

## Capítulo II

A reprodução das relações de gênero na enfermagem brasileira

Elizete Passos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PASSOS, E. A reprodução das relações de gênero na enfermagem brasileira. In: *De anjos a mulheres: ideologias e valores na formação de enfermeiras* [online]. 2nd ed. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 41-75. ISBN 978-85-232-1175-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

## A reprodução das relações de gênero na enfermagem brasileira

No capítulo anterior, procuramos trazer alguns elementos teóricos acerca da enfermagem no que diz respeito ao seu conceito, objeto de estudo e pessoas que a tem exercido enquanto atividade.

No presente, nossa intenção é delinear a **ideologia** que tem perpassado essa atividade, de que modo ela tem definido as **relações** entre as profissionais, como as **normas** que regem a profissão têm servido para reforçar ou não essa ideologia e quais as consequências desses valores para a enfermagem e para as suas profissionais, ou seja, como ela tem servido para reproduzir **relações de poder** no seio da enfermagem.

### As relações de gênero

Falar em relações de **poder** na enfermagem nos remete a entender, em primeiro lugar, aquelas que a literatura feminista atual chama de relações de **gênero**. A palavra gênero foi inicialmente usada entre as feministas americanas com o objetivo de demonstrar o caráter social das diferenças entre os sexos, e desse modo desvelar a inapropriedade de relacioná-las com o aspecto biológico.<sup>1</sup> Também com o objetivo de clareamento de

1 A tendência de justificar a situação de inferioridade feminina devido à sua constituição física, sua musculatura e a dimensão do seu aparelho respiratório, tem perpassado os tempos. Porém, o que se sabe é que nas sociedades coletoras as mulheres estavam sujeitas a uma jornada de trabalho exaustiva e a executarem tarefas que requeriam a força física, como o carregamento de fardos. Ela mudou de carregadora de fardos, de um ser igual aos homens a partir do momento em que a sociedade não mais precisava do seu trabalho e sim da mesma como matriz de homens para a produção.

algumas questões historicamente definidas, visava mostrar que os estudos sobre as relações entre os sexos não seriam possíveis de forma particularizados e sim relacional, ou seja, estudar o sexo feminino exigia não perder de vista sua articulação com as questões acerca do sexo masculino e vice-versa. Isso porque as mulheres não estão desarticuladas do mundo maior e entendê-las só é possível na sua relação com o todo histórico social, incluindo aí o homem.

Por outro lado, interessava descobrir a amplitude dos papéis sociais e os simbolismos que revestem a sexualidade nas sociedades, a fim de compreender o seu alcance político e suas consequências para a manutenção ou alteração da ordem social. Uma vez que partem do princípio que os estudos das questões feministas não têm um fim em si mesmos, ao contrário, além de possibilitarem entender as construções ideológicas que definem papéis e *status* para homens e mulheres, abrem possibilidades para o entendimento de outras formas de desigualdades como as relacionadas às classes e raça, entre outros.

Assim, a palavra gênero é usada nos estudos feministas como “[...] uma maneira de referir-se à organização social da relação entre os sexos [...]” (SCOTT, 1989, p. 3), pois ele é “[...] um elemento constitutivo das relações sociais [...] e uma forma primeira de significar as relações de poder [...]”. (SCOTT, 1989, p. 14)

Corriqueiramente, ele é usado como sinônimo da palavra mulher, porém, com uma menor carga valorativa, ou seja, é uma palavra mais neutra e, por isso, mais apropriada aos estudos científicos. Estudos que precisavam seguir uma

[...] perspectiva sintética que possa explicar as continuidades e as descon-  
tinuidades e dar conta das desigualdades persistentes, mas também das  
experiências sociais diferentes. (SCOTT, 1989, p. 3)

É nesse sentido que pretendemos fazer uma incursão pela história da enfermagem brasileira, na perspectiva de desvelar o que a enfermagem tem representado ao longo da sua história, quais as orientações ideológicas que tem seguido, o que tem conseguido superar e de que modo ela tem servido para reproduzir ou não o tradicional modelo feminino e as relações de poder entre os sexos.

## O espírito de servir como um princípio ideológico na enfermagem

Como dissemos, a enfermagem no Brasil nasceu sob a égide da ideologia religiosa, a qual além de servir para estabelecer os princípios católicos, servia também à política colonizadora e era um paliativo para dissolver possíveis tensões e legitimar desigualdades. Nesse sentido, os cuidados à saúde eram praticados de forma caritativa e gratuitamente, visando uma recompensa que só seria conseguida no após morte. Por três séculos<sup>2</sup>, a saúde foi praticada no Brasil por religiosos ou por leigos, movidos por um ideal religioso.

As primeiras Casas de Misericórdia surgiram por volta do meado do século XVI e serviam como recolhimento para crianças, pobres e doentes. As mesmas iam sendo dirigidas por ordens religiosas que aqui chegavam e que continuavam dando ao cuidado do enfermo um sentido cristão.

Assim, a base teórica do trabalho da enfermagem encontra-se, originalmente, atrelada à religião, não só pelo fato da mesma ter o seu início nas mãos de religiosos, como e, principalmente, pelo fato da enfermagem estar alicerçada em princípios religiosos que vê no doente o *Cristo Sacrificado* e no enfermeiro o *Divino Mestre*.<sup>3</sup> Assim, cuidar de alguém dependia do valor que se dava ao ser humano, do espírito fraterno que o orientava, e entendê-lo só seria possível sob a orientação do cristianismo, pois essa atividade se identifica com o **espírito de servir**.

Conforme Waleska Paixão (1961, p. 311), esse espírito, na linguagem cristã, significava *dar-se*. “É dar-se a Deus para cumprir a missão que ele nos preparou, como Cristo realizou a missão que lhe foi confiada pelo pai [...]”. E ela completa o seu entendimento dizendo: “[...] servir é dar Deus ao próximo, através de nossos gestos fraternos, que se tornam uma prolongação da Encarnação do Verbo”. (PAIXÃO, 1991, p. 304)

Nessa mesma perspectiva, Maria Tereza Molina, teorizava sobre as bases do serviço de enfermagem, argumentando que o mesmo tinha a sua gênese ligada ao “[...] advento de Nosso Senhor Jesus Cristo” (MOLINA,

---

2 1549/1759.

3 Ver sobre o assunto, Marina de Trigueiro Forjaz (1959), Tereza Maria Molina (1961, p. 311-320) e Ir. Maria Rosalva Backewinkel (1962).

1961) e que esse serviço seguia a orientação bíblica que consistia em amar uns aos outros. Como ela mesma afirma: “indubitavelmente, a profissão de enfermeira nasce de uma vocação que surge com o chamado de Cristo: vinde a mim benditos de meu Pai”, “[...] dizia-nos Jesus um dia. Porque eu estava enfermo me visitastes; todas as vezes que fizestes isso a nossos irmãos menores a mim o fareis”. (MOLINA, 1961, p. 319)

Essa forte ideologia religiosa que vem perpassando toda a prática da enfermagem brasileira, de certa forma, segue o modelo desenvolvido na Inglaterra por Florence Nightingale, a qual chegava a relacionar as leis da saúde com as de Deus. Nesse sentido, criticava a falta de formação religiosa das mães e professoras, como afirmou:

[...] não recebem quaisquer ensinamento sobre as leis que Deus atribuiu ao relacionamento de nosso corpo com o mundo no qual ele o colocou. Ou seja, as leis que tornam esse corpo no qual Ele situou nossas mentes, com seus órgãos sadios ou enfermos. (NIGHTINGALE, 1984, p. 17)

Como se vê, guardando as devidas especificidades, o corpo humano e a sua situação de saúde ou de doença são vistos como uma realização divina, e colaborar no seu processo de manter esse corpo sadio ou o livrá-lo de uma enfermidade, era uma forma de colaboração com Deus. Por outro lado, a enfermagem não visava atingir apenas o corpo como também, e principalmente, o espírito. A perspectiva de atingir o espírito, como dissemos, era para Florence e para a religião Católica o ponto alto do serviço prestado. Pois, com isso, cumpria-se um papel religioso ao disseminar os princípios cristãos, e outro social, na medida em que servia para controlar as ações humanas e definir uma forma de ser.

O fato de entenderem a relação de afetividade e de reconhecimento que o doente e seus familiares travavam com o profissional de enfermagem em momentos, muitas vezes inesquecíveis, e o poder que esse profissional podia desempenhar pela sua **dedicação e zelo**, passando por trás dos mesmos uma ideologia de conformismo e de aceitação, próprios da doutrina católica e necessária à manutenção do poder constituído, procuravam incutir em seus participantes, que o serviço de enfermagem era uma das formas mais elevadas de prestar um serviço, exigindo de quem o executava **seriedade, competência e dedicação**.

Nesse sentido, as profissionais da enfermagem aprendiam que o seu serviço tinha outros alcances, como o de procurar educar os indivíduos, ou seja, “[...] dar um sentido profundo à vida”. (PAIXÃO, 1961, p. 304) Ora, em que consiste esse sentido? Por que a enfermeira seria capaz de dar tal orientação? Acreditamos que a palavra “profundo” seja um indicativo de que ela se refere à essência, ou seja, ao aspecto metafísico da vida, às questões religiosas. Desse modo, ninguém mais indicada do que as mulheres por serem vistas como “educadoras natas” pela sua vinculação com a maternidade. Assim, infere-se que ela continuaria fazendo um serviço baseado na espontaneidade e sem base científica. Sua dimensão continuaria sendo a do **senso comum** e a da **intuição**, o que a faria permanecer, dogmaticamente, atrelada a conceitos e preconceitos. Essa foi a origem da enfermagem brasileira e das escolas para a formação da profissional de enfermagem no país.

Assim, até o final do século XIX, a enfermagem no Brasil continuava sendo desenvolvida, empiricamente, por irmãs de caridade nas Casas de Misericórdia e pelas mães nos lares. Nas primeiras décadas do século XX, em decorrência da ideologia eugênica que começava a ser adotada pela política de saúde do país e visando combater doenças como a febre amarela, a varíola e a coléra que dificultavam a vinda de estrangeiros assim como do capital de fora, passou-se a acreditar que a saúde poderia ser ensinada de modo a criar nas pessoas hábitos saudáveis que levariam a uma vida sadia e a gerarem filhos também sadios.

Nessa perspectiva, a enfermagem passou a ser vista pelo poder constituído como uma grande aliada, pelo que as enfermeiras poderiam desempenhar através do seu trabalho de educadoras sanitárias. O qual consistia em ir de lar em lar, não só para cuidar dos doentes, mas principalmente para ensinarem às pessoas sadias a não adoecerem e as doentes a não contaminarem as sadias. Nisso, ninguém melhor do que as enfermeiras/mulheres, uma vez que acreditavam que elas traziam consigo o “dom” de educar e tinham a tradição de velarem pelas pessoas doentes em suas famílias.

Confiante nesses princípios, o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública investiu em sua formação técnica, pois a elas competiria vistoriar as famílias, esclarecê-las sobre hábitos de higiene, de alimentação e de saúde em geral, ou seja, desfazer a ignorância e

controlar as atitudes dos indivíduos, principalmente daqueles das camadas economicamente inferiores, vistos como responsáveis por muitos dos problemas sociais e focos de degenerescências.<sup>4</sup>

Assim, quando as necessidades do país impuseram a formação das profissionais, isso foi feito, porém, a orientação seguida pelas escolas não rompeu com a herança religiosa, mesmo tendo dado um peso grande à formação técnica. Basta ver a linha dos trabalhos veiculados nas revistas da associação da categoria, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), assim como as recomendações que eram feitas por ela às suas filiais estaduais, no sentido de promoverem conferências doutrinárias para seus membros, bem como retiros e recolhimentos espirituais. Também são elucidativas as recomendações feitas pelas enfermeiras religiosas para que todas as enfermeiras se filiassem à associação. O que demonstra que a enfermagem leiga continuou sendo de inspiração religiosa.<sup>5</sup>

Essa forte relação da religião com o fazer de enfermagem serviu para imprimir na mesma marca que tem ultrapassado o tempo, dando-lhe uma configuração de atividade **caritativa, devotada, abnegada, que exige renúncia, docilidade e conformismo**. As palavras de Pio XII, (FRIDERICH, 1959, p. 279-280) endereçadas aos médicos, porém trazendo inúmeras recomendações aos trabalhadores da enfermagem, ou seja, às mulheres, delineiam essa performance. Suas indicações traçam um verdadeiro perfil que o profissional devia ter e que, com certeza, não se identifica com as qualidades de um ser humano comum. Assim, sua primeira orientação aos enfermeiros<sup>6</sup> é de ver no doente a figura de Cristo e tudo fazer para aliviar o seu sofrimento. Nesse sentido, ele precisa ter consciência que o seu trabalho é diferente dos demais, pois embasa-se na caridade, no devotamento e na renúncia.

---

4 Sobre o assunto, ver o artigo de Telma Ribeiro Garcia (1993).

5 Conforme dados apresentados por Marina Forjaz (1959) no final da década de 50, das 38 escolas de enfermagem existentes no Brasil, 21 eram dirigidas por religiosas, e das 32 escolas para formação de auxiliares de enfermagem, 11 estavam também sob a direção de ordens religiosas.

6 Ele fala em enfermeiros, porém as indicações do perfil são aquelas comumente destinadas ao sexo feminino. Por outro lado, sabemos que a enfermagem sempre foi uma atividade majoritariamente feminina. Certamente, o uso de um interlocutor masculino, conforme faz no título do trabalho, destinando-o aos médicos, quando de fato queria falar às enfermeiras, demonstre a posição em que a mulher ocupava na sociedade, a ponto de não ser a personagem de uma fala direta com uma autoridade do sexo masculino.

As enfermeiras deviam ser verdadeiras **apóstolas da caridade**, no sentido de ver o Cristo em cada doente, sendo pois o seu papel o de confortá-lo e auxiliá-lo. Auxílio que não se limitava ao aspecto do cuidar do seu corpo, como também o de ajudá-lo a ver outros aspectos da vida, ou seja, seu lado espiritual, bem como de confortá-lo com suas orações, quando o caso assim o exigisse.<sup>7</sup> Sua “missão” seria aliviar a dor não apenas através de remédios, como principalmente, “[...] pela presença do coração enternecido e paciente que faz, de cada enfermo, uma criatura de sua afeição. Quase de sua devoção [...]”. (OLIVEIRA, 1956, p. 54)

Com isso, a enfermagem continuava alicerçada em bases anti-científicas; pois ao invés de usar a ciência no seu processo de trabalho, usava a oração, tida como uma anticência, em plena metade do século XX. Sua função continuava sendo cuidar do corpo visando principalmente a alma, assim, ela devia assistir o indivíduo no momento da morte e com isso ajudar na sua salvação.

Outro elemento constitutivo do **espírito de servir** é o **devotamento**. O qual consiste em saber que o indivíduo que exerce esse serviço não pode ter horário para começar e muito menos para terminar. O seu expediente dependerá das necessidades de cada dia e de cada momento. Se a situação o exigir, a enfermeira deve permanecer à cabeceira do paciente em qualquer horário e momento. Mantendo-se calma e preparada para servir diante de qualquer dificuldade.

Tal **devotamento** implica em exigir que a enfermeira seja uma espécie de **anjo**, isto é, um ser intermediário entre Deus e o mundo, puramente **espiritual**, destituída de uma vida particular, de necessidades pessoais, de desejos e imune ao cansaço. Enfim, ela precisaria ultrapassar os limites da condição humana, colocando-se como **mensageira, guardiã, condutora, protetora e executora**, entre outros. Nesse sentido é que a força espiritual e o convencimento de que a tarefa de cuidar do doente é **sagrada** são fundamentais; pois, sem elas, dificilmente alguém se disporia a exercê-la. Como afirmou Waleska Paixão(1956, p. 224), “[...] o ideal de enfermeiras,

---

7 Ir. Maria Rosalva Backewinkel, (1962, p. 491) num artigo intitulado *Formação Moral do Enfermeiro*, explicita essa função da enfermeira: “que seja um exemplo vivo entre o pessoal de enfermagem de uma caridade e bondade que conforta os pacientes em sua dor e os auxilie com suas orações na passagem desta vida para a eternidade”.



de servir, tem que ser alimentado pela fé e pela oração, senão ele se desfaz pela fadiga e pelas desilusões”.

O processo de **convencimento** da importância desse serviço foi apresentado de várias maneiras, sempre tendo como centro o veio religioso. Em alguns momentos, colocavam sobre as mãos das enfermeiras um peso e uma importância que longe de ajudá-las a avançar na sua condição de pessoa, as mantinha ainda mais presas ao **devotamento**. Adjudicavam ao seu **zelo** e **dedicação** as possibilidades de evitar as doenças e baixarem os níveis de mortalidade. Tal responsabilidade, ao tempo em que as amarrava à devoção aos outros e à profissão, as distanciava de si mesmas. Por outro lado, servia para desviar o foco das atenções dos verdadeiros problemas, ou seja, a falta de uma política séria de saúde, as condições de vida da população, entre outros, colocando essa qualidade de serviço como decorrente apenas da vontade de indivíduos.

Com certeza, essa é uma forma ideológica<sup>8</sup> de interpretação da realidade, baseada numa visão invertida da mesma, visando legitimar e manter a ordem social estabelecida. Nesse sentido, as ideias que orientam o exercício da enfermagem no Brasil são apresentadas como desligadas das suas condições materiais e não como algo que emana delas.

O objetivo é o mesmo, visa enredar a profissão numa trama cada vez mais convincente e absorvedora. Assim, além de ser mostrada pelo seu aspecto espiritual, onde apenas alguém possuidor de características **acima do normal** poderia desempenhá-la, no caso a enfermeira/ mulher que “[...] como um anjo de ternura e de bondade, esbatendo, com seu claro sorriso, as negras visões que assaltam sempre o espírito que jaz num leito de dor [...]”, (OLIVEIRA, 1956, p. 55) a coloca, também, como sendo um “destino” feminino.

Além de *anjos*, as enfermeiras precisavam ser, ao menos espiritualmente, mães e irmãs para pessoas desconhecidas, isso porque tanta **caridade**, **devotamento** e **renúncia** só seriam possíveis a religiosas, que haviam feito a opção para se doarem plenamente aos outros, ou por pessoas com um grande sentimento materno e fraterno. Assim, a profissão se institucionalizou,

---

8 Ideológica, aqui, entendida não no sentido de um estudo científico das ideias e sim, como Marx toma ideologia na sua obra *A ideologia alemã*, como equivalente a ilusão, falsa consciência e concepção idealista onde há a inversão da realidade. Para maiores informações, ver: Marx e Engels (1987). Ver também, Lowy (1985).

no Brasil, a partir da fundação da Escola Anna Nery, arrastando essa tradição de colocar a enfermeira como a **mãe**<sup>9</sup>, como aquela que **nutre e que cuida**. Na década de 1950, a profissão continuava sendo mostrada numa perspectiva abstrata e romântica, porém com um endereço certo:

[...] a mais bela que se abre aos destinos da mulher, fora do lar, porque é nela que melhor se expandem os sentimentos que, em sua personalidade, se aninham sob o maravilhoso instinto da maternidade, virtude de berço de toda mulher. (OLIVEIRA, 1956, p. 54)

Esse é outro argumento fortemente utilizado para convencer a mulher de que a sua missão é **servir, ajudar, colaborar, acompanhar**, entre outros. Primeiramente, como mostramos no primeiro capítulo, a ajuda devia voltar-se àquelas pessoas mais ligadas a ela, ou seja, da sua família, pois o seu espaço era apenas o **privado**. Com a necessidade de atuarem no espaço **público**, os limites foram estabelecidos: continuarem **servindo**. No Brasil, como dissemos anteriormente, a opção dos pais e, em consequência, também das filhas, era pelo magistério, por ser essa uma profissão mais valorizada socialmente e com um nível de exigência, no que se refere à dedicação e desprendimento, menor do que aquele feito pela enfermagem. Essa, além de exigir caridade, devotamento e renúncia, era colocada numa hierarquia de poder onde as enfermeiras tornavam-se dependentes dos médicos, legitimando assim as desigualdades de sexos, conforme veremos a seguir.

## O respeito à hierarquia

Como vimos, a origem da enfermagem acha-se vinculada ao ato de **cuidar** e não ao de **curar**. Isso significa que a primeira hierarquização a que a enfermagem se submeteu deu-se no plano maior da saúde, ao colocá-la como uma atividade auxiliar da medicina. Ao definir as áreas de competência de cada uma, colocou-se a medicina como a parte mais valorizada do serviço, a de **curar**, e a enfermagem como a mais trabalhosa e mais desvalorizada, a de **cuidar**. A ideia é que mesmo que elas, até certo ponto, caminhem juntas, são diferentes no fazer e na posição ocupada. Ao médico compete diagnosticar e curar, enquanto que à enfermeira resta prestar

9 A própria Anna Nery foi cognominada mãe dos brasileiros.

assistência, ajudar ao médico e ao necessitado, oferecendo-lhe serviço e carinho.

Na tentativa de aliviar a desvantagem apresentada, o argumento religioso ainda é a melhor saída. A **medicina cura**, mas é a enfermagem que “[...] em última instância, cabe obter de Deus, o favor de aliviar a dor dos seus semelhantes [...]”. (OLIVEIRA, 1956, p. 55) A enfermagem apresenta-se, mais uma vez, como uma ocupação de **anjos**<sup>10</sup> e não como uma atividade científica, exercida por pessoas com conhecimento e com poder de decisão.

Com isso, a enfermagem surge como dependente de um saber e identificada como uma atividade secundária que serve para auxiliar no trabalho de outros. A **subordinação** tornou-se mais visível a partir do século XVII, quando o trabalho com a saúde deixou de ser uma atividade apenas de religiosos e voluntários, sem nenhum preparo específico, visando dar apoio ao indivíduo na hora da morte, para ser uma atividade comprometida com a cura. Aí o médico tornou-se a figura central, desconhecendo-se o trabalho que vinha sendo desempenhado, há muito, pelas mulheres, como enfermeiras.

A profissão de enfermagem foi estruturada

[...] com base nos princípios que norteiam a divisão social, sexual e técnica do trabalho, delimitando as esferas de competência que tornaram a prática da enfermagem dependente e submissa ao médico, em todos os sentidos. (MEYER, 1991, p. 58)

A cura ficou como uma prerrogativa do médico e o cuidar como uma tarefa da enfermeira, subordinando-se a enfermagem à medicina e a mulher ao homem.

A destinação da mulher aos serviços de enfermagem, bem como a relação de subordinação em que a enfermagem foi colocada em relação à medicina estão relacionadas à forma ideológica como a sociedade tem visto os sexos. Como nos diz Simone de Beauvoir (1980, p. 9),

[...] o homem representa a um tempo o positivo e o neutro [...] enquanto que a mulher aparece como o negativo, de modo que toda determinação

---

10 O anjo é visto como uma entidade manifestadora, no sentido de fazer a mediação entre o ser sobrenatural e um terrestre. Assim, o seu papel é o de servo, daquele que serve, que ajuda, que cuida, que cumpre tarefas.

lhe é imputada como limitação, sem reciprocidade, posição que ela tem ocupado nas sociedades [...].

À mulher pouco valorizada, restrita ao espaço interno, destinada ao trabalho doméstico e sem remuneração, é acoplada a profissão da enfermagem, também vista como uma atividade sem valor social e sem atrativo econômico. Então, o que se pergunta é se a enfermagem é desvalorizada porque é exercida por mulheres ou se é exercida por mulheres porque é desvalorizada? Certamente a resposta seria positiva para ambas as alternativas.

Se na enfermagem religiosa as enfermeiras estavam sujeitas aos determinismos divinos, que a colocara como o ser apropriado ao **doar**, ao **servir**, ao **devotar-se**, na enfermagem moderna ela está **sujeita aos homens** e aos **superiores hierárquicos**.

A enfermagem moderna legitimou a destinação da mulher a esse serviço, através da posição explicitada por Florence. No seu livro *Notas sobre enfermagem*, apesar de dizer que o mesmo destinava-se ao grande público, na verdade seu alvo eram as mulheres:

[...] às mães de família, e portanto enfermeiras do lar, tendo ao seu cuidado crianças, velhos, doentes e incapazes; às professoras, que deviam ensinar as “leis da saúde” às meninas, por sua vez futuras mães, professoras e enfermeiras [...]. (NITGHINGALE, 1984, p. 4)

Ao longo do livro, refere-se às mulheres nos papéis de mães e educadoras, aconselhando-as acerca de como deviam prevenir as doenças, passando uma ideia preconceituosa sobre as mulheres, ao sinalizar suas inconseqüências quanto ao modo inadequado de vestirem-se, sua visão limitada do mundo, sua insegurança e sua maneira descuidada.<sup>11</sup> Como contraponto a isso, ela própria apresenta-se como **destemida, decidida, autoritária e inteligente**, ou seja, qualidades socialmente valorizadas e vistas como destinadas ao sexo masculino.

11 Sob a suposta intenção de discutir as conseqüências dos ruídos na saúde do paciente, ela, ironicamente, assim se referia ao vestuário feminino: “Creio alarmante, especialmente nesta época em que se fala tanto sobre o ‘valor da mulher’, [...] verifica-se que o vestuário torna-se cada vez menos indicado para qualquer missão, ou de tudo inúteis para qualquer auxílio”. E adianta falando “será muita sorte se suas saias não peguem fogo e se a enfermeira não se oferecer ao sacrifício de, juntamente com seu paciente, ser queimada em suas próprias anáguas”. Também quanto ao passo da mulher, ela explicitou sua censura: “[...] que terá acontecido com o leve pisar da mulher? O passo firme, ligeiro, que tanto desejamos?” (NIGHTINGALE, 1984, p. 55-56)

Com isso, ela própria inicia um processo de hierarquização no seio da profissão, em dois planos: **subordinando as enfermeiras aos médicos** e as **enfermeiras a elas próprias**. No primeiro aspecto, ela ensinava que a profissional da enfermagem devia saber executar com rigor as determinações médicas. Essa subordinação foi uma das preocupações iniciais de Florence, a qual fez questão de deixar claro para a sociedade que o seu empenho em elevar a enfermagem à categoria de profissão, desligando-a do preconceito de ser uma tarefa doméstica, em nada iria alterar a ordem social definida.

Assim, chegava a defender a “naturalidade” da subordinação da enfermeira ao médico, conforme indicou:

[...] ninguém pense, entretanto, que a obediência ao médico não é absolutamente necessária. Apenas nem o médico nem a enfermeira enfatizam suficientemente a obediência inteligente e de a mera obediência ser muito pouco [...]. (NITGHINGALE, 1984, p. 166)

Como podemos entender esse tipo de obediência definida pela autora como necessária e salutar? Será que há obediência com valores diferentes ou toda obediência é uma forma de controle e de dominação? Acreditamos que ela esteja dando à obediência um sentido de disciplinamento, capaz de fazer com que cada indivíduo cumpra a sua parte no processo de trabalho, porém, porque são as enfermeiras que devem ouvir as determinações dos médicos e não o contrário? Ou melhor, porque o processo não é dialético? Ambos trabalhando em parceria e numa relação horizontal? Acreditamos que por mais que ela quisesse mostrar o valor da “obediência inteligente”, contrapondo-a a “obediência como burrice e ignorância,” ela, na verdade, acentuou a subordinação/dominação da enfermagem frente à medicina e da enfermeira frente ao médico.

A “obediência inteligente” outra coisa não era senão uma tendência a **servir**. A enfermeira deveria ser independente apenas quanto a decidir por fechar uma janela, para melhorar as condições do ambiente para o paciente, cobri-lo quando o tempo esfriasse, enfim, naquilo que não demandasse decisões políticas, nem qualquer tipo de decisão importante. Como ela mesma escreveu:

[...] toda gente já ouviu falar em como essas obedientes enfermeiras deixam a janela aberta durante o nevoeiro pesado ou chuva, ou fecham quando o paciente está prestes a desmaiar [...]. (NITGHINGALE, 1984, p. 166)

Como se vê, também nisso ela desqualifica as enfermeiras, indicando a falta de inteligência das mesmas, sua irresponsabilidade, preguiça etc.

Essa forma de ver a enfermagem em relação à medicina determinou a maneira de relacionamento entre seus profissionais: **médicos e enfermeiras**. Relacionamento que se caracteriza pela **superioridade** dos primeiros em oposição à **aceitação, subserviência e obediência** das enfermeiras. A ideia é clara: “[...] a enfermeira é a principal colaboradora do médico [...]” (BOCKWINKEL, 1962, p. 489), desse modo, precisa informá-lo sobre as condições do paciente, e estar atenta para cumprir as prescrições dos mesmos.

Trabalhos atuais<sup>12</sup> demonstram que a relação dos médicos com as enfermeiras é impessoal, fria, distante e formal, principalmente se eles não estiverem sozinhos. Quase sempre se impõem, não aceitam sugestões e não permitem ter com as enfermeiras uma relação de igualdade. “Os médicos acham que a enfermeira é secretária ou mãe, qualquer coisa, menos uma profissional igual a eles [...]”. (LOYOLA, 1984, p. 53)

Demonstram, também, que as profissionais da enfermagem começam a tomar consciência que tais preconceitos, além de refletirem o fato da identificação da enfermagem como uma atividade feminina e do seu caráter religioso e caritativo, acha-se vinculado a outros elementos como: o fato da enfermagem ter sido, por muito tempo, um curso de **nível médio** e a falta de **organização política** da categoria, entre outros.

O ensino de enfermagem no Brasil surgiu à altura de curso de nível superior pelas exigências que fazia, destinando-se a quem portasse o diploma de Escola Normal ou afim, bem como pela qualidade do ensino ministrado. No ano de 1946, a Escola Anna Nery foi incorporada à Universidade do Brasil, tornando-se um curso superior. E, em 1948, um projeto de lei que objetivava colocar as Diretrizes e Bases da Educação Brasileira, incluía a enfermagem como um curso de nível superior. Porém, somente catorze anos depois (1962), ela tornou-se, de fato, de nível superior.

12 Entre eles, o de Loyola (1984).

O fato dela ter ficado, até a década de 1960, como um curso de nível médio, exigindo de suas candidatas apenas o Curso Ginásial, representava a ideologia do governo, o qual estava preocupado em aumentar o número das enfermeiras, e não a sua qualificação. Também, entre as próprias enfermeiras educadoras, a questão de investir na quantidade ou na qualidade era ambígua. A subcomissão de Diretoras de Escolas de Enfermagem, vinculada à Associação Brasileira de Enfermagem, em alguns momentos discutiu o

[...] baixo nível de conhecimento das candidatas aos Cursos de Enfermagem que, por essa razão, encontravam dificuldades em prosseguir os estudos normalmente, provocando elevado índice anual de reprovação [...]. (CARVALHO, 1976, p. 137)

Porém, principalmente as diretoras de escolas do Sul do país, advogavam a continuidade do mesmo nível de exigência, ginásial, por entenderem que era pequeno o número de mulheres que possuía o segundo grau, o que dificultaria ainda mais conseguir candidatas aos cursos. Outras, como a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia<sup>13</sup>, investiam na melhoria do nível de suas candidatas e de suas futuras profissionais.<sup>14</sup>

O nível de conhecimento das alunas dos cursos de enfermagem é relacionado com questões de **classe** e de **gênero**. No primeiro aspecto, estudos<sup>15</sup> demonstram que o nível socioeconômico das estudantes de enfermagem tem caído sensivelmente

“[...] a maioria dos alunos que fazem opção pelo Curso de Enfermagem é de classe social baixa [...]”. (MEYER, 1991, p. 56) Certamente esse é um fato, à medida em que a enfermagem vem sendo vista como uma profissão de pouco valor na escala social e, quase sempre, mal paga. A mesma só conseguiu uma posição melhor, tanto em um quanto no outro aspecto, na década de 1920, com a criação da Escola Anna Nery. Passado esse período, e com o declínio do incentivo dado à mesma pelo Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), ela voltou a ser vista

---

13 Apesar do governo ter permitido o ingresso nos cursos de enfermagem, de portadoras do Curso ginásial, até o ano de 1961, em 1957, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia passou a exigir o segundo grau, ou seja, as mesmas condições que eram exigidas pelos demais cursos superiores.

14 Discutiremos essa questão mais aprofundadamente no capítulo seguinte.

15 Entre eles vale salientar Loyola (1984) e Meyer (1991).

de forma preconceituosa pelos pais e pelas candidatas de classe economicamente privilegiada.

Além disso, o fato do cuidar do paciente ter estado muito mais nas mãos de profissionais de nível médio faz com que pouco se conheça do trabalho dos profissionais de nível superior, aqueles mais preparados. Esse fato e suas consequências foram analisados por Glete de Alcântara (1966), na década de 1960, ao mostrar que os pacientes de maior poder aquisitivo eram aqueles que menos conheciam os serviços das enfermeiras diplomadas, pois frequentavam instituições de saúde particulares, as quais quase não possuíam profissionais de nível superior, por serem as que pagavam piores salários.

Assim,

[...] a realidade apresenta-se como um impasse. Os serviços prestados pelas enfermeiras diplomadas nos hospitais particulares são, via de regra, desconhecidos e as famílias, não conhecendo outro tipo de profissional exercendo enfermagem a não ser aquele que as atende, opõem-se à matrícula de suas filhas nas escolas de enfermagem [...]. (ALCÂNTARA, 1966, p. 52)

Embora a autora afirme que a crescente **proletarização** da enfermagem e os baixos salários, na década de 1960, decorriam do nível econômico e social das profissionais, pela desinformação das camadas economicamente superiores que não permitiam que suas filhas seguissem a profissão, estudos demonstram<sup>16</sup> que a enfermagem, na atualidade, continua recebendo pessoas de camadas economicamente inferiores, com um nível cultural baixo e quase exclusivamente do sexo feminino.

Assim, a subordinação da enfermagem à medicina e da enfermeira ao médico decorre, entre outros motivos, do fato delas se acharem inferiores a esses, tanto a nível social quanto cultural. Porém, o fato se agrava por ser esta uma profissão eminentemente feminina. Sendo as mulheres, historicamente, educadas para serem passivas, submissas, discretas, a aceitarem a inferioridade e a subordinação, isso afeta fortemente a enfermagem por se exercida, majoritariamente, por mulheres. Desse modo,

---

16 Ver: Loyola (1984) e Meyer (1991).



[...] a enfermeira, esta que tem um papel relevante de atuação na sociedade, [...] em seu campo de trabalho muitas vezes não tem uma atuação de liderança, mas de subjugação, e não se impõe como profissional autônoma e liberal, anulando-se dessa forma [...]. (CARADINI; BARBIANI, 1983, p. 34)

A situação vivida pelas enfermeiras é mais difícil porque as mulheres incorporaram tais estereótipos pela longa experiência patriarcal que, sob a fachada de que as mesmas eram frágeis e precisavam de proteção, foram sendo destinadas ao espaço **interno** e às atividades de baixa qualificação e valor social. Desse modo, segundo depoimentos de enfermeiras,

[...] é difícil mudar essa situação. As enfermeiras já se acostumaram com o segundo lugar. A enfermeira é fraca, ainda não sentiu a sua força e como a maioria é mulher, já se tornou submissa há muito tempo [...]. (LOYOLA, 1984, p. 61)

A situação, para algumas, já é vista como uma fatalidade, como algo irreversível, diante do qual a melhor saída é exercer o conformismo e a aceitação.

Aliado a esses elementos, outro fato que vale a pena registrar, pois concorre para a dependência e submissão das profissionais da área, é a falta de **organização política** existente no seio da profissão. Parece contraditória essa afirmação, se partirmos do princípio que a categoria criou sua primeira **associação** ainda na década de 1920. A Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas surgiu após a diplomação da primeira turma da Escola Anna Nery<sup>17</sup>, seguindo uma orientação norte-americana que dizia ser necessário para o crescimento de uma profissão uma **associação** e uma **revista**. Esse entendimento era tão forte que antes mesmo da associação se tornar oficial, as alunas internas da Escola Anna Nery criaram uma associação interna que tinha como objetivos definir tarefas para as alunas, bem como princípios éticos a serem seguidos.

A associação criada em agosto de 1926, com o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, já não pretendia congregiar apenas ex-alunas da Escola Anna Nery e sim os profissionais da área, pois o seu

17 A primeira turma era constituída por treze alunas, e diplomou-se no dia 19 de junho de 1925. Cinco delas seguiram, com bolsas da Fundação Rockefeller, para completarem seus estudos na Escola de Enfermagem do Hospital Geral da Filadélfia.

objetivo era trabalhar em prol da população. Recebeu todo o apoio do DASP, filiou-se a organismos internacionais, como o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e da Federação Pan-Americana de Enfermeiros. Em 1944, passou a chamar-se Associação Brasileira de Enfermeiros Diplomados (ABED). Em 1952, tornou-se órgão de utilidade pública, através do Decreto Presidencial número 31.417, de 9/9/52, e no ano de 1954, passou a chamar-se Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

A atuação da ABEn e o valor do seu trabalho em favor da profissão são incontestáveis. Só para citar algumas realizações, vale lembrar: o levantamento feito, entre os anos de 1956 e 1958, sobre a situação da enfermagem no Brasil, o qual serviu de guia para inúmeras atuações, tanto por parte da categoria quanto do governo; criou também a *Revista Brasileira de Enfermagem*, chamada entre os anos de 1932 a 1954 de *Anais de Enfermagem*; promove, anualmente, os *Congressos Brasileiros de Enfermagem*<sup>18</sup> e a *Semana de Enfermagem*. Essa última foi criada no ano de 1940, visando, inicialmente, homenagear pessoas importantes na enfermagem e, paulatinamente, foi estendendo-se para a divulgação da profissão, tornando-se um espaço de reflexão da categoria e fomentador de reivindicações.

Voltamos, então, ao impasse que colocamos inicialmente. Como podemos falar de falta de **organização política** de uma categoria profissional com uma estrutura associativa tão forte e atuante? Certamente, o que está na base do problema não é a falta de órgãos associativos e sim a qualidade do trabalho desenvolvido por eles, ou melhor, o tipo de ideologia e de compromisso que eles perseguiram.

Nesse sentido, o que se pode comprovar é que, apesar do importante papel desempenhado pela ABEn na articulação dos profissionais, na divulgação de estudos que têm servido como material de análise e de formação para todos os profissionais, pela sua postura vigilante no que se refere às leis relacionadas ao ensino e à profissão como um todo, ela, ao longo de sua existência, tem servido para legitimar a ideologia do poder. Como indica Raimunda Germano (1984, p. 55),

[...] não é possível, por outro lado, obscurecer, ao longo de sua existência, seu apoio no sentido de legitimar as políticas de educação e de saúde

---

18 O primeiro Congresso Nacional de Enfermagem deu-se no ano de 1947, em São Paulo.

oriundas do Estado brasileiro, nem sempre condizentes com as necessidades básicas dos setores subalternos da população [...].

Além de servir para legitimar a ideologia burguesa, a ABEn, como vimos demonstrando ao longo desse capítulo, a partir da análise dos seus artigos, tem servido para reforçar a hierarquização da profissão, ao mostrar a relação de poder que existe entre médicos e enfermeiras e a posição secundária em que essas últimas devem se submeter.

Não bastasse isso, essa **hierarquização** se estende ao **seio da própria profissão**, como já havia feito Florence, dividindo os profissionais entre os que **mandam**, mesmo que obedecendo a determinações dos médicos, e os que **executam**. Entre os destinados ao cuidado direto com o paciente (ao trabalho manual, tido como de menos valor social) e os que se destinam à supervisão, administração e ensino (ao trabalho intelectual e mais valorizado).

Essa dicotomia, como já sinalizamos em passagem anterior, longe de servir para fortalecer os profissionais, torna-se um elemento alienante, na medida em que distancia o profissional do produto do seu próprio trabalho. Mais ainda, faz com que ele se desvie do centro dos problemas, colocando em seu lugar falsas questões. Nesse sentido, vale salientar a luta travada pela ABEn<sup>19</sup>, nas décadas de 1940 e de 1960, com os profissionais da enfermagem de nível de escolarização inferior, como os **auxiliares de enfermagem**, no sentido de não permitir que os mesmos utilizassem o nome de **enfermeiros**, entendendo que esse era um motivo da desqualificação dos enfermeiros diplomados e dos seus baixos salários.

Certamente, mesmo que eles estivessem usando um título indevido, não se encontrava aí o motivo da desvalorização dos profissionais. Será que não teria sido mais lógico buscar conhecer o motivo de forma contextualizada? Ou seja, será que a desvalorização não passava pela política econômica e de saúde colocada em prática no país? Será que o país queria, realmente, investir na saúde colocando a serviço da população profissionais altamente preparados, ou apenas colocar no mercado pessoas com um nível de consciência crítica inferior, capazes de ministrar as drogas que as

---

19 Segundo Anayde Correa de Carvalho (1976), o segundo mandato de Zaira Cintra Vidal, à frente da direção da ABEn, de 18/09/45 a 18/04/47, uma das lutas foi o “[...] reconhecimento da profissão para separação da carreira de enfermeira da de auxiliar de enfermagem”. O assunto toma fôlego em vários outros momentos, como entre os anos de 1963 a 1965, onde a Associação, outra vez, procura separar a carreira de enfermeira da de auxiliar de enfermagem.

multinacionais estivessem querendo vender naquele momento, sem questionamentos e com eficiência? Essas são questões básicas, e com certeza, bem mais significativas do que o uso ou não uso de um nome.

Essa é uma forma de desfocar o problema e de não resolvê-lo, ao contrário, de colocar outros problemas ou agudizar os já existentes. Basta ver que, apesar dos níveis dos profissionais da enfermagem estarem oficializados e regulamentados, a situação dos enfermeiros não melhorou. Continuam sendo vistos de forma preconceituosa, como uma profissão secundária, e percebendo baixos salários.<sup>20</sup>

Os profissionais da enfermagem não se fortaleceram com a **hierarquia** estabelecida entre eles, isso porque se dividiram de forma alienada e não por uma consciência política. Assim, ao invés de lutarem por ganhos políticos para a categoria como um todo e em benefício da qualidade da assistência de saúde no país, lutam entre si e consomem energias que poderiam ser aplicadas positivamente. Assim, as associações de classe se subdividem, e passam a ter uma atitude, quase sempre, **paternalista** para com os seus filiados, como aconteceu com a ABEn, durante a maior parte de sua existência.

Lutam, a cada momento, por questões isoladas, como: a reintegração do enfermeiro entre os profissionais liberais (luta desencadeada na década de 1940), pelas chefias dos serviços de saúde, conforme aconteceu no início da década de 1950, só para exemplificarmos. Não que isso não seja importante, mas entendemos que uma luta política de maior porte traria embutidos esses ganhos ao lado de outras conquistas de maior significado.

No plano interno, os profissionais se dividem em torno de questões que não fogem à orientação dada ao plano maior. As enfermeiras, imbuídas de uma atribuição que lhes foi confiada pelos médicos, pelos homens, acabam repetindo a mesma hierarquia de poder machista, na mediada em que os **representam**, em detrimento da sua categoria. Isso porque, além da ideologia machista que as enfermeiras, enquanto mulheres, absorveram ao longo do seu processo de socialização e de vida, as chefias são cargos de confiança, de modo que, aceitá-lo significa comungar com os ideais de

---

<sup>20</sup> Analisaremos essa questão, principalmente no que se refere aos avanços e recuos na profissão no quarto capítulo deste estudo.

quem a está escolhendo. O que implica em dizer que ela será **fiel** no cumprimento da missão confiada.

Como, quase sempre, os cargos de maior poder na sociedade cabem aos homens, no caso da área da saúde, aos médicos, ficam para as enfermeiras as chefias de menor poder de decisão como a organização dos serviços nos hospitais, a coordenação da equipe de enfermagem, a fiscalização dos serviços gerais, entre outras. Nesse papel, elas, outra vez, se submetem, à medida em que se tornam **porta-vozes** de médicos, mas, por outro lado, colocam outros enfermeiros sob a sua **tutela**.

Com isso, dois problemas se colocam: primeiro, mais uma vez, desfoam as atenções do centro da questão, ao se apresentarem como aquelas que detêm o poder quando, de fato, o poder continua nas mãos dos homens, pois são os médicos quem tomam as decisões importantes. Tal forma de autoengano pode ser percebida desde o momento da constituição da enfermagem como um fazer menos empiricista e intuitivo, quando Florence advogava que a direção das escolas de enfermagem devia ser uma atribuição das enfermeiras e não dos médicos. Com isso, ela não abalou a hierarquia de poder existente entre médicos e enfermeiras, pois justificava essa exigência pelas facilidades que a enfermeira tinha para lidar com as estudantes de enfermagem. Em último caso, as enfermeiras, na direção das escolas, apenas serviriam para fazer a mediação entre os médicos e as futuras profissionais da enfermagem.

Em segundo lugar, estudos demonstram que as mulheres em cargo de chefias quase sempre, são mais exigentes do que os homens, de modo que a relação entre as chefias de enfermagem e seus chefiados tem rendido às **chefas** adjetivos como: **ríspidas, mandonas, duras, frias, desumanas**, entre outros. Certamente, o fato se explica por algumas questões como: a situação de insegurança vivida por essas mulheres, exatamente porque, enquanto mulheres, foi-lhes ensinado que “pensam pouco”, “que nasceram para serem mandadas”, “que não são boas o suficiente”, ou pelo menos, que “não são tão competentes quanto os homens”, o que as fazem trabalhar mais do que os homens e exigirem mais do que eles, como uma forma de se afirmarem.

Assim, o que se pode entender é que o poder é **relacional**, e que mesmo tendo um elemento mais forte, o outro pode, sutilmente, exercer

o seu poder sobre esse segundo, ou exercê-lo sobre aqueles que ficam sob o seu mando. Conforme nos indica Maria Lúcia Rocha Coutinho (1994, p. 18),

[...] as mulheres brasileiras das classes mais abastadas, apesar de muitas vezes oprimidas por seus pais e/ou esposos, não deixaram de influenciar e oprimir aqueles que estavam sob seu domínio – o da casa –, como os escravos, agregados domésticos, estes últimos em sua maioria mulheres [...].

Esse mesmo tipo de constatação pode ser trazido para a relação hierárquia vivida no seio da enfermagem, onde, apesar das enfermeiras serem submetidas aos médicos, sutilmente, os influenciam e exercem o seu domínio sobre os outros profissionais da equipe de enfermagem, majoritariamente do sexo feminino.

## A norma a serviço da reprodução de gênero no seio da enfermagem<sup>21</sup>

Como vimos demonstrando ao longo do capítulo, o exercício da enfermagem esteve sempre vinculado a uma visão conservadora e metafísica do mundo, onde os papéis sociais achavam-se previamente definidos, de modo que a profissão tinha como destinação o ser feminino, por ser um trabalho pouco valorizado socialmente e que exige de quem o exerce forte convicção religiosa, respeito à hierarquia e disposição para servir, para obedecer e para se devotar.

Em contribuição à ideologia cristã que perpassa o exercício profissional da enfermagem, colocando a enfermeira como uma mensageira divina, os princípios morais que têm servido para orientar o comportamento dessas profissionais seguem a mesma tendência e legitimam essa prática. Desse modo, a enfermagem tem sido orientada por uma ética de inspiração **metafísica**, ou seja, **abstrata** e **espiritual**, sem vinculação com as condições materiais da sociedade. Enquanto isto, os atos praticados passam a ser avaliados como bons ou maus a depender da sua conformidade ou não com tais fins, perdendo-se de vista a dimensão do homem como um ser social e os seus atos como fazendo parte de um processo dialético.

---

21 Parte desse tópico foi publicada na *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Essa orientação foi fortemente explicitada na década de 1960, quando a categoria reunida no II Congresso Latino Americano de Enfermagem, realizado na cidade do Rio de Janeiro, em torno do tema “O sentido cristão de servir”, deixou patente que o enfermeiro devia pautar a sua vida no ato de servir, embalado pelo espírito cristão, pois a enfermagem devia continuar seguindo uma moral cristã, que tem em Deus sua inspiração e seu fim último.

Com esse propósito e essa condução, o ensino da ética tem caminhado passo a passo com o ensino da enfermagem, de modo que estudar o exercício da enfermagem no Brasil nos conduz a estudar a ética que orientou essa prática. Segundo nos mostra Raimunda Germano (1993), a ética faz parte do currículo do Curso de Enfermagem, desde o ano de 1923, ou seja, desde a criação da primeira escola de enfermagem no Brasil. Sua inclusão no currículo deu-se através do Decreto número 16.300/23, da Escola de Enfermagem do Departamento de Saúde Pública, com o nome de *Bases Históricas, Éticas e Sociais da Arte da Enfermagem*. No ano de 1949, através do Decreto número 27.426/49, que regulamentava o ensino da enfermagem nacional, a mesma ganhou o nome de *Ética e História da Enfermagem*, tornando-se disciplina obrigatória do curso. Em 1972, a Resolução número 04 do Conselho Federal de Educação manteve-a como disciplina obrigatória, porém, a mesma passou a chamar-se **Exercício da Enfermagem**, abrangendo a deontologia médica e a legislação profissional.

Além de ter sido um ensino constante nos cursos formais de enfermagem, o assunto foi tratado em sucessivos momentos, em congressos, semanas de enfermagem e veiculado através de artigos nas revistas da ABEn. O que demonstra o grande peso que foi dado a ele pela categoria. Nos interessa saber o porque de tal privilegiamento? Que papel esse ensino desempenhou na configuração da profissão? Enfim, a que ele serviu?

Partindo-se do princípio que os valores morais têm por fim regulamentar a conduta dos indivíduos na sociedade e, de forma extensiva, dos indivíduos enquanto fazendo parte de uma determinada categoria profissional, podemos facilmente deduzir que a ênfase dada pela enfermagem à transmissão e inculcação desses valores em seus membros visava criar uma certa homogeneização das atitudes que os mesmos deveriam ter enquanto seres humanos e enquanto profissionais.

Os objetivos de tal “sintonia”, na forma de ser de um grupo de pessoas, são muitos. Primeiro, ela serve para **qualificar** ou **desqualificar** as atitudes, selecionar os impulsos desejáveis, reforçar atitudes e desestimular outras, enfim, controlar os comportamentos e a forma de ser e de viver das pessoas. Diante de tais objetivos, explica-se a ênfase que a profissão deu ao ensino de ética e todas as investidas em torno dela, de modo a **gravá-las nos corações**.<sup>22</sup>

A pretensão é grande e significativa. Quem grava pressupõe fazer uma marca que perdura, que não se altera com a ação do tempo e que se mantém presente em todos os momentos. Sim, era isso que se queria do profissional da enfermagem: uma atitude moralista rígida e diuturna. Para isso, segundo entendiam alguns estudiosos<sup>23</sup>, a “natureza” já havia prestado o seu serviço ao munir os enfermeiros de qualidades morais inatas, que precisavam ser desenvolvidas, o que só seria possível através do estudo da *religião*. Sem ela, seria impossível desenvolver uma “boa formação do caráter”, uma vez que é ela “[...] que dá vida à existência de um ser e os alicerces de uma formação sólida”. (BOCKWINKEL, 1962, p. 490) Desse modo, as aulas de ética deviam ser complementadas pelas aulas de religião, os profissionais deviam participar frequentemente de encontros e conferências onde o tema fosse tratado, bem como ler muito sobre a ética profissional que outra coisa não era senão a moral cristã. Enfim, a voz da igreja se colocava como um “norte” para os profissionais e como a guardiã da profissão.

Com esse entendimento, na década de 1950, a categoria começou a pensar na codificação dos seus princípios morais. Na época, sob forte influência dos códigos de ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e do Comitê Internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais (CICIAMS). A preocupação com o tema fez com que o mesmo fosse tratado em nove Congressos e se tornasse tema oficial de três deles. O fato é que após quase uma década de estudos, no ano de 1958, foi aprovado o primeiro código de ética da enfermagem, a partir de um esboço elaborado por enfermeiras religiosas. O referido código enfatizava três pontos básicos: a **visão religiosa**, o **servir** como papel do enfermeiro e a **obediência** aos médicos e às autoridades constituídas. Com isso, o código seguiu

22 Sobre o assunto, ver Bockwinkel (1962, p. 489-495).

23 Ibid., p. 490.



uma tendência tautológica e legitimadora, na medida em que serviu apenas para sacramentar o que já vinha se dando na prática dos profissionais.

Logo na parte introdutória do código, ainda nos considerandos, o mesmo explicita a sua tendência religiosa ao afirmar a importância de uma **ética natural** como suporte para os profissionais da enfermagem. Alguns trechos do mesmo são elucidativos: “um código de ética baseado em princípios do direito natural será um valioso instrumento de orientação e apoio para os enfermeiros [...]”. (MUNARO, [19--], p. 38) Também, o Artigo Primeiro, ao determinar que: “[...] a responsabilidade fundamental do enfermeiro é servir a pessoa humana, zelando pela conservação da saúde [...]” (MUNARO, [19--], p. 38); bem como o Artigo Segundo, que complementa essa orientação ao afirmar: “O enfermeiro respeita a vida humana em todas as circunstâncias desde a concepção até a morte [...]” (MUNARO, [19--], p. 38), são demonstrativos da orientação cristã, de uma tendência metafísica dada ao primeiro código de ética da enfermagem.

O respeito à vida é o primeiro pressuposto de uma moral de orientação transcendental, na medida em que a mesma é vista como uma dádiva divina, e somente a Deus é permitido dispor-se dela. Quanto aos homens, competem protegê-la e preservá-la, como sendo uma missão a eles confiada por Deus.

O papel de “fiéis escudeiras” de Deus, na defesa da vida tinha pois subjacente a defesa da alma. Assim, o código determinava no seu Artigo quinto: “[...] o enfermeiro respeita as crenças religiosas e a liberdade de consciência de seus pacientes e vela, com a necessária prudência, para que não lhes falte assistência espiritual”. Fica evidente o compromisso moral da enfermagem com a salvação das almas, de tal modo que além de cuidar do corpo ela tinha a missão de cuidar do espírito dos pacientes.

Com isso, verifica-se que em plena década de 1950 a enfermagem continuava sendo muito mais uma “missão” do que uma profissão, cujo trabalho não se baseava apenas em princípios científicos e sim em preceitos dogmáticos ligados à fé. Com isso, o que se pode inferir é que a enfermagem moderna, mesmo trazendo as marcas de uma superação da enfermagem de cunho religioso caritativo, e apregoando um exercício baseado num saber específico e sistematicamente elaborado, não conseguiu romper, de fato, com a tradição. Assim, substituiu a marca **caritativa** pela

marca da **vocacionalidade**, ou seja, uma forma de chamado e de destinação, que em última análise significa a mesma coisa.

Florence acreditava que a enfermagem era uma **arte** e o seu exercício pressupunha dedicação e devotamento. Para tanto, mesmo tendo investido na formação sistemática da enfermeira, deu grande espaço para os ensinamentos morais, pois importava muito mais o **disciplinamento** dos profissionais a fim de que os mesmos pudessem desempenhar, com eficiência, suas atribuições.

A eficiência a que ela se referia, como dissemos em passagem anterior, consistia em tomar atitudes simples como arejar o ambiente ou aquecê-lo caso a situação exigisse; em oferecer aos pacientes outras opções alimentares e, principalmente, em cumprir as ordens médicas e dos superiores hierárquicos. Desse modo, justifica-se por outro ângulo, mais uma vez, a necessidade de uma ética **moralizadora** e não **histórica**, questionadora e crítica. Pois, no fundo, a preocupação era a de fortalecer a “vontade enfraquecida”<sup>24</sup>, fazendo com que os indivíduos abandonassem as influências consideradas indesejáveis, como, certamente, aquelas de não aceitarem as relações de poder estabelecidas.

O objetivo primeiro era formar o caráter, através da “formação da vontade; desenvolvimento de ideais dignos; aquisição de hábitos corretos, controle das emoções; aquisição da integridade moral”. (PAIXÃO, 1956, p. 228) Com isso, faz-se um contraponto a uma ideia básica de Florence Nightingale que afirmava ser um engano pensar que a enfermagem exigia apenas vontade e dedicação, ela necessitava de técnica e conhecimento. Em contraposição a uma possível tendência de achar que a técnica e o conhecimento eram suficientes, a ética da enfermagem vem mostrando que somente ela não satisfaz. Faz-se necessário, “[...] a simpatia humana e cristã que mais facilmente toca o paciente e lhe dá aquele indispensável conforto moral que tantas vezes lhe falta”. (PAIXÃO, 1956, p. 228)

Também, a tendência **legitimadora** está evidente no código de 1958, quando o mesmo se apresenta com a seguinte afirmação: “[...] o enfermeiro é o principal colaborador do médico [...] mas que conserva a responsabilidade de seus atos no exercício profissional”. (MUNARO, [19--], p. 38) Não existem dúvidas quanto ao lugar destinado aos profissionais da

<sup>24</sup> Ver Paixão (1956, p. 224-231).

enfermagem na equipe de saúde, nem questionamentos acerca do mesmo. Ao contrário, o próprio código se incube de legitimá-lo ao exigir do profissional seriedade, compromisso e responsabilidade no cumprimento das atribuições que lhes foram conferidas. Exigir dele que responda, moral e legalmente, por esses atos é o mesmo que colocá-lo diante de uma situação sem saída. Pois o não cumprimento dos mesmos é passível de punições que vão desde uma advertência verbal até a suspensão do exercício profissional.

Visando não deixar qualquer ponto obscuro quanto aos limites e abrangências do desempenho esperado do profissional, o Artigo Oitavo sentencia:

[...] o enfermeiro executa as prescrições médicas com inteligência e lealdade [...]. Somente em situação de extrema urgência, aplica tratamentos médicos sem prescrição, relatando-os ao médico responsável o mais breve possível. (MUNARO, [19--], p. 39)

A relação de **poder** está estabelecida. Claro que ela não se configura no fato do enfermeiro poder ou não **prescrever** medicamentos, esse é um limite que serve apenas para demarcar espaços profissionais e competências, tão valioso e corriqueiro no campo científico a partir da modernidade. O ponto crucial está na forma como esses limites são estabelecidos e como o seu cumprimento se dá. Como podemos inferir da letra do código, não existe uma demarcação de **saberes** entre enfermeiras e médicos, e sim a apresentação de um saber, como único, privativo dos médicos, e o cumprimento de **tarefas**, voltadas para a objetivação desse saber, destinadas às enfermeiras.

O que se pergunta é o seguinte: será que tantos anos de estudos<sup>25</sup> não eram suficientes para construir um saber, não necessariamente destinado à prescrição de medicamentos, mas um saber que não consistisse apenas em executar tarefas? Por que será que no final da década de 1950, as próprias profissionais não se questionavam sobre essa relação de poder? Ou, se questionavam, por que não os explicitavam ao invés de os legitimarem no seu código de deontologia?

Só se pode entender a atitude conservadora e legitimadora tomada pelos profissionais, naquele momento, como sendo um reflexo da

---

25 A formação do profissional da enfermagem se dá em quatro anos de estudos.

permanência de valores e tradições que a enfermagem continuava arrastando através dos tempos. Os quais, além de fortes pelos laços feitos no passado, amarrados na origem da profissão, tinham sua maior aliada no fato da profissão ser eminentemente feminina e as mulheres não só terem sido moldadas no passado, numa sociedade patriarcal, para serem o “segundo sexo”, como ainda continuarem recebendo essa mesma ideologia sexista.

Esses antecedentes são determinantes, pois os veremos presentes no exercício profissional da enfermagem de modo bastante igual até o final da década de 1970. Assim, mesmo que por volta dos anos 1970, alguns elementos como: o surgimento dos primeiros sindicatos da profissão, nos estados do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, sinalizarem para uma atitude de defesa da profissão, bem como de independência do profissional da enfermagem, acabam se conduzindo para a mesma postura conservadora. A atuação dos movimentos sindicais e da ABEn resumiu-se apenas à luta interna, entre os membros da categoria, mantendo-se subservientes às políticas de saúde governamentais.

Dentro desse contexto, o **Código de Deontologia de Enfermagem e Código de Infrações e Penalidade**, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)<sup>26</sup>, em 4 de outubro de 1975, mais uma vez é de orientação filosófica **metafísica**, colocando como principal tarefa dos profissionais da saúde, e entre eles os da enfermagem, “[...] preencher um vazio, aliviar uma dor, acender a esperança”. (MUNARO, [19--], p. 3) Como explica o preâmbulo do código de Deontologias, “[...] essa finalidade é, em suma, o bem. Mas o bem não é apenas a finalidade, é também a causa. Ele se encontra no princípio e no fim [...]”. (MUNARO, [19--], p. 3)

A moral continua impregnada de religiosidade, baseada em verdades reveladas, e as relações humanas se pautam pelos mesmos princípios. Os profissionais da enfermagem não orientam suas ações por normas surgidas da sua prática cotidiana, nem do seu envolvimento social. Do mesmo modo, sua ação não visa atingir o homem concreto, ver o paciente como um ser social, histórico e político, sua orientação continua sendo teórica e idealista.

O código que surge passa uma forte influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos e dos códigos de ética do Conselho

---

<sup>26</sup> Discutiremos a atuação desse órgão no último capítulo deste trabalho.

Internacional de Enfermeiras (CIE), bem como do Comitê Internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais (CICIAMS). Com essas bases, o seu Artigo oitavo, referente aos “deveres do enfermeiro”, no seu parágrafo primeiro, diz ser dever do enfermeiro: “[...] exercer sua atividade com zelo e probidade e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições da profissão [...]”. (MUNARO, [19--], p. 4)

A palavra de ordem continua sendo **obedecer**. Como fica explícito, a atitude de acatamento deveria estender-se desde as autoridades imediatas, como já vimos: médicos, enfermeiras chefes, diretoras, bem como às autoridades maiores como os governantes. Daí a tendência largamente seguida pelo órgão oficial da classe, a ABEn, durante a maior parte de sua existência, de acatamento das políticas governamentais e de saúde. Tudo leva a crer que essa atitude além de representar uma longa tradição na enfermagem, significava também procura de reconhecimento e de aceitação social.

Era preciso, como está explícito no trecho acima citado, “preservar a honra e a tradição da profissão”. Mas de que **honra** estavam falando? Certamente, do valor que a profissão havia ganhado durante a década de 1920, em decorrência de seguir um modelo norte-americano, ter como profissionais mulheres de valor social, mas principalmente, porque ela representou uma força para o poder constituído, pois lutava por questões de saúde que correspondiam aos interesses do momento.

Tendo em vista não perder a “honra” e a “tradição” o código em análise, colocava cada profissional como fiscal do outro e aqueles com cargos de chefia como responsáveis pelo comportamento dos seus subordinados. O Artigo décimo define essa relação: “cumprir os preceitos contidos neste Código e levar ao Conselho Regional de Enfermagem conhecimento de ato atentatório a qualquer de seus dispositivos”.

Além de servir para legitimar a posição secundária e dependente do profissional da enfermagem, o código reforçava que a enfermeira deve ser a guardiã, aquela que serve e que zela. Que guarda as chaves, que mantém em segurança as drogas perigosas, que cuida da segurança dos pacientes, entre outras atribuições congêneres. Os artigos 15 e 16 do referido código são elucidativos:

[...] o enfermeiro zela para que o prontuário do cliente permaneça fora do alcance de estranhos à equipe de saúde da instituição [...]. O enfermeiro mantém em segurança os entorpecentes e outras substâncias determinantes de dependência física ou psíquica [...]. (MUNARO, [19--], p. 6)

Além de servir para justificar e reforçar a **ideologia religiosa**, que coloca o fazer de enfermagem distante de um saber científico e mais aproximado de uma ação caritativa, bem como de legitimar a hierarquia existente no seio da profissão e fora dela, o Código de Ética “amarrava” totalmente a profissional. Não permitia que ela participasse de propaganda, que recebesse gratificações, que criticasse uma colega ou a instituição a que estivesse vinculada, que participasse ou promovesse abortos, entre outras **proibições**.

Não temos a pretensão, no momento, de entrar no **mérito** do que está sendo proibido e sim da forma como esses princípios eram erigidos e chegavam até as profissionais. Certamente, muitos deles têm por fim evitar atos verdadeiramente atentatórios à ética: contra a pessoa humana, a honestidade e a seriedade profissional. Porém, o que se aponta é para o fato dos mesmos serem elaborados tomando por base uma tradição ideológica que não representa mais o momento histórico nem a profissão. Por outro lado, são apresentados como fórmulas prontas, como imposições permeadas de ameaças e repressões, que longe de possibilitar a **conscientização** e o **crescimento** das profissionais, servem para **anular** as pessoas e não garantem que elas tenham comportamentos éticos. Como registrou uma professora de ética: “[...] na prática constatamos um comportamento desumano e muito pouco solidário por parte dos enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde [...]”. (GERMANO, 1993, p. 79)

No nosso entender, essa situação reflete que os profissionais não estão satisfeitos com os valores que devem seguir, principalmente porque eles não conseguem atingir o núcleo da ética. Elaborada a partir de um conteúdo teórico e abstrato, ela não está dando conta de orientar atitudes que se referem a questões concretas e reais, como as relacionadas à saúde. A ética da enfermagem continua restrita, voltada apenas para as relações entre **instituição** e **cliente**, deixando de lado as questões básicas, quais sejam: os questionamentos acerca da **submissão** que tem caracterizado historicamente a profissão; a pouca reflexão sobre sua situação de atividade **periférica** e de menor valor social; a relação que existe entre

essa submissão e a situação **feminina** na sociedade; e seu embasamento em parâmetros **universais** e abstratos.

Mudar esse quadro significa mudar as bases que têm alicerçado a construção da ética da profissão.<sup>27</sup>

É preciso romper com a ética imposta pelos interesses sócio-econômicos e usar as lições do passado apenas como meio de entendê-las, para reescrevê-las a partir dos seres humanos e para os seres humanos [...] removendo o seu centro da exterioridade – das imposições sociais – para a interioridade dos indivíduos, de onde os valores devem emergir [...]. (PASSOS, 1993a, p. 56-62)

Em síntese, a enfermagem precisa elaborar valores que se preocupem com a dignidade não da profissão e sim da pessoa humana. Tanto no que diz respeito ao cliente, a honestidade diante do cuidado que se deve ter com ele, bem como dos seus profissionais, como seres históricos e sociais e como tal dotados de desejos, emoções e sentimentos. E não como pessoas abstratas, que devem fazer da profissão sua única missão na vida, cuidar dos outros com devotamento a ponto de esquecer-se de si mesmas, submeter-se aos desejos de pessoas apenas porque estão, socialmente, em posição superior, obedecer cegamente as determinações, mesmo quando não concordem com elas.

Para isso, precisa elaborar uma ética reflexiva cujos valores não sejam baseados em princípios metafísicos que continuam vendo a enfermagem como um trabalho caritativo, de ajuda aos outros e baseado na devoção e no sacrifício, desse modo destinado ao sexo feminino. Esta ética deve buscar valores históricos e baseados nas condições materiais de existência das pessoas.

## O perfil de uma enfermeira

A partir dos parâmetros traçados pela ideologia que tem orientado o exercício da enfermagem, da relação de poder que permeia a profissão e das normas que regem a conduta dos seus membros, pode-se inferir o **perfil** que deve ter o seu profissional. Florence fala da “boa” enfermeira como uma pessoa com quem se **pode contar**, como alguém **digna de confiança**.

---

27 Analisaremos o código de 1993 em outro momento deste estudo.

A edição do seu livro *Notas sobre enfermagem*, de 1861, vem acrescida de um capítulo intitulado “O que significa ser enfermeira”, no qual ela sintetiza em que deve consistir uma “boa” enfermeira. Segundo ela, uma enfermeira precisava ser capaz de **ler na fisionomia** do paciente, no seu tom de voz, nas suas atitudes aquilo que ele estivesse sentindo. Caso contrário, ela estaria indo “[...] no caminho de absolutamente nada. Nunca será uma enfermeira [...]”. (NIGHTINGALE, 1984, p. 162) Para ser enfermeira precisava ter competência e preparo, de modo a ter condições de conhecer o ser humano. Isso porque

[...] o paciente não é meramente uma peça de mobiliário para ser conservado limpo e arrumado contra a parede, a salvo de danos e quebras apesar de dir-se-ia que sim, a julgar pelo que muitas enfermeiras fazem ou não [...]. (NIGHTINGALE, 1984, p. 162)

Vale considerar na fala da fundadora da enfermagem moderna dois aspectos significativos: uma tentativa de elevar a enfermagem de uma simples **execução** de tarefas para uma atividade **criativa** e profissionalmente exercida, e uma crítica acerca da atitude das enfermeiras naquele momento. No que se refere ao primeiro ponto, já fizemos ver em outros momentos o quanto ela denunciou a injustiça de se reduzir a enfermagem numa extensão dos trabalhos domésticos e à propalada ideia de que toda mulher era, naturalmente, enfermeira.

Contra a ideia de que a enfermagem se fazia sem preparo técnico e apenas por **devotamento** e **obediência**, ela argumentava que essas eram qualidades de porteiro e até de animais irracionais. A enfermeira precisava de bem mais, exigia-se dela **clareza**, **cuidado** e **perspicácia** a fim de não permanecer de forma alheia junto ao doente, pois assim ela não seria capaz de ajudar nem a ele, nem aos médicos. Tais qualidades, segundo ela, não poderiam ser ensinadas nem impostas; ou a enfermeira as trazia consigo, por **vocação**, ou não as teria jamais.

Partindo-se dessas considerações, somos levadas a acreditar que sua tentativa é a de romper com alguns preconceitos historicamente estabelecidos, entre eles, a de ver a enfermeira como uma **figura** passiva e apenas **cumpridora de ordens**. Abrindo-se um novo espaço para a profissão que poderia desembocar numa relação de parceria com os profissionais da área



da saúde, numa **relação horizontal** e não vertical. Porém, ela fecha o seu “receituário” acerca das qualidades de uma enfermeira ideal afirmando que além de “digna de confiança”, reservada e calada, uma enfermeira devia ser “[...] sóbria e honesta, religiosa e devotada, observadora minuciosa, fiel, rápida, uma pessoa de sentimentos delicados e recatados [...]”. (NIGHTINGALE, 1984, p. 168) Sem dúvida, as principais características de uma enfermeira não eram o **poder de decisão**, a postura **crítica** e **competitiva**, que podem ser identificadas com qualidades definidas socialmente como masculinas, e as mais valorizadas. Ao contrário, ela reforça qualidades sabidamente adjudicadas ao sexo feminino, servindo assim para manter a mulher/enfermeira na mesma posição social e legitimando as relações de poder entre os sexos.

O fato de ter chamado atenção para a necessidade da enfermeira ser observadora e atuante, servia apenas para comprometê-la mais ainda com o cumprimento de suas tarefas. De modo a não deixar faltar nada ao paciente, a atendê-lo prontamente, visando dar-lhe mais conforto e segurança. Do mesmo modo, a não falhar nas informações que deveria dar aos médicos. O que se esperava das enfermeiras era o mesmo que se esperava de toda mulher: **servir** com **resignação**, **devotar-se** como sendo sua obrigação, **ser fiel** como sua missão.

Esse tipo de perfil feminino delineado no século XIX, na Europa, expandiu-se por todo o mundo e foi legitimado por associações de classe e por organismos ligados ao poder constituído. Um *Manual de fundamentos da boa enfermagem*, visando auxiliar os empregadores na escolha de uma enfermeira, traçou o seguinte perfil da enfermeira a ser considerado na hora da sua seleção:

[...] equilíbrio emotivo, compreensão da importância de uma boa saúde, grande capacidade de trabalho, apreciação dos altos padrões do serviço, ponto de vista objetivo, capacidade de apreciar o seu trabalho em relação ao alheio, [...] atitude generosa [...]. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE HOSPITAIS, 1945, p. 8)

Além disso, chamava atenção para a responsabilidade que a enfermeira devia ter para com a instituição e para com os pacientes. No concernente à instituição, exigia-se dela uma postura ética diante das autoridades

institucionais, bem como dos funcionários, devendo a eles “lealdade e a mais completa cooperação”. O que pode ser lido como **acatamento, aceitação, subserviência, dedicação e desvelo**. Conforme vimos na relação hierárquica predominante entre os profissionais da enfermagem, principalmente, aqueles que ocupam cargos de chefia, para com os médicos e diretores de centros de saúde e dos demais profissionais da enfermagem para com as enfermeiras chefes.

Quanto ao doente, a ordem é a mesma:

[...] a enfermeira deve exercer as atividades e cumprir as ordens e instruções profissionais com meticoloso cuidado, com generosidade no trabalho e com fidelidade àquele a quem serve. Proibidade, compreensão, brandura e paciência devem caracterizar todos os atos da enfermeira. O senso de conveniência das coisas em geral é de importância particular [...]. [E recomenda:] [...] a evidência comprovada de falha considerável em qualquer dos pontos mencionados deve, porém, desclassificar a candidata para o cargo [...]. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE HOSPITALTAIS, 1945, p. 8)

Define-se, desse modo, o perfil do profissional da enfermagem, dentro dos mesmos princípios religiosos que historicamente vinham se dando. Mesmo que agora o argumento religioso não seja explicitamente colocado, o que se espera do profissional é o mesmo que a ideologia religiosa esperava. Essa orientação demonstra o quanto a tradição cristã é forte na enfermagem, pois em pleno final dos anos 1950, uma associação renomada continua definindo um perfil profissional que na essência em nada se alterou. Acreditamos que, no Brasil, sua aceitação seja pacífica se considerarmos que o manual citado foi traduzido sob os auspícios do poder constituído, o qual tem tido uma grande participação na formação das profissionais e constituído seu maior empregador.<sup>28</sup>

Os artigos publicados no principal órgão de divulgação da classe<sup>29</sup> são esclarecedores de como essa orientação se enraizou. Mesmo sem negar

---

28 Na década de 1920, a Escola Anna Nery tornou-se a escola padrão para todas as escolas de enfermagem do país, e ela, como sabemos, era uma escola da Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP).

29 Como já dissemos, o órgão oficial de divulgação da produção e da ideologia da categoria é a Revista da ABEn. Ela tem uma penetração muito grande, chegando aos profissionais nos estados mais longínquos e consistindo em material didático e de reflexão para os mesmos e seus alunos.

a necessidade das enfermeiras terem conhecimento teórico sobre a profissão, a ênfase recai sobre as suas qualidades morais. Precisam ser: “[...] pontuais e exatas, honradas e honestas, verídicas e respeitáveis, silenciosas e metódicas, asseadas, pacientes e constantes, suaves e sociáveis”. (OLIVEIRA, W., 1956, p. 56) Outro artigo assim descreve o **perfil da enfermeira**:

[...] o enfermeiro deve possuir um trato discreto e modesto, sensível e fino e que saiba adivinhar os sofrimentos e os desejos do doente, o que se deve e o que não se deve dizer [...] deve estar sempre pronto a ajudar [...]. (BOCKWINKEL, 1962, p. 491)

Poderíamos continuar reproduzindo trechos de artigos que reafirmam esse mesmo perfil traduzido pelo Papa Pio XII nas seguintes qualidades: **calmo, previdente, cuidadoso, pontual e completo**. Ou seja, a enfermeira devia “[...] conservar-se calma diante da queixa ou das perguntas desarrasoadas do doente [...]” (BOCKWINKEL, 1962, p. 491), devia “prever e preparar em tempo todo o necessário” (BOCKWINKEL, 1962, p. 491), precisa “nada esquecer”, “ser fiel ao horário prescrito”, “ser exato nas doses a ministrar; observador vigilante”. Contudo, acreditamos que esses sejam suficientes para traduzir como a sociedade vê a profissional da enfermagem e o que continua esperando dela.

Sim, acreditamos que continua esperando.<sup>30</sup> Primeiro porque não se desfazem valores e princípios de um momento para o outro; segundo porque, apesar do grande esforço que a categoria vem fazendo, a partir da década de 1980, para superar tais conceitos, verifica-se que os **símbolos**<sup>31</sup> cultuados na enfermagem continuam sendo de caráter religioso e servem para mostrar que a dedicação, o desvelo, o sofrimento, a aceitação etc., são formas de engrandecimento e de honra.

Assim, figuras como Florence Nightingale, Clara Barton e Ana Néri, são tidas como modelos de enfermeiras pela “vocação” para servir. Todas, do seu modo, são engrandecidas pelo que chamam de desprendimento,

---

30 Discutiremos melhor a questão no IV capítulo deste estudo.

31 A enfermagem está cheia de simbolismos religiosos. A **cruz** de brilhante, dada pela Rainha Vitória a Florence, quando a mesma voltou da guerra da Criméia, tinha ao centro uma cruz de rubi, representando o sangue que Cristo derramou na cruz. Essa representação devia servir como inspiradora da missão da enfermagem. Do mesmo modo, a **lâmpada** tem servido para representar a preocupação da enfermagem em confortar as pessoas doentes e sofredoras.

coragem e heroísmo, ao terem se jogado em guerras não por **dever** ou por **honra**, como vão os homens, e sim por **abnegação** e por **bondade**. Adjetivos que são vistos como virtudes, só encontradas na mulher, em especial na mulher enfermeira, verdadeiro “anjo na paz e na guerra”.<sup>32</sup> Somente ela seria capaz de tais “heroísmos”, porque aí se somam sua “vocação” materna capaz de ajudar aos orfãos, doentes e indigentes.

Desse modo, a ideologia que perpassa a enfermagem, o poder estabelecido no seu seio, as normas que regem a profissão, traçam um perfil da enfermeira que ultrapassa ao de um ser humano. Somente um ser acima dos mortais seria capaz de tanta abnegação, humildade, calma, vigilância, previdência e aceitação. Como essas são qualidades atribuídas ao sexo feminino, o exercício da enfermagem a que ela se destinava ao mesmo tempo servia para reforçar as desigualdades entre os sexos e reproduzir as relações de poder na sociedade, onde a **renúncia** feminina vira heroísmo, a **obediência** torna-se lealdade e o **sacrifício** é visto como virtude. Nesse contexto, o trabalho da enfermeira, como trabalho de mulher, incorpora as discriminações e preconceitos que a mulher está sujeita na sociedade e outra coisa não pode ser senão “[...] complementariedade aos esforços dos homens [...]”. (DOURADO, 1984, p. 84)

---

32 Expressão do Dr. Waldemar de Oliveira (1956, p. 56).