás.

Neste cenário, as participantes desta investigação demonstraram pouco contato com as análises teóricas e avanços na prática coletiva do trabalho produzido neste período. Poucas professoras (3) e alunas (4) relataram_ abordagens e/ou análise crítica sobre a divisão social do trabalho na enfermagem:

¹³¹ Conforme FONSECA (1996:81): “Enquanto prática social da área de saúde, a enfermagem articula-se às demais práticas da sociedade e, como tal, é determinada pelo estágio de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção vigentes em um dado espaço social, em um dado tempo histórico. Desenvolvê-la a partir de saberes e práticas próprios cuja finalidade é, pelo menos no nível discursivo, transformar o processo saúde-doença da coletividade, através do trabalho ...”.

“A enfermeira... age com superioridade de conhecimento e de conduta diante da equipe de enfermagem.... Legalmente possui a competência de liderar a equipe.... Falta a compreensão histórica da divisão de classes e de trabalho manual e intelectual” (P9)

“A Enfermeira é uma pessoa em que eles confiam, acredita e que têm que saber tudo que elas solicitam, ela tem que fazer a equipe compreender, que pode errar, não saber tudo, mas que procura a perfeição possível” (A12)

“Algumas têm capacidade de liderança efetiva e equacionam as questões de poder com equilíbrio e levam a equipe ao bom entrosamento... enquanto outras assumem atitudes de prepotência, isolamento de chefe (ou distanciamento), refúgio em atividades burocráticas, insatisfação, frustração ...”(P8)

“...De autoridade, outras vezes, a enfermeira é vista com um certo receio, outras vezes é vista com simpatia ou antipatia” (A37).

A enfermagem tem carregado suas contradições até os dias atuais. A disciplina rigorosa, exigência de qualidades morais das candidatas e aulas diárias ministradas por médicos são características da formação da enfermeira, desde a primeira Escola Moderna de Enfermagem, criada no Hospital Saint Thomas, embora sua criadora Florence Nightingale considerasse que o conhecimento e as ações nessa área fossem diferentes das ações e conhecimentos médicos.

As contradições também acontecem no cotidiano do ENF/UCG, os currículos têm como proposta um ensino crítico - comprometido com as necessidades da maioria da população. Da mesma forma, a produção científica brasileira tem privilegiado a abordagem crítica sobre o ensino e a prática de enfermagem mas, neste contexto, docentes e discentes assumiram com “naturalidade” a divisão social do trabalho presente na equipe de enfermagem. Para a maioria das professoras (7) e algumas alunas (12) a enfermeira tem exercido seu poder com as outras categorias de enfermagem, através de uma rígida disciplina para manter a ordem no local de trabalho: consideraram que a relação entre a enfermeira e a “sua” equipe tem sido autoritária/ hierárquica:

“... como ocupamos cargo de chefia de enfermagem, as relações obedecem a uma hierarquia...” (P2)

“...de autoritarismo bastante ‘cordial’ tem relação cordial de trabalho, mas a enfermeira é quem contrata ou ‘despede’ no setor privado” (P4)

“...autoritário, superior, líder”(P10)

“A enfermeira domina a equipe, determina as ordens e deixa bem claro [para a equipe de enfermagem] que é ‘superior’... (P1)

“ existe muito desentendimento por abuso de poder” (A3).

“Pelo fato de existir uma hierarquia o enfermeiro exerce grande poder sobre a equipe de enfermagem” (A14).

“...a enfermeira é quem põe ‘ordem na casa’ Eles nos vêem como ‘chefes’” (A38)

Contraditoriamente a maioria das alunas se dividiram ao avaliar a relação enfermeira/equipe de enfermagem, algumas (como já foi analisado anteriormente) consideraram que a enfermeira tem exercido seu poder de forma autoritária, enquanto outras alunas (19) relataram que a enfermeira tem uma relação humanizada e democrática com sua equipe:

“...Para a equipe de enfermagem percebe-se que o enfermeiro tem o poder de trazer segurança, uma relação democrática, descentralizada em processo” (A25).

“É uma equipe unida, onde cada um busca auxiliar o próximo em suas dificuldades” (A20)

“ O enfermeiro é considerado com respeito à medida que demonstra, liderança, conhecimento técnico-científico e procuro atualizar tanto o seu conhecimento como o da sua equipe. ” (A39)

“ ... uma equipe que participa e que faz do seu trabalho um prazer” (A)

“...a enfermeira exerce um papel de harmonia entre a equipe...”(A15)

Esta abordagem pode demonstrar, por um lado, uma visão decorrente do pouco envolvimento direto da aluna com a equipe de enfermagem nas unidades de saúde , as relações

concretas da assistência de saúde oferecidas à população, as relações com outros profissionais, as questões salariais, a autonomia..., por outro lado, a humanização da assistência tem sido uma bandeira de luta da categoria e há unidades de saúde e profissionais que têm investido no fortalecimento de equipes de enfermagem. Os esforços de qualificação da categoria têm sido evidentes, haja vista a qualificação das atendentes e a criação de cursos de mestrados e doutorados em enfermagem (como já foi mencionado).

Esse despertar das enfermeiras explica-se, em parte, pela entrada massiva das mulheres no trabalho e nas possibilidades de comparação daí advindas. A hipótese de KERGOAT (in LOPES, 1996:94) é de que:

“É o avanço da força do trabalho feminino assalariado que provocou a quebra do modelo anterior. Essa feminização massiva interpelou a profissão de enfermeira fazendo-a sair do seu isolamento (pois ela era exatamente um bloco isolado feminino no meio de uma força salarial física e simbolicamente masculina) e conferiu à profissão pontos de comparação possíveis. Ser uma assalariada qualificada, uma profissional, não é mais uma exceção; a partir daí, se podem comparar os salários, as classificações, enfim, as retribuições simbólicas e monetárias concedidas pela sociedade ...”

A produção de conhecimento tem refletido a preocupação das teóricas que têm se debruçado sobre a divisão social do trabalho e analisado as relações hierárquicas dentro do Serviço de Saúde e, particularmente, na enfermagem como descrito anteriormente. Inclusive, o NEPSS tem utilizado esta abordagem metodológica, mas a maioria das professoras e alunas do ENF/UCG parece não compartilhar dessas reflexões teóricas. As abordagens sobre as relações entre enfermeira e equipe de enfermagem, apesar de contraditórias, indicam tratar-se de uma relação autoritária/hierárquica (professoras) e com inúmeras outras dificuldades entre a equipe (alunas). Poucas participantes perceberam uma relação humanizada/democrática (alunas) ou fizeram uma análise mais crítica (professoras e alunas).

Tanto as docentes como as discentes revelaram, por suas respostas, que as relações existentes não estão visíveis e/ou são pouco refletidas no ENF-UCG. O espaço dedicado à equipe nas respostas diretas formuladas às participantes do estudo foi muito pequeno, se

comparado com o volume da transcrição das perguntas referentes aos médicos, por exemplo. As respostas ao questionário demonstraram um relativo silêncio sobre as (os) trabalhadoras (es) da enfermagem.

A hierarquização do serviço, as relações concretas entre os (as) componentes da equipe e o preparo das estudantes sobre sua atuação junto a este corpo de enfermagem parecem ser um aspecto no qual o ENF/UCG não tem investido além do que está previsto no currículo, já que não foi verificada durante este estudo nenhuma atividade sobre a equipe de enfermagem. A abordagem curricular sobre esta temática tem acontecido na disciplina de administração hospitalar, no 9º período, mas no cotidiano das atividades dos estágios tem acontecido um contato esporádico e parcial da estudante com o conjunto de trabalhadoras (es) da enfermagem. Nesta investigação não foi relatada ou observada interferências mais sistematizadas das docentes no sentido de intervir na reflexão das alunas sobre sua atuação na equipe de enfermagem.

3.4.2. Relações enfermeira/equipe de saúde

Na área da saúde o surgimento de várias profissões e ocupações têm sido determinado pelo aprofundamento da acumulação capitalista, da urbanização e da elevação do nível educacional e de informação, resultado de transformações na divisão social e sexual do trabalho. A hierarquização da área de saúde está relacionada com as relações de gêneros que têm sido o pano de fundo da divisão social do trabalho. As mulheres participam de forma cada vez mais legítima de um espaço antes reservado aos homens. A ciência e a tecnologia têm garantido o domínio cada vez mais eficaz do controle da fertilidade, permitindo que as mulheres se tornassem capazes de controlar e domesticar sua natureza biológica (VAISTSMAN, 1989).

No cenário capitalista, a assistência sanitária concebeu o saber médico profissional e a medicina científica centralizando e destinando os profissionais a seus respectivos lugares no sistema de saúde. Assim o médico tem ocupado o posto principal na equipe de saúde e os demais profissionais vêm desenvolvendo ações e papéis considerados

secundários. A hegemonia médica na área da saúde tem determinado e controlado os demais saberes e as práticas profissionais até porque a oposição saber/poder subjaz às relações de classe e gênero (FONSECA, 1996).

A evidente hierarquização das práticas entre os sexos tem se vinculado ao sistema de saúde que associou o sexo e a classe. A enfermagem tem sido, entre os profissionais de saúde, a categoria que mais tempo permanece com o paciente. A maioria das professoras e algumas alunas avaliaram, no entanto, que a enfermeira não tem (ou tem pouco) poder na equipe multiprofissional:

“ ... pouca participação da enfermeira, neutra de ação, voz e vez. Não há trocas positivas” (P3)

“...A enfermeira, valoriza muito o profissional médico, estabelecendo uma relação precária com os demais profissionais da equipe...” (P9)

“Necessitamos de ocupar..., nosso espaço junto a equipe de saúde...” (P2)

“Relaciona-se bem com a equipe de saúde, só que pouco se projeta ou se destaca como líder nesta equipe” (P12)

As relações de força existentes entre as práticas profissionalizadas de saúde têm testemunhado um confronto, que contribui por dificultar a singularização de ações profissionais como campo de atividades. As enfermeiras têm experimentado dificuldades em monopolizar um determinado campo de ação, sem que se façam sentir interferências externas.

“As posições dos agentes institucionais na organização hospitalar parecem se estruturar e hierarquizar desde a suas posições enquanto sujeitos sexuados, condição que embora não de forma exclusiva, determina sua inscrição em determinados sistemas de privilégios e hierarquias” (FONSECA, 1996:64).

As hierarquizações e privilégios de gênero estão presentes nas relações entre as diversas profissões na área da saúde. O gênero quase não foi citado, pelas participantes desta investigação, como um elemento que interfere nas relações entre os profissionais da equipe multiprofissional, mas a ausência desta abordagem no discurso pode estar relacionada com a naturalização da situação de gênero.

Vale ressaltar o aumento da participação da mulher nas profissões da saúde, inclusive na medicina, em que a presença feminina tem sido cada vez maior, porém este aumento verificou-se em áreas e especialidades com semelhanças muito próximas a atividades femininas exercidas na vida privada. A eleição pela especialização na pediatria, ginecologia, obstetrícia e clínica médica não se dá por casualidade ou por simples influência do mercado, e sim por uma determinada marca sócio - cultural dos papéis femininos cristalizados e legitimados pela sociedade.

O mercado tradicionalmente tem reforçado os valores sociais e induzido as vocações femininas que são socialmente dirigidas à escolha pela profissão ou à especialidade. Para a mulher, a eleição para uma especialidade tem acontecido nas áreas saturadas por seus colegas ou pelo grande atrativo “feminino”, qual seja, a reprodução no espaço público do papel desempenhado pelas mulheres na esfera da vida privada. As profissões da área da saúde e especialidades estão claramente definidas para cada gênero. Atitudes discriminatórias têm sido denunciadas e se relacionam com a resistência para que as mulheres ocupem postos de direção nos estabelecimentos de saúde (MACHADO, 1989)

Na área da saúde, o modelo médico tem sido absorvido pela equipe multiprofissional, inclusive muitos profissionais têm trabalhado usando técnicas terapêuticas com enfoque biológico. O discurso hegemônico na área da saúde também está relacionado com o modelo médico. A prática de enfermagem tem reproduzido acriticamente o modelo hegemônico e tradicional de atenção à saúde e as demais categorias profissionais da área têm assumido o discurso e a prática médica como modelo (SILVA, 1971).

Este discurso foi permeado pela culpabilização da enfermeira (aspecto já analisado anteriormente). Neste estudo de caso, estudantes e professoras vivenciam as contradições da relação com a equipe multidisciplinar, demonstradas através de análises que abordam a complexidade da questão:

“Enquanto acadêmicos me parece que esse relacionamento é um tanto distante apesar de nos serem pregados que todos fazemos parte da mesma equipe multidisciplinar, mais porém a hegemonia médica nos fica claro a todo momento e que a igualdade de relações ainda me parece utópico” (A).

“Uma relação de subordinação, conflituosa, na qual há uma preocupação constante em não invadir o ‘campo do outro’,

até mesmo por falta de definição do papel da enfermeira. Frequentemente ocorrem nos campos de prática situações de embate nas quais os médicos e estudantes de medicina depreciam, desvalorizam e agem de modo a subordinar a enfermeira e toda a equipe de enfermagem, como outros profissionais também” (P9).

“Há tentativas de trabalho interdisciplinar mas que nem sempre são bem sucedidos...Quando se alcança esse relacionamento, geralmente ele ocorre de igual para igual” (P6)

“...o poder na equipe de saúde é geralmente detido pelo médico” (P8)

As barreiras entre as práticas, as esferas de competência distintas sobre um mesmo sujeito-objeto, a dominação médica, entre outras, têm tornado as práticas de saúde e da enfermagem dependentes da medicina. As práticas articulam-se associando ato principal e ação subsidiária; na dinâmica do ato médico e da ação dos demais profissionais, esta associação não tem se baseado nas competências profissionais. A linha de demarcação entre as funções, as atividades de uns e outros, mantém-se elástica, móvel e, do ponto de vista histórico, fazem-se presentes nas concepções da relação saúde-doença, como meio de uma gama de institucionalizações dessas práticas que aconteceram em diferentes épocas.

As participantes deste estudo relataram que a produção do conhecimento pode contribuir para a consolidação do poder da enfermeira na equipe de saúde. A maioria das alunas avaliaram que as enfermeiras têm lutado para ampliar/estender seu poder junto à equipe multiprofissional:

“Em relação à equipe de saúde tem poder de comandar as ações de enfermagem, porém existe um espaço muito grande a ser conquistado” (A17)

“A enfermeira... deve estar a par dos acontecimentos, ter conhecimento, para que possa opinar com convicção nas decisões que envolvam o paciente (terapia, diagnóstico) pois, nós temos conhecimento científico e contato com o paciente para isso”(A2)

“... se for um profissional qualificado que sabe realmente o que faz, não sendo simplesmente um técnico, eu acho que vai conseguindo o seu destaque junto com toda a equipe” (A3)

“Desrespeitado na grande maioria das vezes, só é reconhecido quando conquista o espaço com competência” (A26)

“...Nosso lugar na equipe se encontra vago, falta-nos maior preparo científico, falta-nos produzir conhecimentos para transformar...”(P2).

“Para ser menos falho o profissional deve “fazer, fazer, fazer” (A5)

Historicamente há uma trajetória da enfermagem muito mais antiga que a de muitas profissões que compõem a equipe de saúde nos dias atuais, como é o caso de nutricionistas, biomédicos, fisioterapeutas... profissões que têm se consolidado e conquistado espaços. O poder da enfermagem junto à equipe foi analisado pelas participantes do estudo a partir do pressuposto de que é uma questão atual a conquista de espaço profissional da enfermeira. Esta abordagem revelou uma análise simplista e/ ou uma deficiência quanto ao conhecimento histórico das profissões, por parte das participantes do estudo.

No entanto, a situação da equipe multidisciplinar tem sido muito complexa e, sem desprezar todas as outras dimensões sócio-políticas envolvidas, vale ressaltar que o modelo liberal-privatista tem sido responsável pela construção de uma determinada postura entre os trabalhadores de saúde, capitaneados pelo estilo médico-centrado, que procura tratar os próprios trabalhadores entre si, ou qualquer outro – inclusive o usuário – de uma maneira impessoal, objetiva e descompromissada. Essa dimensão tem dificultado a reorganização colegiada do processo de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde (MERHY,1994).

A equipe tem idealizado uma prática que não se concretiza abrindo flancos para uma ‘guerra’ silenciosa ‘contra’ os médicos, porque eles não vêem o paciente como um todo.. Os profissionais da equipe, particularmente a enfermagem, têm gastado muitas energias, individualmente, para denunciar o quanto o modelo médico é pragmático e frio. Essa abordagem parece representar o reflexo da situação da equipe, e particularmente da enfermagem, que tem se envolvido muito na disputa pelo poder médico deixando às vezes de avaliar suas próprias concepções, práticas e ambigüidades (LEOPARDI, 1994).

As relações de subordinação e as situações de disputas relatadas precisam ser mais investigadas para que as relações de gênero, cor/etnia, classe e geração possam ser visualizadas em outras análises da relação enfermeira/equipe multiprofissional

3.4.3. Relação enfermeira/médico

Uma sociedade caracteriza-se pelo desenvolvimento de suas forças produtivas em combinação com determinadas relações de produção; a partir dessa articulação é que se produzem diferentes formas e conteúdos sociais. Nas sociedades de classes, a hierarquia entre os sexos varia enormemente. *“...Mas mesmo onde a mulher sofre formas de opressão mais sutis, as manifestações ideológicas da sociedade vêm confirmar a universalidade da subordinação feminina; o perigo, o impuro, o fraco, o ridículo, são invariavelmente ligados ao mundo feminino”* (VAITSMAN, 1989:29-30).

A compreensão das razões que levaram à divisão sexual do trabalho nas sociedades primitivas¹³² pode ser obtida quando atentamos para o fato de serem as mulheres as reprodutoras biológicas da força de trabalho. A procriação e necessidade de amamentar o filho impõem à mulher uma restrição de sua capacidade de deslocamento espacial durante os períodos pré e pós-natal. Essa diminuição da capacidade de mobilização, segundo VAITSMAN (1989:34) permite conduta própria:

“A caça de grandes animais e a guerra, práticas que exigem um deslocamento espacial maior e mais imponderável, são, em geral, exercidas exclusivamente pelos homens. Mesmo que sejam atividades secundárias economicamente, tem maior importância (grifo meu); além de serem associadas à utilização dos meios de violência e isso é decisivo - o que acaba levando ao seu monopólio por parte daqueles que as exercem. O domínio da violência, o exercício do poder, transformam-se em práticas que aparecem então como próprias do gênero masculino.”

¹³² VAITSMAN (1989) considera que para a chamada comunidade primitiva não existe um, mas vários tipos de comunidades primitivas, constituídas a partir de diferentes modos de produção, com diferentes relações econômicas, políticas, ideológicas...

Dessa forma as sociedades começaram a atribuir uma valoração negativa às atividades femininas, principalmente àquelas consideradas como exclusivamente femininas (trabalhos domésticos e cuidados com crianças, velhos e enfermos).

No século XVIII, após a Revolução Industrial (que se iniciara em 1760) as precárias condições de vida de grande parte da população - geradas pela desigualdade econômica e exploração do trabalho - ocasionaram o crescimento assustador das taxas de mortalidade infantil, provocado, entre outras causas, pelo trabalho do menor e pelo trabalho feminino, colocando em risco a reprodução da força de trabalho. Era preciso combater a doença e a morte.

FOUCAULT (1980) analisou que o estado começou, então, a assumir o controle da assistência à saúde, reorganizando os hospitais e o posicionamento do médico - principal responsável pela reordenação do hospital e dos espaços públicos. A disciplina e a hierarquia foram introduzidas e o médico passou a exercer o poder, estabelecendo as normas necessárias à sua manutenção.

O estudo da Medicina Social e a questão feminina, apontam que foi

“no século XIX que se constituiu no Brasil, uma medicina voltada para o controle social e da população ... construindo um discurso sobre a condição feminina, no qual a mulher é considerada voltada para a maternidade, a medicina, ao mesmo tempo em que delega à mulher uma nova importância dentro do modelo familiar, a reduz ao papel de esposa e mãe, atribuindo a esta perspectiva uma aspecto científico” (NUNES, 1982:44).

Desde o final do século passado, a medicina tentou produzir/formar um indivíduo físico e moralmente adequado a um determinado projeto social. E com a expansão da psiquiatria, a idéia de uma constituição feminina de base degenerada norteou todo o projeto de intervenção médica, junto à mulher. Essa visão ajudou a fixar a mulher num determinado papel, justificando um maior controle da camada feminina da população, numa tentativa de evitar desvios e ampliar potencialidades.

A medicina, enquanto prática socialmente determinada, construiu um discurso e uma prática sobre a mulher reduzindo-a à função reprodutora. A ótica médica tem sido hegemônica no setor, então esta abordagem tem prevalecido na assistência à saúde e à doença.

Esse discurso médico atingiu a clientela e os profissionais da área de saúde. Segundo LIMA (1985:12), entre as pessoas prestadoras de serviços de saúde, tem predominado em relação às mulheres a tomada de atitudes depreciativas e negativas com conotações sexistas, racistas e de ordem econômica.

Essas concepções, a divisão social e sexual do trabalho e a qualificação diferenciada entre a equipe sustentam a hierarquia e os baixos níveis salariais do trabalho de enfermagem, exceto os postos de poder que são mais valorizados no plano salarial. VAISTSMAN (1989:39) analisou que

“A divisão social do trabalho que se estabeleceu no capitalismo, separando institucionalmente as atividades domésticas das empresariais, passou por uma rearticulação das relações entre os gêneros. Através de uma nova divisão sexual do trabalho, os homens assumiram a direção das atividades que se tornavam públicas - a indústria, o comércio, a administração de mercadorias, conhecimentos e poder. Às mulheres, as atividades que se tornavam privadas no interior da família”.

O *status* da profissão não sofreu significativas mudanças, nem mesmo quando da passagem da arte de curar à enfermagem profissionalizada que incorporou o conhecimento científico. No caso em estudo, a maioria das professoras (9) e alunas (32) avaliaram que têm sido visível a submissão e dependência da enfermeira em relação ao médico:

“ [enfermeiras] muito apegadas ainda no conceito de que o enfermeiro depende do médico” (A5).

“... o médico manda e a enfermeira obedece” (A7).

“.. de respeito e obediência” (P10).

“...Com muito receio ... [os enfermeiros] se sentem inferiores” (P11).

“... péssima, não suporto mais ouvir o médico falar e o enfermeiro obedecer ...” (A11).

“... a equipe médica gosta de ser superior, liderando sempre e explorando a equipe de enfermagem” (A6)

“... os médicos se acham superiores e a enfermagem... vem aceitando ordens, mesmo quando ela sabe que não estão corretas (...)” (A14).

O exercício do poder, no entanto, não é apenas coercitivo e negativo, possui um caráter produtivo e positivo. As minúcias, os detalhes, táticas ou técnicas aparentemente banais são importantes, pois, através destas o poder produz sujeitos, fabrica corpos ‘dóceis’, induz comportamentos, ‘aumenta a utilidade econômica’ e ‘diminui a força política’ dos indivíduos (FOUCAULT,1987).

No campo da saúde, as disputas entre médicos e enfermeiras, também, se constituíram em oposições no tratamento e cuidado. A manutenção dessa divisão tem se baseado nas diferenças de concepção de trabalho feminino e masculino e se concretizado nas seguintes relações: entre os saberes e a manutenção da hegemonia do tratamento sobre o cuidado, entre o poder na garantia da hierarquia de posições e de postos de decisão e entre os salários e a manutenção das diferenças de remuneração. Os níveis de assistência à saúde têm sido legitimados pelo saber médico. A ação profissional em saúde que costuma ser de intervenção entre a vida e a morte

“ ... reforça em si a subordinação das ações de enfermagem. Na relação entre a medicina e a enfermagem, em uma situação de complementaridade, o discurso da obediência se naturaliza...”
(LOPES, 1996:85).

A subalternidade tem sido experienciada desde as escolas de enfermagem. Segundo LOYOLA (1987) a formação universitária é um laboratório de docilidade para as enfermeiras. A educação para a subordinação presente no ensino de enfermagem da UCG apareceu de forma contraditória entre as participantes do estudo, pois algumas acreditam que o ensino tem sido dirigido para subordinação através, principalmente, da omissão, enquanto outras buscam preparar as estudantes para relações igualitárias entre enfermeira-médico. Poucas alunas e professoras defendem a posição de que o ensino, no ENF/UCG, não se dirige à subordinação e, sim, à igualdade de relações entre médicos e enfermeiras; argumentam que:

“... há os que assumem a defesa realmente da enfermeira e da enfermagem..”(P9)

“... na escola é passada uma visão da posição que a enfermeira deve ocupar uma posição em parceria com o médico e demais agentes da área de saúde” (A15)

“Tentam impregnar os acadêmicos que somos profissionais distintos, onde a enfermagem trabalha com sua equipe e que o médico é um outro profissional, não melhor que nós ou que somos submissas a ele.... Isto vem da formação acadêmica” (A13)

“Agora esta relação não tem nenhum problema, os médicos sabem aceitar as opiniões das enfermeiras,muitas vezes chegam até perguntar para elas o que acha de determinado paciente. Portanto eles trabalham juntos com mais companherismos e amizade, sabendo respeitar os limites” (A10)

A abordagem educativa, que privilegia a subordinação através da omissão, tem se dado através da vivência relacional nos campos de estágios, nas posturas de profissionais, docentes e discentes da enfermagem e medicina. Entre outros elementos, destacou-se a relação autoritária entre médico/enfermeira e/ou médico/aluna como significativa para a submissão da enfermagem. O ensino do ENF/UCG, dirigido à subalternidade através da omissão, foi externalizado por professoras e alunas :

“ As (os) estudantes vivenciam a relação enfermeira (o)-médico (a) como a maioria de suas professoras: submissas, indiferentes, com medo” (P1).

“Os estudantes apresentam certa timidez em relação aos médicos e acadêmicos de medicina principalmente pelo fato, daqueles fazerem questão de se colocarem num plano superior” (P7).

“...Há professores que no discurso defendem a enfermagem e na prática calam-se ou omitem-se...” (P9).

“...formação arcaica de alguns professores que vêem o médico como um ‘deus’” (P2)

“Nalguns campos de estágio a relação ... fica a desejar, não há um entrosamento ou trabalho conjunto” (A17)

“....as enfermeiras temem a discussão e oprimem até mesmo seus conhecimentos perante a classe médica” (A31).

Algumas discentes de enfermagem queixam-se de que o trabalho não tem sido valorizado ao mesmo tempo em que outras gostariam que seu trabalho fosse valorizado *“pela*

equipe médica". Essa postura parece ser do subordinado que para se 'libertar' precisa da aprovação da "autoridade" que o oprime. Segundo uma estudante de enfermagem há sentimento de 'inferioridade' por parte de suas colegas diante dos estudantes de medicina que "*se sentem superiores*".

As enfermeiras têm ousado esboçar reivindicações no plano da isonomia de poder do saber próprio da enfermagem e salarial. FOUCAULT (1987) analisou que todas as relações são permeadas pelo poder, que este não existe sem um espaço de resistência. As enfermeiras têm sido as concorrentes potenciais no universo das práticas de saúde, apoiadas na legitimidade social sancionada pelo diploma universitário. Segundo LOPES (1996:89), esta situação tem sido detonadora

"... das crises, é portadora de novas propostas que podem ser lidas na oposição tratar-cuidar, na teorias do cuidado em suas dimensões profissionalizante (formação) e assistencial (histórico de enfermagem e prescrição do cuidado) e na dimensão do trabalho de equipe (divisão e organização do trabalho)..."

Apesar de as resistências das enfermeiras ao domínio médico terem sido pouco estudadas, é preciso considerar a subserviência da trajetória da enfermagem que introduziu as possibilidades de confrontação entre as práticas do tratar e do cuidar, traçando os contornos da complementaridade e não da subordinação. As crises manifestadas através da rebeldia, hierarquização imposta ao cuidado têm sido um basta à subalternidade e contra o desvio da ação centrada nas necessidades dos médicos para as necessidades do usuário do serviço:

"... As estratégias de mudanças da enfermagem, sobretudo, das enfermeiras universitárias, as quais racionalmente se afirmam como legítimas, insubstituíveis, indispensáveis, afirmando ainda que não estão no hospital para resolver os problemas dos médicos, ou para intermediar os seus sucessos, mas para usar suas competências em benefício do doente e serem reconhecidas nessa ação" (LOPES, 1996:93).

As estratégias de legitimação e afirmação da autonomia do saber e da prática são atestadas no discurso sobre a ação própria e sua adoção materializada no processo de enfermagem. A formação universitária

“... representa o rompimento com o papel de auxiliares dos médicos, de tarefeiras, de máquinas de execução de ordens. O status científico que reivindicam as enfermeiras significa a vontade de mudar, a luta contra a definição externa e secundária de sua ação na relação com as práticas do tratar, modelo e ação positiva dentro do setor saúde. As tentativas que têm sido feitas de teorizar os cuidados e o cuidar, bem como sua versão cotidiana nas práticas das trabalhadoras, correspondem ao esforço de vencer a fragmentação e a hierarquização imposta pela lógica assistencial atual. Agir e falar sem pedir emprestados gestos e palavras ...” (LOPES, 1996).

O diploma universitário tem autorizado o nivelamento em termos de formação, mas o *status* que ele atribui à prática não tem garantido a igualdade reclamada. Para LOPES (1996) há uma defesa, histórica entre as mulheres, de sua condição de cuidadoras. Cuidar tem sido uma ação “identitária” feminina que transcende o espaço de trabalho. Somente as mulheres aprenderam a cuidar, e tem sido os cuidados de manutenção da vida que alimentam essa justificativa. Elas constroem um saber-fazer que se esforçam em valorizar ao longo de suas vidas.

Tal esforço, não por acaso, contribuiu para que, na sociedade brasileira, tornasse visível, ainda que na resistência, o crescimento de uma auto-imagem positiva da mulher. O louvor à submissão e ao encolhimento tem sido pouco valorizado, as mulheres têm protagonizado novas relações de poderes, ao se conhecer, ao elaborar sua presença, ao experimentar a solidariedade, o confronto, a aprovação e o prazer de degustar novas potencialidades Esta é, pois, uma diferença substancial na posição da mulher, através de avanços e conquistas que se tornaram visíveis na cultura e nas leis. Entre outros fatores destacaram-se as lutas empenhadas, geração à geração, e agora a mulher e a enfermeira têm desejado ter voz própria, impingir sua marca, deliciar-se com seu próprio desempenho público.

Este estudo demonstrou a complexidade da situação desta submissão assumida através de uma visível diminuição da auto-estima pessoal e profissional, pois está associada a culpabilidade da enfermeira (tema já analisado anteriormente no item referente às relações docente-discente). Observou-se uma omissão nessas respostas sobre qualquer referência ao usuário da assistência de enfermagem, assim como não foi questionado qual seria o conteúdo

deste saber, ainda que a não atualização e a falta do conhecimento científico fossem as justificativas que mais apareceram nas respostas das participantes da investigação.

Para alunas e professoras o conhecimento, ou melhor, a falta deste está intimamente relacionada à subalternidade da enfermeira ante o médico. Elas assim se expressaram:

“...em sua maioria os médicos se consideram superior à enfermagem, mas basta esta mostrar o seu conhecimento [da enfermeira] e capacidade para que haja mais respeito...” (A34).

“... são submissas porque não estudam, são consideradas como ignorantes e puramente técnicas” (A1) .

“Infelizmente essa relação é distante, o médico é tido como aquele que sabe mais e que tem a primeira palavra” (A19)

“... se o profissional de enfermagem se valorizar e ser competente no que faz, todos os tratarão com devido respeito...” (A2)

“A sensação é de que o médico sabe mais do que você. Que o tempo de formação e experiência é mais do que da enfermagem”(A28).

“ Em primeiro lugar a relação é que o médico se sente superior a todos. Muitos pensam que o enfermeiro só sabem o que o técnico e auxiliar fazem” (A39).

As participantes da investigação parecem acreditar que a “péssima” relação do médico com a enfermeira seria resolvida com a aquisição de conhecimentos, não entendem tratar-se de uma relação de poder pela hegemonia no cenário da assistência à saúde/doença. Nesta abordagem, verificou-se uma tendência para simplificar as relações sociais e não historicizá-las. Esta simplificação de análise referiu-se ao entendimento de que se a enfermagem se valorizar e for competente obterá o mesmo *status* destinado ao médico.

A negação da subordinação, a culpabilidade e a análise sobre hegemonia médica realizada pelas participantes do estudo prenderam-se a aspectos depreciativos, por exemplo, enfermeiros submissos porque não estudam, ou ignorantes porque privilegiam as técnicas. O

conhecimento técnico-científico vem sendo utilizado como uma das armas nesta luta pela hegemonia, pois o saber e a competência têm sido uma ameaça para o poder instituído

A abordagem crítica de algumas participantes do estudo revelou as contradições do processo e constatou mudanças (ou possibilidades de mudanças) na relação médico-enfermeira:

“... Isto[a subordinação] precisa ser mudado e encarado de maneira diferente. O enfermeiro precisa e deve ter como base de atuação sua auto-confiança. Valorizar seu desempenho, acreditar em sua capacidade” (A5).

“Há uma diferenciação nesta relação ora satisfatória ou não satisfatória, dependendo de ambos os profissionais, pessoalmente durante a vida acadêmica diria ter sido uma boa relação (A8).

“... se fala de que a enfermagem mudou, conquistou mais espaço, que hoje o enfermeiro tem mais conhecimento ... concordo, mas ainda não conseguiu caminhar lado a lado com os médicos...” (A14).

“Esta relação pode ser positiva ou não, depende das profissionais (...)” (A7).

“ ... se a enfermagem ou aceita tudo que o médico ordena vai tudo bem, se não aceita, e mostra seu conhecimento técnico-científico, eles as vezes as repudiam” (A31).

“ ... percebo em várias ocasiões, que existe uma disputa de conhecimentos e poder” (A35).

Tal como argumenta FONSECA (1996) o modelo ideológico indicou uma intersecção entre o ser mulher e o ser enfermeira: Enfermeira-mulher com atributos de mãe, pura, honesta, disponível, delicada e abnegada. A dimensão moral pareceu estender-se por todas as fronteiras da sua formação, exigindo-lhe uma capacitação no sentido de que, ao mesmo tempo em que é considerada “natural”, porque percebida com atributos de mulher, reveste-se da necessidade de inculcação daqueles preceitos considerados como dignificantes da imagem feminina. A construção da subjetividade da enfermeira voltada à imagem da mulher depurada, preparada para servir, doar-se e cuidar tem sido resultado de um longo e custoso trabalho de inculcação (FONSECA, 1996)

Atitudes discriminatórias foram relatadas por algumas estudantes de enfermagem, fato demonstrável pela indicação de que a “prostituição histórica” teria relação com a subordinação das enfermeiras, apesar de outras participantes acreditarem que as mesmas não se vêem mais enquanto subordinadas e prostitutas de médicos. O estereótipo da enfermeira prostituta, no entanto, parece persistir, mesmo quando foram observadas mudanças: (grifos meus)

“... Hoje enfim esta situação esta mudando um pouco, não temos mais uma visão de submissão em relação aos médicos nem tampouco prostitutas de médicos, apesar ou ainda destas existirem, mas aos poucos isso tem mudado ...” (A9)

“...a história da enfermagem ainda está ligada ao passado...e por ser uma atividade ainda mal vista...” (A15)

“ ... o médico estabelece divisas, a enfermeira por sua vez mantém uma postura digna de respeito” (A31)

“ uma postura de respeito e competência no mesmo pé de igualdade” (P5)

“... Atitudes de constrangimento, às vezes revolta.há discriminação principalmente das médicas (sexo feminino) que demonstram repúdio quando confundidas com enfermeiras.... ” (P8).

“....[enfermeira é] aquela que desempenha seu papel frente a sociedade com dignidade e sabedoria”(A20).

Como decorrência de processos sociais desiguais, as mulheres que assumiram posições no espaço público têm enfrentado discriminações, por exemplo, relativas à incapacidade intelectual feminina e ao exercício sexual...(questão essa analisada anteriormente). As frases anteriores demonstraram que a culpa histórica de ser considerada prostituta de médico ainda está presente no ensino do ENF/UCG.

Esta abordagem de que o médico tem sido vítima da mulher/prostituta/enfermeira culpabiliza a enfermeira responsabilizando-a pela ação de prostituição. Na área da saúde o exercício da sexualidade está relacionado com a desvalorização da profissão. Os serviços são regidos pela lógica da dominação masculina e a enfermagem tem um saber coagido na sua

socialização pela dinâmica capitalista, que se apropriou do corpo feminino enquanto objeto susceptível de lucro. Foi na área da saúde/doença que sua fetichização alcançou a expressão maior (LABRA, 1989). No caso da enfermeira e médico trata-se de uma relação entre homens e mulheres, em que estas têm um valor social diferenciado, assim como refere-se à história de duas profissões distintas e a medicina historicamente se construiu com maior poder.

Assim, a desvalorização/subordinação da profissão não ocorreu porque algumas (ou todas) enfermeiras foram prostitutas, em um determinado momento histórico. No hospital do século XIX “...o mau trabalho ligava-se... [a] mulheres... de péssima conduta moral, analfabetas, bêbadas, portanto o trabalho era tido como imoral, sujo...” (ALMEIDA, 1986:78). Ao contrário, se as enfermeiras ao longo da história foram identificadas socialmente como prostitutas foi, entre outros motivos, pelo fato de ser uma profissão exercida por mulheres que foi/é dominada pelos médicos/homens. A postura de respeito e competência técnica por parte da enfermeira, por si só, pareceu não garantir uma relação de igualdade. Desde Florence Nightingale essa ‘tática’ tem sido tentada e, até hoje, os comunicadores de massa têm explorado mais a ‘sedução’ das enfermeiras do que sua capacidade profissional.

No caso em estudo a visível hegemonia médica nas relações médico-enfermeira estaria relacionada com o comportamento das enfermeiras, que contribuiriam com a própria submissão, segundo as participantes do estudo. A relação autoritária professora-aluna na escola (discutida no item referente à relação docente-discente), assim como a tradição da profissão, a hierarquização da categoria, o conhecimento insuficiente, o distanciamento do paciente, a postura de submissão, mito do médico, dependência do diagnóstico médico para a prática de enfermagem, dificuldades referentes a tomar posições contrárias às ordens médicas,

entre outras, têm sido ressaltadas como responsáveis pelo comportamento submisso da enfermeira.

Ainda que permaneçam as queixas e reclamações sobre a imagem-estereótipo da enfermeira e da forma como a escola aborda o fazer normativo e disciplinado da prática de enfermagem, estas profissionais inscrevem-se em novas proposições ao buscar romper com velhas imagens, incorporando valores construídos ao longo de sua história, em uma relação que se quer, acima de tudo, profissional.

3.5. O poder e o saber permeando as relações no ensino e na prática de enfermagem

O saber e o poder compõem um conjunto de disposições e práticas que têm sido, historicamente, criadas e acionadas para controlar homens e mulheres, inclusive nas práticas profissionais. A prática profissional e o ensino da enfermagem - espaço institucional com o propósito de transmitir o saber adquirido pelas gerações anteriores às futuras enfermeiras - também são permeados por relações de poder

Até aqui construiu-se uma trajetória, a partir dos discursos de alunas e professoras, que possibilitou explicitar e refletir sobre a situação da enfermagem e sobre o gênero nas experiências das mesmas no ensino do ENF/UCG. Segundo SCOTT (1988), gênero é um *“...elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e é uma forma primeira de significar as relações de poder”* (SCOTT,1988:3).

No caso em estudo, o poder pareceu ser uma temática pouco abordada no cotidiano do ENF/UCG. Notou-se uma certa dificuldade das alunas e professoras em

responder diretamente questões relativas ao poder; muitas fizeram uma abordagem ideologizada/idealizada, no sentido de realçar as relações baseadas na confiança e bondade, apesar de contraditoriamente ressaltarem a competência profissional da categoria e a necessidade do conhecimento/saber como condição para o “empoderamento” da enfermagem. O saber da enfermagem foi referido, predominantemente, como uma falta relacionada com ao desejo de maior poder profissional.

A falta de capacidade técnica e de conhecimento foram realçados como elementos que dificultam o “empoderamento” da enfermeira perante a sociedade, o usuário, a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional. Essa falta justificaria a não valorização profissional, a subordinação e a submissão ao médico, o autoritarismo da enfermeira com o paciente e equipe de enfermagem e da professora com a aluna.

“[os enfermeiros] são vistos como submissos, isso porque não estudam, são considerados como ignorantes ...”(A1).

“...só pelo conhecimento que se adquire o ‘poder’, na equipe de enfermagem, isso é visível...”(A4).

“...[a relação enfermeira - médico acontece com] ... certa dificuldade, por que a enfermagem não tem embasamento científico suficiente para uma possível discussão com o profissional médico...”(P6).

“...a enfermeira tem que demonstrar conhecimento e segurança no que faz, para que haja respeito [da equipe de saúde]” (A6).

“...muitas vezes o professor subestima o conhecimento do aluno...”(A35).

“...para mudar o pensamento [das pessoas leigas sobre a docilidade e submissão da enfermeira] é necessário que a enfermeira cresça na pesquisa, porque do contrário, sempre será vista deste ângulo” (P10).

“...[o homem na enfermagem] muitas vezes é estigmatizado por estar desempenhando uma profissão considerada feminina, com pouco conhecimento científico ...”(P9).

A aquisição do conhecimento científico foi entendida pelas participantes como forma de afirmação profissional. Portanto, muitas têm se esforçado por se apropriar deste instrumento de poder. No entanto, o conhecimento técnico-científico parece ser ainda considerado um privilégio para as estudantes e profissionais de enfermagem e para as mulheres. A cientificidade também tem sido procurada pelas mulheres como auto-afirmação e reconhecimento de sua capacidade intelectual. Não por acaso, o movimento feminista tem se debruçado sobre esta questão desde o seu nascimento, levando-se em conta, inclusive, que a enfermagem moderna renasceu tendo o conhecimento científico como um dos seus pilares.

Na primeira tese de enfermagem produzida no Brasil, "*A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculo à sua expansão na sociedade brasileira*", ALCÂNTARA (1963) explicou que o problema da enfermagem se relacionava à falta de cientificidade, já que esta profissão era exercida por pessoas despreparadas. Acreditava que com o aumento de enfermeiras (diplomadas) seria possível verificar um aceleração no ritmo de expansão profissional.

Três décadas após o trabalho de Alcântara, com todo o avanço científico produzido na enfermagem brasileira - que tem uma produção científica considerável na pós-graduação e conta, na academia, com intelectuais da profissão ocupando os mesmos espaços de formação de qualquer outro profissional - a preocupação com o conhecimento técnico-científico ainda tem sido a tônica na graduação em enfermagem no ENF/UCG.

O modelo de enfermeira que a maioria das participantes desta investigação admira é o da enfermeira que busca atualização, conhecimento científico (43) e mudanças na situação de enfermagem (24):

“...aquele que demonstra competência e autonomia... conhecimento e destreza em lidar com equipamentos sofisticados” (P8).

“... que domina grande conhecimento técnico-científico, a que tem grande capacidade de administração, postura firme, que é decidida, que não se submete a imposição do mercado” (P12).

“...O enfermeiro que detém o saber, busca novos conhecimentos, volta-se para as mudanças da profissão, se recicla, aquele que respeita questões éticas, que estuda, que se valoriza” (A4).

“...o que estuda periodicamente, é ativo e mostra mudança a cada nova compreensão dos fatos...” (A13).

“... enfermeira atuante que está em busca do saber e da transformação da profissão, que cresce como profissional no dia-a-dia” (A17)

Nesta abordagem o exercício do poder foi concebido como um ‘privilégio’ que alguém possui e transmite, ou do qual alguém se ‘apropria’. Mas o poder foi concebido por FOUCAULT, (1987: 29) como uma teia, permeando todas as relações sociais, como ‘*estratégia*’, sendo exercido em muitas e variadas direções, como se fosse uma rede que, ‘*capilarmente*’ se constitui por toda a sociedade, vinculado ‘*a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos*’. O poder compreendido como uma “*rede de relações sempre tensas, sempre em atividade*”. Assim, outras participantes citaram um modelo que associa o conhecimento científico a atributos e qualidades considerados necessários ao exercício da enfermagem:

“...aquela que é competente, sábia, firme, luta por mudanças, que busca, inova, cria e transforma e ainda cativa pela cultura e docilidade”(A23)

“É a enfermeira(o) dedicada (o) que se compromete com os estudos continuamente, isto é, atualização porque o “poder” é conquistado pela competência”(A25)

Esse modelo de profissional, no entanto, revelou outras facetas, as participantes relacionaram deveres e apelos a determinados aspectos da personalidade das enfermeiras, expressos através de qualidades e atributos abordados no curso como docilidade, ternura, paciência, caridade, devoção, presteza, minuciosidade ou, como 28 estudantes externaram admirar a enfermeira pontual, assídua, amiga, sensível, cativante, gentil e que tenha postura.

Estas qualidades integram um quadro de disposições internas enquadráveis no âmbito da personalidade das agentes da enfermagem. Ainda que exigidas, não são reconhecidas enquanto verdadeira qualificação e não se traduzem em ações valorizadas no universo do trabalho. Poucos desses atributos e qualidades dizem respeito à competência, capacidade, inteligência, criatividade e ao conhecimento técnico necessários à qualificação da enfermagem (LOPES, 1996).

A elaboração das teorias médicas e de enfermagem tem adequado as mulheres ao exercício da enfermagem (ou vice-versa). O feminino foi incorporado na atividade profissional, assim como a invisibilidade histórica do saber feminino também faz parte dessa profissão. A ênfase na função apoiadora da enfermeira e na valorização de um bom ambiente de trocas afetivas com os pacientes são exemplos dessa adequação.

As mulheres têm se ocupado dos cuidados de saúde no domínio privado, local onde é 'natural' que elas conjuguem suas qualidades para fazer frente às tarefas domésticas. Essa visão doméstica passa do lar para o exercício da enfermagem no âmbito público. LIMA (1996) acrescenta que nesta profissão a valorização das qualidades pessoais desvaloriza os cuidados de saúde enquanto ação qualificada profissional.

O saber da enfermagem – mesmo quando resultado da qualificação da enfermeira expresso na aquisição legítima do diploma universitário e na pós-graduação - tem sido

considerado “*menor, menos importante...*”, observa-se a permanência dessas representações na população e profissionais à revelia dos esforços crescentes das enfermeiras em imprimir cientificidade à sua prática cotidiana (PEREIRA, 1995).

A abordagem das participantes deste estudo também indicou que há uma desvalorização da qualificação da enfermeira, relacionada com o fato de ser uma “profissão de mulher”. De um modo, talvez um tanto esquemático, poder-se-ia dizer que a representação dominante do homem, em nossa cultura, tem sido mais ligada à autoridade e ao conhecimento, enquanto que a mulher tem se vinculado mais ao cuidado e ao apoio ‘maternal’. A hierarquia de gênero nesta sociedade tem valorizado menos o saber e a experiência das enfermeiras/mulheres, pois estas incorporaram um saber difuso, qualificado como feminino.

A enfermeira tem vivido duplamente a dominação/subordinação, enquanto mulher e enquanto profissional do cuidado, na sua relação com o hospital e com a medicina. Esta dupla conjunção definiu os conteúdos do tratar médico como masculinos, científicos, portadores de valores da verdadeira qualificação profissional, frente ao cuidado de enfermagem relacionado às qualidades femininas, empíricos. Assim a dicotomização entre o tratar e o cuidar estaria relacionada à oposição masculino e feminino. Esses fatos foram evidenciados na história social, nas trajetórias da educação e das profissões respectivas e, neste estudo de caso, no ensino de enfermagem da UCG:

“...a desvalorização profissional, embora historicamente esteja ligada ao gênero feminino, acaba atingindo também o enfermeiro, uma vez que ele trabalha nas mesmas condições e recebe os mesmos salários que a enfermeira na grande maioria dos casos” (P9).

“... tem toda uma história, uma origem altamente feminina no processo da enfermagem enquanto profissão ... há

necessidade de regastar um novo pensar para que a enfermeira não seja vista apenas como dócil, submissa e sim uma profissional com um corpo de conhecimento próprio”(A4).

“ ... o enfermeiro era ‘auxiliar do médico’ e nós não temos um diálogo aberto com eles, há um receio o que leva a sermos submissas, humildes e caímos na velha prática dependente de ordem médica....” (A13)

Nesta abordagem muitas participantes descreveram o exercício do poder como uma estrutura fixa, estável, com apenas um pólo na relação, enquanto o outro não teria nenhum poder, ou seja, de um lado o dominante e de outro o dominado. Essas concepções remetem à centralidade e à posse do poder. No entanto, o exercício do mesmo encontra resistências, contestações, respostas, absorções, aceitação ou transformações. Há nessas um enfrentamento constante e o exercício do poder acontece entre sujeitos que são capazes de resistir pois, caso contrário, o que se verifica é uma relação de violência. Não há poder sem liberdade e sem potencial de revolta. Apresenta-se como fundamental a existência de reação por parte daqueles sobre os quais tem sido exercido (FOUCAULT, 1987).

Neste raciocínio tornou-se impossível reduzir as relações de poder a uma esquema fixo, em que um dos pólos tem sido, por antecipação e para sempre, o vencedor. Nas palavras de FOUCAULT (1987:91) *“lá onde há poder, há resistência e, no entanto (ou melhor, por isso mesmo) esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder”*. A resistência - ou melhor, *‘a multiplicidade de pontos de resistência’*- tem sido inerente ao exercício do poder.

Nesta investigação foram identificadas diferentes estratégias e uma multiplicidade de elementos de como as estudantes/enfermeiras têm se relacionado com o poder, destacando-se

entre estes o saber, que foi relatado como um elemento essencial para obtenção de poder e, ao mesmo tempo, resistência ao poder dominante:

“..em sua maioria os médicos se consideram superiores a enfermagem, mas basta esta mostrar o seu conhecimento e capacidade para que haja mais respeito”(A34).

“...a enfermeira que se informa, com conhecimento científico, que se preocupa com o paciente, que lida diretamente com o cuidado de enfermagem, que se preocupa em fazer um bom trabalho dentro de um hospital, mas que seja diretamente ao paciente e valorizado”(A38).

“...aquele que detém o conhecimento científico e técnico, sério, atencioso com o paciente e capaz de fazer com que as pessoas reconheçam sua profissionalidade” (A1).

“...o relacionamento entre o médico e o enfermeiro é difícil pois o médico não consegue ver a capacidade técnica e científica do enfermeiro, pois se o mesmo compreender estes valores ele se sentirá ameaçado” (A42).

“...[a relação enfermeira-médico tem sido] uma relação de subordinação, conflituosa, na qual há uma preocupação em não invadir o ‘campo’ do outro, até mesmo por falta de definição do papel da enfermeira... assim como de outros profissionais ...”(P9).

O saber foi entendido, pelas participantes desta investigação, como uma das formas de resistência ao poder médico, uma forma de manter o poder da enfermeira sobre a equipe de enfermagem e usuário, como uma forma de conquistar o poder diante de outros profissionais da equipe de saúde e consolidar a assistência de enfermagem direta ao usuário do serviço.

No Departamento de Enfermagem as alunas identificaram o desenvolvimento de atividades sistemáticas de pesquisa e uma abordagem mais científica (teórica) nos conteúdos das disciplinas nos últimos semestres do curso. Consideraram que a investigação tem sido uma atividade acadêmica importante e uma necessidade para formação profissional, percebendo

que as atividades de produção de conhecimento não eram enfatizadas no cotidiano do curso, até há pouco tempo:

“O aluno saía da Faculdade com muita técnica, mas pouca pesquisa. Agora, de uns anos para cá, estão incentivando mais os alunos a pesquisarem” (P4).

“... somente em 1995 é que deu início a introdução efetiva da pesquisa [no departamento]. Sabemos que o trabalho intelectual não é desenvolvido de maneira satisfatória se não houver pesquisa. A ênfase ainda é para o trabalho ‘técnico - assistencial’ (A).

“Nos primeiros períodos fica claro que a ênfase é a formação para o trabalho manual, mas nos últimos períodos os próprios alunos questionam esta ênfase. Daí surgem para nós acadêmicos uma nova visão, mas que não é a formação [do conjunto] da escola”(A).

“Nos últimos semestres estou convicta de que está voltada mais para o intelecto, pois estamos incumbidas de mais pesquisas e do aperfeiçoamento técnico-científico”(A).

Essa mudança – da ênfase dada ao trabalho manual nos primeiros períodos do curso profissional para o final da formação onde estão tendo acesso à pesquisa – foi entendida, por algumas alunas, como o resultado de questionamentos das mesmas que problematizaram a ênfase no conhecimento técnico e assim possibilitaram uma nova abordagem, um avanço na proposta da escola. As alunas perceberam que se tratava de um processo de mudança do conhecimento hegemônico, até então prático e técnico, que estaria sendo substituído por conhecimentos teórico - científicos.

A produção científica no ENF/UCG, no entanto, tem sido reduzida, ainda que a necessidade da pesquisa por parte de algumas professoras tenha sido relatada desde a fundação da Faculdade São Vicente de Paulo. Na década de 1990, começou a implantação de atividades sistemáticas relativas à pesquisa, no Curso de Enfermagem da UCG, com a criação

da obrigatoriedade da matrícula das alunas nas habilitações oferecidas e a exigência da monografia como requisito para conclusão do curso de graduação. Com a criação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade (NEPSS) a pesquisa neste Departamento tomou novo impulso. Este tem possibilitado que as docentes e discentes integrantes do núcleo aprofundem o conhecimento teórico e prático dos métodos e técnicas de pesquisa, efetuando uma orientação mais segura aos alunos.

O NEPSS surgiu em 1995¹³³ com uma equipe de professoras do Departamento de Enfermagem da UCG, a partir de um grande projeto denominado à época ‘Enfermagem e Saúde Pública em Goiás: articulação e confrontos nas áreas de ensino e serviços’, que foi aprovado pela Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa desta Universidade. Este projeto foi ampliado e se transformou em um Projeto Integrado de Pesquisa denominado “A Saúde Pública no Estado de Goiás: Políticas e Formação Profissional (1930-1995)”,

“a abrangência do projeto ... [foi] ampliada, uma vez que a Saúde Pública constituía o objeto principal de estudo. E que, sendo esta conformada por várias disciplinas e áreas, impunha-se a necessidade de buscar a contribuição de outras como a medicina e a odontologia que, assim como a enfermagem, assumem importante papel social no desenvolvimento das ações e atividades de Saúde Pública” (GUIMARÃES, 1996:2).

Com a ampliação deste projeto inicial surgiram vários sub-projetos¹³⁴ e à equipe foram incorporadas(os) professoras(es) de outra áreas - odontologia, medicina, sociologia e história - que vieram de outros departamentos da UCG e da Universidade Federal de Goiás.

¹³³ A prof. Dra. Celma Martins Guimarães ao voltar do pós-doutoramento em Saúde Pública articulou as condições necessárias para o desenvolvimento da pesquisa no Departamento e o NEPSS foi resultado deste esforço.

¹³⁴ São os seguintes os projetos de pesquisa já aprovados pela CNPQ ou pelo PIBIC-UCG: Enfermagem e Saúde Pública no Estado de Goiás, Medicina e Saúde Pública em Goiás; A inserção da Odontologia na história da Saúde Pública no Estado de Goiás e a Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública no Estado de Goiás.

Segundo GUIMARÃES (1996), estão sendo estruturadas linhas de pesquisa nas áreas de saúde do idoso, saúde mental, saúde do trabalhador e outros.

O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade (NEPSS) incrementou de forma sistemática a pesquisa no Departamento, incentivando o aprofundamento metodológico - inclusive através da organização de um curso específico de metodologia científica para seus discentes - e a criação de linhas de pesquisa e defesa pública do trabalho monográfico, como requisito para a conclusão do curso. Segundo GUIMARÃES (1996), isto demonstra que está ocorrendo um processo de mudança no Departamento de Enfermagem, pois muitos docentes estavam percebendo a importância do trabalho coletivo na área da pesquisa.

Com esse intuito, em 1998 aconteceu um Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho e um curso interno de Metodologia da Pesquisa para professoras do ENF/UCG. Verificou-se também um aumento das publicações de professoras do Departamento em Anais dos Congressos Brasileiro de Enfermagem e em periódicos goianos como a Revista Goiana de Medicina, Estudos da Universidade Católica de Goiás, entre outros. A produção resultante de cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) tem aumentado e deve aumentar mais, pois o número de professoras (es) matriculadas tem se multiplicado. Necessário se faz, todavia, investigar se o conhecimento científico que está sendo produzido está dissociado do saber construído como produto das relações sociais estabelecidas em uma prática produtiva histórica, assunto esse que poderia constituir objeto de outra pesquisa.

Por ora, vale ressaltar que este esforço de qualificação das (os) docentes e do curso se relaciona às exigências institucionais relativas à educação e ao setor de saúde, ao tempo em que reflete a ampliação da participação do Departamento de enfermagem em atividades de ensino, pesquisa e extensão em todos outros espaços da UCG.

Ainda que a base para essas ações seja o conhecimento científico verificou-se que este tem se mostrado insuficiente para modificar as relações de poder na área da saúde. As relações de poder na enfermagem são estabelecidas no conjunto da área de saúde e são permeadas pelas hierarquias de gêneros, entre outras. Tanto é que as concepções, percepções e os valores atribuídos ao trabalho em questão giram em torno das representações sociais construídas sobre a mulher, ainda que os valores simbólicos e vocacionais que compõem o arcabouço da concepção do trabalho em enfermagem estejam baseados em um sistema contraditório de qualidades femininas e de qualificações.

4. Descobrindo a mulher escondida no contexto contraditório do ensino de enfermagem - indícios apontam para além de um laboratório de docilidade.

“As mulheres querem se reapropriar dos fragmentos dessa (sua) história sem memória, não para que estejam presentes na nossa consciência e nas nossas práticas cotidianas, para que façam parte de nossa revolta, nossa experiência e nossos sonhos” (Elizabeth Lobo, 1991)

Descobrimos a mulher escondida no contexto do ensino de enfermagem¹³⁵ - indícios apontam para além de um laboratório de docilidade analisa como a construção das relações de ensino-aprendizagem no ENF/UCG, ainda que contraditórias, tem se baseado em relações hierárquicas e autoritárias entre professora/aluna, médico/enfermeira, enfermeira/equipe de enfermagem e enfermeiro/usuário. Esta abordagem se dá associada a uma prática que privilegia a organização do serviço através da disciplina, hierarquização de funções, normatização de procedimentos, atitudes e comportamentos da enfermeira que as distanciam dos usuários. As professoras e alunas do ENF reproduzem a divisão sexual e social do trabalho e a ideologia¹³⁶ dominante através de seus silêncios e/ou normas que - implícitas ou explícitas, conscientes ou inconscientes - se concretizam em práticas cotidianas do ensino de enfermagem.

A estrutura rígida nas relações, os traços de religiosidade e moralidade, presentes no ensino e prática das enfermeiras do ENF/UCG, são heranças das “filhas de caridade” e dos princípios Nightingleanos que influenciam o cotidiano das alunas e professoras desde a fundação da Escola São Vicente de Paulo até hoje. No contexto de expansão populacional de Goiás, a qualificação das profissionais de enfermagem antecedeu as políticas de saúde e educação (datam dos anos 60), representou os interesses religiosos (católicos e protestantes) e

¹³⁵ Este título foi construído a partir do livro de Alicia Fernandes “A mulher escondida na professora” .

¹³⁶ Para ALTHUSSER *apud* MURARO (1983: 24) , a ideologia é “a representação da relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência” . Esta se concretiza em práticas materiais, cotidianas , produzidas pelos aparelhos ideológicos do Estado (família, escola, religião, meios de comunicação...) Por isso , a ideologia dominante inculca nos indivíduos relações imaginárias com suas condições de vida concretas, mascarando essas relações reais.

fortaleceu a institucionalização dos serviços de saúde e da prática médica no Estado¹³⁷. Apesar desta trajetória, a prática de enfermagem foi construída subordinada à medicina.

No ENF/UCG, o ensino e a prática de enfermagem continuam assentadas no modelo de assistência médica, baseados em um referencial curativo, de assistência individual, técnica e especializada. Tal fato indica a existência de um currículo ‘oculto’ pois oficialmente a proposta do currículo deste Departamento é de um ensino voltado para a saúde (e não doença) pública, coletiva e uma assistência não especializada.

A formação da enfermeira pouco tem sido percebida como um processo de autoconhecimento em direção ao profissionalismo, mas, pelo contrário, parece ser um tipo de aprendizagem que conduz à opressão, o chamado “laboratório de docilidade”. Mas a formação profissional do ENF/UCG, como em qualquer outra escola, está permeada por contradições. A docilidade como característica da enfermagem foi rechaçada pela maioria das participantes – embora haja presença desta postura no curso.

O ensino tem se caracterizado pela desvinculação entre teoria e prática¹³⁸, ainda que se constate um processo de mudança no sentido de priorizar uma abordagem científica, intelectual e racional na formação da enfermeira; mesmo sendo esta abordagem precária, pode caminhar para o desejável entendimento de que a teoria e a prática se relacionam

¹³⁷ As enfermeiras religiosas da Congregação São Vicente de Paulo, precursoras do ENF/UCG, contribuíram para organização de instituições de assistência (Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás, entre outras), ensino na área de saúde (cursos de auxiliares de enfermagem, Faculdade de Medicina de Goiás, Faculdade de Enfermagem e Nutrição da UFG) e de organizações da categoria (ABEn-Go e COREn-Go).

¹³⁸ O conteúdo teórico resulta numa carga horária muito menor que três meses de estágio realizado diariamente no período matinal.

dialeticamente. A formação centrada no trabalho manual, no sentido de manutenção das atividades de higienização, alimentação e hotelaria tem sido rechaçada por estudantes, devido à semelhança com o trabalho doméstico.

Este processo contraditório evidenciou posturas críticas das docentes e discentes, tais como: diversas reações contra a situação de subalternidade à hierarquia médica, a busca do conhecimento científico e a defesa do reconhecimento de competências e da singularidade do trabalho de enfermagem. A necessidade do conhecimento científico - para subsidiar a assistência de enfermagem ao mesmo tempo em que contribui para o 'empoderamento' da enfermeira e profissão na área da saúde - tem permeado o cotidiano das docentes e discentes. Esta pauta científica tem sido exigência da academia, da legislação, dos serviços de saúde e do processo de globalização, da complexidade tecnológica....

A cientificidade como norteadora da prática de enfermagem tem sido uma das características da enfermagem moderna e, em Goiás, um desejo que data da fundação da Escola. Ainda que algumas pesquisas aconteceram nesta trajetória, a implantação de atividades sistemáticas de investigação se relaciona com a criação do NEPSS, com definição de linhas de pesquisa, com o incentivo à pós-graduação dos docentes e a introdução de pesquisas na graduação - iniciativas que demonstram o interesse do ENF/UCG na produção do conhecimento.

Se por um lado a dinâmica do curso convive com essa necessidade de conhecimento científico, contrapondo-se à subordinação, por outro lado, tem reforçado características que contribuem para perpetuar a submissão aos grupos masculinos hegemônicos na área de saúde, tais como: a exploração do pessoal de enfermagem, os baixos salários, a falta de condições necessárias para a realização da assistência de enfermagem.

Neste curso e na prática social da enfermagem as relações de gênero compõem a teia sócio-cultural - ainda que pouco percebidas pelas participantes da investigação - e fazem parte do cotidiano do ensino-aprendizagem. Neste estudo, tais relações foram demonstradas através da marginalização do curso, da profissão e da discriminação do departamento na UCG, das relações de subordinações entre médico-enfermagem e da discriminação do homem no exercício profissional. O discurso da subalternidade das enfermeiras é muito presente no curso. Além da base social feminina que compõe o ENF/UCG, as representações que alunas e professoras têm de si reforçam a relação de significados entre o fazer da enfermagem e o fazer da mulher. Neste espaço social os estereótipos da profissão e da mulher se reforçam e se reproduzem através da omissão, mitos e preconceitos.

Nesta profissão feminilizada destacou-se a existência de um controle sexual das (dos) estudantes da enfermagem através da vigilância do comportamento, vestimenta e da estigmatização da sexualidade da enfermeira e do enfermeiro. Esse mecanismo mais que desvalorizar as(os) exercentes da enfermagem, demonstra que as qualidades destas profissionais passam pelo viés de um comportamento sexual e não da competência profissional.

A queixa, o lamento e referências negativas compõem um processo de auto-depreciação da aluna, professora, do curso e da profissão. Esse discurso demonstrou um sentimento de culpabilidade pela situação de subalternidade da enfermeira e uma dificuldade em se mobilizar para modificar as condições opressivas da profissão e da condição feminina no ensino do ENF/UCG, já que a culpa e o lamento, considerados expressões femininas, imobilizam o sujeito (FERNANDES, 1992).

O ensino ministrado articula as questões de gênero com a especificidade da enfermagem no cotidiano do curso, reproduzindo as relações desiguais de gênero vivenciadas por alunas e professoras, feminilizando atribuições das profissionais e internalizando uma posição de subalternidade e aceitação aos papéis designados às mesmas. Esta situação não persiste apenas como resultado da prática e ensino de enfermagem mas de aspectos externos, no sentido de manter a profissão em condição auxiliar, desvalorizada técnica e economicamente.

A caracterização feminina está sendo reforçada no cotidiano do curso e o ensino da profissão continua sendo dirigido às mulheres (ainda que nem todas as participantes do estudo concordem, há exclusão de homens). O exame das relações gênero permitiu visualizar o ensino e o fazer da enfermagem como femininos. Neste contexto educativo a mulher ou, principalmente suas características/atributos, passa a compor a profissão: daí a presença da mulher escondida na enfermeira.

Nesta investigação, a hierarquização de gênero existente na sociedade, que coloca a mulher em condição de subalternidade, foi pouco relatada por alunas e professoras, mesmo que a mudança dos papéis sexuais tenha sido descrita com nitidez pelas participantes. Ainda que acreditem que ocorreram mudanças, as atribuições de homem e mulher na sociedade foram coincidentes com a abordagem tradicional. Apesar disto, foram encontradas contradições relativas às características da enfermeira diplomada, ao modelo de enfermeira proposto, à formação acadêmica e ao processo avaliativo do ensino.

Se as relações entre homens e mulheres no curso e o modelo de ensino da enfermagem mostraram-se sexistas, a participação destas mulheres na esfera pública, nas entidades de classe das enfermeiras, bem como a busca de uma atitude ativa, o desejo de

conhecer e a capacidade de análise crítica indicam mudanças. Embora o contexto seja contraditório, aponta para além deste “laboratório de docilidade” e para a ‘descoberta’ da mulher neste curso de enfermagem. As contradições encontradas nesta investigação indicam diversas formas de resistência a esta docilidade. A mudança da inserção social da mulher na sociedade e a perspectiva de que a busca da cidadania feminina seja incorporada pela mulher-enfermeira podem contribuir para superar algumas subordinações e autoritarismos.

As relações de poder entre homens e mulheres nesta investigação foram mais visíveis entre médico-enfermeira do que dentro da própria profissão, talvez porque a medicina, sendo considerada culturalmente mais significativa que a enfermagem, ainda é tida como masculina. Ainda que poucas participantes não verbalizem diferenças e desigualdades entre homens e mulheres no curso, identificaram-se alguns mecanismos de exclusão do homem. O homem tem sido marginalizado de diversas formas no ensino de enfermagem: o curso parece voltar-se predominantemente às mulheres, há resistência por parte do usuário em ser atendido por enfermeiro-homem¹³⁹; são considerados homossexuais, colegas e professoras não acreditam que sejam capazes de executar as tarefas exigidas para o exercício profissional...

No curso, o homem não tem executado as mesmas tarefas que a mulher, o que pode indicar que, se por um lado o enfermeiro tem sido marginalizado, por outro o masculino é privilegiado, identificando diferenças quanto ao exercício do poder. Contraditoriamente, a presença do enfermeiro foi desejável devido às facilidades decorrentes da força física na

¹³⁹ Em algumas áreas, como ginecologia e obstetria, a presença do enfermeiro é considerada inadequada. Vale ressaltar que na medicina, a não aceitação nesta área costuma ser relativa a mulher- médica.

ortopedia, por exemplo. Esta abordagem sexista revelou um reforço de certas características masculinas dentro do exercício da enfermagem.

O contexto revela a coexistência de valores tradicionais e renovados, denunciados através de referências ambíguas e fragmentárias sobre homem e mulher. O ensino tem sido dirigido às mulheres mas, mesmo contraditoriamente, há desejos de ‘masculinizar-se’ para ter mais prestígio social. A marginalidade do homem na enfermagem moderna surgiu com as primeiras escolas e continua sendo reproduzida no ENF/UCG, assim como permanece a marginalidade desta profissão feminilizada no contexto da área da saúde.

Este estudo não pretendeu reduzir os problemas do ensino do ENF/UCG às relações de gênero, mas destacar como estas estão imbrincadas no ensino e na prática de enfermagem deste Departamento, ainda que o resultado seja a descoberta de que há uma mulher escondida na enfermeira, não só porque a base social da categoria seja composta por mulheres, mas porque há uma intencionalidade na formação das estudantes e na prática social da enfermeira, que faz com que esta profissão seja feminilizada, subordinada.

Enfim, constatando que elaborar esta investigação propiciou um repensar da postura desta aprendiz de investigadora - enquanto mulher, enfermeira, profissional de saúde e docente - nesta instituição de ensino, sugerem-se alguns elementos que possam contribuir para discussão sobre um (re)direcionamento das abordagens sobre gênero no ensino de enfermagem do ENF/UCG, quais sejam:

- a formação profissional deve ser permeada pela reflexão contínua entre estudantes e professoras, profissionais de enfermagem, usuários de serviço e outros profissionais da saúde;

- o processo de formação das enfermeiras que querem buscar uma prática profissional reconhecida e valorizada socialmente deve incluir, não somente sólido conhecimento técnico-científico específico da enfermagem, mas abordagens que contribuam para o desenvolvimento de críticas consistentes no exercício do ensino e da profissão de enfermagem;
- a explicitação do currículo oculto deve passar pela análise das relações que se estabelecem em sala de aula, pela forma e tipo de conteúdos apresentados, possibilitando ao aluno compreender e intervir no processo educacional. O aluno deve deixar de ser um ouvinte passivo e tornar-se um participante consciente e ativo, na construção de seu conhecimento;
- uma formação respaldada nas ciências sociais - ainda que a formação da enfermeira seja enraizada preponderantemente no biológico - pois a assistência de enfermagem abrange o indivíduo e a coletividade, muito além dos limites do biológico e fisiológico. A elucidação das condições econômicas, sociais e culturais favorece a reflexão sobre a totalidade social em que se inserem a enfermagem e o gênero;
- a incorporação curricular mais ampla da abordagem de gênero, ultrapassando a dimensão de uma disciplina isolada;
- criação de espaços (e/ou expandir os já existentes como o NEPSS) para alunas, professoras e profissionais estudarem e pensarem o seu fazer;
- mudanças na interação entre o ENF/UCG, os serviços de saúde e as entidades representativas dos usuários, no sentido de concretizar uma transformação da relação do Departamento com os campos de estágios, buscando estabelecer mecanismos para refletir

as relações entre estudante/professora/profissionais/usuários na práxis do trabalho. Com isto, a complexidade do social poderá ser sentida, vivenciada e refletida de forma mais globalizada, interdependente e interativa.

4.1. Refletindo sobre a trajetória metodológica percorrida.

Para apreender como o ensino de enfermagem ministrado no ENF/UCG articulava as questões de gênero com a problemática específica da enfermagem, utilizaram-se as categorias de raça/etnia, geração, classe social e gênero - definida *a priori* -, entendendo que as primeiras se realizam em uma sociedade dividida em classes sociais. Esta escolha possibilitou, para a pesquisadora, um outro conhecimento sobre o ENF/UCG e também como as relações de gênero permeiam o ensino e prática da enfermagem no curso. Estas categorias, particularmente a de gênero, contribuiu no sentido de desnaturalizar as categorias homem e mulher, ao rejeitar o determinismo biológico, enfatizar a perspectiva relacional e a escolha cultural na construção da masculinidade e feminilidade no ensino de enfermagem.

Considerando tratar-se de um primeiro trabalho científico desta pesquisadora, sendo participante do movimento feminista (grupo Oficina Mulher), docente neste Departamento e compondo as equipes do NEPSS e PIMEP, muitas vezes não foi possível o distanciamento necessário¹⁴⁰ mas, por outro lado, essa aproximação contribuiu para elucidar e compreender

¹⁴⁰ Entre outros aspectos, questionam-se se as entrevistas realizadas que não puderam ser aproveitadas neste trabalho – os dados foram insuficientes - devido a problemas relacionados à técnica (por exemplo: roteiro não adequado, técnica de aplicação do instrumento inadequada...) ou ao envolvimento pessoal da investigadora com o conjunto de professoras (es) do Departamento. A disputa pela hegemonia entre os docentes do ENF/UCG foi constatada nesta investigação, o que dificultou a postura da pesquisadora devido às relações cotidianas com as entrevistadas. Ainda que, a neutralidade na investigação não exista, é preciso persegui-la conforme consta nos manuais de metodologia científica. No caso, a postura da entrevistadora buscou dar conta de um distanciamento do objeto e sujeitos para enxergá-los de fora.

alguns aspectos deste cotidiano de ensino. A trajetória desta investigação foi permeada de riscos inerentes ao comprometimento da pesquisadora com a realidade dos pesquisados. Ao estudar o ensino de enfermeiras sabe-se tratar de um movimento precário e que não corresponde ao dinamismo das relações sociais na escola e da área de saúde que interfere diretamente na formação destas profissionais.

(Re)analisando os questionários utilizados verificou-se que algumas perguntas permitiram aproximar mais e outras menos do objeto de estudo. A forma de elaborar as perguntas talvez tenha dificultado às participantes fazerem abordagens sobre o objeto situado em um contexto sócio-econômico e cultural. A abordagem sobre a vida doméstica das participantes não constou nesta investigação¹⁴¹ e estas informações fizeram falta durante a análise dos dados.

Na trajetória metodológica ficou evidenciado, entre outras limitações, que o estudo permaneceu restrito ao espaço do Departamento, inclusive, a observação assistemática não aconteceu em campos de estágio. (Como as alunas selecionadas não fizessem estágio no momento da coleta de informações esta questão não foi considerada no momento das definições do desenho metodológico da investigação). Quanto aos sujeitos, a falta da fala do homem (explicitada no “percurso metodológico”), suas opiniões, sentimentos e vivências e a

¹⁴¹ Esta questão foi objeto de inúmeras reflexões antes e durante a elaboração do instrumento e foi sugerida a inclusão destes aspectos durante a validação do instrumento, a decisão da não inclusão aconteceu após muitas considerações da autora e orientadora sobre a pertinência e a possibilidade concreta de coletar mais informações em um instrumento que já estava bastante extenso. Sugere-se que este aspecto seja objeto de outros estudos. Mas resta perguntar se tal decisão foi sexista. Ou seja, a pesquisadora, ao tomar a decisão de não incluir o trabalho doméstico na investigação, considerou que as atividades públicas são mais importantes que as privadas, pois afinal são mais valorizadas socialmente.

inexistência de um olhar externo ao objeto, evidenciados na falta do discurso da equipe de enfermagem e multiprofissional, do(a) paciente e de ex-alunas(os), empobreceram os resultados.

Do ponto de vista da coleta de informações, os questionários (anexos 1 e 2) mostraram-se úteis, pela qualidade das respostas e liberdade de opinião que permitiu às participantes. Se, por um lado, a quantidade de informações resultantes da extensão e números de participantes do estudo dificultou o manuseio, por outro lado, enriqueceu o trabalho pela diversidade. Na análise, os dados quantitativos contribuíram para indicar as predominâncias e identificar a existência de movimentos contrários não antagônicos, demonstrando as contradições presentes no curso.

Neste estudo de caso as questões metodológicas fizeram-se presentes em todo o processo de investigação; cada passo foi marcado por difíceis opções, pois envolviam “parte e todo”, “passado e presente”, “qualidade e quantidade”, “teoria e empiria” e “método de investigação e método de exposição”. A inexperiência metodológica da investigadora, aliada aos poucos estudos sobre gênero e classes sociais na enfermagem, com certeza provocaram equívocos na trilha metodológica percorrida e na apresentação do trabalho ao leitor.

A experiência da investigação foi longa, dolorosa, mas também enriquecedora. A certeza que fica é a de que o processo de busca do conhecimento apenas se iniciou, há um longo caminho a percorrer, ainda que o prazer da leitura, descoberta intelectual, argumentação... e até o exercício de escrever (embora haja necessidade de muito aperfeiçoamento) já tenham se incorporado ao modo de vida desta mestranda.

Quanto à elaboração da dissertação, ainda permanecem dúvidas no tocante à pertinência do tema, objeto, sujeitos, como também a presença de lapsos e interpretações

inadequadas, inclusive, quanto à consistência da argumentação e da finalização. Ao encerrar este trabalho de mestrado, percebe-se que a ambição primeira, desta pesquisadora iniciante, foi “otimista” - ainda que seja difícil pensar que haja uma abordagem que “dê conta” de aspectos tão dinâmicos e mutáveis como o objeto em estudo - à medida que a apreensão da realidade é fugidia, não permitindo ao pesquisador apropriar-se dos seus múltiplos aspectos.

Ainda assim, sugere-se a continuidade da investigação desta temática, abordando outros aspectos, como:

- privilégio/discriminação dos homens-enfermeiros no ensino e prática de enfermagem ;
- as dificuldades que as mulheres enfermeiras enfrentam no exercício profissional e como as mesmas incidem sobre a qualidade de suas vidas e em sua saúde;
- o lugar destinado ao gênero nos programas de saúde e na assistência de enfermagem;
- a busca, pela enfermeira, da cientificidade e a contribuição desta para a desumanização da assistência de enfermagem;
- o discurso de des-valor dominante sobre a enfermagem (discurso reproduzido por estudantes, professoras e profissionais e outras pessoas);
- a estruturação do cotidiano das (os) estudantes, professoras (es) à inclusão do trabalho/estudo, cuidado com a vida pessoal e familiar, o lazer e o prazer.

Concluindo, entende-se que este estudo de caso possui particularidades próprias do ENF/UCG, no entanto acredita-se que as análises realizadas e, particularmente, o enfoque de gênero nas escolas de enfermagem brasileiras podem contribuir para explicitar “o fazer” da enfermeira e “o emergir” de uma enfermeira-sujeito comprometida com transformações dentro dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, S.E.A. de. *A criação da Faculdade de Filosofia "Bernardo Sayão" e o Protestantismo*. Goiânia, 1997. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás.
- ABURDENE, P. & NAISBITT, J. *Mega Tendências para as Mulheres*. Rio de Janeiro: Rosa do Tempo.. 1993.
- AGENTES DE PASTORAL NEGROS. *Mulher negra: resistência e soberania de uma raça*. Petrópolis. Vozes. 1990. 55p
- AIRES, E.C. *Memórias do Ensino de Enfermagem em Goiás*. Goiânia 1985. Monografia (Especialização). Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás. (Mimeo)
- ALCÂNTARA, G. *A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira*. Ribeirão Preto. 1963. Tese (Cátedra de História da Enfermagem e Ética). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ALMEIDA, M.C.P. de & ROCHA, J.S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986. 128p.
- ANACLETO, R. & BATISTA, I. *Histórico da Escola de Enfermagem Cruzeiro do Sul*. Rev. Bras. Enf. Rio de Janeiro. v. 16 n 2 . 92-4 . 1963
- ATAÍDES, J.M. Damiana da Cunha: Quem é esta Mulher ? IN: *Estudos* Revista da UCG. Goiânia. v.21. n112. 1994. 45-50 p.
- BADINTER, E. (coord.) *O que é uma mulher*. Rio de Janeiro: Nova fronteira. 1989. 138p.
- _____. *XY : Sobre a Identidade Masculina*. 2 ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1993.

- _____ & FRIEDAN, Betty. Os Novos Rumos das relações entre homens e mulheres. IN: *Jornal A folha de São Paulo*. WORD MEDIA. Especial sobre a mulher. São Paulo. 08.nov.1994. p. A 4-5. (entrevista)
- BALDINO, J.M. *Ensino Superior em Goiás em tempos de Euforia. Da desordem aparente à expansão ocorrida na década de 80*. Goiânia, 1991. Dissertação de (Mestrado). MEEB. Universidade Federal de Goiás. 1992.
- BARBIERI, T. Y. & OLIVEIRA, O. Nuevos sujetos sociales: la presencia política de las mujeres en América Latina. IN : *Estudios sobre la mujer; problemas teóricos* - Nueva antropología - Revista de Ciências Sociales (numero especial doble) - México. UAM. 1986 v. VII n. 30 . 5 a 30 p.
- BEAUVOIR, S. de. *O Segundo Sexo: Fatos e Mitos*. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BENHABIB, S. & CORNELL, D. (coord.) *Feminismo como Crítica da Modernidade: Releitura dos Pensadores Contemporâneos do Ponto de Vista da Mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1987 (Trad. Nathanael da Costa Caixeiro).
- BORGES, S.M.N. Maternidade e mães. IN: LABRA, M.E. *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis. Vozes/ABRASCO. 1989. 57-68 p. (Coleção Saúde e Realidade Brasileira)
- BORIS, G.D.J.B. *Do mal – estar masculino na contemporaneidade*. Fortaleza.1998.(mimeo)
- BREILH, J. *Genero entre fuegos: ineguidad y esperánza*. Quito. Centro de Estudios y asesoria en salud. 1996 (série “mujer” n 4) 330 p.
- BRITTO, Célia coutinho Seixo de. *A mulher, a história e Goiás*. 2 ed. Goiânia. Unigraf. 1982.
- BRUSCHINI , C. *Mulher e Trabalho: Uma Avaliação da Década da Mulher*. São Paulo. Nobel, 1985.
- _____. *Tendências na força de trabalho feminino brasileira nos anos 70 e 80: Algumas comparações regionais*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas,1988.

- _____ & SORJ, B. (orgs). *Novos Olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil*. São Paulo, Fundação Carlos Chagas/ Marco Zero. 1994. 285 p.
- BUARQUE, C. M.. A culpa como matéria de desconstrução do feminino. IN: *Mandrágora: Direitos reprodutivos, religião e ética*. São Paulo. 1997. p.77-84
- CAIXETA, A.P. *Aspectos Históricos da ABEn-Seção Goiás no período de 1969 a 1997*. Goiânia, 1997. Monografia (Graduação em enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Católica de Goiás.
- CAMPOS, I. F. *O Sindicato dos enfermeiros de Goiás*. Goiânia, 1997. Monografia (Graduação em enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Católica de Goiás.
- CASTRO, I.B. Prefácio à edição brasileira. IN: NIGHTINGALE, F. *Notas sobre enfermagem: o que é o que não é*. São Paulo: Cortez/ ABEn CEPEN, 1989
- CASTRO, M.G. A dinâmica entre classe e gênero na América Latina; apontamentos para uma teoria regional sobre gênero. IN: *Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Mulher e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991. 39-69 p.
- _____. O Conceito de Gênero e as Análises Sobre Mulher e Trabalho: Notas Sobre Impasses Teóricos. *CAD. Cri*, Salvador: (17):80-105,1992.
- _____. Gênero, Raça/Etnicidade, Trabalho e Sindicalismo no Brasil: uma agenda para o futuro. IN: *Estudos de Gênero*. Goiânia: UCG/Programa Interdisciplinar da Mulher. - Estudos e Pesquisa. (Caderno de Área; 4) 1996. 15-46 p.
- _____ & LAVINAS, L. Do feminino ao gênero: a construção de um objeto. IN: COSTA, A. O. BRUSCHINI, C. (orgs). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosas dos Tempos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas.1992 p. 216-251.
- CAVALCANTE, Ricardo de C. Identidade e Papéis Sexuais. IN: CAVALCANTE, R. *Saúde Sexual & Reprodutiva*. s/cidade. s/ ed. 1991. p. 227-242.

- CHAUÍ, M.S. *Vida e Obra de Rousseau*. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (trad. Lourdes Santos Machado) (Coleção os Pensadores).
- COFEN Conselho Federal de Enfermagem e ABEN Associação Brasileira de Enfermagem. **Enfermagem no contexto institucional - O exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde no Brasil/1982-1983**. Rio de Janeiro: 1986. v. I e II.
-
- Normas e Notícias. *Lei do Exercício Profissional* n 7.498/86. Publicação Oficial do Conselho Federal de Enfermagem, ano X, jul. 1987.
- COMÊNIO, J. A. *Didáctica Magna*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1957.
- COOK & SELTZER, W. *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais: Medidas na pesquisa social*. (trad. Maria Martha Hubner d'Oliveira, Mirian Marinotti del Rey); - 2 ed. São Paulo: EPU, 1987. V. 2. 133 p.
- COSTA, A. de O., BARROSO, C. & SARTI, C. *Pesquisa Sobre Mulher no Brasil - do limbo ao guto?* Cadernos de Pesquisa, (54), São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Cortez. 1985, p. 5-15.
-
- & BRUSCHINI, C. (orgs). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosas dos Tempos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas. 1992
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. *Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção à saúde da mulher*. São Paulo. 1996. Dissertação (Mestrado) Faculdade de medicina. Universidade de São Paulo. 193p.
- DONNANGELO, M.C.F & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1976. p.124.
- DORIA, A.R. Representar um corpo. Individualidade e "alma coletiva" nas lutas pelo sufrágio. IN: GROPPI, A & BONACHI, G. *O Dilema da Cidadania. Direito e Deveres das Mulheres*. São Paulo: UNESP. 1995. 109-128 p.
- DUTRA, M.G. *Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo*. Goiânia. 1998. Monografia (Graduação em enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Católica de Goiás.

- EPSTEIN, A. *Interação Efetiva na Enfermagem*. São Paulo: Epu/Edusp, 1977.
- ERIKSON, E. H. *Identidade, Juventude e Crise*. 2 ed. Rio de Janeiro. Zahar, 1976
- FERNÁNDEZ, A. *A Mulher Escondida na Professora: Uma Leitura Psicopedagógica do Ser Mulher, da Corporalidade e da Aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1994. 182 p. (Trad.: Neusa Kern Hickel. Título original: la sexualidad atrapada de la señorita maestra.)
- FERREIRA, A.B.H. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 1975.
- FONSECA, R.M.G.S. da *Classe social, gênero e processo saúde-doença da mulher: o saber da enfermagem*. Projeto de Pesquisa. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP. 1995. (Mimeo).
- _____. *Mulheres e Enfermagem: uma construção generificada do saber*. São Paulo. 1996. Tese (de Livre Docência). Escola de Enfermagem da USP.
- FONSECA, T.M.G. De Mulher a Enfermeira: Conjugando Trabalho e Gênero. IN: WALDON, V.R., LOPES, M.J.M & MEYER (Orgs.). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *O nascimento da clínica*. (Trad. Roberto Machado). 2 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. 241 p.
- _____. *História da sexualidade. I: A vontade de saber*: (trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e Guilhon Albuquerque). 9 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FREITAS, R.A.M. da M. *A criança concreta e a criança representada: desvelando as representações sociais das enfermeiras*. Goiânia. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação. Dissertação (mestrado). 1997.

- _____ & LOURES, M. de C. Relatório das Atividades Desenvolvidas no Primeiro Semestre de 1997 - Subprojeto: *A Enfermagem e a Saúde Pública em Goiás*. (1930-1995). Goiânia. NEPSS-ENF. 1997.
- GASTALDO, D.M. & MEYER, D.E. *A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento*. Rev. Bras. de Enf, v.42, n 1-4, jan/dez 1989.
- GERGEN, M.C. *O Pensamento Feminista e a Estrutura do Conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.
- GERMANO, R.M. *Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez. 1983.
- GIFFIN, K.M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. IN: GIFFIN, K.M. *Cadernos de Saúde Pública* (Mulher e Sociedade). Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ. v. VII – n.2 ABR/Jun. 1991. 190-200p.
- _____. Estudos de Gênero e Saúde Coletiva: teoria e prática. *Saúde em Debate* n.46 . 1995. p. 29-33.
- GIOVANINI, T. et alii. *História da Enfermagem: Versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter. 1995.
- GOIÂNIA. Arquidiocese de Goiânia. *Arquidiocese se posiciona em favor da vida de todos*. Goiânia, 1984. p.139-42 (mimeo)
- GOIÂNIA. *PAISMC: o que pensamos dele*. Grupo Feminista “Eva de Novo”. Goiânia, 1984 (mimeo)
- GOMES, L.M. *Aspectos históricos da ABEn Seção Goiás no período de 1948 a 1969*. Goiânia, 1997. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Católica de Goiás.
- GÓMEZ, E. *Genero, mujer y salud en las américas*. Washington. Organização Pan-Americana de Saúde. 1993.

- GOMÁRIZ, E. Los estudios de genero y sus fuentes epistemologicos: periodizacion y perspectivas. *Isis Internacional*. Chile. 1992. Ediciones de las mujeres n. 17.
- GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e Organização Social das práticas da saúde: características tecnológicas do trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. USP. 1986. Teses (Doutoramento)
- GROPPI, A. & BONACHI, G. e. *O Dilema da Cidadania. Direito e Deveres das Mulheres*. São Paulo: UNESP. 1995. 109-128 p.
- GROSHOL Z, E. Mulheres, história e deliberação prática. IN: GERGEN, M.C. *O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1993. 199-208 p.
- GUIMARÃES, C.M. *A saúde pública no estado de Goiás: Políticas e formação profissional (1930-1995)* - Goiânia: NEPSS-ENF. 1996 (relatório parcial mimeografado)
- _____. *A pós-graduação stricto sensu em saúde coletiva no Brasil e os programas de enfermagem nesta área do conhecimento*. Ribeirão Preto, 1994. Trabalho de investigação (pós-doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo.
- HEILBORN, M. L. Fazendo Gênero? A antropologia da Mulher no Brasil. IN: COSTA, A. O. e BRUSCHINI, C. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas. 1992. 93-126p.
- _____. De que Gênero Estamos Falando? IN: *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, Ano 1, Número 2, Dez 1994.
- HIRATA, H. & KERGOAT, D. A Classe Operária Tem Dois Sexos. IN: *Estudos Feministas*. CIEC/ECO/UFRJ. v. 2. n. 3. 1994. p. 93-100.
- HOBBSAWM, F. *Era dos Extremos: O breve século XX*. Trad. Marcos Santarrina, São Paulo: Companhia das Letras. 1995.
- HOLLANDA, H.B. de. Os estudos sobre mulher e literatura no Brasil: uma primeira avaliação. IN: COSTA, A. O. e BRUSCHINI, C. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas. 1992. 54-92p.

- HORKHEIMER, M. *Eclipse de razão*. Rio de Janeiro: Labor do Brasil, 1976.
- IBAM- INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. *Campanha mulheres sem medo do poder: Historias e Etapas*. Rio de Janeiro. 1996.(Mimeo)
- IBASE/PROJETO NEGRO. *Negros no Brasil: Dados da Realidade*. Petrópolis, Vozes, 1989.
- ILLICH, Ivan. *A Expropriação da Saúde*. Nemesis da Medicina. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KOFFES, S. Categoria Analítica e Empírica, Gênero e Mulher: Disjunções, Conjunções e Mediações. IN: *Cadernos Pagu*, n.1. IFCH/UNICAMP, 1992.
- LABRA, M.E. (org.) *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis. Vozes/ABRASCO. 1989 (Coleção Saúde e realidade Brasileira).
- LAMAS, M. La Antropología Feminista y la categoria "Gênero" IN: LAMAS, M. (org.). *El genero: la construccion cultural de la diferencia sexual*. México: UNAN/PUEG, 1996. p. 97-125.
- LARANJEIRAS, S.M.G. *Classes e Movimentos Sociais na América Latina: Questões para Debate*. São Paulo. HUCITEC. 1990. p.19-32.
- LEOPARDI, M.T. *Entre a moral e a técnica: ambiguidades dos cuidados da enfermagem*. Florianopolis. UFSC. 1994. 115p.
- LIBÂNEO, José Carlos . *Didática*. São Paulo: Cortez, 1992. (Coleção Magistério. Série formação do professor). 261p.
- LIEDKE, E.R. Inovação tecnológica e ação sindical nas indústrias metalo-mecânica e eletro-eletrônica no Rio Grande do Sul. *Educação & Sociedade*: Revista de Ciência da Educação/Centro de Estudos de Educação e Sociedade (CEDES), n. 41 v.1, Campinas Papyrus, 1992 p. 28-50.
- LIMA, M.J. *O que é Enfermagem*. São Paulo: Brasiliense, 1996.

- LOBO, E.S. Mulheres, Feminismo e Novas Práticas Sociais. *Revista de Ciências Sociais*, 1, v. 1. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1987.
- _____. *A Classe Operária tem dois Sexos. Trabalho, dominação e resistência*. São Paulo: Brasiliense/Secretaria Municipal de Cultura. 1991, p.269.
- LOPES, M.J.M. *O trabalho da enfermeira: Nem público nem privado - feminino, doméstico e desvalorizado*. Porto Alegre: Dissertação (Mestrado). Instituto de Sociologia da Indústria, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1987. 157 p.
- _____. *Os cuidados: imagens e realidades*. Paris, 1993. Tese (doutorado) Universidade Denis Diderot.
- _____. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. IN: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M e MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar. Maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- _____. O sexo do hospital. IN: WALDON, V. R. , LOPES, M.J. & MEYER, D.E. (org) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.76-105
- LOYOLA, C.M.D *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984.
- _____. *Os docé(i) s corpos do hospital. As enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar*. Rio de Janeiro: UFRJ. 1987.
- LUNARDI, V.I. *Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira*. Porto Alegre: UGRGS, 1994. 270 p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MACHADO, L. Z. Feminismo, Academia e interdisciplinaridade. IN: COSTA, A. de O. & BRUSCHINI, C. *Uma questão de gênero*. (org.) Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. 24-38 p.
- MACHADO, M.H. A mão-de-obra feminina no setor saúde no Brasil. IN: LABRA, M. E. (org.) *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Vozes. Rio de Janeiro: 1989. 119-134 p.

- _____. La Mujer y el Mercado de Trabajo en el Sector de la Salud en las Américas. Hegemonia Femenina? IN: GÓMEZ, E. *Genero, mujer y salud en las américas*. Washington. 1993.
- MANZOLLI, M.C. et alii. *Caracterização do estudante de enfermagem*. Enf. Nova Dimensão. São Paulo, 3(4): 206-214, jul/ago, 1997.
- MARTINS, C.A. *O Perfil do Estudante de Graduação em Enfermagem da Instituições Públicas e Privadas de Goiânia-Go*. Rio de Janeiro: 1990. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MATOS, M.L.S. Experiências Femininas e Tradições Disciplinares na Ciência e na Academia: *Desafios e Perspectivas*. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 1994.
- _____. Gênero: Trajetórias, desafios e perspectivas na Historiografia contemporânea. *Boletim Cehila* nº 50, SET. 1994 - MAIO. 1995 (mimeo).
- MEAD, M. *Sexo e temperamento*, São Paulo: Perspectiva, 1969.
- _____. *Macho e Fêmea*, Rio de Janeiro: Vozes. 1971.
- MERHY, E.E. *O Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo*. 2 ed. Campinas, São Paulo: Papius, 1994.
- MEYER, D. *Reproduzindo relações de poder de gênero e de classe no ensino da enfermagem*. Porto Alegre, Dissertação (mestrado).UFRGS, 1991.
- MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992. p.89-104.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *As bases programáticas para Implantação do PAISM*. Brasília. 1986.
- MIRANDA, C.M.L. O discurso da sexualidade como eixo de instrução da Enfermagem Moderna. Londrina: *Saúde em Debate*, nº 36, 1992 p. 73-75.

- MORAWSKI, J.G. Impasse no Pensamento Feminista? IN: GERGEN, M.C. *O Pensamento Feminista e a Estrutura do Conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.
- MURARO, R.M. *Sexualidade da Mulher Brasileira – Corpo e Classe Social no Brasil*. Petrópolis. Vozes. 1983. 501p
- NAKAMAE, D.D. *Perfil do estudante de enfermagem*. São Paulo: (Dissertação de Mestrado) - Escola de Enfermagem da USP. 1976.
- _____. *Novos Caminhos da Enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão*. São Paulo: Cortez. 1988.
- NASCIMENTO, E.R. *Gênero e Enfermagem*. Salvador: Positiva. 1996. 100p.
- NAVARRO, V. *La medicina bajo el capitalismo: Una alternativa a la organización de la sanidad en los países capitalistas*. Crítica. Espanha: 1979. 285 p.
- NIGHTINGALE, F. *Notas sobre enfermagem: o que é e que não é*. Prefácio de Ieda Barreira e Castro. (Trad. Amália Correa de Carvalho). São Paulo: Cortez, Ribeirão Preto: Aben-Cepen, 1989, 174 p.
- NÓBREGA, s.m. *Enfermagem: a prática da profissão e a ideologia da submissão*. Fortaleza. 1991. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Ceará.
- NOLASCO, S. (org.) *Desconstrução do Masculino*. Rio de Janeiro. Rocco. 1995. P.15-29
- NUNES, Everardo D. Tendências e Perspectivas em Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Uma visão geral. In: NUNES, E.D. (org). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985. P. 29-79.
- NYE, A. *Teoria Feminista e as Filosofias do Homem*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/Record.1995. 284 p. (Trad.. Nathanael Caixeiro. Título original: feminist theory and the philosophies of man).

- OLIVEIRA, E.M. de, O gênero na saúde: auto determinação das mulheres. IN: *Mandrágora: Direitos Reprodutivos, religião e ética*. São Paulo: UMESP - Universidade Metodista de São Paulo, 1997, p.17-27.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, *IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing, China –1995*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 1996.352p.
- PALACIN, L. & MORAIS, M. *História de Goiás (1722-1972)*. 6 ed. Goiânia: Ed. da UCG, 1980.
- PALLARES-BURKE, Maria L. G. Ousadia Feminina e a Ordem Burquesa. IN: *Estudos Feministas*, CIEC/ECO/UFRJ. v.1 n 2. 1997.
- PATTO, M.H.S. *A Produção do Fracasso Escolar. Histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Queroz. 1993. 385p.
- PEREIRA, Wilza Rocha. *A enfermeira e o seu fazer: uma abordagem sob a perspectiva do gênero*. Ribeirão Preto: 1995. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP.
- PINTO, Céli Regina. Movimentos Sociais; Espaços privilegiados da mulher enquanto sujeito político. IN: COSTA, Albertina de Oliveira e BRUSCHINI, Cristina. Org. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. São Paulo: Carlos Chagas, 1992.
- PIRES, D. *Hegemonia Médica na Saúde e na Enfermagem*. Brasil: 1500 a 1930. São Paulo, Cortez, 1989.
- PITANGUY, J. Medicina e bruxaria: algumas considerações sobre o saber da feminino. IN: LABRA, M. E. (org.) *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes. 1989. 39-44 p.
- PONTE, V.M.D. Estruturas e Sujeitos na análise da América Latina. IN: LARANJEIRAS, S. (org.) *Classes e Movimentos Sociais na América Latina*. São Paulo: HUCITEC, 1990 p.270-285.

- RAPOLD, Dora. Movilizações femininas: un ensayo teórico sobre sus condiciones y orígenes. IN: *Nueva Antropología*, Revista de de ciencias sociales vol.VIII, nº 30 Mexico, 1986. CONACYT e Universidad Autónoma Metropolitana.
- RAGO, M. Movimentos Sociais e Relações de Gênero. IN: *Estudos de Gênero*. Goiânia: ed. UCG, Programa Interdisciplinar da Mulher. Estudos e Pesquisa (Caderno de Área; 4) 1996. 57-64 p.
- REVISTA GOIANA DE MEDICINA. *A Associação Médica de Goiás e a Faculdade de Medicina* Vol.1 jul. Ago. Set. de 1960. N 1 . Associação Médica de Goiás
- RIBEIRO, Zilda Fernandes. *A Mulher e seu Corpo. Magistério Eclesiástico e Renovação da Ética*. São Paulo. Tese (doutoramento) apresentada na Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção. 1996 . 202 p.
- ROCHA, M.J.P. La *Sexualidad Feminina: Su Configuración, el género, las esferas públicas y privadas en la Colonia Hornos*. Tesis de Mestrado. México. 1992.
- _____ & BICALHO, E. *Luta e Resistência de Mulheres em Goiás*. PIMEP. UCG . Goiânia. 1996 (Mimeo)
- ROCHA, S. M. de M. *O Processo de Trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento*. Tese de livre-docência. Universidade de São Paulo, 1990, 177 p.
- RODRIGUES, A. & YANNOULAS, S. C. *Gener-idade. Primeiras aproximações sobre estudo do gênero na infância*. Brasília. 1994 (mimeo)
- ROSEMBERG, F. *Diagnóstico sobre a educação da mulher no Brasil*. São Paulo: CECF, 1985. 146p.
- _____. Educação Formal e Mulher: Um balanço parcial da bibliografia. IN: COSTA, A. O. e BRUSCHINI, C. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas. 1992. 151-182p.

- _____, PINTO, R. , NEGRÃO, E. V. *A educação da mulher no Brasil*. Teses Educação 8. São Paulo; Global, 1982.
- ROUSSEAU, J.J. *Emílio ou da Educação*. (Trad. Sérgio Milliet.) . Rio de Janeiro: Bertand. 1992. 581p.
- RUBIN, Gayle. *O tráfico de mulheres. política econômica do sexo*. Recife. SOS Corpo - Gênero e Cidadania. 1990.
- SADER, E. & PAOLI, M.E. *Sobre "classes populares" no pensamento sociológico brasileiro*. 1988 (mimeo). 67p
- SAFFIOTI, H. I.B.A. *Mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. 2 ed. Petropolis. Vozes. 1979. 173 p.
- _____. Rearticulando gênero e classe social. IN : COSTA, A.O. & BRUSCHINI, C. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 183-215.
- SANTOS, A . M.. *A medicina e a saúde no Estado de Goiás – 1930 a 1995*. Relatório de Pesquisa. UCG. Goiânia. 1997 (mimeo)
- SANTOS, M.L.S.C. *A percepção das enfermeiras sobre o comportamento sexual do paciente hospitalizado*. Rio de Janeiro: 1992. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SARTI, C. Trabalho Feminino: de olho na literatura. IN: *Literatura Econômica* - INPES Instituto de Planejamento Econômico e Social, Rio de Janeiro: INPES, 7(1), p. 1-196, 1985.
- SAU, V. *Um Dicionário Ideológico Feminista*, Barcelona. Icaria totum revolutum. 1981.
- SAVIANI, D. 1984. *A filosofia da educação no Brasil e sua veiculação pela Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos. Brasília, 65 (150): 273-90, maio/ago. 1984.

- SCHOTT, R. *Eros e os processos cognitivos. Uma crítica da objetividade em filosofia*. Rio de Janeiro. Record e Rosa Dos Tempos. 1996. 285p.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. V. 16 (2), 1990.
- SILVA, E. A. *Aspectos históricos do Hospital das Clínicas*. Goiânia, 1998. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Católica de Goiás.
- SILVA, G.B. *Enfermagem Profissional: Análise Crítica*. São Paulo, Cortez, 1986
- SILVA, N. F. *A prática da enfermagem na Bahia: contribuição ao estudo do trabalho dos professores de enfermagem de nível superior*. Salvador: Gráfica Central, 1987.
- SILVA, M.T.N.; COMINO, L.B.S. , Legislação e Sindicalismo, Sindicato dos Enfermeiros: um avanço ou um equívoco da categoria? IN: XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, Tema III, São Paulo, 1983. *ANAIS*. São Paulo, Associação Brasileira de Enfermagem 1983.p. 126-34.
- SILVA, G.B. da.et al. Introdução à análise das transformações na prática de enfermagem no Brasil, no período de 1920-1978. *Rev. Medicina*, 17 (1-2): 35-47, 1984.
- SILVA, D.C. & CUNHA, M.L.F.M. O Estudante de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás: Uma abordagem das condições socioeconômicas e intelectuais. Goiânia 1992. (mimeo)
- SOARES , Vera. Movimento Feminista - Paradigmas e Desafios. IN: *Revista Estudos Feministas*. N. Especial. Rio de Janeiro. CIEC/UFRJ. 1994. p.11-24
- SOBRAL, V.R.S. *A purgação do desejo: memórias de enfermeiras*. Tese Doutorado. Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1994.
- SORJ, Bila. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. IN: COSTA, Albertina de Oliveira & BRUSCHINI, Cristina. Org. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. São Paulo: Carlos Chagas, 1992. 15 a 23 p.

- TARTAGLIA, N.M.N. *Enfermeiras entendem de sindicato?* Porto Alegre, 1992. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- TOSCANO, M. e GOLDENBERG, M. *A revolução das Mulheres*. Um balanço crítico do feminismo no Brasil. Rio de Janeiro: Revan. 1992. 117p.
- TRIVINÔS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas. 1987.
- VAISTSMAN, J. Saúde da Mulher Brasileira. IN: LABRA, M.E. (orgs.) *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis. Vozes/ABRASCO. 1989 (Coleção Saúde e realidade Brasileira).
- VAZ, J. C. de L. S. J. *Jesuítas - 25 anos em Goiânia* no Jornal O POPULAR em 09 SET 1979, p.17
- VILLELA, W. *Mulher e Saúde Mental: Da Importância do Conceito de Gênero na Abordagem da Loucura Feminina*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da USP, Dept. Medicina Preventiva. São Paulo. 1992.
- WALDOW, V.R. A opressão na enfermagem: um estudo exploratório. IN: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. (org.) *Gênero & Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas. 1996. (série enfermagem). 106-132p.
- WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. (org.) *Gênero & Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas. 1996. (série enfermagem). 156p.

ANEXO I-
QUESTIONÁRIO DESTINADO AS (OS) PROFESSORAS(ES)

Número de Identificação:

Data::

I – CARACTERIZAÇÃO

1 – Sexo () Masculino () feminino

2 – Cor: _____

3 – Idade: _____

4 - Religião: _____

5 - Como você classifica sua condição social?

Baixa () média-baixa () média () média-alta () alta ()

6 – Qual é a sua renda familiar, em salários mínimos?

Menos de 3 () 3-5 () 5-10 () 10-15 () 15- 20 () acima de 20 ()

7- Quantas pessoas usufruem o rendimento salarial familiar citado?

8 – Preencha os itens relacionados a sua situação profissional

Informações	Instituição I	Instituição II	Instituição III
--------------------	----------------------	-----------------------	------------------------

Nome da Instituição

Tempo de Serviço na mesma

Carga Horária Semanal

Função

Cargo

Renda Mensal

17 – Coloque M para as características masculinas e F para as femininas. No curso de enfermagem o emprego dos adjetivos abaixo é direcionado para caracterizar o gênero masculino ou feminino?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> timidez | <input type="checkbox"/> agressividade |
| <input type="checkbox"/> recato | <input type="checkbox"/> audácia |
| <input type="checkbox"/> sedução | <input type="checkbox"/> conquista |
| <input type="checkbox"/> instabilidade | <input type="checkbox"/> frieza |
| <input type="checkbox"/> prudência | <input type="checkbox"/> segurança |
| <input type="checkbox"/> insegurança | <input type="checkbox"/> rudeza |
| <input type="checkbox"/> suavidade | <input type="checkbox"/> intelectualidade |
| <input type="checkbox"/> afetividade | <input type="checkbox"/> racionalidade |
| <input type="checkbox"/> improvisação | <input type="checkbox"/> autoridade |
| <input type="checkbox"/> dependência | <input type="checkbox"/> força |
| <input type="checkbox"/> passividade | <input type="checkbox"/> independência |
| <input type="checkbox"/> espontaneidade | <input type="checkbox"/> ----- |
| <input type="checkbox"/> intuição | <input type="checkbox"/> ----- |

18 – Para responder esta questão assinale da seguinte forma:

0 = Esta qualidade ou atributo nunca foi abordado no curso.

1 = Esta qualidade ou atributo foi abordado no curso, mas não conta ponto para a avaliação.

2 = Esta qualidade ou atributo é considerado como ponto para a avaliação

O curso de graduação em enfermagem ensina que as(os) enfermeiras(os) devem ter as seguintes qualidades ou atributos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paciência | <input type="checkbox"/> abnegação |
| <input type="checkbox"/> Disciplina | <input type="checkbox"/> higiene |
| <input type="checkbox"/> Discrição | <input type="checkbox"/> honestidade |
| <input type="checkbox"/> Alegria | <input type="checkbox"/> seriedade |
| <input type="checkbox"/> Ternura | <input type="checkbox"/> piedade |
| <input type="checkbox"/> Sinceridade | <input type="checkbox"/> docilidade |
| <input type="checkbox"/> Confiabilidade | <input type="checkbox"/> presteza |
| <input type="checkbox"/> Bom-senso | <input type="checkbox"/> minuciosidade |
| <input type="checkbox"/> Competência | <input type="checkbox"/> capacidade |
| <input type="checkbox"/> inteligência | <input type="checkbox"/> ----- |
| <input type="checkbox"/> ----- | <input type="checkbox"/> ----- |

19 – Coloque a letra **P** para as(os) professoras(es) e a letra **A** pra as (os) alunas(os). Você acha que a maioria dos professores e alunos desta escola participam:

- () () Associação Brasileira de Enfermagem /Goiás
 () () Sindicato dos enfermeiros de Goiás
 () () Congressos Brasileiros de enfermagem
 () () Eventos Científicos
 () () Eventos Culturais

20 – Coloque **H** para enfermeiro e **M** para enfermeiras. Na sua opinião quais características, devem prevalecer no exercício da enfermagem.

- | | |
|-------------------|----------------------|
| () timidez | () recato |
| () sedução | () instabilidade |
| () prudência | () insegurança |
| () suavidade | () afetividade |
| () improvisação | () dependência |
| () passividade | () espontaneidade |
| () intuição | () agressividade |
| () audácia | () conquista |
| () frieza | () segurança |
| () rudeza | () intelectualidade |
| () racionalidade | () autoridade |
| () força | () independência |

21 As(Os) enfermeiras(os) dos anos 90 tem mais autonomia que as(os) dos anos 60? Por quê?

ANEXO II**QUESTIONÁRIO DESTINADO AS (OS) PROFESSORAS(ES)**

Número de Identificação:

Data::

I – CARACTERIZAÇÃO

1 – Sexo () Masculino () feminino

2 – Cor: _____

3 – Idade: _____

4 – Religião: _____

5 - Como você classifica sua condição social?

Baixa () média-baixa () média () média-alta () alta ()

6 – Qual é a sua renda familiar, em salários mínimos?

Menos de 3 () 3-5 () 5-10 () 10-15 () 15- 20 () acima de 20 ()

7 – Quantas pessoas usufruem o rendimento salarial familiar citado?

8 – Preencha os itens relacionados a sua situação profissional

Informações	Instituição I	Instituição II	Instituição III
Nome da Instituição			
Tempo de Serviço na mesma			
Carga Horária Semanal			
Função			
Cargo			
Renda Mensal			

9- Você estuda em qual escola: UFG () UCG ()

17 – Coloque **M** para as características masculinas e **F** para as femininas. No curso de enfermagem o emprego dos adjetivos abaixo é direcionado para caracterizar o gênero masculino ou feminino?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> timidez | <input type="checkbox"/> agressividade |
| <input type="checkbox"/> recato | <input type="checkbox"/> audácia |
| <input type="checkbox"/> sedução | <input type="checkbox"/> conquista |
| <input type="checkbox"/> instabilidade | <input type="checkbox"/> frieza |
| <input type="checkbox"/> prudência | <input type="checkbox"/> segurança |
| <input type="checkbox"/> insegurança | <input type="checkbox"/> rudeza |
| <input type="checkbox"/> suavidade | <input type="checkbox"/> intelectualidade |
| <input type="checkbox"/> afetividade | <input type="checkbox"/> racionalidade |
| <input type="checkbox"/> improvisação | <input type="checkbox"/> autoridade |
| <input type="checkbox"/> dependência | <input type="checkbox"/> força |
| <input type="checkbox"/> passividade | <input type="checkbox"/> independência |
| <input type="checkbox"/> espontaneidade | <input type="checkbox"/> ----- |
| <input type="checkbox"/> intuição | <input type="checkbox"/> ----- |

18 – Para responder esta questão assinale da seguinte forma:

0 = Esta qualidade ou atributo nunca foi abordado no curso.

1 = Esta qualidade ou atributo foi abordado no curso, mas não conta ponto para a avaliação.

2 = Esta qualidade ou atributo é considerado como ponto para a avaliação

O curso de graduação em enfermagem ensina que as(os) enfermeiras(os) devem ter as seguintes qualidades ou atributos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paciência | <input type="checkbox"/> abnegação |
| <input type="checkbox"/> Disciplina | <input type="checkbox"/> higiene |
| <input type="checkbox"/> Discrição | <input type="checkbox"/> honestidade |
| <input type="checkbox"/> Alegria | <input type="checkbox"/> seriedade |
| <input type="checkbox"/> Ternura | <input type="checkbox"/> piedade |
| <input type="checkbox"/> Sinceridade | <input type="checkbox"/> docilidade |
| <input type="checkbox"/> Confiabilidade | <input type="checkbox"/> presteza |
| <input type="checkbox"/> Bom-senso | <input type="checkbox"/> minuciosidade |
| <input type="checkbox"/> Competência | <input type="checkbox"/> capacidade |
| <input type="checkbox"/> inteligência | <input type="checkbox"/> ----- |
| <input type="checkbox"/> ----- | <input type="checkbox"/> ----- |

19 – Coloque a letra **P** para as(os) professoras(es) e a letra **A** pra as (os) alunas(os). Você acha que a maioria dos professores e alunos desta escola participam:

- () () Associação Brasileira de Enfermagem /Goiás
 () () Sindicato dos enfermeiros de Goiás
 () () Congressos Brasileiros de enfermagem
 () () Eventos Científicos
 () () Eventos Culturais

20 – Coloque **H** para enfermeiro e **M** para enfermeiras. Na sua opinião quais características, devem prevalecer no exercício da enfermagem.

- | | |
|-------------------|----------------------|
| () timidez | () recato |
| () sedução | () instabilidade |
| () prudência | () insegurança |
| () suavidade | () afetividade |
| () improvisação | () dependência |
| () passividade | () espontaneidade |
| () intuição | () agressividade |
| () audácia | () conquista |
| () frieza | () segurança |
| () rudeza | () intelectualidade |
| () racionalidade | () autoridade |
| () força | () independência |

21 – As(Os) enfermeiras(os) dos anos 90 tem mais autonomia que as(os) dos anos 60? Por quê?

7 - Você tinha realizado algum curso de pós-graduação à época?

Não () Sim () .Quais

II - Questões Norteadoras

1 - De que forma você participou da elaboração/ e ou implantação da proposta inicial deste curso?

2 - Você exerceu alguma função administrativa ou de direção nesta escola? Não () Sim ().
Quais?

Quando?

3 - O que representou para a sociedade a fundação desta escola?

4 - Como aconteceu a criação e/ou implantação do curso superior de enfermagem nesta Universidade? Quem participou deste processo?

5 - Quem eram as(os) líderes da enfermagem? Por que elas (es) exerciam esta liderança?

6 - Qual a concepção de ensino de enfermagem que predominava na época e em que consistia a assistência de enfermagem prestada pela(o) enfermeira(o)?

7 - Qual era o perfil das (os) estudantes de enfermagem?

8 - Como era o perfil das(os) professoras(es) desta escola?

9 - Há diferenças entre a formação das (os) enfermeiras (os) no período da fundação desta escola e a de hoje? Quais?

10 - No período compreendido entre 1960-1990 ocorreram diversas transformações na sociedade brasileira. Você considera que na área do ensino de enfermagem, os ideais desta categoria também sofreram alterações? Quais? Por que?