

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” -
UNESP**

FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS

CAMPUS DE ARARAQUARA

**ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO NA ENFERMAGEM
BRASILEIRA: MEMÓRIA E PERSPECTIVAS**

MONIQUE DELGADO DE FARIA MAGALHÃES

ARARAQUARA - SP

2021

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” -
UNESP**

FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS

CAMPUS DE ARARAQUARA

**ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO NA ENFERMAGEM
BRASILEIRA: MEMÓRIA E PERSPECTIVAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação sexual;

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro

ARARAQUARA - SP

2021

M188e	<p>Magalhães, Monique Delgado de Faria Estereótipos de gênero na enfermagem brasileira: história e perspectivas. / Monique Delgado de Faria Magalhães. -- Araraquara, 2021 84 p.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara Orientador: Paulo Rennes Marçal Ribeiro</p> <p>1. Mulher. 2. Trabalho. 3. História. 4. Enfermagem. 5. Estereótipos. I. Título.</p>
-------	---

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO NA ENFERMAGEM BRASILEIRA: MEMÓRIA E PERSPECTIVAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação sexual;

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro

Data da defesa/entrega: 28/06/2021

Membros componentes da Banca Examinadora:

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Membro Titular: Prof. Dr. Eduardo Yoshimoto
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Membro Titular: Gabriella Rossetti Ferreira
Evolua Educação

Local: Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Ciências e Letras
UNESP – Campus de Araraquara

Para minha mãe, com todo meu amor.
Agradeço o privilégio de ter tido você na minha vida

AGRADECIMENTOS

À Unesp, Faculdade de Ciências e Letras e seu corpo docente.

Ao meu Professor e Orientador Paulo pela grande oportunidade.

Aos Professores e colaboradores do Departamento de Educação Sexual, pelo acolhimento.

A todos os meus amigos, que me ajudaram nessa trajetória.

A todos meus familiares, em especial minhas sobrinhas.

A minha filha Maria Carolina, que a sua trajetória, seja sempre motivada e inspirada para grandes realizações.

Ao meu grande amor Elton, incentivador número um.

Meu profundo agradecimento a todos.

RESUMO

A participação da mulher no mercado de trabalho ocorreu no período da evolução industrial nas indústrias têxtil e a partir da I e da II guerra mundial, essa movimentação ganha força e as mulheres começam a assumir novas funções, entre elas a função de enfermeira. Este estudo é um levantamento histórico da Enfermagem, como representante da mulher no mercado de trabalho, com vista a compreender os estereótipos de gênero sobre a profissão. O objetivo é analisar historicamente como o estereótipo de gênero e a noção de cuidado influenciam a valorização da enfermagem como profissão no Brasil. Numa revisão bibliográfica qualitativa, identifica o cuidar na Antiguidade, na Idade Média e sua expressão na emergência da Enfermagem como trabalho sistematizado. Analisa-se a evolução da Enfermagem no Brasil desde a colonização, passando pela Segunda Guerra Mundial, até o presente, evidenciando os estereótipos e marcas, a despeito do desenvolvimento científico e tecnológico da saúde. Conclui-se que a associação histórica do cuidar ao gênero feminino determina estereótipos da Enfermagem, com marcas impactantes nas condições de trabalho e tece um panorama com os traços das desigualdades entre gêneros, bem como da dominação masculina dada num campo simbólico. Trata-se de uma correlação entre gênero e atividade que constitui um estereótipo.

Palavras-chave: Mulher; trabalho; História; enfermagem; estereótipos

ABSTRACT

Women joined the labor market during the Industrial Revolution, in the textile industry. From World Wars I and II on, this tendency strengthens and women start taking new job positions, such as nursing. This research is a historical review of Nursing, as a profession that represents women in the labor market. It aims to understand gender stereotypes of such career. The goal is to historically analyze how the gender stereotype and the notion of care influenced the value of nursing as a job in Brazil. A qualitative bibliographic review identifies care in Antiquity, Middle Ages and its expression in the emergence of nursing as a systematized work. The research analyzes the evolution of nursing in Brazil since its colonization, during World War II, until present times, evincing stereotypes and marks despite scientific and technological advances in healthcare. It concludes that the historical association of care to the female gender determines stereotypes in nursing, with marks that affect the working conditions. It also draws an overview with the traces of inequalities between genders, as well as of the male domination given in a symbolic field. A correlation of gender and activity constitutes a stereotype.

Keywords: Woman; work; History; nursing; stereotypes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Metodologia	12
2 A MULHER NO MERCADO DE TRABALHO	15
2.1 Valorização da mulher no mercado de trabalho: um desafio?	18
3 ENFERMAGEM: A REPRESENTAÇÃO DA MULHER	24
3.1 A história da enfermagem: o que ela nos mostra	24
3.2 Enfermagem no Ocidente	25
3.2.1 Antiguidade	25
3.2.2 Roma e o início da era cristã	26
3.2.3 Idade Média e Renascimento	27
3.2.4 Florence Nightindale e a Enfermagem Moderna	31
4 ENFERMAGEM NO BRASIL	34
4.1 Brasil Colônia e Brasil Império	34
4.2 A Enfermagem Moderna no Brasil	40
5. GÊNERO E ESTEREÓTIPO	41
5.1 Estereótipos: a generificação dos corpos	41
5.2 Dominação	45
5.3 Enfermagem e assimetria de poder	49
6 RESULTADOS	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7.1 Desafios atuais da enfermagem	56
8 PRODUTO:DISCUSSÃO DE GÊNERO NA UNIVERSIDADE	65
8.1 Proposta de Disciplina	66
REFERÊNCIAS	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Artigos e temas sobre enfermagem.	40
Tabela 2: Proposta de ementa da disciplina Gênero e Trabalho para cursos de enfermagem.	66

1 INTRODUÇÃO

As atividades envolvidas na enfermagem apontam para a noção de cuidar. Historicamente, essas atividades foram genericadas. A ação de cuidar de pessoas esteve, culturalmente, ligada à mulher, desde o período antes de Cristo, na Roma Antiga e na Idade Média. O trabalho de enfermagem constituiu-se associado ao trabalho e ao gênero feminino, pouco valorizado socialmente. A participação da mulher no mercado de trabalho teve seu início na Revolução Industrial. A partir da primeira guerra mundial, sua atuação passou a ser na indústria têxtil e na enfermagem. A participação das mulheres nas relações de trabalho conferiram à enfermagem uma organização e configuração entrelaçadas a relações de gênero e poder. Seu processo de concepção e constituição trouxe formas subjetivas de diferenciação assimétrica entre os gêneros masculino e feminino, com seus estereótipos e movimentos de reprodução social. Esta pesquisa aborda o tema descrito, debruçando-se sobre a formação histórica da enfermagem e as relações assimétricas de gênero e poder subjacentes.

Esta proposta de pesquisa originou-se de uma inquietação inicial sobre a valorização da enfermagem e a profissão no Brasil. Ela foi de encontro ao momento pandêmico mundial, com a Covid-19, que evidenciou a atuação, exposição e trabalho dos profissionais. A exploração da temática poderá contribuir com novos estudos sobre gênero e estereótipos na profissão. Os estudos de sexualidade da enfermagem brasileira ampliam a discussão da temática: possibilitam compreender a história, sociedade e suas influências, aprofundando o conhecimento sobre a enfermagem e as condições vividas pelos profissionais. Promove desenvolvimento do pensamento crítico e conduz a questionamentos sobre a organização social — um ponto de partida para mudanças na profissão.

O objetivo foi identificar, no tempo, os dinamismos sociais que expressaram, na cultura da profissão, os estereótipos relacionados ao gênero e suas influências na força de trabalho da enfermagem. Além disso, entender como alguns deles continuam atrelados à enfermagem, mesmo com os relativos avanços tecnológicos e científicos na saúde. Relacionou-se o trabalho no campo da enfermagem, desde sua concepção e se expandiu o conhecimento sobre essas representações a fim de avaliar caminhos para valorizar e reconhecer socialmente o trabalho da enfermagem. Levantou-se a hipótese de que há estereótipos da enfermagem, histórica, social e culturalmente construídos.

A narrativa deste estudo visou desenvolver pensamentos sobre: gênero e seus estereótipos atribuídos à mulher; dominação e reprodução vindo a ser determinante cultural de uma sociedade; reprodução de comportamentos ao longo da história e cultura de trabalho, organização e posicionamento sociais.

O debate sobre gênero pautou considerações sobre as desigualdades entre homens e mulheres, seja no processo histórico de constituição da enfermagem, como na suas condições enquanto profissão. Existe uma estrutura de dominação do feminino pelo masculino que atravessa todo o período analisado e desemboca no panorama contemporâneo. Essa estrutura, ao mesmo tempo, perpetua-se e se atualiza por meio das relações de forças no campo social e dos valores e discursos subjetivados nos agentes sociais.

Esse modo, ao mesmo tempo coletivo e individual, foi interpretado sobre a etimologia do termo gênero e sua estruturação enquanto conceito científico. Gênero é entendido como um construto social e como uma categoria válida para a análise histórica. Além disso, a pesquisa utilizou os conceitos de campo, habitus, capital e violência simbólica como ferramentas para abordar as assimetrias. Abordou, ainda, a construção social da natureza, relacionando-a com a construção do gênero e do estereótipo, ligando-os a habilidades pessoais, papéis sociais e profissões.

As categorias de análise possibilitaram interpretar e avaliar o objeto, sempre pontuando os papéis e estereótipos relacionados às atividades da enfermagem. O período histórico levantado vai da Antiguidade, em locais específicos do Ocidente, passando pela Idade Média e Renascimento, até o Brasil contemporâneo. Explorou-se e se descreveu a formação histórica da enfermagem, com foco no estereótipo da enfermeira. Numa perspectiva ampla, o levantamento histórico expôs as atividades de cuidar relacionadas à enfermagem, antes e depois de se constituir como uma profissão e atividade em processo de estruturação até hoje.

1.1 Metodologia

Esta pesquisa realizou um levantamento histórico descritivo e argumentativo. A história da enfermagem foi retomada ancorando-se numa revisão bibliográfica qualitativa e exploratória. O material de pesquisa consistiu em livros, artigos e relatórios sobre os temas envolvidos, Quais sejam: o cuidar, a história da saúde e formação da enfermagem.

Os estudos históricos sobre a enfermagem possibilitam a conscientização do que é esta profissão, o desenvolvimento da autoestima coletiva e a formação da identidade profissional. Dessa forma, estudar a história da enfermagem gera liberdade e permite um novo olhar sobre a profissão (Barreira, 1999).

A discussão mostrou que gênero é uma categoria de análise relevante, em processo de construção e reconstrução. Ela nasce da consciência das mulheres sobre as relações assimétricas que as atravessam e legam à inferioridade através da violência simbólica inerente ao patriarcado e ao machismo. Mesmo sem necessariamente transpor outras determinações e causalidades teóricas, o termo gera um debate amplo e mostra a importância de ser estudado sob todos os enfoques supra, sintetizados na ferramenta metodológica de Scott (1995).

Scott (1995) traz um levantamento histórico do conceito de gênero como categoria analítica. Ela mostra como as análises fundadas na categoria gênero procuraram, historicamente, superar determinismos biológicos e econômicos, sem sucesso. Em linhas gerais, as análises levavam para o descritivismo ou meramente incluíam a participação das mulheres e a existência da questão de gênero em debates mais amplos. Isso não trouxe um debate sobre as relações assimétricas, que apenas emergiram, e, portanto, não possibilitaram traçar um horizonte de mudança teórica e prática.

Esse movimento coloca em pauta um debate cuja raiz é a de que existem formas culturais, sociais e, portanto, históricas de se atribuir características e papéis às pessoas a partir do seu sexo biológico ou anatômico. A primeira conclusão é: o gênero é um construto social e as diferenças não se estabelecem por imparidades naturais (Guedes, 1995).

Sob a perspectiva dos estudos de gênero, categorias como “homem” e “mulher” devem ser entendidas dentro de seus contextos sociais e culturais, levando-se em conta não apenas a constituição biológica, mas, principalmente, questões sobre como se articulam as práticas dos indivíduos, além de sua inserção dentro de um determinado contexto sociocultural (Monteiro, 2002; Paiva, 2000).

Tal ferramenta metodológica permite transitar da superação de princípios biologizantes para a descrição da relação de poder que a percepção social expressa no gênero. E também possibilita analisar o processo histórico da construção do gênero, permitindo a visão crítica e o delineamento de horizontes para novas perspectivas e mudanças, levando o debate da ciência também para o âmbito político e institucional.

Todo esse processo teve capilaridade no meio acadêmico, criando campos científicos, debates, slogans e resistências. Nesse contexto, a palavra gênero ganha importância como conceito e categoria de análise para os movimentos sociais e para a ciência.

Ancorada no argumento de Joan Scott (1955), Guedes (1995) referencia o debate acadêmico sobre gênero. Há análises descritivas que superam o determinismo biológico da associação entre sexo e gênero, entendendo este como construto social. Porém essas análises carecem de causalidade, fugindo à análise o caráter de processo e de construção e, portanto, a historicidade.

A teoria de Bourdieu (1984, 1987) traz outras categorias de análise que permitem compreender a construção e perpetuação das assimetrias de gênero. Utilizou-se os conceitos de campo, habitus e violência simbólica para compreender como, nos períodos históricos analisados, a dominação do feminino pelo masculino na constituição da enfermagem. As categorias propiciaram, ao mesmo tempo, entender a subjetivação do papel inferior, assimétrico e feminino do cuidar na enfermagem, assim como a sua sustentação ao longo de diferentes períodos históricos.

Além desta introdução e metodologia, a pesquisa se organiza em mais seis capítulos.

No segundo capítulo, mulher no mercado de trabalho, apresentam-se as especificidades e a contextualização da inserção ocupacional histórica da mulher e os desafios de sua valorização.

O terceiro capítulo, Enfermagem a representação da mulher, faz uma sistematização da perspectiva histórica do construto social da profissão, destacando a produção de sentido e os estereótipos de gênero.

No quarto capítulo, Enfermagem no Brasil, é apresentada a cultura adquirida na profissão, como ela se formou e desenvolveu no país.

O quinto capítulo, apresentam os estereótipos de gênero. Neste capítulo, descreveu-se gênero e sua categoria de análise para entender a construção social em meio às relações de gênero.

O sexto capítulo apresentada as relações de poder e faz uma reflexão acerca das relações de gênero na enfermagem no exercício do trabalho.

Os resultados da pesquisa permitiram contribuições importantes para o estudo de gênero e estereótipos na profissão. A análise histórica norteou a discussão dos resultados da pesquisa.

As considerações finais descrevem o que a pesquisa proporcionou: permitiu a resposta para alguns questionamentos e proporcionou meios para novos estudos e novas questões norteadoras e desafios que possam vir a surgir.

2 A MULHER NO MERCADO DE TRABALHO

A Revolução Industrial teve seu início na Inglaterra no século XVIII sendo definida por mudanças sociais e econômicas e tendo conduzido a um crescimento acelerado. O trabalho artesanal foi sendo trocado progressivamente por produtos de produção em série industrial, conseqüentemente mais baratos. Foi incorporado o uso da mão de obra sem especialização e sem necessidade de força física. (Hobsbawn, 2000)

A entrada da mulher no mercado de trabalho na Revolução Industrial aconteceu de forma acentuada e foi de encontro com a necessidade de contribuição de capital familiar, fazendo com que fossem inseridas no trabalho das indústrias de maneira obrigatória, sendo sujeitas a consentir realizar atividades sofridas e de baixa remuneração (Girão, 2001).

As fábricas contratavam mão de obra feminina, com a intenção de diminuição de custos e doutrinação a seu modo. A revolução industrial permitiu pela primeira vez na história a introdução significativa do trabalho da mulher. (Leal, 2016).

Perrot (2005) afirma que as trabalhadoras eram vistas como maleáveis pelos superiores, de fácil influência e obediência. Essa percepção era acentuada pela enfraquecida organização sindical feminina. As tentativas de greve coordenadas pelas operárias quase não tinha participação das mulheres e muito menos dos homens, sendo, logo em seguida apartadas. O trabalho da mulher era desvalorizado financeiramente e com elevado lucro para quem as contratava (Hobsbawn, 2000).

O lucrativo trabalho da mulher passou a atrair as indústrias, em especial o setor têxtil, que era extremamente rentável, no início do século XIX. A mão de obra feminina era vista como temporária, submissa e complementar e utilizada para diminuir gastos com pagamentos e para trocar os homens operários demitidos em tempos de instabilidade (Paoli, 1985).

Percebe-se que, no começo da participação das mulheres no mercado de trabalho, seus postos de trabalho eram submissos e os homens tinham cargos de domínio (Corrêa, 2004).

Após a I e II Guerras Mundiais, essa movimentação ganha impulso e as mulheres começam a assumir funções que anteriormente eram executadas somente por homens.

Em consequência das guerras ocorridas na primeira metade do século XX, muitas mulheres ficaram responsáveis por empresas e negócios familiares, assumindo a posição que era do homem, somando-se a responsabilidade também do lar. Devido aos anos de conflito, esse acontecimento foi em grande escala e sucessivo, em virtude das elevadas taxas de acidente que matavam ou incapacitavam os homens durante o conflito.

Ao longo da Primeira Guerra Mundial, as mulheres exerciam a função de enfermeiras, e de operárias na indústria têxtil, confeccionando uniformes para soldados, artigos têxteis e vestuário. Em alguns locais da Europa como, Alemanha, França e Inglaterra, a mão de obra feminina foi utilizada também nos meios rurais, setor que não poderia ser descontinuado durante a guerra, devido à manutenção de vida da população. As mulheres trabalhavam em troca de refeições ou quantias irrelevantes de dinheiro e isso era socialmente validado. Segundo Thebaud (1991), em 1914, com o início da guerra, as mulheres já ocupavam 40% dos postos de trabalho e em julho de 1915 ocupavam 80%. Suas funções eram de enfermeiras, camponesas, comerciantes e operárias das indústria têxtil (Teixeira, 2009).

A partir da Revolução Industrial e 1ª Grande Guerra Mundial ocorreu uma transformação das configurações sociais da mulher e de sua mão de obra. Devido às necessidades, elas foram aceitas no mercado de trabalho, desempenhando funções também de maior emancipação nos lares e administração de patrimônios. Com o modernizar dos tempos os cargos de liderança empresarial, organizacional e político, passaram a contar com lideranças femininas. Entretanto, grandes eram as dificuldades de inserção, em razão do mundo masculino em que estavam imersas (Garcia, 2020).

Bittencourt (1980) evidencia questões importantes na introdução da mão de obra feminina. Uma delas se deu por meio da transformação capitalista, que viabilizou a participação das mulheres no mercado de trabalho, sendo socialmente aceito se distanciar do âmbito doméstico. Isso também representava uma libertação e oportunidade de posicionamento junto ao homem na produção social. Porém a introdução da mão-de-obra feminina, não isentou a mulher das tarefas do lar nem lhe conferiu independência e autonomia. Ela permaneceu não só no âmbito familiar, mas também no profissional, com acúmulo de funções e sendo explorada na sua posição de trabalho.

Para Girão (2001), os conceitos definidos socialmente para o homem e para a mulher são levantados em função dos propósitos empresariais. Vincula-se a mulher à possibilidade de se moldar e aceitar o cumprimento de tarefas distintas e o homem à engenhosidade. Esses

conceitos de gênero convêm como estrutura ideológica, mantendo a mulher na esfera privada, ou seja, familiar e o homem no âmbito público, profissional.

O termo privado remete à ideia de algo que não pode ser visto nem conhecido; portanto, silencioso, invisível e desqualificado. Dessa forma, as atividades do lar podem ser consideradas como invisíveis, por não serem valorizadas, principalmente na concepção capitalista, já que não resultam em nada produtivo para o mercado comercial. O termo público, por sua vez, traduz aquilo que pode ser visto e ouvido por todos, denotando visibilidade e acessibilidade (Amaral, 2012).

Assim, ao se identificar a mulher com características ligadas a aspectos como atenção, educação, cuidado, afetividade, sensibilidade e passividade, percebe-se a construção de uma imagem do seu trabalho associada ao espaço doméstico. Por outro lado, a figura do homem provedor, agressivo, ativo, forte, empreendedor, inteligente e dominador o coloca como responsável pela esfera pública. Essa construção de desigualdades entre os sexos, apoiada em construtos biológicos, ajuda a manter as relações de dominação, exploração e opressão da mulher (Amaral, 2012).

A chamada “armadilha da compaixão” de Adams (1990) é um conjunto de crenças propagadas e consentidas no social, que concedem à mulher o papel fundamental de cuidadoras. Velado nessa construção está o conceito de que a mulher deve vincular suas conveniências pessoais à comodidade e satisfação dos outros. É um recurso social que pode levar as mulheres a permanecerem submetidas a uma sujeição prática e emocional. Por esse motivo, o papel social da mulher deturpa sua identidade delimitando seu desempenho. Assim, ela concebe essa função de cuidadora não só no lar e nas tarefas domésticas, como também no contexto social.

As chamadas profissões de assistência ou ajuda são realizadas mais por mulheres que homens. Mesmo sendo ocupações que têm estrutura desvalorizada socialmente, elas condescendem com essa função de protetoras, à procura de reconhecimento social. Isso fortalece a relevância dessa atribuição para a comodidade do corpo social. Por isso, segundo Adams (1990), dificulta-se o desprendimento desse princípio social, ao qual se tem introduzida uma influência e controle emocional.

2.1 Valorização da mulher no mercado de trabalho: um desafio?

Desde muito tempo as mulheres exercem as funções de mãe e cuidadora da família, tendo como papel cuidar da casa, dos afazeres domésticos e dos filhos, deixando para os homens o papel de provedor da família. A partir dos anos 70, com o crescimento da força de trabalho remunerada feminina e o acesso à escolaridade, as mulheres conseguiram estudar e formar-se em uma profissão, entrar no mercado de trabalho e conquistar uma carreira. Mesmo com todas essas conquistas, as mulheres ainda têm responsabilidades adicionais além de sua carreira profissional e estudos, atividades que podem sobrecarregá-las e trazer prejuízos para a saúde física e mental.

Hirata (2016) aponta que, apesar da mudança dos padrões culturais e de gênero – como a redução da taxa de fecundidade e o aumento nos níveis de escolaridade das mulheres nas últimas três décadas – a entrada da mulher no mercado de trabalho em comparação aos homens ainda é bastante desigual. Destacando atividades de má qualidade e sem direitos trabalhistas como atividades informais e trabalhos de meio período como provedor de renda para muitas mulheres. As taxas de atividade têm crescido, porém os empregos criados são considerados vulneráveis e precários, com a ampliação do trabalho informal.

Para Lima et al. (2017), o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, apesar de um avanço, não possibilitou a superação das diferenças com relação aos salários, revelando, dentro do campo de trabalho, que as relações são bastante assimétricas, androcêntricas e sexistas, e que essas diferenças também podem ser observadas no âmbito familiar através de uma educação sexista dentro e fora da escola que vem contribuindo para diferentes papéis sociais para homens e mulheres, consequentemente nas tomadas de decisões profissionais.

Hirata (2015) aponta mudanças nos modelos de conciliação entre vida familiar e vida profissional, descrevendo quatro modelos de delegação desses trabalhos:

- a) Modelo tradicional: a mulher não trabalha fora, assumindo cuidados da casa e dos filhos, o homem é o provedor. Essa configuração está sendo ultrapassada pelos domicílios em que ambos cônjuges trabalham para o sustento da família. Entretanto,

ainda é realidade, sobretudo quando o número de filhos torna difícil a “conciliação” entre afazeres domésticos e de cuidados e trabalho profissional.

b) Modelo da conciliação: a mulher trabalha fora, mas concilia trabalho profissional e trabalho doméstico; o homem não vê a necessidade de conciliar, pois não existe para ele uma norma social, segundo a qual ele deva realizar o trabalho doméstico e de cuidados concomitante ao trabalho profissional.

c) Modelo da parceria: mulheres e homens repartem tarefas domésticas e cuidados da família. Ora, a parceria supõe igualdade de condições: será que existe, hoje, igualdade na posição dos homens e das mulheres na família e na sociedade?

d) Modelo da delegação: a mulher delega a outras mulheres o cuidado com a casa, família e crianças. Por exemplo: mulheres executivas e com postos de responsabilidade só podem trabalhar se outras mulheres, desprovidas de recursos e necessitando trabalhar para sustentar a família, assegurar essas tarefas. O primeiro grupo de mulheres não pode existir sem o outro.

Esses modelos refletem o que as pesquisas vêm demonstrando sobre a mulher e sua inserção social e trabalhista. Martins et al. (2019) defende que a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho nas últimas décadas tem sido associada às mudanças na família e na sociedade, como a maternidade tardia e menor número de filhos. As mulheres – a partir das mudanças sociais e das conquistas feministas – adentraram em contextos antes considerados masculinos, o que ocasionou a expectativa de maior envolvimento do homem no cuidado dos filhos. Isso não acontece em muitas famílias, pois apesar de trabalhar fora de casa, a mulher ainda é a maior responsável pelos filhos e pelos cuidados domésticos (IBGE, 2019).

Além da inserção no mercado de trabalho, a escolarização por parte de mulheres está aumentando. Nas universidades, há mais mulheres matriculadas, se comparadas aos homens, em muitos cursos que eram considerados masculinos. Hoje, mulheres escolhem e frequentam cursos como as engenharias, as ciências tecnológicas e matemáticas, mesmo com os papéis de gênero ainda demarcados socialmente, embora ainda haja assimetria entre os gêneros nessas áreas as pesquisas demonstram maior escolarização e acesso à universidade.

Dados do IBGE (2018), relacionados ao nível superior completo entre pessoas de idade entre 25 e 44 anos, o percentual de homens que completou a graduação foi de 15,6%,

enquanto o de mulheres atingiu 21,5%, indicador 37,9% superior ao dos homens. Apesar das mulheres apresentarem maior percentual de escolaridade no nível superior que os homens, em relação aos rendimentos médios do trabalho (CMIG 13), as mulheres seguem recebendo cerca de $\frac{3}{4}$ do que os homens recebem.

O trabalho de mulheres nos Brasil é constituído de uma bipolarização de empregos femininos, de um lado minoritário executivas e profissionais de nível superior, e do outro lado mulheres em profissões tradicionalmente femininas nos setores de saúde e educação, emprego doméstico e escritórios. Sobre trabalhos que demandam cuidados com outras pessoas, Hirata (2015) destaca a desigualdade de gênero e raça:

O trabalho de cuidado foi exercido por muito tempo por mulheres, no interior do espaço doméstico, na esfera dita “privada”, de forma gratuita e realizado por amor, com os idosos, crianças, doentes, deficientes físicos e mentais. [...]. Com a mercantilização, o trabalho feminino de cuidado, gratuito e invisível, torna-se visível e é considerado, enfim, um trabalho (com seus corolários: formação profissional, salário, promoção, carreira, etc.). (Hirata, 2015, p. 53).

Bruschini e Lombardi (2003), salientam que a partir das décadas de 80 e 90 as mulheres ocupavam, em sua maioria, postos de trabalho relacionados a serviços administrativos, de turismo, serventia, higiene, beleza e auxílio à saúde, com destaque para as profissões de magistério e enfermagem. A partir dos anos 2000 as mulheres vêm assumindo postos de trabalho de maior prestígio e tradicionalmente masculinas como medicina, advocacia, arquitetura e engenharia. Evidenciando progressos alcançados pelas mulheres em relação à participação no mercado de trabalho.

Embora haja crescente participação feminina nos postos de trabalho, Nascimento e Villas-Boas (2015) salientam que discriminação de mulheres no mercado de trabalho ainda é alta, com dificuldades para adentrá-lo e salários inferiores. A pesquisa de Madalozzo e Artes (2017) demonstrou que há diferenças salariais entre homens e mulheres que exercem as mesmas profissões, sendo aproximadamente entre 7,9% para profissionais do direito, 28,1% para medicina e 67,7% na engenharia. Esses dados revelam a desigualdade de gênero, que pode ocasionar segregação nas profissões e influenciar nas escolhas profissionais de mulheres.

Com relação à realização de trabalhos domésticos, dados do IBGE (2019) revelam que a taxa de realização de afazeres domésticos e/ou cuidado de pessoas é bem maior entre as mulheres (93,0%) do que entre os homens (80,4%). Para Barros e Mourão (2018) o

aumento do número de mulheres como força de trabalho deveria corresponder à queda de atividades dentro do lar, associada a uma divisão de trabalho mais equilibrada entre homens e mulheres no espaço doméstico.

Entretanto, as horas semanais gastas pelas mulheres (21,3 horas) nessas atividades são, em média, quase o dobro das gastas pelos homens (10,9 horas). Contribui para a explicação deste resultado a própria natureza dos postos de trabalho ocupados pelas mulheres, em que se destaca a maior proporção dedicada ao trabalho em tempo parcial, pois, no restante do tempo, dedicam-se às atividades domésticas (serviços de casa e maternidade). Segundo Barros e Mourão (2018) a figura de uma mulher ligada exclusivamente ao lar, aos cuidados com os filhos, familiares e assuntos domésticos já não corresponde à sua imagem no século XXI. Elas estão cada vez mais atuantes nos espaços até então ocupados pelos homens. Nesse contexto, a pílula anticoncepcional exerceu papel importante no processo de mudança social, pois permitiu aos casais escolherem o melhor momento para ter filhos, e as mulheres passaram a ter maior disponibilidade para atuar fora do âmbito doméstico (Bertolini, 2002 como citado por Barros & Mourão, 2018).

Em relação ao tempo de trabalho das mulheres, IBGE (2018) aponta que elas trabalham, em média, 3 horas a mais por semana que os homens, considerando o trabalho remunerado, afazeres domésticos e cuidados com pessoas. Mesmo com maior nível de escolaridade, ganham em média 76,5% do rendimento dos homens.

Mulheres, no decorrer dos últimos 40 anos, vêm mudando seus papéis sociais. A possibilidade de maior controle sobre o número de filhos que desejam ter, a possibilidade de uma escolha profissional, o crescimento do feminismo e a maior visibilidade da mulher dentro da sociedade contribuíram para essa mudança.

Dados do IBGE (2018) mostram que quase metade dos lares brasileiros são chefiados por mulheres, saltando de 25% em 1995 para 45% em 2018, destacando a importância e o papel feminino no mercado de trabalho e na manutenção da família como única ou principal provedora de renda. Entre as mulheres responsáveis pelo lar destaca-se que 43% delas possuem companheiro, 30% são mães e 13% não possuem filhos. O restante delas são 32% mães solteiras que vivem com os filhos, 18% vivem sozinhas e 7% dividem a casa com amigos ou parentes.

Configurando uma organização familiar matrifocal, em que as atividades desenvolvidas pelos membros de uma família centram-se na figura da mulher. Surge,

porém, uma contradição. Por um lado, ela encontra satisfação e realização em tudo o que faz e, por isso, sobrecarrega-se e sofre. Por outro, não suporta o peso de tantas responsabilidades e termina por manifestar sérios danos a sua saúde.

Monteiro (2015) observou que as mulheres em posição de liderança sofrem com desgaste físico, mental, conflitos internos e culpa por não conseguirem dar conta, como gostariam, de responsabilidades que atribuíram a si próprias. Assim, segundo a autora, os maiores desafios das mulheres ainda estão ligados a sua “dupla jornada” de trabalho. Para a autora, a influência do papel da mulher na reprodução social é tão grande que a própria escolha e a manutenção do emprego, da extensão das jornadas e dos turnos de trabalho profissional incluem entre os critérios a possibilidade de conciliação com o cuidado da casa e dos filhos. Muitas mulheres optam, quando é possível, por jornadas parciais, mesmo com prejuízos salariais e de progressão funcional, para poderem se dedicar mais aos filhos pequenos.

Silva e Lima (2012) ao falar sobre mulheres, trabalho e família apontaram, no exercício desses papéis, elevados níveis de cobrança pessoais, profissionais, sociais e emocionais. Para a autora, a mulher flexibilizou-se na ocupação de diversas esferas. Contudo, velhas formas de funcionamento permanecem sob outras roupagens e as desigualdades sociais entre homens e mulheres ainda persistem. A mulher que lutou tanto para conquistar espaços fora da cena doméstica hoje também sofre por – uma vez conquistado o espaço público – agregar a esse uma série de tarefas e funções.

A mulher vem, ao longo dos anos, mudando seus papéis sociais, saindo da esfera do lar (dona de casa, esposa e mãe) para a esfera pública (entrar na universidade, entrar no mercado de trabalho e ter uma carreira profissional). São as responsáveis pelos cuidados com os filhos e afazeres domésticos. Passando quase o dobro de horas semanais com esses cuidados, acumulam funções dentro e fora de casa, o que pode resultar em perda ou prejuízo em uma delas ou até mesmo em sua saúde. O que talvez possa explicar por que mulheres sofrem mais com o estresse de carreira.

As leituras realizadas mostram que quase metade dos domicílios no Brasil são chefiados por mulheres, em sua maioria casadas e/ou mães. As mulheres são responsáveis por suas famílias, pelo cuidado com os filhos, cuidados com a casa e também responsáveis financeiramente. Como conciliar os papéis de trabalhadora, estudante, mãe, e cuidadora do lar sem que haja prejuízo em alguma dessas áreas? Talvez a resposta seja simples: sempre

há um prejuízo, seja pelo posto de trabalho em situação informal, ou pelo salário menor em relação aos homens.

Também foi possível observar que as mulheres, ao exercer várias funções, sofrem das desigualdades de gênero dentro da sociedade, discriminação dentro do mercado de trabalho, postos de trabalho inferiores, menores salários e maiores responsabilidades dentro e fora de casa contribuem para que o papel da mulher seja mantido como de segundo plano ou que, para ter sucesso em carreira profissional, as mulheres precisam se dedicar muito mais tempo, colocando-se em situação de possíveis perdas em seus papéis sociais.

A fala no ambiente organizacional sempre foi de igualdade para o sexo feminino e masculino, contudo demonstra, ainda, uma relação desigual da presença da mulher no mercado de trabalho. Seja em questões salariais, desenvolvimento e prospecção na carreira ou possibilidades de efetivar determinadas funções, a mulher ainda sofre restrições no trabalho.

A desigualdade de gênero persiste nas organizações, mesmo que velada. Um complexo de métodos camuflados, fundamentado nas relações de poder ou associações que meticulosamente (re)produzem divergências de gênero, justificando-as como senso comum. A aparente neutralidade das organizações quanto ao gênero ocultam os impactos da desigualdade, normalizada e incorporada aos costumes do ambiente de trabalho (Benschop & Dooreward, 1998).

Benschop e Dooreward (1998) mencionam práticas organizacionais que ao mesmo tempo buscam o rompimento e reificam a desigualdade de gênero. A evidência dada às mulheres que obtêm êxito representa a busca pelo rompimento. Isso garante alívio, mas, por si só, não resolve a questão central, desviando dela o foco. É significativo que as diferenças sejam identificadas e que se assuma que esses discernimentos são importantes, mas as relações de trabalho precisam estar no foco como alvos de mudança, pois elas facilitam a (re) produção da desigualdade de gênero.

3 ENFERMAGEM: A REPRESENTAÇÃO DA MULHER

Conforme visto no capítulo anterior, a atuação da mulher no mercado de trabalho ao longo da primeira guerra mundial foi exercida também através da enfermagem, dando início a desafios profissionais e sociais da mulher.

Atualmente, segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde [WHO] (2020), 59% dos postos de trabalho da saúde no mundo são de enfermeiras. De um total aproximado de 28 milhões de enfermeiras e enfermeiros pelo mundo, cerca de 90% são mulheres.

No Brasil, segundo o Conselho Federal de Enfermagem [COFEN] (2020), a profissão em números em 2020 é de 2.378.471 profissionais, incluindo auxiliares, técnicos e enfermeiras sendo que 84,6 % é composto por mulheres.

Neste capítulo será retratado um resgate da história da enfermagem e a mulher que ela representa, desde seu processo empírico e a organização da profissão, características e as propensões dessa organização.

3.1 A história da enfermagem: o que ela nos mostra

O cuidar da saúde e acompanhamento de doentes e suas curas data da antiguidade e nem sempre foi um ofício majoritário de mulheres. Mesmo assim, Paixão (1979) afirma que "nas mais remotas eras, podemos imaginar a mãe como primeira enfermeira da família" (Paixão, 1979. p.19). A análise histórica da autora sustenta o ponto de vista referido na metodologia desta pesquisa: é fundada numa moralidade cristã e coloca a mulher e o cuidar no lugar da devoção e da submissão. Junto aos importantes dados históricos, sua argumentação sustenta um campo social de dominação masculina, referência a um campo simbólico cuja moral hegemônica sustenta as assimetrias de gênero.

Antes de abordar sistematicamente a enfermagem na Antiguidade, Paixão (1979) traz uma visão geral sobre noções de doença e tratamento da época:

... a convicção de que as doenças eram um castigo de Deus, ou efeitos do poder diabólico exercido sobre os homens, levou os povos primitivos a recorrer a seus sacerdotes ou feiticeiros, acumulando estes as funções de médico, farmacêutico e enfermeiro. A terapêutica se limitava a dois fins: aplacar as divindades por meio de sacrifícios expiatórios e afastar os maus espíritos. Para isso, os meios eram variados: massagens, banho de água fria ou quente, purgativos, substâncias provocadoras de náuseas... Tudo isso tinha por fim tornar o corpo humano tão desagradável que os maus espíritos resolvessem abandoná-lo (Paixão, 1979, p. 19)

A Enfermagem começa a se fortalecer a partir da Era Cristã e na Idade Média. Após um período denominado "crítico" por Paixão (1979) e NursingSchool Hub (2021), foi sistematizada e organizada como profissão por Florence Nightingale, no século XIX. Sua atuação trouxe desenvolvimento técnico para a profissão sem deixar de reproduzir assimetrias de gênero para o trabalho. A enfermagem moderna e contemporânea se desenvolveu e espalhou a partir desse ponto de inflexão.

O foco histórico central da pesquisa vai da atuação das Irmãs da caridade em 1633 até a Enfermagem contemporânea, com ênfase na influência de Florence. Os dinamismos globais das transformações técnicas da enfermagem influenciaram diretamente o Brasil. Ao longo do levantamento histórico, serão identificados os estereótipos de enfermeiras presentes em cada período, no mundo e no Brasil.

3.2 Enfermagem no Ocidente

3.2.1 Antiguidade

Paixão (1979) pontua sete povos antigos, cujos manuscritos tratavam da medicina, saúde e terapêutica. Todos esses povos prestavam cuidados consoantes à enfermagem, independente de terem uma definição específica para a atividade. O estereótipo, em geral, é do enfermeiro como um homem: religioso, sacerdote, iogue, etc. Desses povos, enfatiza-se, aqui, Índia, Egito e Grécia.

A Índia tinha um sistema bastante sofisticado de procedimentos de enfermagem e produção de medicamentos com plantas medicinais. Destacou-se por construir hospitais e ser o único povo antigo a mencionar enfermeiros. Os procedimentos de cuidado eram todos ligados à filosofia hindu (Paixão, 1979).

No Egito, as informações obtidas por escritos em papiros mostram uma mistura de religiosidade e ciência no exercício da medicina e serviços de saúde. Não havia uma definição específica de enfermagem, mas as suas atividades de cuidar eram parte do repertório dos sacerdotes. Importa ressaltar, aqui, que esses serviços eram desempenhados por homens e eram atrelados a grande nobreza, riqueza e status.

A Grécia, inicialmente, pautava suas teorias de saúde e cuidado na mitologia. Médicos sacerdotes prestavam os serviços de saúde. Graças à valorização da beleza e da hospitalidade, havia templos onde os enfermos podiam ser cuidados. Com a contribuição de Hipócrates,

lançou as bases da medicina científica ocidental: observação do paciente, diagnóstico, prognóstico e terapêutica.

3.2.2 Roma e o início da era cristã

Em seus primórdios, o cristianismo se fortaleceu em Roma e trouxe novos estereótipos, carregados da religiosidade de uma ética cristã. Com ela, a enfermagem começou a ganhar força e assumir os estereótipos, marcas e assimetrias de gênero que a influenciam até hoje.

As práticas de saúde monástico-medievais – regidas pela influência dos fatores socioeconômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo. Esta época corresponde ao exercício da Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (Paixão, 1979).

As primeiras comunidades cristãs recebiam assistência de diáconos, diaconisas, viúvas e "virgens que se consagravam a Deus" (Paixão, 1979. p. 34). Essas pessoas prestavam serviço de socorro a pobres e doentes. Ao deixar de ser perseguido, o cristianismo cresceu ainda mais. Diáconos e diaconisas prestavam socorro nas Diaconias, lugares que recolhiam os doentes em casas particulares ou hospitais. O avanço da Igreja trouxe a organização do espaço para o bispado, com bispos exercendo medicina em hospitais cristãos que floresciam. Monges, abadessas e freiras passaram a prestar serviço em mosteiros e conventos. A autora menciona, ainda, as ordens militares e os hospitais nos períodos das Cruzadas, as primeira, segunda e terceira ordens Franciscanas, e a instituição das Beguinhas. Esses grupos eram compostos por padres, freiras que viviam clausura e mulheres religiosas que não tinham votos (Paixão, 1979).

A própria ética subjacente ao texto de Paixão (1979) é católica. Quase todos os estabelecimentos de saúde e ordens são referidos como preconizados por lideranças masculinas e compartilhados ou expandidos por mulheres.

No início da Era Cristã, o estereótipo das enfermeiras e enfermeiros era o do padre, monge, freira ou mulher religiosa. Eram pessoas com votos à Igreja Católica e suas ordens, ou vínculos com a vida religiosa cristã e seus valores.

As mulheres serviam expandindo iniciativas de homens ou em grupos administrados por mulheres. Ainda assim, dada a própria organização do catolicismo, assumiam um papel de submissão e obediência em seu cuidar.

A Imagem Religiosa da Enfermeira se desenvolveu na Era Cristã e Idade Média, com organizações voltadas para a caridade e o cuidado de doentes, pobres, órfãos, viúvos, idosos, escravos e prisioneiros. Nessa fase, as mulheres solteiras (diaconisas), as virgens e as viúvas tiveram oportunidades de trabalho jamais imaginadas. À medida que a Enfermagem desenvolvia uma imagem associada à religião, uma disciplina cada vez mais rígida era exigida e a obediência absoluta às ordens médicas e dos pastores era determinada. (Nauderer & Lima, 2005, p.75.)

Veremos os avanços técnicos na saúde e na enfermagem na Idade Média e Renascimento, enquanto os estereótipos sofreram pouca variação.

3.2.3 Idade Média e Renascimento

Sclyar (2007) traz a concepção de cura, doença e cuidado, evidenciando elementos do discurso hegemônico dado no campo social da época:

Na Idade Média europeia, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes. (Sclyar, 2007, p.33)

Esse discurso, assim como a função atribuída aos hospitais, fazem parte da estrutura subjetivada no habitus dos agentes (Bourdieu, 1984, 1987). Foucault (1981) menciona a questão da caridade como parte integrante dos valores que nortearão esses agentes. Essas características são marcantes dos lugares ocupados por homens e, sobretudo, mulheres nas atividades de cuidar relacionadas à enfermagem. O longo processo histórico da Idade Média vai estruturar uma ética de submissão da mulher. Sua associação com atividades domésticas de cuidar e a associação dessas atividades com devoção e amor – mais do que com profissionalismo e trabalho remunerado – vai perdurar, em maior ou menor grau, até o final

do período referido. E, de certa forma, manifestar-se-á até a contemporaneidade. Segundo Foucault (1981),

O personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, é alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital [...] e o pessoal hospitalar não era fundamentalmente designado a realizar a cura do doente, mas conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo-que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegura salvação eterna" (Foucault, 1981, pp. 101-102).

A concepção de saúde e doença foi, durante esse longo tempo, vinculada ao aspecto religioso. O trabalho de enfermagem era, também, uma forma de se aproximar de Deus. Assim como no início da Era Cristã, as enfermeiras eram mulheres em sua maioria, com vínculo a ordens religiosas ou a uma vida religiosa ativa.

NursingSchool Hub (2021) identifica a expansão da enfermagem a partir dos séculos X e XI. Monastérios, conventos e igrejas passaram a ter hospitais e enfermarias anexas, enquanto casas de caridade cresciam em números, com padrões mais sofisticados de trabalho. A função da enfermeira incluía não apenas os cuidados de saúde, mas todas as outras necessidades dos pacientes, incluindo serviços de limpeza e alimentação.

De acordo com Ornellas (1998):

A transição da Antiguidade para a Idade Média não afetou particularmente a evolução dos hospitais. Estes continuaram difundindo-se dentro dos princípios cristãos, na medida em que o próprio cristianismo se expandia. O seu caráter institucional foi sendo modelado, implantando uma nova representação de saúde e doença que, contrapondo-se à ideia de uma origem natural das doenças, as explicavam como um castigo divino, um instrumento de provação. (Ornellas, 1998, p. 255).

O autor segue dissertando sobre o enfraquecimento do feudalismo a partir do século XII e a emergência de contextos que demandaram mais hospitais e mais serviços de saúde. Neste ponto, nota-se, na interpretação do cuidar, um traço do desenvolvimento da enfermagem como atividade. Esse desenvolvimento paulatinamente torna-se um processo de construção de identidade e estruturação profissional. Importante ressaltar, mais uma vez, a ética do serviço devocional, do cuidado com o próximo como integrantes do capital simbólico em jogo no campo social:

Do século XII em diante, as mudanças que vão determinar o enfraquecimento do feudalismo e a retomada do crescimento das cidades e as epidemias que varrem a Europa determinam, também, o aumento da demanda dos hospitais, nos quais atuavam tanto religiosos como leigos, e que, embora ainda não se constituíssem no Locus privilegiado de atuação do médico, era onde se praticava um cuidar próximo do que viria a ser enfermagem. Com a crise da Igreja, cujo poder enfraquece juntamente com o regime feudal, os estabelecimentos hospitalares- religiosos mantidos por ela entram em decadência. Ao término da Idade Média, inúmeras congregações cristãs haviam fechado as casas que mantinham, transferindo para a iniciativa laica os serviços que vinham prestando, inclusive o de cuidados aos doentes. E, sob a direção das municipalidades, delineia-se o hospital geral. (Ornellas, 1998, p. 256).

As primeiras universidades surgiram na Idade Média, assim como escolas de medicina em diversos locais da Europa. Enquanto o conhecimento se organizava, o contexto da Europa trazia maiores demandas para a medicina - devido à sífilis, lepra e peste bubônica. Durante esse período, a medicina passou por avanços e os cuidados de saúde se davam em mais estabelecimentos (Paixão, 1979).

Quando, a partir do século XVIII, a medicina veio a ser incorporada ao hospital, assumindo o seu controle, passou-se a acreditar que esse pudesse exercer uma ação terapêutica eficaz. Segundo Antunes, é então que o hospital adquire o estatuto da contemporaneidade. (Antunes, 1991, pp. 162-163).

Donahue (1993) mostra o contexto de surgimento do Renascimento e da Reforma:

Ao século XV pertencem dois grandes movimentos: O renascimento e a Reforma. O renascimento ficou caracterizado pelo declínio do poder da igreja, com acentuada preocupação com as coisas mundanas, sem fazer referências a Deus. Caracterizou-se pelo ascetismo que conduziu a uma renovação das práticas supersticiosas pagãs e pela bruxaria. Isto resultou em um movimento de reforma religiosa que teve como resultado a divisão do cristianismo. O mundo ocidental se dividiu em católicos, que aderiam aos ensinamentos de Cristo como ditava a igreja e os protestantes, que rechaçavam a autoridade desta igreja. (Donahue, 1993, p. 191).

Molina (1973) introduz os dinamismos que modificaram a prestação de serviços nos hospitais. Esse trecho evidencia a presença de disputas no campo social, conferindo um caráter dinâmico às suas estruturas, por meio das interações, do poder e das disputas simbólicas. Mostra, ainda, como o contexto contribui para o processo de construção identitária e profissional da enfermagem. Num primeiro momento, o contexto aumenta as dificuldades materiais e abre caminho para as futuras mudanças materiais:

Com a reforma protestante, houve a expulsão das religiosas católicas dos hospitais da Europa, comprometendo os cuidados prestados. Nos hospitais, não havia praticamente organização, supervisão e a remuneração paga a quem se dispusesse ao trabalho era reduzida, apesar da quantidade de trabalho. (Molina 1973, p. 32).

Adiante, a pesquisa observará que essas mudanças materiais e técnicas vão acompanhar um jogo de forças que mudará a imagem da mulher na enfermagem e, ao mesmo tempo, reproduzirão a violência simbólica da dominação masculina.

Foi na época da Reforma Protestante que a Enfermagem viveu o que é chamado de *período crítico*. Esse movimento retirou a maioria das enfermeiras do serviço, com o fechamento de monastérios e conventos. Nas poucas regiões europeias que mantiveram o domínio católico, permaneceu a mesma forma de trabalho e estereótipos. Os hospitais que, antes, dispunham de trabalho voluntário, passaram a contratar serviços - de remuneração, qualidade, organização e supervisão precárias. (Paixão, 1979.) Nesse contexto de desorganização e reestruturação, a Enfermagem tomou rumos diferentes, como o em domicílio (Nursingschool Hub, 2021). A demanda pela enfermagem continuava crescendo, então o cuidar também se prestava nos lares, por familiares.

As bases técnicas da Enfermagem moderna começaram a se desenvolver entre os séculos XVIII e XIX, com a contribuição de Florence Nightingale. (Nursingschool Hub, 2021). A reestruturação que ela proporcionou ao trabalho de enfermagem tem influência de ordens religiosas do século XVII. A iniciativa de São Vicente de Paulo com as Confrarias da Caridade e o trabalho das Filhas da Caridade na França ampliou a atividade de leigas no cuidar dos pobres e doentes.

Na idade média, posteriormente, proliferaram as ordens religiosas de homens e mulheres, que cuidavam dos corpos e almas dos pobres e doentes, sendo que alguns são lembrados até hoje nas figuras de santos, como Santo Agostinho e São Vicente de Paulo. As mulheres, por sua vez, em ordens religiosas leigas, como as Irmãs de Caridade, estabeleceram rituais de cuidados de enfermagem nos hospitais e domicílios, imprimindo suas marcas à prática de enfermagem. (Costa et. al. 2009 p.668).

São Vicente de Paulo atuou na França, no período da guerra dos 30 anos, de grande miséria e necessidade. Ele foi um padre que se dedicava a visitar pobres e doentes. Nesse contexto, organizou a Confraria da Caridade, reunindo senhoras para formar um estatuto e organizar a assistência na paróquia de Chatillonlès-Dombres. Essa iniciativa garantiu

suprimentos e cuidados aos necessitados durante um período de fome e epidemia de peste. Esse trabalho se expandiu até Paris. O relato de Paixão (1979) é notável para os objetivos desta pesquisa:

A miséria a socorrer na grande capital era enorme. As primeiras tentativas foram menos felizes que nas aldeias. Muitas senhoras de alta sociedade que se alistaram nas Confrarias, tinham dificuldades em servir os pobres a domicílio, embora muitas fossem verdadeiramente caridosas. O recrudescimento da peste, que invadia hospitais e casebres assustava os maridos das associadas. Assim, apesar das grandes esmolas recebidas, faltava pessoal para sua distribuição e o serviço dos doentes. (Paixão, 1979. p. 60).

Diante dessa situação, Vicente de Paulo e Luísa de Marillac fundaram o Instituto das Filhas de Caridade em 1633. Essa instituição aceitava o serviço voluntário de camponesas dispostas a visitar os pobres e doentes. Havia exigências morais para as voluntárias: elas não precisavam se vincular à Igreja com nenhum voto, mas deviam estar fortemente ligadas à ética e religiosidade católicas. As Senhoras da Caridade, pertencentes à Confraria, supervisionavam as camponesas, com ensinamentos morais e organização de um conhecimento rudimentar e empírico sobre enfermagem.

A primeira superiora das irmãs de caridade Luisa Marillac considerava esta uma vocação pesada e portanto, não seria qualquer moça que se adaptaria a ela. As condições de admissão eram de que as moças deveriam: ser filhas legítimas de família honesta; ser de cor branca e ter pelo menos 1,50 cm de altura; ter idade compreendida entre 16 e 28 anos; ter forças suficientes, instrução primária completa, boa reputação e estar sobretudo, resolvida a servir a Deus, ser muito submissas aos superiores, aceitando indiferentemente qualquer trabalho, estar dispostas sempre a irem para o lugar que a superiora lhes designasse e observar fielmente o regulamento da Associação (Vaessen, 1949. p.205, como citado em Padilha, 1999, p. 447).

Nesse modelo de trabalho, as Filhas da Caridade, ora também chamadas de Irmãs da Caridade (que não tinham nenhuma ligação com a obra belga, mencionada adiante), expandiram suas atividades; elas chegaram a prestar assistência ao hospital Hotel Dieu e tomar a administração de um hospital em 1640.

3.2.4 Florence Nightindale e a Enfermagem Moderna

As práticas de saúde no mundo moderno, em especial, a de Enfermagem, evoluíram juntamente ao sistema político-econômico da sociedade capitalista, que promoveu o surgimento da Enfermagem como prática profissional institucionalizada. Processo que tem

início com a Revolução Industrial no século XVI e culmina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX (Paixão, 1979).

Florence Nightingale (1820 - 1910) revolucionou a enfermagem no mundo. Sua atuação no século XIX, na guerra da Crimeia, organizou um hospital com 4000 soldados internos, baixando a mortalidade local de 40% para 2%. Ali, estabeleceu práticas profissionais que são aplicadas até hoje. Essa renomada enfermeira inglesa criou a primeira Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, em Londres. Ela tinha uma visão singular sobre como a Enfermagem deveria ser: contribuiu para o estabelecimento da profissão, mudou regras e moldou um novo tipo de mulher, capaz de atuar numa nova esfera de trabalho. Segundo Pires, Fonseca e Padilha (2016):

Florence Nightingale, aristocrata inglesa da era vitoriana do século XIX, instituiu um modelo de formação, de qualificação e de moralização para lidar com os muitos preconceitos existentes sobre as mulheres que cuidavam dos doentes da época. Como se sabe, a chamada enfermagem laica (anterior à profissionalização da enfermagem moderna) era composta por mulheres dos estratos mais baixos da população, sem escolaridade, com moral tida como duvidosa ou por prostitutas, portanto com uma carga secular de preconceitos de classe, de raça, de etnia e de gênero. (Pires, Fonseca & Padilha, 2016, p. 1226).

Através da sua atuação, Florence deu à enfermagem poderosos fundamentos, princípios técnicos e educacionais e elevada ética, impulsionando a profissão e criando oportunidades impensáveis até então (Pires, Fonseca & Padilha, 2016).

Um fato que é pouco reforçado pelos historiadores é o de que Florence Nightingale conheceu e aprendeu o trabalho desenvolvido pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo em Paris, no Hôtel Dieu, onde acompanhou o tipo de trabalho assistencial e administrativo que realizavam, suas regras, sua forma de cuidar dos doentes, fazendo notações, gráficos e listas das atividades desenvolvidas (Padilha & Mancia, 2005. p. 725)

As Irmãs de Caridade foram a escola de Nightingale, que, ao mesmo tempo, trouxe novas práticas e - segundo a maioria dos artigos sobre sua vida (Costa, Padilha et al. 2009) - fundou a Enfermagem Moderna.

A função da enfermeira não era mais diretamente estabelecida pelo local de trabalho - o que era muito variável. A Enfermagem constituiu-se como profissão e, assim, tinha sua própria regulamentação e procedimentos, mais independentes em relação ao espaço onde as enfermeiras trabalhavam. Isso deu mais autonomia e visibilidade para as enfermeiras, que

também deveriam ter um arcabouço de conhecimentos de saúde em seu repertório – e não apenas assistir os médicos em suas especialidades ou fazer os serviços gerais de uma enfermaria ou mesmo hospital.

Por um lado, a enfermagem deixa de ser uma atividade de caridade, que exige pouca formação; e os procedimentos em hospitais e enfermarias passam a ter uma atenção mais científica e sistematizada, com indicadores. Ao engendrar a fundação da primeira Escola de Enfermagem no St. Thomas Hospital, instituiu uma administração hierárquica, dando autonomia para a escola, centralizando a autoridade sobre as enfermeiras estagiárias e oferecendo a elas benefícios e oportunidades de crescimento.

Estudos referenciam a Enfermagem como um trabalho comumente exercido por homens e mulheres, tendo Nightingale contribuído para a massificação do trabalho feminino na categoria, a partir de sua influência. Há, ainda, controvérsias sobre sua posição política quanto ao gênero feminino (Costa, Padilha et al., 2009). Dentre suas exigências para o trabalho de enfermeira está a de ser mulher, "estritamente sóbria, honesta e, mais do que isso, ser uma mulher religiosa e devotada. Deve ser uma observadora segura, direta, rápida e ser uma mulher de sentimentos delicados e modestos." (Costa, Padilha et al. 2009).

São inegáveis as contribuições de Florence para a Enfermagem, tanto na evolução técnica quanto na valorização de um trabalho, já à época, majoritariamente feminino. Sua atuação, todavia traz elementos de uma carga de valores que vieram de um surpreendente período de mais de mil anos.

4 ENFERMAGEM NO BRASIL

Antes de tornar-se colônia, o território do Brasil já era habitado e, em suas sociedades, tinha funções para o cuidar e a cura – entrelaçadas a suas próprias religiosidades ou espiritualidades e com seus próprios estereótipos. O escopo desta pesquisa considera a influência de alguns de seus conhecimentos, principalmente sobre medicamentos e plantas medicinais, sem se aprofundar nas suas próprias noções de cuidado e cura.

Analisa-se a Enfermagem no Brasil a partir do Brasil-colônia, com a influência dos "jesuítas, voluntários, leigos e escravos, selecionados para tal tarefa" (Lima, 2005, p. 75). O levantamento histórico segue apoiado no argumento de Paixão (1979), Nauderer e Lima (2005), descrevendo os fatos e apontando os estereótipos. Com os mesmos referenciais, descreve-se o Brasil-Império, as mudanças na infraestrutura da saúde e a chegada das Irmãs de Caridade em 1852 como fator que influenciou esse processo.

No período da Enfermagem Moderna no Brasil, há destaque para a atuação da Cruz Vermelha em 1908 e das enfermeiras brasileiras na Segunda Guerra Mundial. Discute-se tanto a importância de seu trabalho como os resultados dos estigmas de gênero que sofreram.

A discussão embasa o estudo do panorama da Enfermagem contemporânea no Brasil, trazendo dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN, 2017). Traça-se um panorama do impacto da Covid-19 no trabalho da enfermagem, tanto em seus aspectos materiais quanto subjetivos. Evidencia-se, assim, a vulnerabilidade das enfermeiras e, por conseguinte das mulheres. Os estereótipos da enfermeira são estreitamente atrelados a esse ponto da análise.

4.1 Brasil Colônia e Brasil Império

Portugal trouxe o modelo que vinha se desenvolvendo na Idade Média para a sua colônia. As Santa Casas faziam parte dos planos para as primeiras tentativas de colonização. Santos (antiga Vila de Santos) contava com sua unidade da Santa Casa desde sua fundação, em 1543. Outras unidades surgiram em diferentes regiões entre os séculos XVI e XVII. Há documentos que mostram a relação com os povos nativos e a sua contribuição terapêutica e plantas medicinais. Retratam também a precariedade dos materiais rudimentares utilizados nos procedimentos. (Paixão, 1979)

Franciscanos e jesuítas constituíam a maior parte da força de trabalho nesses espaços. Os padres, comandando as atividades, contavam com o trabalho de voluntários e de escravos. Dadas as condições da colônia e da força de trabalho e considerando, ainda, a ausência de instituições de ensino, exercia-se uma Enfermagem rudimentar. Essas condições persistiram até o século XVIII.

Na época do Império do Brasil, as Irmãs da Caridade vieram da Europa e assumiram a administração e atividades dos hospitais. Nesse período também foram criadas as primeiras escolas de medicina no país, trazendo avanços em diferentes áreas e num contexto bastante precário.

O Brasil tem uma raiz colonizadora religiosa que marcou profundamente a organização do Estado e, em particular, a organização da assistência à saúde, seja controlando o ensino, seja exercendo uma função caritativa, mantendo sob sua responsabilidade administrativa a maioria dos hospitais, principalmente os destinados a indigentes. (Gussi & Dytz, 2008, p. 378).

A enfermagem não seguiu o mesmo ritmo de avanços técnicos, prevalecendo o *modus operandi* e os estereótipos semelhantes às influências europeias. Um trabalho de padres, homens e escravos na colônia; um ofício de religiosas católicas no Império. Enquanto a medicina avançava, a Enfermagem ainda não absorvia as influências da reestruturação de Nightingale na Europa. Assim, “relegadas as funções de enfermeira a plano doméstico ou religioso, sem nenhum caráter técnico ou científico, não se cogitava, entre nós, do preparo de profissionais.” (Paixão, 1979, p. 108).

Mott enfatiza a influência do pensamento cristão católico no fortalecimento das marcas de gênero inerentes ao estereótipo da enfermeira no século XIX. A autora afirma que nos primeiros períodos históricos do Brasil, a enfermagem era exercida de maneira mais ou menos equilibrada entre homens e mulheres. Mas, com a chegada das Irmãs de Caridade, esse equilíbrio deu lugar a uma participação massiva de mulheres como enfermeiras, descrevendo, inclusive, mudanças (que não foram avanços) administrativas e operacionais em hospitais e enfermarias.

A formação para enfermeiras, nesse contexto, tinha essas bases pouco técnicas e era influenciada pelo que Barreira (1997) chama de “corporações religiosas” ao discutir a enfermagem no início do século XX. A primeira escola de enfermagem - Alfredo Pinto - surgiu apenas em 1890, para suprir a demanda do Hospício Nacional de Alienados, que

perdeu a assistência das Irmãs de caridade. Essa foi uma das expressões das mudanças em direção à Modernidade da Enfermagem no Brasil, seguida pelas políticas sanitárias das primeiras décadas do século XX, juntamente com a atuação da Cruz Vermelha e a fundação da Escola de Enfermagem Ana Néri.

Antes de prosseguir para a Enfermagem Moderna, cabe citar sobre o valor da profissão no século XIX:

Havia uma desvalorização da profissão de enfermeira no Brasil do início do século passado. Na criação do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1922, uma das organizadoras evitou em seu discurso utilizar a palavra “enfermeira”, preferindo o termo “nurse”, ao se referir às profissionais formadas sob sua supervisão, tentando assim diferenciá-las. O termo não teve a aderência esperada, prevalecendo as formas de denominação diferencial com a enfermeira de alto padrão ou diplomada, as quais indicavam uma categoria diferente de profissionais, com uma formação mais exigente. (Nauderer & Lima, 2005, p. 75).

Esse é um primeiro traço do que será discutido adiante sobre o senso comum sobre a profissão no Brasil. E contribui para formar a imagem do estereótipo da segunda metade do período enfocado até aqui. Uma profissão altamente precarizada, realizada por mulheres, dotada de pouco investimento e vista como trabalho doméstico, voluntário, de pouco valor material e considerado um auxílio aos médicos.

4.2 A Enfermagem Moderna no Brasil

A Enfermagem prática e de bases empíricas perdurou no Brasil até o início do século XX. Ana Neri foi uma figura marcante, que deu nome a uma Escola de Enfermagem fundada em 1923. Atuou na Guerra do Paraguai, recebeu honrarias e medalhas militares por sua contribuição, ficou conhecida como Mãe do Brasil e permanece como símbolo da Enfermagem nacional (Nauderer & Lima, 2005).

Assim, a imagem que permaneceu no país é a de que a enfermeira deveria ser alguém disciplinado e obediente, alguém que não exercesse crítica social, porém socorresse e consolasse as vítimas da sociedade. (Nauderer & Lima, 2005 p. 75)

Medeiros, Tipple e Munari (1999) descrevem um fato que evidencia as assimetrias de gênero na área da saúde, expressas num lugar de fala e no estereótipo reproduzido:

Após a 1ª Grande Guerra, em 1920, o médico brasileiro Dr. Adolpho Possollo, passou a defender a criação de um curso regular de enfermagem, que oferecesse noções sobre o organismo humano e a assistência nas especialidades

médico-cirúrgico. Em seu discurso atribuía à enfermeira as qualidades devocionais, como o espírito de sacrifício, a dedicação, a meiguice e a espontaneidade, tidas como inerentes à condição feminina. Tal visão reforçaria a dominação masculina dos agentes médicos sobre o grupo de enfermeiras, segundo uma divisão aparentemente normal e natural. (Medeiros, Tipple & Munari, 1999).

Barreira (1997) traz uma série de fatos históricos, com a atuação de políticos, profissionais e setores da sociedade que, em conjunto, possibilitaram mudanças técnicas e profissionais para a enfermagem. Esse processo trouxe avanços para a profissão, porém carregou as marcas das assimetrias de gênero, eivadas de violência simbólica, nos estereótipos mantidos e também almejados na época.

Ela enfatiza o impacto da Gripe Espanhola em 1918 para os rumos de uma reforma sanitária no país. Esta era uma pauta do governo de Epitácio Pessoa e também fazia parte das reivindicações do movimento sanitário. Criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Nesse movimento de sistematização e secularização da atividade, o Brasil contava com enfermeiras visitadoras, que atendiam em domicílio em condições precárias de trabalho, depois de uma formação concluída em meses.

A atuação de Carlos Chagas junto à Fundação Rockefeller criou a “Missão Parsons”. A enfermeira profissional Ethel Parsons veio ao Brasil com o intuito de contribuir para a formação de enfermeiras, adaptando, aqui, o modelo já consolidado nos Estados Unidos, com sucesso. Parsons criou um curso de emergência para as enfermeiras visitadoras e estabeleceu uma formação que visava substituí-las por um quadro profissional de técnicas e graduadas. Parsons gozou de relativa autonomia e poder para tomar decisões e gerar mudanças na enfermagem. Em dez anos (1921 - 1931), ela teve o apoio para fazer acontecer suas propostas.

A divulgação oficial sobre as oportunidades de formação e carreira para enfermeira expressam as assimetrias e marcas de gênero atreladas ao estereótipo da enfermeira almejado:

O folheto de divulgação do novo curso, que se intitula A Enfermeira moderna: apelo às moças brasileiras, indicava desde logo tratar-se de uma profissão destinada exclusivamente às mulheres. Nesse prospecto, a vida da enfermeira é comparada à vida religiosa. (Barreira, 1997. p. 168).

Barros, então, traz trechos do folheto do DNSP:

...quando todo o trabalho da enfermeira era feito por Irmãs de Caridade, a ele se aludia como uma vida de sacrifício, Agora, porém, deve ser chamado vida de devotamento, porquanto em nenhum outro labor (...) pode a moça encontrar (...) oportunidade de praticar a mais meiga de todas as artes da vida, encontrando ventura e propício ensejo de revelar os próprios dons e esquecer-se de si mesma. (Brasil, DNSP, 1922. p. 6 como citado em Barreira 1997. p. 168).

A Escola desenhada por Parsons era procurada por candidatas de classe média-alta ou mesmo recrutadas por ela. Também havia a possibilidade de mulheres de famílias mais pobres fazerem carreira através da formação. Entretanto, essa escola não admitia negras segundo os próprios critérios de Parsons, que seguiam os moldes da Escola Naval Americana. Os avanços técnicos, portanto, foram evidentes, porém carregaram as mesmas assimetrias na construção da nova enfermeira, retirando, apenas, os votos religiosos de cena. Até 1926, fortaleceram-se, na mentalidade da enfermagem, a sua noção enquanto profissão sistematizada e a necessidade de ampliação das escolas, com vistas ao desenvolvimento da formação superior de enfermagem. Foi nesse ano, também, que surgiu a Associação Brasileira de Enfermagem (Barreira, 1997).

Entretanto, essa atividade não teve um curso superior quando de sua primeira regulação, sendo organizada em escolas de enfermagem, com formação profissional. Em 1931, acontece a retirada da Missão Parsons, que entra em choque com os interesses das corporações militares e religiosas. Em 1932, as Irmãs de Caridade começaram a formar enfermeiras religiosas, assim como fizeram seitas evangélicas a partir de 1933 (Barreira, 1997). Muitas mudanças, que representam avanços relativos, acontecem, no Brasil, de cima para baixo e de fora para dentro. Ou seja, os avanços muitas vezes são impostos por interesses que não surgem de dinamismos internos.

Outro fato marcante foi a atuação das enfermeiras contra o nazismo na Segunda Guerra Mundial. Em 1943 foi criada a primeira divisão de infantaria expedicionária, com enfermeiras voluntárias. Ao todo, foram 67 mulheres com a Força Aérea Brasileira.

A inclusão de enfermeiras brasileiras na FEB foi realizada através da solicitação do comando do V Exército Americano ao Exército Brasileiro, sob a alegação de melhor atender aos soldados brasileiros feridos e doentes, que baixassem nos hospitais militares durante a guerra. Desta forma, esta inclusão aliviaria a demanda de profissionais de Enfermagem para atender a tropa brasileira, em relação

ao efetivo de enfermeiras norte-americanas, as quais já se encontravam atuando há cerca de quatro anos no conflito junto ao V Exército Americano. (Cansação, 1987.).

A inserção de mulheres no meio militar e sua participação na guerra foram alvos de muitas críticas. Dentro e fora do exército, essas mulheres eram taxadas de prostitutas ou de pessoas que não prestavam. O salário que recebiam – o mesmo de um tenente, que o recebia integral – era dividido em três: destinava-se aos pais, a uma poupança e elas ficavam com um terço disponível.

Mesmo assim,

...a conquista do serviço militar para aquelas mulheres (mesmo que temporalmente) representou uma arma simbólica que erodiu as barreiras que lhes impedia o acesso àquele mundo masculino. Assim, elas conseguiram romper (simbolicamente) os elos das correntes da dominação que as subjogavam, ainda que reforçando características intrínsecas à natureza feminina. (Oliveira, Santos, Barreira et al. 2009).

Mesmo com esses consideráveis avanços, o Brasil seguiu na mesma oscilação. A visão de mundo referente a tais conquistas esbarrou com a desmobilização da Força Expedicionária Brasileira. O governo via uma incompatibilidade entre a visão de mundo dessa organização e a orientação do Estado Novo. As enfermeiras que retornaram da Segunda Guerra foram dispensadas dos serviços militares, o oposto do que se deu em outros países. Apenas depois de dez anos obtiveram na justiça o direito de retornar ao serviço militar.

O período que compreende a Segunda Guerra até meados do século XX é marcado por ainda mais mudanças. Mesmo com o referido movimento de avanços e retrocessos, os rumos da enfermagem começaram a mudar. Após o surgimento da Associação Brasileira de Enfermagem, fundou-se a Revista Brasileira de Enfermagem em 1932. A Escola Anna Nery seguiu como o padrão de formação profissional de enfermeiras até a década de 40. Nesse período, a Escola foi anexada à Universidade do Brasil (atual UFRJ). Desse momento em diante, a ABEn teve crescimento de unidades em todo o país, assim como surgiram mais escolas de enfermagem em diferentes universidades, sem aceitar, em sua maioria, estudantes do sexo masculino.

Até os anos 50, passou a ser exigida a vinculação das escolas de enfermagem às universidades, porém evitando-se elevar a escolaridade mínima exigida para o início dos estudos. Isso acarretou uma tensão em relação aos demais cursos superiores. Até a década de 60, a ABEn fez seu primeiro estudo de grande envergadura, diagnosticando o ensino e a

profissão da enfermagem no Brasil, na busca de rumos para a categoria. Essa década experimentou o ordenamento do currículo mínimo, estabelecido em três anos, com um quarto ano facultativo de especialização em enfermagem hospitalar ou obstetrícia. Além disso, aumentou o número de escolas de enfermagem, que surgiram juntamente com as novas universidades, trazendo mais mudanças para a categoria; foi necessária uma postura acadêmica de investigação científica.

A partir do golpe de 1964, a enfermagem começou a perder autonomia nas universidades e, com a Reforma Universitária de 1958, novas exigências para se adentrar em sua formação foram estabelecidas. Ainda assim, a formação em enfermagem seguiu avançando, tendo a disciplina passado a ter congressos, obtido um catálogo de teses e atuado junto a CNPq e à Capes. Nos anos 80, constitui-se, nesses órgãos, como área do conhecimento. Diversos novos cursos superiores de enfermagem foram criados e a enfermagem seguiu seu curso de formação de uma identidade até os dias atuais. Sempre na mesma dinâmica de avanços e retrocessos, sujeita aos jogos de forças já mencionados, com o desafio de se especializar e construir conhecimento e, ao mesmo tempo, mantendo a marcante característica de ser uma profissão feminina. (Baptista& Barreira, 2006.)

Para Barreira (1994), o resgate histórico e a documentação em suas diversas formas são importantes para se criar uma memória sobre a enfermagem brasileira. A autora mostra que, além de pouca disponibilidade de arquivos de memória, uma parte considerável deles foi e tem sido destruída. Padilha (2013) analisa as tendências mais recentes da produção científica sobre enfermagem no Brasil. Ela identifica que os estudos em história da enfermagem constituem apenas cerca de 8% do total configurando-se da seguinte forma:

Caracterização dos artigos	Total
Identidade profissional da enfermagem	112
Institucionalização da enfermagem	25
Escolas de enfermagem	105
Entidades organizativas de enfermagem	30
Especialidades de enfermagem	101
Outros	21
Total	394

Tabela 1: Artigos e temas sobre enfermagem.

Fonte: Baptista, Suely de Souza, & Barreira, Ieda de Alencar. (2006). Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(spe), 411-416. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000700005>

Isso mostra que a expansão da memória sobre a enfermagem é uma necessidade e que a identidade profissional, bem como as questões de gênero envolvidas são um tema de grande relevância. Os dados históricos levantados apontam para uma consolidação recente da enfermagem como uma profissão bem regulada e com status de ciência. Por isso é importante analisar as condições da enfermagem contemporânea, entendendo qual o impacto da formação histórica de seus estereótipos na configuração dessa atividade profissional.

5. GÊNERO E ESTEREÓTIPO

O capítulo anterior, mostra como ocorreu a profissão de enfermagem, e todo o estereótipo de gênero da profissão atribuído ao longo de sua formação e como ela foi difundida, definindo seu perfil profissional.

A vocação e seus simbolismos são padrões de visão de trabalho das mulheres apoiados em um conjunto de características, expostas como naturais, que resistem em manipular o engajamento predominantemente feminino na área. (Pereira, 2000).

Este capítulo aborda gênero, estereótipos e profissão fundamentados no constructo social através da generificação dos corpos.

5.1 Estereótipos: a generificação dos corpos

De acordo com Scott (1955), o feminismo americano originou o termo “gênero”, projetado nas diferentes representações sociais baseadas no sexo. A palavra indicava uma renúncia ao biológico: o gênero destacava as normalidades atribuídas ao que era feminino. No âmbito da produção do estudo da mulher, o termo foi utilizado para gerar discernimento ligado ao vocabulário analítico. A partir dessa teoria, homens e mulheres tinham sua definição mutua tornando inoperante o entendimento de estudos discriminativos.

Referências de dicionários definem gênero de forma bastante ampla e aberta às formas enviesadas que o senso comum pode atribuir aos papéis relacionados aos sexos. (Guedes, 1995). Tem-se, aqui, uma base para compreender a questão e seu fortalecimento nos debates do movimento feminista e seu desdobramento acadêmico.

Guedes (1995) parte de uma análise da definição das palavras gênero e mulher em dicionário. Definições do verbete gênero – como “qualquer agrupamento de indivíduos, objetos, ideias, que tenham caracteres comuns” e “categoria que indica, por meio de

desinências, uma divisão dos nomes baseada em critérios tais como sexo e associações psicológicas” – indicam que a palavra depende de convenções. Estabelecidas pela cultura dominante, determinam papéis que reproduzem relações de poder; no caso do patriarcado, a dominação do feminino pelo masculino. O homem público e provedor sobre a mulher reprodutora, educadora e cuidadora.

Duarte e Spinelli (2019) reconhecem o surgimento da discussão de gênero como construto social, com vistas a expandi-lo. Os autores trazem a ideia de construção social da própria natureza. Aqui, a dicotomia entre natureza e cultura é borrada e o próprio corpo passa a ser construído de acordo com o gênero. Amplia-se a questão de gênero para os tipos de construtos ou papéis que podem ser corporificados pelo sujeito, de acordo com a sua tendência ou não a se enquadrar em um padrão

Os corpos são generificados pelos estereótipos de gênero, os quais, através das práticas sociais e educacionais, internalizam nos indivíduos o que eles significam dentro de suas representações. A evolução dos estereótipos de gênero se dá mediante as articulações entre o Patriarcado e o poder das estruturas sociais. (Duarte & Spinelli, 2019, p.129).

Outro escopo analítico – de linhas diferentes de pensamento psicanalítico – busca compreender a relação de gênero na formação do caráter do sujeito. Apesar das contribuições, esse tipo de análise, na visão de Scott, “limita o conceito de gênero à esfera da família e à experiência doméstica e, para a historiadora, ela não deixa meios para ligar esse conceito (nem o indivíduo) a outros sistemas sociais, econômicos, políticos ou de poder”. (Scott, 1995, p. 81.). A historiadora propõe, então, seu conceito de gênero:

(1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações do poder, mas a mudança não é unidirecional. Como um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas, o gênero implica quatro elementos inter-relacionados. (Scott, 1995, p. 86).

Esses elementos são

- a) Símbolos que evocam representações simbólicas de gênero, atribuindo-lhes qualidades;
- b) Conceitos normativos que expressam interpretações dos símbolos;

- c) As determinações desses conceitos em relações de parentesco, grupos sociais e instituições e
- d) A introdução desses conceitos na formação do sujeito. (Scott, 1995).

Louro (2000), afirma que gênero possuiu uma construção social realizada sobre as diferenças sociais, tendo em seu significado a maneira como essas diferenças entre o sexo são percebidas pelo corpo social, numa comunidade, em uma condição definida por um processo histórico.

O gênero não corresponde a identidades individuais, tampouco é singular e aplicado no homem e à mulher. Oposto a isso, ele identifica, no discurso e seu arranjo complexo de significados e conceitos acessíveis ao ser humano, e originando significado no seus arranjos, o que na narrativa é convencionado como masculino e feminino (Wetherell, 1997).

A mulher e seu papel social foram marcados em assimetria ao lugar social dos homens. Características como potência, autoridade e virilidade foram atribuídas como símbolos de dominação, em contraste à delicadeza, docilidade e sentimentalidade, características atribuídas ao feminino. A partir dessa divisão, foram construídos códigos sociais e definidos procedimentos que construíram sistemas de definições de maneira não programada, favorecendo validação das relações assimétricas entre homem e mulher (Sabat, 1999).

Os estereótipos conectam-se a convicções, a um conjunto de atributos que designam habilidades individuais. Isso determina o que se espera de uma pessoa por ela ser mulher ou homem, expressando um acúmulo histórico e social determinante desses papéis. Por exemplo, os papéis atribuídos às mulheres determinam sua correlação ao trabalho doméstico e à submissão. E trazem essa mesma perspectiva para os cargos que ela majoritariamente ocupa no mercado de trabalho, ligados à educação e ao cuidado da saúde. Profissões em grande medida desvalorizadas.

Nesse sentido, os estereótipos são formas de comportamento consideradas normais:

Os estereótipos caracterizam homens e mulheres por categorias diferentes, a mulher é entendida como “sexo frágil”: dócil, passiva, cordata, influenciável, intuitiva, cuidadosa, entre outros, socializada para ser vítima e submissa ao homem. Enquanto o homem é identificado como “sexo forte”: agressivo, líder, corajoso, racional, inflexível, promíscuo, entre outros. (Duarte & Spinelli, 2019, p.130).

Os estereótipos de gênero estabelecidos historicamente são reproduzidos no trabalho e expõem o masculino e feminino em funções, definindo uma colocação desigual (Silva, 1997).

Segundo Luciana Cramer (2019), a divisão do trabalho é válida para todas as sociedades, mas com suas variações (o que é trabalho de homem e o que é trabalho de mulher) não sendo um acontecimento novo. Essa divisão, nos correlaciona com a confecção indenitária de trabalho, fundada nos estereótipos de gênero.

A decisão do trabalho é induzida por diversos agentes. A individualidade é a percepção do sujeito de si e de seu meio social, relacionada a vivências associadas a gênero, posição e classes sociais. Isso determina as atribuições adquiridas pelo sujeito na vida pessoal e profissional e a maneira como ele constrói sua ideia de satisfação profissional (Leong e Brown, 1995).

Essas condições de escolhas coletivas, o seu sentido e a sua realização são manipulados por condições culturais características (Leong, 2002), que são versáteis situações, como diferenciação e discriminação sexual, discordantes entendimentos que o masculino e feminino têm de suas habilidades, assim como referências e concepções que constituem as assimetrias de gênero (Leong e Brown, 1995).

Relacionada à profissão de enfermagem, essa reflexão encontra com os fracos fundamento vinculados: “cuidado – ação feminina” e “relação de serviço” como traços de aptidão das mulheres para alguns setores. Essas premissas determinam atividades e trabalho associando relações sociais que os definem como apropriados à fragilidade feminina e suas experiências e extensão de casa (Silva, 1986).

Na esfera da segmentação sexual do trabalho são claras as divergências sociais criadas entre mulheres e homens quanto às relações de gênero, como relata Berquó (2002). O feminino e o masculino são favorecidos da função de seus gêneros e são categorizados por elas. No domínio da aptidão e das ocupações, delimitam uma desigualdade e hierarquização no trabalho realizado por diferentes sexos, refletindo a desigualdade confrontada no corpo social. Deste modo, o trabalho é fragmentado de acordo o sistema que ocorre às relações de gênero (Marcondes, 2003).

Conforme Lopes (1996), os fundamentos ou “atributos naturais” masculinos para o ofício continuam sendo conectados à utilização da força física. Essas justificativas são ancoradas pelo próprio sujeito, que enxerga nessas características a consolidação de sua posição de homem e a preservação das atividades a quem possui tal característica. Além

disso, são destacados comportamentos que validam que, entre os poucos homens na enfermagem, um tipo de apoio de gênero demonstra na relação com os médicos homens e sua evidência e habilidade se vê consolidada pela situação de minoria.

O Conselho Regional de Enfermagem de Goiás [COREN-GO] (2019) menciona um relatório, resultado de uma colaboração de pesquisa entre Intrahealth, NursingNow e Johnson & Johnson em 2019. Ele mostra que a discriminação, o preconceito e os estereótipos inibem oportunidades para enfermeiras desenvolverem habilidades, perpetuam a disparidade salarial entre homens e mulheres e resultam em tratamento desigual na força de trabalho da saúde entre homens e mulheres.

5.2 Dominação

Ao debater sobre as demonstrações de poder e reprodução das relações de domínio, originaram-se os conceitos de violência simbólica, bem simbólico e mercado de bens simbólicos difundido por Bourdieu (1996). O autor compreende as divergências e a associação entre homens e mulheres como construções históricas fundadas em poderes simbólicos que trazem à compreensão os acontecimentos e práticas sociais como se fossem naturais. Ele afirma que o processo construtivo da interpretação do mundo atribui valores sociais às diferenças biológicas, sendo os relacionamentos de dominação tidos como normais (Bourdieu, 2002.)

Das ideias originais de Bourdieu (2003), apreende-se que a violência simbólica é uma

... violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento (Bicalho & Paula, 2009).

Bourdieu (2002), fala do androcentrismo da sociedade, em outras palavras, da tendência para assumir o masculino como único modelo de representação coletiva para comportamentos, pensamentos ou experiências. A perspectiva androcêntrica é efetuada como determinante e naturalizada por dominantes e dominados, já que ambos vivem segundo uma mesma interpretação de mundo.

Para Bourdieu (2002), as divisões entre gêneros se constroem através dos arranjos sociais e da percepção de seu entorno. Ele afirma que o sistema mítico-ritual fortifica e

identifica essa divisão, e que a atuação de homem e mulher naturaliza-se na ordem social “ela está presente, ao mesmo tempo, em estado incorporado, nos corpos e nos habitus dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação” (Bourdieu, 2002, p.16).

O habitus é infraconsciente. É como uma segunda natureza, parcialmente autônoma, já que histórica e presa ao meio. Isto quer dizer que ele nos permite agir em um meio dado sem cálculo ou controle consciente. O habitus não supõe a visada dos fins. É princípio de um conhecimento sem consciência, de uma intencionalidade sem intenção. (Bourdieu, 1987, p.22).

É adquirido por aprendizagem explícita ou implícita, e funciona como um sistema de esquemas geradores de estratégias que podem ser objetivamente conformes aos interesses dos seus autores, sem terem sido concebidas com tal fim. (Bourdieu, 1984, p.119).

Medeiros e Campos (2020) abordam o conceito a partir da dicotomia natureza versus cultura inerente às teorias citadas para discutir gênero, estereótipo e mercado de trabalho. Questionam a busca de classificação de indivíduos na sociedade, bem como os juízos de valor envolvidos na atribuição de competência e incompetência com relação ao gênero. Retomam o tema da assimetria entre homens e mulheres quanto à atribuição de características, direitos e responsabilidades, para, então, identificar a violência simbólica como engrenagem. A violência de gênero se reproduz através da cultura e dos comportamentos social e historicamente determinados. Os autores ancoram suas análises na teoria de Bourdieu sobre campo e habitus, mostrando a dimensão objetiva e subjetiva de reprodução da violência numa estrutura com dinamismo histórico.

“Os campos não são estruturas fixas. São produtos da história das suas posições constitutivas e das disposições que elas privilegiam” (Bourdieu, 2001, p. 129).

O que determina a existência de um campo e demarca os seus limites são os interesses específicos, os investimentos econômicos e psicológicos que ele solicita a agentes dotados de um habitus e as instituições nele inseridas. O que determina a vida em um campo é a ação dos indivíduos e dos grupos, constituídos e constituintes das relações de força, que investem tempo, dinheiro e trabalho, cujo retorno é pago consoante a economia particular de cada campo (Bourdieu, 1987, p.124).

A relação de domínio é efetivada por instituições sociais como religião, família a escola e o Direito, dominação essa estabelecida pelo masculino. O processo é ativo porque

não há uma compreensão desse domínio, já que ocorre como natural, através da percepção subjetiva das relações sociais (Simone et al., 2017).

Bourdieu (2001) restabelece que o poder é assentido de quem o tem, pois quem tem o poder acredita que é legitimado a ter e quem não o dispõe, semelha esse fundamento. O poder, quando associado ao saber, faz com que a concepção da lógica seja ainda mais aprovada.

Segundo Thiry-Cherques (2006), Bourdieu tece uma análise social que leva em conta um conjunto complexo de conceitos. Ao mesmo tempo, ele concebe uma estrutura social que determina os movimentos do agente e um conjunto de incorporações individuais que garantem uma dinâmica de atualização à própria estrutura. Dentre os vários conceitos de que dispõe, ressaltam-se aqui os de campo, habitus, capital e violência.

Thiry-Cherques (2016) afirma que Bourdieu conceitua o capital, através do conhecimento econômico: entende-se por riqueza e trabalho, capital cultural, que significa o conhecimento, competências intelectuais disseminadas pela família e escola, capital social pelas relações sociais e capital simbólico pelas aprovações sociais como integridade, importância, status e etc. “As formas de capital são conversíveis umas nas outras, por exemplo o capital econômico pode ser convertido em capital simbólico e vice-versa” (Bourdieu, 1984, p. 114).

Esses conceitos nascem de um arranjo de influências teórico-metodológicas e de sua aplicação prática em campo (Thiry-Cherques, 2006). De maneira geral, seus conceitos permitem analisar o processo que mantém em curso diferentes fenômenos sociais a partir de uma estrutura que ao mesmo tempo determina e é atualizada pela agência. Os agentes – de acordo com seus habitus, individual e subjetivamente incorporados – norteiam suas ações segundo os diferentes capitais que detêm num jogo de forças em um campo social e seus subcampos. A um só tempo, em suas relações, eles reproduzem estruturas sociais dominantes como também as atualizam ou mudam.

As estruturas sociais, manifestadas num campo social e no habitus que ele engloba, têm uma determinação ou formação cultural e histórica que é movida pela dinâmica social das disputas internas do campo. Porém elas não são estanques, havendo espaço para a agência, ou seja, os indivíduos não são totalmente autônomos e também não são nulos (Thiry-Cherques, 2016).

O processo do poder-saber edifica-se mediante discursos e controles institucionais. Os indivíduos são categorizados e organizados em um sistema de divisão, no qual indivíduos se discriminam a partir da isenção e negação do outro. Levando em conta ainda que os impactos do poder discursivo e simbólico são longos e, conforme Bourdieu (2002), dominantes e dominados, tem uma mesma interpretação de mundo, dificultado perceber sua posição,

A dominação é, em geral, não-evidente, não-explícita, mas sutil e violenta. Uma violência simbólica que é julgada legítima dentro de cada campo; que é inerente ao sistema, cujas instituições e práticas revertem, inexoravelmente, os ganhos de todos os tipos de capital para os agentes dominantes. A violência simbólica, doce e mascarada, se exerce com a cumplicidade daquele que a sofre, das suas vítimas. Está presente no discurso do mestre, na autoridade do burocrata, na atitude do intelectual (Bourdieu, 1996, p.52).

O lugar e espaço das mulheres são diferentes dos homens. A mulher tem sua compreensão baseada na alienação simbólica. Defronta-se com um padrão psicológico e corporal já estabelecido. É imprescindível dar visibilidade da mulher em todas as esferas. Reformular a história esclarecendo sua restrição e motivos auxiliados por elas próprias. A percepção da condição feminina tem que transitar pelo entendimento das organizações religiosas e familiares, as quais criam e descrevem os métodos sociais e o poder simbólico, sendo um ponto para modificações na sociedade (Bourdieu, 2001).

A isenção das mulheres, sua apoderação de compreensão, não trará espontaneamente a ruptura com as estruturas simbólicas de poder. Para Bourdieu (2010), é importante considerar o impacto prolongado que a norma masculina executa, a submissão atraída que organiza o impacto marcante da violência simbólica.

A teoria social de Bourdieu vem a contribuir para a compreensão da dominação masculina nas relações de gênero, dos estereótipos sobre a enfermagem e das consequentes disparidades nas condições de trabalho. Em suma, o campo é o espaço objetivo do jogo social em que os sujeitos interagem de acordo com os diferentes capitais que possuem. No campo e nessas interações estão os valores subjetivamente incorporados e reproduzidos - habitus. A violência de gênero é uma manifestação dessa dinâmica. Ela reproduz as assimetrias discutidas, expressas em estereótipos e diferenças de condição no mercado de trabalho.

5.3 Enfermagem e assimetria de poder

Com a participação da mulher no mercado de trabalho, houve um aumento nos conflitos no ambiente organizacional. Relações de gênero nesse ambiente colaboram para o aumento do debate sobre as questões que transpõem essas relações, sendo possível questionar assimetrias de gênero no trabalho. (Cramer, 2019).

As organizações e suas divisões de trabalho retratam a desigualdade social de gênero, evidenciando, as relações de poder. Deste modo, no ambiente de trabalho, a forma de desempenho dos papéis e o próprio desempenho interno do sujeito são motivados e realizados externamente, acontecendo no profissional, concebido previamente na admissão na organização (Bourdieu, 1992).

No decorrer da história, a sociedade tem estabelecido funções determinadas para o feminino e o masculino. Baseadas no controle patriarcal as mulheres muitas vezes exercem funções atribuídas à educação e cuidado. Essas funções moldam-se à discriminação, porquanto associadas ao feminino. Assim desenvolvem-se os estereótipos das mulheres e suas atividades, fortalecendo as assimetrias de poder e desigualdade nas condições de trabalho (Scott, 1995; Duarte & Spinelli, 2019; COREN-GO, 2019).

O trabalho e as funções são frequentemente assimétricos com relação ao gênero. Pode-se observar que essas assimetrias estão presente nas relações de trabalho (Rocha, 2001). Começando do conceito de que a divisão sexual do trabalho é um princípio e um construto da produção capitalista, seus contornos são sexuados e se baseiam em uma relação de gênero. Eles podem ser exemplificados através da relações de trabalho na medicina e na enfermagem. (Cramer, 2006.)

Spindola e Santos (2005) e Andrade (2007) indicam que a enfermagem é uma profissão que leva essa adversidade. Uma das justificativas seria, por ser a pioneira entre as reproduzidas e também, por ser precursora de outras profissões, como nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, entre outras. Através dessa percepção entre os profissionais da saúde, a função de enfermagem exerce uma condição particular, diferenciando-se tanto pela sua relevância numérica, quanto pela participação majoritária de mulheres (Bandeira; Oliveira, 1998).

Entender a formação da enfermagem e suas características é de suma importância, pois essas informações elucidam sobre as diferenças entre a enfermagem e os médicos no

trabalho da área da saúde. A enfermagem se enquadra no domínio feminino e a medicina no masculino. (Coelho, 2005).

A profissão da medicina é originalmente feita por homens, embora tenha taxa significativa de participação feminina. Há um crescimento de mulheres na profissão em lugares convencionalmente ocupados por homens, conforme informações na pesquisa coordenada por Machado (1997, p.48). No Brasil, de acordo com o número de matrículas por sexo em cursos universitários, é de ainda maior expansão.

Quando se observa a série histórica da população de médicos segundo sexo, as mulheres representavam 22,3% e 21,5%, respectivamente em 1910 e 1920. Nos anos seguintes, este percentual oscilou para menos, chegando a 13%, em 1960. No entanto, a partir de 1970 essa proporção tem crescido de modo constante, subindo para 23,5%, em 1980; 30,8%, em 1990; 35,8% em 2000; e 39,9%, em 2010 (AMB, 2018).

Ocorre o oposto na enfermagem: a profissão é exercida, pelo feminino e a participação de homens ainda é pequena. Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde [OMS] em 2020 (OMS, 2020.), a profissão de enfermeira consiste em 59% dos postos de trabalho na saúde. De um total aproximado de 28 milhões de enfermeiras e enfermeiros pelo mundo, cerca de 90% são mulheres. No Brasil, segundo o Conselho Federal de Enfermagem [COFEN], a profissão em números em 2020 é de 2, 378, 471 profissionais, incluindo auxiliares, técnicos e enfermeiros (a) sendo que 84,6 % é composto por mulheres.

Fugulin (2002) aponta que a profissão de enfermagem não é exercida majoritariamente por mulheres por acaso. Tanto o masculino e o feminino na profissão são originários de uma construção social do significado de “ser” da enfermagem e das relações entre os sexos.

O trabalho da medicina não tem gênero, porém a enfermagem, e o cuidado tem apenas um sexo no imaginário social: a mulher. O masculino associado aos cuidados e exercendo a função do cuidado ao corpo, associado a prática materna são menos valorizados socialmente (Wainberg, 2004). A profissão da enfermagem foi desenvolvida para não disputar poder ou espaço com o médico (Meyer, 1993). A condição histórica do médico não permite a perda do poder.

Para Silva (1986), A enfermagem constantemente tem a mesma origem de classe e escolaridade, porém se vê numa posição subjugada. Alguns fatos evidenciam esse processo, incluindo a enfermagem ser uma categoria majoritariamente feminina.

A identidade profissional na enfermagem está atrelada ao gênero feminino e a profissão foi pensada e construída delimitando-se as relações de poder entre medicina e enfermagem. O poder é centrado na medicina na qual os médicos são detentores dos saberes legítimos sobre a doença e a enfermagem é uma profissão de apoio ao saber dominante do médico e demanda competências que são consideradas femininas. (Cramer, 2009.)

Devemos citar que, com a evolução técnica e científica, no início do século XX, a enfermagem passou a assumir novos papéis, o de gestor da unidade de cuidados e colaborador no trabalho do médico. Segundo Lopes e Souza (1997), isso pode ter atribuído à enfermagem “espaço de poder”, porém, é um poder virtual, pois é controlado de maneira subjetiva. Apesar de ser fundamental nas instituições ele está em lugar de retaguarda (Cramer, 2006).

Segundo Cramer (2006), os médicos e enfermagem reproduzem comportamentos e discursos que efetivam a organização do poder entre as profissões, fortalecendo a estigmatização da inferioridade do saber da enfermagem. A divisão do sexo consolida o poder no gênero. Em outras palavras a enfermagem exercida por mulheres sofre a dominação simbólica da medicina. A concepção de poder é fundada no sentido das relações do masculino e feminino, pois a formação de individualidade dos agentes sociais é reflexo da movimentação da sociedade e suas interações.

Cramer (2006) diz que a parcialidade que vincula a enfermagem ao feminino é mostrada por pacientes quando suas predileções são representadas na aceitação de homem ou mulher. Por exemplo, a enfermeira, associada à maternidade, é aceita para o cuidado com o recém-nascido, numa clara referência à mãe. O preconceito aos homens na profissão é fortalecido em práticas no discurso, reforçando estereótipos de que os enfermeiros apresentam características femininas sendo taxados de homossexuais.

Cramer (2006) diz que existe um desequilíbrio de poder no social em relação ao gênero. Entre médicos e médicas, o feminino na profissão encontra obstáculos maiores em termos profissionais. Na classe da enfermagem o masculino encontra mais dificuldades. O desempenho nas ocupações tipicamente generificadas masculinas ou femininas ainda resiste nas relações no mercado de trabalho, ainda consistindo em paridade nos requisitos cultural, formação, habilidades e aptidão.

A introdução da mulher na medicina e do homem na enfermagem é o centro das questões das condutas profissionais fundamentadas na crença de gênero e possibilita

maneiras de arranjos de uma atual identidade profissional. É na maneira de construir novos arranjos das relações de trabalho que acontecem mudanças na realidade de homens e mulheres. (Cramer, 2006.)

Cramer (2006) reitera que a profissão de enfermagem possui uma característica singular perante a outras ocupações. É a profissão exercida por excelência pelo feminino, estando sujeita a estereótipos que estabelecem a existência feminina no social, no qual o diálogo e as práticas são direcionados de acordo com as normas de convívio social, modificando representativamente os objetos e as pessoas simbolizadas. Entende-se nos discursos que esse estereótipo montado das relações de gênero no campo social se transcreve nas organizações.

6 RESULTADOS

Os estudos de sexualidade da enfermagem brasileira ampliam a discussão sobre os temas, gênero, trabalho e valorização da mulher. Analisando os contextos históricos e cultural da enfermagem permitiu pensar caminhos para a valorização da profissão. A pesquisa abordou a influência entre história e sociedade, permitindo a compreensão das estruturas atuais e o desenvolvimento de um olhar crítico para a relação entre profissão e gênero.

Cuidar, cerne da enfermagem, é uma noção historicamente atribuída ao feminino, já consistiu atividade realizada por pessoas de baixa valorização social e carrega marcas de inferioridade. Abordou-se a enfermagem como uma expressão da influência e disseminação dos estereótipos de gênero, desde sua organização e desenvolvimento das atividades. Ao longo de sua trajetória, foi tida como um trabalho de devoção com remuneração divina, sem nenhum caráter técnico ou científico e ajustado aos interesses sociais. A função de enfermeira era entrelaçada ao plano doméstico e religioso, dificultando ainda mais o reconhecimento como profissão. O pensamento cristão fortaleceu os padrões de estereótipos de gênero, aumentando a participação de mulheres na enfermagem. Florence Nightingale, mesmo após a organização da profissão, compartilhava crenças semelhantes, contribuindo para a massificação do trabalho feminino na categoria, sendo a Enfermagem moderna e contemporânea desenvolvida nesses moldes.

O estereótipo da enfermagem repercute na escolha profissional, diminuindo a participação dos homens e fortalecendo o senso comum sobre a percepção do trabalho. O cuidado tem a relação estreita com as mulheres e afazeres domésticos. Ainda que não explicitamente, essas características podem ter mais relevância do que todo o conhecimento técnico e teórico exigido para a sua prática. Assim se constrói o “dom” da enfermeira se adequando a um perfil social gerado por um estereótipo de gênero. O estereótipo da enfermeira é de uma mulher com trabalho social simbólico e que ainda persistem as marcas da mulher abnegada, obediente e dócil, permanecendo a necessidade da devoção. A ética subjacente a tal devoção traz a carga histórica do trabalho árduo, voluntário e de submissão.

A Enfermagem contemporânea está num estado que demanda expansão e tem desafios, seja na sua ampliação técnica ou para a criação de políticas sensíveis à questão de gênero; também precisa de ajustes nas suas relações hierárquicas internas, como nas relações de poder e percepções de si. Abordou-se a enfermagem como uma expressão da influência e

disseminação dos estereótipos de gênero, aos quais ela se submeteu e que, destarte algumas mudanças de forma, ainda persistem. A desvalorização da enfermagem acontece silenciosamente, através da violência simbólica, da dominação masculina e das relações de poder que tecem um panorama com os traços das desigualdades entre gêneros.

A história da enfermagem brasileira está ligada a jogos de força de nossa vida social ao longo do tempo: forças políticas, econômicas e ideológicas influenciam até hoje as organizações. São notáveis ciclos de avanços, porém há ainda retrocessos, assim como a violência simbólica que permeia todo o processo, seja nos jogos de interesses que norteiam os desenvolvimentos técnicos e profissionais, ou nos estereótipos, sempre acumulando a bagagem de uma longa história de assimetrias de gênero.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto de estudo foi a inserção da mulher no mercado de trabalho, considerando a enfermagem. A pesquisa centrou-se no estudo histórico da profissão, sendo o foco de análise a construção e os estereótipos de gênero da profissão. Desenvolveu-se a análise conceitual do constructo social em meio às relações de gênero, proporcionando sintetizar como os sentidos de gênero se constituem nas relações de poder.

A pesquisa abordou a enfermagem, elucidando os estereótipos de gênero associados ao longo da história da profissão, desde a antiguidade. Explicitou-se a constituição da profissão com preceitos morais associados a sua atuação. A atividade começou com uma enfermagem de processos empíricos, envolta de pretensões religiosas, relacionando os cuidados à saúde, à vocação e trabalho de caridade. O levantamento histórico levou a conhecer a organização da profissão e o idealismo da submissão e dominação.

A relevância desta pesquisa para o campo da enfermagem se dá pela valorização da mulher no mercado de trabalho. Incentiva a reflexão para caminhos de valorização profissional, voltada a promover quebras de paradigmas inerentes ao senso comum e à promoção de consciência de classe e auto estima na enfermagem brasileira assim como a continuação de pesquisas sobre a temática.

Utilizou-se o debate sobre gênero para pautar as desigualdades entre homens e mulheres, seja no processo histórico de constituição da enfermagem, seja nas suas condições atuais enquanto profissão. Explorou-se os papéis atribuídos à mulher, bem como suas funções, mostrando um processo histórico que constrói estereótipos e condições de trabalho fundados na desigualdade de gênero, refletindo, no panorama contemporâneo, uma estrutura que se perpetua e se atualiza por meio das relações de forças no campo social e dos valores e discursos subjetivados nos agentes sociais.

Realizou-se um levantamento histórico qualitativo sobre a Enfermagem como trabalho sistematizado no Brasil. O objetivo foi alcançado, ao apresentar fatos importantes na história que culminaram em suas influências na profissão.

Relacionou-se trabalho no campo da enfermagem com a produção de estereótipos do feminino e do cuidado, mostrando que a expansão da memória sobre a enfermagem é uma necessidade e que a identidade profissional, bem como as questões de gênero envolvidas, são um tema de grande relevância. Ao analisar as condições da enfermagem contemporânea,

entende-se qual o impacto da formação histórica de seus estereótipos na configuração dessa atividade profissional.

Realizou-se um levantamento de literatura de produção de artigos, teses e dissertações nos bancos de dados da Scielo e Google Acadêmico, com as seguintes palavras-chave: enfermagem, história, gênero, estereótipos de gênero e dominação. O objetivo foi ampliar as discussões e reflexões sobre a enfermagem e a mulher.

Tendo em vista a importância atual do impacto da COVID-19 na área da saúde e, conseqüentemente, na enfermagem, o capítulo seguinte faz uma reflexão sobre os desafios atuais da enfermagem. Em seguida, considerando as assimetrias discutidas nesta pesquisa, propõe-se, como produto, um projeto de disciplina sobre gênero para cursos de graduação em enfermagem. Sua ênfase é no debate atual sobre gênero, divisão do trabalho e globalização, com especial atenção às novas tendências do trabalho no processo de internacionalização do capital. Discute as implicações dos modos de organização e impacto sobre a saúde e na profissão de enfermagem.

7.1 Desafios atuais da enfermagem

Este capítulo terá como foco central o momento pandêmico mundial, e os desafios com que a enfermeira se depara no dia a dia de sua profissão. Analisar-se-á o impacto da COVID-19 na enfermagem, com início no ano de 2019, com o mundo em alerta diante de uma nova doença capaz de infectar seres humanos e que até então só afetava outros animais, um corona vírus que ficou conhecido como Covid-19. O corona vírus recentemente identificado como Covid-19 tem sido chamado de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV2), embora seja um pouco diferente do corona vírus que causa SARS.

A principal via de transmissão do Covid-19 é de pessoa para pessoa através de gotículas transportadas pelo ar e que são provenientes da tosse ou dos espirros de uma pessoa infectada. Ainda é possível uma infecção por contato das mãos com objetos ou superfícies contaminados pelo vírus e que sejam levados à boca, nariz ou olhos. O Covid-19 revelou uma alta transmissibilidade e evoluções clínicas diversas nos acometidos. As manifestações clínicas, variam de um estado assintomático à síndrome do desconforto respiratório agudo e disfunção múltipla dos órgãos.

Os sintomas geralmente aparecem 14 dias após a exposição viral; são eles: febre (88,7%), tosse (67,8%), fadiga (38,1%), produção de escarro (33,4%), falta de ar (18,6%), dor na garganta (13,9%) e dor de cabeça (13,6%), alguns casos apresentam infecção do trato gastrointestinal, fígado, rim e cérebro. Dano alveolar difuso, proliferação de células epiteliais e aumento de macrófagos são observados na infecção pulmonar por SARS-CoV 12,42. Diarreia e conjuntivite também têm sido notificadas em alguns pacientes (Albuquerque, Silva & Araújo, 2020). Dentre os casos mais graves, revela-se uma relação de associação entre Covid-19 e comorbidades. Estudo de Niquini et al (2020) revela que na 21ª semana epidemiológica da doença, no Brasil, entre os hospitalizados por SRAG-Covid, observou-se uma elevada proporção, em relação ao perfil da população geral brasileira, de indivíduos do sexo masculino, idosos ou com 40 a 59 anos, com comorbidades (diabetes mellitus, doença cardiovascular, doença renal crônica e pneumopatias crônicas) e de gestantes/puérperas.

Diante da elevada transmissibilidade que em poucos meses tomou proporção pandêmica, e por tratar-se de um vírus desconhecido para a espécie humana, à inexistência de vacinas ou tratamentos reconhecidamente eficazes e às condições de vida e saúde da população, há preocupação em diferentes setores da sociedade. Assim, medidas de prevenção e tentativas de controle foram recomendadas por todo o mundo. Tais medidas incluem restrições ao funcionamento de escolas, universidades, locais de convívio comunitário, transporte público e outros locais onde há aglomeração de pessoas que não sejam caracterizados como prestadores de serviços essenciais (Oliveira *et al.*, 2020).

A situação de necessidade de distanciamento social criou uma mudança drástica na rotina de vida de todas as pessoas do mundo, de maneira tal que avós não podem ter contato físico com seus netos, filhos precisaram se distanciar de seus pais, amigos passaram a se “encontrar” apenas virtualmente, crianças passaram a não vivenciar o contato com outras crianças entre outras situações que fragilizam a saúde mental das pessoas. Em se tratando de profissionais da saúde, o distanciamento social é ainda mais intensificado, principalmente para os que atuam na linha de frente, pois precisam se distanciar de todos do seu convívio familiar e social, limitando-se a uma vivência intensa enquanto se mantém a pandemia.

Perante a situação caótica de riscos e danos à saúde física das pessoas, as implicações sobre a saúde mental tendem a ser negligenciadas ou subestimadas. No entanto, outras medidas adotadas para reduzir as implicações psicológicas da pandemia não podem ser desprezadas uma vez que pode-se gerar lacunas importantes no enfrentamento dos

desdobramentos negativos associados à doença, sobretudo porque as implicações psicológicas podem ser mais duradouras e prevalentes que o próprio acometimento pela Covid-19, com consequências incalculáveis em diferentes setores da sociedade. (Schmidt et al, 2020).

Diante da pandemia do novo coronavírus, a enfermagem reafirma sua importância na assistência à saúde humana. Coincidentemente, no mesmo ano, a World Health Assembly decidiu que seria em homenagem a profissão, intitulado este ato de “Nurses and Midwives clean care is in your hands” pela campanha “NursingNow”, que carrega o emblema “onde há vida, há enfermagem”, evidenciando os enfrentamentos já vivenciados pela classe, e o atual, em que a profissão se sacrifica e torna visível a sua importância nos sistemas de saúde (Miranda et al., 2020).

Estima-se que há quase seiscentos mil profissionais enfermeiros registrados nos conselhos de classe no Brasil. No entanto, ainda não se conseguiu dar a visibilidade e dignidade adequada para a essencialidade do trabalho desses profissionais que sequer tem sua jornada de trabalho definida, regulamentada por lei no país (Pereira et al., 2020).

A pandemia do Covid-19 coloca inúmeros desafios para os enfermeiros, principalmente relacionados ao alto risco de ser infectado pelo vírus, que pode culminar em adoecimento ou até morte. Além dos riscos pessoais, se convive com as chances de infectar outros indivíduos; angústia e esgotamento; exposição a mortes e sofrimento por não conseguir salvar vidas, independentemente dos esforços; ameaças e ofensas propriamente ditas, executadas por indivíduos que procuram atendimento e não podem ser acolhidos por limites de recursos; bem como o inevitável distanciamento de amigos e familiares, pelas altas cargas de trabalho (Lancet, 2020).

Atuar na linha de frente da pandemia implica no sentimento de impotência por quem presta assistência, impactando a estrutura emocional daqueles que permanecem continuamente em serviço. Não existe a possibilidade de se alegar falta de capacitação prévia frente a uma pandemia, em especial quando se trata de um patógeno até então desconhecido para danos aos seres humanos. E, nesse aspecto, as exaustivas horas de trabalho são fortes fatores predisponentes ao surgimento dos transtornos psicológicos nos enfermeiros e outros profissionais (Ferreira et al., 2020).

Na China, em pesquisa realizada no Hospital Zhongnan da Universidade de Wuhan, com 103 profissionais enfermeiros que foram contaminados, foi identificado que 88,3% dos

profissionais de enfermagem passaram por estresse psicológico e alterações emocionais durante o período de isolamento após a contaminação, sendo que apenas 11,7% não apresentaram alterações emocionais. Dos 103 profissionais, 87 casos (84,5%) pensaram que foram infectados no ambiente de trabalho em hospital (Jin et al., 2020). Pesquisas internacionais demonstram que os profissionais de saúde, entre eles os PE, estão sendo acometidos pela Covid-19. Na Espanha, 13% dos casos foram confirmados em profissionais da saúde, com relato de óbitos entre enfermeiros.

Na Itália, cerca de 20% dos profissionais de saúde foram infectados, com 100 óbitos entre médicos e 26 entre enfermeiros. Na China, foram 3.000 profissionais infectados com 22 mortes, e no Irã e na Indonésia também há relatos de óbitos entre enfermeiros (Miranda et al., 2020). A alta taxa de pessoas infectadas pelo Covid-19 acarretou colapso nos serviços de saúde o que por sua vez, implicou em uma conseqüente sobrecarga de trabalho para os profissionais de enfermagem, os quais mesmo com o desconhecimento sobre a doença, precisaram ficar diante de pessoas doentes e realizar seu trabalho. Logo, com essa situação tensa e diante de medidas de segurança rígidas e o medo de infectar-se com o vírus, os profissionais passam a desenvolver os sinais e sintomas propícios para o aparecimento de transtornos de ordem psicológica (Barros et al., 2020).

Existem fatores que sugerem maiores riscos de adoecimento mental do enfermeiro em relação à pandemia, a exemplo a situação de atendimentos no local de trabalho que revele maior número de casos em internação hospitalar por casos graves ou casos de óbitos em ascendência no local de trabalho. Na China, tomando como exemplo, no início da epidemia, pesquisa de Shen et al (2020) com 85 enfermeiras de UTI, revelou que houve uma alta pressão psicológica em enfermeiras que atuavam em um hospital designado para casos graves de Covid-19. As principais manifestações foram diminuição do apetite ou indigestão (59%), fadiga (55%), dificuldade para dormir (45%), nervosismo (28%), choro frequente (26%), e até pensamentos suicidas (2%). Principalmente entre jovens enfermeiras sem experiência para cuidar de pacientes críticos (Shen et al., 2020).

É importante destacar que a angústia e as incertezas diárias originam desequilíbrios e abalos emocionais constantes, assim, é preciso que os profissionais gerenciem suas próprias emoções, diante do sofrimento gerado durante a pandemia. Nesse sentido, o desempenho da equipe e o sucesso no trabalho têm relação direta com nível de saúde mental do profissional. Dessa forma o profissional precisa e deve receber apoio, uma escuta sensível e cuidadosa

dispondo então, de orientações sobre medidas para tentar controlar o estresse, assim como também, ser estimulado a manter contato com a família e amigos mesmo que de forma virtual (Prigol & Santos, 2020).

Estudo de Dal’Bosco et al. (2020) revelou prevalência de ansiedade entre os profissionais de enfermagem superior à variabilidade encontrada (22,6% - 36,3%) em revisão sistemática e meta-análise (16) de 12 estudos realizados com 31.756 profissionais da saúde em Wuhan e Cingapura. Os autores atribuíram esse achado à heterogeneidade entre os estudos de modo que observaram diferenças entre as populações estudadas e instrumentos utilizados para constatação de ansiedade.

Ainda no estudo de Dal’Bosco (2020), foi verificada uma predominância de mulheres enfermeiras com os sintomas de ansiedade sendo que o fato foi relacionado ao predomínio de mulheres na enfermagem por construções históricas e culturais. Devendo-se atentar que essas mulheres enfermeiras lidam com atividades laborais em seu dia a dia, atendem às demandas dos filhos, companheiros e da casa, favorecendo o surgimento de alterações psíquicas, como o estresse e ansiedade.

A literatura aponta grande exposição a fatores estressantes para enfermeiros que atuam na linha de frente contra o Covid-19, assim torna-se necessário uma atenção para esse profissional, visando diminuir os impactos presentes e futuros para a saúde desse profissional. Os serviços e gestores precisam entender o papel desse profissional nos serviços de saúde valorizando sua prática profissional e possibilitando condições de trabalho dignas para que possam proporcionar o cuidado e também serem cuidados.

São diversos os fatores que agem diretamente impactando no bem-estar mental e físico dos profissionais enfermeiros atuantes na linha de frente da pandemia. A literatura enfatiza as situações de distanciamento social e familiar, o medo de contaminação e de contaminar outras pessoas; as condições de trabalho, sentimento de desvalorização da profissão e sentimento de desfavorecimento e injustiça diante da proporcionalidade que carrega no cuidado às pessoas enfermas.

Miranda et al (2020) chamam a atenção para as situações de trabalho sem equipamentos de proteção individual (EPI) que colocam os profissionais em um dilema ético e moral ao se verem pressionados a assistir os pacientes sem a utilização dos EPI adequados, mesmo cientes do risco a sua vida, a dos pacientes, da equipe de saúde e dos entes queridos. Com a falta de EPI, os enfermeiros sofrem desgaste emocional diante da realidade de terem

de atender as altas demandas de pacientes infectados mesmo em condições de risco de contaminação (Pereira et al, 2020).

Soares, Peduzzi e Costa (2020) fazem uma importante colocação acerca desse tema quando colocam:

... em um país com tão profunda e intensa desigualdade social, como o Brasil, essas características da força de trabalho de enfermagem constituem o substrato no qual se configuram as precárias condições de trabalho evidenciadas no processo de enfrentamento da pandemia de Covid-19. A ausência de recursos ou o fornecimento de materiais impróprios para execução do trabalho e para proteção do trabalhador, como os equipamentos de proteção individual (EPI); o quadro insuficiente ou inadequado na composição dos profissionais de enfermagem, as longas jornadas de trabalho com dobras de plantão e múltiplos vínculos, por um lado, expõem os trabalhadores de enfermagem a riscos de contaminação e da ocorrência de erros, e por outro, acarretam crônica sobrecarga de trabalho e desgastes físico e mental, que se desdobram em adoecimento, intenso sofrimento emocional e até morte dos profissionais de enfermagem. Cabe destacar - os trabalhadores de saúde e de enfermagem não deveriam morrer no exercício do trabalho. (Soares, Éduzzi& Costa, 2020, p. 2).

A característica do trabalho de enfermagem voltada para o paciente, em ambientes primários, secundários e terciários, o expõe a riscos ocupacionais para a prestação de cuidados, sendo essencial que esses trabalhadores recebam os insumos necessários para sua proteção no manejo aos pacientes com o vírus, mas o que se vê é que diante do cenário atual, há escassez de EPIs nos serviços (Duarte, Silva & Bagatini, 2020).

As realidades apontadas na literatura sobre os EPIs leva a uma discussão antiga acerca das condições de trabalho em que vivem os profissionais da saúde, a exemplo do enfermeiro. Porém, pensar a escassez de EPI diante da pandemia do corona vírus, faz emergir uma ampliação do medo de uma doença altamente contagiosa, desconhecida e com repercussões tão incertas para a saúde e vida dos acometidos. Aliado a falta ou escassez de EPI, emergem as situações de sobrecarga de trabalho do enfermeiro no cenário nacional, o qual evidencia uma enfermagem que atua em mais de uma instituição para poder suprir suas demandas econômicas.

A desigualdade entre as categorias profissionais da saúde influencia, também, a forma como cada uma delas é atingida pelo novo corona vírus. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) contabiliza, até agora, mais de 13 mil afastamentos associados à Covid-19 e 101 mortes de profissionais de Enfermagem, sendo que os dados coletados são apenas a ponta do iceberg de acordo com o Conselho, que percebe subnotificação. Com a falta de acesso a

testes, muitos casos de corona vírus entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem acabam não entrando nas estatísticas, tendo em vista que há variedade na capacidade do processamento entre as regiões do país (Minayo & Freire 2020).

Falcão (2020) aponta os desafios para a enfermagem frente à pandemia, evidenciando que os desafios são permanentes por melhores condições de trabalho e emprego, por salários dignos, por uma jornada de trabalho condizente com a atividade que desempenhamos, por uma formação emancipadora e de qualidade. Diz que os desafios são diários a cada procedimento realizado. Segundo a autora, as condições desfavoráveis para o desenvolvimento da nossa práxis, denunciam e representam expressivamente a baixa valorização da profissão. Tem-se ainda, na literatura recente, que são muitos os aspectos que favorecem o aparecimento de sofrimento mental em enfermeiros atuantes na linha de frente. As necessárias medidas de prevenção, com distanciamento social, afastamento da família, o medo e angustias do incerto culminam, por vezes em sinais e sintomas depressivos, angustia, estresse, insônia, entre outros (Lai et al., 2020; Shen et al., 2020; Jinet al., 2020; Dal’Bosco et al., 2020; Tu , Hu, Zhou, 2020).

O Covid-19 tem representado um grande problema para todas as nações do mundo, de modo que todas as classes profissionais atuantes na linha de frente contra a doença, precisam ser escutadas e ajudadas pelos órgãos gestores da saúde.

O profissional de enfermagem está presente desde a atenção primária à saúde, até os maiores níveis de complexidade, prestando cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação aos usuários acometidos pelo corona vírus e por outras doenças. Sendo mulheres a maioria das enfermeiras, tem-se um possível agravante: a possibilidade de tripla carga de trabalho intensificada. Com cuidados no lar, na família e com as crianças em idade escolar que tiveram de ser afastadas. As consequências da situação ocasionada diante da atuação de enfermeiros na pandemia Covid-19 merecem ser avaliadas e acompanhadas. No sentido de amenizar os aspectos negativos sobre esses profissionais. Espera-se que estudos posteriores possam revelar mais achados sobre o tema aqui trabalhado e colaborar com a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros e conseqüentemente, da assistência prestada pelos mesmos nos serviços de saúde.

A valorização da enfermagem vai de encontro não somente com a saúde mental do enfermeiro, mas também em sua prestação de serviços que tem como objeto de trabalho a

vida humana. Portanto seguem alguns projetos de lei de interesse da enfermagem Brasileira, segundo o COFEN:

a) O veto ocorrido na primeira lei de regulamentação do exercício profissional da Enfermagem, a Lei 2.604 de 1955, no artigo que estabelecia a jornada máxima de 30 horas semanais.

b) No período recente, a Enfermagem brasileira vem lutando no Congresso Nacional, há 16 anos, pela aprovação do projeto de lei originário do Senado, PLS 161/1999, e que tramitou na Câmara Federal como PL2295/2000. O projeto emenda a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - Lei 7.498/1986 - estabelecendo que a jornada de trabalho dos profissionais legalmente habilitados para exercer a profissão (enfermeiros/as, técnicos/as, auxiliares de Enfermagem e parteiras) é de *no máximo* de 30 horas semanais e 06 horas diárias.

c) O referido projeto, desde março de 2009, encontra-se, na pauta, entre os prioritários para votação no plenário da Câmara Federal. Sendo necessário, apenas a sua inclusão na ordem do dia para ser aprovado e então, ser sancionado pelo/a Presidente da República.

d) No ano de 2012, o PL 2295/2000 entra na ordem do dia para votação em plenário, porém a seção foi encerrada por falta de quórum.

Em relação a salário, a categoria não dispõe de piso definido em lei. As mobilizações pela aprovação do projeto 2295/2000 também impulsionaram a tramitação do Projeto de Lei 4.924-A/2009. Contudo o projeto foi arquivado no encerramento da legislatura. No ano de 2015 foi apresentado o Projeto de Lei 459/2015 estabelecendo o piso salarial de R\$ 7.880,00 (sete mil, oitocentos e oitenta reais) ao enfermeiro, R\$ 3.940,00 ao técnico de Enfermagem e R\$ 3.152,00 ao auxiliar de Enfermagem, reajustados no mês de publicação da lei, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC.

Na tentativa mais recente, conforme divulgado no senado notícias, o piso salarial de enfermeiros terminou sem acordo a reunião entre o presidente do Senado com Rodrigo Pacheco, outros senadores e representantes da Enfermagem, uma vez que o líder do governo, senador Fernando Bezerra Coelho (MDB-PE), não compareceu para discutir o projeto de lei que prevê um piso salarial para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de parteiras da rede pública e privada (PL 2.564/2020). (Agência Senado, 2021)

A profissão de enfermagem no Brasil aguarda a aprovação do piso salarial, assim como aguarda a proposta de jornada de trabalho que tramita há mais de 20 anos no congresso. A valorização da profissão não deve se delimitar somente a discursos.

8 PRODUTO:DISCUSSÃO DE GÊNERO NA UNIVERSIDADE

Os resultados dessa pesquisa mostram que, na enfermagem, acontece silenciosamente a desvalorização da mulher, associado aos estereótipos de gênero. Trata-se de um processo histórico de construção social da cultura do patriarcado e do machismo.

Ignorar a importância da estrutura social em todos os seus aspectos acarreta o enfraquecimento do poder explicativo da categoria gênero e impede a compreensão de diferentes fenômenos, nos quais cada um dos múltiplos aspectos das relações de gênero (Barata, 2009, p. 78)

A mulher é representante da enfermagem no Brasil e no mundo. Carece de notoriedade, melhores condições no trabalho e respeito como lugar de fala. A enfermagem está presente em diversos cenários. São mulheres na linha de frente em epidemias e pandemias desde antiguidade, presentes em guerras para os socorros, cuidados e cura e, atualmente, diante de uma epidemia global com um crescente no mundo e, especialmente, no Brasil.

É necessário introduzir discussões de gênero nas universidades, como matéria obrigatória. A intenção é mostrar a história entrelaçada às questões de gênero, contribuindo educacionalmente para mitigar e reverter os efeitos da violência de gênero na força de trabalho e na produção científica da enfermagem (Pai, Schrank & Pedro, 2006).

É imprescindível que os profissionais sejam capazes de identificar e refletir sobre prejuízos e tradições que perpetuam na enfermagem no sentido de superá-los (Gentil, 2009)

Santos (2015) fala que focar os saberes somente no biológico, no currículo, exprimem a compreensão do processo saúde e doença em sua totalidade e a problematização das questões sociais humanas. A temática segundo ele deveria consistir como princípios de cuidados de enfermagem.

Como produto deste trabalho de mestrado profissional, foi desenvolvida uma ementa para disciplina sobre gênero no curso de enfermagem. Visa-se promover discussões e análise de estudos sobre relações de gênero, na criação de uma conscientização do coletivo de futuros enfermeiros, impactando no processo de saúde, valorização profissional do cuidar.

8.1 Proposta de Disciplina

Tema: Gênero e Trabalho
Objetivo: Discussão e análise dos estudos sobre relações de gênero e força de trabalho no Brasil, com ênfase no debate atual sobre gênero, divisão do trabalho e globalização, com especial atenção às novas tendências do trabalho no processo de internacionalização do capital. Discute as implicações dos modos de organização e impacto sobre a saúde e na profissão de enfermagem
Conteúdo: Fundamentos da sexualidade, fundamentos de gênero, saúde e gênero, gênero e trabalho, gênero e poder
Duração: 40 horas
Referencias Bibliográficas: Educação Sexual Além da Informação Paulo Rennes Marçal Ribeiro; relações de gênero, poder e profissão em organizações hospitalares: um enfoque socioconstrucionista. Luciana Cramer; MEDEIROS, F., & Alves Pacheco de Campos, S. (2020). As Relações de Gênero, os Estereótipos e a Violência Simbólica no Mercado de Trabalho; SCOTT, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica; Relações de gênero e saúde desigualdade ou discriminação? Rita Barradas Barata

Tabela 2: Proposta de ementa da disciplina *Gênero e Trabalho* para cursos de enfermagem.

Fonte: Autora

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, P., Netto, L. et al. (2014) Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 458-464. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yhwcb73nQ8hHvgJGXHhzw8P/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 21 nov. 2019.
- Albuquerque, P. A; Silva, R. B & Araújo, R. M. (2020) Covid-19: origem, patogênese, transmissão, aspectos clínicos e atuais estratégias terapêuticas. *Rev PreInfec e Saúde*, 6 (10432), 1-16 Disponível em: <https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10432> Acesso em: 21 nov. 2019.
- Araujo, R. P. et al. (2014) Perfil sociodemográfico e epidemiológico da violência sexual contra as mulheres em Teresina/Piauí. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(4), 739-750. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14519>. Acesso em: 21 nov. 2019.
- Baptista, S. S., & Barreira, I. A. (2006). Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(spe), 411-416. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000700005> Acesso em: : 21 out. 2020.
- Barreira, I. A. (1999). Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 7(3), 87-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zPDxgs9fTvsdvtKWb7F5rb/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Mem%C3%B3ria%20e%20hist%C3%B3ria%20para%20uma,Rev.&text=Trata%20Dse%20de%20um%20estudo,e%20de%20aprecia%C3%A7%C3%A3o%20da%20profiss%C3%A3o>. Acesso em: 21 out 2020.
- Barreto, T., Matheus et al. (2015) A violência contra a mulher sob a percepção de acadêmicos de enfermagem. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 4(2), 52-66. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2528>. Acesso em: 19 de nov. 2019.
- Barros, A. B. (2020) Impactos da pandemia da covid-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, 6(10), 81175-81184. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18700> Acesso em: 05 jan 2021.

Barros, S. C. da V.; Mourão, L. (2018) Panorama da participação feminina na Educação Superior, no Mercado de Trabalho e na Sociedade. *Psicol. Soc.* 30, e174090, 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30174090>. Acesso em: 13 dez. 2020.

Beck, C. L. C.; Minuzi, D. (2008) Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: Uma Análise Bibliográfica. *Saúde*, 34(1-2), 37-43. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/6496> Acesso em: 13 dez. 2020.

Blay, E. A. (2003) Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos avançados*, 17 (49), 87-98. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/ryqNRHj843kKKHjLkgrms9k/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2020.

Brasil. (2011) Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher. Brasília (DF); 2011

Brasil, Ministério da Saúde. (2020) O que é Covid: sobre a doença. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 19 mai. 2021

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012) Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2019.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2016) Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2019.

Brasil. (1996) Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Belém, 09 de junho de 1994.

Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 16 mai. 2019.

Brasil. (2013) Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1. 14 mar 2013b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 20 nov. 2019.

Brasil. (2006) Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília, 07 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 01 mai. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. (1984) Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2003) Lei nº 10.778 de 24 nov. 2003. Brasília, 24 nov 2003b. Seção 1, p.11-12. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 19 nov. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010) Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2003) Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização/

- Ministério da Saúde, Secretaria – Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 18 mai. de 2019.
- Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. (2018) Dados sobre feminicídio. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/agosto/ligue-180-recebe-e-encaminha-denuncias-de-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 01 mai. 2019.
- Brasil. (2013) Portaria N°3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde(RAS). Ministério da Saúde. Brasília, 2013a. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 18 de maio 2019.
- Broch, Daiane; Crossetti, M. da G. O.; Riquinho, D. L. (2017) Reflexões acerca da violência contra a mulher na ótica de Madeleine Leininger. Revista de Enfermagem UFPE 11(12), 5079-5084. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/173368> . Acesso em: 23 nov. 2019.
- Bruschini, C. & Lombardi, M. R. (2003) Mulheres e homens no mercado de trabalho brasileiro: um retrato dos anos 1990. In: MARUANI, Margareth e Hirata, Helena. As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo, SENAC.
- Cahú, G. R., Rosenstock, K. I., Costa, S. F., Leite, A. I, Costa, I. C, Claudino, H. G. (2011) Produção científica em periódicos online acerca da prática do assédio moral: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 32(3), 611-619. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/pbLsWNY6fWLXnPNWcTQxdTd/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2020.
- Campos, Carmen Hein de (Org.). (2011) Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista. Rio de Janeiro, Lumen Juris.

- Cansanção, E. E. (1987) Foi assim que a cobra fumou. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ), Marques-Saraiva.
- Casique, L., Furegato, A. R. F. (2006) Violência contra mulheres :reflexões teóricas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 14(6), 950-956 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 mai. 2019.
- Cordeiro, A. M. et al. (2007) Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Isso. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, 34(6), 428-431. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000600012&lng=isso&nrm=isso. Acesso em: 19 out. 2020.
- Costa, M. S.; Serafim, M. L. F.; Nascimento, A. R. S. do. (2015) Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3), 551-558 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300551&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 nov. de 2019.
- Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F., Toledo, V. P. (2016) Welcoming and nursing care: a phenomenological study. Texto contexto-enferm. Florianópolis, 25(1), e4550015 v.25, n.1, e4550015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100324&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mai. 2019.
- Costa, R., Padilha, M. I., Amante, L. N., Costa, E., & Bock, L. F. (2009). O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. Texto & Contexto - Enfermagem, 18(4), 661-669. Acesso em: 25 nov. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>
- Czapski, A. R. S. (2012) O assistente social no atendimento à violência doméstica contra a mulher. Travessias, 6(1), 313-328. Disponível em http://www.esedh.pr.gov.br/modules/inscrit_quest/uploads/8/23032016160341_AS_PO

SSIVEIS_INTERVENCOES_PROFISSEIONAIS_NAS_QUESTOES_DA_VIOLENCIA_DOMESTICA_CONTRA_MULHER.pdf. Acesso em: 21 de nov. 2019.

Dahlberg, L., Krug, E. G. (2006) Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup.), 1163-1178. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdfhpcdw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.

Dal’Bosco, E. B. et al. (2020). Mental health of nursing in coping with Covid-19 at a regional university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Sup. 2), e20200434 Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>. Acesso em: 22 nov. 2019.

Duarte, G., & Spinelli, L. (2019). Estereótipos de gênero, divisão sexual do trabalho e dupla jornada. *Revista Sociais e Humanas*, 32(2). Doi: <https://doi.org/10.5902/2317175836316>. Acesso em: 25 nov 2020.

Duarte, M. L. C; Silva, D. G; Bagatini, M. M. C. (2021) Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. *Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre*, 42(Spe), e20200140. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MnRHwqvgq3kTrHQ3JPSLR7H/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2021.

Elias, E. A. et al. (2016) Modos de ser de profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto-atendimento. *Revista Enfermagem Uerj*. 24(1), e11726,2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/148865>. Acesso em: 19 nov. de 2019.

Espírito Santo, F. H., & Porto, I. S. (2006). De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. *Escola Anna Nery*, 10 (3), 539-546. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300025> Acesso em: 20 nov. 2019.

Ferraz, M. I. R. et al. (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*, 14(4). 755-759. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648977022.pdf>. Acesso em: 20 nov. de 2019.

- Ferreira, F. G. P. (2020) Uma reflexão sobre saúde mental do enfermeiro emergencista no contexto da pandemia pelo Covid-19. *Research, Society and Development*. 9(7), e704974534. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4534> Acesso em: 05 mai. 2021.
- Gerhardt, T. E., Silveira, D. T. (2009) Metodologia de Pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. PortoAlegre:Editora da UFRGS.
- Gil, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed São Paulo: Editora Atlas.
- Guedes, D. (2011) Violência Doméstica contra a mulher: uma retrospectiva histórica e jurídica com análises relevantes. *Projeção, Direito e Sociedade*, 2(2),406-411. Disponível em: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao2/article/view/117/105> Acesso em: 05 ago. 2019.
- Guedes, M. E. F. (1995). Gênero, o que é isso? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 15(1-3), 4-11. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931995000100002> Acesso em: 10 dez. 2020.
- Guedes, M. V. C., Henriques, A. C. P. T., Lima, M. M. N. (2013) Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Revista Brasileira em Enfermagem*, Brasília, 1(66), 31-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a05.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2019.
- Guimarães L. A., Rimoli A. O. (2013) “Mobbing” (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. *Psicol Teor Pesq*. 22(2), 183-191. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/NvGBmwKPnNFwqSPVdLcqcmj/?lang=pt> Acesso em: 13 out. 2020.
- Gussi, M. A. & Dytz, J. L. G. (2008) Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 61(3), 337-384. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300017&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300017>. Acesso em: 18 set. 2020

- Gustavo, A. da S., & Lima, M. A. D. S. (2003). Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em unidades especializadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1), 24-27. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100005> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vBnRBc8nvQyx9kfZXtJ8wzN/?lang=pt#:~:text=A%20idealiza%C3%A7%C3%A3o%20das%20enfermeiras%20pode,elementos%20estruturais%20inviabilizam%20essa%20associa%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 18 set. 2020
- Hasse, M.; Vieira, E. M. (2014) Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada dedados. *Saúde em Debate*, 38(102), 482-493. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bvs-3375> Acesso em: 18 set. 2020
- Hirata, H. (2015) Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: Divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparada. *Friedrich Ebert Stiftung Brasil*, 1(7),1-24. Disponível em: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/12133.pdf> Acesso em: 19 set. 2019.
- Hirata, H. (2016) Mulheres brasileiras: Relações de classe, de "raça" e de gênero no mundo do trabalho. *Confins*, (26). Doi:10.4000/confins.10754 Acesso em: 19 set. 2019.
- Horta, W.A. (1974) Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev. Esc. Enf. USR*, 5(1) 7-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z3PMpv3bMNst7jCJH77WKLb/abstract/?lang=pt> Acesso em: 19 set. 2019.
- Jin, Y. H. et al. (2020) Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of Covid-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a cross-sectional survey. *Military Medical Research*, 7(1), 24. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00254-8>. Acesso em: 19 mai. 2021.
- Lai, J. et al. (2019). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. *JAMA network open*, 3(3), e203976. Doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976> 24. Acesso em: 19 mai. 2021.

- Leite, F. M. C., Moura, M. A. V., Penna, L. H. G. (2013). Percepções das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa da literatura. *Avances en Enfermería*, 31(2), 136-143. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a14.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.
- Leopardi, M. T. (2002). Metodologia da Pesquisa na Saúde. Florianópolis, UFSC.
- Lima, C. A., Deslandes, S. F. (2014) Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 787-800. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MBMn7yF9zwrXDsfVKBHbnPK/?lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- Machado, M. H. et al. (2016a). Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares. *Enfermagem em foco*, 7(Esp), 15-34. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/687>. Acesso em: 14 nov. 2019.
- Machado, M. H. et al. (2016b) Características gerais da enfermagem: o perfil sóciodemográfico. *Enfermagem em Foco*, 7(Esp), 9-14. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/0>. Acesso em: 14 nov. 2019.
- Marinheiro, A. L. V., Vieira, E. M., Souza, L. (2006). Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 604-610, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500008. Acesso em: 26 nov. 2019.
- Martins, L. C. A. et al. (2016) Violência contra mulher: acolhimento na Estratégia Saúde da Família. *Cienc. Cuid. Saúde* 15(3), 507-14. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31422> Acesso em: 27 nov. 2019.
- Medeiros, F., & Alves Pacheco de Campos, S. (2020). As Relações de Gênero, os Estereótipos e a Violência Simbólica no Mercado de Trabalho. *Revista de*

Administração IMED, 10(1), 127-144. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.18256/2237-7956.2020.v10i1.3496> Acesso em: 15 dez.

Medeiros, M., Tipple, A. C. F. V., & Munari, D. B. (1999). A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. *Rev Eletrônica Enferm*, 1(1). Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/666/736> Acesso em: 15 dez. 2020

Melo, R. A. de et al. Violência doméstica na percepção de enfermeiros deserviço de emergência. *Revista Ciência & Saberes-Facema*, v. 2, n. 3, p. 221-228, 2016. Disponível em <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/117> . Acesso em: 14 nov. 2019.

Minayo, M. C. S. (2004). A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Carelli. *Cad. Saúde Pública*, 20(3), 646-647. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/esp/a/dT5qy5fQp3nRSLfXVPRCCFL/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 15 nov. 2019.

Minayo, M. C. S. (2006) A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup.), 1259-1267. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vM4c5NGrjxPFj8Phv4Mghjw/?lang=pt> Acesso em: 16 nov. 2019.

Minayo, M. C. S. (2009) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Vozes.

Minayo, M. C. S.; Souza, E. R. (1997). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, 4(3), 513- Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mai. 2019.

Miranda, F. M. A, et al. (2020) Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid - 19. *Cogitare enferm*. 25, e72702. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702/pdf> Acesso em: 20 nov. 2019.

- Monteiro, H.M.D.R. (2015). *Mulher, Trabalho e Identidade: Relatos de mulheres em cargo de poder e prestígio sobre suas trajetórias profissionais*. [Dissertação] Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Morais, S. C. R. V., Monteiro, C. F. S., Rocha, S. S. (2010) O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(1), 155-160. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/ckVMC5bHyNsndMSgKy7RQLz/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 21 nov. 2019.
- Morin, E. *O Método 01: a natureza da Natureza*. Porto Alegre, Sulinas.
- Nascimento, G.; Villas Bôas, R. (2015) Proteção a Mulher: Direitos Individual e Social à Igualdade de condições no Mercado de trabalho e ao direito a maternidade. *Law Review*, 1(6), 156-172. Disponível em:
<https://www.indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/3459/2972>. Acesso em: 11 dez. 2020.
- Nauderer, T. M., & Lima, M. A. D. S. (2005). Imagem da enfermeira: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 74-77. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000100014> Acesso em: 16 mar. 2021.
- Nightingale F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo, Cortez.
- Niquini, R. P. et al. SRAG por Covid-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Cadernos de Saúde Pública* 36(7), e001494420. Doi:
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149420>. Acessado 20 de maio 2021.
- Nursingschool Hub. (2021). *The History of Nursing*. [website] Disponível em:
<https://www.nursingschoolhub.com/history-nursing/> Acesso em: 20 mar. 2021.
- Oliveira, A. B., Santos, T. C. F., Barreira, I. A., Lopes, G. T., Almeida Filho, A. J., & Amorim, W. M. (2009). Enfermeiras brasileiras na retaguarda da Segunda Guerra Mundial: repercussões dessa participação. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(4),

688-696. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400010>
Acesso em: 21 mar. 2021.

Oliveira, K. K. D., Freitas, R. J. M., Araújo, J. L., & Gomes, J. G. N. (2021). NursingNow e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(spe), e20200120. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200120> Acesso em: 19 out. 2020.

Oliveira, P. P. et al. (2015). Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. *Texto contexto - enferm., Florianópolis*, 24(1), 196-203 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100196&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.

Oliveira, W. K. de et al. Como o Brasil pode deter a Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 29(2), e2020044. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. Acesso em: 20 nov. 2019.

Organização das Nações Unidas – ONU. (1994). Convenção Interamericana para Prevenir, e Erradicar a Violência Contra a Mulher. “Convenção de Belém do Para”.

Organização das Nações Unidas – ONU. (1979) Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

Padilha, M. I. C. S., & Mancia, J. R. (2005). Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 723-726. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000600018> Acesso em: 02 fev. 2021.

Pai, D. D., Schrank, G. , & Pedro, E. N. R. (2006). O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(1), 82-87. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100013> Acesso em: 03 fev. 2021.

Paixão, W. (1979). História da Enfermagem. 5ª Edição. Rio de Janeiro, Julio C. Reis Livraria.

Pedrosa, C. M.; Spink, M. J. P. (2011) A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 124-135, 2011.

- Pereira, F. M.; Barbosa, V. B. A., Vernasque, J. R. S. (2014) A experiência da educação permanente como estratégia de gestão com os auxiliares de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 228-242 v. 18, n. 1, p. 228-242. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/921>. Acesso em: 20 nov. de 2019.
- Pereira, M. D. et al. (2020) Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de Covid-19. *Research, Society and Development*, 9(8), e67985121. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsdv9i8.5121> Acesso em: 15 jun. 2021.
- Perucci, M. et al. (2018) Percepções de enfermeiros sobre o atendimento a vítimas de violência sexual. *Enfermagem Revista*, 22(1), 68-78 v. 22, n. 1, p. 68-78. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/20186>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- Pimenta, C. A. M. et al. (2015) Guia para construção de protocolos assistenciais enfermagem/COREN-SP. São Paulo COREN-SP.
- Pires, M. R. G. M., Fonseca, R. M. G. S., & Padilla, B. (2016). A politicidade do cuidado na crítica aos estereótipos de gênero. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1223-1230. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0441>. Acesso em: 05 fev. 2021.
- Porto, M.; Bucher-Maluschke, J. (2012). Atendimento psicológico e a secretaria de políticas para as mulheres. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 567-576. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b777/18e22e45f0f4980f033cde4bc976e6eb291d.pdf>. Acesso em: 21 nov. de 2019.
- Porto, R. T. S., Bispo Jr., J. P., Lima, E. C. (2014) Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 787-807. Disponível em <https://www.scielo.org/article/physis/2014.v24n3/787-807>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- Prigol, A. C., Santos, E. L. (2020) Saúde mental dos profissionais de enfermagem diante da pandemia Covid-19. *Research, Society and Development*, 9(9), e542997563. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7563>. Acesso em: 20 mar. 2021.

- Prigol, E. L., & Behrens, M. A. (2019). Teoria Fundamentada: metodologia aplicada na pesquisa em educação. *Educação&Realidade*, 44(3), e84611. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/2175-623684611> Acesso em: 12 ago. 2019.
- Puggina, C. C. et al. (2016) Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. *Espaço para Saúde*, 16(4), 87-97, 2016. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/386>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- Rattner, D. (2014). Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 8(1), 103-108. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1460> Acesso em: 20 out. 2019.
- Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L. (2011). Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa- PB. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 52-59. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/81/142> Acesso em: 21 out. 2019.
- Saavedra, L.; Céu Taveira, M. & Silva, A. D. (2010). A subrepresentatividade das mulheres em áreas tipicamente masculinas: Factores explicativos e pistas para a intervenção *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 11(1), 49-59. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2030/203016888006.pdf> Acesso em: 21 out. 2019.
- Santos S., Carvalho E. (2015) Graduação em Enfermagem: uma análise do currículo da perspectiva de gênero. *RevenfermUFonline*. 9(Sup. 4), 8079-8087 Doi: 10.5205/reuol.6235-53495-1-RV.0904supl201513 Acesso em: 22 out. 2019.
- Santo, J. et al. (2014) Conhecimento De Enfermeiras Em Unidades De Saúde Sobre a Assistência À Mulher Vítima Da Violência. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(3), 260-270. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=108762901&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 28 out. 2019.
- Schmidt, B. et al. (2020) Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19). *Estud. psicol.* 37, e200063. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?lang=pt&format=pdf>

Acesso em: 20 mai. 2020.

Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F., Couto, M. T. (2006) Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde pública*, 40(Spe.), 112-120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DNPkpYFGWCHtGRK7G46gk3D/abstract/?lang=pt>
Acesso em: 21 mai. 2020.

Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. 20(2), 71-99 Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667> Acesso em: 25 mar. 2021.

Silva, D.M., Lima, A.O. (2012), Mulher, Trabalho e Família na cena contemporânea. *Contextos Clínic*, 5(1), 41-51. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-3482201200010000
6 Acesso em: 07 abr. 2020.

Silva, E., Pereira, A., & Penna, L. H. G. (2018). Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), e00110317. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00110317> Acesso em: 10 mai. 2018.

Silva, E. B., Padoin, S. M. M., Vianna, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 249-258, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000100249&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 nov. 2019.

Silva, P. L. N., et al. (2014) Atendimento do enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(6), 1604-1611. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9851/10065> Acesso em: 19 nov. 2019.

Silva, C. D., Gomes, V. L. O. (2018). Violência contra a mulher: dimensões representacionais de discentes de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 8,

- e2528. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2528>. Acesso em: 19 nov. 2019.
- Silvestre Neto, J. et al. (2015). Violência contra a mulher no contexto de saúde pública. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 13(2), 60-65. Disponível em <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Violencia-contra-a-mulher-PR-ONTO.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.
- Soares, C. B., Peduzzi, M., Costa, M. V. C. (2020) Os trabalhadores de enfermagem na pandemia Covid-19 e as desigualdades sociais. *Rev. esc. enferm.* 54, e03599. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003009335> Acesso em: 20 mai. 2021.
- Tavares, D. (2018). Saúde, multidisciplinaridade e sociedade. *Saúde&Tecnologia*, 18, 5-10. Disponível em: <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/2031>. Acesso em: 22 nov. 2019.
- Thiry-Cherques, H. R. (2006). Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Revista de Administração Pública*, 40(1), 27-53. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000100003> Acesso em: 23 nov. 2019.
- Tu, Z. H; He, J. W & Zhou, N. (2020) Sleep quality and mood symptoms in conscripted frontline nurse in Wuhan, China during Covid-19 outbreak: A cross-sectional study. *Medicine*, 99(26), e20769. Doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020769>. Acesso em: 15 fev. 2021.
- Vaessen, G. (1949). SantaLuisa de Marilac suas filhas e suas Senhoras de Caridade. Salvador: Ed. Mensageiros de Fé.
- Vieira, L. J. E. S. et al. (2016) Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12), 3957-3965. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016001203957&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.
- Villela, W. V. et al. (2011). Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude soc.* 20(1), 113-123. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 nov. 2019.

World Health Organization - WHO (2020). State of the World's Nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva, World Health Organization.

Yanoulla, S. (2011). Feminização ou Feminilização: apontamentos em torno de uma categoria. *Temporalis*, 11(22), 271-292. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1368> Acesso em: 13 abr. 2020.