

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE DOUTORADO

MOBILIDADE SOCIAL NA ENFERMAGEM
a questão das lutas simbólicas

Lucia Helena Silva Corrêa Lourenço

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Speranza França da Mata
Doutora em Educação

Rio de Janeiro
1998

ERRATA

Onde se lê

p.35, 3ªl: Escola

p.43, 18ªl: ... Coincidentemente, à mesma época, ...

p.112, 16ªl: ...Além disso, PASTORE indica

p.130, 8ªl: ... as informações são repassadas

Leia-se

Escola Ana Neri. Destinou-se, então, ...

...Coincidentemente com a publicação do Relatório Goldmark, à mesma época, ...

...Além disso, PASTORE (1995) indica

... as informações que são repassadas

510002924



UFRJ / EAN	
BIBLIOTECA SETORIAL DE ENFERMAGEM	
N.º	I 50 004333-8
CLASSIFICAÇÃO	369 77N 222
ORIGEM <i>doação</i>	DATA 15/12/98

**MOBILIDADE SOCIAL NA ENFERMAGEM:
a questão das *lutas simbólicas***

Lucia Helena Silva Corrêa Lourenço

Tese submetida ao corpo docente da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor

Aprovada por:

Prof^ª Dr^ª *Speranza França da Mata*
Doutora em Educação
Orientadora

Prof^ª Dr^ª *Miriam Paura Sabroza Zippin Grinspun*
Doutora em Filosofia
1^ª examinadora

Prof^ª Dr^ª *Nebia Maria Almeida de Figueiredo*
Doutora em Enfermagem
2^ª examinadora

Prof^ª Dr^ª *Vivina Lanzarini de Carvalho*
Doutora em Enfermagem
3^ª examinadora

Prof^ª Dr^ª *Jussara Sauthier*
Doutora em Enfermagem
4^ª examinadora



Lourenço, Lucia Helena Silva Corrêa
Mobilidade social na enfermagem: a
questão das *lutas simbólicas*/ Lucia
Helena Silva Corrêa Lourenço. Rio de
Janeiro: UFRJ/EEAN, 1998.
xiv, 290p. il.
Tese. Universidade Federal do Rio
de Janeiro, EEAN.
1. Formação de enfermeiros. 2.
Mobilidade social. 3. Tese (Doutorado –
UFRJ/EEAN).
I. Título

MEUS AGRADECIMENTOS

*A **Cecília**, minha mãe, que ao administrar minha casa e minha vida, possibilitou que me dedicasse ao curso de doutorado.*

*A **Juliana**, minha filha, que soube entender as ausências.*

AGRADECIMENTOS

À amiga *Teresa Tonini*, parceira de longa caminhada, pelo incentivo e pelas suas observações que ajudaram a enriquecer esta tese.

Ao amigo *Osnir Claudiano da Silva Junior* pelo incentivo constante.

À minha orientadora, *Speranza França da Mata*, com quem minha dívida é imensa. Minha gratidão pelo ensinar, incentivar, dando-me apoio e estímulo em momentos decisivos desta longa trajetória.

À Professora *Ieda de Alencar Barreira* que tornou possível a idéia inicial deste trabalho. Pelo incentivo e apoio.

À Professora *Suely de Souza Baptista* pela paciência, pelo incentivo e pela cessão dos bolsistas.

Aos enfermeiros *Marcelo Soares Costa*, *Gabriela Trindade de Sousa* e *Claudia Luiza Orofino* que auxiliaram a levantar e digitar os dados.

Aos *colegas* do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery e, em especial, a chefe do Departamento, Professora *Neide Aparecida Titonelli Alvim*, cuja compreensão e apoio foram decisivos.

À Professora Visitante *Rosa Maria Niederauer Tavares Cavalcanti*, pelas dúvidas sanadas e pela revisão de português.

Às Professoras *Jussara Sauthier* e *Vivina Lanzaolini de Carvalho* pelo carinho e ajuda.

À *Regina Celi Kochi* pelo auxílio estatístico e na elaboração do questionário.

À Enfermeira *Jaqueline da Silva*, amiga de longa jornada, pelo carinho e ajuda.

A Professora *Claudia Santos* pela ajuda e pelo incentivo nos momentos difíceis.

A Professora *Maria José Coelho*, Coordenadora do Curso de Graduação e Corpo Discente, pela ajuda e por compreender as minhas ausências.

Ao Professor Visitante *Michel Perreault* pela ajuda lendo os apontamentos.

À *Escola de Enfermagem Anna Nery*, à Senhora Diretora *Ivone Evangelista Cabral* e, em especial, às *professoras do Curso de Pós Graduação*.

A *todos* que direta ou indiretamente contribuíram durante a caminhada.

Resumo

Trata-se de um estudo tipo quanti-qualitativo da luta simbólica de um grupo de enfermeiros em busca de mobilidade profissional e social na carreira. A hierarquização da carreira da enfermagem e o preparo em diferentes níveis de formação levam os exercentes de enfermagem a aspirar mobilidade profissional nas diferentes categorias que compõem a equipe – auxiliar, técnico e enfermeiro. O quadro teórico foi estruturado em torno de um conjunto de conceitos explicativos fundamentais à análise da luta profissional: sejam conceitos de *campo*, *habitus* e *capital cultural*, de Bourdieu; sejam os conceitos de *poder*, de Foucault; os conceitos de *ritual*, de Mc Laren e o conceito de *cultura do trabalho*, de Apple. Os dados conclusivos revelam: rigidez hierárquica, ainda hoje presente, como herança da distinção de níveis de carreira por classe social, trazida pelo sistema *nightingale*; implicações nas relações de poder, nos rituais e no simbolismo das atribuições, espaços de micropoder, pelos quais se perpetuam e se reproduzem rígidas posturas de raízes históricas; acentuação do modelo hierárquico, uma vez que os níveis de carreira outrora diferenciados por classe social ainda hoje são mantidos diferenciados pela formação; lutas simbólicas de aspiração profissional mormente significam lutas pelo poder, tendo em vista que ser enfermeiro significa ser automática e naturalmente o chefe da equipe; repercussões da globalização afetam o sistema de alocação de função por formação, tendo em conta que atuais demandas no mundo do trabalho optam por hierarquias menos rígidas e mais flexíveis, assim como por nova concepção de *qualidade* profissional – o antigo conhecimento gerado pela formação/rotinização de tarefas hoje dá lugar ao conhecimento gerado pelo aprendizado contínuo/produtividade na carreira de enfermagem.

Abstract

It is a quanti-qualitative study which deals with the symbolic struggle of a group of nurses seeking professional and social mobility on their career. The nursing carrier hierarchy and the preparation at different educational levels lead the nursing workers to aspire getting professional mobility at the different categories which make up the team – auxiliary, technical and graduated nurse. The theoretical picture was structured around a group of fundamental explanatory concepts to the professional struggle analysis: whether concepts of *field*, *habitus* and *cultural capital* by Bourdieu, or the concepts of *power* by Foucault, or the concepts of *ritual* by Mc Laren and the concept of *work culture* by Apple. The conclusive data reveal: hierarchy rigidity, still present as heritage on the carrier level difference per social class, brought in by the *nightingale* system; implications on power relationships, on rituals and on the symbolism of attributions, micropower spaces, through which rigid positions of historical roots perpetuate and reproduce themselves; stress on the hierarchic model, once the career levels distinguished from one another in the past are still kept different by the educational level; symbolic struggles of professional promotion which specially mean fights for power, under the view that being a graduated nurse means automatic and naturally, the team head; globalization repercussions affect the function placement system according to the level of education once the present demands in the working world choose less rigid and more flexible hierarchies, as well as a new concept of *professional quality* – the old knowledge generated by the making up/usage of tasks nowadays gives place to the knowledge generated by the continuous learning and productivity on the nursing career.

Resumé

Il s'agit d'une étude qui aborde la qualité et l'intensité de la lutte symbolique d'un groupe d'infirmiers à la recherche de plus de mobilité professionnelle et sociale. La hiérarchisation de l'infirmage et la formation professionnelle des infirmiers à divers niveaux ont entraîné ces professionnels à aspirer une plus grande mobilité professionnelle à l'intérieur des différentes catégories qui composent l'équipe, c'est-à-dire l'auxiliaire, le technicien et l'infirmier proprement dit. Ce tableau théorique fut structuré au tour d'un ensemble de concepts explicatifs, essentiels à l'analyse de la lutte professionnelle, c'est-à-dire : concepts de *champs*, d'*habitude* et de *capital culturelle* de Bourdieu, des concepts de pouvoir de Foucault, des concepts de rictuel de Mc Laren, ainsi que du concept de *culture du travail*, d'Apple. Les données conclusives révèlent que la rigidité hiérarchique est présente jusqu'à aujourd'hui comme héritage d'une séparation des niveaux des carrières par classe sociale, apportées par le système nightingale. Les implications sur les relations de pouvoir, sur les rictuels et sur le symbolisme des attributions, sur l'espace de micropouvoir, à travers desquels continue à reproduire rigides postures avec racines historiques; Ceci, accentue les modèles hiérarchiques, qui dans le passé étaient différenciés par les classes sociales et qui encore aujourd'hui se différencient par la formation. Les luttes symboliques inspirées par les aspirations professionnelles, rarement signifient une lutte pour le pouvoir, étant donné qu'être infirmier signifie automatiquement et naturellement, être le "chef" de l'équipe; les répercussions de la globalisation ont atteint le système d'allocation de fonction par formation, si on prend en considération que les demandes actuelles du marché de travail imposent une hiérarchie moins rigide, plus flexible. Ainsi, la nouvelle conception de la qualité professionnelle a aboli l'ancienne connaissance engendrée par la routine des tâches donnant lieu aujourd'hui à la connaissance engendrée par la formation continue et la notion de productivité dans le cadre de la carrière d'infirmage.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros detentores de Certificado de técnico e/ou auxiliar de enfermagem por unidades hospitalares	164
Tabela 2 – Distribuição de técnicos e auxiliares de Enfermagem dos Hospitais da UFRJ quanto à detenção de diploma de graduação em enfermagem	166
Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros docentes das Escolas de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro quanto à detenção de certificado de curso técnico e/ou auxiliar de enfermagem	168
Tabela 4 – Distribuição dos exercentes por instituição de acordo com o cargo ocupado	169
Tabela 5 – Distribuição da amostra da população dos exercentes de enfermagem nas unidades hospitalares da UFRJ e escolas de enfermagem do Município do Rio de Janeiro	171
Tabela 6 – Distribuição dos exercentes por gênero segundo a idade	173
Tabela 7 – Distribuição dos exercentes quanto a situação conjugal	174
Tabela 8 – Distribuição dos exercentes por compartilhamento domiciliar	174
Tabela 9 – Distribuição dos exercentes quanto a fonte de renda mensal por faixa de salário mínimo	175
Tabela 10 - Distribuição dos exercentes por zona ou região de moradia	177
Tabela 11 – Distribuição dos pais segundo o grau de escolaridade	191

Tabela 12 – Distribuição dos pais segundo a profissão/ ocupação	192
Tabela 13 – Distribuição dos exercentes quanto ao intervalo de tempo entre o término do curso de nível médio e o ingresso no curso de graduação em enfermagem	197
Tabela 14 – Distribuição dos exercentes quanto ao tempo de permanência no curso de graduação em enfermagem	198
Tabela 15 – Distribuição dos exercentes quanto a tentativa de busca de outro curso de graduação	199
Tabela 16 – Distribuição dos exercentes quanto a ocasião de busca de outro curso de graduação	200
Tabela 17 – Distribuição dos exercentes quanto a terminalidade de outro curso de graduação	200
Tabela 18 – Distribuição do número de emprego por exercentes	239

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Demonstrativo da evolução da legislação profissional do pessoal de enfermagem	83
Quadro 2 – Distribuição dos exercentes por escolaridade em nível médio	193
Quadro 3 – Distribuição da situação dos enfermeiros por número de empregos e respectivos cargos ocupados	240
Quadro 4 – Distribuição do grau de satisfação dos enfermeiros em relação as instituições/cargos de nível superior ocupado	243
Quadro 5 – Distribuição do grau de satisfação dos enfermeiros em relação às instituições/cargos de nível superior ocupado	245
Quadro 6 – Distribuição do grau de satisfação do enfermeiro em relação com o cargo/instituição em outra área profissional	247

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULOS	
I	A HISTORIOGRAFIA DA ENFERMAGEM 27
1.	As primeiras atividades de enfermagem 28
1.1.	Os religiosos 28
2.	A primeira iniciativa de institucionalização 30
2.1.	O Modelo <i>Salpêtrière</i> 30
2.2.	O outro modelo 35
2.2.1.	Modelo <i>Nightingale</i> – a posição social determinante na carreira 35
2.2.2.	Da luta de implantação no Brasil à instituição do <i>Padrão Ana Néri</i> 44
3.	A oficialização das categorias auxiliares 63
3.1.	A determinação legal de formação diferenciada de auxiliares e técnicos – a contradição da indiferenciação das atividades das duas categorias na prática 67
II	AS TRANSFORMAÇÕES DA GLOBALIZAÇÃO – mudanças no mundo do trabalho, no mercado de trabalho em saúde e as repercussões na enfermagem 89
1.	Globalização – transformações gerais na produção 90
2.	Globalização – transformações no mundo do trabalho 105
3.	Mudanças no mercado de trabalho em saúde 114
4.	Mudanças no mundo do trabalho - repercussões na enfermagem 122

III	AS CULTURAS DO TRABALHO	125
1.	<i>A cultura do trabalho</i> na escola	126
2.	<i>A cultura do trabalho</i> em instituições de saúde	132
3.	A ritualização no trabalho	142
4.	<i>A cultura do trabalho</i> na enfermagem – poder e ritual	145
IV	O LUGAR SOCIAL DOS ENFERMEIROS	156
1.	A configuração da amostra	172
2.	Perspectivas sociais – cultura de classe e perspectiva de carreira	178
2.1	A influência da educação	180
2.2	A opção e o futuro (com)prometido	184
2.3	A herança familiar	190
2.4	As estratégias de estudo e carreira	193
2.5	A <i>dissimulação</i> do saber em Bourdieu	208
2.6	O caminho desejado e o caminho escolhido	224
2.7	As estratégias para conquista do reconhecimento profissional	236
2.8	O jogo da espera	250
2.9.	Os eleitos: o estímulo à profissão de prestígio	258
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	264
	BIBLIOGRAFIA	277
	ANEXO I	290

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a luta simbólica de um grupo de enfermeiros ao buscar a mobilidade profissional e social percorrendo os diferentes níveis de formação da enfermagem.

Pressupõe-se que a luta do enfermeiro intensifica-se quando, enquanto técnico ou auxiliar de enfermagem, opta pelo curso de graduação em enfermagem. Um jogo de forças, que em alguns casos inicia-se no núcleo familiar, tende a atravessar todo o curso de graduação e, mesmo depois de graduado a luta permanece, principalmente para aqueles que não conseguiram ainda se inserir no mercado de trabalho como enfermeiro. A luta ocorre devido à pluralidade de visões de mundo entre os agentes envolvidos, que travam, através do poder de imposição, relações de força em busca da confirmação, ou transformação do mundo, de acordo com sua visão social. Segundo BOURDIEU (1989a),

“os agentes na sua luta para imporem o veredicto imparcial, quer dizer, para fazerem reconhecer a sua visão como objetiva, dispõem de forças que dependem da sua pertença a campos objetivamente hierarquizados e da sua posição nos campos respectivos”¹ (p.55)

Este estudo objetiva dar continuidade àqueles iniciados por LOURENÇO (1991), que tinha por objeto os motivos

¹ grifo do autor

predominantes que direcionaram os egressos dos Cursos Técnico e de Auxiliar de Enfermagem a optar pelo Curso de Graduação em Enfermagem. Participaram daquela pesquisa 109 estudantes, amostra representativa de um universo de 535.

À época, a autora concluiu que, para esses alunos, movidos pela busca do aperfeiçoamento profissional, pela possibilidade de melhor remuneração e de reconhecimento da equipe de saúde, cursar a graduação em enfermagem representava um reencontro com parte dos conteúdos teóricos e práticos dos Cursos Técnico e de Auxiliar de Enfermagem.

Entretanto, isto não é tudo. O grupo de enfermeiros diplomados, também habilitados para ocupar cargos de técnico e de auxiliar de enfermagem, parece enfrentar maiores dificuldades para a inserção no mercado de trabalho como profissional de enfermagem de nível superior do que aqueles que ingressam direto na categoria de enfermeiro. A dificuldade talvez se prenda ao fato de esses profissionais buscarem a ascensão profissional percorrendo as categorias que compõem a equipe e, assim, terem que desligar-se do atual emprego, de técnicos ou de auxiliares de enfermagem, ou, ainda, de acumulá-lo com outro de enfermeiro para assegurar remuneração, passível de atender seu desejo de ascensão social. Supõe-se, face às limitações da mobilidade profissional e social, que a inserção no mercado de trabalho do enfermeiro seja vista como necessidade de esperar pelo surgimento de uma oportunidade, ignorando a

compreensão mais clara das forças sociais que transformam esta caminhada num jogo.

Analisar as tentativas realizadas por esses enfermeiros, que também detêm a formação de técnico e de auxiliar de enfermagem, as estratégias por eles utilizadas e seus resultados é uma forma de compreender e interpretar a dinâmica interna da profissão e a possível mobilidade social, advinda da maior qualificação profissional.

No entanto, longe da suposta lógica teórica, na prática cotidiana há formas diversas de vivenciar o acesso a melhores posições na carreira da enfermagem. Assim:

- o exercente², embora legalmente qualificado para integrar uma categoria que desenvolva ações mais complexas, está inserido no mercado de trabalho em nível técnico e administrativamente inferior: neste caso, a maior qualificação para o exercício profissional não se faz acompanhar da hierarquia dos postos de trabalho;
- o auxiliar e o técnico de enfermagem, mesmo depois de graduados, permanecem inseridos na categoria de nível médio. Se desenvolvem suas atividades em instituição privada têm menor dificuldade para ascender à categoria de enfermeiro, seja automaticamente, seja por meio de avaliação formal, ainda que haja necessidade de vacância;

² Exercente - pessoa que exerce uma função ou profissão.

- o auxiliar e o técnico de enfermagem, apesar de graduados em enfermagem, na rede pública, para ascender ao quadro de enfermeiros dependem de novo concurso; pouca frequência de concursos internos torna a situação mais difícil, porque, enquanto aguardam a oportunidade para ascender de categoria, os servidores, em alguns casos, passam a desenvolver atividades de enfermeiro, permanecendo, entretanto, inalterada sua remuneração;
- o auxiliar ou técnico de enfermagem, apesar de graduado em enfermagem, continua na escala de serviços dos auxiliares e técnicos; nesta situação, também a opção para ascensão profissional é a de percorrer o caminho de *entrada* junto com todos os demais candidatos ao cargo de enfermeiro. Assim, mesmo integrando uma certa equipe de enfermagem dela teria que se desligar e candidatar-se, através de concurso, para cargo de maior competência, nesta ou em outra instituição, onde o exercente pode não ter aproveitada sua experiência profissional;
- a coexistência de dois vínculos empregatícios: o exercente não desligado da instituição em que desenvolve as atividades de nível médio - auxiliar ou técnico, acumula um segundo contrato com outra instituição, agora como enfermeiro.

Essas situações vêm causar profundo desconforto: por parte dos profissionais e por parte da administração dos serviços de enfermagem - o técnico ou o auxiliar de enfermagem, uma vez concluído o curso de graduação em enfermagem, adquiriu competência técnica, legitimada pela universidade, para exercer o

cargo de enfermeiro, técnica e hierarquicamente superior aos cargos de técnico e de auxiliar de enfermagem.

Cria-se uma situação anômala, quando ele *é* enfermeiro, mas não *está* enfermeiro na instituição em que trabalha, ou seja, se permanece contratado para o cargo de técnico ou de auxiliar, devidamente encaixado na escala de serviços deste grupo, ele *continua* técnico ou auxiliar de enfermagem, apesar de graduado em enfermagem. Ao contrário, quando é remanejado para a escala de serviços dos enfermeiros, mas com vínculo empregatício inicial de técnico ou de auxiliar e, conseqüentemente sem alteração de proventos, encontra-se “desviado” para a função de enfermeiro, ele *é* técnico ou auxiliar de enfermagem na instituição sob o ponto de vista das relações contratuais de trabalho. Uma vez, porém, exercendo as funções de enfermeiro, *está* enfermeiro sob o ponto de vista das relações de trabalho, estabelecidas na/entre equipes de enfermagem e tantas outras que compõem o setor saúde. Ao exercer as atividades previstas em Lei para os enfermeiros, torna-se responsável pelo desempenho técnico e profissional das mesmas.

Dando prosseguimento a essas idéias, LOURENÇO (1991), na qualidade de participante dessas situações na prática profissional diária, mostrou interesse quanto à composição da equipe de enfermagem e à qualificação formal de seus integrantes e, de modo especial, à formação profissional do enfermeiro como forma de ascensão social, temas que passaram a compor o objeto do presente estudo.

O sistema de ensino, através de uma série de estratégias de seleção, realiza, entre os estudantes, uma triagem ao longo do período de aprendizagem, levando à suposição de que os mais aptos freqüentarão a universidade. A escola, ao credenciar de maneira formal as pessoas, “*privilegia determinados agrupamentos sociais, dando-lhes o monopólio de determinadas funções ou papéis*” (SINGER, 1987, p.52) através do diploma. Por esta ótica, os enfermeiros são os que possuem o saber acadêmico legitimado pela universidade. Desta forma, os técnicos e os auxiliares de enfermagem que concluíram o curso de graduação em enfermagem também são enfermeiros e podem usufruir, no mínimo, dos direitos de duas categorias de enfermagem. Tal situação, de múltipla formação, encontra respaldo legal na Resolução n.º 138³ do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, que permite mais de uma inscrição no referido Conselho. Logo, o exercente poderá ocupar os cargos de enfermeiro, técnico e auxiliar, de acordo com a habilitação técnica que detém. Por outro lado, a citada Resolução legitimou as diferentes formas de inserção desses exercentes no mercado de trabalho.

Refazer os caminhos percorridos pelos enfermeiros que também são técnicos e auxiliares de enfermagem, até à *chegada* na categoria de enfermeiro, resulta em contribuição para o desvendamento de situações contraditórias vivenciadas pelos exercentes de enfermagem, bem como de seus reflexos nas relações

³ Artigo 1º Fica reconhecido o direito das pessoas habilitadas terem mais de uma inscrição nos Conselhos Regionais de Enfermagem.

institucionais; além de discutir os conflitos e as transformações das atuais situações de trabalho.

Para isso, num primeiro momento, buscou-se: levantar as características socioeconômicas e culturais dos exercentes ao mesmo tempo habilitados como enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem; discutir a inserção desses enfermeiros na equipe de enfermagem e nos serviços de saúde; e, finalmente, analisar as estratégias de lutas por eles empreendidas para obter a ascensão profissional e social.

A seguir, procurou-se responder às indagações: o que caracteriza os enfermeiros que detêm os cursos de graduação, de técnico e/ou de auxiliar de enfermagem?; de que forma ocorreu a mobilidade profissional da categoria de técnico e de auxiliar à categoria de enfermeiro?; que modificações/mudanças ocorreram na sua inserção profissional e social, após realizar o curso de graduação em enfermagem ?

À sustentação teórica e conceitual reuniram-se as contribuições de BOURDIEU (1982, 1983, 1989a, 1989b, 1990, 1992) acerca de *campo*, *habitus*, *capital cultural*, *ethos de classe*, *poder simbólico*; de Mc LAREN (1991) sobre os conceitos de *rituais* e, ainda, os de APPLE (1989) a respeito da *cultura do trabalho*. Este estudo apoiou-se também nas interpretações de FOUCAULT (1988, 1994) sobre *poder*, como campo de relações de força, campo de lutas, de inter-relações de saberes e de dominação ou submissão de um

grupo: o poder como prática social. Neste caso, o *poder* é também relações de força, mas ocorre de modo difuso, perpassando por todos a cada instante, sendo exercido por todos os grupos de indivíduos em todas relações.

No sentido de efetuar a presente pesquisa, procurou-se entrelaçar as visões sobre *poder* dos dois teóricos franceses para entender as diferentes faces da mecânica do poder e da disciplina como estratégia visível de agir pelos corpos, como forma de impor uma conduta e para compreender as relações de poder “tão visíveis” e presentes, que escapam à forma do visível e passam despercebidas

O conceito de **capital** de BOURDIEU, foi aplicado à educação, como mercadoria. Este sociólogo considera que o valor atribuído à escola pelas classes sociais decorre da combinação entre o capital cultural do grupo familiar e o *ethos* de classe. A exteriorização dos desejos, aspirações, vontade, resulta de um processo de interiorização de como as diferentes classes sociais percebem as suas probabilidades de ascensão através da educação formal - *ethos* de ascensão social.

Quanto ao **capital cultural** (1982, p.81-83, p.97-100, p.166; 1989b, p.6-7) torna-se um determinante forte para o êxito escolar porque, através dele, se obtêm as informações sobre o mundo escolar, principalmente sobre o campo universitário. Assim, o destaque/sucesso escolar de alguns estudantes, ao ser considerada a sua classe social, está intimamente relacionado ao valor que o seu

grupo familiar atribui à escola como instrumento de ascensão ou manutenção social .

A aquisição de um capital - cultural, econômico ou social - favorece a aquisição de um outro, distinto. Entretanto, essas aquisições são influenciadas diretamente pela herança familiar. Constituída de informações, habilidades, atitudes e de conhecimentos aprendidos, desenvolvidos, e transmitidos no núcleo familiar, a herança como cultura transmitida é um processo lento e dissimulado. Há um repasse de *informações* desapercibido pelo próprio grupo. Trata-se de uma cultura - capital incorporado - não determinada pela escola, compreendendo inclusive a habilidade e o manejo da língua - o capital lingüístico. E é através das relações familiares que o *habitus* (1989a, p.60-64) primário se produz e se adquire. Cada agente reproduz e transfere para o campo de pertença – educacional, profissional, político, religioso - esse “*sistema de disposições/ações duráveis*”. O produto desta relação constrói o *habitus* coletivo, que orienta os agentes nas práticas individuais e de grupo. A noção de *habitus* traz a idéia de mediação entre a estrutura e o agente social, porque a sua existência resulta de um longo e dissimulado processo de interiorização, produzido e adquirido no ambiente familiar e no contato desse agente com diferentes espaços sociais.

Cada agente traz, para o campo a que pertence, o seu *habitus primário*: “*atitudes/práticas/disposições duráveis e transferíveis apreendidas no contexto familiar, (...) uma atitude incorporada*”, marca distintiva (1989a, p.61). Adquirido como

capital e de diferentes formas pelos agentes, porque recebe a influência da quantidade e da composição do capital cultural e econômico e da sua transmissão entre as gerações, recebe as marcas da posição social de cada agente, pelo seu modo de viver e pensar. Logo, o agente traz e manifesta seus valores, atitudes, conhecimentos, pensamentos, percepção e prática/ação repassados de forma dissimulada no/pelo ambiente familiar.

O espaço de relações - ou de interações que se estabelece no campo, entre os agentes, é mediado pelo *habitus*, que está em incessante reatualização/transformação. As relações dialéticas permanentes de cada agente com os demais determinam as formas do **campo** (1989a, p. 64-73). Daí, cada agente construir, interagir e transformar o campo a que pertence.

No interior do campo, cada grupo ou agente empenha-se no sentido de que os demais reconheçam a sua visão de mundo como *verdade natural* (1989a, p 114). Há uma **luta** (1989a, p.85,124-125) constante em decorrência das relações de poder, cuja origem está nas disputas – ou competições - e nos interesses específicos em jogo. Trava-se, então, um jogo em que se desenrolam lutas e, por meio delas, a tentativa/disputa de imposição da verdade. Esta luta concorrencial, de forma velada e simbólica, resulta da distribuição desigual da espécie de capital dominante no campo e só é percebida pelos agentes que o constituem, porque é um espaço de relações invisíveis, simbólicas.

No entanto, apesar das práticas assegurarem uma certa homogeneidade do *habitus* no grupo, isto não neutraliza ou diminui a **luta** do agente pelo **poder** no interior do campo ao qual pertence. O agente estabelece relações de força para conquistar as posições sociais que garantam uma força social ou cultural no campo e assim ficar em melhores condições de disputar o monopólio do poder. Neste espaço de relações, o capital lingüístico e a estratégia de como utilizá-lo são instrumentos que o agente emprega durante a **luta simbólica** - “*sistema de relações invisíveis*”, para fazer reconhecer a sua visão como objetiva (1989a, p.12). O agente disputa a imposição da sua verdade como “*verdade natural*” através de uma determinada relação. Mas, como a relação simbólica se constrói na “*própria estrutura do campo em que se produz*” (1989a, p.14), é preciso que o agente envolvido na relação de força reconheça o poder de imposição entre os agentes que exercem o poder, aceitando a imposição de forma natural. O poder, exercido de forma aparentemente dissimulada, é legitimado no campo e obtém o “*equivalente daquilo que é obtido pela força - física ou econômica*” (1989a, p.14).

Embora o **poder simbólico** (1989a, p.14-15) exista em toda parte do campo, não é reconhecido de imediato, mas sua existência predispõe à **luta simbólica**. E, por se “mostrar” quase dissimulado, como todo poder simbólico, e por estar firmado no reconhecimento, sem que se perceba, impõe a visão de mundo de um grupo, transformando-se num instrumento de dominação. Diante disso, pode-se supor que o poder simbólico influencia a construção do

campo por meio do pensamento, das atitudes, das percepções e das ações dos agentes.

Ainda para BOURDIEU, a visão de mundo é produto da classe social em que o agente, ou grupo de agentes, está inserido, portanto é socialmente estruturada. Para construí-la, o agente é influenciado pelo montante de capital que possui (cultural, econômico, social) e este é acumulado de acordo com as probabilidades de aquisição, que são desiguais nas diferentes classes sociais. A visão social de cada indivíduo tende, então, a reproduzir a percepção das relações estabelecidas anteriormente e das probabilidades de êxito que cada agente considera alcançáveis na posição social por ele ocupada.

Com o objetivo de complementar o pensamento de BOURDIEU, buscou-se a contribuição de Mc LAREN (1991). Utilizou-se o conceito de **ritual** e a análise de seu significado simbólico no ambiente escolar. Seu estudo baseia-se fundamentalmente na crença de

“que as escolas servem como ricos repositários de sistemas de rituais; que os rituais representam um papel crucial e inerradicável no conjunto da existência do estudante; e que as dimensões variadas do processo ritualístico são intrínsecas aos eventos e transações da vida institucional e na tessitura da cultura da escola” (p.29).

Tendo como foco de observação o aluno, Mc LAREN (1991, p.29) considera que os ritos instrucionais funcionam para

comunicar aos estudantes mensagens que moldam o comportamento para o mundo do trabalho, uma vez que, em alguns aspectos, a formação profissional espelha o local de trabalho.

Neste ponto, aproxima-se da relação entre trabalho e educação, descrevendo os comportamentos ritualísticos como um dos instrumentos do poder e da dominação. Considera o rito parte do capital cultural, devido à transmissão de concepções herdadas, expressas em forma de ação simbólica e comportamentos organizados de um grupo. O ritual traz à existência o seu significado e este é identificado como referência coletiva daquele grupo.

A existência de mecanismos educacionais, que orientam o destino escolar e profissional dos estudantes em relação à classe à qual pertencem, leva a crer que os rituais de ensino contribuem para reconfirmar as diferenças de classes sociais entre os diferentes estudantes (p.301), das diferentes escolas/profissões/áreas.

Com intuito de compreender a **cultura do trabalho** no campo da enfermagem, buscaram-se as reflexões de APPLE (1989) sobre as características das organizações e o comportamento do indivíduo no ambiente de trabalho.

Segundo o autor, a relação entre escola e mundo do trabalho é mais estreita do que aparenta, já que, a escola prepara estudantes/trabalhadores com disposições, valores e traços de personalidade exigidos no local de trabalho. Entretanto, há uma

cultura expressa através de comportamentos e gestos, pouco visível externamente, produzida e vivida pelos trabalhadores. Essa **cultura do trabalho** (p.91) favorece, ao trabalhador, desenvolver áreas de resistência contra as normas e as estratégias organizacionais que visam controlar o trabalho e o local de trabalho. Desse modo, cada instituição desenvolve uma cultura própria do trabalho e é preciso dela participar para decodificar suas normas e organização.

Neste estudo, a enfermagem como profissão é considerada (sub)campo da área da saúde e seus exercentes (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) os agentes que darão forma ao espaço social ocupado pela profissão por meio de suas condutas, *“na medida em que nele (no campo) sofre efeitos ou que nele os produz”* (BOURDIEU, 1989a, p.30).

No campo da saúde, a equipe de enfermagem é a única constituída por várias categorias de exercentes que, do ponto de vista profissional, se organizam segundo uma hierarquia de poder técnico e administrativo. Teoricamente, esse tipo de organização poderia favorecer a mobilidade profissional no interior da profissão e, em consequência, a ascensão profissional e social. Supõe-se que a qualificação educacional para uma categoria tecnicamente superior deslocaria o exercente de enfermagem no sentido vertical, alavancando-o na estrutura social. Com a ascensão profissional ocorreria uma correspondente elevação do seu *status* profissional e possivelmente a elevação do seu *status* social.

De modo geral, a escolha do destino escolar ou profissional recebe a concordância da família, o que demonstra uma incidência de expectativas. Segundo BOURDIEU (1989b) “*as crianças e as famílias se orientam sempre em referência às forças que as determinam*”. Assim, os objetivos são traçados e as aspirações se manifestam no limite em que se acredita que possam ser alcançadas (p.8). Diante disso, para revelar a trajetória do grupo de enfermeiros em busca da mobilidade profissional e social é necessário compreender a visão de mundo social do grupo, as relações estabelecidas entre eles e os demais exercentes de enfermagem. Tais como o campo de relações e as relações da enfermagem com outros campos/sistemas dos quais eles fazem parte.

Todos esses aspectos somados às tendências da globalização no mundo do trabalho vêm subsidiar a abordagem do *habitus de classe* e as perspectivas de mobilidade profissional e social desse grupo da enfermagem. Quando se trata especificamente do campo da enfermagem, outras fontes foram incorporadas na tentativa de entendê-lo.

A pesquisa é do tipo quanti-qualitativa, atribuindo-se aos achados tratamento predominantemente qualitativo. A coleta de dados foi realizada em três etapas. A primeira fase caracterizou-se como *exploratória*. A partir desse levantamento, teve início a segunda etapa – o envio de *questionário*. Na terceira fase, utilizou-se a *entrevista* como principal vertente à construção da história de vida profissional desses enfermeiros.

Investigaram-se, por meio de questionários e entrevistas, as condições materiais de vida e as aspirações, valores, e emoções de um grupo de exercentes de enfermagem que buscaram a mobilidade profissional e social, percorrendo os diferentes níveis de formação da enfermagem. A abordagem quantitativa envolveu dados para a configuração da amostra em termos de dados pessoais, condições materiais, trajetória educacional e profissional. A abordagem qualitativa, utilizada para apreender os valores, atitudes e expectativas de realizações, registrou, por meio de depoimentos, a experiência vivencial desses e seu significado em busca da mobilidade. A utilização das duas abordagens possibilitou estabelecer relações e articulações entre fatos e situações vivenciadas pelos enfermeiros.

Entende-se que *“as categorias de pensamentos, de ação e de sentimentos que expressam a realidade”* (MINAYO, 1992, p.173), juntamente com o *habitus* de classe enquanto sistema de disposições comuns, contribuíram para compreender, por meio das lutas travadas, a visão social, desses enfermeiros, sobre sua trajetória profissional e social.

a) O questionário

Por meio de questionários, fez-se o levantamento de dados quantitativos. Tais questionários foram aplicados nos oito hospitais do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a saber: Hospital Universitário

Clementino Fraga Filho (HUCFF); Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA); Instituto de Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG); Instituto de Tisiologia e Pneumologia (ITP); Instituto de Ginecologia; Instituto de Neurologia Deolindo Couto; Instituto de Psiquiatria e Maternidade Escola. Esses questionários foram também aplicados nas seis escolas de enfermagem públicas e particulares, sediadas no Município do Rio de Janeiro e que oferecem curso de graduação em enfermagem: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ); Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO); Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Escola de Enfermagem da Universidade Gama Filho;(UGF) Escola de Enfermagem da Fundação Souza Marques e Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac.

A **fase exploratória**, isto é, a **primeira etapa**, se deu no período de março a junho de 1995. Teve como objetivo localizar e identificar os exercentes graduados em enfermagem e com habilitação de técnico e/ou auxiliar de enfermagem empregados nos hospitais da UFRJ e nas escolas de enfermagem públicas e particulares acima referidas.

Para tanto, num primeiro momento, foi solicitado às diretoras/chefes de enfermagem dos hospitais informações sobre o pessoal de enfermagem sob sua direção/chefia: número total de exercentes por categoria; relação nominal dos enfermeiros que também detinham a formação para técnico e/ou auxiliar de

enfermagem assim como dos técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros formados, mas que permanecem nos cargos de nível médio, sem ascenderem à categoria de enfermeiro naquela unidade. Às diretoras das escolas de enfermagem, foi enviada carta solicitando informações sobre o corpo docente: total de enfermeiros docentes e relação nominal dos enfermeiros docentes também com habilitação de técnico e/ou de auxiliar de enfermagem.

Esta estratégia de campo foi utilizada, primeiro, para favorecer aproximação preliminar com os participantes da pesquisa. Grande número de exercentes de enfermagem foram contatados, sujeitos da pesquisa ou não e permitiu identificar os que estavam dando continuidade aos estudos e qual o curso escolhido. Além disso, percebeu-se que as observações sobre a trajetória profissional de alguns exercentes de enfermagem, percorrendo os níveis de formação da enfermagem se confirmavam, ao mesmo tempo, em que era possível familiarizar-se com o objeto de estudo. Buscou-se, também, identificar os exercentes interessados em participar da terceira etapa da coleta de dados: a entrevista.

Em nenhuma das oito unidades hospitalares da UFRJ pesquisadas havia disponíveis informações específicas sobre os exercentes de enfermagem, e os diferentes níveis de formação em enfermagem, cabendo à pesquisadora, não apenas de coletar, mas principalmente gerar os dados necessários. Nos hospitais, de modo geral, as diretoras/chefes de enfermagem cederam cópias das escalas de serviço e das escalas de férias dos funcionários de enfermagem dos

diversos setores. De posse dessas informações, os setores foram visitados com vistas a levantar as habilitações dos exercentes de enfermagem. Entre os exercentes das categorias de técnico ou de auxiliar de enfermagem a informação foi colhida com certa facilidade. Mesmo quando eles estavam ausentes, os demais membros da equipe, inclusive o enfermeiro chefe, informavam se estavam cursando, ou se haviam concluído, o curso de graduação em enfermagem ou, mesmo, outro curso de nível superior. No momento do encontro com o funcionário, as informações, anteriormente fornecidas, se confirmavam. Nos setores em que a chefia de enfermagem guardava estes dados em seus arquivos, estes foram também considerados.

Por outro lado, nem mesmo a chefia de enfermagem do setor tinha a informação de quais enfermeiros do setor eram detentores também de curso técnico ou de auxiliar de enfermagem. Citaram somente aqueles que ascenderam profissionalmente na mesma unidade hospitalar ou que estavam fazendo outro curso universitário. Como a menção foi baseada na memória de cada um, o levantamento foi realizado individualmente. Identificaram-se **36** enfermeiros que fizeram também o curso de técnico ou de auxiliar de enfermagem.

Sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem, que também possuem o diploma de graduação em enfermagem empregados nos hospitais da UFRJ, levantou-se que **93** exercentes ocupantes de cargos de técnico ou de auxiliar de enfermagem, têm curso de nível médio e curso de graduação em enfermagem. Logo,

apesar de credenciados para ocupar cargo de enfermeiro, ocupam cargo que exige menor qualificação.

Nas Escolas de Enfermagem localizadas no Município do Rio de Janeiro, ocupam cargo de docente, **13** enfermeiros que, além do curso de graduação em enfermagem fizeram o curso técnico ou de auxiliar de enfermagem. Cada escola conta com, no mínimo, 01 enfermeiro docente que detém os dois níveis de formação na área da enfermagem – o médio e o superior.

Assim, o universo de exercentes de enfermagem que detinham curso de graduação e curso técnico e/ou de auxiliar de enfermagem, neste estudo, é composto de **142** enfermeiros.

A partir desse levantamento, teve início a **segunda etapa** da pesquisa. Com objetivo de conhecer as características socioeconômicas e culturais dos sujeitos da pesquisa foi enviado, **questionário** (anexo 1), com envelope selado para devolução, para os 142 exercentes habilitados para as funções de enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, em exercício dessas funções, no período compreendido entre novembro de 1995 e março de 1996, independente do cargo que ocupavam. Como foi visto anteriormente, esses exercentes trabalham nos oito hospitais do Centro de Ciências da Saúde /UFRJ e nas seis escolas de enfermagem sediadas no Município do Rio de Janeiro, que oferecem curso de graduação. Retornaram **75** questionários, até julho de 1996: 22 enfermeiros em cargo de enfermeiro, 15 enfermeiros em cargo de técnico, 28 no cargo de

auxiliar de enfermagem nos hospitais da UFRJ e 10 enfermeiros docentes das escolas de enfermagem. A amostra que compõe a base dos dados quantitativos para a análise do grupo constituiu-se, então, de 75 enfermeiros (52,4%).

O questionário procurou conhecer algumas características desses enfermeiros, tais como: a reconstrução da trajetória escolar na enfermagem; a delineação de alguns de traços pessoais, relativos ao gênero, idade, perfil familiar; renda mensal e familiar, condições de moradia; características e grau de satisfação com a vida profissional. BOURDIEU (1983) considera que as regularidades estatísticas conferem “*fisionomia*” ao grupo, sendo uma “*espécie de paisagem coletiva*” (p.79). Como as disposições adquiridas levam as afinidades de *habitus* à aproximar as pessoas, e assim formar agrupamentos distintos, para o BOURDIEU (1990), os dados estatísticos – ou as “*classes no papel*” – formam grupos sociais prováveis:

“...pelo fato de que o espaço está construído de tal modo que os agentes que ocupam posições semelhantes ou vizinhas estão colocados em condições [de existência] semelhantes e submetidos a condicionamentos [sociais] semelhantes ...logo, [estão na condição] de produzirem práticas também semelhantes” (p.155).

b) A entrevista

Na **terceira etapa**, utilizou-se a **entrevista** como principal instrumento para a construção da história de vida

profissional dos sujeitos dessa pesquisa. A utilização, tanto de fontes orais, como de documentos é adequada, segundo Louro (1991), “*para responder a novas perguntas sobre antigos temas, provocar novos temas, abrir outras perspectivas de análise, estabelecer relações e articulações entre fatos, sujeitos e dimensões de um estudo*” (p.23). Desta forma, considerou-se que a escolha da técnica de entrevista atende aos objetivos do estudo, atribuindo-lhe a característica qualitativa.

Entre os entrevistados, buscaram-se depoimentos com vistas às circunstâncias, “*aprofundamento e abrangência da compreensão*” do grupo, conforme as orientações de MINAYO (1994, p.102.) para a abordagem qualitativa. A representatividade desse grupo de enfermeiros encontra-se no depoimento de 09 entrevistados. As concepções de BOURDIEU (1983) auxiliaram a percepção da representatividade no aspecto qualitativo da pesquisa ao se concordar com ele quando afirma que o *habitus* exterioriza os esquemas de percepção e interioriza os adquiridos no meio em que se vive, desde a primeira infância. Ainda, para este autor, “*os indivíduos ‘vestem’ os habitus como hábitos..., isto é, faz a pessoa social, com todas as disposições que são, ao mesmo tempo, marcas da posição social*”⁴ (p.75). Logo, as disposições/práticas são marcas distintivas das posições e situações de classe dos grupo sociais, assim, os exercentes/enfermeiros manifestam no *habitus* as informações e experiências sociais da classe em que vivem.

⁴ Grifo do autor

Elaborou-se, para os depoimentos, um roteiro de entrevista semi-estruturada. As duas primeiras entrevistas foram longas, pois o roteiro incluía questões que afastavam o depoente do objeto de estudo e, ainda mais, continha algumas questões que direcionavam para a mesma resposta. Ao lado disso, o roteiro deixava de contemplar alguns pontos relevantes para o melhor entendimento da situação. Assim é que, a partir da reformulação, o roteiro ficou construído da seguinte forma:

- quantos empregos possui e onde;
- curso de nível médio que possui, em que ano concluiu e se trabalhou nessa função;
- por que escolheu este curso (técnico ou de auxiliar de enfermagem) e como sua família recebeu a escolha;
- por que escolheu a graduação em enfermagem e como sua família percebeu a escolha;
- na sua família tem alguém da carreira da enfermagem;
- como foi a relação com a equipe de enfermagem e com seus colegas de curso, durante a graduação;
- como foi cursar a graduação e ser técnico/auxiliar de enfermagem;
- percebeu mudanças no relacionamento com a equipe de enfermagem após a graduação;
- como ficou sua situação profissional após a graduação;
- após quanto tempo de formado e como conseguiu o primeiro emprego como enfermeiro;
- se teve outros empregos na enfermagem e como surgiu a oportunidade;

- como percebe o que pensa a sua família sobre sua situação profissional atual.

A entrevista com exercentes que permaneciam em cargo de técnico ou de auxiliar de enfermagem nos hospitais da UFRJ revelou que se precisava incluir no roteiro questões para melhor compreender a situação que eles vivenciam. Então, foram acrescentadas ao roteiro as seguintes questões:

- como se sente na escala de serviços dos técnicos e auxiliares de enfermagem já sendo enfermeiro;
- em qual grupo se sente inserido, dos enfermeiros ou dos técnicos e auxiliares;
- o que vem fazendo para trabalhar no cargo de enfermeiro;
- se pretende desvincular-se desta instituição quando conseguir, em outra, o cargo de enfermeiro.

Os depoimentos dos exercentes foram tomados individualmente, entre os meses de janeiro e setembro de 1996, em horário agendado, ambiente reservado e gravados em fita cassete, visando a captar, na íntegra, a fala dos participantes. Na escolha dos exercentes foi adotado processo não aleatório. Considerou-se, na seleção da amostra, a relação de interação estabelecida por ocasião dos levantamentos iniciais deste estudo e o seu desejo de prestar o depoimento. A transcrição das fitas, pela própria pesquisadora, ocorreu após cada entrevista. As inúmeras leituras dos depoimentos oportunizaram organizar os dados e agrupar as respostas por temática, proporcionando a emergência de suas unidades.

Os dados quantitativos foram organizados em tabelas e quadros, a fim de ilustrar os achados; porém, pelo fato de nem todos os dados revelarem-se significativos para a análise, muitos foram desprezados. As tabelas compreendem a apresentação dos dados com respectivas incidências e percentuais, assim como comentários dos dados de maior impacto. Os quadros ilustram a combinação dos dados, no sentido de fornecer, à análise, subsídios mais numerosos, tais como: número de postos de trabalho ocupado e o grau de satisfação correspondente aos cargos e às instituições. A apresentação e discussão desses achados e os resultados de campo foram analisados à luz das teorias levantadas na revisão de literatura e encontram-se no capítulo IV.

Para melhor descrever o campo da enfermagem e as relações entre os agentes e entre esses e o campo social, o estudo está subdividido em cinco partes, a saber: a introdução, quatro capítulos e as considerações finais. A introdução, traz o problema, a justificativa e a trajetória metodológica.

No primeiro capítulo, apresentam-se a formação da enfermagem como campo de prática e de força de poder no processo da institucionalização profissional, a configuração da equipe de enfermagem e o surgimento das diferentes categorias que lhe dão forma.

No segundo, traz-se as novas tendências e perspectivas nos postos de trabalho, trazidas pelo advento da globalização.

No terceiro, estão expostas as possíveis relações de trabalho com a cultura em que se apoiam, bem como os rituais instrucionais que “preparam” os exercentes.

O quarto, traz a atual configuração da equipe de enfermagem e as relações que os exercentes estabelecem no campo do trabalho e no campo social, em busca da propalada mobilidade profissional e social.

Nas considerações finais, apresenta-se o aprofundamento das discussões sobre a forma pela qual os exercentes se inserem no mercado de trabalho, seguido de reflexões sobre as diferentes relações e diferentes tipos de inserção por eles escolhido.

CAPÍTULO I
A HISTORIOGRAFIA DA ENFERMAGEM

1. AS PRIMEIRAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

1.1. Os religiosos

O primeiro núcleo hospitalar surgiu no Rio de Janeiro, no século 16, de forma improvisada, para cuidar dos navegantes doentes que chegaram à cidade na esquadra de Diogo Flores Valdez, vinda de Portugal. Transformou-se, mais tarde, na Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Aos jesuítas, além da catequese, coube dirigir e administrar essas obras de caridade, assim como assistir os enfermos, como médicos e enfermeiros.

Com a chegada dos profissionais da medicina ao país, “*a assistência jesuítica passou a ser efetuada nas enfermarias e nas boticas através do irmão-enfermeiro e do irmão-boticário*” (SANTOS FILHO, 1966, p.22). Daí, pode-se “*supor que se encarregassem eles próprios da supervisão e mesmo dos trabalhos gerais de enfermagem, fazendo-se auxiliar pelos fiéis, aos quais ensinavam o que os mesmos eram capazes de aprender*” (PAIXÃO, 1979, p.104). A enfermagem apresentava-se como atividade não profissional, exercida principalmente nos hospitais pelos religiosos, auxiliados por voluntários e escravos preparados para esses serviços. Os conhecimentos eram adquiridos através da prática cotidiana (PAIXÃO, 1979, p.105; MELLO, 1986, p.61).

A abertura de Santas Casas no Brasil⁵ mantidas pela Irmandade da Santa Casa da Misericórdia fazia parte do programa de colonização de Portugal e tinha como objetivo abrigar os doentes e os pobres. As Misericórdias constituíam, até o final do século 18, os únicos hospitais gerais existentes e suas atividades assistenciais decorriam da necessidade de alojar desabrigados. À medida em que iam chegando irmãos de caridade no Brasil, foram transferidos para as religiosas a administração e os serviços de enfermagem das Santas Casas. Pessoas leigas juntaram-se a elas para auxiliar nos cuidados aos doentes. Na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, as religiosas iniciaram tais serviços em 1852⁶. Foram os religiosos que institucionalizaram a prática da enfermagem nos hospitais brasileiros. Segundo SAUTHIER (1996), no Brasil do século 19, “*o modelo de assistência às pessoas pobres era o de filantropia subvencionada pelo Estado, como nas Santas Casas, e as pessoas de posses eram tratadas em suas próprias casas, ou procuravam os centros mais adiantados da Europa*” (p.92).

⁵ A primeira foi fundada em 1543 na cidade de Santos

⁶ Ver PADILHA, Maria Itayra dos Santos. *A Mística do Silêncio: a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado/EEAN-UFRJ.1997.

2. A PRIMEIRA INICIATIVA DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

2.1.⇒ O modelo *SALPÊTRIÈRE*

A primeira iniciativa para sistematizar o preparo de pessoal de enfermagem no Brasil aconteceu nos primórdios da República com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras⁷, no Hospício D. Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Criado pelo Imperador do Brasil, D. Pedro II em 1841⁸, constituía-se numa enfermaria improvisada na Chácara do Vigário Geral, no bairro do Engenho de Dentro, de propriedade da Santa Casa e sob a administração da Irmandade. Doações particulares das áreas circunvizinhas possibilitaram a construção de novo prédio, com amplas e modernas instalações hospitalares, para a época. Em 8 de dezembro de 1842, o Hospício começou a funcionar no novo espaço. Durante longo período atendeu “*as exigências mínimas da comunidade no que se refere à assistência aos doentes mentais*”. (MOREIRA, 1995, p.55-56).

Em 1890, o Hospício passou por profundas transformações administrativas (CARVALHO, 1976, p.5) (MOREIRA, 1995, p.57-58):

- o hospital e suas colônias foram desincorporadas do patrimônio da Santa Casa de Misericórdia;

⁷ Decreto n.º 791 de 27.09.1890

⁸ Decreto n.º 82 de 18.06.1841

- o hospício passou para o controle direto do governo, com o nome de Hospício Nacional de Alienados;
- as colônias da Ilha do Governador foram anexadas ao Hospício;
- a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia foi destituída da direção e um médico⁹ designado para o cargo de Diretor Geral da Instituição;
- foi criada a Seção Masculina, sob a responsabilidade dos *enfermeiros* e *guardas*, excluindo as religiosas dos serviços de enfermagem.

O novo sistema organizacional implantado no Hospício transferiu o domínio hierárquico do espaço hospitalar para o médico, reduzindo o poder administrativo e político até então assegurado (1852-1890) as religiosas da Irmandade da Santa Casa. Elas “*sentiram-se diminuídas em sua autoridade*” e entraram em luta para reaver parte do poder de controle sobre o hospital. As irmãs utilizaram como estratégia de luta o capital que possuíam: responsáveis por quatro décadas pela administração e pelos serviços de enfermagem do Hospício, resolveram abandonar o hospital, levando consigo seus auxiliares, antes que um grupo de sete enfermeiras francesas, da Escola de Salpêtrière, contratadas pelo governo, chegassem da França para substituí-las (MOREIRA, 1995, p.57-58). A saída repentina das irmãs desencadeou profunda crise administrativa e de pessoal treinado para cuidar dos doentes. As religiosas eram importantes para a manutenção dos serviços de

⁹ João Carlos Teixeira

enfermagem e implantação da proposta do governo de melhoria da assistência aos alienados.

Caso as irmãs retornassem à administração do Hospício, a Irmandade da Santa Casa recuperaria apenas parte do poder administrativo, enfraquecido também com a transferência do hospital para a esfera governamental. Recuperar o controle administrativo da assistência representaria para o grupo de religiosos resgatar outro tipo de capital socialmente reconhecido - o prestígio social, abalado com a ascensão dos profissionais da medicina no espaço hospitalar.

Durante o incidente, no entanto, o Governo havia lançado mão de outra estratégia para suprir a lacuna de pessoal gerada com a saída das irmãs e de seus auxiliares: criara, em setembro do mesmo ano (1890), a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras¹⁰, nos moldes da existente em *Salpêtrière*¹¹, na França, com o propósito de preparar pessoal de enfermagem, não apenas para o Hospício mas, também, para os demais hospitais civis e militares. O curso tinha a duração de dois anos e destinava-se a preparar enfermeiros de ambos os sexos. Aos candidatos eram exigidos a idade mínima de dezoito anos, saber ler e escrever, bem como possuir noções elementares de aritmética (CARVALHO, 1976, p.5). Esta foi a primeira tentativa oficial de organizar o ensino de enfermagem no país, em moldes semelhantes aos da escola francesa.

¹⁰ Decreto n.º 791 de 27.09.1890. Ver também MOREIRA, Almerinda et al. Desmistificando a origem da enfermagem brasileira. *História da Enfermagem Brasileira: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p.41-81.

¹¹ Ver SOUZA, Maria do Socorro Batista. *A formação do enfermeiro no Pará: passado e presente (1942-81)* Rio de Janeiro: Tese de Doutorado/EEAN-UFRJ. 1996.

Mas, segundo MOREIRA (1995, p.60-61) vários fatores contribuíram para dificultar a implantação da Escola de Enfermagem:

- a saída repentina das irmãs de caridade e de seus auxiliares;
- o fato da escola surgir sem autonomia, vinculada ao Hospício Nacional dos Alienados;
- as enfermeiras francesas terem chegado três anos após as religiosas abandonarem o Hospício;
- as enfermeiras francesas terem sido contratadas por dois anos apenas (1893-95).

E efetivamente instalada em apenas 1905, a escola “*não trouxe transformações estruturais no que se refere ao ensino*”: apesar da nomeação do corpo docente e dos auxiliares de ensino e do currículo organizado de forma seqüencial e adequado aos objetivos do ensino da enfermagem, a escola permanecia dirigida por um médico, a duração do curso mantinha-se em dois anos, com corpo docente formado por médicos, e o preparo consistia em adquirir noções elementares para atuar nos serviços de enfermagem (MOREIRA, 1995, p.57-58). Segundo PAIXÃO (1979),

“a fundação da Escola Alfredo Pinto, seria ótima oportunidade para nova orientação da enfermagem brasileira. [Se] tivéssemos ... voltado a atenção para o que se passava em diversos países, onde se difundia o Sistema Nightingale... Infelizmente, a concepção que tínhamos das funções de enfermeira levou nossos médicos a estabelecer a escola em bases muito rudimentares” (p.108).

A primeira mudança na sua organização aconteceu em 1921, ao ser aprovado o novo regimento, que estabelecia três seções: masculina, feminina e mista. A seção feminina recebeu a denominação de Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto e as demais seções mantiveram-se sem alteração. Ainda na década de 20 foi criada, na cidade do Rio de Janeiro, mais uma escola de enfermagem, a primeira sob a orientação de enfermeiras estrangeiras, treinadas segundo o Sistema *Nightingale*, de origem inglesa. Essa escola, que mais tarde recebeu o nome de Escola Enfermagem Anna Nery¹², foi organizada no mais alto padrão de ensino. As enfermeiras *ananéri*¹³ eram de elevado nível técnico, e pertenciam às classes sociais elevadas.

A partir da década de 40, a Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, nessa época vinculada ao Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Saúde, sofreu modificações estruturais: passou a ser dirigida por uma enfermeira¹⁴ diplomada pela Escola Ana Neri, as seções mista e feminina foram unificadas e o seu nome alterado para Escola de Enfermagem Alfredo

¹² A Escola sofreu algumas alterações no nome: O Decreto n.º 17.268 de 31 de março de 1926 alterou o nome de Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública para Escola de Enfermeiras D. Ana Neri, em consideração aos serviços prestados por D. Anna Nery nos hospitais do Exército na Guerra do Paraguai. A partir de 1932 o “Dona” entrou em desuso e, em 5 de julho de 1932, na Lei n.º 452, foi transferida para a Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e passa a ser denominada Escola de Enfermeiras Anna Nery. Mais tarde o Nome Anna Nery foi aportuguesado, passando a ser grafado Ana Neri e, atualmente, denomina-se Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ.

¹³ Expressão cunhada e utilizada por Ieda de Alencar Barreira na reconstrução histórica da participação da enfermeira na Campanha nacional contra a tuberculose. *A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. 1997

¹⁴ Maria de Castro Pamphiro. Dirigiu a Escola no período de 1940-49.

Pinto¹⁵. O curso foi reorganizado e o currículo estruturado nos moldes do Sistema *Nightingaleano*, ou seja, na mesma forma do da Escola →

Ana Neri. Destinou-se, então, a preparar enfermeiros auxiliares para os Serviços Sanitários e Assistenciais e a promover a especialização em Serviços psiquiátricos de enfermeiros diplomados. Somente em 1959, com a formação de enfermeiros em curso com duração de trinta e seis meses, a Escola se ajustou integralmente às prescrições legais referentes ao ensino de enfermagem, sendo então equiparada à *escola padrão*¹⁶

2.2. O OUTRO MODELO

2.2.1. O MODELO *NIGHTINGALE*: a posição social determinante na carreira

O modelo de ensino *nightingaleano* surgiu na Inglaterra, em 1860, contemporâneo à ascensão capitalista. A Escola de Enfermagem¹⁷ nasceu junto ao Hospital Saint Tomas, em Londres. Organizada e coordenada por Florence Nightingale, jovem da alta

¹⁵ A Escola sofreu algumas alterações no nome: 1941-Escola Profissional de Enfermeiros do Serviço Nacional de Doenças Mentais; 1942-Escola de Enfermeiros “Alfredo Pinto”; 1967-Escola de Enfermagem “Alfredo Pinto”; e na década de 90 - Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde/UNI-RIO e, a seguir, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. do Centro de Ciências da Saúde/UNI-RIO (MOREIRA, A. 1995)

¹⁶ Parecer n.º 137/59 do Conselho Nacional de Educação. O Decreto Federal n.º 20.109/31 fixou condições para a equiparação das escolas de enfermagem à Escola Ana Neri, elevada oficialmente à categoria de *escola padrão*

¹⁷ 9 de julho de 1890

burguesia inglesa, a escola estabelecia novos princípios para a educação de enfermeiras (PAIXÃO, 1979, p.72-73):

- autonomia administrativa e pedagógica;
- direção da escola por enfermeira;
- ensino prático e teórico sistematizado;
- preparo de agentes de enfermagem para o serviço hospitalar e para visitas domiciliárias à doentes pobres;
- rigorosa seleção das candidatas quanto ao aspecto moral.

O curso, de início, preparou jovens apenas para cuidar dos doentes. O treinamento não contemplava a administração dos serviços de enfermagem. Florence Nightingale selecionou inicialmente jovens provindas das classes sociais menos favorecidas, temendo que as pertencentes às camadas sociais elevadas não se adaptassem ao tipo de trabalho. As alunas eram chamadas simplesmente de *nurses*, passavam por treinamento gratuito e recebiam pequena remuneração durante o preparo.

O ensino, com duração de um ano, consistia em aulas de anatomia, química, abreviações latinas, culinária e enfermagem. As *nurses*, durante o ano de treinamento, deveriam interiorizar disposições e manifestar comportamentos tidos como de moças “*bem educadas*”, como elegância e sobriedade, além de valores associados ao trabalho, tais como fidelidade, confiabilidade e pontualidade. No campo hospitalar, esperava-se que demonstrassem habilidades associadas ao trabalho manual, como cuidar de ferimentos e do ambiente hospitalar, além de auxiliar aos incapacitados, entre outras.

Após concluir o curso, trabalhavam no mínimo por um ano no hospital (ALCÂNTARA, 1963, p.15; CARVALHO, 1972, p.18-19; PAIXÃO, 1979, p.72-73).

No entanto, ABEL-SMITH citado por Alcântara, (1966) revela que, Florence Nightingale, reconsiderou sua posição quanto a classe social das candidatas, ao fazer constar no relatório da Escola *Nightingale* em 1861, afirmações de que a enfermagem precisava de jovens “*bem educadas*”, acostumadas ao trabalho remunerado, independente da classe de origem.

“(...) pessoas de maneiras finas e de educação, ladies, de fato, não são, em regra, as que possuem melhores qualidades; estas são encontradas, em geral, entre as mulheres de inteligência acima do normal, provindas das camadas sociais em que as mulheres são obrigadas a ganhar a vida” (p.14).

Ainda segundo o autor, Florence Nigthingale, afirmou também em outra ocasião sua

“(...) intenção de preparar enfermeiras pertencentes a qualquer camada social (...) habituadas ou não ao trabalho remunerado contando que possuíam qualidades morais, intelectuais e físicas para a vocação” (p.14)

Num sistema de classificação diferenciada, constante no relatório de 1861, Florence Nightingale levou em consideração a posição social de jovens provindas das classes sociais elevadas, ao

realizar um possível *recrutamento* entre as mesmas, sob a justificativa de que

“as ladies não devem ser excluídas [da escola]; pelo contrário, se provarem sua capacidade para as funções de superintendente, serão admitidas na Escola e após o curso poderão ocupar, facilmente, cargos administrativos, (...) não por serem ladies, mas por serem educadas” (ABEL-SMITH e STEWART apud Alcântara, 1966, p.14).

Assim, uma década após sua criação, a *Escola Nightingale* (1871) passou a receber para treinamento as *ladies*, alunas provindas das classes sociais elevadas.

O distanciamento social entre as *ladies* e as *nurses*, segundo ALCÂNTARA (1963, p.14), levou Florence a considerar que menos *habitus* em comum elas teriam. É possível que os esquemas de percepção, de pensamento e ação, os chamados *habitus de classe*, (BOURDIEU, 1992, p. 184-192) das *ladies*, interferissem na aceitação em praticar atividades manuais, mais identificadas com disposições adquiridas pelas classes sociais menos favorecidas, as das *nurses*.

Às *ladies*, Florence Nightingale destinou a supervisão, o ensino e a difusão do sistema, cabendo “o pensar concretizado nos postos de comando” (REZENDE, 1989, p.75). Reforçando a distância social em relação às *nurses*, as *ladies* custeavam seus próprios estudos e eram isentas do estágio-trabalho, após o término do curso. Dotadas de propriedades diferentes das *nurses*, fundadas na

posse diferenciada do capital cultural, constituíram-se como grupo hegemônico no Sistema *Nightingale*.

Com a re-estruturação do curso, no início do século 20, as diferenças foram demarcadas ainda mais: na primeira etapa, o primeiro ano permaneceu comum aos dois grupos, como um ciclo básico; embora fossem incluídas aulas de administração e chefia, destinadas às *ladies*. Na segunda etapa, o preparo reforçava a distinção: o curso, de dois anos de duração, incluía o treinamento no hospital para as *ladies* que, ao final dos estudos, eram chamadas *ladies-nurses*; o curso, de três anos de duração para as *nurses*, incluía a prática no hospital supervisionada pelas *ladies-nurses* (ALCÂNTARA, 1963,p.15; CARVALHO, 1972, p.20).

Para BOURDIEU (1990) “*as pessoas muito afastadas no espaço social podem se encontrar, entrar em interação, ao menos por um breve tempo e por intermitência, no espaço físico*” (p.153). Entretanto, a interação dos agentes, no campo em que estão distribuídos, não se concretiza, porque se manifesta nas relações e contradições de classe (p.154). Logo, os agentes que ocupam melhores posições na estrutura social, guardam a distância social entre os menos favorecidos, mesmo negando o reconhecimento dessa distância. De fato, “*as distâncias sociais estão inscritas nos corpos, ou, mais exatamente, na relação com o corpo, com a linguagem e com o tempo*” (p.155). Assim, as práticas/disposições adquiridas pelos agentes são ajustadas à sua posição social. Desta forma, negar a distância social é uma atitude puramente simbólica. Mesmo quando o

agente desenvolve “*estratégias de condescendência*”, ao tornar visível certas práticas que não convêm à sua posição, traz à visibilidade justamente o que deseja dissimular - a distância social – reafirmando, assim, a existência da marca distintiva (p.154).

Analisando o sistema de disposições que resultam dos condicionamentos sociais, BOURDIEU (1990) considera que o *habitus* produz práticas/disposições internalizadas, expressas, tanto nas formas de percepção, quanto nas de apreciação, ou seja, manifestadas na maneira de ser dos agentes, *visivelmente* diferenciadas de acordo com a sua classe social. Entretanto, as maneiras de ser enquanto práticas e representação de uma classe “*só são imediatamente percebidas por agentes que possuem o código, os esquemas classificatórios necessários para compreender-lhes o sentido social*” (p.158). Florence Nightingale, apoiada nas categorias de percepção pertinentes à sua classe social, considera inapropriado para as *ladies* o trabalho manual. E, ao reconhecer as diferenças sociais, busca a distinção entre as *ladies* e as *nurses*, atribuindo somente às *ladies* as atividades administrativas.

Nesta linha de pensamento, fica evidente que a constituição da enfermagem moderna, dividida em classes sociais e composta por categorias tecnicamente distintas, estabelece também a hierarquia de prestígio: “*umas sendo vistas como dominando um dado tipo de saber valorizado socialmente*”, com atividades centradas na supervisão dos serviços de enfermagem, na administração hospitalar e na difusão do ensino; “*outras sendo vistas como executoras de um*

dado tipo de fazer de baixo prestígio social”, com atividades centradas nos cuidados diretos aos doentes (SILVA, 1989, p.54-55). As responsabilidades são diferentes, resultando numa assistência de enfermagem hierarquizada e executada por diferentes agentes.

A autora é enfática ao ressaltar a divisão social do trabalho da enfermagem. No entanto, para ALMEIDA e ROCHA (1989), Florence Nightingale *“legitimou a hierarquia e a disciplina no trabalho da enfermagem, trazidas da sua classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação/subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social”* (p.43) que, com a evolução do sistema econômico, estão cada vez mais presentes nas sociedades capitalistas: a divisão social condicionada pelas relações de poder.

As afirmativas referidas indicam que o modelo de ensino idealizado e empreendido por Florence Nightingale, durante o expansionismo capitalista na Inglaterra, migrou para outros países. Readaptado às necessidades dos serviços de saúde norte-americanos, foi implantado nos Estados Unidos em 1873. Nesta época, os serviços de saúde passavam por um processo de reestruturação e ampliação da rede hospitalar. Diante disso, as escolas de enfermagem foram criadas vinculadas aos hospitais, que na sua maioria pertenciam à rede particular, para prover os serviços de enfermagem, através do estágio-trabalho das alunas. Além disso, caberia às escolas preparar enfermeiras para o campo da saúde pública, também em processo de desenvolvimento (ALCÂNTARA,1963, p.16-17; CARVALHO, 1972,

p.20). Entretanto, a idéia de atender em curto prazo à demanda dos hospitais, incluía também adequar a formação das enfermeiras, o que levou à implementação de certas medidas de ajuste: (BIXTER e BIXLER *apud* Carvalho, 1972, p.20):

- duração do curso reduzida para dois anos, sendo um ano de prática hospitalar;
- redução da carga horária teórica;
- ampliação da carga horária prática.

Entre as repercussões do relatório de avaliação das condições do ensino de enfermagem, publicado após cinquenta anos de sua implantação nos Estados Unidos, uma delas consistiu no redirecionamento do preparo de enfermeiras no próprio país e influenciou na transplantação deste ensino para outros países, como o Brasil (CARVALHO, 1972, p.20; ALCÂNTARA, 1963, p.19). O relatório *A Enfermagem e seu ensino nos Estados Unidos*, elaborado pela *Comissão para o estudo do ensino de Enfermagem*, presidida por Josefina Goldmark, tratou do problema da reorientação da prática profissional, “*com o fim de atingir novos objetivos sociais e de saúde, além de apresentar recomendações específicas para o ensino, de acordo com essa reorientação*” (BROW, 1948, p.11). Quanto às distorções no ensino da enfermagem norte-americana, o relatório destacou:

- perda da autonomia administrativa e pedagógica;
- preparo profissional centrado no treinamento em serviço;
- crescimento desordenado do número de escolas;

- aproveitamento do estágio-trabalho das alunos para atender às necessidades de pessoal dos hospitais (CARVALHO,1972, p.20-21; ALCÂNTARA, 1963, p,18).

E, entre as recomendações, considerou relevantes:

- *“exigência do curso secundário completo como requisito de admissão às escolas de enfermagem;*
- *inserção de escolas de enfermagem nas universidades, como unidades integrantes, nas mesmas condições das demais unidades;*
- *programa com objetivos educacionais;*
- *redução do trabalho das estudantes a um máximo de quarenta e oito horas semanais;*
- *curso com duração mínima de vinte e oito meses letivos”*
(CARVALHO, 1972, p.22).

As enfermeiras americanas, apoiadas no Relatório Goldmark (1923), procuraram elevar o padrão da profissão com uma visão de educação em bases científicas e sociais, que repercutiu inclusive no Brasil. Coincidentemente, à mesma época, ocorreu a chegada, ao Rio de Janeiro, de um grupo de enfermeiras americanas enviadas pela Fundação Rockefeller, a pedido do Diretor¹⁸ do Departamento Nacional de Saúde Pública, imprimindo um novo marco ao ensino de enfermagem no país.

¹⁸ Médico sanitarista Carlos Chagas

2.2.2. Da luta de implantação no Brasil à institucionalização do *Padrão Ana Neri*

A primeira iniciativa para implantar o ensino de enfermagem no Brasil, nos moldes do sistema *nightingaleano*, ocorreu em 1894 com a contratação de cinco enfermeiras inglesas egressas da Escola *Nightingale*, para organizar e dirigir a futura Escola de Enfermeiras do Hospital Evangélico, atual Hospital Samaritano, na cidade de São Paulo. O projeto para treinar enfermeiras com elevado padrão profissional limitou-se àquela unidade hospital (CARVALHO, 1972, p.25). No entanto, o modelo de ensino proposto atendia exclusivamente aos limites dos interesses organizacionais internos. “*Era uma escola tipicamente inglesa*” e as características do hospital e do ensino dificultaram a difusão do modelo:

- os serviços de atendimento restringiam-se a protestantes e estrangeiros;
- o corpo de enfermagem era constituído de enfermeiras inglesas;
- a escola de enfermagem permanecia vinculada a um hospital privado;
- a finalidade do curso era a de prover os serviços de enfermagem com o estágio-trabalho das alunas;
- as alunas pertenciam a famílias estrangeiras - alemãs, americanas e inglesas;
- o curso era ministrado no idioma inglês;
- o ensino continuava centrado no treinamento em serviço (CARVALHO, 1972, p.22).

O programa de ensino implantado em 1901, na Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano, apresentava deficiências que se assemelhavam às detectadas nos cursos americanos e apontadas no Relatório Goldmark, publicado em 1923. Além disso, a Escola não reviu seu programa educacional, apesar dos dispositivos legais fixados no Decreto Federal n.º 20.109/31, prejudicando seu reconhecimento oficial nos moldes de *escola padrão*. Cinquenta anos depois foi, então, transformada em Escola de Auxiliar de Enfermagem por não conseguir se ajustar, mais uma vez, às exigências para funcionamento como curso de graduação em enfermagem, contidas na Lei n.º 775, publicada em 1949, que regulamentava em âmbito nacional os cursos de enfermagem, conforme CARVALHO (1972) afirma:

“a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano ignorou o Decreto Federal n.º 20.109/31, que elevou a Escola Ana Neri à categoria de ‘escola padrão’ e fixou as condições para a equiparação das escolas de enfermagem àquela Escola. Deixou, portanto, de legalizar sua situação no País. Não pode, porém, deixar de obedecer a Lei Federal n.º 775, de 6 dezembro de 1949, que dispunha sobre o ensino de enfermagem. Não tendo interesse em se ajustar às prescrições legais foi transformada, em 1950, em curso de auxiliar de enfermagem ...” (p.22).¹⁹

Para CARVALHO (1972), o principal obstáculo para a difusão, no Brasil, do ensino de enfermagem trazido pela enfermeiras inglesas consistiu no fato de se retratar *“de iniciativa privada que visava unicamente preparar pessoal para o Hospital Samaritano”*

¹⁹ grifo nosso

(p.25). Entretanto, outro ponto deve ser destacado: as enfermeiras inglesas portadoras de um capital simbólico, valorizado na forma de títulos escolares, reconhecidos e garantidos na sua instituição de origem, não recebiam “*a nomeação oficial*” do Estado, no Brasil. Segundo BOURDIEU (1990), apenas o Estado, ou seus mandatários, detêm “*o monopólio de outorgar a alguém um título, uma qualificação socialmente reconhecida*” (p.164). O não reconhecimento oficial da reformulação empreendida no curso de enfermagem muito provavelmente significou divergências entre a visão das enfermeiras inglesas, idealizadores do Hospital Samaritano, e a visão oficial do governo e da enfermagem brasileira.

Não por acaso, em BOURDIEU (1990),

“a legitimação da ordem social (...) resulta do fato de que os agentes aplicam às estruturas objetivas do mundo social estruturas de percepção e apreciação que são provenientes dessas estruturas objetivas e tendem por isso a perceber o mundo como evidente” (p.163).

O ponto de vista oficial, “*é o ponto de vista das autoridades e se exprime no discurso oficial*”, (p.163) nas mais variadas formas: no reconhecimento universal do agente ou grupo; na divulgação ou publicação de decretos, normas, desígnios, estabelecendo as atribuições dos agentes, informando o que são e tornando público ou conhecido os relatórios das atividades que desempenharam. Assim, o poder de imposição das enfermeiras inglesas ficou restrito ao Hospital Samaritano. A elas não foi

garantido o monopólio para impor uma nova ordem para o ensino da enfermagem, logo, não foram nominadas mandatárias oficiais. Caso contrário, suas ações seriam legitimadas e a sociedade as reconheceria.

As enfermeiras inglesas, desprovidas do mandato oficial, tiveram poucas chances, talvez nenhuma, de expandir o novo modelo de ensino para além dos muros do hospital. O mandatário nomeado do Estado para renovar o ensino e implantar o sistema *nightingale* seria constituído, mais tarde, por um grupo de trinta e duas enfermeiras estrangeiras²⁰, enviadas pela Fundação Rockefeller, a pedido do Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, que se revezariam durante dez anos (1921-1931) no país. A chefe dessa equipe, Ethel Parsons, chegou à cidade do Rio de Janeiro, à época capital da República, em 2 de setembro de 1921 (SAUTHIER, 1996, p. 96), para auxiliar na criação da Escola de Enfermeiras do DNSP, apesar de a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano ter sido, como afirma CARVALHO (1980, p.22), a primeira das escolas de enfermagem no Brasil nos moldes *Nightingale*.

Enfermeira **ana neri**, de **alto padrão**, de **saúde pública** ou **diplomada** foram expressões utilizadas para distinguir as enfermeiras egressas da primeira escola oficial do país, nos moldes *nightingale*, das preparadas pelos demais cursos. O modelo de ensino transplantado dos Estados Unidos para o Brasil, em 1923²¹, foi

²⁰ Vinte e cinco americanas, duas inglesas, duas holandesas, uma canadense e uma belga (SAUTHIER, 1996, p.100)

²¹ Decreto n.º 15.799/22, aprovou o Regulamento do Hospital Geral da Assistência e, no seu Artigo 3º, previa a criação da Escola de Enfermeiras. O Decreto n.º 16.300/23, regulamentava o funcionamento da Escola e determinava o currículo de enfermagem

reproduzido na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública²² - DNSP com os recursos da Fundação Rockefeller. Em seguida passou a se chamar Escola de Enfermeiras Ana Neri e, atualmente, Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Deu-se início à enfermagem e ao ensino de enfermagem modernos, com elevado nível técnico, no cenário brasileiro. Conforme CASTRO (1985),

“(...) desde a implantação do Sistema Nightingale no Brasil as enfermeiras “Ana Neri”, “diplomadas” ou “de alto padrão”, ...se esforçaram por se distinguir dos demais exercentes de enfermagem. A idéia era a de buscar um status social mais elevado para essa nova enfermeira, como meio de valorização da profissão” (p.2).

Organizada segundo as modernas tendências na área de educação nos moldes americanos, a Escola nascia de um projeto sanitarista, com o propósito de preparar enfermeiras para os serviços de saúde pública e com o objetivo de dar continuidade à política de saúde²³ que o Estado brasileiro iniciou na década de 20. O governo pretendia, com sua política, criar condições sanitárias favoráveis à imigração de possíveis trabalhadores estrangeiros, para atender o mercado de trabalho capitalista em desenvolvimento.

²² Primeiro órgão federal responsável pela política de saúde do país

²³ O governo Epitácio Pessoa iniciou uma reforma sanitária, prevista na plataforma, com a criação do DNSP e sob a liderança de Carlos Chagas. O projeto de saneamento previa a atuação da enfermeira de saúde pública (BARREIRA. 1992, p.46 e segs)

Neste sentido, um grupo de sanitaristas brasileiros, liderados pelo médico Carlos Chagas²⁴, solicitou cooperação à Fundação Rockefeller, para fazer um estudo da situação da cidade e elaborar projeto para inserir a enfermagem nas políticas sanitárias vigentes. Veio então ao país em 1921²⁵, enviada pela Fundação, a enfermeira americana Ethel Parsons, na época “*enfermeira chefe da divisão de higiene infantil e enfermagem de saúde pública do Estado do Texas/USA*” (SAUTHIER, 1996, p.96), que, entre outras medidas, recomendou a criação de uma Escola de Enfermagem com padrão de ensino mais elevado, semelhante às existentes nos Estados Unidos. Naquele mesmo ano, começaram a chegar ao Brasil as enfermeiras estrangeiras, enviadas pela Fundação com título de Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil²⁶. Sob a orientação e direção de Ethel Parsons, por dez anos elas assumiram a modernização do ensino de enfermagem no cenário brasileiro. Estratégias foram colocadas em prática, demonstrando a representatividade do grupo de enfermeiras estrangeiras junto ao governo, fazendo-o “*existir visivelmente*” (BARREIRA, 1983, p.122). Ethel Parsons, chefe da missão, foi nomeada Superintendente dos Serviços de Enfermeiras do DNSP e Clara Louise Kieninger, para organizar e administrar a Escola de Enfermeiras²⁷ recém-criada e chefiar o serviço de enfermagem do Hospital Geral de Assistência²⁸,

²⁴ Diretor do DNSP

²⁵ 2 de setembro de 1921

²⁶ A chamada Missão Rockefeller. Ver SAUTHIER. Jussara. *A missão das enfermeiras norte-americanas na capital da república: 1921-1931*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado/EEAN-UFRJ. 1996.

²⁷ 1921-1925

²⁸ Atual Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA da UFRJ

em processo de remodelação para esse fim (SAUTHIER, 1996, p.103, 123, 124 e 128).

A Missão recebeu a “*nomeação oficial*” para implantar a Escola e organizar os serviços de enfermagem no país, até que enfermeiras brasileiras, preparadas pela mais moderna Escola de Enfermagem do DNSP, pudessem substituí-las. Entretanto, somente após uma década da Missão de Cooperação ter aportado no Rio de Janeiro, uma enfermeira brasileira assumiu a direção da Escola de Enfermeiras. Segundo estudos de SAUTHIER (1996)

“(...) em 1928, tecnicamente já havia condições das brasileiras assumirem o poder [a direção da Escola de Enfermeiras], pois quatro turmas haviam concluído o curso, num total de cinquenta e seis enfermeiras. Dessas aproximadamente doze já haviam regressado de cursos de pós-graduação nos EUA, tendo ocupado cargos de chefia nas zonas de prática de saúde pública e chefia de campos de estágios nos hospitais” (p.185).

E, supõe:

“(...) parece ter havido por parte da Missão, uma intenção de permanecer dirigindo os rumos da enfermagem brasileira (...) Além do mais, a Fundação Rockefeller, que tantos investimentos já havia feito no país, mostrava interesse em manter o grupo” (p.185-186).

Logo, as enfermeiras brasileiras “*continuavam aguardando melhores oportunidades*” (p.186). Tal idéia leva a crer

que as enfermeiras brasileiras ainda estavam desprovidas do montante de capital cultural e político que os cargos de direção da Enfermagem demandavam no país.

O capital simbólico, adquirido pelas americanas em lutas anteriores no seu país de origem, foi aqui reconhecido e legitimado oficialmente, desobrigando-as de entrar em luta pela imposição da *nova* forma de preparar enfermeiras brasileiras e aqui permanecerem por dez anos. Segundo BOURDIEU (1990),

“a legitimação da ordem social resulta do fato de que os agentes aplicam às estruturas objetivas do mundo social estruturas de percepção e apreciação que são provenientes dessas estruturas objetivas e tendem por isso a perceber o mundo como evidente” (p.163).

Esta percepção é sustentada por ALCÂNTARA (1966):

“(...) foram as exigências dos sanitaristas do DNSP, empenhados na obtenção do pessoal especializado para funcionamento dos novos e modernos serviços, que determinaram a emergência da nova categoria profissional. A fundação da Escola de Enfermeiras foi consequência de medida governamental e não produto de consenso social, foi estabelecida para atender a pequeno segmento e não à sociedade como um todo” (p.22).

A Escola, para formar enfermeiras de *alto padrão*, começou a funcionar em 19 de fevereiro de 1923²⁹, com o recebimento de treze alunas, após seleção criteriosa. Este dia ficou

²⁹ O Decreto Federal n.º 15.799/22 previa a criação da Escola de Enfermeiras do DNSP

conhecido como o *Dia das Bemvindas*, alusão às únicas palavras pronunciadas, em português, pela diretora americana, Clara Louise Kieninger, em seu discurso de saudação, em inglês (SAUTHIER, 1996, p.127)

O processo seletivo exigia das candidatas o diploma de Escola Normal ou documento comprobatório de instrução secundária equivalente. À ausência de documentação, exigia-se exame de admissão. As exigências para ingresso na Escola demonstravam que as alunas pertenciam às classes sociais privilegiadas, pois, nessa época, segundo ALCÂNTARA (1966),

“(...) apenas vinte por cento da população sabia ler e a educação da mulher se limitava ao programa de ensino ministrado em colégios femininos religiosos e não se enquadravam no sistema educacional brasileiro” (p.20).

A duração do curso da Escola de Enfermeiras do DNSP variou ao longo dos três primeiros anos de funcionamento: vinte e oito meses no primeiro; trinta e dois no segundo e, a partir do terceiro ano, trinta e seis meses. Este tempo de duração, transformado em períodos letivos, corresponde a quatro anos acadêmicos, duração equivalente à exigida, vinte e cinco anos depois, em 1949, pela Lei n.º 775, instituída para o ensino de enfermagem (ALCÂNTARA, 1972, p.27).

Em seguida, o Decreto n.º 16.300/23, regulamentou o funcionamento do Curso. Determinou sua duração em trinta e seis meses; instituiu o programa de instrução; estabeleceu os requisitos

mínimos para admissão e a obrigatoriedade da prática no Hospital São Francisco de Assis, anexo ao DNSP. Por um período de dez anos, a Escola Anna Nery foi a única no país a diplomar enfermeiras nos moldes modernos de ensino.

A regulamentação do exercício da enfermagem ocorreu em 1931, com a promulgação do Decreto n.º 20.109. Este dispositivo legal, segundo PINHEIRO (1951), estabeleceu que as escolas

“ (...) que viessem a ser criadas no território nacional deveriam necessariamente funcionar dentro dos mesmos moldes e serem a ela [Escola Ana Neri] equiparadas, se ambicionassem o registro, no DNSP, dos diplomas emitidos” (p.281).

Para atender tal objetivo, o Decreto elevava a Escola Anna Nery à condição de escola oficial padrão, assim como regulamentava o exercício e o ensino de enfermagem no país. Logo, *“além de resolver as questões ligadas ao ensino, tentava defender as verdadeiras das ‘supostas enfermeiras’, as primeiras, nessa época, representadas somente pelas diplomadas da Escola Ana Nery”* (CARVALHO, 1976, p.211).

O credenciamento para escolas diplomarem enfermeiras de **alto padrão** era precedido de verificação da estrutura do programa de ensino e das condições da Instituição. Competia, então, ao DNSP³⁰ designar a enfermeira, indicada pela Escola Anna Nery, para

³⁰ Esta competência, a partir da década de 30, foi reservada ao Ministério de Educação e Saúde

analisar a solicitação de equiparação. E era justamente o relatório da enfermeira *ananéri* que subsidiaria a promulgação do decreto-lei de reconhecimento. A esse respeito, PINHEIRO (1951) fez a seguinte afirmação:

“este fato, se por um lado retardou a formação de números maiores de enfermeiras diplomadas, por outro impediu a proliferação de pequenas escolas de curso rápido, recursos insuficientes e direção inadequada, como existem em certos países vizinhos, onde os requisitos de entrada vão desde o simples diploma primário ao bacharelado em curso secundário e onde há escolas que se dizem ‘de enfermagem’ sem que o seu corpo docente conte com uma única enfermeira” (p.281).

A expansão das Escolas de Enfermagem acontecia sob rígido controle de qualidade. Impedir a criação de futuras escolas, por não atenderem satisfatoriamente ao propósito de modernização, pode ter dificultado a luta da Escola Anna Nery no campo político. É o que ressalta DOURADO (1950) ao comentar a emissão de um parecer desfavorável à criação de uma escola de enfermagem:

“foi notável a resistência das enfermeiras contra a criação de escolas sem recursos suficientes. A custo de tanto reprimir tentativas de reproduzir deficientemente o modelo, isto é, a escola-padrão, com o nobre intuito de salvaguardar o ensino, é de crer que algumas vezes deixava de apoiar movimentos legítimos para a criação de estabelecimentos promissores, tal o caso, por exemplo, da falta de auxílio ao Professor Lemos Torres para a fundação de uma escola anexa à

Escola Paulista de Medicina, por volta de 1938” (p.5).

Esta prática explica porque as novas escolas, interessadas em diplomar enfermeiras com os traços que a enfermagem moderna exigia, convidavam enfermeiras *ananéri* para organizá-las pedagogicamente, e assim, asseguravam sua equiparação. Em face de tais exigências, a afirmativa a seguir relatada reforça a compreensão dos fatos:

“A Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, também, tem suas origens ligadas à Escola Ana Neri e à Escola da Universidade de São Paulo, pois para estruturá-la e dar início ao seu curso [em 1946], o então Reitor Edgar Santos, convidou a enfermeira-professora Haydée Guanais Dourado, ex-aluna da Escola Ana Neri... a indicação significava dar continuidade à orientação teórica que vinha sendo seguida pelas escolas de enfermagem brasileira” (PASSOS, 1996, p.83-84).

O *padrão Ana Neri*, por sua postura vigilante, difundiu a enfermagem moderna como uma chancela³¹, como “*marca que perdura e que se mantém presente em todos os momentos*” (PASSOS, 1996, p.67). À enfermeira *ananéri* foi outorgado certificado de **expert** na modernização da enfermagem no Brasil. E, como “*porta voz autorizada*”, imprime a marca distintiva - **curso tipo Ana Neri**, às escolas que desejavam implantar o *padrão Ana Neri*.

³¹ Rubrica que aprova e sanciona oficialmente as escolas de enfermagem; marca de confiabilidade

Esse tipo específico de poder da Escola Anna Nery, outorgado pelo Estado, e por extensão à essas enfermeiras, permitia inspecionar e controlar tudo sob sua chancela, (re)produzindo um comportamento disciplinado, tanto no aspecto da formação profissional, quanto moral, um estilo de vida. Com isto, determinava os movimentos, os gestos e as atitudes pessoais e profissionais. Enfim, preparava o tipo de enfermeira necessária como garantia do nível técnico e social da profissão.

A vigilância era o instrumento de controle da Escola Anna Nery, situada na “*torre central*” do poder disciplinador. Ela se construía e se remodelava; ao mesmo tempo que assegurava e ordenava o ensino; controlava e vigiava os caminhos da enfermagem no cenário brasileiro. As enfermeiras *ananéri*, responsáveis pelo enquadramento ao *padrão Ana Neri*, eram, conforme FOUCAULT (1988) “*capazes de arregimentar e de vigiar[e com] (...) um olhar que vigia e que cada um, sentindo-o pesar sobre si, acabará por interiorizar, a ponto de observar a si mesmo*” (p.218). Para o autor (1994),

“o aparelho disciplinador perfeito capacitaria um único olhar que tudo pode ver permanentemente. Um ponto central seria ao mesmo tempo fonte de luz que iluminasse todas as coisas, e lugar de convergência para tudo o que deve ser sabido: olho perfeito a que nada escapa e centro em direção ao qual todos os olhares convergem” (p.156).

O controle disciplinador não consistiu simplesmente em ensinar e garantir a uniformidade na formação de enfermeiras. Desenvolveu, também, cuidadosa vigilância sobre a prática médica social. Às enfermeiras brasileiras cabia a valorização do espaço profissional alcançado: na maioria dos hospitais, os serviços de enfermagem continuavam sendo executados por pessoal sem preparo teórico sistematizado e a maioria das enfermeiras diplomadas destinava-se ainda a atividades de ensino, na área da saúde pública. Diante disso, precisavam disciplinar o preparo de pessoal auxiliar de enfermagem, manter a formação da enfermeira diplomada compatível ao nível superior e uniformizar os diferentes cursos existentes.

Nos anos 30, ganha impulso o processo de industrialização e urbanização que se acelera nas décadas seguintes. Fortalece-se a classe operária, cria-se o sistema previdenciário e o sistema hospitalar se expande e moderniza. A política sanitária brasileira começa, gradativamente, a priorizar a medicina curativa hospitalar e, inversamente, a saúde pública perde a sua importância. Além disso, já no final da década de 20, as enfermeiras de saúde pública iniciaram a migração para os hospitais assistenciais. As mudanças no âmbito da política e da assistência à saúde refletem-se na enfermagem: há expansão no número de escolas de enfermagem³² e mudança no mercado de trabalho das enfermeiras. Na concepção de ALCÂNTARA (1966):

³² No período de 1937-1956 foram organizadas, em todo o Brasil, 39 escolas para formar enfermeiras e 67 cursos de auxiliar de enfermagem (Silva, 1986,p.80)

“os novos estabelecimentos hospitalares passaram a constituir maior mercado de trabalho para as enfermeiras diplomadas, relegando a plano secundário, sob esse aspecto, os serviços de saúde pública que até então absorviam a maioria das diplomadas. Em 1943, entre 334 enfermeiras em serviço ativo, diplomadas pela Escola Ana Neri, 221 (66%) trabalhavam no campo de saúde pública e 32 (9,5%) em serviços hospitalares. Em 1950, verificou-se que 49,4% das enfermeiras encontravam-se no campo hospitalar e 17,2% no campo da saúde pública” (p.24).

Este contexto estimulava a criação de novas escolas³³ e favorecia o treinamento desordenado de pessoal de enfermagem de nível elementar, ou seja, sem preparo teórico sistematizado. Em resposta a esta situação as enfermeiras brasileiras conseguiram a tomada, por parte do Governo, de várias medidas. Em 1937, a Escola Anna Nery foi incorporada à Universidade do Brasil³⁴, atual UFRJ, como instituição de ensino complementar, com completa autonomia. A partir de 1946, com a aprovação do Estatuto da Universidade do Brasil³⁵, a Escola Anna Nery foi integrada à Universidade como estabelecimento de ensino superior. Em 1949, a Lei n.º 775³⁶ *dispõe sobre o ensino da enfermagem no País e dá outras providências*, regulamentando os cursos para auxiliares de enfermagem e os cursos de enfermagem de nível superior. Segundo PINHEIRO (1951), a Lei trouxe inovações para o ensino e para a configuração da equipe de enfermagem:

³³ Não houve relação entre o aumento do número de escolas e o número de enfermeiras por elas formadas (ALCÂNTARA, 1966, p.24)

³⁴ Lei n.º 452/37 cria e organiza a Universidade do Brasil

³⁵ Decreto n.º 21.321/46

³⁶ Regulamentada pelo Decreto n.º 27.426/49

“(...) esta [Lei] não cogita de uma escola padrão e demais escolas equiparadas e sim de escolas reconhecidas pelo Ministério de Educação e Saúde; estabelece a organização administrativa das escolas; determina os requisitos para admissão, as matérias do currículo e sua seriação e os estágios práticos obrigatórios; fixa o sistema de exame e de nota” (p.281).

Para ALMEIDA (1989), *“a institucionalização do auxiliar de enfermagem marca o início formal da divisão do processo de trabalho na enfermagem”* (p.83). Todavia, para DOURADO (1950) a Lei

“(...) poderá servir de elo entre a enfermagem incipiente dos primeiros anos e a do futuro, profissão efetivamente liberal... constitui grande passo no progresso da enfermagem, [porque] a criação das futuras escolas poderá seguir normas seguras. Tudo se fez até aqui para evitar a criação de estabelecimentos, ditos de ensino, mas, na realidade, criados por hospitais privados, com o propósito de obter trabalho gratuito das alunas” (p.6-7).

CARVALHO (1978), duas décadas depois, corroborou este modo de pensar afirmando:

“(...) a Lei e o Decreto constituíram instrumentos de disciplinação dos cursos existentes no País e arma útil contra a criação indiscriminada de escolas por instituições desprovidas de recursos financeiros, materiais e humanos” (p.28).

A Lei 775/49 determinou a reformulação do currículo das escolas de enfermagem, a primeira após a criação das primeiras turmas em 1923, adaptando-o para atender ao mercado de trabalho voltado para a área hospitalar: estipulou trinta e seis meses para a formação de enfermeiras e dezoito meses para o auxiliar de enfermagem. Estava em jogo a questão de preparar a enfermagem, especificamente a profissão de enfermeira, para integrar-se ao sistema geral de ensino e firmar-se definitivamente como profissão de nível universitário, o que aconteceu à partir de 1962, por força da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)³⁷. Passou-se a exigir então, o colegial completo para admissão em curso de graduação em enfermagem.

Até a promulgação da LDB, a formação de enfermeiras acontecia tanto no nível médio de ensino quanto no superior, devido à existência de escolas organizadas para diplomar em ambos os níveis. Por conseguinte, a situação das enfermeiras, enquanto profissão universitária, era passível de confusões. Além disso, de acordo com LIMA (1994), as Escolas incorporadas às Universidades “*não possuíam status de Instituição de nível superior, sendo colocadas na periferia de um sistema de ensino superior de tradição intelectualista, já que a enfermagem possuía atividades técnicas*” (p.272).

A partir da LDB, coube ao Conselho Federal de Educação - CFE - determinar a duração e o currículo dos cursos superiores. O

³⁷ Lei n.º 4.024/61. Essa primeira LDB vinha em atendimento à Constituição de 1946. O artigo 5º estabelecia que competia a União legislar sobre as diretrizes e bases da educação nacional. A Lei fixava os princípios gerais e a estrutura da educação no país, compreendendo todos os seus níveis.

Parecer n.º 271/62 do CFE, fixa o currículo mínimo para enfermagem e mantém a formação de auxiliares de enfermagem em nível de primeiro e segundo graus.

No entanto, para SILVA (1989), o avanço no ensino da enfermagem iniciou-se em 1949:

“(...) a exigência do segundo ciclo completo para os candidatos aos cursos de enfermagem [de nível universitário] (preconizado desde a Lei 775/49), representou um verdadeiro salto, um marco indiscutível na história da enfermagem profissional...” (p.84).

Para a autora “a criação de alguns cursos de pós-graduação, (...) durante os anos 70, fortaleceu a tendência emergente na década anterior, que apontava para a cientifização da categoria das enfermeiras...” (p.84).

Comentando as conquistas políticas obtidas pelas enfermeiras durante três décadas, MELO (1986) analisa as atitudes profissionais que levaram a este resultado:

“(...) as enfermeiras brasileiras esqueciam-se de que um grupo ocupacional, para chegar a ser uma profissão, não pode se basear unicamente em uma superioridade técnica. Uma profissão, para ser reconhecida como tal, necessita de pelo menos o apoio dos que detêm o poder. E foi o que as ‘líderes’ de enfermagem buscaram posteriormente” (p.65).

A despeito dessa luta, o passado histórico leva a crer que a Escola Anna Nery contou por longo período com o apoio do poder público³⁸ para implantar a enfermagem moderna no Brasil. Neste tempo, a luta mais intensa foi para legitimar os avanços e se firmar como profissão de nível universitário.

³⁸ Recebeu apoio pedagógico e financeiro da Fundação Rockefeller, a pedido do Estado

3. A OFICIALIZAÇÃO DAS CATEGORIAS AUXILIARES

A tradição herdada dos primeiros grupos que executaram os serviços de enfermagem no país exerceu influência sobre a prática e a estruturação do ensino do pessoal auxiliar. As Santas Casas foram os primeiros hospitais gerais organizados e, por cerca de três séculos, os únicos núcleos de serviços de enfermagem (ALCÂNTARA, 1980, p.15). Com a organização das Misericórdias, a assistência às pessoas doentes era prestada pelas congregações religiosas com a cooperação de leigos, muito deles ex-pacientes, treinados em serviço e que, após algum tempo, tornavam-se *peritos em enfermagem*. “*A esses elementos dedicados e trabalhadores [as irmãs de caridade] ensinavam os cuidados de enfermagem que conheciam, deixando aos médicos a incumbência do ensino de técnicas novas*” (ALCÂNTARA, 1958, p.88).

A primeira tentativa de preparar formalmente pessoal auxiliar aconteceu com a criação dos cursos de parteiras vinculados às primeiras Faculdades de Medicina³⁹. A reformulação dos estatutos das escolas médicas trouxe avanços para o curso de parteiras: o tempo foi estabelecido em dois anos de duração e proposto programa de ensino. A Santa Casa do Rio de Janeiro, três anos depois da reforma pedagógica proposta, organizou a primeira enfermagem obstétrica. A iniciativa impulsionou a criação de Maternidades anexas aos hospitais administrados pelos religiosos em outras cidades (PAIXÃO, 1979, p.107).

³⁹ A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi fundada em 1832 e a da Bahia em 1808.

No início da década de 20, indo ao encontro do movimento nacional em busca da melhoria das condições de assistência aos feridos da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a Cruz Vermelha Brasileira⁴⁰ organizou cursos para socorristas voluntários em todo o país. E, em 1916, com o objetivo de preparar, em dois anos, um novo tipo de voluntário para as situações de emergências, fundou a Escola Prática de Enfermeiros.

Nesta época, estudos das condições sanitárias da cidade do Rio de Janeiro revelaram ser imprescindível reorientar as políticas públicas de saúde e, com isto, comprovaram a necessidade de controlar as endemias. O DNSP criou, então, o curso de visitadora sanitária, com duração de dez meses, enquanto preparava a abertura da nova Escola de Enfermeiras. A introdução do sistema *nightingale* no Brasil em 1923, com a fundação da Escola de Enfermeiras do DNSP, acrescentou ao cenário institucional um tipo de enfermeira com elevado nível de formação. A promulgação do primeiro decreto⁴¹ que regulamentava o exercício da enfermeira com diploma registrado no DNSP e a elevação da Escola de Enfermagem Anna Nery à condição de *escola-padrão*⁴², à qual as demais escolas de enfermagem deveriam ser equiparadas, caso desejassem o registro, no DNSP, dos diplomas

⁴⁰ Fundada, no Rio de Janeiro, em 1908

⁴¹ O Decreto n.º 20.931/32 regulamentava o exercício profissional da enfermeira com diploma registrado no DNSP e na repartição sanitária estadual competente. Logo, contemplava as enfermeiras de *alto padrão* e as parteiras.

⁴² Decreto n.º 20.109/31

por elas emitidos, veio a se constituir em medidas políticas que asseguravam às enfermeiras *ananéri* o direcionamento do ensino. Ao mesmo tempo, tornava visível a distinção técnica e social em relação as demais *enfermeiras* preparadas pelos outros cursos.

A enfermeira de *alto padrão* surgia como símbolo de supremacia técnica e administrativa. A organização na formação garantia às enfermeiras *ananéri* a apropriação de conhecimentos e técnicas mais complexas; logo, poderiam ocupar postos de trabalhos situados no patamar superior da hierarquia nas instituições de serviço. Houve reação das categorias auxiliares já existentes e não contempladas nos Decretos n.º 20.109/31⁴³ e 20.931/32⁴⁴, que travaram lutas políticas pela garantia do amparo legal. Como resposta, sucessivos decretos leis foram promulgados. De certa forma, os dispositivos legais foram tentativas de controlar as tensões políticas e sociais geradas pelos conflitos de interesses que emergiam no campo da enfermagem.

Em 1932, o Decreto n.º 22.257 conferia às irmãs de caridade, com mais de seis anos de prática, direitos iguais aos dos enfermeiros de saúde pública que atuavam nos hospitais das congregações religiosas. Neste mesmo ano, o Decreto n.º 21.141 garantia, aos egressos da Escola de Saúde do Exército e da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira com diplomas registrados

⁴³ Determinava que só poderiam intitular-se *enfermeiros diplomados*, os exercentes cujo o diploma estivesse registrado no DNSP. Facultava ainda o título aos diplomados em escolas estrangeiras, reconhecidas pelas leis de seu país, com diplomas registrados no mesmo órgão (PAIXÃO, 1979, p.210).

⁴⁴ Fixou as responsabilidades e limitações do exercício profissional ao pessoal de saúde incluindo a parteira ou enfermeira obstétrica (PAIXÃO, 1979, p.212 e PINHEIRO, 1952, p.282).

no Ministério da Guerra, o direito de continuar usando o título de enfermeiros. Com isso, isentava-os da exigência de registrar seus diplomas no DNSP. Em 1933, as mesmas regalias são concedidas aos diplomados pelo Curso Prático de Enfermeiros e Padioleiros da Brigada Militar do Rio Grande do Sul. Em 1934, os leigos da enfermagem foram amparados pelo Decreto n.º 23.774. A eles foi estendido o direito de intitular-se enfermeiro. O Decreto garantia, ainda, aos que contavam mais de cinco anos de exercício de enfermagem, a inscrição no DNSP como *enfermeiros práticos*, determinado que se submetessem a exame de habilitação, junto a esse Departamento, os que exerciam a profissão, por tempo inferior ao estipulado por esse documento legal. Assim, o treinamento superficial e rápido não assegurava a titulação a esse pessoal, dificultando, dessa forma, o reconhecimento e o surgimento de *enfermeiros práticos* sem o preparo adequado para os serviços de enfermagem, ou seja, a formação realizada somente na prática cotidiana (PINHEIRO, 1951, p.282-283; MELO, 1986, p.67).

Uma parcela dos profissionais de enfermagem definia-se legalmente, e de forma gradual, como categoria auxiliar. Se, por um lado, lhes era garantido o exercício profissional, por outro, suas atividades passavam a ser tecnicamente subordinadas às enfermeiras de *alto padrão*. Desta forma, parece que uma das preocupações da *categoria auxiliar* era manter o nome genérico de enfermeiro e, assim, assegurar um capital social reconhecido – o prestígio, além de garantir o seu espaço de trabalho no campo da enfermagem. Entretanto, as enfermeiras de *alto padrão* marcavam, com sua origem social e

valorização técnica, a distinção existente entre eles. Isto posto, *“temos que entender a divisão do trabalho na enfermagem, como aquela que nasce na própria seleção de pessoas de classes sociais distintas para o trabalho como enfermeiro ou como auxiliar”* (MELO e BARROS, 1986, p.95).

3.1. A determinação legal de formação diferenciada de auxiliares e técnicos – a contradição da indiferenciação das atividades das duas categorias na prática

A perspectiva do ensino de enfermagem em dois níveis de formação surgiu em 1934. Entretanto, o primeiro curso formal para auxiliares de enfermagem foi criado apenas em 1941, na Escola de Enfermagem Anna Nery⁴⁵. No entanto, a formação de pessoal em nível mais elementar somente se legitimou quando esse tipo de ensino foi oficializado pela Lei n.º 775/49, que tornou obrigatórios dois cursos, o de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem.

Até 1949, segundo CARVALHO (1976), *“formaram-se apenas cento e vinte e seis auxiliares de enfermagem nos cinco cursos existentes para este fim”* (p.188-189). A legislação de ensino estabeleceu a duração do curso de auxiliar em dezoito meses e a exigência de curso primário como condição para matrícula e, para o curso de enfermagem em nível superior, o segundo ciclo completo.

⁴⁵ Era um curso não articulado com a graduação, profissionalizante, com duração de dezoito meses e exigia para admissão o certificado do antigo primário.

Assim, assegurava a uniformidade da formação. Por outro lado, regulamentar os cursos de auxiliar e superior de enfermagem, estabelecendo a diferenciação no preparo das alunas, era a estratégia para manter a prática e o ensino das enfermeiras diplomadas em alto nível técnico e o ensino da enfermagem sob o controle das *líderes de enfermagem*. PINHEIRO (1951) destaca que

“(...) este dispositivo coloca definitivamente as escolas de enfermagem dentro das universidades (...) forçosamente, deverá haver num futuro próximo, alteração para melhor, da qualidade das enfermeiras brasileiras” (p.285)

Nessa perspectiva, a autora também identificou avanços qualitativos para formação do auxiliar de enfermagem. Considerou a legislação de ensino do pessoal de enfermagem em dois níveis o caminho mais adequado para a época (1951):

“não tenho a menor dúvida que, fossem outros os dispositivos da lei, cresceria em proporção assustadora, o número de escolas de auxiliares de enfermagem. Mas, esta [a Lei 775] estabelece claramente certos requisitos de difícil execução que exige o funcionamento regular de uma escola, e não de um simples curso improvisado” (p.286-287)

O escasso número de enfermeiras *diplomadas* para ocupar os cargos de chefia nos serviços de saúde, especialmente nos hospitalar, associado à expansão do número de postos de enfermagem no setor hospitalar era preocupante. Seria possível direcionar o

recrutamento para trabalhadores sem preparo. As reflexões de CARVALHO (1951) registram esta possibilidade:

“(...) se para dirigir serviços de enfermagem pouca esperança temos de conseguir número suficiente de enfermeiras diplomadas, que diremos então do próprio cuidado ao doente (...) [e] em que ritmo deveriam então as cifras crescer para, num futuro não muito remoto, poderem as auxiliares cobrir as necessidades do país” (p.285).

O caminho era manter a formação de enfermagem em níveis aceitáveis de preparo e qualificação e, ao mesmo tempo, atender a demanda de postos de trabalho. O fato de *permitir* a formação de um grupo, em menor espaço de tempo, mas sob *vigilância*, conforme afirma CARVALHO (1951), era uma forma de continuar controlando a qualidade do preparo do pessoal de enfermagem:

“(...) a solução do problema tem sido encurtar o curso de enfermagem e reduzir as exigências acadêmicas de matrícula. Isso já foi feito pela própria legislação [Lei 775] permitindo a criação de cursos de Auxiliar de Enfermagem, onde a matrícula não atinge os números esperados” (p.291).

Tratava-se, também, de uma tentativa de preencher um espaço no mercado de trabalho que, numericamente, as enfermeiras não tinham condição de ocupar. Além disso, as exigências da Lei, para a organização dos cursos, dificultavam para a enfermagem, a

inserção de um tipo de trabalhador que pudesse, em virtude de sua escolarização elementar, travar a elevação do prestígio social, não só da Enfermagem como profissão, mas principalmente das próprias enfermeiras.

Diante disso, o problema das *líderes de enfermagem* centrava-se na relação *oferta de vagas/demanda* para os cursos de enfermagem. Mesmo correndo o risco de não preencher as vagas disponíveis, a recomendação era ocupar o espaço, treinando e qualificando pessoal suficiente para os serviços de enfermagem, conforme destaca CARVALHO (1951):

“(...) aumentar, o mais depressa possível, o número de alunas de nossas Escolas de Enfermagem e de Auxiliares, preenchendo-lhes todas as vagas (...) com bons elementos (p.150).

E acrescenta

“(...) mais vantajoso será obter o número de boas chefes de acordo com as finanças e as necessidades da instituição, completando-se com o pessoal de enfermagem, tanto quanto possível, com auxiliares e, só usando atendentes em último recurso” (p.151)⁴⁶.

Neste mesmo sentido, dez anos depois da regulamentação dos cursos, PAIXÃO (1960) alerta que “é de suma importância que os

⁴⁶ grifo da autora

títulos atribuídos às pessoas que trabalham no setor de Enfermagem sejam os previstos na legislação vigente” (p.146), apesar do número, ainda insuficiente, de enfermeiras que vinha se diplomando. Julgava ser um estímulo à melhoria do padrão de enfermagem, pois,

“(…) a estimativa de enfermeiros necessárias somente à direção dos serviços de enfermagem nas instituições hospitalares, considerando-se apenas uma chefe para cada instituição hospitalar, era em 1950, de 3600 enfermeiras... como o campo de trabalho das enfermeiras não é apenas o hospitalar, pois abrange os serviços de Saúde Pública e as funções de administração e ensino nas Escolas de Enfermagem e de Auxiliares, [em 1956] o atual número aproximado de 4000 enfermeiras está longe de corresponder às necessidades de todos esses setores. Em 1953 o total de diplomadas por todas as escolas que já tinham tempo de funcionamento suficiente para conferir diplomas foi de 296” (p.147)⁴⁷.

A denominação de *enfermeira* para qualquer pessoa cujas atividades se aproximavam das de enfermagem – mesmo sem caracterizarem como funções específicas, tal como ocorre com os atendentes - poderia dificultar o recrutamento, para os cursos de enfermagem em nível superior, de candidatas entre as “*moças de boa família*”. Segundo opinião da autora anteriormente citada,

“(…) se a moça instruída vê chamar de enfermeira uma semi analfabeta, evidentemente pensará que as funções de enfermagem estão abaixo de sua cultura e formação, buscará outra profissão” (p.147)

⁴⁷ grifo da autora

Diante disso, aceitar a categoria de auxiliar era fundamental para a enfermagem, mas, para a sobrevivência da categoria de enfermeiras em padrão elevado de formação, foi preciso demarcar visivelmente a distinção técnica e social em relação aos demais exercentes. Para ALMEIDA (1989), a promulgação da Lei n.º 775/49 revelou esta outra face: “*a institucionalização do auxiliar de enfermagem marca o início formal da divisão do processo de trabalho na enfermagem*”. Houve, a necessidade de divisão do trabalho, que a Lei 775 oficializou ao bipolarizar as atividades dos auxiliares e enfermeiras (p.83). Às enfermeiras, segundo o modelo *nightingale*, couberam as atividades mais complexas da enfermagem: administração dos serviços, ensino, preparo e supervisão do pessoal auxiliar. Aos auxiliares foi delegado o cuidado direto ao doente, supervisionado pela enfermeira⁴⁸. Constata-se, assim, que o trabalho da enfermagem moderna mantinha as tradições e modelos da segunda fase da história da enfermagem no Brasil, quando a profissionalização envolvia a divisão social do trabalho.

As líderes, com a enfermagem constituída de categorias marcadas pela distinção hierárquica segundo seu nível de escolaridade, cogitaram em 1948, portanto antes da regulamentação do curso de auxiliar de enfermagem, em criar outra categoria. A enfermeira norte-americana Frances Helen Ziegler⁴⁹, no II Congresso Nacional de Enfermagem, apresentou um trabalho aconselhando ser

⁴⁸ Neste caso, no gênero feminino, porque somente com a Reforma Universitária (1968), a enfermagem começou a receber no nível superior candidatos do sexo masculino.

⁴⁹ Diretora da Escola de Enfermagem de Vanderbilt e Consultora de Enfermagem do Instituto de Assuntos Interamericanos, nos Estados Unidos

mais adequado “*para a situação específica do Brasil, dois padrões [de exigências] para admissão às escolas de enfermagem, ambos para cursos de três anos de duração*”. Assim foi instituído o ginásio como requisito para o curso cuja características se assemelhavam ao atual técnico de enfermagem e o curso colegial como requisito para a obtenção do grau de bacharel.

Entretanto, as reflexões sobre a inclusão de outra categoria, com formação intermediária, ou seja, entre o auxiliar de enfermagem e o enfermeiro, tornaram-se mais vigorosas no início da década de 50, por ocasião dos estudos e discussões do projeto das novas diretrizes e bases da educação nacional, posteriormente transformadas em Lei (CARVALHO, 1976, p.178-179).

A formação de um técnico para prestar assistência a doentes graves e chefiar unidades de enfermagem em hospitais, atividades situadas “*entre os cuidados de enfermagem elementares*”, realizados pelos auxiliares de enfermagem, e “*as funções de magistério, supervisão e chefia de serviços*” pelas enfermeiras, preencheria um espaço que os auxiliares não poderiam absorver, por não estarem preparados e que as enfermeiras estavam com dificuldades de realizar, devido a permanente escassez numérica (PAIXÃO, 1979, p.130-131).

A possibilidade da criação de um curso com outro nível de formação, além dos previstos na Lei n.º 775/49, causou polêmica na enfermagem. A criação de uma categoria, com curso de três anos

de duração e com atividades limítrofes às das enfermeiras, poderia ameaçar o espaço de trabalho e a existência própria das mesmas.

Além deste fato, as *líderes de enfermagem* precisavam cristalizar o curso de enfermagem no ensino superior, ameaçado pelo reduzido número de candidatas. Além disso, a criação de mais um nível *“talvez viesse a acarretar diminuição do número de candidatas para as escolas de enfermagem”* (CARVALHO, 1976, p.180-181). Assim, era necessário manter o preparo das categorias sob vigilância, no sentido de controlar a diretriz do ensino da enfermagem, conforme declara CARVALHO (1976):

“algumas enfermeiras educadoras temiam deixar vaga essa faixa do ensino porque qualquer outro poderia tentar preenchê-la, com cursos organizados à revelia da enfermagem, principalmente no que se refere ao aspecto curricular (p.182);

A promulgação da Lei n.º 4.024 – a chamada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, em 1961, ampliou para três os níveis de ensino da educação nacional: primário, médio (atual primeiro e segundo grau) e superior. Seu artigo 47 possibilitava a formação de técnicos em nível médio nas diferentes áreas, rezando seu parágrafo único: *os cursos técnicos de nível médio não especificados nessa lei serão regulamentados nos diferentes ensinos.* Foi a primeira abertura para implantação do Curso Técnico de Enfermagem. Ainda com a finalidade de adaptar a formação do profissional de enfermagem à LDB, o nível de escolaridade do auxiliar de enfermagem foi elevado, devendo, o estudante, cursar disciplinas

obrigatórias da sétima e oitava séries do primeiro ciclo como exigência para conclusão do curso. O curso de auxiliar foi fixado em doze meses, na rubrica de ginásio profissionalizante.

Enquanto isso, desde 1957 tramitava no Poder Executivo o Projeto n.º 3.052, que previa a profissionalização em três níveis, com o técnico no nível intermediário. Com a estruturação da educação brasileira regida pela LDB, houve uma mobilização na enfermagem para retomar as discussões sobre o ensino em diferentes graus de escolaridade. Segundo CARVALHO (1976), as enfermeiras tinham posições diferentes:

“(...) aquelas que opinavam a favor, além do fato do projeto ter-se originado de mensagem do presidente da República, consideravam que os serviços de enfermagem necessitavam de maior número de profissionais, incluindo o pessoal de nível técnico; as pressões do auxiliar de enfermagem que aspirava ocupar a faixa dos cursos do segundo ciclo; e as diretrizes da política educacional do governo” (p.183).

Essa percepção não foi unânime, como se pode ver pela continuação:

“(...) os argumentos contra baseavam-se, principalmente, na conhecida deficiência do ensino realizado para algumas escolas de nível superior ou médio de primeiro ciclo, por falta dos necessários recursos financeiros, não se justificando, portanto, a criação de outras que, com muita probabilidade, iriam estar nessas condições” (p.185).

Tais colocações refletem as relações que as enfermeiras travaram entre si, buscando melhor direcionamento do ensino. Nessa vertente, a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn instalou uma comissão especial para estudar a estruturação do curso técnico. Mas, antes da conclusão deste estudo, o Conselho Estadual de Educação do então Estado da Guanabara aprovou, pela primeira vez, a instituição do Curso Colegial em Enfermagem⁵⁰. Os Conselhos Estaduais de Educação dos Estados de Pernambuco⁵¹, Goiás e Paraná emitiram, também, pareceres favoráveis a solicitações semelhantes. Foram autorizados a funcionar o Curso Técnico da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, em Goiânia, e o Curso Experimental Técnico da Escola Técnica de Enfermagem *Catarina Labouré*, em Curitiba (CARVALHO, 1976, p.185-186).

Em outubro de 1965, no Congresso Brasileiro de Pedagogia e Didática aplicada à Enfermagem, intensas discussões foram empreendidas. Considerou-se que “*havia falhas graves para o ensino [da enfermagem] nas resoluções baixadas pelos Conselhos Estaduais*”. Algumas recomendações foram encaminhadas à Associação Brasileira de Enfermagem, à Comissão de Educação da ABEn e às Escolas de Enfermagem.

Entretanto, iniciativas de organização dos primeiros cursos para técnicos de enfermagem somente ocorreram em 1966: primeiramente, no Sistema Federal de Ensino, na Escola de

⁵⁰ Parecer n.º 85/65

⁵¹ Parecer n.º 30/65

Enfermagem Anna Nery⁵² e, logo a seguir, na Escola de Enfermeiras Católicas Luiza de Marillac, hoje, Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac⁵³. Os pareceres, emitidos pela Câmara de Ensino Primário e Médio do Conselho Federal de Educação - CFE, estabeleciam normas, tanto para a organização do currículo, como para a composição do corpo docente (CARVALHO, 1986, p.187). Com a aprovação dos pareceres, o CFE considerou regulamentado o curso colegial.

Dez anos depois da promulgação da Lei n.º 4.024, o ensino de primeiro e segundo graus foi novamente objeto de legislação específica. A *nova* LDB – Lei n.º 5.692/71, estabeleceu como obrigatória a habilitação profissional juntamente com o ensino de segundo grau. A formação do técnico passou a ter, então, a duração de dezoito meses após conclusão do primeiro grau, em ensino regular ou ensino supletivo⁵⁴. Posteriormente, foi suspenso o exame supletivo para o nível técnico devido à solicitação do Conselho Federal de Enfermagem⁵⁵ ao Conselho Federal de Educação. Tal pedido baseou-se no grau de complexidade de tarefas que deveria desenvolver os exercentes de enfermagem e nas exigências mínimas de habilitação. A *nova* Lei foi alvo de severas críticas, oriundas de diferentes segmentos educacionais, culminando com a revogação, pela Lei n.º 7.044/82, da obrigatoriedade da habilitação profissional no segundo grau (COFEN/ABEn, 1985, p.71).

⁵² Parecer n.º 171/66

⁵³ Parecer n.º 224/66

⁵⁴ A habilitação através do exame de suplência profissionalizante foi estendida aos auxiliares de enfermagem ao nível de segundo grau.

⁵⁵ Órgão fiscalizador do exercício profissional, criado em 1975.

Com isso, as categorias auxiliares de enfermagem apresentavam níveis de formação bastante heterogêneos: técnicos e auxiliares de enfermagem, com escolaridade de segundo grau, podendo ser habilitados, tanto no sistema de ensino regular, como no supletivo, nos termos da Resolução 07/77; auxiliares de enfermagem, com primeiro grau, nos termos da Resolução 08/77, *emergencial em face das condições socioeconômicas regionais ou locais e para atender às exigências do mercado de trabalho*; e, finalmente, as categorias tradicionais, de atendentes, parteiras, parteiras práticas e visitadoras.

Intensificaram-se, então, os estudos que objetivaram delimitar as funções do técnico de enfermagem. A diretoria da ABEN, por recomendação do 28º Congresso Brasileiro de Enfermagem, constituiu uma comissão especial para esse fim, visando à regulamentação do exercício profissional do técnico de enfermagem: era preciso incorporar as atribuições do técnico na *lei do exercício profissional de enfermagem*⁵⁶ em vigor e criar o quadro no Ministério do Trabalho. Apesar das reiteradas solicitações encaminhadas pela diretoria da ABEN ao Ministério da Educação, ao da Saúde e ao presidente da República, para alterar a *lei do exercício*, a enfermagem não conseguiu avançar em direção à regulamentação da categoria do técnico (CARVALHO, 1976, p.187). Ao mesmo tempo, foram-se

⁵⁶ A *Lei do exercício profissional* n.º 7.498/86, regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87, dispõe sobre o exercício de enfermagem e dá outras providências.

multiplicando os cursos para formação de técnicos. Em 1968 havia seis cursos funcionando no país⁵⁷.

Entrou em jogo o poder legítimo de (di)visão da enfermagem, e as enfermeiras usaram suas “*armas simbólicas*”: a presidente da ABEn, em 1969, pleiteou junto a Câmara dos Deputados do Estado do Paraná a regulamentação do exercício profissional do técnico de enfermagem. Um projeto foi elaborado com a finalidade de acrescentar dispositivo à *lei do exercício profissional* em vigor. Eram estratégias de luta para regulamentar a categoria e, assim, tornar o título de técnico de enfermagem juridicamente garantido - um capital social incorporado à enfermagem.

De um lado, a enfermagem, lutando para regulamentar a categoria de técnico: teve no ano de 1968, os primeiros egressos das turmas de quatro anos, ao mesmo tempo que outras turmas continuavam em curso - um exército de reserva mais qualificado era lançado no mercado de trabalho e a absorção na categoria de técnico de enfermagem não estava garantida. De outro, para legalização do curso, as líderes de enfermagem teriam que vencer os obstáculos oficiais. Segundo CARVALHO (1976):

⁵⁷Curso Colegial Técnico e de Auxiliares de Enfermagem da Universidade de Recife; Curso Colegial Técnico de Enfermagem da E.E. Anna Nery (RJ); Curso Colegial Técnico de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac (RJ); Curso Colegial Técnico de Enfermagem Maria Pia Matarazzo (SP); Curso Colegial Técnico de Enfermagem Catarina Labouré (PR); Curso Colegial Técnico de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo (GO) (PAIXÃO, 1979, anexo 1).

“(...) em junho de 1970, um técnico do Departamento de Administração do Serviço Público... opinou que a ABEn deveria submeter, em documento único, a proposta de atribuições de cada uma das ocupações de enfermagem...” (p.208).

Para autora citada, definir as atribuições de cada categoria seria a base dos estudos para elaborar o Plano de Classificação de Cargos da Enfermagem. Ao mesmo tempo, o Ministério do Trabalho informou à Comissão de Legislação da ABEn que caberia ao Conselho de Enfermagem⁵⁸ determinar as atribuições dessa nova categoria (CARVALHO, 1976, p.208).

A enfermagem deveria, primeiro, criar o Conselho, para continuar depois lutando pela regulamentação do técnico. Entretanto, para que na enfermagem existisse um Conselho, não bastaria a decisão de um grupo de enfermeiras, seria necessária a promulgação de uma lei sobre a sua criação. Em 13 de julho de 1973, a Lei n.º 5.905 criou o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN e os Conselhos Regionais de Enfermagem - COREN e, de acordo com essa lei, esses Conselhos passariam a abranger todas as categorias de enfermagem reguladas em lei. À luta somava outra frente: a elaboração de projeto que contemplasse as categorias, que refletisse a prática da enfermagem e, ao mesmo tempo, trouxesse avanços.

A nomeação oficial, explícita e pública do título de técnico de enfermagem, ou seja, a regulamentação da categoria,

⁵⁸ Órgão fiscalizador do exercício profissional

aconteceu somente em 1986⁵⁹, vinte anos após a criação oficial do primeiro curso⁶⁰. Durante esse período, a integração do técnico de enfermagem à equipe de enfermagem tornou-se finalmente realidade.

Em 1970, a Assembléia de Delegados da ABEn julgou oportuno convidar os técnicos de enfermagem a participar da associação, *com direito a voz, mas sem direito a voto*. Em 1971, a ABEn reestudou sua posição e aprovou emenda no Estatuto dando aos técnicos possibilidade de pertencer à associação, como membros efetivos, com os mesmos direitos e privilégios dos demais sócios efetivos, excluindo, apenas, o direito à ocupação de cargos de presidente e vice-presidente (CARVALHO, 1976, p.188).

O COFEN, desde a sua instalação (1973), reconheceu como legítima a formação em nível técnico. Como o técnico de enfermagem não estava incluído na *lei do exercício profissional*, datada de 1955⁶¹ e vigente por trinta anos⁶², o Conselho, fundamentou-se na legislação de ensino instituída pelo Ministério de Educação e Cultura e organizou três quadros para fins de inscrição no COREN: Quadro I, de enfermeiros e de obstetrizas; Quadro II, de técnicos de enfermagem e Quadro III, de auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos, práticos de enfermagem e parteiras práticas (COFEN/ABEn, 1985, p.193).

⁵⁹ *Lei do exercício profissional* n.º 7.498/86, regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87

⁶⁰ Curso Técnico de Enfermagem da E.E. Anna Nery, Parecer n.º 171/66

⁶¹ *Lei do exercício profissional de enfermagem* n.º 2.604/55, regulamentada pelo Decreto n.º 50.387/61

⁶² Revogada pela *Lei do exercício profissional de enfermagem* n.º 7.498/86, regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87

Enquanto isso, o técnico não existia como categoria da profissão de Enfermagem, no Ministério do Trabalho: era necessária a criação da referida carreira, com a aprovação de *nova lei do exercício profissional de enfermagem*, que ainda em 1980 tramitava no Congresso Nacional, na forma de Anteprojeto de Lei⁶³ (COFEN/ABEN, 1985, p.193).

O não reconhecimento do título de técnico como legítimo, em decorrência da não regulamentação da ocupação⁶⁴, resultou na inexistência da categoria no quadro de pessoal dos serviços públicos, até 1988. Restou ao grupo inserir-se nas escassas vagas que o setor privado oferecia. A situação beneficiava os serviços de saúde, públicos e privados, porque poderiam incluir no seu quadro de pessoal funcionários melhor preparados, mas com remuneração de auxiliar de enfermagem. No levantamento realizado pelo COFEN, no país, em 1983, sobre a força de trabalho em enfermagem, 20,4% (19.923:4.064) dos técnicos de enfermagem, no setor privado, ocupavam o cargo para o qual foram preparados; 55,2% (19.923:10.997) estavam admitidos como auxiliares de enfermagem e os 19,5% (19.923:388) restantes, como atendentes (1985, p.109).

O Quadro 1, a seguir apresentado, permite visualizar a evolução dos dispositivos legais⁶⁵, em ordem cronológica, que definem a formação e o exercício do pessoal de enfermagem.

⁶³ Anteprojeto de Lei n.º 60/80

⁶⁴ Aconteceu, em 1986, com a promulgação da *Lei do exercício profissional de enfermagem* n.º 7.498, que regulamenta o exercício.

⁶⁵ Levantados a partir de documentos oficiais do Império e da República, no livro *Enfermagem: Legislação e Assuntos Correlatos. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Volume I, 3ª edição, 1974* e, a partir de 1972, no Diário Oficial da União.

QUADRO 1

Demonstrativo da evolução da legislação profissional do pessoal de enfermagem

<i>Dispositivos</i>	<i>Ementa e disposições específicas</i>
<p>Lei s/n.º de 1832 (Coleção das Leis do Império do Brasil)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organiza as Academias Médico-Cirúrgicas das Cidades do Rio de Janeiro e Bahia - Confere as Faculdades de Medicina o direito de conceder o título de Parteira (art. 11º) - Confere as Faculdades de Medicina o direito de verificar as títulos das Parteias, entre outros, <i>obtidos em Escolas estrangeiras, e os conhecimentos dos mesmos indivíduos, por meio de exames, a fim de que eles possam exercer legalmente suas profissões em qualquer parte do Império...</i> (art. 14º) - Estabelece curso particular para as Parteias, ministrado pelo Professor de Partos (art. 19º) - Estabelece critérios para as candidatas a parteiras: <i>ter pelo menos dezesseis anos completos; saber ler e escrever corretamente; apresentar atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Pais da freguesia...</i> (art. 22º)
<p>Decreto n.º 791 de 1890</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional destinada a preparar enfermeiros e enfermeiras para os hospícios e hospitais civis e militares - Estabelece critérios para os candidatos: <i>ter dezoito anos, pelo menos de idade; saber ler e escrever corretamente e conhecer aritmética elementar; apresentar atestado de bons costumes</i> (art. 3.º)
<p>Decreto n.º 15.799 de 1922</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprova o regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública - Anexa ao Hospital à Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (art. 3º)
<p>Decreto n.º 16.300 de 1923</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública - Cria a Superintendência do Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública do Departamento Nacional de Saúde Pública - Condiciona o exercício da profissão de enfermeira o registro de título ou licença no Departamento Nacional de Saúde Pública (art. 234º) - Concede a uma enfermeira a Direção da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (art. 395º) - Estabelece critérios para as candidatas: idade entre vinte e trinta e cinco anos; ser brasileira; apresentar atestado do Departamento Nacional de Saúde Pública de vacinação contra a variola;

	apresentar atestado conferido por medico do Hospital Geral da Assistência, no qual declare <i>não sofrer de doença contagiosa, nem defeito fisico ou funcional que a inabilite para os trabalhos de enfermeira; apresentar atestado de boa conduta passado pelas autoridades policiais ou por duas pessoas idôneas...</i> ; Ter diploma do curso normal ou documento comprovando instrução semelhante (art. 411º)
Decreto n.º 20.109 de 1931	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamenta o exercício da enfermagem - Fixou as condições para a equiparação das escolas de enfermagem à Escola Ana Neri - Determina que só poderiam intitular-se “enfermeiros diplomados”, os exercentes cujo o diploma estivesse registrado no Departamento Nacional de Saúde Pública - <i>Faculta o titulo de “enfermeiro” aos diplomados em escolas estrangeiras, reconhecidas pela leis de seu país, com diplomas registrados no Departamento Nacional de Saúde Pública</i>
Decreto n.º 20.931 de 1932	- Fixa as responsabilidades e limitações do exercício profissional da medicina, da odontologia, da medicina veterinária, e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, e estabeleceu penas
Decreto n.º 21.128 de 1932	- Isenta as enfermeiras obstétricas da aplicação de Decreto n.º 20.109/31
Decreto n.º 22.257 de 1932	- Confere, as irmãs de caridade, com mais de seis anos de prática nos hospitais, direitos iguais aos das enfermeiras de saúde pública
Decreto n.º 21.141 de 1932	<ul style="list-style-type: none"> - Garante aos egressos da Escola de Saúde do Exército e da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, com diplomas registrados no Ministério da Guerra, o direito de continuar usando o título de enfermeiros - Aprova o regulamento para organização do Quadro de enfermeiros do Exército
Decreto n.º 23.502 de 1933	- Garante aos egressos do Curso Prático de Enfermeiros e Padioleiros da Brigada Militar do Rio Grande do Sul com diplomas registrados no Ministério da Guerra, o direito de continuar usando o título de enfermeiros
Decreto n.º 23.774 de 1934	<ul style="list-style-type: none"> - Ampara os laicos de enfermagem estendendo-lhes o direito de intitular-se enfermeiro - Garante aos laicos de enfermagem, que contavam com mais de cinco anos de exercício de enfermagem, à inscrição no DNSP, como “enfermeiros práticos” - Concede aos laicos de enfermagem, com tempo de exercício inferior ao limitado pela Lei (cinco anos), o direito de submeter-se a exame de habilitação junto ao DNSP
Decreto n.º 2.956 de 1938	- Institui o dia 12 de maio como o “Dia do Enfermeiro”
Decreto Lei n.º 4.725 de 1942	- Reorganiza a Escola Profissional de Enfermeiros criada pelo Decreto n.º 791 de 1890

	- Altera o nome da Escola para Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto, destinando-a <i>preparar enfermeiros auxiliares para os serviços sanitários e assistenciais e promover a especialização, em serviços psiquiátricos, de enfermeiros diplomados</i>
Decreto Lei n.º 8.345 de 1945	- Regulamenta a habilitação para o exercício profissional <i>dos práticos de enfermagem, parteiras práticas e profissões similares</i> , assegurando o exercício somente para os habilitados e inscritos no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e nos respectivos serviços sanitários dos Estados
Decreto Lei n.º 8.772 de 1946	- Cria a carreira de Auxiliar de Enfermagem no Quadro Permanente do Ministério da Educação e Saúde
Decreto Lei n. 8.778 de 1946	- Regulamenta os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas que tivessem mais de dois anos de efetivo exercício da enfermagem em estabelecimento hospitalar
Decreto n.º 21.321 de 1946	- Aprova O Estatuto da Universidade do Brasil - Integra à Universidade do Brasil, atual UFRJ, a Escola Ana Neri
Lei 775 de 1949	- Torna obrigatório dois cursos: o (superior) de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem

Decreto n.º 27.426 de 1949	<ul style="list-style-type: none"> - Aprova o Regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem - Estabelece para o Curso de Enfermagem a finalidade de <i>preparar profissional enfermeiro, mediante ensino em cursos ordinários e de especialização, nos quais seriam incluídos os aspectos preventivos e curativos da enfermagem</i> - Estabelece como objetivo para o Curso de Auxiliar de Enfermagem, <i>o adestramento de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa</i>
Lei n.º 2.367 de 1954	- Garante as Escolas de Enfermagem, oficiais ou reconhecidas, e os governos estaduais, a oferecer cursos de emergência (cursos volantes), em dezoito meses, para preparação de auxiliares de enfermagem
Lei n.º 2.604 de 1955	Regulamenta o exercício profissional do auxiliar e do enfermeiro
Lei n.º 2.822 de 1956	- Garante aos portadores de diploma de enfermeiro, expedido até o ano de 1950, por escolas estaduais de enfermagem não equiparadas à Escola Anna Nery, a registrar seus títulos nas repartições competentes como auxiliares de enfermagem 4
Projeto n.º 3.5052 de 1957	- Prevê a profissionalização em três níveis de ensino na enfermagem, com o técnico no nível intermediário
Lei n.º 3.640 de 1959	- Prorroga o prazo por mais cinco anos para o citado no Decreto n.º 8.778/46, garantindo as Auxiliares de Enfermagem e as Parteiras Práticas submeter-se a exame de habilitação para aquisição de certificado equivalente a prática
Decreto n.º 48.202 de 1960	- Institui anualmente a “Semana da Enfermagem” entre 12 e 20 de maio
Lei n.º 4.024 de 1961 (LBD)	<ul style="list-style-type: none"> - Define a educação com três níveis de ensino: primário, médio (1º e 2º graus) e superior - Garante a formação de técnicos em nível de 2º grau
Parecer n.º 85 de 1965	- Defere, pela primeira vez, a instituição do Curso Colegial de Enfermagem, no então Estado da Guanabara
Parecer n.º 30 de 1964	- Defere a instituição do Curso Colegial de Enfermagem, no Estado de Pernambuco
Parecer n.º 171 de 1966	- Defere a proposta da Escola de Enfermagem Anna Nery sobre organização do currículo e composição do corpo docente para o primeiro Curso de Técnico de Enfermagem, no Sistema Federal de Ensino
Parecer n.º 224 de 1966	- Defere o pedido da Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac para organizar o Curso de Técnico de Enfermagem
Lei 5692 de 1971 (LDB)	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelece como obrigatória a habilitação profissional juntamente com o ensino do segundo grau - Estabelece a formação do técnico em ensino regular ou ensino supletivo

Parecer n.º 45 de 1972	Regulamenta a Lei n.º 5.692 de 1971
Lei n.º 5.905 de 1973	- Cria o Conselho Federal de Enfermagem
Resolução n.º 07 de 1977	- Estabelece os mínimos exigidos para os cursos regulares de técnico e de auxiliar de enfermagem, ao nível de segundo grau
Resolução n.º 08 de 1977	- Institui, em caráter emergencial, a formação do auxiliar de enfermagem ao nível de ensino de primeiro grau
Lei n.º 7.044 de 1982	- Revoga a obrigatoriedade da habilitação profissional no segundo grau
Lei n.º 7.498 de 1986	- Regulamenta o exercício profissional do auxiliar de enfermagem, do técnico de enfermagem e do enfermeiro
Decreto n.º 94.406 de 1987	Regulamenta a Lei do Exercício Profissional 7.498 de 1986
Parecer n.º 314 de 1994	- Estabelece o currículo mínimo para o Curso de Enfermagem
Lei n.º 9.394 de 1996 (LDB)	- Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional - Estabelece que o ensino médio será objeto de lei complementar
Decreto n.º 2.208 de 1997	Regulamenta a Lei n.º 9.394 de 1996

Hoje, na prática é invisível a diferenciação entre auxiliar e técnicos de enfermagem, haja vista algumas das considerações levantadas no 2º Seminário Nacional de Diretrizes para educação em Enfermagem no Brasil – SENADEn⁶⁶ (1996):

- *“(...)a formação dos profissionais de Enfermagem nos três níveis não contempla espaços de reflexão crítica do processo de trabalho em Enfermagem, reproduzindo, na formação e na prática, o parcelamento de tarefas o que, conseqüentemente, dificulta a implementação de novas formas de trabalho coletivo (no caminho do trabalho em equipe):*

⁶⁶ Promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. em Florianópolis/Santa Catarina. no período de 8 a 11 de setembro de 1996. Relatório Final. Mimco.

- *as categorias Auxiliar e Técnico de Enfermagem existentes na LEPE (lei do exercício profissional de enfermagem) não têm sido absorvidas pelos serviços de saúde, de maneira uniforme, tendo em vista que as mesmas não constam dos seus Plano de Cargos Carreiras e Salários – PCCS ou quadros funcionais (...);*
- *o exercício profissional do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem está indiferenciado na prática (...)*”

Deve-se acrescentar, ainda, que o Parecer n.º 314, do Conselho Federal da Educação, que definiu o atual currículo mínimo dos cursos de enfermagem, não obriga a conteúdos de aprendizagem relacionados com a formação de pessoal técnico e auxiliar de enfermagem. Tal omissão se reflete na oferta dos cursos de licenciatura, que foram desativados em muitos estabelecimentos de ensino. A Lei n.º 9.394/96 (LDB), que redimensionou as diretrizes e bases da educação, deixou o ensino médio para posterior regulamentação, o que não ocorreu até o presente momento.

CAPÍTULO II

AS TRANSFORMAÇÕES DA GLOBALIZAÇÃO – mudanças no mundo do trabalho, no mercado de trabalho em saúde e as repercussões na enfermagem

1. GLOBALIZAÇÃO: transformações gerais na produção

Na ótica de RATTNER (1995, p.19) os fatores que unem os indivíduos ao redor de idéias e visões de mundo comuns são as estratégias, os interesses, as alianças, os discursos e principalmente as visões de mundo. Para o autor *“a construção de uma nova ordem mundial baseada em cooperação, respeito dos direitos humanos e participação em responsabilidade de todos os atores sociais nas decisões que afetam seu destino, torna-se uma tarefa urgente e inadiável”* (p.20). Assim, é inviável um desenvolvimento que não contemple todas as nações com sentido de integração, ainda que competitiva.

O desenvolvimento mundial seria alcançado com o fortalecimento do mercado global, à medida que *“internacionalizar, abertura total, privatizar, passam a ser consideradas respostas mágicas para resolver os problemas da fome, do desemprego, das favelas, da violência...”* (RATTNER, 1995,p.20).

Nova corrente de pensamento político vem alterando os movimentos da sociedade global. Como todas as formas de pensamento *“ (...) se fertilizam, mutilam, transformam ou recriam no jogo de relações, no contraponto das forças sociais, compreendendo indivíduos e coletividade, nações e nacionalidades, etnias e religiões, ideologias e utopias, em âmbito local, nacional regional e mundial”* (IANNI, 1997, P.259).

Simultaneamente à globalização das economias, ocorre a globalização do capitalismo, e com esta a globalização no mundo do trabalho. Indivíduos e coletividades fazem parte da história mundial, do novo contexto econômico neoliberal.

Segundo IANNI (1997),

“a nova divisão transnacional do trabalho e da produção, a crescente articulação dos mercados nacionais em mercados regionais e em um mercado mundial, os novos desenvolvimentos dos meios de comunicação, a formação de redes de informática, a expansão das corporações transnacionais e a emergência de organizações multilaterais, tudo isso institui e expande as bases sociais e as polarizações de interesses que se expressam no neoliberalismo” (p.260).

As tecnologias eletrônicas trazem novas formas e novos significados ao trabalho. A competição traz nova ordem econômica mundial, aonde um mundo de desigualdades e contradições estão presentes. Aumentando a produtividade, o capitalismo super explora a força de trabalho, por meio da *“intensificação do trabalho, [do] prolongamento da jornada de trabalho e [da] redução do salário ou fundo de consumo do trabalhador”* (CAMPAÑA, 1997,p.135). Para IANNI (1997), nesse mundo neoliberal *“o trabalho [está] subordinado ao capital, o trabalhador à máquina ou computador, o consumidor à mercadoria, o bem-estar à eficácia, a qualidade à quantidade, à coletividade à lucratividade”* (p.263-264).

A dinâmica e a composição da classe trabalhadora sofre mudanças para se reajustar a nova ordem. Tudo que é “local” precisa “abrir-se” aos novos horizontes econômicos da sociedade global. Implica em reajustar-se para entrar na competição. O mercado de trabalho está se reestruturando. A competição angustia. Trata-se de um jogo de relações, que subtrai do trabalhador o que ele pode dar de melhor na forma de expressar o trabalho. No capitalismo, segundo CAMPAÑA (1997), *“o trabalhador se apresenta ao capital em forma de mercadoria, mas não uma mercadoria qualquer: não vende trabalho, mas força de trabalho”* (p.136). Por sua vez, *“o trabalho resulta em algo externo para o trabalhador. Isto é, algo que não faz parte de sua essência ...”* (p.136). Para IANNI (1997), *“(...) a máquina se vigia e se regula a si mesmo, excluindo o trabalhador do processo de ‘alimentar’ a máquina – é a era da automação”* (p.145). Compete ao trabalhador *“controlar a máquina, prevenir seus defeitos, otimizar o seu funcionamento”* (p.146).

Segundo o autor, a flexibilidade dos processos de trabalho gera um movimento no emprego no chamado “setor de serviços”, além de estreitar o espaço temporal das discussões, levando os empregadores a exercer forte controle sobre a força de trabalho (p.147). Para os trabalhadores têm gerado *“níveis relativamente altos de desemprego ‘estrutural’, rápida destruição e reconstrução de habilidades, ganhos modestos (quando há) de salários reais e o retrocesso do poder sindical...”* (IANNI, p.148).

Enquanto as regras econômicas estão sendo negociadas, o trabalhador além de pré qualificado precisa de longo treinamento. O próprio processo de competição é construído no espaço limitado pelo tempo. Empregadores e trabalhadores estão sendo pressionados a entrar no jogo da competição. O trabalho é racionalizado cada vez mais e, adianta CAMPAÑA (1997), que isto “(...) *significa eliminar da força de trabalho as pessoas inaptas e parasitas ... e despertar em todos a consciência de que podem aperfeiçoar o processo de trabalho por seu próprio esforço e desenvolver o sentimento de participação* (p.150).

A distância entre trabalhos ditos manuais e intelectuais tendem a se reduzir, cada vez menos o trabalho manual fará parte do processo de produção. Na ótica de IANNI (1997),

“o padrão flexível de organização da produção modifica as condições sociais e técnicas de organização do trabalho, torna o trabalhador polivalente, abre perspectivas de mobilidade social vertical e horizontal, acima e abaixo, mas também intensifica a tecnificação da força produtiva do trabalho, potenciando-a” (p.149)

O mercado atual combina produtividade, capacidade de inovação e competitividade. Para o autor, “*o desemprego estrutural [ou tecnológico] está relacionado ao computador, como expressão e síntese das técnicas eletrônicas incorporadas aos processos de trabalho e produção*” (p.270). Gerando o desemprego tecnológico, o mercado mundial “expulsa” o trabalhador das atividades produtivas,

decorrente principalmente da tecnificação dos processos de trabalho. A força de trabalho encontra-se fragilizada em escala mundial.

Nesse contexto, as questões sociais também se dão em escala global: desemprego, tensões, desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais manifestam-se na sociedade civil mundial, gerando mobilizações transnacionais. Na prática, são inquietações e reivindicações dos mais diferentes setores sociais, demonstrando a contradição do discurso neoliberal. As novas formas de organização do processo de trabalho, de relações trabalhistas, de organização de movimentos dos trabalhadores, enfrentam a reestruturação e a redução no tamanho das empresas, a mão-de-obra excedente, o trabalho temporário, a rotatividade de trabalhadores e as transformações na relação empregador/empregado.

A liberação de mercado está causando efeitos perversos, principalmente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento: diminuição dos postos de trabalho e queda dos níveis de salários. Para PASTORE (1995) *“o desemprego no mundo não é determinado apenas pelos métodos que poupam trabalho. (...) É causado também pela escassez de investimentos e pela carência de mão-de-obra qualificada para trabalhar nas novas condições de tecnologia de administração”* (p.31). Mas, é preciso melhorar o produto e baixar o custo, além de gerar condições para atualizar tecnologicamente a empresa.

A crise no mundo do trabalho traz insegurança, qualidade, produtividade e competitividade. É a nova ordem somada à necessidade do trabalho para a sobrevivência. Para LEITE (1995) ao se aceitar que o mundo do trabalho tornou-se globalizado, “... *trabalho e trabalhadores perdem cada vez mais seu caráter individual, local, tornando-se ‘coletivos’, em dimensões e significados mundiais*” (p.6). O trabalho perde a sua condição de motivar para a satisfação e significado para a vida.

Desregulamentação e flexibilização do mercado de trabalho é o que preconiza a nova economia. Aquela atividade continuada tende a desaparecer. O modelo “ideal” de trabalhador é aquele que desempenha vários serviços, é o multifuncional. O trabalhador não qualificado está longe de ser aproveitado. Os serviços manuais tenderão a desaparecer e, para enxugar as empresas, será terceirizado. É o momento do trabalhador intelectual, que desempenha trabalho intermediário no processo de produção. Os trabalhadores de primeira linha, altamente qualificados, serão chamados através de consultoria, isto é, é a vez do trabalho temporário. Por outro lado, há estreitamento nas hierarquias da divisão do trabalho. Segundo PASTORE (1995) “*as responsabilidades passam para a base. Os chefes tornam-se desnecessários*” (p.34).

Conforme KON (1998), na história do desenvolvimento econômico, a tentativa de mobilizar recursos produtivos suscitou a maior especialização de tarefas sob o paradigma do

fordismo/taylorismo. A princípio, o processo de transnacionalização das empresas buscava mão-de-obra barata, nem sempre qualificada. Com a difusão dos conhecimentos tecnológicos e a crescente subdivisão do trabalho, muitas funções e ocupações foram criadas e outras automatizadas, graças principalmente à microeletrônica e a à informática como também à biotecnologia e a tecnologia dos materiais.

Gradativamente o modelo taylorista/fordista vem dando lugar, nos países avançados, a um novo paradigma centrado na flexibilidade da produção de vários produtos com o uso dos equipamentos, de natureza reprogramáveis, afeitos a novas formas de organização de pessoal e de planejamento da produção.

As empresas, conseqüentemente capacitadas para agilização e flexibilização da produção, estão aptas, conforme SOBRAL (1997, p.149), a atender melhor as demandas de mercado e reduzir custos, eliminar os excessos de trabalho e de matéria prima, implantando a “produção enxuta” que implica no aparecimento de um número significativo de microempresas organizadas em rede.

Desse modo, a organização do processo de trabalho hoje depende basicamente da capacidade de flexibilização da mão-de-obra na assunção de tarefas diversificadas, da predisposição a treinamento e a reciclagem permanentes.

À luz das mudanças de paradigmas na euforia da globalização econômica estão em jogo o ajustamento da mão-de-obra aos requisitos de flexibilização, sofisticação progressiva no atendimento e infra-estrutura de informação. Em conseqüência, aos sobreviventes do mercado de trabalho, resta ainda o risco da minijornada, da ocupação temporária e da contingência do trabalho autônomo mais ou menos qualificado.

Em SANTOMÉ (1998, p.16), a implantação da “produção enxuta” diz respeito à fábrica enxuta ou “mínima”, reduzida às funções, equipamentos e pessoal estritamente necessários à demanda. Isso implica menos espaço, menos estoques, menos pessoal, menos maquinaria. Tudo estrategicamente articulado num cronograma de: dimensionamento da provisão/utilização – *just-in-time* – para produzir apenas o necessário no momento certo; eliminação a tempo de defeitos de produção e comercialização, sem desperdício de recursos – a qualidade total – no que se refere, através da competitividade, compromisso com os interesses do empregador, colaboração mais intensa, eficiência progressiva, criatividade, predisposição a mudanças e melhorias; inovações e rentabilidade proporcionadas pela formação contínua – a polivalência – como resposta à instabilidade na ocupação. Estas são as formulas para a complexidade e a incerteza, as dimensões essenciais do modelo de produção e comercialização, facilitadas pela organização em redes de telecomunicações, maquinaria programável e controlável pelo computador, rodovias de acesso rápido e meios de comunicação velozes.

A flexibilidade e a polivalência, ao contrário do modelo fordista que envolvia atendimento apenas a uma tarefa, sugere que uma mesma pessoa dê conta do manejo e controle de várias máquinas/tarefas. Abrem-se canais de facilitação para formar equipes de trabalho e as possibilidades de responder por diversas funções – desde as “de inspeção, de manutenção até a de limpeza” (SANTOMÉ, 1998,p.18).

Em uma era em que fornece o emprego e renasce o trabalho, entra em cena um recente galicismo – a empregabilidade. Para MEHEDFF (1997) significa “*o conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos e relações que tornam o profissional atraente para toda e qualquer organização*”(p.40). Nesse momento, mais importante que ter um emprego, é ser potencialmente empregável, manter-se competitivo, disputando mercado em constante mutação. São componentes chaves da empregabilidade: competência profissional, disposição para aprender e continuidade/capacidade de empreender.

Competência profissional, questão de aprendizado formal e de experiência, não se restringe ao simples domínio de tarefas e operações – envolve conhecimentos, habilidades sociais e intelectuais, atitudes e comportamentos requisitados em determinadas situações de trabalho. Está mais ligada à idéia de fluxo que de estoque. A competência não é atributo do perfil de primeiro mundo ou de setores de ponta. Permeia toda a economia assentada em requisitos de produtividade, qualidade e competitividade.

Modificações concretas nos processos de trabalho detonaram transformações nas exigências de qualificação, assinala CARLEIAL (1997). O *locus da técnica* evoluiu para o *locus de competências e aprendizagens* (p.16). Da mesma forma, o *trabalho* foi substituído pela *ocupação*. Muito além dessas mudanças, não ocorreu, na última década, apenas uma supressão do trabalho, mas uma avassaladora mudança na sua composição: a brutal redução, de um lado do trabalho vivo, progressivamente substituído pelo trabalho morto – máquinas e equipamentos; e, de outro, a expansão da subcontratação – um avanço de pequenos negócios, empresas, trabalhadores a domicílio etc.

A redução do emprego é acompanhada de novos arranjos industriais, empresariais, organizacionais que absorvem força de trabalho. O emprego, “*entendido como relação assalariada clássica para a qual se exige contrato de trabalho entre capitalista e trabalhador*” (p.17), vem se reduzindo ao mesmo tempo que proliferam as ocupações e aumentam as várias formas de subemprego e desemprego.

Na visão de DOWBOR (1998, p.13), tornou-se pouco expressiva a divisão das atividades em setores primário, secundário e terciário. Quem comanda a fatia azul da empregabilidade é o *setor de ponta*, um dos segmentos nobres das transnacionais, com inovadoras formulas de reengenharia, *just-in-time* e outras. Abaixo esse setor, ganha vulto o *emprego precário (precarious job)*, mais representada pela terceirização, sobretudo dos contingentes intercambiáveis da

segurança, dos transportes, da gestão das garagens, dos serviços de informática e expansivamente da própria linha de produção.

A grande empresa delega serviços especializados do alto escalão a redes de consultoria, de custos bem menores que a manutenção de um emprego neste nível, e terceiriza a base sob a forma de prestação de serviços, sem falar na subcontratação da produção em países com grande reserva de mão-de-obra a baixo custo. Com a rentabilidade gerada e a conseqüente desestruturação da produção nos sistemas de emprego dos países contratantes, a repercussão mais evidente é o desemprego. Mingua-se o emprego formal, agiganta-se o setor informal e rapidamente se propaga o setor ilegal, o “marginal”, como sintoma do fechamento de alternativas no setor econômico.

Como remata SANTOMÉ (1998) “*a estabilidade em um posto específico de trabalho dá lugar à estabilidade no emprego dentro da empresa* (p.16). Sob a chamada *flexibilidade trabalhista* coloca-se a precariedade dos contratos de trabalho com situações de instabilidade, temporabilidade, estacionalidade e insegurança das contratações. Como incentivo há maior participação dos empregados na concepção, programação e avaliação dos resultados de suas próprias tarefas, impulsionando a criação de programas de formação permanente e de reciclagem trabalhista. A antiga formação profissional centrada na especialização e no trabalho individual, base da concepção taylorista, hoje é revolucionada com a

plurifuncionalidade e o trabalho em equipe, demandas crescentes da flexibilização.

Em atendimento aos novos modelos de produção industrial, por sua vez dependentes do ritmo do modo e da preferência dos consumidores, as instituições escolares não têm outro rumo se não o de procurar compatibilizar seus compromissos na formação de pessoas com conhecimentos, destrezas, procedimentos e valores requeridos pela filosofia econômica. Não se pode ignorar “*a interdependência entre a espera econômica e educacional*” (SANTOMÉ, 1998, p. 20).

Não por acaso conceitos e propostas de “descentralização”, “autonomia dos centros escolares”, “flexibilidade dos programas escolares”, “liberdade de aprendizagem” etc têm sua correspondência na descentralização das grandes corporações industriais; na “autonomia” relativa de cada fábrica ou loja; na flexibilidade de organização; nas estratégias peculiares de ação e assim por diante.

As novas modalidades de trabalho na economia desencadeiam novas formas de trabalho em todas as organizações dos anos 90. Fincadas nas exigências de adaptação às demandas dos mercados globalizados, as políticas de Administração Educacional não podem fugir ao desígnio de abrir possibilidades de intervenção em espaço prático de ação. Ademais, “*uma das características que distinguem o século XX é a freqüente reorganização do*

conhecimento” (SANTOMÉ, 1998, p.43), entre os polos opostos de tendência a maiores parcelas de especialização e a propensão a uma maior unificação do saber. Estas questões confluem, no âmbito das instituições, para um novo impulso aos discursos sobre a *interdisciplinaridade* face às demandas de complexidade e flexibilização trabalhista.

Entre as políticas do Banco Mundial, de promover o uso produtivo do trabalho e de prover serviços sociais básicos, o serviço mais valorizado é a educação. Sob o pressuposto de que seria fundamentalmente para os demais, como saúde nutrição e outros. A educação, desse modo, tida como capaz de satisfazer as necessidades básicas, deve se propor a desenvolver em futuros trabalhadores capacidades cognitivas básicas adequadas para os novos requisitos do mundo do trabalho, estruturado sob novas tecnologias e novas formas de organização e gestão.

Embora uma parcela mais esclarecida de empresários e educadores defendam que a educação deve formar, também, para a cidadania, não significa que o capital tenha em vista “o novo trabalhador” como homem e como cidadão. É preciso entender que a preocupação do empresariado com a formação educacional do trabalhador está confinada aos limites da nova sociabilidade capitalista. Logo, esse limite de formação, a ser alcançado e não ultrapassado, é estabelecido por forças políticas.

Educação profissional dissociada do ensino propedêutico, da educação de básica, segundo MEHEDFF (1997), por si, não cria empregos. No fundo cria o desperdício de qualificados desempregados, apesar de ser componente essencial da empregabilidade. Educação profissionalizante paralelamente ofertada com educação básica, hoje, deve estar focada no mercado e na clientela.

O mundo do trabalho, convulsionado pela globalização, demite operários antigos, habilmente treinados para tarefas repetitivas e contrata outros com maior nível de escolaridade para operar equipamentos mais novos e complexos. Desmonta galpões lotados de empregados e migra para pequenas salas com poucos empregados ocupados em linhas de produção automáticas. Aposenta a turma *expert* em empilhamento, colagem, arquivamento e despachos com várias assinaturas numa única folha de papel, que lotavam escritórios, fábricas, bancos e hospitais e, sai à procura de grupo seletivo em língua, informática, criatividade etc.

O emprego vitalício cede espaço ao trabalho temporário, contratado sob jornada de prestação de serviços – é o fim do emprego a busca do novo profissional (Veja, 1994).

Antes da década de 70, do perfil profissional constava como atributos valorizados: experiência como ferramenta de comando, acomodação, dependente, carreirista, resistente à mudança, aceitador do salário da empresa e portador de conhecimento fruto da

experiência profissional. Entre as décadas de 70 e 90: grau de escolaridade como ferramenta de comando, ser confiante, político e criativo, ajustado a mudança, negociador de salário com a empresa e portador de conhecimento baseado na teoria acadêmica. Mais recentemente, nos anos 90, requer-se a performance profissional – realizações de equipe como ferramenta de sucesso, ser estudioso, líder, visionário, facilitador, conquistador de salário próprio e da equipe e portador de conhecimento gerado para aprendizado contínuo.

A globalização exige trabalhadores qualificados e permanente ajuste entre a qualificação do trabalhador e às prescritas para os postos de trabalho, que serão variáveis ao longo do tempo, porque envolvem mudanças técnicas e redefinições da divisão do trabalho. Além disso, constante aquisição de novos conhecimentos e habilidades, e formação profissional completa, o que será fundamental para se manter inserido no mundo do trabalho globalizado.

2. – GLOBALIZAÇÃO - transformações no mundo do trabalho

Na era da globalização da economia, a crescente competição internacional direciona as empresas a investir capital econômico, suscita novas conexões de mercado, estimula o aumento da produtividade e favorece o desenvolvimento de novas tecnologias. Face à demanda, os trabalhadores precisam ser treinados e a divisão do trabalho controlada.

A segmentação em serviços/etapas/tarefas dentro dos ofícios, com operações limitadas e, ao mesmo tempo, articuladas, generalizou-se com o sistema capitalista a tal ponto que, sublinha BRAVERNAN (1987), “*a divisão social do trabalho divide a sociedade, [enquanto] a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem...*” (p.72). Nesse nível de fragmentação, o trabalhador perde o controle do processo completo de produção.

A exploração tecnológica e as mudanças organizacionais determinam a transformação do mercado de trabalho, produzindo o perfil do profissional do futuro. A competitividade internacional impõe a reestruturação das organizações nacionais e novas habilidades para os trabalhadores. A eles cabe a responsabilidade de buscar a auto-qualificação e adquirir novos conhecimentos associados à competência técnica.

A onda mundial de difusão de inovações tecnológicas e organizacionais chegou aos países latino-americanos na década de 70.

Este conjunto de profundas transformações econômicas e sociais, que tem como base a reorganização dos mercados nacional e internacional exigiu, e ainda exige, “*um intenso processo de trabalho e de elevação da produtividade*” (PASTORE, 1995, p.63). Os países, na tentativa de se adequar à nova ordem do mercado internacional, buscaram padrões mais rígidos de qualidade para seus produtos e serviços de modo a participar da dinâmica concorrencial. Essas inovações afetaram “*o volume e a estrutura do emprego, o perfil e a hierarquização das qualificações e os padrões de gestão da força de trabalho*” (p.63).

O novo cenário econômico e social dos anos 80 difundiu, no Brasil, o ideário das *novas tecnologias* associado ao conceito de um novo perfil para os trabalhadores: a mão-de-obra deveria ser qualificada, polivalente e cooperativa (PASTORE, 1995, p.63). Inovar significou adquirir equipamentos modernizados, de custo elevado e, com eles, a necessidade de trabalhadores treinados e qualificados para fazê-los funcionar.

No campo da saúde não foi diferente. A inovação das tecnologias médicas possibilitou avanços nos estudos em busca do diagnóstico precoce e do tratamento das doenças. Aos profissionais da saúde, coube a corrida desenvolvimentista para co-participar das novas terapêuticas e lidar com os novos equipamentos.

Na década de 90, transformações significativas, sob moldes capitalistas avançados, se fizeram sentir na globalização do

conceito e do processo de trabalho. Na sociedade mundial a cultura do trabalho é vivenciada pelos trabalhadores de forma *coletiva*. Segundo LEITE (1995), o mundo transforma-se numa *fábrica global* (p.5). A crescente globalização eleva a capacidade de competitividade e a preocupação das empresas na órbita desse mercado mundial.

A organização em blocos regionais econômicos, em todo o mundo, é a marca da globalização, no apelo à integração dos mercados. Cabe aos Estados discutir, nos limites da competência nacional, os mecanismos de participação na abertura da economia e as possibilidades de regionalização. O Brasil uniu-se à Argentina, Uruguai e Paraguai tentando formar até o ano 2006, na América do Sul, o bloco dos países do Cone Sul, com vistas a um livre mercado de circulação de serviços entre os países. A consolidação da unificação prevê ajustes legais no exercício profissional, o que implica, num futuro próximo, ajustes no currículo e na legislação, para garantia de livre acesso ao mercado de trabalho no chamado Mercosul. O rearranjo externo impõe complexas mudanças internas, sobretudo na articulação - geração de empregos e demanda de qualificação.

No Brasil, as estratégias de mudanças no mundo do trabalho ocorrem de forma lenta e gradual pela necessidade de qualificação da mão-de-obra e, talvez, pelo impacto da modernização tecnológica sobre os vários segmentos do mercado de trabalho: reorganização do processo de trabalho; agravação do desemprego; requalificação profissional; aumento da produtividade do trabalho e da qualidade do produto; diminuição dos custos de produção; resistência

dos trabalhadores às mudanças (LEITE e SHIROMA, 1995, p.94-95; RODRIGUES e ACHCAR, 1995, p.120). Ao mesmo tempo, o país avança em direção à democratização política e, com isto, à consciência de cidadania. A construção “ *...do cidadão consciente, consumidor crítico, trabalhador reivindicativo são tarefas indissociáveis, quando a meta é a conquista de direito*” (LEITE, 1995, p.11). A cidadania é cada vez mais resgatada nos locais de trabalho. Surge um novo perfil de trabalhador, onde “ *...traços como participação, iniciativa, raciocínio lógico e discernimento*” são valorizados no mundo do trabalho. Mas, a dinâmica da competitividade para integração nos mercados regionais e globais provocou, também, uma re-atualização no conceito de qualificação para o desempenho no trabalho: o trabalhador precisa “ *...fazer, conhecer e, fundamentalmente, precisa saber aprender*” (LEITE, 1995, p.14).

Embora LEITE (1995) anuncie, “*a tendência mundial de crescimento da produção sem expansão do emprego*” (p.14), é preciso buscar adaptação à nova ordem. O conhecimento e o domínio técnico do processo de trabalho exigem competência profissional do trabalhador. O nível de capacitação e formação dos trabalhadores ocupa lugar importante em clima de competitividade. A qualificação ou requalificação do trabalhador é acrescentada na relação com o trabalho, que antes era “*fonte de satisfação e significado para a vida*” (p.6).

As empresas, para garantir o espaço na moderna competição internacional de culto pelas inovações tecnológicas, têm

procurado implementar mudanças administrativas com o objetivo de aumentar a produção, melhorar a qualidade e reduzir o custo *do produto*. Programas de qualidade e de reengenharia são implantados a fim de se adequarem aos novos padrões de eficiência impostos pelo processo globalizante. Por outro lado, as organizações precisam de freqüente investimento de capital econômico, de trabalhadores qualificados, de programas permanentes de reciclagem para depender, cada vez menos, do ônus da mão-de-obra. Efetivamente, o investidor, se preocupa mais com o retorno do capital econômico do que com investimento na qualificação.

As novas tecnologias revolucionam o mundo do trabalho, mas não geram emprego. A mão-de-obra tradicional perde espaço e o trabalhador, sob o impacto das pressões da globalização e dos avanços tecnológicos, precisa adaptar-se à nova realidade. Os postos de trabalho estão se transformando rapidamente, e o nível de exigência profissional para ocupá-los tem se elevado. Além disso, algumas funções são extintas e outras surgem, exigindo maior qualificação e, com isso, são cada vez menores as chances de permanência no posto de trabalho. A explosão tecnológica requisita trabalhadores super-treinados, com curso de graduação e pós-graduação, enquanto ainda é grande a oferta de trabalhadores sub-treinados, desatualizados em relação à tecnologia.

PASTORE (1995) acredita que, no caso do Brasil, o avanço das leis brasileiras para regulamentar o trabalho e, assim, melhor proteger os trabalhadores tem contribuído, de modo inverso,

para restringir a oferta de trabalho formal. Os rígidos encargos sociais atribuídos à empresa, provenientes de cada nova vaga que abre para o mercado se, por um lado, resguarda os direitos do trabalhador na *livre* negociação pela sua força de trabalho, por outro, “...*induz as empresas a buscar automação ou trabalho informal*” (p.32). Outras formas de trabalho também podem se tornar mais atraentes para empresas. É o caso das jornadas de tempo parcial, com remuneração equivalente e do trabalho temporário (terceirização).

Ainda para o autor, “*a atividade continuada, exercida por uma pessoa numa mesma empresa, por muito tempo, e em tarefa específica será situação rara no futuro mundo do trabalho*” (p.33); além disso, a pirâmide hierárquica que controla a produção do trabalho passará por mudanças significativas. As tarefas antes realizadas por vários profissionais *treinados* para executá-las serão incorporadas a atividades mais complexas, sob a responsabilidade de um mesmo trabalhador, qualificado ou requalificado para absorvê-las: será o “*mundo da multifuncionalidade, ...que só haverá lugar (posto de trabalho) para quem for capaz de aprender continuamente*” (p.33).

O achatamento da pirâmide advém da re-alocação de serviços/etapas/tarefas e, com isto, as responsabilidades produtivas serão transferidas para os trabalhadores situados na base. As ocupações ou cargos de chefia intermediária serão extintos ou reduzidos e isto levará à diminuição no quantitativo de setores e a dispensa da participação de algumas ocupações ou profissões (p.34). Em contrapartida, outros setores sofrerão expansão, sobretudo em

áreas cujas profissões têm estreito contato com a população, como “*...agentes de viagem, agentes de seguros, recepcionistas de hotel, garçons, maître, professores, advogados, assistentes sociais, pessoal de saúde (em especial enfermeiros e paramédicos) e pessoal voltado para crianças e velhos*”⁶⁷ (p.35-36). Ainda segundo o autor, o aumento da expectativa de vida da população, com o advento de novas tecnologias médicas, aumentará a demanda de ocupações técnicas, administrativas e de profissionais liberais (p.35). Com isto, outros setores como “*...seguros, lazer, hospedagem, entretenimento e governo*” também serão promissores (p.35).

Os serviços de saúde precisarão de trabalhadores cada vez mais qualificados para o desenvolvimento de pesquisas e para operar equipamentos modernos, produzidos pelos avanços tecnológicos. De trabalhadores treinados dependerá a qualidade do produto do seu trabalho: a assistência ao paciente. O campo da saúde, devido ao prolongamento da vida, forçará a demanda de empregos em outras áreas como administração e turismo. PASTORE (1995) também espera “*...um aumento da demanda de pessoal com educação pós-secundária e um declínio dos que têm menos que isto*” (p.35-36).

A crise econômica estende-se pelo mundo e está afetando a vida dos indivíduos. Imagens de desemprego, subemprego, demissões repetidas, insegurança crescente, trabalhadores mal remunerados, perda de controle do trabalho, falência empresarial, competição, luta, revolta, sofrimento estão presentes no local de

⁶⁷ grifo nosso

trabalho. O mundo do trabalho está mudando, ou se adaptando, e a única certeza é a de que investir na capacitação pessoal será prioritário.

A tendência de globalização econômica exigirá que o futuro mundo do trabalho seja composto de trabalhadores com mais informações, dispostos ao aprimoramento contínuo. Não basta ao trabalhador especializar-se em determinada área. Precisa também de conhecimentos gerais inerentes às novas funções. Isto porque, *“tanto a qualificação requerida para os postos de trabalho como a qualificação detida pelos trabalhadores são variáveis ao longo do tempo”*. Diante disso, as qualificações *“...evoluem ao sabor das mudanças técnicas e das redefinições da divisão de trabalho nas empresas”* (ACSELRAD, 1995, p.55). A adequação dos trabalhadores ao trabalho será resultante do contínuo processo de ajuste entre as qualificações prescritas para os postos de trabalho (p.55-56). Além disso, PASTORE indica um outro aspecto: superadas as condições de permanência na mesma atividade por longo período, as ofertas de empregos estarão vinculadas a projetos com tempo de conclusão pré-determinado e, com isto, *“as atividades serão exercidas de forma intermitente; ...na mesma empresa ou em outra-ou até mesmo em casa”* (p.33).

Para ENGUITA (1989), *“a conexão entre a socialização escolar e as demandas sociais baseia-se sobretudo na adequação da conduta às necessidades das instituições do mundo do trabalho”*. Assim, o trabalhador educado é indivíduo socializado. As relações de

dominação que ocorrem no interior da instituição escolar, cuja a finalidade é o controle do indivíduo e de seu comportamento, “...têm como pano de fundo o conflito de classe” (p.138-140). No campo educacional aprende-se, portanto, que certas habilidades podem ser transferidas sem conflitos para o mundo do trabalho. O estudante vivencia, no contexto escolar, relações sociais semelhantes às situações do cotidiano do local de trabalho, como as relações hierárquicas, sistema de avaliação, competitividade, aquisição de crenças e valores e outras. Quanto mais se assemelharem entre si os dois contextos, menor será a resistência à incorporação das disposições transplantadas (p.152-158).

3. – MUDANÇAS NO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

Estudos realizados por MACHADO (1992, p.36) demonstrou que, na década de 70, os planos do governo não incentivavam, explicitamente, a formação de recursos na área da saúde, embora o I Plano Nacional de Desenvolvimento (1972/74) enfatizasse a importância de uma “Política de Aproveitamento dos Recursos Humanos do país como fator de produção e consumo”. Com a reorganização do Sistema Nacional de Saúde foi elaborado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975). Este documento orientava para a realização de um estudo sobre a questão de formação e utilização dos recursos humanos em saúde no país. Foi elaborado um documento intitulado “Estudo sobre a Formação e Utilização dos Recursos Humanos na Área da Saúde”, que apontava a necessidade de corrigir as distorções que vinham ocorrendo na preparação e utilização de recursos humanos na área da saúde. Esse relatório indicava que a formação do pessoal deveria ser voltada às reais necessidades da população. Segundo o autor citado, com base nesses diagnósticos, medidas foram propostas para o setor saúde:

- “a) definir as necessidades quantitativas e qualitativas de pessoal para o sistema;*
- b) submeter a formação, utilização e distribuição dos recursos humanos ao planejamento geral de saúde;*
- c) aumentar os recursos para os cursos que detêm baixos estoques de profissionais, face às necessidades nacionais;*

- d) aumentar esforços na formação de pessoal técnico e auxiliar e liberar, quando possível, os profissionais de nível superior das tarefas que possam ser desempenhadas por profissionais de nível médio;*
- e) despertar o interesse dos jovens para profissões demandadas pela área de saúde;*
- f) inserir o ensino de saúde no contexto sócio-econômico, cultural e político do Brasil e de suas regiões;*
- g) incentivar, no processo de formação de recursos humanos em saúde, a utilização de métodos que se valham da atuação multidisciplinar e multiprofissional;*
- h) integrar o sistema de saúde com o sistema de ensino, mediante convênios;*
- i) melhorar a formação de docentes na área de saúde;*
- j) realizar estudos de análise ocupacional no setor saúde, com o objetivo de subsidiar a redefinição de modelos existentes;*
- l) instituir uma coordenação dos projetos de utilização de recursos humanos do setor;*
- m) incluir nas equipes de saúde profissionais de outras áreas de conhecimento, de forma a ressaltar a visão global e humanista que deve orientar o setor” (p.38).*

Com base nessas propostas, foram realizados estudos sobre o número de profissionais necessários no Sistema Nacional de Saúde e, foi detectado na enfermagem um déficit de aproximadamente quarenta mil profissionais. Houve, então incentivo para a ampliação de formação de auxiliares, técnicos e enfermeiros, embora o número de enfermeiros fosse superior em relação ao número de médicos.

Apesar do elevado número de profissionais desqualificados e semi-qualificados existentes no mercado de trabalho em saúde, foi fortemente incentivado a preparação de pessoal de enfermagem em nível 2º grau, principalmente por via supletiva. Segundo SANTOS, SOUZA e GALVÃO (1988) *“a oferta de profissionais em nível de 2º grau apesar da proposta de preparar pessoal com essa qualificação técnica pelo ensino regular, não correspondeu a demanda gerada pela expansão da rede”* (p.76).

Por outro lado, MÉDICI E PAIM (1987) afirmam que *“os enfermeiros foram os que apresentaram o maior incremento bruto”*, na década de 70, *“o que significa dizer que mais de 700 novos enfermeiros se adicionaram em média, ao mercado de trabalho a cada ano”* (p.124).

Quanto ao pessoal de nível médio e elementar MÉDICI e PAIM (1987) informam que, ingressaram anualmente, em média, no mercado de trabalho quase dezessete mil exercentes. No entanto, MACHADO (1992) destaca em seus estudos, que foram apontadas três deficiências no processo de capacitação e formação de pessoal das categorias de nível médio e elementar:

“a) inexistência ou inadequação de metodologia de integração ensino/serviço;

b) ausência de mecanismos de legitimação que garantissem o fornecimento de certificados de profissionalização plenamente válidos;

c) pouca ou nenhuma preocupação com o desenvolvimento intelectual dos treinados, sobretudo no que tange aos aspectos de educação geral e às formas mais conscientes, ou menos mecanizadas, da atuação em serviço” (p.41).

A formação e a capacitação desse pessoal era fundamental, pois dela dependia grande parte da eficiência dos Serviços de Saúde junto à população, conforme acredita MACHADO (1992), referindo-se ao documento intitulado “Recursos Humanos para os Serviços de Saúde”:

“as categorias de nível médio e elementar não participam apenas na qualidade de executores de tarefas de caráter manual, indicadas por universitários. Com efeito, assumem, adicionalmente, certo grau de autonomia, expresso pela realização de atos que exigem capacidade de observação, juízo e decisão, em face dos problemas de saúde de maior prevalência e solucionáveis por meios simples. Neste sentido, não se comportam como meros auxiliares, dotados de um papel acessório, como ocorre na tradicional divisão de trabalho do tipo hospitalar, pois gozam de autonomia de intervenção que é tanto maior quanto menos complexa for a unidade de saúde, ainda que suas atividades requeiram supervisão por parte de profissionais de formação universitária” (p.41)

Estudos variados, então, começaram a priorizar a forma interdisciplinar em equipes de saúde, o que refletiu na maior participação de auxiliares de enfermagem nas equipes. Assim, o preparo desse profissional era essencial, principalmente, para trabalhar

nas pequenas unidades que ofereciam assistência geral e preventiva.

Nesse sentido, MACHADO (1992) afirma que,

“a capacitação inicial de recursos humanos de níveis médio e elementar deve visar não só à promoção de pessoal adequado aos serviços, (...) mas também à promoção profissional e intelectual, através da formalização curricular desses trabalhadores, promovendo títulos e reestruturando carreiras, estabelecendo estruturas de cargos e salários e incentivando o aperfeiçoamento e a atualização dos conhecimentos desses profissionais” (p.41)

Desse modo, seria necessário estabelecer processos de formação complementar para qualificar os profissionais em exercício nos estabelecimentos do setor saúde. Havia acentuada incorporação à força de trabalho em saúde de um enorme contingente de pessoal sem qualificação específica.

No entanto, no início da década de 80, ainda segundo estudos de MACHADO (1992), a População Economicamente Ativa cresceu quatro vezes mais. A queda do nível de emprego formal resultou numa força de trabalho excedente de desempregados e subempregados, que levou os trabalhadores a exercerem atividades que garantissem alguma remuneração. O motivo foi *“o aumento do contingente de trabalhadores inseridos nessas atividades informais [e] foi decorrência direta da fraca capacidade de absorção do emprego das atividades formais e dos setores dinâmicos na conjuntura econômica da crise”* (MACHADO, 1992, p.32).

A política salarial restrita resultou na queda do salário real dos trabalhadores, que por outro lado também impedia a elevação dos salários mais altos. O aumento dos níveis de desemprego, o rebaixamento dos salários e a pouca oferta de postos de trabalho formais foram fatores que influenciaram na qualidade de vida da população.

Entretanto, no setor saúde o movimento foi inverso. O levantamento sobre a inserção de enfermeiros no mercado de trabalho realizado por VIEIRA e OLIVEIRA (1992), constatou “*que foram em 1984 e 1985 os anos de maior absorção de enfermeiros no país considerado o crescimento do número absoluto de concluintes [do curso de graduação] de 1982 a 1985 em relação aos anteriores*” (p.6). O número de postos de trabalho cresceu neste período. MACHADO (1992) associa este fator à política de clientelismo adotada pelo governo, que de modo contraditório deveria reduzir a expansão dos gastos públicos devido ao endividamento, que se acentuou com a política adotada. A saída foi rebaixar os salários do funcionalismo. No entanto, os baixos salários obrigam o profissional a ter mais de um vínculo empregatício como forma de sobrevivência.

A política de saúde no período gerou alta absorção da força de trabalho, gerando crescimento desordenado no setor público. Corroborando com a situação, houve incentivo governamental para expansão de formação de profissionais de saúde, principalmente de nível superior. No entanto, esta política não obteve os mesmos efeitos na preparação de profissionais de nível médio e elementar, gerando

desequilíbrio na proporção entre os dois tipos de formação profissional – nível superior e nível médio e elementar. Houve aumento da força de trabalho com a polarização entre os profissionais mais qualificados e os menos qualificados. Estudos realizados por MACHADO (1992, p.35) demonstram que foi o maior crescimento proporcional na absorção de profissionais de nível médio e elementar nos hospitais brasileiros, principalmente de atendentes e de auxiliares de enfermagem. Tal fato não se repetiu com os enfermeiros. Por outro lado, *“embora tenha sido registrado um grande crescimento [no número de postos de trabalho para] auxiliares de enfermagem, a relação auxiliar de enfermagem/médico ainda era muito baixa nos hospitais brasileiros, face padrões internacionais”* (p.34).

Entretanto, para manter esse contingente elevado de profissionais ocupando os postos de trabalho no setor saúde, em momento de crise econômica no país, a estratégia foi o rebaixamento salarial, que gerou uma série de conseqüências:

“a) para os profissionais de nível superior (em particular médicos), [a política de contratação] acelerou a tendência ao exercício de uma multiplicidade de empregos (...);

b) para os profissionais de nível médio e elementar, acarretou o congelamento relativo dos salários (particularmente do setor público), que atingiu apenas os funcionários cobertos pela Consolidação das Leis do Trabalho” (MACHADO, 1992, p.42).

Simultâneo a esse complexo quadro de recursos humanos em saúde, observava-se também a dicotomia entre a medicina preventiva e a curativa, resultando num modelo assistencial que desatendia aos interesses de saúde idealizados para o país. Surgiu, então, ampla mobilização popular e do Setor Saúde, gerando diversas pré-conferências municipais e estaduais que culminaram, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Após exaustiva discussão foram estabelecidas, a nível nacional, as novas diretrizes para reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, presente na recomendação e, denominada convencionalmente de Reforma Sanitária. No tema “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” foi discutido, na Conferência, e destacadas as principais prioridades do setor. Entre outras, foi apontado como prioridade “a capacitação e reciclagem permanentes” dos profissionais e a “composição multiprofissional da equipe” como decorrência do princípio de integração muito propalado na década de 90, com a multifuncionalidade no mundo do trabalho.

4. – MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO: repercussões na enfermagem

O que acontece no mercado, repercute no campo da saúde e na enfermagem. Numa profissão que nasceu e se mantém tradicionalmente hierarquizada e dividida em tarefas, tenderá desaparecer uma das categorias de nível médio – o auxiliar ou o técnico, ambos com escolarização de nível médio. Os enfermeiros continuarão responsáveis pelas suas funções, mas haverão que dominar equipamentos sofisticados trazidos pela tecnologia, atividades consideradas complexas para o trabalhador de enfermagem de nível médio. Precisarão dominar outros conhecimentos e habilidades, tais como mais de um idioma, ajudar a controlar os custos, manusear microcomputadores/fax/modem, ter senso de organização e de liderança, além dos habituais serviços prestados pela enfermagem. Com esta situação de mercado, pode-se fazer projeções de expansão do mercado de trabalho para a enfermagem. Parte do mercado menos qualificado ficará sujeito as tendências da terceirização. Restará à minoria qualificada de enfermeiros as melhores oportunidades de trabalho – a consultoria. A enfermagem terá que se reafirmar como profissão distinta no campo da saúde, demarcar sua área de atuação, principalmente, na área preventiva devido a melhoria de qualidade de vida de pessoas.

Movido pela lógica global, o novo mundo do trabalho, traz uma enfermagem autônoma e outra terceirizada envolvida com a

tecnologia médica, direcionada principalmente com a manutenção da saúde. Segundo PASTORE (1995),

“o mundo do futuro será permeado por um grande número de profissionais autônomos de vários níveis de multifuncionalidade. Eles envolverão atividades nos campos da administração, cuidados pessoais (crianças, doentes e velhos)...” (p.36).

Diante das grandes mudanças no mundo do trabalho visualiza-se possíveis repercussões na enfermagem.

<i>Mudanças no mundo do trabalho</i>	<i>Repercussões possíveis na enfermagem</i>
- informatização	- informatização do diagnóstico de enfermagem - informatização do processo de enfermagem
- flexibilização - produção “enxuta” - formação de equipes polivalentes/operativas	- reprogramação de equipamentos - mobilidade na equipe - diversificação de tarefas - inserção na instituição - padrões de qualidade - atendimento ao fluxo da demanda - predisposição à mudanças, à demanda contínua de tarefas diferentes
- mini-jornada - suspensão temporária	- mini-jornada - trabalho temporário - jornada por prestação de serviços - reciclagem e aperfeiçoamento
- consultoria - terceirização - empregabilidade	- rede de consultoria - terceirização - condição de atendimento a

	diversos plantões/setores, pela produtividade e eficiência
- descentralização	- mobilidade - intercâmbio entre setores
- autonomia	- autoridade com responsabilidade - diminuição do número de chefes
- reorganização do conhecimento - qualificação e competitividade	- maior cientificação do saber da enfermagem - busca de desafios - aumento da busca de conhecimentos
- formação geral e específica	- formação geral e contínua em sintonia com o mercado (clientela) - aprendizagem contínua

CAPÍTULO III

AS CULTURAS DO TRABALHO

1. - A CULTURA DO TRABALHO NA ESCOLA

Na linha de reflexão do sociólogo francês BOURDIEU, identifica-se a escola como instrumento de melhoria social para os indivíduos que necessitam e recorrem à escolarização no sentido de preparar e/ou garantir a ascensão na escala social. Entretanto, não faltaram estratégias para transformar o processo de escolarização em um dos meios para subjugar-los e limitar suas ambições. ENGUITA (1989) registra o importante *lugar* da escola entre os diversos instrumentos de dominação:

“ ...freqüência à escola é legalmente compulsória, [logo], ...nenhuma outra instituição social, exceto os exércitos de serviço obrigatório... apresenta esta característica de enquadramento obrigatório de toda a população ” (p.153).

A escola torna-se o campo adequado para que os indivíduos/estudantes aprendam a respeitar a ordem, sendo, ao mesmo tempo, espaço ideal para neles despertar expectativas/ambições condizentes com o lugar que ocupam na estrutura social. A organização do sistema escolar e os processos educativos preparam o estudante para inseri-lo no lugar determinado pela classe hegemônica. Diante disso, o indivíduo pode ser *modelado* desde a infância até alcançar a vida adulta, de forma que manifeste hábitos, atitudes e comportamentos convenientes à sua condição social.

APPLE (1989) tece considerações sobre alguns aspectos desse processo de dominação, afirmando que os estudantes não são

ajustados socialmente “*como seres passivos que estarão aptos e ansiosos para adaptar-se a uma sociedade injusta*” (p.30). Nesse sentido, qualquer conhecimento explícito ou implícito que a instituição educacional transmita será reinterpretado, por parte do estudante, podendo ser aceito ou rejeitado com variações. Na análise da educação como fator de reprodução da divisão social do trabalho, demonstra a relevância da “*cultura preservada, transmitida e rejeitada no interior da instituição*” (p.36). A seu modo de ver, as escolas organizam-se para “*transmitir os valores, normas e disposições de raiz econômica*”, ou seja, “*... distribuem valores e conhecimentos ideológicos*” exigidos pela sociedade. Entretanto, além disso, elas também estão organizadas de modo a auxiliar na produção do conhecimento técnico/administrativo controlado pelas classes dominantes (APPLE, 1989, p.37). O estudante interioriza o tipo de comportamento esperado de um futuro trabalhador na hierarquia dos postos de trabalho, ou seja, o lugar que ocupará na divisão do trabalho.

ENGUITA (1989) identifica também esta possibilidade devido à similaridade entre a organização das duas esferas - a escola e o trabalho. Há, ainda, para o autor citado, “*...a falta de similaridade entre a organização do trabalho e a organização familiar o que faz com que caiba à escola um papel central na transição da família à produção*” (p.150-151).

É sabido que, a cultura transmitida no campo instrucional difere entre os grupos sociais dos estudantes e reforça o lugar destes

na sociedade. O processo educacional, ao selecionar estudantes de origens sociais distintas e orientá-los, de acordo com a classe social, a ocupar as posições na hierarquia da divisão social do trabalho, contribui para a reprodução da divisão social do trabalho e das classes sociais.

Os indivíduos, por outro lado, constroem e reconstróem seu mundo e a própria realidade social a partir de experiências anteriores e das relações que estabelecem entre si, influenciando-se reciprocamente. O indivíduo, no campo social, “*dispõe de uma autonomia relativa*” para transformar a realidade. Seus desejos e aspirações são traçados de acordo com suas possibilidades, portanto “*ele dispõe de um grau de liberdade, sabe o que pode atingir e que preço estará disposto a pagar para atingi-lo no plano social*” (CHANLAT, 1996, p.29). Esta orientação social, para CHANLAT (1996), também pode ser apreendida no mundo do trabalho, ou seja, no universo organizacional, observando-se o comportamento humano nos locais de trabalho e os traços culturais que marcam suas interrelações.

A cultura, para Mc LAREN (1992), é um sistema de símbolos, formada por rituais interrelacionados e sistemas de rituais com códigos de significados próprios, que fazem parte das dimensões simbólicas do sistema cultural (p.32). Para CHANLAT (1996), as manifestações da cultura e o valor atribuído a seus produtos revelam a cultura de uma sociedade. A esse respeito afirma que o simbólico faz parte da existência humana :

“todo ser humano e toda sociedade humana produziram uma representação do mundo que lhe confere significação. A imaginação simbólica busca representar para si antes de mais nada o ausente, o imperceptível, o indescritível. Mais ou menos arbitrárias, estas representações simbólicas que calcam sua existência nas relações com o mundo vão participar da construção deste universo de significações inerentes ao ser humano” (p.30).

Explorando este caminho, CHANLAT (1996) diz, que o mundo do trabalho é *“um lugar propício à emergência do simbólico”* (p.31), principalmente nas sociedades de economia capitalista, onde o significado atribuído à acumulação de capital econômico é superior àquele atribuído ao trabalho e onde, ao mesmo tempo, o homem vivencia o simbólico atribuindo sentido/significado aos gestos, ações e sentimentos. No entanto, para desvendar as condutas, as práticas, as decisões, as representações simbólicas, individuais e coletivas dos agentes no mundo do trabalho, é preciso apreender as formas de linguagem - gestual ou não gestual – e as de comunicação que estabelecem entre si. As relações mantidas com o outro permitem ao indivíduo construir um universo de significações, inclusive em relação ao trabalho. Além disso, em BOURDIEU (1989a), *“o espaço da interação funciona como uma situação de mercado lingüístico”* (p.144), embora este não seja a forma única de comunicação.

A comunicação, voltando a CHANLAT (1996), constitui-se de três elementos, o verbal, o vocal e o gestual, que podem ser reagrupados em elementos *“que acompanham o texto propriamente dito”*, expressos na modulação da voz, na mímica e movimentos

corporais assim como em elementos que contextualizam a situação, identificáveis no “*vestuário, insígnias, uniformes, (...) signos hierárquicos, sobrenomes*” (p.38). Em BOURDIEU (1989), no espaço das interações, os agentes também colocam em jogo a espécie de capital particular e o reconhecimento deste no campo, como poder e como coisa em jogo (p.144-145).

Sobre esse aspecto, Mc LAREN (1992), ao investigar os modos de se passarem as informações são repassadas entre pessoas, numa situação de ensino, recorre aos conceitos de ensino e ritual, unificando-os no ambiente institucional. O encontro pedagógico baseia-se num ritual instrucional em que a ação está associada a seu sentido. E, quando analisada a demonstração gestual e seu significado como produção cultural de um grupo construindo uma referência coletiva, as ações, na perspectiva do mundo dos símbolos, podem ser percebidas como rituais que transmitem “*códigos culturais (informações cognitivas e gestuais) que moldam as percepções e maneiras de compreensão dos estudantes*” (p.30).

Existem evidências de que as normas e os valores que organizam a vida cotidiana dos trabalhadores são as mesmas ensinadas nas escolas. Como afirma APPLE (1989), “*são distorcidas em favor das regularidades de desigualdade social existente*” (p.57). Assim, o funcionamento do processo de trabalho é reproduzido nos vários níveis da escala de serviços/tarefas, conforme repassado pelos educadores. Entretanto, para entender o que é vivenciado no local de trabalho é necessário compreender a cultura desenvolvida no local,

como uma área “*relativamente autônoma*” (p.91) da produção do trabalho em si. Nesta área ou espaço, desenvolvem-se valores e regras informais que irão mediar as relações entre os trabalhadores e a “*estrutura de autoridade formal do local de trabalho*” (p.91).

Analisando o contexto organizacional, CHANLAT (1996) destaca os tipos de interações entre grupos (ou agentes), estabelecidas nos locais de trabalho. O primeiro é constituído pelas relações que se travam no cotidiano, ou seja, as relações *face a face*; o segundo, pelas relações que propiciam a formação de alianças, independente da posição que o trabalhador ocupa na organização e que, em geral, mobilizam a maioria dos trabalhadores como se *obedecessem* a uma *ordem de fusão*, que são percebidas nas convocações realizadas pelas entidades sindicais e religiosas; o terceiro e último, as relações que contribuem para a manutenção da *ordem organizacional* e que, em geral, são apoiadas na hierarquia e nas relações de poder - *nós-eles/elas* (p.37).

2.- A CULTURA DO TRABALHO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A instituição hospitalar surgiu na Europa com a função essencial de retirar do seio da sociedade os indivíduos que poderiam transmitir-lhe enfermidades: os doentes pobres e os pobres. Para FOUCAULT (1988),

“...era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, ... [e este] como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso” (p.101).

Constituiu, até o século 17, num espaço destinado à exclusão social dos indivíduos(p.101). A assistência era, então, prestada fundamentalmente por religiosos e alguns leigos, com modelo caritativo. O saber médico, ainda em construção, estava restrito à esfera domiciliar. Ao médico cabia curar os enfermos de melhores posses, das camadas sociais mais altas. A prática médica era individualista, logo, *“...a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico”* (FOUCAULT, 1988, p.102).

A medicina hospitalar, como prática, surgiu da necessidade de o médico observar a natureza da doença: as formas de transmissão e sua evolução. A prática médica, a partir do século 17, desloca-se para os hospitais, com a função de estudar o doente e a doença (FOUCAULT, 1988, p.102). O hospital então precisaria

transformar-se e, para viabilizar o registro contínuo das ações das doenças sobre o homem, era necessário reorganizá-lo, espacial e administrativamente.

A reforma do sistema hospitalar iniciou-se na Europa (França e Inglaterra), com a reorganização dos hospitais marítimos. A primeira de suas causas foi o tráfico de mercadorias, realizado pelos desembarcados que se faziam de doentes para ter acesso direto ao hospital sem passar pelo incômodo da vigilância, da vistoria ou do exame, transformando, assim, os hospitais em local seguro para a guarda dos objetos trazidos das colônias de forma ilegal. A hospitalização livrava-os da fiscalização da alfândega. A segunda causa foi de ordem médica: os desembarcados poderiam ter contraído doenças nas colônias, e por isso deviam permanecer por um período de observação nos hospitais, razão pela qual foi implantada a quarentena. A terceira causa foi o surgimento de armamentos bélicos. Os soldados deviam ser treinados pelo exército para manejá-los, e com isso o custo orçamentário para a formação da tropa tornou-se importante. As perdas causadas por doença ou deserção teriam que ser evitadas (FOUCAULT, 1988, p.103-104).

Nos hospitais marítimos e militares foi implantada nova maneira de gestão, que visava a controlar, utilizar e maximizar o trabalho e as atividades dos indivíduos. Introduziram-se mecanismos disciplinares no campo hospitalar para reordená-lo e reorganizá-lo, e, ao médico, foi confiado o poder de controlar e gerir este espaço. Isto se deve, também, ao enriquecimento do saber médico e ao

deslocamento das práticas médicas para âmbito do hospital, nesta época, voltado para a cura das enfermidades. Nas palavras de FOUCAULT (1988),

“é, portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocado”(p.107-108).

O processo de transformação do espaço hospitalar alterou também a distribuição e localização dos agentes. Logo, interferiu nas relações de poder: os religiosos, até então detentores do poder de prestar e administrar a assistência aos doentes, passaram atuar sob as ordens do médico. Além disso, perderam, de certa forma, o controle administrativo da instituição, quando foi transferida aos médicos não somente a responsabilidade da organização hospitalar, mas também o *“privilégio de residir no hospital e ser chamado ou se locomover a qualquer hora do dia ou da noite para observar o que se passa”* (FOUCAULT, 1988, p.109-110).

Para o autor (1987), é neste novo tipo de hospital que,

“...a vigilância médica das doenças e dos contágios é aí solidária de toda uma série de outros controles: militar sobre os desertores, fiscal sobre as

mercadorias, administrativo sobre os remédios, as rações, os desaparecimentos, as curas, as mortes, as simulações. (...) Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico” (p.132)

O interior do espaço hospitalar foi *esquadrinhado* e os corpos dos indivíduos distribuídos da forma que pudessem ser localizados e vigiados e fosse possível controlar cada um e todos ao mesmo tempo. Instituíram-se métodos de vigilância do corpo e do trabalho, para disciplinar o espaço e transformá-lo, por sua vez, em disciplinador, isto é, em espaço estruturado e estruturante. Entretanto, o princípio do *quadriculamento* exigia a articulação da distribuição espacial dos indivíduos com o processo de trabalho, já que a decomposição do processo de produção em séries/etapas/serviços contribuía para a vigilância, primeiro sobre o corpo e, através deste, sobre o indivíduo e suas atividades. Segundo FOUCAULT (1987),

“a produção se divide e o processo de trabalho se articula por um lado segundo suas fases, estágios ou operações elementares, e por outro, segundo os indivíduos que o efetuam, os corpos singulares que a ele são aplicados: cada variável dessa força - vigor, rapidez, habilidade, constância - pode ser observada, portanto caracterizada, apreciada, contabilizada e transmitida a quem é o agente particular dela” (p.133).

Portanto, o sistema disciplinar exerce o poder observando o ajustamento do indivíduo ao posto e ao processo de trabalho.

A organização do trabalho em séries/tarefas/serviços exige um olhar disciplinar, em escala, que proporcione um único olhar que tudo vê permanentemente. O poder exercido através da vigilância permanente requer observação contínua das ações, gestos e atividades dos indivíduos e o repasse dessas informações acumuladas e registradas até o olhar (poder) central, sem que nada escape. A indisciplina não é tolerada. Expressar algo ou agir em conflito com as normas internas de conduta é inconcebível. É dessa disciplina interna que o poder depende para exercer a submissão, de modo que todos sejam controlados, *“é preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares”* (FOUCAULT, 1988, p.106).

É, portanto, este modelo de organização espacial e disciplinar, implantado no hospital desde o final do século 18⁶⁸, que transfere, para o médico, o domínio sobre a vigilância do corpo e inverte as relações hierárquicas, subordinando os religiosos aos médicos. No século seguinte, a função do hospital se estabelece finalmente como *“um campo documental ... que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de*

⁶⁸ Em 1770, o regulamento do *Hôtel-Dieu* de Paris institui que um médico deve residir no Hospital e que pode transitar nas dependências e visitar os doentes a qualquer hora (FOUCAULT, 1987,p.165; FOUCAULT, 1988,p.110)

saber”, fundamentalmente do saber e da prática médica (FOUCAULT, 1988, p.110).

O hospital bem *disciplinado* constituiu o espaço adequado para o desenvolvimento do modelo de ensino preconizado por Nightingale, nas origens da enfermagem moderna. Para SAUTHIER (1996),

“a rígida disciplina e a inquestionável obediência, herança da escola de enfermeiras do Hospital St Thomas, se reproduziu nas escolas norte-americanas e foi transplantada para a Escola de Enfermeiras do DNSP” (p.158).

E, mais adiante complementa,

“a disciplina, a atenção e a obediência eram preocupações centrais das professoras americanas no Brasil. As classes de alunas,[no internato], eram organizadas segundo uma hierarquia de antigüidade na casa, em preliminares (calouras), intermediárias (juniors), e formandas (seniors) (p.158).

As técnicas de vigilância – em outras palavras, o domínio sobre o corpo – transportadas das organizações militares para o campo hospitalar hierarquizaram o pessoal da área da saúde sob a hegemonia do trabalho médico. Tornou-se possível que rígidas normas de conduta fossem impostas e permitiu a institucionalização da enfermagem. Assim, a enfermagem moderna surge com a finalidade principal de disciplinar os agentes e o espaço hospitalar. Portanto, segundo ALMEIDA e ROCHA (1984),

“o treinamento dos agentes da enfermagem introduzido por Nightingale refere-se às técnicas disciplinares de enfermagem a fim de delimitar o espaço social que cada trabalhador da saúde deve ocupar na hierarquia do micropoder hospitalar, e, em especial, a preocupação com a hierarquia do pessoal de enfermagem” (p.46).

A enfermagem organiza-se de forma que o poder perpassa por todos que a compõem. Encadeados verticalmente, os exercentes de enfermagem articulam-se em hierarquia. O processo de trabalho da equipe de enfermagem disposto em série, segundo o grupo de agentes que o efetuam, e a disciplina interna da equipe podem ser melhor compreendidos se também analisados com apoio na conceituação de poder formulada por FOUCAULT. Para o autor, numa visão externa e visível, o *funcionamento* do poder constitui uma rede de relações ascendente, descendente e também lateral. Os acontecimentos interligam-se e fazem parte de certa malha de relações de poder como relações de força, de desenvolvimento de estratégias e de táticas. FOUCAULT analisa o poder como redes que se ligam, formando *um complexo fluxo de autoridade multidirecionado*⁶⁹. (1988,p.5).

⁶⁹ Nas reflexões de FOUCAULT o poder funciona como rede em cadeia, em que a imposição da vontade e a aceitação da submissão são relações de força estabelecidas entre indivíduos ou grupos no cotidiano do espaço social. O poder é explícito nas formas hierárquicas, subdivisões de comandos, de postos. Trata-se de uma prática social visível. O autor investiga o poder na sua *face externa*. Não é algo que se detém, como uma propriedade. É analisado como *algo que circula*, logo, os agentes estão *sempre* sujeitos ao poder e em posição de exercê-lo. Assim, deixa de ser uma posse, um prestígio como um capital simbólico. Em BOURDIEU os agentes também exercem o poder, mas ele é um tipo de capital simbólico. Suas contribuições são na área do jogo do poder onde o poder se faz menos visível, irreconhecível, *onde ele se deixa ver menos, onde é mais completamente ignorado, portanto, reconhecido* adquirindo aspectos de “verdade natural”. Analisa o jogo do poder na sua face implícita, onde as relações de força são uma das formas de imposição de uma classe social sobre a outra.

A efetivação das *práticas disciplinares* na organização hospitalar possibilitou que mecanismos de controle individual, técnico e gerencial funcionassem. E, para exercer alguma forma de controle sobre os exercentes de enfermagem, haveria que discipliná-los sob a forma de supervisão. Coube ao enfermeiro desempenhar esta função à luz do poder e do saber. Nas relações de poder com outro enfermeiro, as condições de luta variam. Entretanto, junto aos técnicos e auxiliares, o enfermeiro encontra-se melhor posicionado, primeiro porque as relações que se estabelecem tem suas origens nas relações de superioridade técnica e, segundo, porque socialmente acumula volume maior de capital individual. Segundo CLEGG (1996), as interações entre níveis hierárquicos raramente são passivas, porque “*a resistência a controles formais está presente em todo processo fundamentado em práticas disciplinares num contexto hierárquico*” (p.53).

No hospital, como em toda relação de trabalho, os exercentes de enfermagem têm possibilidade também de desenvolver normas informais, que podem ser aplicadas nas relações estabelecidas no seu campo de atuação e entre a enfermagem e a instituição, que interferem na distribuição, controle e gerenciamento do trabalho da equipe. Aceitar a execução de atividade que, institucionalmente, é atribuição de outra categoria da enfermagem, mesmo que o exercente seja legalmente habilitado para realizá-la, depende do valor que ele atribui à atividade: quanto mais estiver a atividade próxima do trabalho manual, ou seja, atribuída a categoria

mais próxima da base da equipe, maior poderá ser a resistência formal ou informal em desempenhá-la.

A transferência de atividade, diante disso, precisa da aquiescência de quem irá desempenhá-la; caso contrário, a resistência aberta ao controle do trabalho coloca em risco o controle do enfermeiro sobre o local de trabalho. A estratificação técnica e hierárquica da equipe de enfermagem permite que o exercente com maior qualificação técnica possa desempenhar atividades da categoria menos qualificada, mas nunca poderá acontecer o inverso, isto é, que os menos qualificados possam desempenhar funções específicas da categoria mais qualificada.

Entretanto, o trabalhador procura manter o controle de suas habilidades no processo de trabalho. Uma das práticas que ele desenvolve consiste na resistência ao controle gerencial. Entre as normas informais construídas para e pelos trabalhadores na convivência do processo de trabalho, APPLE (1989) destaca a cooperação entre os trabalhadores “*como a mais forte*” (p.92) desse processo. A sutileza das ações, vivenciadas sob a forma de “*solidariedade*”, dissimula a força dessa prática informal, que interfere na distribuição oficial do trabalho (p.92).

Na enfermagem, os técnicos e auxiliares passam a gerenciar o trabalho, quando redistribuem entre si os cuidados a serem realizados. Apropriam-se do conhecimento na forma de gerenciamento, ao redistribuí-lo de modo oposto ao pretendido pelo

gerenciador da equipe - o enfermeiro. Mas o enfermeiro, também como agente do processo de trabalho, reage às estratégias organizacionais e desenvolve, de modo informal, resistência às normas de gerenciamento institucional. Ao modificar, ou se opor a executar, regras administrativas oficiais, solidariza-se com os técnicos e auxiliares e coloca em prática o seu *direito* técnico de gerenciar a equipe. Assim, contribui para fortalecer o poder de cooperação entre os trabalhadores de enfermagem e, ao mesmo tempo, conserva e demonstra o controle que possui sobre o processo de trabalho da enfermagem.

As relações que se estabelecem no local de trabalho geram ações que reproduzem as normas esperadas e ações de resistência por parte dos trabalhadores. As ações de resistência são formas de contra-poder e, segundo GALBRAITH (1986), “*a reação mais usual e mais eficaz a um exercício indesejável de poder...*”, uma forma de recusa à submissão ao poder. Pode-se supor, então, que faz parte do jogo para imposição da vontade àqueles em posição inferior na luta pela verdade *natural* (p.78). Nesse particular, APPLE (1989) identifica as práticas que os trabalhadores podem colocar em ação para transformar o local de trabalho: 1) resistir à imposição do controle no local de trabalho; 2) controlar parcialmente a destreza, o ritmo e o seu conhecimento sobre o trabalho; 3) garantir a dependência e a complementaridade das tarefas para produção do trabalho; 4) garantir certo “*grau de autonomia em relação à gerência*”, com a interferência no controle do trabalho (p.91).

3. - A RITUALIZAÇÃO NO TRABALHO

O indivíduo, por meio de relações com o outro, reconhece seus desejos e identifica sua existência. Para CHANLAT (1996), as relações são ritos de interação que fazem parte do cotidiano e levam os grupos a participarem de “*reencontros controlados*” (p.36). Esses rituais são processos que envolvem a interiorização de símbolos e comunicam determinados significados. A exteriorização desses significados é compartilhada pelos grupos que codificam essas informações (simbólicas) para além de seus significados: atuam identificando os participantes de um mesmo grupo e, em consequência, agem como mecanismo de distinção.

Presentes no cotidiano da vida humana, os rituais, na análise de Mc LAREN (1992), incorporam-se ao *habitus* e se manifestam nos grupos ou comunidades. Podem ser reforçados ou reproduzidos nos diferentes espaços sociais, desde que os participantes interpretem como importante o fato de vivenciar ou resgatar, por meio de significados simbólicos e práticas estruturantes, a maneira pela qual o grupo interpreta o mundo social e nele deseja ser percebido. Nos rituais, a ação simbólica também expressa o poder de dominação de um subgrupo, a sua maneira de interpretar o mundo e a aceitação desta como *natural* (p.84-88).

O processo ritualístico, ao se constituir de modelos gestuais e ritmos que dão origem a expressões simbólicas e rituais característicos de um grupo, inculca de forma dissimulada a cultura

dominante. Diante disso, a cultura produzida e reproduzida no campo institucional se manifesta e transmite mensagens por meio do ritual e do grau de importância que lhe é atribuído. Na visão de Mc LAREN (1992), os rituais estão presentes na vida cotidiana da sociedade, no plano da “*jurisdição simbólica*” e suas origens “*são os significados destilados, encarnados em ritmos e gestos visíveis*” (p.70). Para CLANLAT (1996), o significado (conceito) atribuído a determinados gestos e algumas palavras tem suas origens na afetividade humana (p.39). É cultura incorporada e exteriorizada em nossos atos e gestos corporais. Pode-se supor, então, que os rituais fazem parte do *habitus*⁷⁰, conforme formulado por BOURDIEU.

Mc LAREN (1992) diz que os rituais dispensam convocação de participação e estão presentes em toda parte em que os indivíduos se agrupam, inclusive no mundo do trabalho (p.70). A ação ritualística faz parte da vida cotidiana do trabalhador e do estudante e se torna visível nos comportamentos organizados: “*os rituais de um grupo ou de uma comunidade tornam-se, inter alia, os códigos simbólicos para interpretação e negociação de eventos da vida cotidiana*” (p.72).

As ações simbólicas dos rituais, ao agir como mecanismo na transmissão da cultura, contribuem para alocar os indivíduos nas posições da escala social e para delinear o contorno dos grupos e instituições. O ritual para Mc LAREN (1992) funciona como “*a*

⁷⁰HABITUS “*conhecimento adquirido, ...disposição incorporada, quase postural*” (BOURDIEU, 1989a,p.69)

dobradiça da cultura, a chaveta da sociedade e o fundamento da vida institucional...” (p.72). Embora o mundo social esteja em constante transformação, a duração, em tempo, de um ritual prende-se pelo “*interesse [do grupo] na antigüidade e pelo peso nobre da tradição*” de preservar a ação e a sua origem simbólica (p.70).

Os gestos rituais verbais ou não-verbais são visíveis, e ao se manifestarem, trazem a ação simbólica para o estado de existência. Entretanto, os significados dos rituais transcendem a informação transmitida durante a manifestação do ritual: “*aquilo que é apontado, logo se torna o ‘significado’ do gesto e ganha maior importância do que o próprio gesto*” (BRENNEMAN in Mc Laren, 1992,p.78). Logo, o significado do ritual transcende a sua visibilidade.

4. - A *CULTURA DO TRABALHO* NA ENFERMAGEM - PODER E RITUAL

A reforma hospitalar, iniciada no século 18, como já foi dito anteriormente, previa o disciplinamento do corpo individualizado e da *corporação* de enfermagem. Isto significava corrigir e adequar a conduta do pessoal de enfermagem às novas práticas hospitalares. No ensino da enfermagem moderna, são incorporados a reconversão de hábitos e costumes, mecanismos de disciplina e vigilância herdados da experiência hospitalar do passado.

Segundo SAUTHIER (1996), para ser *henvinda* ao curso de enfermagem do DNSP, na década de 20, “...entre outros atributos e exigências, “a aparência pessoal da candidata e o refinamento de seus modos assumiam especial importância, já que algumas [candidatas] foram eliminadas pela ‘rudeza dos costumes’”, ou por “ter aparência de moça pouco séria”, demonstrando que a Escola de Enfermeiras procurava padrão de hábitos e comportamentos que já haviam sofrido condicionamentos ou remodelações, considerados, à época, distintivos de “*boas maneiras*” (p.161 e 162), logo, o *habitus primário* e a reconversão deste durante a vida adulta, eram muito importantes, representavam a marca distintiva de uma classe social em constante reatualização dos seus *habitus*, em busca do refinamento das classes sociais bem educadas.

E concluiu a autora:

“o fato é o de que as benvindas, isto é, as aprovadas no processo de seleção, eram moças de famílias de boa situação social, muitas das quais haviam recebido educação esmerada, para os padrões da época, e haviam assimilado os valores da sociedade e da instituição propalados na fase de recrutamento” (p.165)

Além disso, são introduzidos na escola comportamentos organizados e valores associados aos bons trabalhadores, assim como atitudes de dedicação, pontualidade, confiabilidade e conduta moral elevada são repassados através de rituais de formação para as estudantes. O controle e a disciplina também foram implementados na residência das alunas. Sob a direção da Superintendente de Enfermeiras, cabia zelar *“...pela manutenção de conveniente disciplina e de elevada moral e atmosfera social...”* (SAUTHIER, 1996, p.128). O aluguel de uma segunda casa para residência das alunas, *“instituiu no internato a Associação do Governo Interno das Alunas, (...) com a finalidade de homogeneizar e controlar o corpo social da Escola”* (p.130).

A Associação de Alunas julgava as questões disciplinares e tinha o direito de agir em qualquer caso de infração ou de conduta imprópria (olhar visível disciplinador). Toda aluna matriculada fazia parte da Associação: *“os três primeiros cargos⁷¹ eram exercidos por alunas senior, os demais por alunas junior”* (p.130). As alunas vigiadas e vigilantes faziam parte *das malhas do poder* como nas concepções de FOUCAULT. A *“aluna inspetora”* era o olhar

⁷¹ Presidente, vice-presidente e inspetora

invisível do poder central, porque a ela cabia, segundo SAUTHIER (1996),

“manter a ordem nas assembléias, verificar a presença, zelar pela execução do regulamento, podendo nomear uma ou mais vigilantes, fiscalizar a vigilante, zelar pelo livro de entrada, fazer partir a hora regulamentar, o carro que conduzia as alunas ao hospital, revistar os quartos verificando o estado de conservação dos móveis e a observância de normas, como, manter alimentos em latas fechadas e relatar à presidente as infrações ao regulamento (p.130).

As demais alunas compunham o sistema de vigilância da residência, constituído de *“... uma escala que incluía alunas juniors e seniors, que se revezavam de acordo com seus horários disponíveis”* (p.130)

Assim, os chamados rituais de instrução, na formação das alunas, comunicavam mensagens de que o futuro e o *status* de uma enfermeira dependiam da aquisição de habilidades específicas da profissão e do bom comportamento. Com isto, o ensino de enfermagem por meio dos ritos de iniciação⁷² reproduz junto às estudantes as funções do trabalho e lhes ensina os mecanismos de *vigilância perpétua e constante*. Percebe-se que o cotidiano escolar das alunas brasileiras e das *nurses e ladies-nurses* assemelhava-se ao mundo real do trabalho que as aguardava após concluir o curso.

⁷² Mc LAREN (1991) considera os rituais manifestados no campo escolar como ritos de instrução. É uma das estratégias que a cultura escolar utiliza para participar do processo de construção da realidade (p. 175).

O trabalho da enfermagem no espaço hospitalar não difere das funções mencionadas por FOUCAULT (1988), *função produtiva, função simbólica e função de adestramento, ou função disciplinar*, sendo, esta última a mais importante para o controle dos indivíduos. Para SAUTHIER (1996), as estudantes “*tuteladas pela professora e na condição seniors,... reproduziam junto as alunas mais novas, as relações de poder que com elas mantinham suas professoras* (p.179).. Além disso, para a enfermagem, cabe *olhar invisível*, ou seja, o registro contínuo das informações e a transferência deste, de modo vertical, através da *pirâmide de olhares* (FOUCAULT, 1988, p.234). Referindo a formatura da primeira turma da Escola de Enfermeiras do DNSP, em 19 de junho de 1925, SAUTHIER (1996) descreve a hierarquia visível dos postos:

“Na abertura [da solenidade de formatura], enquanto se executava o Hino das Enfermeiras, entravam no recinto, por ordem hierárquica ascendente, as visitadoras de higiene, as alunas juniors da classe de 1927, as seniors da classe de 1926, e por último as formandas, e finalmente, as enfermeiras da Missão” (p.130).

A enfermagem hospitalar, ainda hoje, contribui para dinâmica dos mecanismos de controle especificamente nos setores ou clínicas de internação,. Dividida em equipes menores, e por setores, e de modo geral com horário de trabalho por turno⁷³, transmite as informações acumuladas, a cada dia de trabalho, em duas direções: de modo horizontal ao eterno repassar, entre os plantões, a assistência

⁷³ 07 às 19 horas e de 19 às 07 horas.

para a equipe seguinte; e, de modo vertical, para o enfermeiro supervisor das equipes. No repasse dessas informações o pessoal de enfermagem, principalmente nos hospitais-escola, cultivava um tipo de comportamento com características ritualísticas. O momento é (re)conhecido como *passagem de plantão* entre agentes ou equipes.

Nesse ritual, pela ação simbólica e gestual do ato de *passar o plantão*, revelam-se comportamentos historicamente adquiridos e (re)inscritos nos corpos, que moldam o contorno do grupo e, ao mesmo tempo, permitem o *funcionamento* da rede de informações pela enfermagem até o poder (olhar) central. Neste encontro entre agentes ou equipes de enfermagem, o compromisso com a continuidade da assistência tem significado visível, como se pode observar no chamado *Roteiro para Passagem de Plantão* da equipe de enfermagem de um hospital-escola (MARINHO e COSTA, 1991)

“(...) consiste no momento chave para a obtenção de informações para que se possa planejar, com maior segurança, as atividades do dia, e assim, dar continuidade à assistência prestada iniciada nos turnos anteriores, (...) contribui de forma efetiva para a dinâmica de funcionamento das unidades de enfermagem; ...como subsídio para as ações coordenadora e supervisora do enfermeiro, [assim] favorece o ensino e abre novos caminhos para a sistematização do serviço, ...na medida em que conduz a equipe na direção das necessidades técnico-administrativas ligadas aos pacientes internados” (p.1).

Na ação de *passar o plantão* estão nítidas certas formas veladas de controle sobre a equipe. O histórico *olhar vertical* do poder central mencionado por FOUCAULT, pode ser encontrado no conteúdo de alguns itens do instrumento que orienta o *Roteiro*:

“A passagem do plantão:

- *deverá ser iniciada às sete e às dezenove horas*
- *para que se inicie, deverão estar presentes: os enfermeiros dos dois turnos e oitenta por cento ou três quartos da equipe de técnicos e/ou auxiliares;*
- *o líder⁷⁴ deverá cobrar de sua equipe a assinatura, de entrada e saída, da folha de registro de frequência;*
- *(...)a equipe deverá estar posicionada de modo a facilitar a passagem e recepção do plantão, mantendo a disciplina;*
- *(...)as ocorrências serão apresentadas pelos auxiliares e/ou técnicos e complementadas pelo líder;*
- *(...)o líder que recebe o plantão comunicará os problemas pendentes para a continuidade da assistência;*
- *(...)o líder do turno anterior passará as ocorrências administrativas(...)*
- *(...)a passagem do material permanente do setor, como: (...) caixa de medicamentos controlados com as devidas receitas dos medicamentos usados...;*
- *cabe ao líder observar o uso correto do uniforme de sua equipe de trabalho...”.*

O momento de repasse de informações, *a passagem de plantão*, encerra uma variedades de gestos verbais e não verbais típicos de um ritual: os agentes de enfermagem, de modo geral,

⁷⁴ Enfermeiro chefe da equipe de enfermagem

colocam-se em círculo e na posição de pé; faz-se um parêntese de silêncio⁷⁵, servindo como função mais prática, para manter todos atentos e *comunicar* aos que estão mais afastados do grupo que o ritual irá se iniciar. É uma forma de obter a coesão das equipes, a que entra e a que sai do trabalho. Este comportamento tende a reforçar a idéia de que todos estão envolvidos na *passagem de plantão* e que o gesto envolve uma formalidade e, ao mesmo tempo, estrutura e reafirma a continuidade do ritual. Para Mc LAREN (1991),

“a ritualização é um processo que envolve a encarnação de símbolos, conglomerados de símbolos, metáforas e paradigmas básicos através de gestos corporais formativos, (...) capacitam os atores sociais a demarcar, negociar e articular sua existência fenomenológica como seres sociais, culturais e morais” (p.88).

No ritual os participantes resgatam as disposições incorporadas, reforçam determinados valores e vivenciam a realidade, mas ao apontar para além de seu significado, o ritual possibilita refletir criticamente sobre o modo pelo qual a realidade é percebida e vivenciada. Como cultura interiorizada e exteriorizada na forma do *habitus* de um grupo, sua continuidade e permanência no tempo *“faz mais do simplesmente inscrever ou demonstrar significados simbólicos ou estados da arte, mas instrumentalmente traz esses estados à existência”* (Mc LAREN, 1991,p.76). Rituais de instrução, imposição de insígnias, colação de grau, disciplina, mecanismos de vigilância e exame, forma de jogo, imposição e resistência ao poder,

⁷⁵ Segundo Mc LAREN (1991, p.155), *Erving Goffman* chamaria de “ritual de parênteses”: o silêncio antes e depois de uma fala, subentende que o que se vai comunicar é muito importante.

rigidez entre os níveis hierárquicos e rituais do cuidar⁷⁶, fazem parte do cotidiano dos estudantes e exercentes.

A segmentação hierárquica na enfermagem não deixa de ser resultante das *especializações*, historicamente instituídas na carreira de acordo com a classe social. Os níveis diferenciados de especialização para as *nurses* e para as *ladies nurses* não foram introduzidos por acaso. A noção de especialidade remete a campos de saber demarcados, rigorosamente delimitados, onde se valoriza a especialização, a especialidade e os especialistas. Observa-se a “...*fragmentação do objeto e [a] crescente especialização do sujeito científico*” (ALMEIDA FILHO, 1997,p.8-9), uma concentração de saberes e poderes.

Nos dias de hoje a ciência passa por processo de reestruturação. Para ALMEIDA FILHO (1997), “*é necessário abrir a ciência a questionamentos em um nível mais global e fundamental. (...) busca-se o apagamento das fronteiras*”. O autor considera que, “*de certo modo o narcisismo antropocêntrico típico do cientista de tradição cartesiana não tem mais lugar em uma ciência que mais e mais valoriza a descentralização e a relatividade*” (p.10).

Um objeto em estudo tem característica complexa e “(...) *pode ser apreendido em múltiplos níveis de existência, (...) é multifacetado, alvo de diversas miradas, [e] fonte de múltiplos*

⁷⁶ Cuidar – ato ou ação de tratar de outrem. O cuidado, segundo ROSSI (1991), *sugere atitudes e sentimentos que podem levar a uma relação entre pessoas, isto é, a uma prática, uma ação social* (p.17).

discursos” (p.11). Surge daí, uma nova práxis científica, “...uma detalhada classificação evolutiva das alternativas de interação ou integração de distintos campos disciplinares” (p.11), ou campos de saberes.

ALMEIDA FILHO (1997), valendo-se das citações de Jantsch (1972), Vasconcelos (1996) e Bibeau (1996), entende que a prática científica deve seguir sucessivas etapas evolutivas, reajustando-se às novas formas de abordagem do objeto de estudo. Inicialmente, os níveis distintos de formação devem evoluir de um modelo multidisciplinar, como sendo um

“conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico. A prática é mais ou menos isolada, com pouco intercâmbio, circulam poucas informações entre os envolvidos com o objeto. A cooperação, quando presente, é administrativa, na maioria das vezes externa ao campo técnico-científico” (p.11)

Na tentativa de avanço para um modelo pluridisciplinar, “os objetivos comuns podem encenar algum grau de cooperação mútua entre as disciplinas” (p.12). Há complementaridade de ações, “sem no entanto ocorrer coordenação de ações nem qualquer pretensão de criar uma axiomática⁷⁷ comum” (p.12). Há troca de informações sobre o objeto comum.

⁷⁷ incontestável evidencia

Mas, um conceito de interdisciplinaridade levaria a uma espécie de integração curricular, sob a via da coordenação de um campo disciplinar, como mediador dos discursos das disciplinas afins. Um espaço para reciprocidade, crescimento mútuo e horizontalidade das relações de poder. O trabalho passa a ser comum e em conjunto. Há uma “recombinação dos elementos internos” (p.13).

Daí poderia evoluir, talvez, para a transdisciplinaridade como “*a integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada*” (p.13). As relações de poder, então horizontalizadas, dar-se-iam num novo e mais amplo campo teórico, de interação mútua, produzindo relações interdisciplinares (ALMEIDA FILHO, 1997,p.13). Efetivamente, porém, segundo o autor,

“(...) para que uma efetiva comunicação interdisciplinar se estabeleça, será imprescindível um compartilhamento de linguagem e de estruturas lógicas e símbolos. (...) É certo que será necessário produzir um discurso capaz de atravessar as fronteiras disciplinares” (p.16)

Resgatando as idéias de AYRES (1997), trata-se de

“(...) integração de diversas ciências relacionadas a um dado campo de aplicação do conhecimento sob a força aglutinadora de uma nova axiomática, que não substitui ou subordina suas axiomáticas de origem, mas as unifica em um novo patamar de necessidades e possibilidades” (p.37)

Nesta direção, resulta em transformação de enraizados *habitus* do campo científico. Na verdade, a reatualização do *habitus* deve se iniciar no campo acadêmico, como campo formador, parte da comunicação entre agentes, com base num estilo de pensamento comum.

Segundo PORTOCARRERO (1997), o pensamento comum permitiria aos profissionais, “*encontrar um ponto intermediário [de interação] que lhes permitisse codificar os padrões de comportamento profissional, deixando-lhes espaço suficiente para o conhecimento especializado*” (p.42). O “objeto complexo”, para a autora, deve se transformar em “objeto fronteiro”, uma zona de acordo entre os profissionais, numa previsibilidade de integração que viria revolucionar o mundo do trabalho da enfermagem.

CAPÍTULO IV

O LUGAR SOCIAL DOS ENFERMEIROS

A caracterização do grupo pesquisado contribuiu para o aporte das “*propriedades comuns de posição*”, relativas aos traços culturais e às condições materiais de existência desses enfermeiros. Compreendeu tanto o *aspecto econômico*, quanto o *simbólico*, “*aspectos que sempre coexistem na própria realidade, uma vez que as distinções simbólicas são sempre secundárias em relação às diferenças econômicas que as primeiras exprimem, transfigurando-as*” (BOURDIEU, 1992, p.15). A quantificação dos dados acerca das condições materiais foi fundamental para as posições e relações simbólicas da/na classe social. Na concepção de RIDENTI (1994),

“(...) a forma de aparecerem as relações de classe, que não se confunde com seu conteúdo essencial, pode ser empiricamente observável pela construção de dados, tais como: a ocupação exercida por um conjunto de pessoas, seu nível de renda, de formação escolar, etc. Quando se depara com uma determinada sociedade, na sua multiplicidade de formas concretas de relacionamento social, os dados são o ponto de partida de que se pode dispor para a análise das classes sociais” (p.83)

No levantamento das condições socioculturais dos enfermeiros graduados, também egressos de cursos de técnico ou de auxiliar de enfermagem, a fim de que tais dados integrem a soma de informações, buscou-se visualizar os caminhos deste grupo em busca da mobilidade social, através do capital cultural – isto é, o “*capital educacional no seu aspecto institucionalizado que representa os títulos, diplomas e outras credenciais educacionais*” (PINTO, 1995, p. 25).

A participação de enfermeiros no mercado de trabalho, ocupando postos que exigem formação em nível médio, imprime um significado peculiar à profissão: transforma a relação de causalidade legal entre qualificação do trabalhador e posto ocupado. Com isto, o mais preparado, ou seja, o mais qualificado, invade o espaço profissional das categorias de enfermagem menos preparadas tecnicamente. Além disso, a escolarização não encontra continuidade ou complementação no/nas relações do trabalho e, de imediato, traz inaptações profissionais e sociais. O exercente se vê contingenciado a duas situações: concorda trabalhar em “desvio de função”, ou adquire um segundo posto de trabalho, como enfermeiro. Em ambas as situações, o aumento do número de empregos, por trabalhador, acaba configurando uma forma de suplementação salarial.

Na área hospitalar, de maneira geral, o exercente de enfermagem trabalha sessenta ou mais horas por semana na conciliação de dois ou mais postos de trabalho, aumentando, assim, o nível de rendimento econômico, com repercussões diretas na melhoria de suas condições de vida. Todavia, aquilo que passa a fazer parte da rotina, a ser visto como *natural*, isto é, a prática de composição de renda no exercício da profissão para elevação das condições de vida, não deixa de ser uma forma sutil de violência social que, às vezes, não chega a ser percebida como tal. Na menor das hipóteses, corresponde ao prolongamento da jornada de trabalho.

Ao credenciar a formação em diferentes níveis a escola, de certa forma, legitima a dissimulação das diversas classes. Portanto, no *mundo do trabalho*, aflora, na hierarquia das ocupações, a diferença gerada pelos graus de escolarização e de classe. O caso de profissionais que, embora qualificados e habilitados para o topo da hierarquia da equipe de enfermagem, se vêem na contingência de ocupar postos menos qualificados na carreira, desmitifica a ilusão de que, no mundo do trabalho, o diploma de graduação possibilita chances comuns de poder. Ao final do curso superior, eles permanecem nos cargos de nível médio, acantonados em posições ou níveis inferiores ao cargo de enfermeiro, administrativamente hierarquizados e submetidos ao poder, não do saber, mas claramente situacional. Apesar disso, lutam para o acesso ao saber, apostando na crença do conhecimento adquirido pelo estudo como alavanca social.

Em RIDENTE (1994) a “*classe [social] não é mera soma dos ocupados em determinada profissão, nem daqueles com certo nível de renda ou de formação cultural*” (p.82). A classe social constitui-se fundamentalmente de *alianças e exclusões*, manifestadas no estilo de vida, conhecimento da linguagem, comportamento, valores, idéias, entre outros. O capital cultural ou o *habitus* próprio de cada classe social (pré) determina a trajetória de cada indivíduo, inclusive o destino profissional. Logo, compreende-se o desejo do grupo de converter vantagens escolares em vantagens sociais. É o que afirmou ENGUITTA (1994):

“A escola, produz e reproduz a estratificação social, por sua realidade interior e por seus efeitos, em duplo sentido. Primeiro, porque diferencia previamente seu público de acordo com as exigências estratificadoras da sociedade como ponto de destino... Segundo, porque distribui os indivíduos entre os diferentes estratos escolares ou os joga nos diversos estratos sociais de acordo com a divisão já existente na sociedade como ponto de partida ... Certamente, seus méritos prestidigitadores não residem neste deixar as coisas como estão, o que não parece difícil, mas em fazer que, no caminho, todos se convertam à fé meritocrática e estejam contentes com isso” (p.214).

Não por acaso, há degraus na escala social. Todos lutam para ultrapassá-los, embora tais degraus sejam “construídos”, como escalada planejada, pois, segundo BOURDIEU (1992),

“A procura consciente ou inconsciente da distinção toma inevitavelmente a forma de uma busca pelo refinamento e pressupõe o domínio das regras desses jogos refinados que são monopólio dos homens cultivados de uma sociedade” (p.21)

Para BOUDON (1981), “a posição social é evidentemente adquirida depois do nível de instrução, e só se pode falar em mobilidade a partir do momento em que tendo um indivíduo adquirido sua posição pode ser comparada à de seu pai” (p.33). A

posição social está diretamente relacionada ao nível de instrução do indivíduo: quanto mais elevado o nível de instrução mais elevada será a classe social, fato que pressupõe uma hierarquia das categorias profissionais com fatores determinantes do lugar do indivíduo na estrutura social.

Se o mais elevado nível de instrução do filho em relação ao do seu pai implica maiores probabilidades de ascensão social do filho, o nível de instrução consiste no passaporte para o lugar social.

Na percepção de fatores determinantes do lugar social, sustenta WILLIS (1991) que “(...) *as oportunidades [de mobilidade vertical] são criadas apenas pelo impulso para cima realizado pela economia, e mesmo assim apenas em número relativamente pequeno para a classe operária*” (p.160)

O chamado *capital cultural* de BOURDIEU, entretanto, transcende o nível de instrução e o volume de capital econômico. O filho, proprietário da herança social, haveria que superar o lugar social dos pais. O conjunto de disposições incorporadas, inclusive o refinamento social, manifestados pela forma que são colocados em prática ou exteriorizados, e as diferentes formas de capital – econômico, cultural e social, constituem-se naquilo que o autor denomina “*propriedades de posição*”, isto é, capacidades individuais que o *capital cultural* fornece.

A distância social entre pais e filhos deve reportar-se à visibilidade social, não pelo nível de instrução mais elevado, mas pela diferenciação de visão de mundo. O refinamento social de uma linhagem familiar precisa estar bastante visível para que se verifique a mudança de posição social. Seria preciso reconverter várias vezes e por várias gerações o *habitus* de origem para que alguém se inserisse, ou fosse inscrito, em outra classe social, ou seja, fizesse parte de agrupamentos dotados do mesmo *habitus*.

Referindo-se à visibilidade do *habitus*, DUBAR (1997) acrescenta que

“(...) para conhecer o habitus de um indivíduo, não basta conhecer as ‘condições objetivas’ em que foi criado, mas é necessário também conhecer o habitus dos pais e dos parentes e, sobretudo, a sua relação com o futuro. Poder-se-ia, deste modo, apreender a mudança, mas com a condição de a incluir numa trajetória social da linha de descendência ou de um ‘grupo social’ previamente definido como tal” (p.69).

Sob esse aspecto, a trajetória social é definida e orientada através de várias gerações numa linha de descendência social na hierarquia das classes.

Parafraseando Bourdieu, DUBAR (1997) afirma,

“Tal como faz Bourdieu em várias ocasiões, pode-se também fazer do habitus não o produto de uma condição social de origem, mas o produto de uma

trajetória social definida através de várias gerações e mais precisamente através da 'orientação da trajetória social da linhagem'" (p.68).

Na busca de uma orientação da trajetória social de enfermeiros graduados, também egressos de cursos de técnico ou de auxiliar de enfermagem, os dados a seguir encenam um breve perfil da amostra, a começar pela Tabela 1, referente a **distribuição dos enfermeiros pesquisados por unidades hospitalares da UFRJ.**

Tabela 1

Distribuição dos enfermeiros detentores de certificado de técnico e/ou auxiliar de enfermagem por **unidades hospitalares da UFRJ**

Unidades hospitalares da UFRJ	Enfermeiros				Total	
	Detentores também de curso de nível médio		Não detentores de curso de nível médio			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HUCFF	27	11,5	208	88,5	235	100
IPPMG	04	11,4	31	88,6	35	100
HESFA	02	8,3	22	91,7	24	100
ITP	01	7,7	12	92,3	13	100
Inst. de Psiquiatria	02	20,0	08	80,0	10	100
Inst. de Ginecologia	-	-	05	100,0	05	100
Inst. de Neurologia	-	-	10	100,0	10	100
Maternidade Escola	-	-	09	100,0	09	100
Total	36	10,6	305	89,4	341	100

Fonte: Informações prestadas pelas Diretoras/Chefes e integrantes da equipe de enfermagem das unidades hospitalares

Dos 341 exercentes empregados como enfermeiros nos hospitais da UFRJ, 36 (10,6%) fizeram também o curso técnico e/ou auxiliar de enfermagem. Destes, 27 (11,5%) enfermeiros estavam lotados no quadro do HUCFF, 04 (11,4%) no IPPMG, 02 (8,3%) no

HESFA, 02 (20%) no Instituto de Psiquiatria, e 01 (7,7%) no ITP.

O Instituto de Psiquiatria embora tivesse no quadro apenas 10 enfermeiros, 02 (20%) tinham também curso de nível médio em enfermagem.

A Tabela 2, a seguir, sobre a **distribuição de técnicos e de auxiliares de enfermagem dos Hospitais da UFRJ quanto à detenção de diploma de graduação em enfermagem** informa que 93 exercentes ocupantes de cargos de técnico ou de auxiliar de enfermagem tinham curso de nível médio e curso de graduação em enfermagem. Logo, apesar de credenciados para ocupar cargo de enfermeiro, ocupam cargo que exige menor qualificação.

Tabela 2
Distribuição de técnicos e de auxiliares de enfermagem dos Hospitais da UFRJ quanto à detenção de diploma de graduação em enfermagem

Unidades Hospitalares da UFRJ	Técnicos e Auxiliares de enfermagem				Total	
	Detentores de curso de graduação em enfermagem		Não detentores de curso de graduação em enfermagem		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
HUCFF	80	13,4	515	86,6	595	100
IPPMG	03	2,9	102	97,1	105	100
HESFA	04	8,0	46	92,0	50	100
ITP	04	8,9	41	91,1	45	100
Inst. de Psiquiatria	-	-	36	100,0	36	100
Inst. de Ginecologia	-	-	55	100,0	55	100
Inst. de Neurologia	-	-	44	100,0	44	100
Maternidade Escola	02	6,0	31	94,0	33	100
Total	93	9,7	870	90,3	963	100

Fonte: Informações prestadas pelas Diretoras/Chefes e integrantes da equipe de enfermagem das unidades hospitalares

Dos 963 exercentes de enfermagem, 93 técnicos e auxiliares de enfermagem- em torno de 10%, são graduados em enfermagem, revelando formação em nível superior ao posto ocupado. Este grupo se constitui de 80 (13,4%) exercentes do quadro de técnico e auxiliares do HUCFF, 03 (2,9%) do quadro do IPPMG, 04 (8%) do

quadro do HESFA, 04, 04 (8,9%) do quadro do ITP, e 02 (6%) do quadro da Maternidade Escola.

As Tabelas 1 e 2 demonstram, portanto, que nas unidades hospitalares da UFRJ há 1304 exercentes de enfermagem - 341 com cargo de enfermeiro e 963 em cargos de técnico ou de auxiliar de enfermagem. Destes, 129 exercentes (36+93), além do curso de graduação, possuem mais um curso de formação na enfermagem. Entretanto, entre esses 129 exercentes, somente 36 ocupam cargo de enfermeiro; os outros 93 permanecem ocupando cargos de técnico ou de auxiliar de enfermagem. Logo, as chances de ascensão profissional, nos hospitais da UFRJ são inferiores a 30% (129:93) na equipe de enfermagem.

Nas seis escolas de enfermagem⁷⁸ o levantamento dos dados se deu juntamente com o dos hospitais, no período de março a junho de 1995, através de carta às diretoras solicitando informações específicas sobre o corpo docente: o total de enfermeiros docentes e a relação nominal dos enfermeiros docentes habilitados em cursos de graduação e de nível médio. Após o prazo de trinta dias, o retorno foi quase integral, havendo apenas a exceção de uma Escola.

A distribuição dos enfermeiros docentes das Escola de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro quanto à detenção

⁷⁸ Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNI-RIO; Escola de Enfermagem da UERJ; Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac; Departamento de Enfermagem da Universidade Gama Filho e Fundação Técnica Educacional Souza Marques.

do certificado de curso técnico e/ou auxiliar de enfermagem

figura disposta na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3

Distribuição dos enfermeiros docentes das **Escolas de Enfermagem** do Município do Rio de Janeiro quanto à detenção de certificado de curso técnico e /ou auxiliar de enfermagem

Escolas de Enfermagem	Enfermeiros docentes				Total	
	Detentores de curso de nível médio		Não detentores de curso de nível médio		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
EEAN/UFRJ	04 ¹	5,4	70	94,6	74	100
EE/UNI-RIO	04	9,1	40	90,9	44	100
EE/UERJ	02	3,3	59	96,7	61	100
Fac. Enf. Luiza de Marillac	02	8,0	23	92,0	25	100
Deptº Enf./ UGF	01	3,8	25	96,2	26	100
Fund. Téc, Educacional Souza Marques	-	-	-	-	-	-
Total	13	5,6	217	94,4	230	100

Fonte: Informações prestadas pelas Diretoras e Chefes de Departamento das Escolas de Enfermagem

¹ uma professora com contrato de trabalho temporário por 2 anos

Esta tabela permite visualizar a formação técnica anterior ao curso de graduação na área da enfermagem dos 230 docentes dos cursos de graduação em enfermagem, localizados no Município do Rio de Janeiro. Apenas 13 (5,6%) enfermeiros docentes, além do curso de graduação em enfermagem, têm curso técnico ou de auxiliar em enfermagem. Cada escola conta com, no mínimo, 01 enfermeiro

docente detentor de dois níveis de formação na área da enfermagem – médio e superior: 01 (3,8%) enfermeiro no Departamento de Enfermagem da UGF, 02 (3,3%) na UERJ, 02 (8%) na Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac, 04 (9,1%) na Escola de Enfermagem da UNI-RIO, e 04 (5,4%) na EEAN. A Escola de Enfermagem da UNI-RIO, entre as públicas, apresentou maior percentual (9,1%) de professores com dois cursos de formação na área da enfermagem em relação ao seu corpo docente de enfermeiros, e a Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac entre as particulares (8%).

A Tabela 4, refere-se a **distribuição dos exercentes por instituição de acordo com o cargo ocupado.**

Tabela 4

Distribuição dos exercentes por instituição de acordo com o cargo ocupado

Instituição Cargo	Hospitais da UFRJ		Escolas de Enfermagem		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro docente	-	-	13	9,2	13	9,2
Enfermeiro assistencial	36	25,3	-	-	36	25,3
Técnico e Auxiliar de enfermagem	93	65,5	-	-	93	65,5
Total	129	90,8	13	9,2	142	100,0

Fonte: Informações prestadas pelas Diretoras das Escolas de Enfermagem e Diretoras/chefes e integrantes da equipe da enfermagem das unidades hospitalares

Do total de exercentes, 129 (90,8%) estão empregados nas unidades hospitalares da UFRJ. Destes, 93 (65,5%) ocupam cargo de técnico ou de auxiliar de enfermagem, e 36 (25,3%) ocupam cargo de enfermeiro. Somente 13 (9,2%) são docentes nas Escolas de Enfermagem. É significativo o número de exercentes graduados, 93 em 142, que ainda aguardam a oportunidade de ascensão profissional nos hospitais da UFRJ.

A Tabela 5, acerca da **distribuição da amostra da população dos exercentes de enfermagem nas unidades hospitalares da UFRJ e nas Escolas de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro**, apresenta o número de exercentes de enfermagem (142), independente do cargo ocupado, o número de questionários considerados e o índice relativo à participação dos exercentes e da instituição no conjunto da amostra.

Tabela 5
Distribuição da amostra da população dos exercentes de enfermagem nas unidades hospitalares da UFRJ e escolas de enfermagem do Município do Rio de Janeiro

Local de trabalho	População	Amostra	%	% de participação por unidade
HUCFF	107	53	70,7	49,5
IPPMG	07	04	5,3	57,2
HESFA	06	04	5,3	66,7
ITP	05	02	2,7	40,0
MATERNIDADE-ESCOLA	02	01	1,3	50,0
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA	02	01	1,3	50,0
INSTITUTO DE NEUROLOGIA	-	-	-	-
INSTITUTO DE GINECOLOGIA	-	-	-	-
EEAN/UFRJ	04	03	4,0	75,0
UERJ/EE	02	02	2,7	100,0
UNI-RIO/EE	04	03	4,0	75,0
LUIZA DE MARILLAC	03	02	2,7	100,0
GAMA FILHO/Deptº Enf.	01	-	-	-
SOUZA MARQUES/EE
TOTAL	142	75	52,8	100,0

(-) dados não existentes

(...) dados não disponíveis

A amostra foi composta na sua maioria por sujeitos que trabalham nas unidades hospitalares da UFRJ, locais de maior absorção de exercentes de enfermagem nesta Instituição de Ensino. A

participação na amostra, de enfermeiros docentes é inferior a 15%, embora representem mais de 80% da população de enfermeiros docentes portadores de certificado de pelo menos um curso de nível médio na área específica, que trabalham, no Município do Rio de Janeiro, nos cursos de graduação das Escolas de Enfermagem.

1 - A CONFIGURAÇÃO DA AMOSTRA

O grupo de enfermeiros é constituído, na sua maioria, por mulheres (75:60), conforme demonstra a Tabela 6, sobre a **distribuição dos exercentes por gênero, segundo a idade**, corroborando a imagem de que a enfermagem mantém a tradição de ser uma profissão com predominância feminina, dadas as características de maior manifestação e orientação da aptidão a cuidados (BAPTISTA, 1992, p. 88 e 223; BOURDIEU e PASSERON, 1989a, p.88). Diante dessa tendência, cuidar das pessoas continua ser uma ocupação feminina e, com isto, a enfermagem permanece como um potencial campo profissional de trabalho para a mulher. Nesta ótica, as mulheres-enfermeiras parecem apresentar, como grupo social, disposições socialmente construídas e re-atualizadas que as inclinam para a enfermagem.

No que se refere a **distribuição dos exercentes por gênero segundo a idade**, a Tabela 6 demonstra a predominância feminina num total de 60 entre 75 enfermeiros, destacando-se maior concentração na faixa de 30 a 39 anos (15+18=33).

Tabela 6

Distribuição dos exercentes por gênero segundo a idade

Faixa etária	Gênero				Total	
	Feminino		Masculino		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
20 a 24 anos	01	1,3	-	-	01	1,3
25 a 29 anos	09	12,0	01	1,3	10	13,3
30 a 34 anos	15	20,0	04	5,4	19	25,4
35 a 39 anos	18	24,0	05	6,7	23	30,7
40 a 44 anos	07	9,3	02	2,7	09	12
45 a 49 anos	03	4,0	-	-	03	4,0
50 a 54 anos	02	2,7	01	1,3	03	4,0
55 a 59 anos	03	4,0	-	-	03	4,0
Mais de 60 anos	-	-	01	1,3	01	1,3
Não informou	02	2,7	01	1,3	03	4,0
Total	60	80,0	15	20,0	75	100,0

Na Tabela 7, a seguir, em relação a **distribuição dos exercentes quanto à situação conjugal**, cerca de dois terços do grupo pesquisado (58,7%) são, ou foram casados, acenando, em relação aos solteiros (41,3%), maior sensibilidade a cuidados por parte do grupo pesquisado, principalmente quando acumulam a experiência de serem pais ou mães.

Tabela 7

Distribuição dos exercentes quanto a situação conjugal

Situação	Nº	%
Solteiro/a	31	41,3
Casado/a	39	52,0
Separado/a	05	6,7
Total	75	100,0

Na Tabela 8, referente a **distribuição dos exercentes por compartilhamento domiciliar**, a maior incidência de membros no grupo familiar, representada por 39 (52%) exercentes que indicaram viver com *marido/mulher e/ou filhos*, pode levar a explicar a maior composição de renda verificada na Tabela 9, a seguir, de grande incidência de pessoas (41) com renda mensal na faixa de 10 a 20 salários mínimos.

Tabela 8

Distribuição dos exercentes por compartilhamento domiciliar

Compartilhamento domiciliar	Nº	%
Com os pais	17	22,7
Com marido/mulher e/ou filhos	39	52,0
Com marido/mulher/parentes	14	18,7
Sozinho	05	6,6
Total	75	100,0

É importante considerar que o compartilhamento domiciliar influi na composição de renda familiar, quando se trata de mão-de-obra ativa na produção, isto é, quando complementam a renda e não são somente dependentes.

Na Tabela 9, sobre a **distribuição dos exercentes quanto à fonte de renda mensal por faixa de salário mínimo**, a renda profissional de 41 (54,7%) exercentes encontra-se na faixa de 10 a 20 salários mínimos, fato que se repete também na renda familiar. Entretanto, na faixa de mais de 20 salários mínimos é visível o salto da renda profissional de 5 (6,7%) enfermeiros do grupo para a renda familiar de 22 (29,3%) enfermeiros, levando a crer em complementação de salários pelos demais membros da família, seja cônjuges ou filhos já inseridos na força de trabalho

Tabela 9
Distribuição dos exercentes quanto a fonte de renda mensal por faixa de salário mínimo

Salários mínimos ¹	Renda profissional		Renda familiar ²	
	Nº	%	Nº	%
Até 5 SM	22	29,3	09	12,0
Mais de 5 até 10 SM	-	-	-	-
Mais de 10 até 20 SM	41	54,7	41	54,7
Mais de 20 SM	5	6,7	22	29,3
Não responderam	7	9,3	1	1,3
Total	75	100,0	73	97,3

1-Valor do salário mínimo vigente: Cr\$ 120,00 (cento e vinte reais)

2-Duas respostas não foram consideradas, porque a renda familiar era inferior a renda profissional

Com patamares de renda acima de 5 salários mínimos, pode-se considerar menos precárias as condições de vida do grupo pesquisado, se comparado ao da conhecida linha de pobreza, dos que vivem com renda em torno de um salário mínimo.

Quanto a **distribuição dos exercentes por zona ou região de moradia**, constante na Tabela 10, os bairros localizados no Município do Rio de Janeiro foram agrupados, para fins de análise⁷⁹. Em zona ou região norte, oeste e centro. Na primeira, zona ou região norte, residem 27 (36%) enfermeiros; na segunda, zona oeste, 21 (28%); 04 (5,3%) e 03 (4,0%) nas zonas sul e centro; e em outros municípios⁸⁰ do Estado do Rio de Janeiro, residem 13 (17,3%). Não foram identificados 02 bairros, assim como 05 exercentes não informaram o bairro em que residem. Os dados revelam que dos 55 enfermeiros residentes no município do Rio de Janeiro, somente 04 (5,3%) moram na zona sul, considerada zona de alta valorização por metro quadrado no cômputo do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU)⁸¹, levando à maior seletividade de poder aquisitivo.

⁷⁹ Bairros indicados: na zona norte: Maracanã, Vila Isabel, Grajaú, Méier, Lins de Vasconcelos, Abolição, Madureira, Inhaúma, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Ilha do Governador, Irajá, Vista Alegre, Vigário Geral. Na zona oeste: Jacarepaguá, Taquara, Praça Seca, Recreio, Guadalupe, Vila Valqueire, Anchieta, Coelho da Rocha, Senador Camará, Pavuna, Bangu, Campo Grande. Região Sul: Botafogo e Copacabana. No centro: Centro e Catete.

⁸⁰ Municípios indicados: Caxias, Nova Iguaçu, Petrópolis, São de Meriti e Vilar dos Teles.

⁸¹ Da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 10

Distribuição dos exercentes por zona ou região de moradia

Moradia	Nº	%
Região norte	27	36,0
Região oeste	21	28,0
Região sul	04	5,3
Região centro	03	4,0
Outros municípios	13	17,3
Não identificado	02	2,7
Não responderam	05	6,7
Total	75	100,0

2. - PERSPECTIVAS SOCIAIS: cultura de classe e perspectiva de carreira

Na construção do espaço social dos exercentes de enfermagem devem ser consideradas as diferentes espécies de capital: o econômico e cultural, o próprio capital social, que é gerado neste campo e, também, o capital simbólico, o prestígio, entendido, por BOURDIEU (1989a) como “*a forma percebida e reconhecida como legítima das diferentes espécies*” (p.133-136). O volume global de capital e sua composição determinam a posição do agente no espaço social. Da mesma forma, a posse e o volume de um tipo de capital posicionam o agente no campo em que este capital é tido como significativo (BOURDIEU, 1989a, p.133-136).

A visão da distribuição hierárquica dos agentes no espaço social, sugere que o volume e a composição dos diferentes tipos de capital constituem *propriedades de posição* na estrutura social. Logo, cada agente está *numa posição ou classe precisa de posições vizinhas* formando agrupamentos que estruturam o espaço. Cada classe social é influenciada pelo sistema de relações (os contatos) que desenvolve com as demais classes. Além disso, possui propriedades individuais que a distinguem, tais como as condições de existência e que, via de regra, são determinadas pelo sistema de produção e pelas práticas dos agentes que exteriorizam sistemas de disposições internalizadas, os *habitus* de BOURDIEU (1992, p.3-6).

Os esquemas de educação familiar, em condições econômicas paralelas, reatualizados durante a trajetória social,

promovem, para BOURDIEU (1990), a aproximação entre agentes, formando grupos e/ou classes da estrutura social. Aspirações, reivindicações, valores e interesses, tidos inicialmente como parte da consciência individual, ajustados pelo *habitus*, transformam-se em “inconsciência” ou consciência coletiva de uma classe. Assim BOURDIEU (1990) se refere à construção do espaço social e aos diferentes estilos de vida manifestos pelos grupos sociais como sendo um espaço

“...construído de tal maneira que, quanto mais próximos estiverem os grupos ou instituições ali situados, mais propriedade eles terão em comum; quanto mais afastados, menos propriedades em comum eles terão. As distâncias espaciais – no papel – coincidem com as distâncias sociais” (p.153).

Ademais, “a posição de um indivíduo ou de um grupo na estrutura social não pode jamais ser definida apenas de um ponto de vista estritamente estático ... numa dada estrutura...”, pois o que se apreende, num dado momento, é “o sentido do trajeto social” do agente ou da classe. Logo, os agentes de um determinado grupo ou classe “...podem ter propriedades comuns na medida em que lhes seja comum, se não a trajetória social, ao menos o sentido ascendente ou descendente de seu trajeto” (BOURDIEU, 1992, p.7-8). Em outras palavras, expressa características específicas de acordo com a sua trajetória social.

Sendo uma forma de expressão social, a presença de determinadas características apreendidas entre os agentes, sobretudo

em relação à educação e ao modo de vida entre enfermeiros, sejam eles igualmente técnicos e auxiliares de enfermagem, possibilita visualizar a posição do grupo na estrutura social e as estratégias de mobilidade social, ou as condições de luta pela apropriação de bens.

2.1. - A INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO

O sistema seletivo de ensino acaba filtrando o acesso à universidade. Discriminado economicamente, o estudante mais humilde aceita, sem maiores questionamentos, o que a escola lhe oferece, porque a ele se apresenta como única alternativa para ascensão social. Assim, a estratégia de utilizar o diploma do curso de graduação como instrumento de mobilidade social é uma prática freqüente no âmbito das famílias menos favorecidas socialmente. A aspiração à instrução de nível superior pressupõe a elevação do padrão de vida.

Na concepção de VAHL (1980), à luz do desenvolvimento econômico e industrial a relação-benefício entre as pessoas e o ensino universitário foi se transformando, principalmente a partir da década de 60 com evidentes mudanças no quadro da economia, ocasião em que

“a educação começou a ser valorizada pela sociedade, cresceram rapidamente as possibilidades de promoção social para os que freqüentavam escolas superiores e se ampliou o mercado de trabalho para os habilitados” (p.12).

Em contrapartida, o autor observa que o acesso ao ensino universitário ficou mais elitista e a condição econômica dos possíveis candidatos passou a exercer considerável influência no processo de seleção: as universidades instituíram os vestibulares isolados, “...*muito temidos pelos candidatos que, geralmente, empregavam muito tempo, esforço e dinheiro preparando-se em cursinhos e com professores particulares, para enfrentá-los*” (p.14).

Em 1972, com base no que determinou a Reforma Universitária⁸², o concurso vestibular para instituições oficiais foi regionalizado e unificado por área de conhecimento⁸³, além de adotar “*rigorosamente o critério classificatório (...) até o limite de vagas previamente fixado*”, com a manifestação prévia de opções por parte dos candidatos (VAHL, 1980, p.19-22). Não só a reforma estrutural e a ampliação do sistema universitário, iniciadas em 1968, principalmente no diz respeito à rede privada de ensino superior, com aumento significativo da oferta do número de vagas, mas também a exigência cada vez maior de pessoal qualificado para um mercado em expansão e transformação foram fatos que incentivaram a busca de melhor formação profissional, com considerável intensificação da procura pelo ensino universitário. Daí, resultou que aqueles que não conquistaram vaga no ensino público, “*não hesitaram em buscar outro tipo de atendimento legal e socialmente tido como do mesmo nível*” (VAHL, 1980, p. 25), mas, de menor prestígio, os

⁸² Lei n.º 5.540 de 28-11-68, a chamada lei da reforma universitária

⁸³ Decreto n.º 68.908 de 13-07-71

estabelecimentos isolados privados. É sabido que, nessas Universidades são os alunos que financiam o ensino ministrado quando, pelo contrário as condições materiais de vida, deveriam direcionar os candidatos economicamente menos favorecidos para a disputadas vagas em instituições públicas. Assim, nestas têm acesso a maioria de candidatos dotados de maior capital econômico, egressos do ensino médio privado de melhor qualidade. De certo modo mais prestigiadas, as universidades públicas outorgam diplomas com maior peso profissional e social. Neste jogo, o volume e a composição do capital econômico e cultural dos candidatos influem no acesso ao ensino superior público e gratuito. A luta pelo acesso ao ensino superior às vezes direciona para carreiras de menor prestígio os menos socialmente favorecidos. Em sua primeira opção profissional, escolhem a carreira em que julgam ter maiores chances de obter melhor classificação, visando a prosseguir seus estudos no limite de seus conhecimentos e aptidão.

Este jogo de fatores sociais pode ser identificado na trajetória dos exercentes de enfermagem. Segundo BAPTISTA (1992, p.100) são direcionados, para a carreira da enfermagem, estudantes com menor capital econômico e cultural. Além disso, a enfermagem está situada entre as profissões de menor prestígio social, situação esta reforçada pelo sistema de seleção escolar que, por sua vez, determina a seleção social.

O estudante de enfermagem que aspira a ascender socialmente com a obtenção do título universitário especificamente o

que já possui certificado de um dos cursos de nível médio da enfermagem, técnico ou auxiliar, tem que travar lutas em vários espaços de jogos para impor a escolha da enfermagem como a mais adequada. Demonstra, nas ações e na maneira de agir no seio familiar, no campo universitário ou no campo da enfermagem, por meio da relação que estabelecem entre suas atitudes e o seu interesse, as estratégias de lutas utilizadas em busca da ascensão profissional e social que o diploma de graduação parece conferir a quem o detém. Para compreender as práticas e o estilo desses exercentes de enfermagem, foram colhidos depoimentos de enfermeiros graduados também detentores de cursos técnico e de auxiliar de enfermagem, independente do cargo que ocupam nas instituições pesquisadas.

Percorrer as categorias da enfermagem, auxiliar, técnico e enfermeiro, com a expectativa de obter ascensão profissional e social via investimento na escolarização, traz implícito um saber acumulado em suas ações, sua linguagem, seu conhecimento e sua pertença ao campo da saúde. Em contrapartida, o saber adquirido no campo universitário renova a sua prática. Pelo nítido reconhecimento alcançado entre os pares, seu conhecimento é aceito como um saber *natural*, um poder incorporado ao seu capital cultural e reconvertido em capital simbólico.

O volume de seu capital constituído ao mesmo tempo no campo universitário e no campo hospitalar coloca o exercente de enfermagem numa posição privilegiada em relação aos seus pares (alunos de graduação, técnicos e auxiliares) e demais agentes. A luta

cotidiana alarga sua visão de mundo, captando melhor posição nas relações de força simbólicas que se estabelecem nos campos. Assim, soma-se ao jogo, como estratégia, de luta o capital acumulado nos campos da saúde e universitário. Nas reflexões de BOURDIEU (1989),

“as estratégias que os agentes empregam para levarem a melhor na luta simbólica pela (...) capacidade reconhecida de dizer a verdade a respeito do que está em jogo no debate, são a expressão das relações de forças objetivas entre os agentes envolvidos e, mais precisamente, entre os campos diferentes em que estão implicados” (p.54).

Para a compreensão das relações de força dos exercentes de enfermagem, estabelecidas nos diversos espaços de ascensão social em sua estratégia de percorrer as categorias da enfermagem até a graduação, neste estudo foram utilizados além de questionários, depoimentos. Tanto os dados dos questionários, quanto os depoimentos somam informações importantes na apreciação da luta simbólica dos enfermeiros na busca de mobilidade profissional e social, que se apresenta a seguir.

2.2. - A OPÇÃO E O FUTURO (COM)PROMETIDO

O grupo familiar culturalmente diferenciado numa sociedade de classes fundamenta, no produto da incorporação das estruturas objetivas do espaço social que ocupa, a condução do futuro profissional de seus filhos. Em consequência, há pouca mobilidade

social entre gerações, visto que contingenciados a esperanças referentes ao porvir profissional, estão eles fadados a um futuro comprometido com a tradição social instituída.

Em nossa sociedade, a maioria das pessoas da classe de menor poder econômico busca, através da escolarização a ascensão social, fato que, nas classes sociais mais favorecidas não acontece, pois estas são naturalmente incorporadas pelo capital econômico ou cultural. O título escolar ou profissional, enquanto capital de ascensão social, é uma espécie de capital simbólico e social conhecido e reconhecido em todas as classes sociais.

A adesão aos valores escolares reforçada pela necessidade de entrar para o mercado de trabalho está marcada no depoimento dos enfermeiros, principalmente quando eles, hoje, falam de suas anteriores opções de continuidade dos estudos mesmo antes de ingressarem no curso de graduação em enfermagem. Embora reconheçam que, à época da opção, tivessem pouco ou nenhum conhecimento sobre o saber e o que-fazer da enfermagem, a opção pelo curso de nível médio (técnico e auxiliar) parece ter sido a escolha adequada diante da aspiração individual e familiar:

“...UM DIA EU FALEI ASSIM: NÃO QUERO MAIS ESSE TRABALHO [DE BIÓLOGA], NÃO É ISSO QUE EU QUIS. EU ACHO QUE ENTREI NUMA ÁREA QUE NÃO ERA O QUE EU QUERIA. E, UM DIA LENDO O JORNAL DO BRASIL, ESTAVA LÁ: UM CURSO NA [FACULDADE DE ENFERMAGEM] LUIZA DE MARILLAC, QUE ERA PIONEIRO – O TÉCNICO DE ENFERMAGEM. ENTÃO EU NÃO VOU FAZER FACULDADE, PORQUE NÃO SEI SE É ISSO MESMO QUE QUERO. VOU FAZER O TÉCNICO [DE

ENFERMAGEM], PORQUE É MAIS RÁPIDO...” (DEP. N º 3, P. 2)

“...DEPOIS DO GINÁSIO, VOCÊ TEM ÁREAS PARA OPTAR E DAS [CIÊNCIAS] EXATAS, EU NUNCA GOSTEI, EU NUNCA ME DEI BEM. NÃO GOSTAVA ...A GENTE TINHA OPÇÃO, NA ÉPOCA NO COLÉGIO QUE EU ESTUDAVA PELA PATOLOGIA CLÍNICA OU PELO TÉCNICO DE ENFERMAGEM. APESAR QUE A PATOLOGIA CLÍNICA ERA MAIS LABORATÓRIO, EU ESTAVA VENDO A PERSPECTIVA DE EMPREGO...” (DEP. N º 4, P. 1)

“... TALVEZ [EU] NÃO TIVESSE NEM AFINIDADE PELA ENFERMAGEM, NA VERDADE NEM A CONHECIA MUITO. NÃO TINHA AFINIDADE PELAS [CIÊNCIAS] EXATAS... O QUE ME FEZ IR PARA A ÁREA DE HUMANAS [FORAM] ESSAS PERSPECTIVAS DE TRABALHO. ...A FAMÍLIA ATÉ APOIOU, ACHOU INTERESSANTE FAZER O 2º GRAU EM ENFERMAGEM”(DEP. N º 4, P. 2).

Segundo GADOTTI (1991),

“(...) para os trabalhadores, a Educação Permanente é um ‘aumento da formação profissional’ que serve para torná-los mais rentáveis e melhor adaptados às novas exigências das mudanças tecnológicas do desenvolvimento econômico e industrial; [entretanto, é] um ‘álibi’ para manter os filhos das classes populares distantes da totalidade da cultura” (p.95)

Mesmo que o certificado de conclusão do curso técnico ou de auxiliar de enfermagem possa ser considerado diploma de menor prestígio profissional, as pessoas que o possuem estão potencialmente inscritas no mercado de trabalho e, portanto, com a renda advinda do salário, passam a adquirir maiores oportunidades de

aumentar seu capital econômico e, com isto, seu capital cultural.

Esta condição é reconhecida pelos familiares:

“MEU PAI SEMPRE FOI UMA PESSOA QUE TINHA UMA VISÃO MUITO GRANDE EM TERMOS DE FUTURO, ...[PORQUE] TENDO O CURSO TÉCNICO, COM 18 OU 19 ANOS, EU TERIA UMA PROFISSÃO, E ERA MUITO IMPORTANTE PARA MIM SEGUIR MEUS ESTUDOS... (DEP. N.º 5, P. 1).

Esta forma de assegurar financeiramente o prosseguimento dos estudos foi verificada também pelos aspirantes ao terceiro grau, principalmente por aqueles que não se consideravam aptos para ingressar numa universidade pública:

“(...)EU QUERIA TER UMA PROFISSÃO APÓS O 2º GRAU PARA NO CASO PRECISAR, TRABALHAR PARA PAGAR UMA FACULDADE” (DEP. N.º 1, P. 1).

A educação para o trabalho em nível de segundo grau era uma estratégia de munir-se de condições econômicas mínimas para seguir em direção ao curso de graduação, almejado pela maioria das pessoas, conforme observado no depoimento a seguir:

“(...) NAQUELA ÉPOCA ELE [O PAI] SEMPRE FOI DEFENSOR DE QUE AS PESSOAS DEVERIAM FAZER UM CURSO TÉCNICO. O CURSO TÉCNICO DIRECIONAVA A PESSOA PARA A PROFISSÃO” (DEP. N.º 5, P. 1)

O curso profissionalizante resultaria na certeza de uma habilitação efetivamente profissional, além de permitir requerer um posto de trabalho para financiamento das tentativas aos vestibulares

cada vez mais competitivos e, mais adiante, dos estudos no curso de graduação.

Analisando as funções da educação escolar CUNHA (1991) assinala que a profissionalização do ensino médio tinha como objetivo conter a crescente demanda de jovens das camadas médias ao ensino superior, qualificando-o para uma profissão na formação em nível de segundo grau. Em vista disso, o Estado supunha que,

“(...) se o ensino médio passasse a ter um conteúdo profissional, muitos estudantes não seriam obrigados a demandarem as escolas superiores (pois já teriam habilitação) enquanto que outros, já trabalhando, teriam seu ímpeto diminuído pelo fato de poderem, com mais tranqüilidade, financiar novas tentativas (p.246)

Tratava-se de política educacional de contenção e de velado controle social. Para GADOTTI (1991), *“a educação é obra ‘transformadora, criadora’. Ora, para criar é necessário mudar, perturbar, modificar a ordem existente. Fazer progredir alguém significa modificá-lo (...) uma educação autêntica ‘re-ordena’” (p.89).*

E, justamente através da escolarização e do ensino para o trabalho, este grupo de enfermeiros pesquisado rompeu as barreiras dos exames vestibulares e desafiou o espaço socialmente pré-determinado, chegando à universidade. Entretanto, pelo fato de pertencerem a determinada classe social necessitam trabalhar e

estudar, ou seja, se predispõem a dedicar-se às duas atividades, ao mesmo tempo, por uma aspiração de classe.

Pode-se supor que, uma situação indicada como provavelmente determinante da opção pelo curso de enfermagem é a influência de familiares que exercem a enfermagem. Com uma certa relação de pertença ao campo, bastante refletida nas atitudes e posições, a proximidade contribui para que o conjunto de conhecimentos por eles adquiridos seja repassado para outros membros do grupo familiar, numa ação pedagógica lenta e velada. Com isto, o processo de formação do *habitus* familiar fortemente inculcado parece ter direcionado o destino profissional dos filhos de uma família.

2.3. - A HERANÇA FAMILIAR

O sistema de valores atribuídos à mobilidade, ao êxito escolar, à instrução como meio de ascensão, à organização das aptidões ou ao aprendizado das qualificações e aos meios de alcançá-los variam em função da posição dos indivíduos na hierarquia social, ou seja, diferem entre as classes sociais. Há relação estreita entre a posição de classe e o capital cultural transmitido pela família, razão pela qual o nível⁸⁴ de aspiração social varia com a história familiar, sendo certas atitudes e comportamentos, via de regra, reflexos de relações nos núcleos familiares e do meio social. Do mesmo modo, o mecanismo de reprodução das estruturas sociais por um sistema escolar acentua o processo seletivo, perpetuando a hierarquia das classes⁸⁵. Os indivíduos têm suas ambições orientadas e suas atitudes modeladas também pelo meio em que vivem, pelos grupos sociais que estão bastante próximos, pelos contatos com as posições vizinhas. Tais observações são mencionadas por BOUDON (1981), ao comentar as desigualdades no ensino e as diferenças de valor do capital transmitido pela família.

“O nível de aspiração escolar da criança depende da imagem social que a família tem de si mesma. Esta imagem é produto complexo, não só da posição socioprofissional do pai, mas igualmente da história da família e da história escolar dos membros da família nuclear (p. 77)⁸⁶”

⁸⁴ Elevação das condições (econômicas, sociais e culturais)

⁸⁵ Ver BOURDIEU, Pierre & PASSERON, Jean C. A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1982, 2ª ed.

A Tabela 11 traz a **distribuição dos pais segundo o grau de escolaridade**. Para BOUDON (1981), é importante considerar o nível de instrução, a escolaridade e o nível socioprofissional do pai na orientação educacional e profissional dos filhos. No grupo pesquisado, não há diferença tão significativa entre a escolaridade do pai e da mãe.

Tabela 11
Distribuição dos pais segundo o grau de escolaridade

Escolaridade	Pai		Mãe	
	Nº	%	Nº	%
1º grau incompleto	21	28,0	34	45,4
1º grau completo	20	26,6	20	26,7
2º grau incompleto	03	4,0	04	5,3
2º grau completo	10	13,3	06	8,0
3º grau incompleto	02	2,7	01	1,3
3º grau completo	05	6,7	03	4,0
Analfabeto	02	2,7	01	1,3
Não sabe dizer	04	5,3	02	2,7
Não respondeu	08	10,7	04	5,3
Total	75	100,0	75	100,0

No caso da escolaridade da mãe, há predominância do 1º grau (34+20=54), sendo que a maior parte (34) figura como 1º grau incompleto. A maior diferenciação entre a escolaridade da mãe e a do pai ocorre nos escores referentes ao 1º grau incompleto.

⁸⁶ Grifos do autor

Na Tabela 12, referente a **distribuição dos pais segundo a profissão/ocupação**, há maior incidência de ocupação do pai como *aposentado* (13) e da mãe como *prendas domésticas* (36).

Tabela 12

Distribuição dos pais segundo a profissão/ocupação

Ocupação	Pai		Mãe	
	Nº	%	Nº	%
Prendas domésticas	-	-	36	48,0
Aposentado/a	13	17,4	07	9,3
Ocupacionais de Enfermagem	02	2,6	08	10,7
Outras ocupações ¹	32	42,6	11	14,7
Não respondeu	28	37,4	13	17,3
Total	75	100,0	75	100,0

1 – Dados agregados

Cerca de um terço dos pesquisados (28) não prestou informação quanto à ocupação do pai, assim como 13 não responderam sobre a ocupação da mãe. Um dado importante é o percentual (10,7%) de mães exercentes de enfermagem, levando a crer em certa influência na atividade profissional dos filhos.

2.4. - AS ESTRATÉGIAS DE ESTUDO E CARREIRA

Para facilitar a análise deste aspecto figuram, além das tabelas, alguns quadros ilustrativos, a começar pelo Quadro 2, acerca da **distribuição dos exercentes de enfermagem por escolaridade em nível médio.**

Quadro 2

Distribuição dos exercentes de enfermagem por escolaridade em nível médio

Curso	Modalidade				Total
	1º grau	2º grau	Supletivo ²	Não especificou	
Auxiliar de Enfermagem	27	07	-	01	35
Técnico de Enfermagem ¹	-	51	04	-	55
Total	27	58	04	01	90

1 - não há Curso Técnico de Enfermagem em nível de 1º grau

2 - atualmente não há Curso Supletivo para obtenção do título de técnico de enfermagem

Mais da metade dos enfermeiros (75:55) detêm curso de técnico em enfermagem, dos quais 04 através de exame de suplência. Quanto ao curso de auxiliar, 27 concluíram em nível de primeiro grau e 07 em nível de segundo grau. Esses dados evidenciam que 20% (90-75=15) dos enfermeiros constantes da tabela realizaram os dois cursos de nível médio – de auxiliar e de técnico de enfermagem.

Segundo BOURDIEU (1989a), a herança pode se apropriar do herdeiro e este, uma vez tornado propriedade da herança, não consegue querer, ou seja, adequa-se à herança. Então, ele fará *“aquilo que convém aos interesses da herança, da sua conservação e*

do seu aumento, ...nunca fará nem dirá nada que não esteja em conformidade com as exigências da herança” (p.84). Enfermeiros, no caso, podem ter sido influenciados pela orientação profissional recebida dos pais, que incentivaram a maioria dos seus filhos a ingressar em cursos na área da enfermagem, apesar de fazê-lo em nível de formação superior ao seu, conforme ilustra o depoimento:

“(...) [A] MINHA MÃE, QUE É AUXILIAR DE ENFERMAGEM, ME INCENTIVOU MUITO [A CURSAR O TÉCNICO DE ENFERMAGEM], PORQUE TEM UM CAMPO BEM AMPLO PARA TRABALHO. ...TENTEI E GOSTEI ...[A MINHA IRMÃ] É TÉCNICA DE ENFERMAGEM, TENHO UM IRMÃO QUE É AUXILIAR DE ENFERMAGEM, COM CERTEZA, [ELA INFLUENCIOU], QUASE OBRIGOU A MINHA IRMÃ A FAZER O CURSO [TÉCNICO DE ENFERMAGEM]” (DEP. N.º 8, P. 1).

Outra afirmação demonstra a solidez da interiorização e da exteriorização do *habitus* adquirido no seio familiar, ainda que possivelmente distanciado da relação objetiva com a realidade. Evidencia questionamento do destino profissional, por falta de resposta na realidade aparente, atribuindo a escolha profissional ao produto da história incorporada, um *habitus*, ocorrido em função da tradição da família:

“(...) MINHA AVÓ FOI PARTEIRA ... E TENHO UMA TIA QUE FOI ALGUNS ANOS AUXILIAR DE ENFERMAGEM ...ACREDITO QUE REALMENTE TUDO É GENÉTICO. MUITAS VEZES ME PERGUNTO POR QUE SOU DESTA PROFISSÃO?... [ACHO] QUE SE VEM COM TENDÊNCIAS PARA AQUELA CARREIRA. ACREDITO, QUE TENHA HERDADO ISSO DA MINHA AVÓ...” (DEP. N.º 5, P.7).

Sob esse ponto de vista, a escolha apresenta-se *natural*:

“O CURSO PROFISSIONALIZANTE AINDA ERA OBRIGATÓRIO, NO MOMENTO QUE EU ENTREI, EM 1981. LOGO DEPOIS, ...A OBRIGATORIEDADE DO CURSO TÉCNICO NO SEGUNDO GRAU CAIU, MAS, EU JÁ TINHA OPTADO UM ANO ANTES PELO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM (...) HAVIA UMA PESSOA NA MINHA FAMÍLIA QUE TRABALHAVA NA ÁREA DA ENFERMAGEM: UMA TIA ERA AUXILIAR DE ENFERMAGEM. [EU] CONVERSEI COM ELA ALGUMAS VEZES, ME INTERESSEI E ACABEI CURSANDO (...) ACREDITO QUE NÃO FOI INFLUÊNCIA DIRETA ...ACHO QUE A INFLUÊNCIA FOI NO SENTIDO DE CONHECER AS CATEGORIAS DA ENFERMAGEM” (DEP. N.º 8, P. 1 E 2)

“ A MINHA MÃE ACHOU BOM [CURSAR O TÉCNICO], PORQUE [ELA] ERA AUXILIAR DE ENFERMAGEM, TRABALHAVA NO HOSPITAL ...EU ACHO QUE NÃO INFLUENCIOU, PORQUE QUANDO DECIDI FAZER O TÉCNICO DE ENFERMAGEM, JÁ ERA MAIOR DE IDADE ...ÁÍ, DEPOIS DE CONVERSAR COM MUITAS PESSOAS, BROTOU AQUELA COISA DE INFÂNCIA, QUE EU SENTIA. E, DECIDI FAZER... “ (DEP. N.º 7 P. 1 E 2)

“EU SEMPRE GOSTEI DE CUIDAR DESDE DE CRIANÇA E HOUE UMA INFLUÊNCIA, ACHO QUE ATÉ POSITIVA, DA MINHA MADRINHA, QUE ERA AUXILIAR DE ENFERMAGEM. EU COMECEI A TER CONTATO COM HOSPITAIS, INDO JUNTO COM ELA, E DEPOIS, EU JÁ QUERIA FAZER O TÉCNICO DE ENFERMAGEM. DEPOIS, FUI TRABALHAR LÁ NO HOSPITAL ...ERA COMO SE FOSSE UM SONHO. EU QUERIA E JÁ ERA MINHA META FAZER O TÉCNICO E [DEPOIS] ME GRADUAR” (DEP. N.º 9, P. 1)

O trabalho de orientação vocacional, resultante da ação pedagógica e da organização cultural e social do pensamento, implícito e transmitido pelo *habitus* familiar, parece repousar calado na aparente aceitação voluntária do seu destino.

Há situações em que a conquista de um título escolar faz supor, a quem o obtém, uma retribuição profissional geradora de vantagens materiais e simbólicas (BOURDIEU, 1989a, p.144). Na enfermagem, porém, a realidade mostra que a obtenção do título, especificamente o de técnico, nem sempre garante a retribuição profissional esperada. O depoimento de uma enfermeira que concluiu o curso técnico em 1971 bem retrata a situação:

“TODAS AS PESSOAS QUE ESTAVAM SAINDO DO CURSO TÉCNICO, ESTAVAM EXERCENDO A PROFISSÃO COMO AUXILIAR [DE ENFERMAGEM] EM CASA DE SAÚDE, E ATÉ NOS EMPREGOS PÚBLICOS FAZIAM O CONCURSO PARA AUXILIAR... FOI O PRIMEIRO CAMINHO PARA TODO MUNDO DAS PRIMEIRAS TURMAS DO TÉCNICO. EM 1974 SURTIU VAGAS PARA AUXILIAR [DE ENFERMAGEM] NA UNIVERSIDADE... A PROFESSORA (...) ORIENTOU QUE SERIA BOM FAZER, ASSIM EU JÁ ESTARIA NA UNIVERSIDADE, CASO O CURSO TÉCNICO FOSSE RECONHECIDO... ERA SÓ FAZER A PROVA DE ASCENSÃO” (DEP. N.º 5, P.2).

Sob esse aspecto, assegurar o posto de trabalho no mercado da enfermagem é objetivo maior, tornando tolerável a provisoriedade no cargo menos qualificado durante o curso.

Os dados da Tabela 13, a seguir, sobre a **distribuição dos exercentes quanto ao intervalo de tempo entre o término do curso de nível médio e o ingresso no curso de graduação em enfermagem**, revelam que aproximadamente 40,0% (8+12+9=29) dos enfermeiros concluíram o curso de nível médio em enfermagem e ingressaram no curso de graduação logo nos três anos subseqüentes:

08 enfermeiros no primeiro ano; 12 no segundo ano, e 9 no terceiro ano seguinte.

Tabela 13

Distribuição dos exercentes quanto ao intervalo de tempo entre o término do curso de nível médio e o ingresso no curso de graduação em enfermagem

Tempo	Nº	%
1 ano	08	10,8
2 anos	12	16,2
3 anos	09	12,1
4 anos	02	2,8
5 anos	04	5,4
6 anos	02	2,8
7 anos	03	4,0
8 a 16 anos	08	10,8
Não respondeu	26	35,1
Total	74 ¹	100,0

1 – um informante concluiu durante o curso de graduação os cursos de auxiliar e de técnico de enfermagem

Na Tabela 13, é significativo o percentual de aproximadamente 30% (75:26) dos que não registraram informação, comparado à soma do número de informantes (29) que ingressaram no curso de graduação em enfermagem, nos três anos seguintes após concluir o curso de auxiliar ou de técnico de enfermagem: 8 no primeiro ano; 12 no segundo e 9 no terceiro. Oito enfermeiros apresentaram variação de 8 a 16 anos entre a conclusão do curso médio e o ingresso na graduação em enfermagem. Dois enfermeiros ingressaram depois de 4 anos; quatro depois de 5 anos; e dois depois de 6 anos

Na Tabela 14, sobre a **distribuição dos exercentes quanto ao tempo de permanência no curso de graduação em enfermagem**, figura a diferença entre o ano de ingresso e o de conclusão da enfermagem.

Tabela 14

Distribuição dos exercentes quanto ao tempo de permanência no curso de graduação em enfermagem

Tempo	Nº	%
3 — 4 anos	30	40,0
4 — 5 anos	24	32,0
5 — 6 anos	11	14,7
6 — 7 anos	03	4,0
Não respondeu	07	9,3
Total	75	100,0

Nota: 3 —| 4 inclui o três e o quatro; 4 —| 5 exclui quatro, inclui cinco.

A Tabela 14 mostra que 38 (50,6%) exercentes se “atrasaram” mais de um semestre durante os anos de graduação, considerando a duração do curso de, no mínimo, 3 anos e o máximo de 4 anos letivos, ou seja, de 6 a 8 semestres: isto significa que 24 enfermeiros levaram cinco anos para concluí-lo e 14 (11+3), de seis a sete anos. Tais dados parecem sugerir que a maioria dos informantes dedicou-se a oportunidades no mercado de trabalho, primeiramente como auxiliar ou técnico de enfermagem, como garantia de sustentação econômica para a continuidade dos estudos de enfermagem em nível universitário. A associação *mundo do trabalho/mundo universitário* parece ter repercutido no tempo de permanência no curso. Pelo fato de a maioria das escolas oferecer o

curso de graduação em 4 anos, qualquer excedente de tempo além desse limite sinaliza *repetição* de período, *vagar* no cumprimento dos créditos ou *trancamento* de alguma disciplina.

Conforme a Tabela 15, sobre a **distribuição dos exercentes quanto à tentativa de busca de outro curso de graduação**, 22 (29,4%) exercentes assinalaram prestar vestibular para outro curso.

Tabela 15

Distribuição dos exercentes quanto à tentativa de busca de outro curso de graduação

Tipo de informação	Nº	%
Sim	22	29,4
Não	53	70,6
Total	75	100,0

O dado acima, associado à Tabela 16, a seguir, referente a **distribuição dos exercentes quanto à ocasião de busca de outro curso de graduação**, revela que a maioria (22:15) tentou outro curso *antes da graduação* em enfermagem.

Tabela 16

Distribuição dos exercentes quanto à ocasião de busca de outro curso de graduação

Tipo de informação	Nº	%
Antes da graduação em enfermagem	15	68,2
Depois da graduação em enfermagem	04	18,2
Não respondeu	03	13,6
Total	22	100,0

O fato de tentar outro curso de graduação antes do de enfermagem, pode significar a natural indecisão do jovem, egresso do segundo grau, em optar definitivamente pela carreira profissional, ainda muito cedo, fato verificado em muitas outras carreiras. O baixo percentual de enfermeiros que optaram por outros cursos depois da graduação em enfermagem (75:04) leva a supor que, uma vez escolhida a carreira, a maioria na enfermagem se situou.

A Tabela 17, retrata a **distribuição dos exercentes quanto à terminalidade de outro curso de graduação.**

Tabela 17

Distribuição dos exercentes quanto à terminalidade de outro curso de graduação

Situação	Nº	%
Concluiu	09	40,9
Trancou	02	9,1
Abandonou	05	22,7
Não respondeu	06	27,3
Total	22	100,0

Aproximadamente 50% (22:09) dos enfermeiros conseguiram concluir outro curso de graduação. Eles representam 12% (9 enfermeiros) da amostra de 75 participantes deste estudo. Outros 9,1% (22:02) trancaram o curso, sugerindo impossibilidade ou indecisão em concluí-lo. E 22,7% (22:05) optaram pelo abandono do curso, caracterizando opção pela carreira de enfermagem, pelo menos, a priori.

O certificado de conclusão de um curso, às vezes, deixa de reverter para o agente as vantagens que lhe estão associadas. Foi o caso do título de técnico de enfermagem, para alguns. As reflexões de BOURDIEU (1989a), nos ajudam a melhor compreender a questão porque, segundo ele:

*“não é o valor relativo do trabalho que determina o valor do nome mas o valor institucionalizado do título que serve de instrumento o qual permite que se defenda e se mantenha o valor do trabalho”
(p.149)*

Mas, no momento em que não há garantia do valor do título, o próprio valor do trabalho é questionado:

“...FOI COLOCADO ASSIM: COMO TÉCNICA DE ENFERMAGEM EU ESTAVA GANHANDO UMA PROFISSÃO ...ENCONTRARIA MERCADO DE TRABALHO NA MINHA CIDADE... FOI VENDIDA A ILUSÃO [DIVULGADO NA CIDADE] QUE PODERIA TRABALHAR COMO TÉCNICA DE ENFERMAGEM, [SÓ QUE] ...O TÉCNICO NÃO ERA RECONHECIDO (...) NÓS NOS SENTIMOS UM POUCO TRAÍDAS, PORQUE FIZEMOS UM CURSO QUE NOS DARIA A GARANTIA DE INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO” (DEP. N.º 2, P.2).

Na luta pela valorização do trabalho,

“...FOMOS ENCAMINHADAS PARA ABRIR NÚMERO DE REGISTRO NO CONSELHO [REGIONAL DE ENFERMAGEM]...AÍ, COMEÇOU A GRANDE CONFUSÃO, TINHA UM NÚMERO DE REGISTRO [COMO TÉCNICO], MAS NÃO PODIA TRABALHAR COMO TÉCNICO... SÓ COMO AUXILIAR” (DEP. N.º 2 ,P.2).

No espaço pela legalização, para uns, resta a frustração do lugar social do auxiliar de enfermagem; e , para outros, uma aceitação passiva da realidade.

“(...) NÃO ME INTERESSEI... ALGUMAS COLEGAS SE INSCREVERAM COMO AUXILIAR E ESTÃO TRABALHANDO ATÉ HOJE NOS HOSPITAIS DE LÁ...” (DEP. N.º 2, P.5).

Para BOURDIEU (1989), a percepção do mundo social é produto da posição que o exercente ocupa no espaço social, pois *os objetos do mundo social podem ser percebidos e enunciados de diferentes maneiras* (p.139): primeiro, o mundo social se oferece de maneira desigual às diversas classes sociais, sem contar os esquemas de percepção e de apreciação construídos através das (e nas) lutas simbólicas travadas em situações anteriores; segundo, os objetos, por estarem inseridos no processo da história, e *enquanto objetos históricos (...) a sua significação, na medida em que se acha ligada ao porvir, [é] relativamente indeterminada* (p. 139-140). Esta incerteza do porvir é o que dá fundamento à pluralidade das visões de mundo, ela própria ligada à pluralidade de pontos de vista, na construção do sentido desses objetos do mundo social (p.140). O passado é visto

como referência e o futuro como em construção, levando o exercente a aceitar o sentido da posição que ocupa, como uma posição natural, *um sentido dos limites*, uma realidade da vida (p.141).

A opção pelo curso de graduação em enfermagem, neste caso, foi possibilitada pela continuidade na função e com a realização do curso técnico ou de auxiliar de enfermagem. Foi como um destino profissional *natural*, uma trajetória profissional vivida desde o primeiro segmento da carreira:

“(...) EU GOSTEI DA EXPERIÊNCIA DO CURSO TÉCNICO. ENTÃO, VOU ESCOLHER A ENFERMAGEM. FOI ASSIM, UMA OPÇÃO RACIONAL, PORQUE TINHA VIVIDO UMA EXPERIÊNCIA ANTERIOR, QUE ME INDICOU QUE ALI EU PODERIA TER UMA ALTERNATIVA [FINANCEIRA] INTERESSANTE” (DEP. N.º 2, P.6)

“(...) EU FIZ O TÉCNICO, E JÁ QUE VOU FAZER A GRADUAÇÃO ...JÁ QUE ESTOU NA ENFERMAGEM, VOU FAZER EM ENFERMAGEM, PORQUE EU GOSTEI” (DEP. N.º 4, P.2)

“A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EU ESCOLHI , PORQUE QUERIA UM POUCO MAIS, A FUNDAMENTAÇÃO DAS COISAS DA ENFERMAGEM. NÓS, AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, SABEMOS AS COISAS BÁSICAS, NÃO SABEMOS PRATICAMENTE O FUNDAMENTO DAS COISAS, E ISSO ME DESPERTOU A CURIOSIDADE DE SABER ALGO MAIS” (DEP. N.º 7, P.3)

“(...) DEPOIS QUE COMECEI A FAZER O TÉCNICO, EU GOSTEI DA ENFERMAGEM...” (DEP. N.º 8, P.2)
“É A CONTINUAÇÃO, JÁ TINHA A INTENÇÃO...”
(DEP. N.º 9, P.2)

E a acumulação de experiência profissional não deixa de ter seus aspectos positivos na qualidade do perfil do enfermeiro.

“(...) FOI A PRÁTICA DO ESTÁGIO [NO CURSO TÉCNICO], A RELAÇÃO QUE EU ESTABELECI COM OS CLIENTES, COM O DOENTE ... TENHO UMA COISA AQUI DENTRO DE MIM QUE TEM MUITA IDENTIFICAÇÃO COM A ENFERMAGEM ...FIZ O TÉCNICO DE ENFERMAGEM, [POR ISSO] FIZ UMA OPÇÃO CONSCIENTE QUANDO FIZ [A GRADUAÇÃO EM] ENFERMAGEM...” (DEP. N.º 2, P.11).

Movidos pela convicção que não podem exercer outra função, se reconhecem na enfermagem e decidem assumi-la como profissão. O entendimento de uma função destinada, praticamente resulta em envolvimento *natural*. De acordo com BOURDIEU (1989a), o sentido da vocação se traduz na identificação com a função. No corpo (socializado) do agente está inscrita uma história - *a vocação* associada à sua função - *a missão*, ou seja, o que a história espera dele. É a força da coincidência imediata e total do *habitus*, feito para aquela função e a função feita para aquele *habitus* (p.87-88):

“FALEI COM A MINHA MÃE QUE SE EU NÃO FIZESSE O CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM, EU NÃO FARIA OUTRO, SEMPRE GOSTEI (...) [A INFLUÊNCIA DA MADRINHA] FOI O PONTAPÉ INICIAL, UMA FORMA DE CAMINHO, PORQUE GOSTAR, REALMENTE EU SEMPRE GOSTEI” (DEP. Nº9, P.1)

“(...) DEVERIA TER 15, 14 ANOS [E PENSAVA]: EU VOU SER ENFERMEIRA, ENTÃO ...JÁ TINHA ALGUMA COISA DE DIZER QUE IA SER ENFERMEIRA ...”(DEP. N.º 3, P.5).

Muitas vezes a motivação pelo saber-fazer, por si, justifica o envolvimento com a profissão.

“QUANDO TERMINEI O CURSO [TÉCNICO], EU LARGUEI A BIOLOGIA, ...FUI TRABALHAR COMO TÉCNICA. A FAMÍLIA FICOU HORRORIZADA, ...[MAS], EU TRABALHAVA COM PESSOAS, COM A COMUNIDADE, NAS ESCOLAS, FOI MUITO GRATIFICANTE, FOI UMA COISA FORA DO CONTEXTO” (DEP. N.º 3, P.3).

A ocupação prazerosa de atividade profissional, segundo BOURDIEU (1989a), consiste na *concordância que se instaura, como por fora e para além dos agentes ...pode exprimir-se no sentimento de estar bem 'no seu lugar', de fazer o que se tem que fazer, e o de fazer com gosto* (p.87), além de suscitar novas motivações, como aspira a enfermeira:

“PROFISSIONALMENTE ME SINTO PRATICAMENTE REALIZADA... AGORA, QUERENDO FAZER O DOUTORADO[EM ENFERMAGEM] PARA FECHAR O CICLO E ME APOSENTAR NA ENFERMAGEM” (DEP. N.º 3, P.10).

No discurso da realização, a continuidade dos estudos implica visibilidade social e ascensão de classe:

“A UNIVERSIDADE PARA MIM APRESENTAVA UMA DIFERENÇA DE GANHO FINANCEIRO E MUDANÇA DE ‘STATUS’ SOCIAL...” (DEP. N.º 2, P.10).

E outra depoente reforçou:

“FIZ O CURSO TÉCNICO E PENSEI NA GRADUAÇÃO NUMA PERSPECTIVA MESMO DE ASCENSÃO, [SE] VOGÊ É ENFERMEIRA, TEM MAIOR POSSIBILIDADE SALARIAL ...FOI MESMO A PERSPECTIVA DE ASCENSÃO” (DEP. N.º 4, P.2).

Para BOUDON (1981), “(...) enquanto o adolescente de classe superior espera da escola uma confirmação da sua posição [social], o de classe inferior procura, pela escola, adquirir uma posição”⁸⁷ (p.164). Nesta ótica, a relação entre o nível escolar e a posição em determinadas classes sociais torna-se mais estreita quando “ (...) o adolescente controla a escola para controlar o próprio futuro” (p.161). Sob este aspecto, são nítidas as relações entre educação e expectativas de mobilidade.

Fazer do capital cultural uma alavanca do capital econômico pode ser uma estratégia usual, na medida em que o êxito social ligado ao capital econômico muitas vezes é apontado como motivo para prosseguir nos estudos:

“(...) EU GOSTO MUITO DA ENFERMAGEM E RESOLVI FAZER [A GRADUAÇÃO] PARA MELHORAR MEU NÍVEL DE CONHECIMENTO, CRESCER PROFISSIONALMENTE E MELHORAR FINANCEIRAMENTE” (DEP. N.º 8, P.2).

“(...) TEM UMA QUESTÃO DE ASCENSÃO SOCIAL. VENHO DE UM NÍVEL [SOCIAL] MÉDIO-BAIXO E FOI UMA OPÇÃO MINHA [A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM], PORQUE SERIA UMA ASCENSÃO DE QUALQUER FORMA, MESMO QUE FOSSE PARA OUTRA PROFISSÃO” (DEP. N.º9, P.3)

Em outras situações, a motivação dos estudos significa atendimento às condições objetivas de absorção do mercado de trabalho, como um futuro provável de ascensão pela enfermagem até a universidade:

⁸⁷ grifo do autor

“... [A GRADUAÇÃO EM] ENFERMAGEM ERA UM CURSO QUE IA POSSIBILITAR ...TER LOGO UM EMPREGO...” (DEP. N.º 1, P.3).

“EU ERA UMA PESSOA QUE TINHA FAMÍLIA, TINHA QUE AJUDAR MEUS PAIS QUE SÃO APOSENTADOS... EU TIVE QUE DAR UMA PARADA E PENSAR DE OUTRA MANEIRA: TENHO QUE CONSEGUIR UMA OUTRA COISA QUE REALMENTE EU FAÇA CONCURSO E CONTINUE TRABALHANDO DENTRO DA UNIVERSIDADE... E COMO JÁ ERA BIÓLOGA, PEDI ISENÇÃO NO VESTIBULAR” (DEP. N.º 5, P.4)

Na busca de inserção na força produtiva, a enfermagem pode ser vista também como um caminho mais curto, pois

“ERA UM CURSO, QUE EU VISLUMBREI A POSSIBILIDADE DE PASSAR NO VESTIBULAR COM MAIS FACILIDADE.” (DEP. N.º 01, P.3).

“...[NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM] VIA ALGUMA VANTAGENS: A RELAÇÃO CANDIDATO VAGA ERA BAIXA,”

“TERIA ALOJAMENTO; ESTAVA VENDENDO UMA IMAGEM QUE TINHA FÁCIL COLOCAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO; OUTRA É QUE A FAIXA SALARIAL SE ASSEMELHAVA A DE OUTRAS CARREIRAS NA ÁREA DA SAÚDE” (DEP. N.º 02, P.6).

A escolha da enfermagem pode ainda estar relacionada ao *quantum* de investimento que se pode empreender para obter a ascensão social. A predisposição de permanecer na enfermagem estaria relacionada à idéia de que a origem social não oferece capital cultural e econômico suficiente para assegurar a sua entrada e permanência em outras carreiras:

“(...) ESTAVA NA ENFERMAGEM [E] ACHAVA QUE NAQUELE MOMENTO, PODIA CRESCER DENTRO DA ENFERMAGEM MESMO; EM NENHUM MOMENTO ME PASSOU [ESCOLHER MEDICINA] E TALVEZ A CONDIÇÃO ECONÔMICA AJUDOU. SE EU FOSSE FAZER MEDICINA PRECISARIA DE MAIS DINHEIRO, PARA ME MANTER, PARA LIVROS E TAL...” (DEP. N.º 4, P. 11).

2.5. - A DISSIMULAÇÃO DO SABER EM BOURDIEU

Estudantes preparados sob moldes escolares e esquemas de pensamento semelhantes estão sujeitos a *“um corpo comum de categorias de pensamento que tornam possível a comunicação”* imediata entre eles. A cultura escolar, utilizando como um dos instrumentos a aprendizagem desses moldes e esquemas, exerce a *“função de integração cultural”* (BOURDIEU, 1992, p.205).

São repassados ao estudante programas de percepção, de pensamento e de ação, metodicamente organizados e orientados, na medida em que os esquemas intelectuais e lingüísticos são percorridos diversas vezes na aprendizagem escolar, tornando-se um hábito interiorizado, um *habitus* cultivado, que é exteriorizado nas práticas e ações das pessoas, as disposições gerais (BOURDIEU, 1992, p.221).

O ato de transmissão cultural realizado pela escola, por um lado, unifica todos de uma mesma escola, por meio da integração cultural, pela forma de aquisição de conhecimentos construídos de

acordo com “*a natureza dos exercícios que lhes foram impostos, pelas provas a que foram submetidos, como pelos critérios segundo os quais foram julgados e em relação aos quais organizaram sua aprendizagem*”; por outro lado, exerce a função de diferenciação entre as escolas, quando em seu conteúdo é repassado um ensino especializado, *capaz de transmitir conhecimentos e um saber-fazer específico* (BOURDIEU, 1992, p.217-218).

A relação que o exercente de enfermagem estabelece com o conhecimento e o saber-fazer da enfermagem no ensino formal, ou seja, com a sua cultura, estaria ligada às condições escolares nas quais ele os adquiriu. Na hierarquização da carreira estão contemplados diferentes níveis de escolarização e, conseqüentemente, capacidade técnica.

O ensino da enfermagem em três níveis de formação prevê, em princípio, integração cultural entre os exercentes oriundos de uma mesma escola e entre os exercentes da mesma categoria, assim como estabelece a diferenciação entre o conhecimento e o saber-fazer entre as categorias - enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem.

Quando o exercente ingressa diretamente no curso de graduação, a aquisição do conhecimento é evidente. Porém, o limite da aquisição do conhecimento e do saber-fazer específico de cada categoria permanece indiviso quando o exercente percorre, através do ensino formal, as categorias que compõem a enfermagem: temas comuns são desenvolvidos nos diferentes níveis de escolarização.

Fica difícil demarcar o limite até o aprender como auxiliar, até o passar a ser técnico e desde quando se transforma enfermeiro. A diferenciação retrata-se no tratamento que recebem em relação à extensão, profundidade e adequação dos conteúdos, ao nível e competência do exercente que se deseja formar. As categorias de percepção, de linguagem e de pensamento, ou seja, o código comum, é próprio dos técnicos e auxiliares que escolheram o curso de graduação e se distinguem dos demais estudantes de enfermagem do curso de graduação, que não tiveram contato prévio com esses níveis de formação da enfermagem, como se pode verificar pelo seguinte depoimento:

“(...) À ÉPOCA DA GRADUAÇÃO, NINGUÉM TINHA CURSO [DE TÉCNICO OU AUXILIAR], (...) ENTÃO, [O CURSO TÉCNICO] CONTRIBUÍA SIM, PARA ALGUMAS EXPERIÊNCIAS TIPO CONHECER O HOSPITAL, SABER UMA OU OUTRA DISCIPLINA, DE JÁ TER OUVIDO FALAR...” (DEP. N.º 4, P.4).

A experiência de cursar a graduação, já integrando a equipe e, portanto, estar inserido numa categoria hierarquicamente inferior, trouxe, a esse grupo de enfermeiros a vivência de situações contraditórias. Se, por um lado, detinham determinado saber do campo da saúde, que os diferenciava dos demais alunos, por outro, consideravam mais prudente ocultar das professoras sua condição de técnico ou auxiliar de enfermagem – conhecedores da linguagem da enfermagem. Aparece, aí, uma imagem velada de que os estudantes de graduação, já técnicos ou auxiliares, tinham um comportamento considerado *inapropriado* ou *viciado* para categoria de enfermeiro.

Enquanto alguém comenta que

“... [O CURSO TÉCNICO] ME AJUDOU MUITO, NA PARTE PRÁTICA, NAS TÉCNICAS E NOS PROCEDIMENTOS...” (DEP. N.º 8, P.3).

Outros afirmam:

“...[OS PROFESSORES DE GRADUAÇÃO] NÃO SABIAM QUE EU ERA TÉCNICA, EU NUNCA QUIS DIZER PORQUE TEM SEMPRE UMA PERSEGUIÇÃO, ...OMITI, ACHEI MELHOR “(DEP. N.º 8, P.3).

“(...) EU OMITI PARA O PROFESSOR A MINHA CONDIÇÃO DE TÉCNICA DE ENFERMAGEM, ...FALAM TANTO EM VÍCIOS... EU ME PORTAVA COMO UMA ALUNA... UMA FOLHA EM BRANCO” (DEP. N.º 1, P.4).

Mas, na prática,

“...CHEGAVA NO HOSPITAL E JÁ SABIA QUE TINHA PRESCRIÇÃO, QUE TINHA POSTO DE ENFERMAGEM, ONDE DEVERIAM ESTAR GUARDADOS OS MEDICAMENTOS, ONDE ERA O MATERIAL PARA O BANHO... OS ALUNOS SEM EXPERIÊNCIA COM O CURSO DE NÍVEL MÉDIO, FICAVAM ATRÁS DA PROFESSORA, QUERENDO SABER AS COISAS, DEPENDENTES DELA” (DEP. N.º 1, P.9).

Mesmo reconhecendo que os conhecimentos adquiridos no curso técnico, ou de auxiliar, constituíam elementos facilitadores de seu desempenho enquanto estudante de graduação, a experiência era ocultada:

“...[O CURSO TÉCNICO] ME DEU UMA CERTA HABILIDADE NOS PROCEDIMENTOS..., MAS EU

NÃO CONTEI [NA GRADUAÇÃO], QUE TINHA UMA EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM A ENFERMAGEM (DEP. N.º 1, P.4).

A escola, segundo ENGUITTA (1989) tende a agrupar os estudantes “*de acordo com umas poucas características*” e tratá-los “*de forma teoricamente uniforme sem a interferência de considerações individuais nem, muito menos, afetivas*” (p.167). No decorrer do curso de graduação, há professores que, mesmo sabendo da existência de alunos que já atuam como auxiliares ou técnicos, freqüentemente não consideram esta formação inicial, esperando, do estudante, comportamentos correspondentes ao coletivo. Para o autor, o trabalho do professor consiste

“(...) em ensinar crianças e jovens a comportar-se da forma que corresponde ao coletivo ou categoria em que foram incluídos, exigindo e premiando a conduta correspondente e rejeitando e mesmo penalizando tudo o que possa derivar de suas outras características como ou, ao menos, tudo o que delas possa manifestar-se na escola e chegar a afetar a relação pedagógica” (p.168).

Na formação do estudante é importante a prévia acumulação dos efeitos resultantes, tanto da formação adquirida no núcleo familiar - o *habitus* primário - quanto da aprendizagem escolar necessária para aquele nível de formação. O estudante, na carreira da enfermagem, também pode, como nas demais carreiras, ingressar em qualquer um dos níveis de instrução (primeiro, segundo ou terceiro grau), independente da formação obtida no nível anterior: específica da enfermagem ou geral.

Os estudantes que percorrem os níveis de escolaridade previstos na hierarquia da enfermagem adquirem os esquemas de pensamento próprios de cada categoria que compõe a equipe de enfermagem – auxiliar, técnico e enfermeiro. A apropriação desses bens, através de um estudo metodologicamente organizado pela escola, supõe a posse prévia dos instrumentos de apropriação da enfermagem. Há constatação de incorporação, através do *habitus* cultivado, do saber e do saber-fazer da enfermagem de uma determinada categoria:

“...O QUE LEVEI DE BAGAGEM, DO CURSO TÉCNICO QUE FIZ, NA VERDADE INFLUENCIOU NA MINHA PERCEPÇÃO, NA MINHA APRECIÇÃO DENTRO DAQUELE GRUPO [DA GRADUAÇÃO], ENTÃO, AQUILO QUE EU TROUXE NÃO TEM QUE SER DESCONSIDERADO, PORQUE FAZ PARTE DA MINHA BAGAGEM HISTÓRICA, QUE NAQUELE MOMENTO EMERGE, [E] INFLUENCIOU AS MINHAS NOVAS PERCEPÇÕES” (DEP. N.º 1, P. 10).

“(...) VOCÊ JÁ TEM UMA BASE. NA GRADUAÇÃO, QUANDO COMEÇA FAZER ESTÁGIO, OS ALUNOS FICAM PERDIDOS, NÃO SABEM TOCAR NOS MATERIAIS. É EU, TINHA UMA CERTA HABILIDADE E PASSAVA ISSO... MAS AS PROFESSORAS NÃO ACEITAVAM” (DEP. N.º 9, P. 5)

“CLARO, FACILITOU, PORQUE EU JÁ TRABALHAVA. COMO JÁ TINHA FEITO O CURSO TÉCNICO ALI MESMO, [NAQUELA ESCOLA], VÁRIOS PROFESSORES ME CONHECIAM. E, PARA MIM FOI MAIS FÁCIL...” (DEP. N.º 3, P. 5).

Como que reafirmando a presença do *habitus* cultivado,

“(...) NÃO É POSSÍVEL QUE SE DESCARACTERIZE A HABILIDADE QUE AS PESSOAS JÁ TÊM, O CONHECIMENTO, E QUE ELE NÃO SEJA VALORIZADO, APROVEITADO OU CORRIGIDO,

*QUANDO VOCÊ NOVAMENTE SE INSERE NUMA
PROFISSÃO... VOCÊ NÃO É LEIGO, JÁ TEM
CONHECIMENTO, JÁ TEM HABILIDADE, JÁ TEM
CAPACIDADE DE TRANSITAR NUM ESPAÇO QUE
JÁ CONHECE..”. (DEP. N.º 6, P. 16).*

Parece que há, entre os estudantes, o receio de revelar um comportamento através do estilo ou das maneiras de agir, que demonstrem relações que mantêm com o saber e com o saber-fazer da enfermagem, experiência criticada pelas professoras, ou seja, voltadas para comportamentos considerados mais ajustados ao estudante de nível universitário.

SCHRAIBER (1964), investigando as condições do exercício profissional e a sua correspondência com a formação escolar da categoria médica, destaca que o processo educativo se dá tanto no hospital quanto na escola, apesar de que

“(...) dada sua disposição formal curricular, as práticas hospitalares, enquanto práticas educativas, aparentam corresponder a um segundo momento do processo educacional, no qual se daria o adestramento em procedimentos técnicos resultantes do conhecimento teórico elaborado e transmitido no momento-escola” (p.64).

As práticas hospitalares “são também, e fundamentalmente, práticas de elaboração do conhecimento teórico e do processo teórico, além de serem práticas de definição do modo pelo qual ambos se transmitem” (p.64). Nesta concepção, teoria e

prática são faces inseparáveis de um único processo educativo, presente também nas ações/comportamentos do espaço hospitalar.

Diante da idéia de que tais momentos são distintos, há uma tendência de ocultamento da experiência anterior em outros níveis de formação da enfermagem. O saber-fazer previamente apropriado, quando exteriorizado, é feito velado. Uma das razões alegadas pelos enfermeiros, ainda como estudantes de graduação, diz respeito ao fato de que poderiam ser mais cobrados pelas professoras e, assim, encontrariam maiores dificuldades para alcançarem uma boa avaliação de rendimento escolar:

“(...) UMA DAS SITUAÇÕES QUE ISTO FIGAVA CLARO, ERA COM AS PESSOAS QUE TRABALHAVAM, QUE JÁ TINHAM CURSOS MÉDIO E ELEMENTAR DE ENFERMAGEM, OU SEJA, ELAS PRECISARIAM DE UMA SUPERVISÃO MAIS PRÓXIMA, UMA VEZ QUE ESTAVAM IMPREGNADOS DOS VÍCIOS DA PROFISSÃO” (DEP. N.º 6, P. 15).

Há representações diversas sobre as supostas cobranças das professoras:

“NÓS TÍNHAMOS ALERTAS, [OU SEJA], PESSOAS, COLEGAS QUE ALERTAVAM ASSIM: NÃO COMENTA MUITO, PORQUE A FULANA [A PROFESSORA] NÃO GOSTA DE TÉCNICO E AUXILIAR... O PROFESSOR NÃO GOSTAVA, PEGAVA NO PÉ, POR VOCÊ TRABALHAR E ESTUDAR AO MESMO TEMPO. AQUI [NO CAMPO DE ESTÁGIO] E NA ESCOLA EU NUNCA TIVE APOIO...” (DEP. 9 N.º 4 E 5).

“MUITAS PESSOAS OMITIAM QUE TRABALHAVAM PORQUE TINHAM UM VERDADEIRO PAVOR DE QUE AS PROFESSORAS DA ESCOLA [DE ENFERMAGEM] SOUBESSEM QUE JÁ ERAM DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, TÉCNICOS E AUXILIARES, E QUE

ISSO VIESSE A PREJUDICÁ-LOS DE ALGUMA MANEIRA... QUE O DESEMPENHO DELES FICASSE MARCADO NEGATIVAMENTE, APRIORI” (DEP. N.º 6, P.4).

Na visão dos exercentes:

“(...) EU ACHO QUE A ESCOLA EM SI NÃO AJUDA, NUNCA AJUDOU. EU JÁ ME SENTI DESPRESTIGIADA MUITAS VEZES, ATÉ AQUI MESMO [NO HOSPITAL], NUMA PARTE DO ESTÁGIO QUE FIZ AQUI, QUE EU TIREI NOTA... COMO VOCÊ TRABALHA NUM LUGAR E VAI TIRAR UMA NOTA BAIXA NO ESTÁGIO? QUER DIZER HOUVE INFLUÊNCIA PESSOAL OU PROFISSIONAL, TIPO ASSIM: EU NÃO VOU LHE DAR ESSA NOTA EM ESTÁGIO, PORQUE ACHO QUE VOCÊ NÃO FOI BEM. COMO NÃO FOI? MESMO TRABALHANDO ALI EM OUTROS HORÁRIOS? É MEIO ESTRANHO... ESTOU CRITICANDO A MÉDIA. VOCÊ SE DESENVOLVE, TENTA ESTRATÉGIAS DURANTE O ESTÁGIO, E NÃO É RECONHECIDO? O PROFESSOR TE PODA” (DEP. N.º 9, P.4).

Segundo BOURDIEU (1992), no entanto, é a escola que exerce a função de transmitir os métodos e programas de pensamento, indicando o trajeto para a apropriação desta cultura comunicada:

“A ordem de exposição imposta pela escola à cultura transmitida, ...tende a impor-se como necessária à consciência dos que adquirem a cultura segundo esta ordem, ... [e] a relação que cada indivíduo mantém com sua cultura carrega a marca das condições da aquisição” (p. 214).

Na escola, as diferentes formas de aquisição/transmissão do saber precisam estar numa relação direta com o exercício profissional. A interpretação que o grupo pesquisado faz das idéias

das professoras sobre as condições desta aquisição revela uma cultura *mal adquirida* ou *inadequada* à condição de estudante de graduação em enfermagem, eivada de *vícios*. Embora entendendo a necessidade de aperfeiçoamento da prática, nem sempre porém, a sua prática anterior deve ser considerada inadequada:

“VÍCIOS EU ENTENDIA COMO NÃO FAZER A TÉCNICA EXATAMENTE COMO O PROFESSOR DEMONSTRAVA, BASEADA NO LIVRO... A GENTE TINHA QUE FAZER EXATAMENTE IGUAL AO PROFESSOR, COM TODO O RITUAL, CUMPRINDO RIGOROSAMENTE TODAS AS ETAPAS” (DEP. N.º 1, P. 8).

O saber e o saber-fazer devem ser aprimorados no curso de graduação e podem servir de modelos a situações futuras. São falhas tidas como inadmissíveis ou inadequadas, no meio universitário, a simplificação de etapas, na organização do pensamento e na realização da prática,. As ações e os comportamentos, na visão dos professores universitários, precisam ser fiscalizados, para reproduzirem as distinções técnicas e sociais reconhecidas na categoria de enfermeiros:

“QUANDO [O PROCEDIMENTO TÉCNICO] SOFRIA ALGUM TIPO DE ALTERAÇÃO, ALGUM PASSO OMITIDO, MESMO QUE NÃO FERISSE PRINCÍPIOS [CIENTÍFICOS], QUE NÃO INTERFERISSE DIRETAMENTE NA QUALIDADE DO TRABALHO, ERA INTERPRETADO COMO UM VÍCIO DA PROFISSÃO [DE TÉCNICO OU AUXILIAR], COMO UMA DIFICULDADE DA PESSOA SE INSERIR NO QUE SERIA A ATIVIDADE CORRETA, PERFEITA...” (DEP. N.º 6, P. 16).

A atuação dos exercentes deve estar, antes, calcada na adequação das condições de trabalho oferecidas pelos serviços de saúde às necessidades da clientela, ou seja, nos resultados da confrontação de seus esquemas de pensamentos com a realidade da prática no estado atual, determinando uma relação dialética teoria-prática peculiar:

“VÍCIOS ERA A CAPACIDADE QUE O AUXILIAR E O TÉCNICO TÊM DE COLOCAR A CRIATIVIDADE PARA FAZER UMA DETERMINADA TÉCNICA, E NA VERDADE ISSO NÃO ERA PERMITIDO... ERA TRAZER ESSA PRÁTICA, QUE AGENTE JÁ TINHA, MAS QUE NA VERDADE NÃO PODIA [TER], PORQUE SIGNIFICAVA NÃO FAZER ADEQUADAMENTE... [O HOSPITAL] NÃO É IGUAL AO LABORATÓRIO, TEM QUE IMPROVISAR, TEM QUE CRIAR, E AÍ AQUELE CONHECIMENTO, AQUELA HABILIDADE QUE AGENTE JÁ TRAZIA ERA IMPORTANTE QUE SE APLICASSE NA PRÁTICA...” (DEP. N.º 1, P.8).

Reforçando essa percepção:

“(...) SIGNIFICAVA EXATAMENTE QUE A APROPRIAÇÃO DO TRABALHO, OU SEJA, AS ALTERAÇÕES QUE SE FAZIA NAS TÉCNICAS DESCRITAS NOS LIVROS E NOS MANUAIS...” (DEP. N.º 6, P.16)

Sobre este aspecto entende BOURDIEU (1989a) que, “*a eficácia histórica deste trabalho de decodificação, ao incorporar-se ao objeto, se torna num dos fatores principais da sua transformação*” (p.221). Quando o autor analisa o campo jurídico e suas aplicações do conhecimento entre os magistrados e os teóricos do campo prático, este pensamento pode ser aplicado na relação entre assistenciais e docentes:

“Os magistrados, por meio de sua prática, (...) tendem a assegurar a função de adaptação ao real num sistema que, entregue só à professores, correria o risco de se fechar na rigidez de um rigorosismo racional: por meio da liberdade maior ou menor de apreciação que lhes é permitida na aplicação de regras, eles introduzem as mudanças e as inovações indispensáveis à sobrevivência do sistema que os teóricos deverão integrar no sistema” (p.220-221).

Os exercentes entendem que a *familiaridade* que demonstram ter com o campo prático da enfermagem, durante o estágio do curso de graduação, é vista como comportamento *inapropriado* pelas professoras . Por isso acreditam que as professoras tendem a exercer maior vigilância sobre as atividades de estágio que eles desempenham, quanto maior a experiência na enfermagem.

“OS ALUNOS SEM EXPERIÊNCIA, SEM CONTATO PRÉVIO COM A ENFERMAGEM, AS PROFESSORAS TINHAM CONTROLE MAIOR SOBRE ELES, ATÉ PELA INEXPERIÊNCIA NO ESPAÇO, COISA QUE DIMINUÍA COM AS PESSOAS QUE JÁ TINHAM HABILIDADE DE TRANSITAR ENTRE PESSOAS, PAPÉIS, ROTINAS, HORÁRIO E COISAS PARA SEREM FEITAS... ISSO ERA CONSIDERADO UM VÍCIO ...EU ACREDITO COMO UMA POSSIBILIDADE MENOR DE CONTROLAR ESSAS PESSOAS” (DEP. N.º 6, P. 16).

Revela-se visivelmente, no sentido prático, uma luta simbólica entre profissionais dotados de competências técnicas e sociais desiguais (BOURDIEU, 1989a, p.224), especificamente entre enfermeiros docentes e técnicos e entre técnicos e auxiliares de enfermagem com visões de mundo diferentes.

Para o grupo que faz carreira, desde auxiliares e técnicos, o fato de receber orientação sobre o que-fazer da enfermagem demonstra dependência da professora, apesar de reconhecer o aprendizado no curso . Como adquiriram habilidade durante o curso de nível médio, na visão dos exercentes, as professoras ideologicamente veiculam uma cultura própria de seu grupo de interesse. As professoras têm representação diferenciada do grupo em relação aos estudantes de graduação, que não são técnicos ou auxiliares de enfermagem. Há referências a esses estudantes como sendo inexperientes, quando são avaliados no seu desempenho em campo:

“(...) SE ISSO VINHA DE ALGUÉM QUE NÃO TINHA NENHUMA EXPERIÊNCIA... [ERA VISTO] EXATAMENTE COMO UMA QUALIDADE, EMBORA NUNCA TENHA ESTADO [NO ESPAÇO HOSPITALAR] TINHAM HABILIDADE, INICIATIVA, AQUELAS COISAS QUE ESTAVAM LÁ NOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO: HABILIDADE, INICIATIVA, COMUNICAÇÃO, CAPACIDADE DE OBSERVAÇÃO E COISAS MAIS...” (DEP. N.º 6, P.16).

Os considerados mais experientes referem-se aos aspectos positivos auferidos com o tempo de serviço na função:

“(...) CEDO, CEDO, DAVA CONTA DO RECADO [DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM], E ISSO PARA AS PROFESSORAS ERA BOM, ERA CONSIDERADO HABILIDADE, ERA UM FATOR QUE MUITO ME AUXILIOU NA QUESTÃO DA AVALIAÇÃO” (DEP. N.º 1, P.9).

Na percepção dos estudantes de graduação, os que já são exercentes de enfermagem estão além da expectativa em termos de experiência. Quando, porém, não omite sua condição prévia de técnico ou auxiliar,

“(...) TEM UMA ESCALA [DE CUIDADOS] MAIS PESADA. MAS, A HABILIDADE COM QUE ELE DESEMPENHAVA A TÉCNICA DENTRO DO HOSPITAL, NÃO ERA CONSIDERADA COMO ALGO QUE MEREZIA ELOGIO, QUE AUMENTASSE A NOTA DE AVALIAÇÃO DELE, MUITO PELO CONTRÁRIO, ERA CONSIDERADO QUE ELE PODERIA FAZER MUITO MELHOR, PORQUE JÁ ERA AUXILIAR” (DEP. N.º 1, P.9).

Isso indica que mais se espera dos estudantes de graduação que já possuem cursos técnico ou de auxiliar de enfermagem. São mais atentamente observados pelas professoras do curso de graduação, no campo prático, quanto a maneira de expressar o saber e o saber-fazer específico da enfermagem. Por isto, dependendo de percepções alheias acerca da situação, eles optam por maneiras distintas de participação no jogo, declarando ser ou não exercente, mesmo que a ocultação de sua condição possa causar algum tipo de desconforto.

Como se constata em algumas entrevistas, há maior envolvimento no jogo quando o estágio do curso de graduação é desenvolvido no mesmo espaço hospitalar. Os exercentes apresentam melhores possibilidades de mudança de posição na hierarquia dos postos, com visível destaque entre os demais, revelando superioridade no domínio do jogo. Como estudantes e exercentes de enfermagem

revelam pontos de partida diferentes em termos de experiência, há disputa com as professoras de enfermagem em termos de “*lucros simbólicos*”, na linguagem de BOURDIEU (1997, p.203). A *posição* no hospital proporciona envolvimento em relações de força e de lutas pelo monopólio de “conhecer”, levando a dianteira nas decisões do que-fazer.

“A [RELAÇÃO COM AS PROFESSORAS] ERA COMPLICADA... ALGUMAS VEZES ACONTECEM COISAS INTERESSANTES COMO TROCAR DE PAPÉIS NA PASSAGEM DE PLANTÃO... ÀS VEZES, NÓS DETÍNHAMOS MUITO MAIS INFORMAÇÕES DO QUE AS PROFESSORAS, DO QUE OS OUTROS COLEGAS...” (DEP. N.º 6, P.3).

Há casos de exercentes acumulando a função de técnicos de enfermagem no mesmo setor onde estagiavam como estudantes de graduação, que, ao conciliar a condição de exercente de enfermagem com a de aluno, no mesmo espaço, demonstraram posição de domínio no jogo a ponto de se ver na contingência de ocultar sua experiência anterior. Os conhecimentos acumulados devido a sua pregressa pertença à equipe de enfermagem daquele setor acabam alijados do domínio da professora e dos demais alunos. Pelos depoimentos, apreende-se que o “*lucro simbólico*” (p.203), no espaço hospitalar, resulta contabilizado em vantagem sobre os demais estudantes de enfermagem: transformando o poder do título de técnico ou de auxiliar em “*lucro simbólico*”:

“EU ESTAVA NO HOSPITAL... E PASSAVA O PLANTÃO PARA A MINHA TURMA [DA GRADUAÇÃO], DEPOIS SUBIA, TOMAVA BANHO E DESCIA DISFARÇADA DE ACADÊMICA ...AÍ, EU

FALAVA COM A PROFESSORA (...)" (DEP. N.º 8, P.4).

Permanecer na escala de serviços dos técnicos e auxiliares de enfermagem após graduar-se enfermeiro significa adquirir um capital cultural. Entretanto, há dificuldade de ascensão na hierarquia profissional, naquela instituição. O lucro simbólico, nesta situação, pesa sobre os demais técnicos e auxiliares de enfermagem, uma vez que o ganho provém da sua maior qualificação técnica em relação ao posto de trabalho que ocupa:

“NÃO SEI SE TOMO A FRENTE. É MECÂNICO... SE O PACIENTE ESTÁ GRAVE, COMEÇO A DAR ASSISTÊNCIA OU ATÉ APOIAR O COLEGA QUE ESTÁ ASSISTINDO-O” (DEP. N.º 9, P.7)

“OS PACIENTES MAIS GRAVES SÃO MEUS, OS CUIDADOS MAIS SÉRIOS SÃO MEUS, AS ANOTAÇÕES MAIS DIFÍCEIS SÃO SEMPRE MINHAS. QUANDO MEUS COLEGAS [AUXILIARES E TÉCNICOS] TÊM DÚVIDAS, ÀS VEZES NÃO PROCURAM A ENFERMEIRA, ME PROCURAM. COISAS MAIS COMPLEXAS, MAIS DIFÍCEIS SÃO MINHAS” (DEP. N.º 8, P.12)

“EU SINTO QUE AS ENFERMEIRAS SENTEM UMA CERTA SEGURANÇA [EM MIM] E, GERALMENTE ACONTECE DE PACIENTES MAIS GRAVES... E, ÀS VEZES ELA [A ENFERMEIRA] FALA, PARTICULARMENTE: FICA COM ESSE PACIENTE AQUI, PORQUE VOCÊ JÁ É ENFERMEIRA. REALMENTE, EU SINTO ESSA SEGURANÇA QUE ELA SENTE NO MEU TRABALHO, PELA MINHA FORMAÇÃO DE GRADUAÇÃO” (DEP. N.º 7, P.6).

2.6. - O CAMINHO DESEJADO E O ESCOLHIDO

A obtenção de títulos escolares representa uma oportunidade de aquisição de prestígio econômico e social, principalmente para as classes menos favorecidas na sociedade: o diploma confere um *status* social privilegiado em relação ao *status* daqueles que não o possuem. As famílias geralmente tendem a concordar com a escolha do destino escolar de seus estudantes quando a aceitação da escolha representa a oportunidade objetiva para satisfazer suas expectativas de ascensão social, mediante a escolarização. Diante disso, a possibilidade de obter títulos escolares traduz-se em esperança subjetiva dos familiares no incentivo aos seus estudantes com relação às profissões de maior prestígio social, considerada *carreira nobre*, como a medicina na área da saúde.

A escolha da carreira de enfermagem parece ter sido atribuída às probabilidades objetivas, próprias à classe social, de êxito social através da escolarização. Em estudo realizado por BAPTISTA (1995), sobre a inserção da enfermagem na universidade, tal perspectiva se deve ao

“...sistema de seleção, por reproduzir as diferenças que existem entre as diversas classes sociais, também determina que nas 'carreiras nobres' predominem os alunos de melhor situação socioeconômica, ou aqueles que, por exceção, embora de origem social modesta, possuam um melhor capital cultural” (p.86).

É sabido que “a maioria dos candidatos à enfermagem é proveniente da classe de menor poder econômico e cultural” (p.110), ou seja, são de uma classe social menos favorecida. Esses estudantes, na expectativa de ascender socialmente, consideram as possibilidades objetivas de inserção imediata na função no momento da escolha da carreira. São também influenciados pela esperança subjetiva, familiar e individual, de obter êxito escolar ao longo da carreira. Traçam então os seus objetivos, ou selecionam as oportunidades, no limite das possibilidades concretas de alcançá-los (BOURDIEU e PASSERON, 1982, p.162-166).

Quando é notória a afinidade com a área da saúde, o objetivo mais visado é sempre a carreira médica como esperança subjetiva dos pais:

“[A] REAÇÃO DELES... FOI SE EU FIZESSE O TÉCNICO [DE ENFERMAGEM] FICARIA MUITO MAIS FÁCIL PARA FAZER MEDICINA... A MINHA MÃE FICOU UM POUCO ASSUSTADA, DEPOIS ELA COMEÇOU A PENSAR: AH, VOCÊ FAZENDO ENFERMAGEM VAI FICAR MAIS FÁCIL DE PULAR PARA MEDICINA” (DEP. N.º 2, P.3).

PINTO (1986) é enfático ao afirmar que,

“as condições gerais da sociedade cancelam em bloco a possibilidade de acesso de todo o povo à cultura superior(...) Os poucos enviados por famílias de trabalhadores ou de modestos funcionários, à custa de ingentes sacrifícios, são entregues à universidade justamente para se evadirem da classe proletariada. É o caso do pai

trabalhador humilde que almeja ver o filho 'doutor' exatamente para que não se torne um trabalhador, como ele" (p.56-57).

O trânsito da classe social depende do ingresso na universidade, de preferência nas carreiras socialmente melhor posicionadas. A opção pela carreira de enfermagem como uma possível *porta de entrada* na universidade está diretamente relacionada à classe, ou seja, às chances objetivas de êxito no sistema de seleção. Quando a aspiração dos familiares não coincide com a expectativa de seus filhos, desenvolve-se uma aparente aceitação da situação, mascarando, no fundo, uma calada expectativa de, mais adiante, alterar a probabilidade objetiva de seus filhos, no sentido de redirecionar seu destino escolar, principalmente quando essa escolha se der, ainda no nível médio, pelo curso técnico ou de auxiliar de enfermagem:

"(...) [O CURSO TÉCNICO] ERA OFERECIDO PERTO DA MINHA CASA E SUPRIA O MEU INTERESSE, QUE ERA FAZER ALGUMA COISA LIGADA À ÁREA DA SAÚDE... ELES [OS PAIS] ACHARAM INTERESSANTE, QUE SERIA PRODUTIVO E QUE SERIA O PRIMEIRO PASSO PARA UMA CARREIRA DE NÍVEL SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE, QUE CLARAMENTE ERA COLOCADA A QUESTÃO DA CARREIRA MÉDICA..." (DEP. N.º 6, P.2).

A definição pela enfermagem se reafirma ao se optar pelo curso de graduação, e as relações de luta no ambiente familiar ficam mais acirradas. Mais uma vez, prevalece a visão objetiva de mundo, convencendo a família sobre a opção mais adequada às possibilidades de êxito. A preferência pela enfermagem na graduação parece, para os

pais, um tanto quanto desvantajosa, pois, além de aspirarem para seus filhos uma profissão com maior prestígio social, têm a dificuldade de compreender a hierarquização técnica das categorias. Por entenderem que a denominação de enfermeiro se atribui a todos os exercentes da enfermagem, reagem:

“(...) PORQUE VAI TER QUE FAZER UMA FACULDADE PARA SER ENFERMEIRA?” (DEP. N.º 2, P.2);

“(...) A MINHA MÃE FALOU ASSIM: AH, SER ENFERMEIRA, MAS VOCÊ CHEGA NO HOSPITAL TODO MUNDO É ENFERMEIRO, TODO MUNDO SE DIZ ENFERMEIRO” (DEP. N.º 1, P.2).

Na visão dos familiares, o capital cultural acumulado por seus filhos com a conclusão dos estudos de nível secundário na área da enfermagem seria suficiente para aspirar a outras profissões, acalentando a ascensão social em carreiras de maior prestígio social. A opção pela enfermagem é considerada, inclusive, um desperdício de tempo:

“QUANDO FUI FAZER A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM É AQUELA VELHA ESTÓRIA: VOCÊ É TÃO INTELIGENTE ...PARA QUE PERDER TEMPO FAZENDO ENFERMAGEM? ...POR QUE NÃO FAZ MEDICINA?” (DEP. N.º 4, P.3).

Ocorre que as relações que o agente estabelece com a sociedade e com as demais pessoas são dadas por situações que se manifestam no meio social. Para LÖWY (1995), há diversas formas de o agente tomar consciência da sociedade e da vida real. A formação de idéias se dá através da ideologia das classes dominantes, razão pela

qual “*é uma consciência deformada da realidade*” (p.12). As idéias da classe burguesa tendem a ser plagiadas pela classe proletária.

A ideologia corresponde às “*expressões de interesses vinculadas às posições sociais de grupos ou classes (...) que servem à manutenção da ordem estabelecida*” (LÖWY, 1995, p.13). Uma vez constituída no seio do processo histórico, a ideologia, em constante transformação, representa uma visão parcial desta realidade. A utopia corresponde “*às expressões que se orientam para negar a ordem social existente; para romper esta ordem, (...) aspiram uma outra realidade, uma realidade ainda inexistente*” (p.13). São aspirações de ideais e não expressões da realidade.

Ideologia e utopia, de acordo com os conceitos de LÖWY (1995) “*são duas formas de um mesmo fenômeno, que se manifesta de duas maneiras distintas*” (p.13). Como as interpretações sobre o fenômeno podem ocorrer em etapas históricas distintas, além de expressar a verdade individual ou coletiva, é provável, que apareçam interpretações sociais, comportando visões sociais ingênuas:

“(...) NA VISÃO DELES [DOS PAIS] EU ERA MUITO INTELIGENTE, ENTÃO, TINHA QUE SER MÉDICA. MAS, NA ÉPOCA O PAI TRABALHAVA NA ... E TINHA LÁ UMA ENFERMEIRA, A ..., QUE ESCREVEU UM LIVRO SOBRE A ENFERMAGEM DO TRABALHO. ELA DESENVOLVIA UM TRABALHO, PELO O QUE O PAI CONTAVA, UM TRABALHO EXCELENTE. UMA VEZ, MEU PAI CHEGOU EM CASA CONTANDO QUE TEVE UMA PALESTRA PARA OS FUNCIONÁRIOS, (...) O PAI FICOU ADMIRADO, PORQUE O DOUTOR, O MÉDICO SE PERDEU NA PALESTRA, E A ... ENTROU NAQUELE MOMENTO NA EMPRESA E RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS. ELE FALAVA QUE ELE ESCREVIA LIVROS. PARA ELE,

ESCREVER UM LIVRO É UMA COISA MUITO IMPORTANTE, E AÍ EU ACHO QUE ELE PASSOU A ACHAR QUE A ENFERMAGEM ERA IMPORTANTE. ELE DIZIA QUE UMA ENFERMEIRA SABIA MAIS DO UM MÉDICO” (DEP. N.º 1, P.2);

De acordo com BOURDIEU (1989a)

“(...) as relações de comunicação são relações de poder que dependem, na forma e no conteúdo do poder material ou simbólico acumulados pelos agentes envolvidos nessas relações e que ...podem acumular poder simbólico” (p.11).

Na demonstração de desapontamento pela opção da carreira da filha, há evidência do conteúdo do poder simbólico dos pais acerca da enfermagem:

“(...) [MINHA MÃE] FICOU MUITO DESGOSTOSA, E QUANDO FALAVA QUE EU ESTAVA FAZENDO ENFERMAGEM, ...FAZIA QUESTÃO DE FRISAR QUE ERA ENFERMEIRA FORMADA ...QUE SÓ IA MANDAR E QUE NÃO IA FAZER ...QUE NÃO IA LIMPAR O DOENTE, EMPURRAR MAGA ...QUE IA ANDAR DE TOUCA...” (DEP. N.º 1, P.2).

Remetendo a BOURDIEU (1989a), “a eficácia do discurso performativo que pretende fazer sobrevir o que ele enuncia no próprio ato de enunciar é proporcional a autoridade daquele que o enuncia”, e a sua incorporação depende do reconhecimento e da crença a quem ele se dirige (p.116-117). A crença decorrente de uma visão negativa suscita mecanismos usados para negação da realidade:

“ELE FALAVA PARA OS AMIGOS QUE EU FAZIA MEDICINA ... ATÉ QUE JÁ FORMADA [EU DISSE]:

VOCÊ ESTÁ FALANDO QUE EU SOU MÉDICA E EU NÃO SOU... ENTÃO, VOCÊ ESTÁ ME NEGANDO...” (DEP. N.º 4, P.3).

“NUM DESSES EMBATES, NUMA RODAS DE AMIGOS, ELE [FINALMENTE] FALOU O QUE EU ERA E O QUE FAZIA... “(DEP. N.º 4, P.3),

“ATÉ HOJE MINHA MÃE NÃO ACEITA EU SER ENFERMEIRA... MEU PAI ACEITA, FALA, MAS SE TEM ALGUMA VISITA EM CASA, ELES COMENTAM ASSIM: MINHA FILHA É QUASE MÉDICA, FEZ MESTRADO, ETC... MAS NÃO DIZEM QUE SOU ENFERMEIRA” (DEP. N.º 3, P.2).

Até a final aceitação da situação:

“ELE SE ACOSTUMOU, EU ME FORMEI, FIZ RESIDÊNCIA [EM ENFERMAGEM] NUMA INSTITUIÇÃO CONHECIDA ...ESSA ASCENSÃO PARA ELES [OS PAIS] FOI IMPORTANTE...” (DEP. N.º 4, P.3).

Justificativas levantadas para crença negativa remetem à imagem veiculada pela mídia:

“VOCÊ VÊ NA MÍDIA [QUE] ELES COLOCAM A ENFERMEIRA EM SEGUNDO PLANO, DESVALORIZADA, COMO SÍMBOLO SEXUAL, OU ENTÃO, COLOCANDO ASSIM: A ENFERMAGEM DEPENDE DO MÉDICO, ...ISSO TUDO COLOCA ESSE ESTIGMA NA ENFERMAGEM ...[ENTÃO], NÃO É UMA COISA QUE A [MINHA] FAMÍLIA GOSTARIA QUE EU FIZESSE” (DEP. N.º 3, P.12).

BOURDIEU (1989a) comenta que

“numa situação em que o que está em jogo é a imposição da representação mais favorável da sua

própria posição, a confissão pública do fracasso, como ato de reconhecimento, é de fato impossível⁸⁸” (p.53).

A luta no espaço familiar é inevitável, sobretudo quando os exercentes chegam a ingressar no nível superior da carreira. No entanto, a luta desses enfermeiros pela localização no campo profissional remonta à entrada na carreira. A tentativa da família para reatualizar suas representações acerca da enfermagem em nível superior esbarra no senso comum da superioridade da carreira médica no espaço social das representações. A aspiração familiar parece sempre repousar na esperança de mudança no itinerário profissional:

“A VISÃO DOS MEUS PARENTES, HOJE EU FALO ASSIM: ESTOU FAZENDO UM CURSO DE MESTRADO. AH, É PARA VOCÊ VIRAR MÉDICA? ESTOU FAZENDO UM CURSO DE DOUTORADO, [ELES DIZEM]: É PARA VIRAR DOUTORA-MÉDICA, ...AÍ, EU FUI EXPLICAR O QUE VEM A SER A ENFERMAGEM ...ASSOCIEI A ENFERMAGEM À CARREIRA MILITAR ...ENTÃO, ISSO DEZ ANOS DEPOIS, PARA ELES DIZEREM QUE AGORA ENTENDERAM...” (DEP. N.º 2, P. 12).

A homologia usada como estratégia para explicar ou reafirmar a escolha, sugere a representação hierarquizada do percurso profissional baseado em níveis distintos de escolarização progressiva.

Quando a opção pela profissão de enfermeiro é considerada pela família aquisição de capital econômico e cultural ou elevação de prestígio social, observa-se uma coincidência de

⁸⁸ para melhor compreensão inevitável

interesses/esperanças. O título universitário, por si, é visto como alavanca do *status*.

“ELA [A MÃE] FICOU EUFÓRICA [QUANDO ESCOLHI A GRADUAÇÃO], PORQUE GOSTARIA DE TER SIDO ENFERMEIRA E NÃO CONSEGUIU, [DEVIDO A] SITUAÇÃO FINANCEIRA ...ELA TEM O MAIOR ORGULHO DE TER UMA FILHA ENFERMEIRA...” (DEP. N.º 8, P. 1-2).

“A EDUCAÇÃO FORMAL É UMA DAS POSSIBILIDADES DE ASCENSÃO SOCIAL CLARAMENTE COLOCADA ...A UNIVERSIDADE PERDEU MUITO DO PRESTÍGIO, PERDEU MUITO A POSSIBILIDADE DE GANHOS FINANCEIROS, DE ASCENSÃO FINANCEIRA ATRAVÉS DE UM CURSO SUPERIOR, PRINCIPALMENTE SE NÃO ERA UM DAQUELES CURSOS PRIVILEGIADOS ...EMBORA, PARA ALGUNS ESTRATOS DA SOCIEDADE, NO QUAL EU ME INCLUI, ISSO AINDA É UMA VERDADE” (DEP. N.º 6, P. 10).

O título é duplamente valorizado quando conferido por uma instituição de ensino superior, pois para o ingresso nestas instituições os estudantes de origem social modesta são super-selecionados⁸⁹, uma vez que a elas tem acesso mais fácil candidatos de melhor capital cultural e social:

“EU FUI UM DOS QUE TEVE A POSSIBILIDADE [NA FAMÍLIA] DE CHEGAR ATÉ UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA...” (DEP. N.º 6, P. 10).

⁸⁹ submetidos a uma mais forma seleção em função da classe social de origem.

A graduação em enfermagem representa um ganho de *status* profissional, cultural e social também em relação à categoria dos pais:

“ELA [A MÃE] ACHOU ÓTIMO ...O TRABALHO QUE ELA TINHA [COMO AUXILIAR DE ENFERMAGEM] ERA MUITO CANSATIVO, E COMO ENFERMEIRO ELA ACHAVA QUE EU TERIA OS FUNDAMENTOS QUE ELA NÃO TINHA...” (DEP. N.º 7, P.2).

É explícita a exteriorização dos sentimentos na conquista de vaga para o curso universitário:

“ELA [A MÃE] VIBROU ...QUANDO EU DEI A NOTÍCIA QUE PASSEI [NO VESTIBULAR PARA ENFERMAGEM], E FOI UMA DAS INCENTIVADORAS [DURANTE O CURSO]” (DEP. N.º7,P.2).

Alguns pais reconhecem, segundo seus filhos, a importância do ingresso deles no ensino superior, temendo a eliminação precoce que o sistema de ensino impõe, desencorajando a prosseguir aqueles que possuem baixo capital cultural. Estimulam seus filhos a permanecerem na carreira para a qual conseguem classificação, mesmo que esta seja considerada de baixo prestígio social.

Um outro ponto de discussão refere-se às estratégias de luta que os sujeitos da pesquisa empreendem para conciliar as atividades da graduação com as de técnico ou de auxiliar de enfermagem, desempenhadas no horário noturno. As aulas frequentadas no primeiro horário da manhã, seguidas de trabalho

distante dos campos de estágio, levam a articulações para abreviar a jornada de trabalho, sem prejuízos salariais. A *passagem de plantão*, mecanismo de controle dos gestos, que permite extrair dos corpos tempo e trabalho e que exerce o poder do olhar através da vigilância, é acertada entre os agentes. Como forma de escapar das malhas do poder que vigia, os agentes desenvolvem um processo de resistência, desempenham seu papel na forma de solidariedade, burlando o sistema de vigilância do poder central. A equipe de enfermagem cria um sistema paralelo de plantão, de apoio mútuo às necessidades uns dos outros.

“SAÍA MAIS CEDO, MAS SEMPRE PROCUREI ..., EU ACHO QUE ATÉ HOJE NINGUÉM TEVE PROBLEMA COMIGO A RESPEITO DE SAIR MAIS CEDO E DEIXAR TUDO ORGANIZADO” (DEP. N.º 9, P.6)

“[OS AUXILIARES E TÉCNICOS] ME AJUDAVAM PARA QUE EU PUDESSE SAIR MAIS CEDO E DEIXASSE O SERVIÇO PRONTO ...A ENFERMEIRA, PASSAVA O PLANTÃO PARA MIM, PORQUE EU TINHA QUE FAZER ESTÁGIOS EM LUGARES DISTANTES...” (DEP. N.º 5, P.5).

“NA ÉPOCA QUE EU TRABALHAVA E ESTUDAVA ERA MUITO DESGASTANTE, ...O QUE ME DESGASTAVA ERA A QUESTÃO FÍSICA MESMO ...MAS TINHA QUE TRABALHAR PARA PAGAR A FACULDADE [DE ENFERMAGEM]” (DEP. N.º 3, P.5).

Dada a origem social, o valor atribuído ao trabalho como meio fundamental para manutenção das condições de vida determina a aceitação do jogo, ou seja, das condições de trabalho impostas para manutenção no curso de graduação e no emprego. Em BOURDIEU (1989a), as atitudes inculcadas no ambiente familiar, através do

habitus, são reforçadas pelo “*próprio esforço que [os agentes] fazem para se apropriarem do seu trabalho e das suas condições de trabalho*”; isto é, fazem-nos apegar-se ao trabalho em si, contribuindo “*para a sua própria exploração*” (p.96), ou seja, o valor do trabalho é inculcado através do *habitus*.

“TINHA AQUELE RIGOR [NO HOSPITAL], TINHA UM CONTROLE DA PROFISSÃO, UMA DISCIPLINA E EU ME LEMBRO QUE NÃO PODIA DORMIR À NOITE, E ÀS VEZES, EU ESTAVA ENCOSTADA NO BALCÃO, E AQUILO JÁ ERA UM PROBLEMA, ... [A SUPERVISORA PERGUNTAVA:] VOCÊ NÃO TEM NADA PARA FAZER? ENTÃO, VAMOS ARRUMAR GAVETAS! E EU TINHA QUE FICAR ARRUMANDO GAVETAS, PORQUE NÃO PODIA DORMIR” (DEP. N.º 3, P.6).

A supervisão é um mecanismo de controle sobre os exercentes de enfermagem. Trata-se de uma tática de dominação em que a enfermeira supervisora exerce o “*centro de transmissão*” do poder. Na visão de FOUCAULT (1986), o “*indivíduo não é o outro no poder: é um dos seus efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa pelo indivíduo que ele constitui*” (p.183-184). A supervisora, como agente de ligação, procura ajustar os exercentes às normas da disciplina hospitalar e às normas do trabalho da enfermagem.

2.7. - AS ESTRATÉGIAS PARA A CONQUISTA DO RECONHECIMENTO PROFISSIONAL

A conclusão do curso de graduação gera grande expectativa. O saber é legitimado pela universidade, embora os exercentes não sejam imediatamente inseridos no mercado de trabalho como enfermeiros. A luta continua pela conquista do reconhecimento profissional, que o título lhes confere *como um direito*. O desconforto é grande no âmbito de uma equipe hierarquicamente constituída, suscitando mudança. Há submissão técnica e hierárquica, apesar da titulação conquistada:

“ERA DESAGRADÁVEL, O CURSO DE ENFERMAGEM EXIGE UM INVESTIMENTO MUITO GRANDE ...E, A GENTE IMEDIATAMENTE AO TERMINAR QUER COLOCAR EM PRÁTICA E COLHER OS FRUTOS DAQUELE INVESTIMENTO. E ISSO É BASTANTE COMPLICADO, QUER DIZER: A NECESSIDADE DE SAIR POR UMA PORTA E TER QUE ENTRAR POR OUTRA [NA MESMA INSTITUIÇÃO]; OU SAIR POR AQUELA PORTA E TER QUE ENTRAR POR OUTRAS PORTAS DE OUTROS LUGARES [INSTITUIÇÕES], PARA EXERCER A SUA ATIVIDADE ...ÀS VEZES A GENTE TEM ESSE TIPO DE DIFICULDADE... AGORA, AINDA TEM MAIS ALGUMA COISA PARA O EXERCÍCIO [DA PROFISSÃO]” (DEP. N.º 6, P.6).

“ELES [OS COLEGAS] ACHAM QUE EU NÃO LUTO, MAS NÃO É QUESTÃO DE LUTAR, É QUESTÃO DE RECONHECIMENTO MESMO ...SE AS PESSOAS NÃO ESTÃO ME ENXERGANDO AQUI, COMO PROFISSIONAL, COMO TEM OUTROS AQUI NA INSTITUIÇÃO. TEM ENFERMEIROS E FISIOTERAPEUTAS FORMADOS E EM OUTRAS ÁREAS TAMBÉM, QUE SÃO TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E CONTINUAM TRABALHANDO COMO TÉCNICO, E NÃO EXERCEM A PROFISSÃO ...O QUE VOU FAZER? VOGÊ FICA SEM OPÇÕES. FALAM QUE PS [PRESTADOR DE SERVIÇOS] NÃO PODE, QUE JÁ TEM UMA MATRÍCULA, MAS AO MESMO

TEMPO, VOCÊ SABE QUE PS NÃO TEM VÍNCULO COM A UNIVERSIDADE...” (DEP. N.º 9, P.4)

Os funcionários do serviço público, técnicos ou auxiliares de enfermagem, uma vez graduados, podem licitamente aspirar à permanência na mesma instituição como enfermeiros. Isto significa saltar, eliminar a fase de adaptação, adquirir prestígio de nível superior e conquistar progressão funcional. Uma vez tornada inconstitucional, desde 1988⁹⁰, a progressão interna nos níveis de carreira, a exigência de concursos públicos, pela própria burocracia, restringe o trânsito funcional. Nesse impasse, prevalece a prática de acumulação de cargo de técnico ou de auxiliar de enfermagem no serviço público com a de contrato como enfermeiro no serviço privado:

“ESTAVA ESPERANDO OUTROS CONCURSOS [PÚBLICOS]... PORQUE QUERIA EXERCER O CARGO DE ENFERMEIRA, EU NÃO QUERIA FICAR TÉCNICA ESPERANDO TODA VIDA, PODERIA ATÉ FICAR ESPERANDO DENTRO DA UNIVERSIDADE, MAS IRIA EXERCER DE QUALQUER MANEIRA CÁ FORA” (DEP. N.º 5, P.7).

Ou, ainda, de acumulação de dois cargos públicos:

“NO MESMO ANO QUE ME GRADUEI FIZ UM CONCURSO PÚBLICO PARA A SECRETARIA... E FUI APROVADO, FIQUEI COM OS DOIS [EMPREGOS]” (DEP. N.º 6, P.5).

⁹⁰ No Capítulo VII, artigo 37, item II da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, *a investidura em cargo público ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração.*

Neste caso apesar da ascensão profissional com o segundo emprego, o enfermeiro não se desliga do serviço federal como técnico de enfermagem, por questão de garantia. A conciliação de dois empregos representa mais uma fonte de renda e melhores condições de vida, ou seja, uma progressão social. A partir da promulgação da Constituição de 1988, na forma da lei, a acumulação passa a ser ilegal, quando *é vedada a vinculação ...de vencimentos, para o efeito de remuneração de pessoal do serviço público...* (Cap. VII, seção I, art. 37, item XVI). A equipe de enfermagem é uma das carreiras atingidas com a proibição de acumular no serviço público, embora tenha grande possibilidade no setor privado.

“[ESTOU] PERDIDA, PERDIDA MESMA. PARA VOCÊ CONCILIAR TRABALHO E ESTUDO, PARA SE APERFEIÇOAR, É MUITO DIFÍCIL. OS CURSOS SÃO EM HORÁRIOS RUINS. VOCÊ FAZ CONCURSO AQUI E ALI, ÀS VEZES É APROVADO OUTRAS, NÃO. QUANDO É APROVADO FALTA ALGUMA COISA, COMO EXPERIÊNCIA, ENTÃO PARA QUEM ESTÁ INICIANDO É MUITO DIFÍCIL. VOCÊ SÓ CONSEGUE EM INSTITUIÇÕES PARTICULARES, QUE NÃO LHE DÃO PERSPECTIVA PROFISSIONAL. VOCÊ APRENDE A PRÁTICA, COMO TRABALHADOR... MAS PENSAR TRABALHANDO VOCÊ NÃO CONSEGUE, É UMA SOBRE CARGA TERRÍVEL” (DEP. Nº9, P.7)

“JÁ TRABALHEI COMO ENFERMEIRO, ASSIM QUE ME FORMEI ...TRABALHEI COMO ENFERMEIRO SUPERVISOR DURANTE UM ANO E DOIS MESES ...EU GANHAVA PRATICAMENTE A METADE DO QUE GANHO AQUI COMO TÉCNICO DE ENFERMAGEM ...SE O SALÁRIO FOSSE COMPATÍVEL COM O CARGO, CLARO, SEM DÚVIDA, PELO MENOS AMENIZAVA UM POUQUINHO, PAGARIA ALGUNS PLANTÕES AQUI, FARIA ALGUMAS TROCAS ...FOI BASTANTE CANSATIVO, [MAS] FOI BOM REALMENTE, PORQUE EU ME REALIZEI PROFISSIONALMENTE” (DEP. N.º 7, P. 4-5)

A Tabela 18, a seguir, referente a **distribuição do número de empregos por exercentes**, mostra que mais da metade (36+6=42) dos enfermeiros têm mais de um emprego.

Tabela 18

Distribuição do número de empregos por exercentes

Empregos	Nº	%
1 emprego	33	44,0
2 empregos	36	48,0
3 empregos	06	8,0
Total	75	100,0

O Quadro 3, a seguir, sobre a **distribuição da situação dos enfermeiros por número de empregos e respectivos cargos ocupadas** indica que 43 enfermeiros – correspondentes aos 30 que ocupam o cargo de técnico e aos 13 o de auxiliar de enfermagem - não têm ascendido de categoria nos hospitais pesquisados, embora tivessem concluído o curso de graduação em enfermagem.

Este quadro revela que, apesar de 09 enfermeiros terem concluído outro curso de graduação, além do de enfermagem, apenas 01 informa exercer atividade fora do campo da enfermagem, levantando a hipótese de permanência de acumulação de profissões.

QUADRO 3

Distribuição da situação dos enfermeiros por número de empregos e respectivos cargos ocupadas

NÚMERO DE EMPREGOS													
UM EMPREGO		MAIS UM EMPREGO DE							MAIS DOIS EMPREGOS DE				Total geral
Função	Sub-total	Enf ^o docente	Enf ^o assistencial	Técnico de enf.	Auxiliar de enf.	Aten Dente	Em outra profissão	Sub-total	Enf ^o /Enf ^o	Enf ^o /Técnico de enf.	Enf ^o /Auxiliar de enf.	Sub-total	
Enfermeiro-docente	08	-	02	-	-	-	-	02	-	-	-	-	10
Enfermeiro assistencial	11	-	07	-	01	01	01	10	-	01	-	01	22
Técnico de enf.	10	02	08	02	05	-	-	17	01	01	01	03	30
Auxiliar de enf.	04	-	05	-	02	-	-	07	02	-	-	02	13
Total	33	02	22	02	08	01	01	36	03	02	01	06	75

Em relação aos 36 enfermeiros detentores de mais de um posto de trabalho, 02 são docentes no outro emprego; 22 ocupam outro cargo de enfermeiro assistencial; 02 o cargo de técnico de enfermagem; e 08 o de auxiliar de enfermagem. Entre os que informaram ter mais de dois postos de trabalho, 03 ocupam cargo de enfermeiro assistencial nas outras duas instituições; 02 ocupam numa instituição o cargo de técnico e na outra o de enfermeiro assistencial; e 01 ocupava o cargo de auxiliar numa e na outra o de enfermeiro assistencial.

Entre os 43 exercentes que permanecem nos cargos de nível médio nos hospitais da UFRJ, 20 exercentes (46,5%) – somando 13 técnicos e 07 auxiliares – de alguma forma ocupam o cargo de enfermeiro nas instituições em que trabalham. Este fato, sugere uma

estratégia para uma parcela significativa da amostra (65:20), aquela não ascendente à categoria de enfermeiro nos hospitais da UFRJ – a de lograr realização profissional noutra instituição. O exercente combina assim, a atividade com a perspectiva da mobilidade social, dada a possibilidade do regime de escala de horário na equipe de enfermagem. Na equipe de enfermagem, a escala de serviço mais usual é a jornada de doze horas diárias com intervalo para descanso e/ou folga entre trinta e seis e sessenta horas. Os enfermeiros que permanecem nos hospitais na qualidade de técnicos e auxiliares de enfermagem, cargos tecnicamente menos qualificados, a despeito da inquestionável experiência adquirida, servem menos aos interesses pessoais e mais às necessidades institucionais para a manutenção de pessoal com remuneração inferior ao nível de qualificação universitária. A permanência nessas categorias não implica necessariamente reconhecimento oficial e social, tão aspirados ao final dos cursos de graduação.

Os Quadros 4, 5 e 6 referem-se a **distribuição do grau de satisfação dos enfermeiros por cargos/instituições de trabalho**. Dos 75 pesquisados, apenas 63 expressaram seu grau de satisfação em relação ao trabalho.

O grau de satisfação assinalado compreende: *Emprego 1*, referente ao cargo ocupado na instituição onde foi realizado o estudo – escolas de enfermagem e hospitais da UFRJ; *Emprego 2*, a segunda instituição que trabalha e o cargo correspondente; *Emprego 3*, a terceira instituição e o cargo correspondente. Como *Emprego 2* e

Emprego 3 foi considerada a ordem de classificação atribuída pelo respondente.

O Quadro 4, a seguir, refere-se a **distribuição do grau de satisfação dos enfermeiros em relação às instituições/cargo de nível superior ocupado.**

QUADRO 4

Distribuição do grau de satisfação dos enfermeiros em relação as instituições/cargo de nível superior ocupado¹

Cargo Grau de satisfação Instituição	Enfermeiro docente					Enfermeiro assistencial				
	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatis- feito	Total	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatis- feito	total
EMPREGO 1²										
Com: a instituição	5	2	1	-	8	2	10	2	6	20
O setor ou departamento	5	2	1	-	8	4	8	6	2	20
O tipo de atividade	5	1	1	1	8	7	7	5	1	20
O horário de trabalho	4	1	3	-	8	6	7	5	2	20
EMPREGO 2										
A instituição	-	1	-	-	1	4	8	4	6	22
O setor ou departamento	1	-	-	-	1	8	9	2	3	22
O tipo de atividade	1	-	-	-	1	15	5	-	2	22
O horário de trabalho	-	1	-	-	1	8	9	4	1	22
EMPREGO 3										
A instituição	-	-	-	-	-	2	3	1	-	6
O setor ou departamento	-	-	-	-	-	2	2	2	-	6
O tipo de atividade	-	-	-	-	-	4	1	1	-	6
O horário de trabalho	-	-	-	-	-	2	2	2	-	6

1- eliminadas as informações incompletas

2- hospitais da UFRJ e escolas de enfermagem

No Quadro 4, entre os enfermeiros que exercem atividades *docentes* é predominante o grau *muito satisfeito*. De modo geral os enfermeiros ocupantes de cargos de nível superior nos hospitais da UFRJ – *enfermeiro assistencial* – mostram-se *satisfeitos* com a instituição (10), o setor (08), o tipo de atividade exercida (07), e o horário de trabalho (07)

Quanto ao segundo emprego (2ª parte do Quadro 3), dos 22 exercentes que ocupam cargo de enfermeiro assistencial em outra instituição, 15 informam estar *muito satisfeitos* com a atividade, 08 estavam *satisfeitos* com a instituição, e 09 com o setor e o horário de trabalho, indicando apreço pelo segundo posto de trabalho.

Entre os 06 exercentes que têm mais dois postos de trabalho, ou seja, três empregos (3ª parte do Quadro 3), o grau de satisfação revela-se semelhante ao do grupo anterior: 04 estavam *muito satisfeitos* com a atividade e 03 *satisfeitos* com a instituição. Por sua vez, os exercentes de enfermagem, ocupantes de cargos de enfermeiro nas diferentes instituições em que trabalham, revelam um grau de satisfação bastante positivo em relação aos diferentes postos de trabalho.

O Quadro 5, refere-se a **distribuição do grau de satisfação dos enfermeiros em relação às instituições/cargos de nível médio ocupado.**

QUADRO 5

Distribuição do grau de satisfação dos enfermeiros em relação às instituições/cargos de nível médio ocupados¹

Cargo Grau de satisfação Instituição	Técnico de enfermagem					Auxiliar de enfermagem				
	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito	Total	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito	total
EMPREGO 1²										
Com: A instituição	4	7	11	5	27	-	4	1	3	8
O setor ou departamento	4	16	7	-	27	1	7	-	-	8
O tipo de atividade	6	10	6	5	27	1	4	2	1	8
O horário de trabalho	6	16	2	3	27	1	5	2	-	8
EMPREGO 2										
A instituição	-	1	2	1	4	2	2	1	1	6
O setor ou departamento	-	2	1	1	4	2	4	-	-	6
O tipo de atividade	-	2	1	1	4	3	3	-	-	6
O horário de trabalho	-	3	1	-	4	3	3	-	-	6

1- eliminadas as informações incompletas

2 – hospitais da UFRJ

O Quadro 5, referente a **distribuição do grau de satisfação dos enfermeiros em relação às instituições/cargos de nível médio ocupado**, mostra que, entre os 27 enfermeiros que ainda ocupam o cargo de **técnico de enfermagem** nos hospitais da UFRJ (1ª parte do Quadro), mais da metade do grupo (16) expressa *satisfação* com o setor e o horário de trabalho. No entanto, quanto à instituição, 11 enfermeiros revelam estar *pouco satisfeitos* e 05 *insatisfeitos*. Além disso, alguns informam estar *pouco satisfeitos* (6) ou *insatisfeitos* (5) com a atividade que desempenham. Esses dados diferem das informações dos 08 enfermeiros ocupantes de cargos de **auxiliar de enfermagem**. A metade, no mínimo, mostrou-se *satisfeita* com a instituição (04), com o setor (07), com o tipo de atividade (04) e com o horário de trabalho (05)

Quanto ao segundo emprego (2ª parte do Quadro 4), os exercentes (04), ocupantes de cargos de técnico de enfermagem, expressam *satisfação* com o setor (02), o tipo de atividade (02), e o horário de trabalho (03). No entanto, a maior parte dos exercentes (06) ocupantes de cargos de auxiliar de enfermagem, na sua maioria, revelam estar *muito satisfeitos* ou *satisfeitos* com o trabalho. Dois, apenas, informam *pouca satisfação* e *insatisfação* com a instituição.

O Quadro 6, a seguir, sobre a **distribuição do grau de satisfação do enfermeiro com a instituição/cargo ocupado em outra área profissional**, indica *muita satisfação* com a atividade e *satisfação* com os demais aspectos do trabalho.

QUADRO 6

Distribuição do grau de satisfação do enfermeiro em relação ao cargo/instituição em outra área profissional

Instituição	Grau de satisfação				Total
	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito	
Com: A instituição	-	1	-	-	1
O setor ou departamento	-	1	-	-	1
O tipo de atividade	1	-	-	-	1
O horário de trabalho	-	1	-	-	1

Ser enfermeiro e continuar na escala de trabalho dos técnicos e auxiliares parece ser uma situação incômoda. Embora pertencente à equipe de enfermagem, há relatos dos exercentes que indicam dificuldades para identificar o grupo a que pertencem. Devido à posição indefinida, estabelecem um tipo de relação com os técnicos e os auxiliares, visando à conciliação, mas, na realidade, o resultado disso é um jogo velado de conflitos internos entre categorias:

“[DEPOIS DE FORMADA] PROCUREI CONTINUAR O BOM RELACIONAMENTO QUE SEMPRE TIVE COM AS MINHAS COLEGAS [AUXILIARES E TÉCNICAS] ...SINCERAMENTE É UMA SITUAÇÃO TERRÍVEL... É UMA FAÇA DE DOIS GUMES: SE VOCÊ FICA CONVERSANDO MUITO COM OS ENFERMEIROS [AS AUXILIARES E TÉCNICAS] JÁ ACHAM QUE VOCÊ ESTÁ PARA O LADO DOS ENFERMEIROS, QUE ESTÁ MODIFICANDO ...EU CONVERSAVA COM OS

ENFERMEIROS, MAS TAMBÉM CONVERSAVA MUITO COM ELAS...” (DEP. N.º 5, P.6).

O exercente ao assumir o papel de enfermeiro imediatamente tem início uma certa diferença em relação aos exercentes de nível médio. Há uma aparente integração do enfermeiro ao grupo de exercentes de nível médio porque, de fato, a ele não mais pertence. Passa a incorporar o poder de impor como e quando os técnicos e auxiliares devem dar conta do que-fazer da enfermagem. Como as lutas reproduzem as estruturas e as hierarquias do campo da saúde, a acumulação do capital específico do campo da enfermagem coloca-o em posição privilegiada nas relações de força, a de dominação. Conhecedor do universo de trabalho dos técnicos e auxiliares, ou seja, das *armas simbólicas* que estes usam no jogo pelo poder de decidir, usa o cuidado direto ao doente como uma estratégia na luta pela dominação e avoca para si o direito de interagir e agir com e como eles, buscando maior aproximação. Na verdade, dissimulando as relações de poder, reafirma o seu poder legítimo e impõe sua visão de mundo de acordo com os seus próprios interesses:

“QUANDO FUI TRABALHAR COMO ENFERMEIRA JÁ TINHA UMA RELAÇÃO DE AMIZADE MUITO BOA COM OS AUXILIARES... UMA COISA QUE ERA MINHA, NÃO MANDAVA FAZER, ME LEVANTAVA E FAZIA. AÍ, ELES FALAVAM ASSIM: [ELA] TEM UM MODO DE TRABALHAR DIFERENTE, ELA OBRIGA A GENTE TRABALHAR, PORQUE ELA VAI LÁ E FAZ O NOSSO TRABALHO. EU EXERCIA UMA LIDERANÇA DAQUELE QUE VAI PARA O 'FRONT', ENTÃO EU IA LÁ, NÃO SELECIONAVA ...EU CONSEGUI ME APROXIMAR MUITO DAS AUXILIARES... TINHA ALGUMAS [AUXILIARES] QUE NÃO GOSTAVAM DE MIM, ELAS QUERIAM QUE EU FOSSE COMO AS OUTRAS CHEFES” (DEP. N.º 2, P.8).

Nos serviços de saúde, é delegada, aos técnicos e auxiliares, a maioria dos cuidados de assistência direta ao paciente. Ao enfermeiro cabem as ações de enfermagem de maior complexidade e as funções de gerenciamento dos recursos materiais e humanos da equipe. Os técnicos e auxiliares consideram invasão do enfermeiro no seu espaço de trabalho, quando ele desempenha as atividades que historicamente são atribuídas àquele grupo. Entretanto, não têm poder para fazer prevalecer sua visão, ou seja, determinar quando e como as ações devem ser realizadas. Nesse impasse, alguns técnicos e auxiliares procuram juntar-se ao enfermeiro para prestar a assistência para, no fim, tentar insinuar seu ponto de vista. Outros, fazem com que chegue ao conhecimento do enfermeiro o desagrado dessa invasão de espaço.

A demonstração do saber e do que-fazer, como capital específico é uma forma velada de exercer o poder, de dominar o jogo.

“TRABALHAVA COM OS AUXILIARES E FAZIA [TAMBÉM] MINHAS ATIVIDADES... EU ACHO QUE É ISSO QUE VALORIZA O ENFERMEIRO, QUANDO ELE CHEGA PERTO DO PACIENTE, QUANDO DEMONSTRA QUE SABE...” (DEP. N.º 3, P. 14).

Segundo CLEGG (1996) “(...) a melhor supervisão não se limita exclusivamente a controles diretos. Ela se estende também a práticas culturais de adesão, de permissão e de persuasão morais, ou seja, técnicas formalizadas” (p.52). Esta estratégia é usada como trunfo em jogo pelo exercício do poder, no campo da enfermagem.

Ilustrando o velado jogo, uma enfermeira acrescentou, em seu depoimento, outra percepção sobre o espaço das relações, o reconhecimento legítimo do ser enfermeira, ou seja, manifesta a ocupação do cargo de enfermeira como sendo seu espaço de direito de participar das decisões:

“[COMO ENFERMEIRA] VOCÊ É MAIS RESPEITADA, PARTICIPA MAIS DAS DECISÕES, COISA QUE COMO AUXILIAR E TÉCNICO NUNCA VÃO TE CHAMAR PARA ISSO. VOCÊ É MAIS RESPEITADA EM TUDO, COMO PROFISSIONAL...” (DEP. N.º 5, P.8).

2.8. - O JOGO DA ESPERA

A conclusão do curso de graduação, traz a expectativa de uma breve fase de inserção no mercado de trabalho no posto de enfermeiro. Para alguns exercentes, o tempo de espera é mais curto. Usando estratégias diferenciadas, embora com o mesmo objetivo, lançam-se às oportunidades que se apresentam:

“EU ME GRADUEI E LOGO FUI FAZENDO A HABILITAÇÃO, PRESTEI CONCURSO PARA RESIDÊNCIA E PASSEI (...) DURANTE A RESIDÊNCIA FIZ CONCURSO PARA [ENFERMEIRO DO] MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (...) FIQUEI POUCO TEMPO, LÁ. NESSE ÍTERIM FIZ CONCURSO PARA CÁ, PASSEI E TIVE QUE SAIR ... (DEP. N.º 4, P.3-4)

“(...) EM 85, QUANDO TERMINEI A GRADUAÇÃO SURTIU AQUELA ESTÓRIA DOS CONTRATOS EMERGENCIAIS [PARA O MUNICÍPIO] (...) E, EU FUI TRABALHAR NO PROJETO EMERGENCIAL, ... DEPOIS ABRIU VAGA PARA O CONCURSO DO MUNICÍPIO PARA REGULARIZAR A SITUAÇÃO

DESSE PESSOAL EMERGENCIAL, E, EU PASSEI NO CONCURSO E FIQUEI NO QUADRO [DE ENFERMEIROS]. NESSE MESMO ANO FIZ CONCURSO PARA RESIDÊNCIA NA UERJ, PASSEI E FUI CHAMADA. FIZ A PROVA DE SELEÇÃO DO IPPMG, TAMBÉM PASSEI E ACABEI OPTANDO PELO IPPMG. AÍ, CONCLUSÃO, EU FIQUEI TRABALHANDO COMO ENFERMEIRA NO MUNICÍPIO E COMO ENFERMEIRA NO IPPMG, NOS DOIS ... (DEP. N.º 2, P. 6-7)

"(...) EU LARGUEI O HOSPITAL DO FUNDÃO. O PESSOAL FICOU HORRORIZADO. MAS, COMO? FEDERAL? E EU FUI EMBORA. COMIGO NÃO TINHA ESSA, EU JÁ TINHA SAÍDO DO ESTADO E JÁ TINHA SAÍDO DO INSTITUTO, NESSA ÉPOCA. ENTÃO, FUI TRABALHAR EM SÃO PAULO, COMO ENFERMEIRA" (DEP. N.º 3, P.7)

Há constatação, portanto, de que alguns entrevistados podem ter desprezado oportunidades na expectativa de obter, na instituição hospitalar em que trabalham, uma possível ascensão profissional e social, tão esperada após a conclusão do curso de graduação:

"EU ATÉ PENSAVA QUE FOSSE MAIS FÁCIL [TRABALHAR COMO ENFERMEIRO], PORQUE SOU FUNCIONÁRIO DE UMA REPARTIÇÃO PÚBLICA E FUI FAZER [A GRADUAÇÃO] EM ENFERMAGEM. ACHO QUE TERIA UMA ASCENSÃO FUNCIONAL MAIS RÁPIDA..." (DEP. N.º 7 P.4).

" (...) SE EU PUDESSE TER TIDO A OPORTUNIDADE DE ME FORMAR E PODER ENTRAR AQUI [COMO ENFERMEIRA], EU GOSTARIA (...) SE EU PUDESSE PARAR O TEMPO, ESPERAR ME FORMAR E ENTRAR AQUI COMO ENFERMEIRA (...) A TODO MOMENTO A GENTE QUER SER O QUE A GENTE QUIS SER" (DEP. N.º 8, P. 8)

O tempo de espera para chegar à categoria de enfermeiro, continua sendo momento de profunda insatisfação. Com uma fase de inserção no mercado de trabalho mais longa e difícil, o destino profissional avidamente perseguido, parece com o tempo perder o rumo:

“VOCÊ SE SENTE DECEPCIONADO ...REALMENTE É MUITO DESESTIMULANTE, DEPOIS DE TANTO SACRIFÍCIO ...QUANDO VOCÊ VISA UMA PROFISSÃO, TIPO NÍVEL SUPERIOR, IMAGINA QUE REALMENTE VAI TER MELHORES CONDIÇÕES DE VIDA EM TERMOS SALARIAIS E MESMO CONFORTO, ...ALÉM DE REALIZAR O EGO COMO PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR... TER RETORNO FINANCEIRO” (DEP. N.º 7, P.4).

“ESTOU INSATISFEITA, MAS SOBRE OS ENFERMEIROS EU NÃO POSSO RECLAMAR. EU COMUNICO, INFORMO, [E ELES] TOMAM CIÊNCIA DO TIPO DE ASSISTÊNCIA QUE EU DOU. ELES ME APOIAM PARA QUE EU FAÇA CERTAS COISAS, MAS NÃO ASSUMI O PAPEL DE ENFERMEIRA...” (DEP. N.º 9, P.7)

Os enfermeiros que, nos hospitais, permanecem na escala de serviços dos técnicos e auxiliares de enfermagem têm sido excluídos das aparentes ações que representam o poder e entram em confronto com os exercentes, que ocupam o cargo de enfermeiro, com a intenção de compartilhar o monopólio dos enfermeiros de exercer o poder visível na equipe de enfermagem. Lutam para ser reconhecidos enfermeiros na instituição hospitalar onde trabalham como técnicos ou auxiliares. O agente de oposição, no jogo, é sempre representado por outro enfermeiro, titulado e oficialmente nomeado pela instituição, dotado de mais capital para nele se posicionar e, conseqüentemente,

dotado de maior possibilidade de impor o seu ponto de vista (BOURDIEU, 1989a, 148-150):

“AJO COMO UMA ENFERMEIRA, MAS NA HORA DE ASSINAR É QUE AS COISAS MUDAM ...EU NÃO PRECISO PERGUNTAR QUAL É A MINHA ESCALA, EU JÁ SEI, SÓ ESPERO ELAS [AS ENFERMEIRAS] FAZEREM, ELAS SEMPRE FALAM: TEM QUE SER UMA ENFERMEIRA PARA CUIDAR DELE [DO PACIENTE]... AÍ NESSE MOMENTO EU SOU ENFERMEIRA ...[NO] QUE DIZ RESPEITO A DIVIDIR, COMPARTILHAR, QUESTIONAR, AS DECISÕES SÃO DELAS, DAS ENFERMEIRAS, EU SÓ AUXILIO NO SUFOCO...” (DEP. N.º 8, P.12).

São sempre difíceis as relações de trabalho dos exercentes graduados em enfermagem que continuam nos postos de técnicos ou de auxiliares de enfermagem.

“ESTOU INSATISFEITA E DECEPCIONADA COM OS PRÓPRIOS PROFISSIONAIS... EU VEJO AS ENFERMEIRAS, ELA SE SEPARAM DOS AUXILIARES E ELAS NÃO SÃO DIFERENTES DELES. ELAS FAZEM PARTE DA EQUIPE. EXISTE UMA DIVISÃO: VOCÊS SÃO TÉCNICOS E AUXILIARES E IRÃO FICAR AÍ, E EU SOU ENFERMEIRA, SOU IMUNI A QUALQUER COISA, SE EU SEI MUITO OU POUCO, ISSO NÃO INTERESSA A VOCÊS. É O QUE SE VÊ...” (DEP. N.º 7, P.7)

Entretanto, o poder do título profissional, no fundo, impõe respeito:

“O POSICIONAMENTO DELES [DOS ENFERMEIROS], A GENTE VÊ, QUE É UM POSICIONAMENTO ASSIM: DE QUE EU SOU COLEGA DELES, AGORA, EU NÃO SOU MAIS O AUXILIAR, EU NÃO SOU MAIS O TÉCNICO. [EXISTE] AQUELA PREOCUPAÇÃO DE VOCÊ OBSERVAR O COMPORTAMENTO DELE REFERENTE AO TRABALHO...” (DEP. N.º 7, P.5).

Na vivência cotidiana de situações conflituosas, o poder de impor uma visão objetiva muitas vezes se dá pela estratégia de recusa em realizar atividades que a outros técnicos e auxiliares são invariavelmente impostas e inapelavelmente aceitas:

“[A ENFERMEIRA] SUPERVISORA APARECEU AQUI [NO SETOR] E DISSE [PARA A ENFERMEIRA CHEFE]: FALA COM [O DEPOENTE] ...E VÊ SE ELE NÃO QUER FAZER O SERVIÇO DO ATENDENTE, EU QUESTIONEI: [SERVIÇO] DE ENFERMEIRO NUNCA, ISTO É, A PESSOA É TÉCNICA OU AUXILIAR, É FORMADA E NUNCA PODE FAZER O SERVIÇO DO ENFERMEIRO, MAS O DE ATENDENTE ELA PEDIU PARA EU ASSUMIR, SÓ QUE EU NÃO VOU ASSUMIR. MAS, QUANDO NÃO TEM ENFERMEIRO NO POSTO, E ISSO REALMENTE ACONTECE VÁRIAS VEZES, [A GENTE] TOMA AS PROVIDÊNCIAS REALMENTE DE ENFERMEIRO” (DEP. N.º 7, P.6).

Há resistência ao poder, ainda que velada, na hierarquia administrativa, como se observa na linha de pensamento do poder como relação de força, de FOUCAULT (1986):

“a análise dos mecanismos do poder não tende a mostrar que o poder é ao mesmo tempo anônimo e sempre vencedor. Trata-se ao contrário de demarcar as posições e os modos de ação de cada um, as possibilidades de resistências e de contra-ataque de uns de outros” (p.226).

Comungando tal percepção, sustenta BOURDIEU (1989a):

“o princípio do movimento perpétuo que agita o campo (...) reside nas ações e nas reações dos agentes que, (...) não têm outra escolha a ser de

lutar para manterem ou melhorarem a sua posição no campo, (...) contribuindo assim para fazer pesar sobre todos os outros os constrangimentos, freqüentemente vividos como insuportáveis, que nascem da concorrência” (p.85).

Os exercentes/enfermeiros reivindicam o reconhecimento para exercer o poder do saber, normalmente conferido aos enfermeiros nomeados. Impedidos desse exercício, empreendem estratégias diversas para se fazer conhecer:

“ESTOU TENTADO CONCURSOS PARA TER UMA CONDIÇÃO MELHOR E PODER DIZER: CHEGA, NÃO QUERO MAIS FICAR AQUI ...NÃO SEI SE TENHO PALAVRAS PARA DIZER O QUE ESTOU SENTIDO [APÓS 5 ANOS DE FORMADA], MAS ACHO QUE É ANGÚSTIA, ANSIEDADE, [QUE] CAUSA ATÉ PROBLEMAS FISIOLÓGICOS, TENHO UMA GASTRITE POR NÃO CONSEGUIR [SER ENFERMEIRA], E, QUANDO EU TENTO ASCENDER, FAZER ALGUM CONCURSO, TENHO UMA ANSIEDADE, UMA NECESSIDADE DE PASSAR MUITO GRANDE ...AQUI, COMO ENFERMEIRA, HOJE, ESTOU MUITO FRUSTRADA [E] TRABALHANDO COMO TÉCNICA, FRUSTRADÍSSIMA...” (DEP. N.º 8, P.9).

Quanto mais se esforçam para impor o ponto de vista, mais reforçam a posição dominada nas relações de força. A resistência ao jogo tem sua motivação nos ganhos simbólicos ou materiais conquistados e nos que aspiram a conquistar:

“EU ME SINTO COMO A MULHER MARAVILHA, QUE TEM QUE SE TRANSFORMAR VÁRIAS VEZES, ...LÁ EM CIMA [EM OUTRO MUNICÍPIO] NINGUÉM SABE QUE TRABALHO AQUI COMO TÉCNICA... TENHO VERGONHA DE FALAR, PORQUE AS PESSOAS NÃO IRÃO ENTENDER. NÃO TENHO VERGONHA DE

SER TÉCNICA, MAS ESTOU INSATISFEITA ...LÁ EU SOU A ENFERMEIRA QUE EDUCA, QUE ENSINA [É PROFESSORA], EU GANHO MENOS DO QUE UM AUXILIAR AQUI, GANHO POUCO, ...FINANCEIRAMENTE É UM CAOS, E ESTE É O MOTIVO [PARA] QUE EU AINDA TENHA ESSE VÍNCULO AQUI [NO HOSPITAL]” (DEP. N.º 8, P.7-8).

Com o tempo, porém, a intensidade do jogo e as inúmeras lutas em diferentes campos de força parecem extenuar o enfermeiro. Com a possibilidade de ascensão cada vez mais remota, passam a questionar os próprios pares, cobrando reações:

“VOCÊ SE ESFORÇA, VAI FAZER UMA FACULDADE E NÃO VÊ NENHUMA FORÇA DE VONTADE, POR PARTE DAS PESSOAS QUE ESTÃO NA LIDERANÇA [DA ENFERMAGEM], DE FAZER ALGUMA COISA POR VOCÊ, ENTÃO, REALMENTE ISSO AÍ É DESESTIMULANTE PARA QUALQUER PROFISSIONAL...” (DEP. N.º 7, P.3).

Segundo CHANLAT (1996) *“é através das relações que ele [o ser humano] mantém com o outro pelo jogo das identificações – introspecção, projeção, transferência, etc. – que ele se vê seu desejo e sua existência reconhecidos ou não”* (p.30).

A falta de reconhecimento profissional pode levar à tentativa de abandono do campo de luta, como se, em outros campos, a situação não venha se reeditar:

“ESTOU PENSANDO EM FAZER OUTRA GRADUAÇÃO ...EM FAZER DIREITO OU FISIOTERAPIA, ALGUMA OUTRA PROFISSÃO PARALELA ...CAMINHEI, CAMINHEI, TENTEI UM OBJETIVO, [QUE] ATÉ AGORA NÃO FOI CONCRETIZADO, É LAMENTÁVEL, É TRISTE, MAS ESTOU NA ESPERANÇA QUE ALGUMA COISA MUDE

**...A REALIDADE TEM QUE SER VISTA: ESTOU
COMO TÉCNICO APESAR DE SER ENFERMEIRO”
(DEP. N.º 7, P. 7).**

Para ENGUITTA (1989) “*a própria experiência da progressão escolar redundava na interiorização dos fracassos escolares e social (...) Se podia progredir na escola poderá progredir também na sociedade*” (p.216). No entanto, a escola deixa seus excluídos para trás. Para o autor, a exclusão é lenta e pouco aparente, porque “*cada caso aparece como uma combinação específica de êxitos e fracassos parciais, pontos fortes e fracos, sucessos e insuficiências*” (p.215). As exclusões são percebidas como fracassos individuais. Ainda para o autor, outros mecanismos também atuam re-allocando os indivíduos na classe social de origem, re-corrigindo a trajetória. O esfriamento das perspectivas pessoais é um deles. Nas suas palavras, quando “*se acumulam os pequenos fracassos, [e há] indicações de que não vai conseguir ir mais muito longe, chega o momento de retirar-se discretamente e sem escândalo*”(p.215).

Ingressar na categoria de enfermeiro, com base nesta concepção, e lançar-se numa escala social, remete o exercente a um futuro cada vez mais distante. O agente, conforme BOURDIEU, não se exclui do jogo. Propõe-se a jogar ou lutar somente fora do campo de conhecimento da enfermagem ...mas “o jogo social” continua.

2.9. - OS ELEITOS: o estímulo à profissão de prestígio

Os sujeitos da presente pesquisa, migrados para o campo universitário, ou seja, incentivados à docência em enfermagem, apresentam traços que os distinguem dos demais colegas. Esses traços são percebidos e assimilados por seus professores ou outros enfermeiros, os quais são capazes de reconhecê-los como diferenciais e, uma vez dotados da aptidão e da inclinação para reproduzi-los, fazem notar a diferença. Pode-se supor, pelos depoimentos, que as pessoas, deliberada ou objetivamente envolvidas em relações simbólicas com docentes enfermeiros, através de uma ação pedagógica prolongada, assimilaram a ideologia da profissão, passando a demonstrar reatualização de *habitus* e, portanto, de expressão de marcas de distinção próprias a um professor de enfermagem:

“ESSE EMPREGO [DE PROFESSORA], CONSEGUI LOGO APÓS DE FORMADA, FOI INDICAÇÃO DOS PROFESSORES ...ELES OBSERVARAM ESSE TRAÇO MEU ... E ME INDICARAM PARA TRABALHAR COMO DOCENTE” (DEP. N.º 1, P.5).

A passagem do “estado”⁹¹ de enfermeiro assistencial para o “estado” de professor de enfermagem é um passo ao longo de uma trajetória profissional, com sentido simbólico vertical, em direção a um domínio cultural qualitativamente diferente. Os símbolos

⁹¹ Estado, conforme Mc LAREN (1992) sugere “estilos de interação com o ambiente e com os outros, que poderiam talvez ser apropriadamente rotulados de conjuntos ou conglomerados de comportamentos”, isto é, “constituem uma determinada forma de se relacionar com ambientes, eventos e pessoas” (p.131).

encontrados na escola de enfermagem são repassados aos estudantes durante o processo de formação. Para o enfermeiro docente esses símbolos são vivos, vivenciados e repassados. Como formadores ou re-atualizadores de *habitus*, adquirem o domínio dos códigos, dos rituais e das formas de repassá-los, bem como incorporam e difundem os valores morais e intelectuais da profissão. Funcionam como orquestradores espontâneos dos ritos instrucionais. Para alguns enfermeiros, os gestos, movimentos e costumes acumulados na vida profissional não são difíceis de transpor para o papel de docentes.

A conquista da carreira docente, no entanto, exige apropriações específicas do seu campo. Segundo BOURDIEU e PASSERON (1982), “a instituição escolar é a única a deter completamente ...o poder de selecionar e de formar ...aqueles aos quais ela confia a tarefa de perpetuá-la, assim, garante a reprodução circular”, ou seja, a conservação das “normas de autoperpetuação” (p.206). Seleciona os que são dotados de “propriedades visíveis” (p.206) identificadas com o papel dos professores:

“EM 88 TEVE UM CONCURSO PARA O [DEPARTAMENTO] E A PROFESSORA A (...), QUE JÁ ME CONHECIA DE LÁ [DO HOSPITAL] DISSE: VOCÊ TEM QUE FAZER, VOCÊ VAI PASSAR... INSISTIRAM TANTO QUE EU ACABEI FAZENDO” (DEP. N.º 2, P.9).

Ser professor de enfermagem significa reunir *traços distintivos*, que simbolizam uma posição diferente no grupo de

enfermeiros, resultando em melhores oportunidades de crescimento profissional e por conseguinte de melhorar seu *status* social:

“VOCÊ TEM QUE SER DOCENTE DE ENFERMAGEM, É MELHOR PARA VOCÊ... AQUI NO HOSPITAL NÃO TEM FUTURO, ESTOU HÁ 30 ANOS TRABALHANDO AQUI, [E] NÃO PASSO DESSE NÍVEL ...VOCÊ NÃO TEM PRESTÍGIO, NÃO TEM STATUS, NÃO TEM NADA...” (DEP. N.º 2, P.8).

O título profissional ou escolar, para BOURDIEU (1989a), é um capital e, além de

“raridade simbólica deste título no espaço dos nomes de profissão que tende a comandar a retribuição da profissão (e não a relação entre a oferta e a procura de uma certa forma de trabalho); (...) não é o valor relativo do trabalho que determina o valor do nome mas o valor institucionalizado do título que serve de instrumento o qual permite que se defenda e se mantenha o valor do trabalho” (p.149)

Embora a opção profissional pareça ter sido uma casualidade, em verdade foi contingenciada pelos traços, gestos, ações, identificados com os do papel de um professor.

“TINHA AMIGAS QUE TRABALHAVAM COMIGO LÁ NO HOSPITAL... UM BELO DIA DENUNCIARAM QUE HAVERIA UM CONCURSO PARA PROFESSOR AUXILIAR NA ...E DEPOIS DO ANÚNCIO VEIO A INTIMAÇÃO: VAMOS FAZER ...ACABEI ENTRANDO NO CONCURSO POR INFLUÊNCIA DELAS ...E LÁ, EU FUI APROVADO” (DEP. N.º 6, P.8).

São fundamentais para o exercente, na definição da carreira, as relações estabelecidas durante toda a trajetória profissional, desde a função de auxiliar, de técnico até a de graduado em enfermagem.

A afinidade que o enfermeiro possui com os esquemas de pensamento, de percepção, de apreciação e de ação do professor de enfermagem é valorizada entre os pares e contada como capital para a docência.

Há diferença de estilo entre o enfermeiro e o professor de enfermagem. Os traços ou marcas distintivas são nítidos no espaço social. Para BOURDIEU (1992), a busca pela distinção supõe a *busca do refinamento* (p.15-16). Isto é exemplificado no seguinte depoimento:

“ACHO QUE POUCAS [PESSOAS] DEVEM TER PERCORRIDO ESTA TRAJETÓRIA, DO CURSO TÉCNICO, DO CURSO DE GRADUAÇÃO, HOJE PROFESSOR E CURSANDO UMA PÓS-GRADUAÇÃO... ENTÃO, A EXPERIÊNCIA DE PERCORRER POR DENTRO DA PROFISSÃO É COMO VÁRIAS PEÇAS DE TEATRO, NÃO APENAS DO LADO DA PLATÉIA, MAS TAMBÉM DO LADO DA COXIA [BASTIDORES], ...A GENTE PASSA A DOMINAR OU MELHOR CONHECER VÁRIOS ASPECTOS DA REALIDADE ...ENFIM, UMA MULTIPLICIDADE DE SITUAÇÕES...” (DEP. N.º 6, P.8).

A carreira docente, vista como uma ampliação da trajetória profissional, implica uma hierarquia simbólica, resultando em grupos de *status*:

“A IDÉIA QUE A ESCADINHA VAI SUBINDO ...E QUE A GENTE PODE OLHAR PARA OS DOIS LADOS: PODE OLHAR PARA A PARTE DE CIMA DA ESCADA E TAMBÉM PARA OS DEGRAUS QUE JÁ ULTRAPASSOU, REALMENTE AS PESSOAS TENDEM A FAZER ESSE TIPO DE DISTINÇÃO, MESMO DENTRO DA PRÓPRIA EQUIPE DE ENFERMAGEM...” (DEP. N.º 6, P. 12).

A função de professor permite ao enfermeiro acrescentar ao seu capital a valorização simbólica no campo da enfermagem, como *marca distintiva*. Para um enfermeiro que é também professor, a carreira docente desponta como profissão de maior prestígio:

“CLARO, QUE PARA AS PESSOAS, PARA TODOS NÓS, A GENTE VIVE NUM MUNDO HIERARQUIZADO DE CAIXINHAS ...E HOJE SE HOUVESSE ALGUM TOPO, EU ESTARIA MUITO PRÓXIMO DELE” (DEP. N.º 6, P. 12).

Incorpora o capital constituído pela função de docente de nível universitário, de cotado valor simbólico para a categoria:

“SOU A ÚNICA DA FAMÍLIA COM NÍVEL SUPERIOR, QUE GANHA MAIS DO QUE TODO MUNDO, QUE TEVE UMA ASCENSÃO SOCIAL... ISSO ACENTUOU QUANDO PASSEI A SER DOCENTE, TANTO NO ASPECTO SOCIAL, ECONÔMICO E NA QUESTÃO DAS RELAÇÕES” (DEP. N.º 1, P.5).

O prestígio alcançado pela função docente muitas vezes transforma a velha aspiração dos pais por outras carreiras julgadas de *status*. Significa ganho simbólico máximo na carreira, ainda que socialmente subestimada em relação à medicina. A elevação ao cargo

docente cala a frustração dos pais que até então almejavam outras carreiras para os filhos. É vista como um refinamento social.

“ESSA COISA DE EU NÃO SER MÉDICA PARECE QUE SE APAGOU... MEU PADRASTO FALA COM MUITO ORGULHO: ANTES ESTUDANTE DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL, AGORA É FUNCIONÁRIA FEDERAL, PROFESSORA... EU SOU A PAPERICADA DA FAMÍLIA NESSE SENTIDO PORQUE CONSEGUI” (DEP. N.º 4, P.3).

Ocorre uma espécie de reatualização de percepções sobre a carreira , atribuída à valorização profissional da carreira docente, tida como topo na hierarquia da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do tempo, a Escola Anna Nery construiu-se, remodelou-se, assegurou e ordenou o ensino, buscando uniformizar e disciplinar os diferentes cursos existentes. A enfermagem, desde a criação da Escola, em 1923, utilizando esse processo estratégico, vem demarcando tecnicamente as diferentes categorias que compõem a equipe de enfermagem, procurando estabelecer uma formação profissional diferenciada. Como meio de valorizar a profissão, vem distinguindo dos demais exercentes as enfermeiras preparadas pelo modelo *nightingale*. O rígido controle de qualidade e a modernização sempre estiveram presentes com o objetivo de garantir o nível técnico da profissão. A formação de pessoal, tanto em nível médio, quanto no nível superior segmentou o processo de trabalho da enfermagem, ao mesmo tempo em que tornou visível a distinção técnica e social entre as enfermeiras e as categorias auxiliares.

Pela trajetória da conformação histórica da carreira, permanece ainda hoje uma hierarquia rígida nas categorias. Data da institucionalização do sistema *nightingale* a distinção de níveis de carreira por hierarquia social. Às nurses, consideradas menos privilegiadas socialmente, era destinado o trabalho manual, um tempo de formação mais curto, um tipo de “bolsa de estudo” e, ao final do curso, já formadas e no desempenho das atividades profissionais, eram supervisionadas pelas *ladies-nurses*, provindas de classes sociais

elevadas, que custeavam os próprios estudos e eram destinadas a cargos de administração e chefia.

Desse passado histórico, implicações nas relações de poder, nos rituais, no simbolismo das atribuições são nitidamente visíveis até os dias atuais, na hierarquia da carreira. Segundo o Decreto n.º 94.406/87, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional, Lei n.º 7.498/86, “que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências”, são três as categorias de enfermagem: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem.

Compete ao **enfermeiro** privativamente:

- “direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;⁹²
- organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- consulta de enfermagem;
- prescrição da assistência de enfermagem;
- cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

⁹² Grifo nosso

- cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”.

Ao **técnico** de enfermagem, que exerce atividades auxiliares de nível médio técnico, compete:

“assistir ao enfermeiro:⁹³

- no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;
- na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;
- na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;
- na prevenção e no controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- na execução dos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro”.

Ao **auxiliar** de enfermagem, que executa atividades auxiliares, de nível médio, compete:

⁹³ grifo nosso

“preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos,⁹⁴

- observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem (...);
- prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança (...);
- integrar a equipe de saúde;
- participar de atividades de educação em saúde, inclusive : (...) auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
- executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;
- executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;
- participar dos procedimentos pós-morte”.

Nas três categorias, em hierarquia explícita, estão nítidos os estamentos de poder: ao enfermeiro a direção; ao técnico a assistência ao enfermeiro e ao auxiliar a preparação do paciente.

No entanto, na prática, principalmente entre os técnicos e os auxiliares, essas competências se confundem, revelando uma necessidade de revisão desses compartimentos estanques, tornados, em si, inexplicáveis. Ambos assistem ao enfermeiro e preparam o paciente. O enfermeiro dirige.

⁹⁴ grifo nosso

Na construção do quadro teórico da presente pesquisa, o referencial baseou-se em Bourdieu e Foucault, acerca de poder; em Mc Laren sobre os rituais. O apoio em Apple, com a cultura do trabalho, tornou-se imperioso, no sentido de abarcar e explicar o jogo simbólico vivido na teia dessas atribuições rígidas que se misturam na prática da enfermagem.

De Bourdieu, as questões do *capital cultural*, do *habitus*, do *campo*, do *poder* e da *luta simbólica*, se fazem necessárias ao se abordar os anseios de ascensão funcional, constatados nos depoimentos a respeito da luta pelo capital cultural em termos de formação: o auxiliar almejando progressão a técnico e o técnico, a progressão a enfermeiro. Todos perseguindo cursos para projeção na carreira.

Dessa luta diária, faz parte o anseio permanente dos que adquirem formação para o nível seguinte e continuam nas antigas atribuições funcionais, por falta de oportunidade legal de acesso.

De Foucault, verifica-se a questão das relações de poder que perpassam a luta diária de ascensão funcional. Luta essa mais acirrada pelos atuais descompassos de profissionais habilitados em níveis superiores atuando em funções hierárquicas inferiores.

Tendo o autor realizado seus estudos em instituições de saúde, a relevância de seus achados vem contribuir para o entendimento da cobrança disciplinar no ainda rígido ritual da

enfermagem, talvez como forma de perpetuação das relações de poder historicamente infundidas pelo sistema *nigthingale*. Possivelmente mantida de forma involuntária, ou talvez não atinada, essa disciplina rígida na passagem dos plantões, na postura, na vigilância, nos gestos, vem a ser um dos tantos espaços do micropoder, levantados por Foucault, no sentido de perpetuar a desigualdade social sutilmente perpassada na hierarquia.

Para o autor, há que se questionar até que ponto a disciplina é um instrumento de poder no âmbito das instituições. Assim, atitudes como se colocar em círculo durante a passagem do plantão, onde todos vêem e podem ser vistos; o repassar da assistência para a equipe seguinte, quando cabe somente ao enfermeiro transmitir as informações administrativas e as atividades mais complexas desempenhadas pela equipe; a forma de prestar os serviços, assegurada através dos procedimentos e técnicas ritualizados, estabeleceram e perpetuaram a hierarquia, reproduzindo a postura rígida de raízes históricas na enfermagem até tempos atuais.

De Mc Laren, a questão dos *rituais* trouxe à discussão a forma como os agentes incorporam a rotina autoconsciente e mecânica que estrutura a equipe, reafirmando o *status* do enfermeiro e o lugar de cada categoria no campo da enfermagem. A forma de socialização do *habitus*, a interiorização de valores, normas, disposições e atitudes percebidos como estilo de uma equipe, demonstraram que os rituais, na enfermagem, são verdadeiros conteúdos de instrução, se não mecanismos de perpetuação. Apesar das adaptações que ocorreram ao

longo do tempo, os rituais instrucionais permanecem e, principalmente na prática, sob “o olhar” dos enfermeiros – o poder invisível de Foucault - exercem seu aspecto de iniciação e ao mesmo tempo disciplinador. Os enfermeiros, como práticos da cultura da enfermagem, produzem, orquestram e integram os rituais ao mesmo tempo que transmitem os significados simbólicos da profissão.

De Apple, com a questão da *cultura do trabalho*, resgataram-se as múltiplas formas de resistência individual e coletiva que os exercentes de enfermagem desenvolvem no campo hospitalar para organizar o processo de trabalho de acordo com a sua visão de mundo. Na tentativa de imprimir à organização do trabalho a visão que se assemelha à da sua categoria, os exercentes, na prática, entram em luta para determinar a fronteira de suas atribuições. É neste momento que a hierarquia dos postos e a formação em diferentes níveis, principalmente entre o superior e médio, são mais notadas. Trabalhar na equipe de enfermagem significa fazer parte de um jogo de poder, onde quem manda e quem obedece é o que mais incomoda, e não o cargo em si e a remuneração correspondente. Como os enfermeiros estão no topo da carreira, formam um grupo de *status*. Logo, quanto mais próximas das atividades do enfermeiro forem as atividades a serem desenvolvidas, maior será o *status* dos exercentes na equipe de enfermagem.

A organização do trabalho da enfermagem é perpetuada por um processo educativo cujas fronteiras entre as categorias ainda são pouco nítidas, colaborando para a fusão de atividades entre os

limites. Por outro lado, o processo de trabalho orientado por um modelo de ensino que aloca os exercentes de acordo com a hierarquia social, contribui para ajustá-los aos postos de trabalho encadeados verticalmente. Não se trata de pensar uma instituição ou postos sem controle ou sem chefia. Trata-se de repensar uma hierarquia rígida, de herança histórica de desigualdades sociais, mantida ainda hoje com rituais de mandonismo.

As escolas de enfermagem, integrando os exercentes ao processo de trabalho vigente, que elas mesmas engendram, ensinam o princípio da ordenação do trabalho. A divisão do trabalho em serviços/tarefas estrutura simbolicamente as relações de poder na equipe e reforça o exercente no seu lugar, na estratificação das carreiras. Ser enfermeiro e não poder exercer as atribuições que à categoria compete desvaloriza o exercente profissionalmente e acirra a luta pelo poder de ordenar o trabalho. As pessoas, nas organizações, se diferenciam segundo o poder que exercem sobre os métodos de produção. Para esses enfermeiros que continuam nas categorias menos qualificadas, o poder de administrar os serviços de enfermagem, adquirido com a graduação, acaba dissipado pelos limites hierárquicos e simbólicos. A sua intervenção no processo de trabalho da enfermagem pode ser considerada perturbadora na estrutura de dominação, sob a direção dos enfermeiros da instituição.

Todos esses referenciais entrelaçados, com interfaces distintas e próprias, serviram para construir o universo simbólico (subjetivo) e material (condições objetivas) das relações funcionais

mais próximas, permitindo penetrar no seu íntimo, de modo a suscitar um “olhar de dentro”, bastante enriquecedor como um primeiro passo às tentativas de análise da profissão do enfermeiro.

É de se esperar o surgimento de “inovações” ou adequações nos hábitos, nos rituais e na organização do processo de trabalho da enfermagem. É pouco clara a fronteira entre a instrução repassada pela escola e as habilidades adquiridas com o trabalho. Elas se mesclam e vêm, daí, as esperadas transformações no trabalho da enfermagem. O *habitus* repassado nos cursos de enfermagem sofre influência das práticas hospitalares e manifesta-se em transformações.

A escola, por meio de um conjunto de regras e ritos de interação, chama o *habitus* as suas origens para não tornar a enfermagem simples, ou talvez *viciada*: resguarda-se da simplificação do trabalho. Corroborando com esta situação, a modernização tecnológica exige re-organização do trabalho, intenso processo de trabalho e elevação da produtividade. Se a simplificação de etapas, outrora mais complexas e mais numerosas, não tem implicações na qualidade do trabalho da enfermagem, vale um estudo mais profundo para aquilatar, a médio ou a longo prazo, se a supressão de etapas interfere na qualidade do trabalho tão desejado com a globalização. Se não são imprescindíveis os antigos rituais, este fato significa que os mesmos estariam condenados a caducar em breve e, assim, não haveria razão para se exigir o ensino dessa prática nos cursos de enfermagem.

Ao lado dessa situação está também a configuração estratificada da equipe de enfermagem que, alocando seus agentes, reforça as posições diferenciadas nos rituais. As posições são ocupadas em consonância com o posto que o agente ocupa no mercado de trabalho. A escassez de concursos de ascensão nos serviços públicos, o maior órgão empregador das categorias, possibilita que técnicos e auxiliares de enfermagem, após concluir o curso de graduação, continuem na categoria inicial e na luta pela inserção no mercado como enfermeiro.

Este “movimento”, de uma categoria a outra, trata-se de um momento de transição profissional entre as categorias de técnico ou auxiliar e a de enfermeiro. A existência de um capital social constituído pelo conjunto de relações que o agente mobilizou para seu êxito profissional e social e a orientação que dará a sua vida profissional configuram-se numa fase de transição que traz incertezas e insatisfação para o agente.

Observa-se que, entre os enfermeiros e os técnicos e auxiliares, a demarcação funcional nítida está assegurada claramente na *lei do exercício profissional* da enfermagem. Nas duas categorias inferiores – na de técnico e de auxiliar – as disputas e os conflitos são mais freqüentes pela demarcação de tarefas e níveis de poder. No momento em que aspiram, um dia, a ser enfermeiros e realizam esse sonho, entendem que serão enfermeiros de direito, mas que, para o serem de fato, precisam ocupar o posto no mercado de trabalho. Ou seja, muitas vezes detêm o título de enfermeiros, mas continuam

sendo mandados como técnicos ou auxiliares de enfermagem. Entretanto, para esses exercentes que conquistaram o diploma de enfermeiro e continuam como técnicos ou auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho, os rituais da enfermagem reforçam, na prática cotidiana, a sua localização na equipe. Alocados nas categorias inferiores, embora detentores do diploma do curso de graduação, os técnicos e auxiliares ficam impossibilitados, institucionalmente, de ocupar o lugar do enfermeiro, principalmente quando são chamados a participar dos rituais que envolvem e estruturam a enfermagem.

Na enfermagem, pode-se afirmar que os rituais, devido a sua força simbólica, são atividades *naturais* e, enquanto comportamento organizado, são mantidos vivos. Sua influência permeia todos os aspectos do exercício da enfermagem. Inscritos nos corpos, engajar-se no ritual é fazer parte da profissão, cada um no seu lugar. Como cultura internalizada, os rituais reforçam e perpetuam a hierarquia das categorias. No campo hospitalar, um dos rituais mais fortes é a passagem de plantão. Trata-se de um ritual carregado de simbolismo, durante o qual cabe, aos enfermeiros legitimados pela instituição, fundamentalmente fiscalizar, vigiar e disciplinar os movimentos, os gestos e as atitudes pessoais e profissionais dos exercentes.

Ainda hoje, uma das maiores dificuldades é distinguir, na prática, os técnicos dos auxiliares de enfermagem. Não há fronteira funcional. Entre os auxiliares de enfermagem, habilitados em nível de primeiro e segundo graus, a situação se repete. Não há

indiferenciação na prestação dos serviços. A re-ordenação dos currículos, a legislação diferenciando-os e a hierarquização técnica da equipe pouco interferiram no cenário prático. Para os técnicos e auxiliares de enfermagem ainda permanece uma grande distância entre o real e o proclamado. Cabe questionar até que ponto a política e oficialização de formação diferenciada das categorias de técnico e de auxiliar de enfermagem, isto é, a diferenciação teórica, foram positivas, na medida que continuam indiferenciadas, na prática, as atividades de um e de outro.

A existência de níveis diferenciados de formação sustenta uma hierarquia herdada do modelo fordista-taylorista que, por sua vez, determina um mercado de trabalho de acordo com a habilitação conquistada. Com o impacto da flexibilização do trabalho, essa rigidez hierárquica perde a razão de ser. Por sua vez, a remuneração independente da ocupação neste ou naquele nível viria contribuir para a fluidez entre os níveis. Não haveria razão para manter o trabalhador mais qualificado em postos menos qualificados.

Acredita-se que, a valorização profissional dependerá de estímulos à melhoria do padrão social dos exercentes. O fato de o técnico e de o auxiliar de enfermagem perceberem remuneração mais baixa e deterem formação em nível médio, inferior à dos enfermeiros, na prática acaba assumindo espaço privilegiado na qualidade da assistência, principalmente, pelo fato de estarem mais perto ou prestar grande parte dos cuidados diretos ao paciente. A qualidade da assistência é muito importante e a assistência direta é fundamental, é

uma ação visível da enfermagem junto à população. De outra forma, fossilizados nos postos de trabalho de técnico ou de auxiliar de enfermagem, viciam-se em atividades secundárias e não conseguem identificar perspectivas objetivas da melhoria da sua condição profissional e de melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

A dotação de política de remuneração segundo a formação corrige várias situações: incentiva pessoas a se inserirem na equipe de enfermagem, atraídas pela configuração hierarquizada; incentiva a capacitação profissional, motivando também os enfermeiros a ingressarem em cursos de pós-graduação; elimina a assimetria entre formação profissional e posto de trabalho ocupado, acabando com a insatisfação profissional gerada por esta vivência; melhora a qualidade do produto do trabalho da enfermagem – a assistência prestada; elimina a hierarquia econômica de herança histórica, cujas origens estão na polarização social entre as *ladies nurses* e as *nurses* e imprime-se a hierarquia pela formação técnica. A exclusão da hierarquia funcional é o que desenvolve a política de globalização. Talvez, a enfermagem já se esteja modificando devido às mudanças existentes no mundo do trabalho e, possivelmente caminhe para a mesma organização que existe no mundo do trabalho das empresas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson Correia de. *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. Formação e situações de trabalho*. Porto Editora. Portugal. P.147-168.
- ACSELRAD, Henri. *Trabalho, Qualificação e Competitividade*. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. In: Em Aberto, ano 15, n.º 65, jan/mar. 1995. p.50-62.
- ALCÂNTARA, Gleite de. *Enfermagem: pessoal e suas categorias funcionais*. REBEN, Ano XI, n.º 1, março, 1958. p.81-92.
- ALCÂNTARA, Gleite de. *A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira*. Tese de Cátedra – E.E. da Universidade de Ribeirão Preto, 1963. 117p.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva*. Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO. Vol.2, n.º ½, 1997.p-20.
- ALMEIDA, Jose Luiz Telles de. *A qualificação do atendente no processo de profissionalização de enfermagem*. Série Estudos em Saúde Coletiva n.º 60. RJ. UERJ/ IMS, 1993. 20p.
- ALMEIDA, Lúcio Flávio de. *Entre o local e global: poder e política na atual fase de transnacionalização do capitalismo*. Desafio Global. Dowbor, Ianni e Resende (org.). Petrópolis: Vozes, 1998, p. 175-186.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128p.
- APPLE, Michael W. *Educação e Poder*; tradução Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 201p.

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Deve-se definir transdisciplinaridade*. Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO. Vol.2, nº ½, 1997. P.36-38.
- BAPTISTA, Suely de S. *O avesso da convivência: o estudantes de enfermagem na ciclo básico*. Rio de Janeiro: Tese de Livre Docência - UERJ. 1988.
- BAPTISTA, Suely de S. *A luta por um espaço na Universidade: o caso da EEAN*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado - EEAN/UFRJ. 1994.245p.
- BARREIRA, Ieda de Alencar. *A enfermeira ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado – EEAN/UFRJ. 1992. 355p.
- BOUDON, Raymond. *A desigualdade de oportunidades: a mobilidade social nas sociedades industriais*; tradução Carlos Alberto Lamback. Brasília: Universidade de Brasília, 1981. 281p.
- BOURDIEU, Pierre & PASSERON, Jean C. *A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1982, 2ª ed. 238p.
- BOURDIEU, Pierre. *Questões da Sociologia*; tradução de Jeni Vaitsman. Rio de Janeiro, Marco Zero, 1983. 208p.
- _____. *O poder simbólico*. Bertrand Brasil; Lisboa: Difel, 1989a.309p.
- _____. *A escola conservadora: as desigualdades frente a escola e a cultura*; tradução de Maria Alice Nogueira. Educ. Rev., Belo Horizonte (10): 3-15, dez.1989b.
- _____. *Coisas Ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990. 234p..

_____. *A Economia das Trocas Simbólicas*; tradução de Sergio Miceli e Wilson Campos Vieira. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.361p.

_____. *E no Entanto...*Liber 1. Organização Sergio Miceli; tradução Mary Amazonas Leite de Barros, Sergio Miceli. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1997. P. 199-205.

BRASIL. Lei, Decretos, etc. *Lei 7498 de 25 de junho de 1986*, regulamentada pelo Decreto 94.706 de 09 de junho de 1987, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências.

BRAVERMAN, Harry. *O trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*; tradução Nathanael C. Caixeiro. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.379p.

BROW, Esther Lucile. *Enfermagem para o futuro*; tradução Maria Rosa Pinheiro, Gleite de Alcântara e Maria de Lourdes Verderese. Serviço Especial de Saúde Pública, 1949.193p.

CANDAU, Marcolino G. *O problema da enfermagem no Brasil*. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas. Anais, 1948. p.159-165.

CARLEIAL, Liana Maria da Frota. *Trabalho em tempos de novas tecnologias: velhos e novos desafios*. Proposta. Rio de Janeiro: Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional – FASE, n.º72, p.14-20, março/maio. 1997.

CASTRO, Ieda Barreira e. *O trabalho do enfermeiro no contexto social: dilemas e tendências*. In: Simpósio 37ª Reunião do SBPC, 1985. 15p. (mimeo).

_____. *A evolução do setor saúde e a crise da Enfermagem Brasileira*. Rev. Bras. Enferm., Brasília, 41, (3/4); 183-189 jul/dez.1988.

CARVALHO, Amália Corrêa de. *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: resumo histórico (1942-1980)*. São Paulo: USP, 1980. 271p.

_____. *Orientação e Ensino de estudantes de Enfermagem no campo clínico*. Tese de Doutorado – E.E. da Universidade de São Paulo. 1972. 126p.

CARVALHO, Anayde Corrêa. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976: documentário*. Brasília: ABEN, 1976.

CCVI, Irmã Charles Marie Frank. *Atendendo às necessidades da Enfermagem no Brasil*. REBEN, Ano XIII, setembro, 1960, p. 349-361.

CHANLAT, Jean-François. *Por uma antropologia da condição humana nas organizações. O indivíduo na organização – dimensões esquecidas*; tradução Ofélia de Lanna Sette Tôrres. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996. V.1, 205p.

CLEGG, Stewart. *O poder, linguagem e ação nas organizações. O indivíduo na organização – dimensões esquecidas*. In: Jean-François Chanlat; tradução Ofélia de Lanna Sette Tôrres. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996. V.1, 205p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil; 1982-1983. 1ª ed.* Rio de Janeiro. COFEN/ABEN, v.1 e 2 .1985.

CUNHA, Luiz Antonio. *Educação e desenvolvimento social no Brasil*. 12ª ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1991.291p.

DEDECCA, Claudio Salvadori. *Desemprego, Heterogeneidade e Regulação Hoje. Proposta*. Rio de Janeiro: Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional – FASE, n.º 72, p.46-50, março/maio. 1997.

- DELEUZE, Gilles. *Foucault*. Tradução Claudia Sant'Anna Martins. Brasiliense. São Paulo. 1988. 142p.
- DOURADO, Hayde Guanais. *Resenha Histórica da Enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, DNS, DOS, 1950.13p.
- DOWBOR, Ladislau. *Globalização e tendências institucionais*. Desafio Global. Dowbor, Ianni e Resende (org.). Petrópolis: Vozes, 1998. P.9-16.
- DUBAR, Claude. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Tradução Annette Pierrette R. Botelho e Estela Pinto Ribeiro Lamas. Porto Editora. Portugal. 1997.240p.
- ENQUITA, Mariano F. *A face oculta da escola: educação e trabalho no capitalismo*; tradução Tomaz Tadeu da Silva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 272p.
- ESPINEY, Luísa d'. *Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho*. Formação e Situações de trabalho. Porto Editora. Portugal. p. 169-188.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 295p.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Vozes1994. 277p.
- FRIGOTTO, Gaudêncio. *A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.235p.
- GALBRAITH, J. Kenneth. *Anatomia do Poder*, tradução de Hilário Torloni.3ª ed. São Paulo: Pioneira, 1989. 205p.

- GALBRAITH, J. Kenneth. *Anatomia do Poder*; tradução de Hilário Torloni. 3ª ed. São Paulo: Pioneira, 1989. 205p.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 323p.
- GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991. 207p.
- IANNI, Octavio. *O mundo do Trabalho. A reinvenção do futuro*. M.C. de Freitas (org.). São Paulo: Cortez, 1995. p.15-54.
- _____. *A era do globalismo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997. 304p.
- _____. *A política mudou de lugar. Desafio global*. Dowbor, Ianni e Resende (org.). Petrópolis: vozes, 1998. P.17-27.
- JOHN, James Little. *Estratificação Social*; tradução Ricardo Gomes Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 179p.
- KON, Anita. *Tecnologia e Trabalho no cenário da globalização. Desafio Global*. Dowbor, Ianni e Resende (org.). Petrópolis: vozes, 1998. p.60-69.
- LAKATOS, E.M. *Sociologia Geral: leituras, seminários e tópicos para discussão*. São Paulo: Atlas, 1985.
- LEITE, Elenice M. *Educação, Trabalho e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Em Aberto, ano 15, n.º 65, jan/mar. 1995. p.5-18.
- LEITE, Marcia de Paula, SHIROMA, Eneida. *Novas Tecnologias, Qualificação e Capacitação profissional*. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Em Aberto, ano 15, n.º 65, jan/mar. 1995. p.94-118.

- LOURENÇO, Lucia. Helena. S. C. *Formação do enfermeiro egresso do Curso Técnico e Auxiliar de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado – EEAN/UFRJ, 1991. 96p.
- LOURO, Guacira L. *A história (oral) da Educação: algumas reflexões*. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Em Aberto, ano 9, n. 47, p. 21-28, jul/set.1990.
- LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. 99p.
- MACHADO, Maria Helena. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: ENSP, 1992. 94p.
- MARINHO, Antonio M.; COSTA, Alvaro R. D. *Roteiro para passagem de plantão- experiência do HUCFF/UFRJ*. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 43°. Paraná, 1991. 11p. (mimeo)
- MARKET, Werner. *Trabalho e Saber: a interação no contexto da pós-modernidade (introdução)*. Werner Market (org.). Campinas: Papirus, 1996, p.13-34.
- MARTINS, Carlos Benedito. *A pluralidade dos mundos e das condutas sociais: a contribuição de Bourdieu para a sociologia da educação*. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. In: Em Aberto, ano 9, n.º 46, abr/jun, 1990.
- MARTELETO, Regina Maria. *Cultura, Educação, distribuição social dos bens simbólicos e excedente informacional*. INFORMARE – Cadernos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação. Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, v.1, n.º 2, p. 11-23, jul/dez. 1995
- Mc LAREN, Peter. *Rituais na escola: em direção a uma economia política de símbolos e gestos na educação*; tradução Juracy C. Marques e Angela M.B. Biaggio. Rio de Janeiro: Vozes, 1992. 400p.

- MÉDICI, André Cezar e PAIM, Elsa Ramos. *Estrutura e Dinâmica da Força de Trabalho em Enfermagem*. Textos de Apoio: planejamento I. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 1ª edição, 1987.p. 124-140.
- MEHEDFF, Nassim Gabriel. *Proposta (entrevista)*. Rio de Janeiro: Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional – FASE, n.º 72, p.39-42, março/maio. 1997.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Definindo história oral e memória*. Cadernos CERU, n.º 5, série 2, p.52-60. São Paulo: Tipomic, 1994.
- MICELI, P. *A Universidade e o Ensino de 1 e 2 Graus: o quadro (muito) negro do ensino no Brasil*. São Paulo: Papirus, 1988.
- MIMAYO, Maria Cecília .S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.269p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Serviços de Saúde Pública. *Enfermagem: Legislação e assuntos Correlatos*. Rio de Janeiro, 1974, vol.I, 3ª ed., 210p.
- MOREIRA, Almerinda et al. *Desmistificando a origem da Enfermagem Brasileira*. História da Enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.205p.
- PADILHA, Maria Itayra S. *O Resgate das Raízes: A influência da formação familiar e social na escolha e exercício profissional*. Tese de Livre Docência – EEAP/UNI-RIO, 1991.211p.
- _____.S. *A Mística do Silêncio: a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX*. Tese de Doutorado – EEAN/UFRJ, 1997.
- PAIXÃO, Waleska. *Páginas de história da enfermagem*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1951. 102p.

- _____. *Formação do Pessoal de Enfermagem*. In: Congresso Nacional dos Hospitais, 1º. Anais... Rio de Janeiro, 1956. p.145-158.
- _____. *História da Enfermagem*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis, 1979. 159p.
- PASSOS, Elisete Silva. *De Anjos à Mulheres: ideologia e valores na formação de enfermeiras*. Bahia: Universidade Federal da Bahia, 1996. 209p.
- PASTORE, Jose. *O futuro do trabalho no Brasil e no mundo*. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Em Aberto, ano 15, n.º 65, jan/mar. 1995. p.31-38.
- PINHEIRO, Maria Rosa de S. *Problemas de Enfermagem no Brasil: do ponto de vista da enfermeira..* São Paulo: Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas. Anais... São Paulo, v.4, n.º 4, 1951. p. 279-298.
- PINTO, Álvaro Vieira. *A questão da universidade*. São Paulo. Cortez. 1986.102p.
- PORTO, Maria E. A., LIMA, Dulcinéia M. *Enfermagem em nível de 1º e 2º graus*. *Enf. Novas Dimensões*, 4 (3): 175-180, 1978.
- PORTOCARRERO, Vera. *Transdisciplinaridade em Saúde Coletiva: Tópicos Filosóficos Complementares*. Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO. Vol.2. nº1/2, 1997. p. 39-44.
- RATTNER, Henrique. *Globalização – em direção a um “mundo só”?*. Em Aberto, Brasília, ano 15, n.65, jan/mar. 1995. p. 19-30.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. 159p.
- RIDENTI, Marcelo. *Classes sociais e representação* São Paulo: Cortez, 1994.117p.

- RODRIGUES, José Luiz Pierone, ACHCAR, Inês. *Reconversão profissional: conceitos e propostas*. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. In: Em Aberto, ano 15, n.º 65, jan/mar. 1995. p.119-133.
- ROSSI, Maria José dos S. *O Curar e o Cuidar – a História de uma relação..* Rev. Bras. de Enferm., Brasília, 44 (1): 16-21, jan/mar. 1991.
- SANTOMÉ, Jurjo Torres. *Globalização e interdisciplinaridade; O currículo integrado*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- SANTOS, Isabel dos e SOUZA, A. *A. Formação de Pessoal de Nível Médio pela Instituições de Saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção.* Rev. Saúde em Debate. março, 1989.
- _____. *Subsídios para a formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem, sem qualificação específica, empregado no Setor Saúde - Brasil.* Rev. Educacion Médica y Salud. vol. 22, 2, 1988.2
- SANTOS, Isabel dos; SOUZA, Alina Maria de Almeida e GALVÃO, Ena de Araujo. Subsídios para formação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem sem qualificação específica. *Revista Bras. Enferm.*, Brasília, 41 (1): 75-80, jan/mar. 1988.
- SANTOS Filho, Lycurgo. *Pequena história da medicina no Brasil*. São Paulo: Buriti, 1966. 150p.
- SAUTHIER, Jussara. *A missão de enfermeiras norte-americanas na capital da República: 1921-1931*. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado – EEAN/UFRJ, 1996.
- SAVIANI, Demerval. *Escola e Democracia*. 25ª ed. São Paulo Cortez, 1991

- SCHRAIBER, Lilia B. *Educação médica e capitalismo..* São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1989. 133p.
- SDAVENHAGEN,R. *Estratificação Social e Estrutura de Classes*; tradução de Maria da Glória Ribeiro da Silva e Moacir Gracindo Soares Palmeira. In: BERTELLE, Antonio Roberto (orgs). Rio de Janeiro, 1966. p.117- 148.
- SILVA, Gilda Olinto do Valle. *Capital cultura, classe e gênero em Bourdieu..* INFORMARE – Cadernos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação. Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, v.1, n.º 2, p. 24-36, jul/dez. 1995
- SILVA, Graciete Borges da. *A enfermagem profissional: análise crítica.* 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. 143p.
- SINGER, Paul. *Universidade, escola e formação de professores: diploma, profissão e estrutura social.* Universidade, escola e formação de professores. Denise Barbara (org). São Paulo: Brasiliense, 1987.p.51-67.
- SOBRAL, Helena Ribeiro. *Globalização e meio ambiente.* Desafio Global. Dowbor, Ianni e Resende (org.) Petrópolis: Vozes, 1998.p. 140-146.
- SOUZA, Maria do Socorro Batista. *A formação do enfermeiro no Pará: passado e presente (1942-81).* Rio de Janeiro. Tese de Doutorado-EEAN/UFRJ, 1996.
- THERRIEN, Jacques. *Trabalho e Saber: a interação no contexto da pós-modernidade.* Trabalho e qualificação e politécnica. Werner Market (org.). Campinas: Papirus., 1996, p.53-70.
- TRIVIÑOS, Augusto. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas, 1987.175p
- VAHL, Teodoro .R. *O acesso ao ensino superior no Brasil.* Florianópolis: UFSC/Lunardelli, 1980.146p.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler e OLIVEIRA, Eliane dos Santos de. *Mercado de Trabalho de Enfermagem no Brasil: absorção dos enfermeiros e desvios nos empregos técnicos e auxiliares*. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1992. p.1-17 (mimeo).

VEJA, Revista. *O fim do emprego e o novo profissional*. Edição 1362, ano 27, n.º 42, p.88-95. 19 de outubro de 1994.

WILLIS, Paul. *Aprendendo a ser trabalhador: escola, resistência e representação social*; tradução Tomaz Tadeu da Silva. Porot Alegre: Artes Médicas, 1991. 241p.

ANEXOS

Banco de Dados: _____

INSTITUIÇÃO: _____

1 - Bairro onde reside: _____

2 - Quantas pessoas moram com você? (não se inclua) (incluir crianças e excluir empregados) _____

3 - Idade: _____ anos

4 - Sexo: (1) FEM (2) MAS

5 - Qual a sua situação conjugal?

- (1) solteira/o
- (2) vive com cônjuge ou parceira/o
- (3) casada/o
- (4) separada/o, divorciada/o, viúva/o

6 - Foi "casada" mais de uma vez?

- (1) Não
- (2) Sim. Quantas vezes? _____

7 - Tem filhos?

- (1) Não
- (2) Sim. Quantos? _____

8 - Ocupação principal do cônjuge atual: _____

9 - Nível de escolaridade do cônjuge:

- (1) 1º grau incompleto
- (2) 1º grau completo
- (3) 2º grau incompleto
- (4) 2º grau completo
- (5) curso técnico. Especifique: _____
- (6) superior incompleto. Especifique: _____
- (7) superior completo. Especifique: _____
- (8) curso de pós-graduação/mestrado. Especifique: _____
- (9) curso de pós-graduação/doutorado. Especifique: _____
- (10) não sabe dizer
- (11) outros. Especifique: _____

10 - Ocupação principal do pai: _____

11 - Nível de escolaridade do pai:

- (1) 1º grau incompleto
- (2) 1º grau completo
- (3) 2º grau incompleto
- (4) 2º grau completo
- (5) curso técnico. Especifique: _____
- (6) superior incompleto. Especifique: _____
- (7) superior completo. Especifique: _____
- (8) curso de pós-graduação/mestrado. Especifique: _____
- (9) curso de pós-graduação/doutorado. Especifique: _____
- (10) não sabe dizer
- (11) outros. Especifique: _____

12- Ocupação principal da mãe: _____

13- Nível de escolaridade da mãe:

- (1) 1º grau incompleto
- (2) 1º grau completo
- (3) 2º grau incompleto
- (4) 2º grau completo
- (5) curso técnico. Especifique: _____
- (6) superior incompleto. Especifique: _____
- (7) superior completo. Especifique: _____
- (8) curso de pós-graduação/mestrado. Especifique: _____
- (9) curso de pós-graduação/doutorado. Especifique: _____
- (10) não sabe dizer
- (11) outros. Especifique: _____

14- Qual o valor bruto aproximado em salários mínimos de sua renda própria mensal no mês passado?

- (1) atividade profissional: _____
- (2) outras rendas (pensões, mesada, etc): _____

15- Qual a renda total de sua família no mês passado? (some todos os salários brutos dos membros de sua família, incluindo o seu)

- (1) até 2 salários mínimos (SM)
- (2) mais de 2 até 3 SM
- (3) mais de 3 até 5 SM
- (4) mais de 5 até 10 SM
- (5) mais de 10 até 20 SM
- (6) mais de 20 salários mínimos

16- A família tem automóvel próprio?

- (1) Não
- (2) Sim. Quantos? _____

17- Tipo de moradia:

- (1) própria
- (2) alugada
- (3) cedida
- (4) outro. Especifique: _____

18- Condições de moradia :

- (1) com seus pais
- (2) com parentes ou amigos da família
- (3) divide casa ou apartamento com amigas/os
- (4) em vaga ou quarto
- (5) sozinha/o em casa ou apartamento
- (6) com cônjuge (marido/mulher)
- (7) com cônjuge e filhos
- (8) com filhos
- (9) com cônjuge e parentes

19- Você frequentou o 1º grau

- (1) todo em escola pública
- (2) todo em escola particular
- (3) maior parte em escola pública
- (4) maior parte em escola particular

- 20- Quais os cursos que você concluiu na área da enfermagem?
- (1) Curso de Auxiliar de Enfermagem
 não fez ()
 fez à nível de 1º grau ()
 fez à nível de 2º grau ()
 ano de conclusão: _____
 instituição: _____
- (2) Curso Técnico de Enfermagem
 não fez ()
 fez à nível de 2º grau ()
 fez supletivo ()
 ano de conclusão: _____
 instituição: _____
- (3) Curso de Graduação em Enfermagem
 ano de início: _____
 ano de conclusão: _____
 instituição: _____
 forma de ingresso: () vestibular
 () transferência na mesma carreira
 () transferência de outra carreira. Qual? _____
- 21- Fez vestibular para outra carreira?
- (1) Não
 (2) Sim. Qual? _____
 Situação acadêmica atual:
 (1) concluiu
 (2) trancou
 (3) abandonou
 (4) cursando
- 22- Antes ou depois de entrar para a graduação em enfermagem?
- (1) antes
 (2) depois
- 23- Quais os cursos de pós-graduação que possui, na área da enfermagem? (pode assinalar mais de uma resposta)
- (1) não tem
 (2) habilitação e/ou licenciatura a ser concluída
 (3) habilitação c/ou licenciatura concluída
 (4) especialização a ser concluída
 (5) especialização concluída
 (6) mestrado a ser concluído
 (7) mestrado concluído
 (8) doutorado a ser concluído
 (9) doutorado concluído
 (10) pós-doutorado
- 24- Como vê hoje a profissão de enfermeira/o em relação à imagem que você tinha antes de entrar para o curso de graduação em enfermagem?
- (1) basicamente a mesma coisa
 (2) é uma profissão muito menos técnica do que parecia
 (3) é uma profissão muito menos científica do que parecia
 (4) é uma profissão muito menos técnica e científica do que parecia
 (5) é uma profissão que requer conhecimentos muito mais específicos do que parecia
 (6) não tem nada a ver com a imagem que tinha
 (7) outros. Especifique: _____
- 25- Por que optou pelo curso de graduação em enfermagem?
 Use escala [1] muito importante, [2] importante, [3] mais ou menos,
 [4] pouco importante, [5] não aplica, para assinalar as respostas.

-] inclinação pessoal, manifestada desde muito cedo
-] influência (oportunidades oferecidas e/ou preferências) da família e amigos
-] parecia oferecer alternativas mais variadas de emprego
-] parecia oferecer perspectivas mais seguras de emprego
-] queria aumentar seus conhecimentos na enfermagem
-] era o melhor para conseguir logo o seu diploma universitário
-] oferecia salários mais atraentes
-] ter o prestígio social que os cursos universitários oferecem
-] por vocação e foi sua primeira opção
-] não foi sua primeira opção no vestibular, mas não conseguiu entrar para o curso de sua preferência
-] outros. Especifique: _____

26- Tem algum parente na área da enfermagem?

(1) Não

(2) Sim. Quantos parentes você tem na área da enfermagem? _____

Qual(is) o(s) grau(s) de parentesco? _____

Qual(is) a(s) função(ões) que ele(s) exerce(m)? _____

Ele(s) lhe influenciou (aram) na escolha do curso de graduação em enfermagem?

(1) Não

(2) Sim. Como influenciou (aram)? _____

27- Como ficou sua situação profissional quando se formou ENFERMEIRA/O?

(1) continuou trabalhando somente como auxiliar ou técnica/o de enfermagem

(2) continuou trabalhando como auxiliar ou técnica/o de enfermagem e arrumou mais um emprego como enfermeira/o

(3) continuou trabalhando como auxiliar ou técnica/o de enfermagem e arrumou mais um emprego como professor/a de enfermagem

(4) foi promovida/o para o quadro de enfermeiros

(5) mudou de emprego foi trabalhar como enfermeira/o

(6) mudou de emprego e foi trabalhar como professor/a de enfermagem

(7) nunca havia trabalhado na enfermagem e iniciou como professor/a de enfermagem

(8) nunca havia trabalhado na enfermagem e iniciou como enfermeira/o

(9) outra situação. Especifique: _____

28- Você exerce atividades de ensino?

(1) Não

(2) Sim. Em curso de auxiliar ou técnico de enfermagem (1)

Em curso de graduação em enfermagem (2)

29- Quantos empregos você tem hoje? _____

30- Indique a(s) instituição(ões), particular(es) ou pública(s), para qual cargo está contratada/o, em qual categoria você exerce as suas funções. (Considere esta instituição como emprego 1)

	Instituição (particular ou pública)	cargo contratado	Função que exerce	horário de trabalho
Emprego 1				
Emprego 2				
Emprego 3				
Emprego 4				
Emprego 5				

31- Indique o grau de satisfação, referente a cada emprego citado na questão anterior, utilizando a escala: (1) muito satisfeito, (2) satisfeito, (3) pouco satisfeito, (4) insatisfeito.

Empregos	Grau de satisfação			horário de trabalho
	com a instituição	com o setor ou departamento	o tipo de atividade	
emprego 1	()	()	()	()
emprego 2	()	()	()	()
emprego 3	()	()	()	()
emprego 4	()	()	()	()
emprego 5	()	()	()	()

32- O seu primeiro emprego após concluir o curso de graduação em enfermagem foi de:

- (1) enfermeira/o
- (2) professor/a de curso de nível médio em enfermagem
- (3) professor/a de curso de nível superior em enfermagem
- (4) ainda não foi contratado/a, mas está em desvio de função
- (5) ainda não foi contratado/a como enfermeiro/a ou professor/a de enfermagem

33- Como conseguiu o primeiro emprego como profissional de nível superior em enfermagem?

- (1) ainda não foi contratada/o
- (2) procurou contato com empregadores que lhe interessavam mesmo quando não sabia se estavam contratando
- (3) procurou contato com pessoas conhecidas que pudessem lhe indicar e/ou convidar para trabalhar
- (4) candidatou-se a vagas anunciadas (concurso e seleção)
- (5) fez concurso interno para o quadro de enfermeiros
- (6) passou automaticamente para o quadro de enfermeiros
- (7) buscou apoio das associações de classe (ABEN, COREN, SINDICATO)
- (8) outro meio. Especifique: _____

34- Você foi submetida/o a treinamento?

- (1) não se aplica, porque ainda não exerce as funções de enfermeira/o
- (2) não foi exigido nenhum treinamento
- (3) foi submetida/o a treinamento informal para tarefas específicas
- (4) trabalhou junto a uma pessoa encarregada de instruí-la/o
- (5) foi submetida/o a treinamento formal
- (6) outro tipo. Especifique: _____

35- Quanto tempo de procura sistemática você levou para conseguir seu primeiro emprego como profissional de nível superior em enfermagem (enfermeiro/a ou professor/a de enfermagem) ?

- (1) ainda não foi contratada/o
- (2) foi imediato
- (3) de 1 a 3 meses
- (4) de 3 meses a 1 ano
- (5) outro período. Especifique: _____

36- Que fator acha que mais contribuiu para você conseguir o seu primeiro emprego ou ser desviada/o para o quadro dos enfermeiros?

- (1) não se aplica, ainda não exerce as funções de enfermeira/o
- (2) seu desempenho no curso de graduação
- (3) recomendação pessoal de professores com quem estudou
- (4) posição e/ou nome da família e amigos
- (5) relações que estabeleceu na universidade/escola (amigos, colegas)

- (6) experiência em estágio como enfermeira/o
- (7) a área de especialização na enfermagem
- (8) experiência anterior como auxiliar ou técnica/o de enfermagem
- (9) domínio de língua estrangeira
- (10) traços pessoais, personalidade, idade, sexo...
- (11) concepções sócio-políticas, religiosas
- (12) outros. Especifique: _____