

# ENFERMAGEM: DESIGUALDADES DE RAÇA E CLASSE

**Bárbara Ferrari Brandi<sup>1</sup>**

**RESUMO:** Este texto tem como objetivo analisar a origem da divisão técnica do trabalho de enfermagem no Brasil e seus elos com a estruturação de uma hierarquia interna a esses coletivos profissionais. A enfermagem segue um modelo de divisão interna do trabalho no qual à enfermeira cabem os trabalhos de maior complexidade técnica, bem como as atividades de ensino e de chefia; já às técnicas e auxiliares de enfermagem fica reservada a execução dos trabalhos braçais e dos “trabalhos sujos”. A essa divisão interna do trabalho corresponde, no Brasil, uma clivagem de classe e raça. Por isso mesmo, no texto se procura documentar como foi construída a hierarquia interna atualmente existente no campo da enfermagem, sustentada na exclusão de mulheres pretas e/ou pobres dos cargos de maiores salários e de comando. Para tal, é retomada a trajetória histórica de constituição do campo, de maneira a sublinhar os fatos mais marcantes para o estabelecimento dessa divisão técnica e hierárquica do trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** desigualdade; trabalho; hierarquias; enfermagem.

## Enfermagem e suas hierarquias

A enfermagem no Brasil está organizada numa divisão técnica do trabalho, que cria também uma hierarquia socioprofissional. Nela, os trabalhos de ensino e gestão ficam a cargo das enfermeiras, enquanto o trabalho de maior contato corpo-a-corpo, de higienização e os procedimentos ditos “simples” são realizados por trabalhadoras menos qualificadas, que se representam, entre nós, na figura da técnica de enfermagem. Tal hierarquia reflete as desigualdades que marcam as relações de classe e raça no país. Flagrar o processo pelo qual ela foi sendo construída, originalmente inspirada no modelo criado por Florence Nightingale, aristocrata britânica, é o objetivo deste texto. Pretende-se mostrar como foi sendo historicamente construído o perfil desse campo e como, no seio da ampla maioria de mulheres que atuam na profissão, foram sendo reproduzidos os padrões sociais de desigualdades nas relações de classe e raça que marcam a sociedade brasileira como um todo. Para isso, farei uma revisão de processos históricos importantes, por meio dos quais essa hierar-

---

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de São Paulo, bolsista do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Participa da Rede CuiDDE – Cuidado, Direitos e Desigualdades e integra, como estudante associada, o projeto comparativo internacional FAPESP-Trans-Atlantic Platform *Who cares? Rebuilding care in the post-pandemic world* (Proc. 2021/07888-3).

quização foi se consolidando, de modo a excluir as mulheres negras dos cargos com maiores salários e das funções de chefia, retendo-as nos trabalhos braçais e considerados menos qualificados.

Para entender a história da enfermagem moderna no Brasil, há que retomar os primórdios da constituição dessa divisão técnica do trabalho, tal como idealizada inicialmente na Inglaterra por Florence Nightingale. Durante a Guerra da Criméia, essa aristocrata recebeu o convite de seu amigo Sir Sidney Herbert, então Ministro da Guerra, para chefiar e organizar os cuidados de enfermagem. Florence conseguiu diminuir notavelmente as mortes entre feridos nos campos de batalha, fazendo-as cair de 40% para 2%. Ao fim da guerra, e de volta para a Inglaterra, passou a ser tida como heroína nacional, tendo sido designada para compor a Comissão Real que averiguava a desordem nos hospitais militares. Segundo Oguisso<sup>2</sup>, o treinamento para a atividade de cuidar de feridos e doentes já existia, mas foi Florence, com sua autoridade e influência, que conseguiu “dar à enfermagem os poderosos fundamentos, os princípios técnicos e educacionais e a elevada ética que impulsionam a profissão e criaram oportunidades impensáveis anteriormente.”<sup>3</sup>

Florence Nightingale criou a primeira instituição de ensino para formar enfermeiras. Era uma instituição concebida para dar às mulheres de classes sociais altas a chance de aprender os trabalhos de chefia e de gestão. As atividades das *ladies-nurses*, mulheres saídas da própria aristocracia, compreendiam as tarefas de ensino, chefia, administração e supervisão dos serviços de enfermagem. Entretanto, era necessário que alguém cuidasse do trabalho braçal e do corpo-a-corpo nos cotidianos da atenção aos enfermos. Nightingale recruta para tal as *nurses*, mulheres oriundas de classes mais baixas, que passaram a ser financiadas pela própria instituição. Suas atividades se centravam nas tarefas tidas como semelhantes aos “afazeres domésticos” necessários para a manutenção e organização do espaço de trabalho, bem como no cuidado e limpeza dos(as) pacientes. Dessa forma, o trabalho de enfermagem já nasce dividido e hierarquizado: as *ladies-nurses*, mulheres de classes mais altas e aristocratas, comandavam o trabalho que era realizado pelas *nurses*, mulheres de classes sociais baixas.

O modelo criado por Nightingale foi rapidamente adotado em quase toda a Europa, na esteira dos diversos conflitos na região, que demandavam cuidado especializado e organizado dos feridos e enfermos.<sup>4</sup> Pouco a pouco, os próprios governos, conjuntamente com a Cruz Vermelha, fundaram escolas de enfermagem, que seguiam o modelo nightingaliano. Logo as estadunidenses também adotaram o modelo inglês e dele partiram para instituir em seu país o ensino e a organização do trabalho de enfermagem. As norte-americanas,

---

2 OGUISSO, T. *Trajatória histórica da enfermagem*. Barueri: Manole; Academia Brasileira de História da Enfermagem, 2005.

3 Idem. *Ibidem*. p. 65.

4 Idem. *Ibidem*.

por sua vez, tiveram papel ativo na difusão dessa reforma por países como o Canadá, a Nova Zelândia e até mesmo o Brasil.

Ao que parece, a concepção disseminada a partir da experiência exitosa de Nightingale foi decisiva para a separação e hierarquização, não apenas interna, mas entre a enfermagem e as outras atividades de cuidado. A aristocrata consegue articular tal reforma dado o seu poder e influência da época. Um poder e influência que se irradia, de modo irresistível, a partir de uma das maiores potências colonizadoras mundiais. Assim, a concepção posta em prática por Florence não apenas realiza uma divisão interna entre as *ladies-nurses* e as *nurses*, mas contribui a hierarquizar as distintas ocupações do cuidado. Seu modelo assenta as bases para a construção de um ideal profissional que reivindica para a enfermagem a exclusiva legitimidade sobre a responsabilidade do cuidar. Se são os médicos que detêm o privilégio profissional de curar, são as enfermeiras as responsáveis por cuidar. Não à toa, até hoje vemos as disputas entre as cuidadoras e as profissionais de enfermagem, que não cedem essa legitimidade do cuidado, impactando negativamente no reconhecimento social e legal das cuidadoras de idosos, de crianças e de pessoas com deficiências. Guimarães<sup>5</sup> ao tratar a grande (e muito desigual) disputa entre as cuidadoras e as profissionais de enfermagem, sublinha como as cuidadoras enfrentaram a forte resistência das associações e conselhos da enfermagem quando pleitearam e conseguiram fazer valer, no Congresso Nacional, o seu projeto de regulamentação profissional, que acabou vetado pelo Presidente da República, em 2019. Antes do veto, entretanto, a reação dos órgãos de representação profissional da enfermagem havia sido intensa, temerosos de ceder a legitimidade que haviam conquistado no que concerne a serem as profissionais por excelência do cuidado:

Não sem razão, no caso brasileiro, a luta pela regulamentação profissional e controle sobre as condições do exercício do seu trabalho, encetada pelas cuidadoras, encontrou forte resistência nas associações e conselhos que representam o campo da enfermagem. Afinal, esse campo ganhou legitimidade frente aos médicos pois estabeleceu para si o nicho profissional “das que cuidam”, à diferença dos médicos, “que curam”. Como aceitar, portanto, profissionais “que cuidam” e ao mesmo tempo estão fora do campo da enfermagem?<sup>6</sup>

Assim, o ideário estabelecido por Nightingale contribuiu, inclusive entre nós, para que a categoria ganhasse a legitimidade que adquiriu. Entretanto, concretizá-la foi fruto igualmente do processo de profissionalização e de organização profissional da enfermagem entre nós. No bojo desse processo, foi produzida não apenas uma hierarquia com respeito a outras categorias profes-

5 GUIMARÃES, N. A emergência do cuidado: nomear, reconhecer, obscurecer. In: [...]. São Paulo: Ateliê, 2020  
6 Idem. Ibidem. p. 81.

sionais, mas forjaram-se as diferenças internas à categoria. Veremos, na seção seguinte, como nesse processo tal hierarquia passou também a espelhar e reproduzir as relações de classe e raça existentes no nosso país.

## A institucionalização do campo da enfermagem e a formação das suas hierarquias no Brasil

Em 1923, foi criada a nossa primeira Escola de Enfermagem, localizada no Hospital São Francisco de Assis — denominada posteriormente Escola Ana Nery. A Escola de Enfermagem foi resultado das iniciativas federais em sanear o país. Ao tentar organizar os serviços de Saúde, percebeu-se a necessidade de institucionalizar também o trabalho de enfermagem e a formação para ele. Dr. Carlos Chagas assinou, em 1921, o contrato com a International Health Bureau para o desenvolvimento da enfermagem moderna no país. O convênio começou em julho do mesmo ano, com a nomeação da enfermeira americana Ethel Parsons, responsável por organizar os serviços. Parsons selecionou e trouxe consigo outras enfermeiras americanas para chefiar e vistoriar a formação dos primeiros anos da Escola.

Na Escola de Enfermagem, o curso tinha duração de dois anos e quatro meses, incluindo a prática em regime de internato. Seu currículo seguia o modelo americano, que, por sua vez, se baseava no modelo nightiniano. O material didático também provinha dos Estados Unidos e era traduzido para o português. Moreira<sup>7</sup> destaca que nos primeiros anos da Escola, as enfermeiras americanas se concentraram em construir uma imagem positiva da profissão e das profissionais de enfermagem no país. Essa imagem tinha como finalidade consolidar o campo da enfermagem, de modo a atrair tanto o público, quanto o investimento político.

O esforço para criar uma boa imagem das enfermeiras era tão intenso que, em 1925, a disciplina de Psicologia foi integrada ao currículo do curso. Segundo Moreira, essa inclusão visava promover o autocontrole, algo que não poderia ser negligenciado em um internato feminino, especialmente considerando os padrões e estereótipos de gênero. Os folhetos de divulgação do novo curso enfatizavam a enfermagem como uma profissão essencialmente feminina, destacando a necessidade de um apelo às mulheres brasileiras e apresentando a enfermagem como uma forma de emancipação honrosa. Além disso, a Escola Ana Nery, para moldar a imagem da “boa enfermeira”, exigia que as alunas permanecessem em regime de internato durante o curso. Um dos critérios de seleção impunha que as candidatas apresentassem uma carta com referências sobre suas boas “qualidades morais”.

---

7 MOREIRA, M. **Os profissionais de enfermagem e seus emblemas**: identidades e distinções na construção de uma cultura profissional. 1996. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

As alunas eram recrutadas na sociedade do Rio de Janeiro, para o que colaboravam os professores da escola e as damas da sociedade de mentalidade progressista. Mas também eram aceitas todas aquelas que pudessem se enquadrar no conceito de “moças de boa família”, ou seja, solteiras, de boa aparência (o que incluía a ausência de estigmas raciais), instruídas, de modos educados e capazes de obter cartas de recomendação de homens bem colocados na hierarquia social (profissionais liberais, religiosos, comerciantes, funcionários públicos graduados).<sup>8</sup>

O nome da instituição - Escola Ana Nery - também reflete a imagem que as americanas queriam construir para a enfermagem no país. A imagem de mulher boa, devota e que abdicou de si para cuidar dos outros. Ana Nery ficou conhecida como a primeira enfermeira brasileira, por sua atuação na Guerra do Paraguai. Em 1864, seus três filhos e dois irmãos foram para o conflito. Ana Nery pediu ao governo baiano autorização para que pudesse acompanhar seus filhos e irmãos como enfermeira. Assim, atuou em diversas cidades e nos campos de batalha, organizando o serviço de enfermagem e cuidando dos feridos nos conflitos. A enfermeira ganhou uma série de homenagens em todo o país, como a Medalha Geral de Campanha e a Medalha Humanitária de Primeira Classe. Além disso, Getúlio Vargas instituiu o “Dia do Enfermeiro” (12 de maio) em sua homenagem e foi, em 2009, a primeira mulher a entrar no Livro dos Heróis e das Heroínas da Pátria. A história de devoção e amor de Ana Nery serviu perfeitamente para a construção de uma imagem positiva para a enfermagem moderna no país.

Nos documentos analisados por Moreira<sup>9</sup>, fica evidenciada a preferência da escola por mulheres de classes sociais mais altas, seguindo a inspiração britânica. A escola exigia um diploma da Escola Normal, ao qual apenas as mulheres ricas tinham acesso naquela época. Dessa forma, existia uma espécie de filtro de classe que vedava às mulheres mais pobres o acesso ao curso de enfermagem – tal qual fora feito por Nightingale. Além disso, as estadunidenses trazidas para chefiar a Escola de Enfermagem não permitiam a entrada de mulheres negras. Elas buscavam construir a imagem do que entendiam deveria ser a “enfermeira-padrão”: mulher branca, religiosa e devota ao trabalho do cuidado. Tal imagem se coadunava com os preconceitos que marcavam a época no que respeita às atitudes e habilidades dos homens e mulheres negros(as) recém libertos(as) da escravidão. Segundo Campos,<sup>10</sup> eles(as) eram vistos(as) como promíscuos(as) e fonte de contágio. Mais ainda, esse entendimento retirava o lugar antes ocupado por curandeiros, barbeiros, amas de leite, mães pretas, parteiras que, ao longo de décadas, eram os que cuidavam da saúde da população brasileira. Campos destaca:

---

8 Barreira, Leda et al. 2015 ,p.237

9 Op. cit.

10 CAMPOS, P. As enfermeiras da Legião Negra: representações da enfermagem na revolução constitucionista de 1932. **Faces de Eva. Estudos sobre a Mulher**, Lisboa, n. 33, p. 53-65, 2015.

A imagem da “enfermeira padrão” cristalizou a identidade profissional via elitização e branqueamento da enfermagem, na recusa das bases deixadas por homens e mulheres negros – enfermeiros pré-profissionais, cuidadores, curandeiros, cirurgiões, barbeiros, amas-de-leite, mães pretas, parteiras – cujas experiências foram vitais para a manutenção da saúde durante o Brasil Colônia (1500-1822) e Brasil Império (1822-1889), imagens e memórias diametralmente opostas da representação forjada para sua principal personagem, as quais a antropologia médica e a cultura dos cuidados permitem reconhecer.<sup>11</sup>

Apesar da proibição das mulheres negras no curso de enfermagem então instaurado no Brasil, havia a necessidade de encontrar pessoas que realizassem os trabalhos braçais e os “trabalhos sujos”, lidando com os excrementos, higienizando os pacientes e lidando com os corpos mortos. Assim, as mulheres negras foram sendo incorporadas para esses trabalhos, na condição de técnicas e auxiliares de enfermagem.<sup>12</sup> Às mulheres brancas, formadas pela Escola, cabia chefiar as mulheres negras e empobrecidas, responsáveis pelos trabalhos braçais.

Ethel Parsons utilizou sua influência política e foi uma peça-chave para a aprovação do Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, que regulava o ensino de enfermagem. Esse decreto descreve a enfermagem como “uma das mais nobres profissões às quais possa aspirar a atividade humana”<sup>13</sup>. Além disso, confere à Escola Ana Nery o status de padrão oficial nacional, de modo que todas as escolas que visassem ao funcionamento no país deveriam passar por inspeções oficiais para averiguar se cumpriam o padrão da Escola Ana Nery. Essa soberania da Escola se manteve até a promulgação da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, que estipulou que as profissionais de enfermagem só teriam direito de exercer a profissão se tivessem os títulos registrados e validados pelo Departamento Nacional de Saúde, deixando a Escola Ana Nery de ser a fonte de verificação da qualidade dos demais estabelecimentos.

A proliferação de outras escolas de enfermagem que correspondiam ao modelo da Escola Ana Nery foi uma tentativa de formar profissionais que ocupassem o lugar das religiosas leigas nos hospitais. Assim, registram-se iniciativas no sentido de desenvolver o conhecimento técnico e científico nos cuidados de enfermagem, como os primeiros estudos impulsionados pelo Serviço Especial de Saúde Pública com base no *Manual of Fundamentals of Good Hospital Nursing*<sup>14</sup>. Lisnéia Bock et al.<sup>15</sup> argumentam também que, como reflexo do modelo norte-americano, a enfermagem começou a se organizar a partir

11 Idem. Ibidem. p. 54.

12 LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. *Revista da ABET*, v. 17, n. 1, p. 28-46, jan.-jun. 2018.

13 BRASIL. Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. Câmara dos Deputados, Rio de Janeiro, 1931.

14 BOCK, L. et al. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea (1930-1960). In: [...]. São Caetano do Sul: Difusão, 2015.

15 Idem. Ibidem.

dos princípios da pesquisa e ensino. Por volta de 1950, haviam aumentado exponencialmente as escolas de graduação de enfermagem e já se iniciavam os cursos de pós-graduação. Entre 1957 e 1958, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), associação criada em 1926 pelas primeiras enfermeiras formadas na Escola Ana Nery, elaborou um importante levantamento do serviço de enfermagem no país, por meio do qual se constatou que só existiam 3,6 mil enfermeiros registrados e que apenas 38% dos hospitais tinham serviços de enfermagem organizados e qualificados.

Com a Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, que estipulou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o curso de enfermagem sofreu profundas mudanças, passando a ser um curso universitário, estruturado segundo um currículo mínimo comum. O Parecer nº 271 de 19 de outubro de 1962 fixou essa grade curricular mínima e comum aos cursos de formação de enfermeiras. Muitas das escolas que ofereciam cursos de enfermagem até aquele momento foram incapazes de se adaptar às novas exigências do MEC e se converteram em escolas para formação de auxiliares de enfermagem. Em 1968, com a Reforma Universitária (Lei nº 5.540), a ABEn, as escolas de enfermagem, seus discentes e docentes, passaram a se movimentar com vistas a uma revisão do currículo à luz de novas sugestões. As discussões resultaram em um novo currículo estabelecido em 1972, cujas disciplinas ancoravam especialidades como Enfermagem Obstétrica, Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Médico-cirúrgica. Os cursos superiores tinham duração de 3 anos e as escolas podiam oferecer habilitações de mais um ano. Entre as décadas de 1970 e 1980, grupos de docentes reivindicaram a abertura de cursos de doutorado. Em 1981, foi criado o primeiro programa de doutorado em enfermagem, o Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

A década de 1980 representou o início de uma nova e profícua discussão sobre o sistema de saúde brasileiro. Com a saída dos militares do poder e a grande crise econômica que o país atravessava, o setor de saúde passou a discutir intensamente o modelo previdenciário, a participação popular, a cidadania, a extensão de cobertura, a regionalização e uma nova forma de organizar a Saúde no país. No bojo desse processo, em 1986, promulga-se a Lei nº 7.498/86 pela qual se regulamenta o exercício da profissão de enfermagem no Brasil. Dois anos depois, com a Constituição de 1988, conhecida como a “constituição cidadã”, institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para garantir a saúde como um direito de todos os brasileiros. Como resultado, os serviços de saúde foram sendo ajustados no curso da década de 1990. Exemplos desses ajustes foram o Programa Saúde da Família<sup>16</sup>, de 1994, a Política Nacional de Transplante de Órgãos e Tecidos (que tem como diretrizes a gratuidade da doação e uma rede assistencial), a Reforma Psiquiátrica nos anos 1990, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de 2003, o Programa Nacional

16 Em 1997, o programa mudou de nome para Estratégia de Saúde da Família.

DST/Aids e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS). O setor de serviços de saúde sofreu, assim, uma rápida expansão entre as décadas de 1980 e 2002. Expansão associada, principalmente, às novas políticas de saúde implementadas pelo SUS. Como resultado, o número de empregos só no setor público aumentou de 266 mil trabalhadores para 1,19 milhões (Maliska, Isabel *et al.* 2015).

A Lei nº 7.498/86 de 25 junho de 1986, citada acima, segue sendo o instrumento que rege até os dias de hoje o trabalho de enfermagem no país. Ela estipula que as enfermeiras devem possuir Ensino Superior completo em Enfermagem (curso com duração de aproximadamente cinco anos), que as técnicas em enfermagem devem ter curso técnico (com duração média de dois anos), enquanto das auxiliares de enfermagem se requer apenas um curso de ainda menor duração (em média, 15 meses) ministrado em escolas profissionalizantes, centros de formação ou mesmo em alguns hospitais. No que concerne às enfermeiras, entre as suas principais tarefas estão: direção e chefia da unidade de enfermagem, organização e direção dos técnicos e auxiliares de enfermagem, cuidados aos pacientes de alto risco de vida e todos os cuidados de maior complexidade técnica e de conhecimentos de base científica. Já no que concerne às técnicas e auxiliares de enfermagem, reza a Lei que o seu papel consiste em apoiar e auxiliar as enfermeiras, em trabalhos de natureza repetitiva e de execução “simples”. Apesar de a lei estabelecer que às técnicas e auxiliares de enfermagem cabem os trabalhos de execução simples, isso nem sempre ocorre na real dinâmica do trabalho dessas profissionais. Seu trabalho envolve um grande e constante desgaste físico e mental, na medida em que, por exemplo, as técnicas e auxiliares de enfermagem têm um contato muito maior e mais constante com os pacientes e seus familiares do que, por exemplo, as enfermeiras; além de executarem uma gama de trabalhos fisicamente desgastantes.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) estabelecida pelo Ministério do Trabalho em 2002, consolida o movimento de institucionalização do campo da enfermagem e de sua hierarquia interna. Assim, segundo esse instituto, cabe às enfermeiras tarefas tais como: a prescrição de cuidados de enfermagem, coordenar e planejar o serviço de enfermagem, acompanhar o processo seletivo de pessoal de enfermagem, estabelecer prioridades, analisar prontuários, elaborar projetos de ação e participar em campanhas de saúde, coletar e analisar dados, elaboração de trabalho científicos. Já no caso das técnicas e auxiliares de enfermagem, a CBO delimita atividades como trocar curativos, fazer a higienização do paciente, ajudar o paciente a se alimentar, instalar alimentação induzida, aprontar o paciente para exames ou cirurgias, aplicar clister (lavagem intestinal), remover o paciente, massagear o paciente, controlar os sinais vitais, prevenir tentativas de suicídio, fazer os processos de reanimação de paciente, cuidar do corpo após a morte.

Assim, é possível observar que às enfermeiras são atribuídas as atividades de maior complexidade técnica e gerencial, além da responsabilidade pela equipe de enfermagem e pelas funções administrativas. As técnicas e auxiliares de enfermagem, por outro lado, têm o papel de manter um contato mais direto e frequente com os pacientes, realizando atividades como dar banho, higienizar, alimentar e lidar com as emoções deles. Em outras palavras, as enfermeiras assumem funções de liderança, comando, controle, supervisão e ensino, enquanto as técnicas e auxiliares de enfermagem se concentram nas interações com os pacientes, nas tarefas braçais e nas atividades consideradas menos dignas—os “trabalhos sujos”, como Pascale Molinier<sup>17</sup> definiu, que envolvem tarefas frequentemente vistas como repugnantes e fisicamente desagradáveis pela sociedade. Esses ofícios estão diretamente relacionados ao corpo e seus excrementos, incluindo o manuseio de cadáveres e lixo. Entre outras funções, as técnicas e auxiliares de enfermagem lidam diariamente com frascos de urina e sangue, limpam excrementos e vômitos, e têm contato com corpos mortos. Por serem percebidas como atividades indesejáveis, essas tarefas acabam sendo delegadas a pessoas em posições hierarquicamente inferiores, que são recrutadas nos grupos marginalizados, entre os indivíduos mais jovens ou com menor qualificação.

Nesse sentido, a divisão técnica do trabalho na enfermagem também reflete uma divisão moral do trabalho<sup>18</sup>. Com efeito, a literatura sobre os cuidados e a divisão sexual do trabalho mostra que os trabalhos de cuidados têm sido vistos como dotados de menor valor social agregado. Kergoat<sup>19</sup> nos mostra que a divisão sexual do trabalho opera não apenas como um processo social de separação, distinguindo entre trabalhos “femininos” e “masculinos”, mas opera uma hierarquização, pela qual o trabalho dos homens “vale mais” do que o trabalho das mulheres. Nesse sentido, os trabalhos de reprodução social (entre eles o cuidado) são vistos como essencialmente femininos e “menos importantes” para o restante da sociedade. Enquanto os trabalhos de produção, predominantemente masculino, tem alto valor social agregado.

A enfermagem, também entre nós e como acontece nos trabalhos de cuidados, é em sua maioria feminina. Tomando os dados da PNAD Contínua 2019 (para evitar o efeito da pandemia sobre a configuração do mercado de trabalho), vemos que 86,6% das enfermeiras e 83,8% das técnicas e auxiliares de enfermagem eram, à época, mulheres. Ademais, além de sofrer com as hierarquias sociais em que o trabalho feminino e de cuidado “valem menos”, as hierarquias internas ao campo nos revelam que existe uma subalternização que diferencia internamente o grupo de mulheres através da raça/cor e classe social. Assim, os mesmos dados da PNAD-C de 2019 nos mostram que as en-

17 MOLINIER, P. Antes de todo, el cuidado es un trabajo. In: ARANGO, L. G.; MOLINIER, P. (Org.). **El trabajo y la ética del cuidado**. Ed. La Carreta, 2011, p.45-65.

18 Idem. Ibidem.

19 KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. et al (Org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. Unesp, 2009, p. 67-75.

fermeiras são uma categoria majoritariamente branca (56,8%) que chefia os trabalhos de uma maioria preta/parda (56,6%). É notável que, no campo dos cuidados, composto também por babás, empregadas domésticas, diaristas e cuidadoras, as enfermeiras representam a única categoria ocupacional com maioria branca.

## Considerações finais

Essa revisita à formação histórica do campo da enfermagem no Brasil permitiu evidenciar como foi sendo estabelecida uma hierarquia interna que diferencia as trabalhadoras que nele atuam. A essa hierarquia interna corresponde, no Brasil, também uma hierarquia de classe e raça. Como efeito dessa construção histórica, as mulheres pretas e/ou pobres foram excluídas dos cargos de chefia.

Vimos, nas seções anteriores, que essas formas de exclusão foram sendo tecidas e se modificaram ao longo dos anos. Primeiro, pela via da exclusão direta de mulheres negras e pobres dos primeiros cursos para formação de enfermeiras; depois pela exigência de um diploma de Escola Normal e, mais recentemente, pela exigência de um diploma de nível superior para exercer a atividade como enfermeira. Vale lembrar que o acesso e conclusão do nível superior no Brasil ainda é fortemente desigual em termos raciais e sociais, em que pesem as políticas de inclusão mais recentes. Nesse sentido, o diploma é um fator importante na hierarquização do trabalho e mantenedor das desigualdades. Acessá-lo é uma estratégia de reprodução para muitos grupos sociais. Ele institui um capital cultural, que pode ser também convertido em outros capitais (como o capital simbólico, financeiro ou de prestígio). Além disso, o diploma “resulta de um ato performático, baseado na crença coletiva, por meio da qual uma instituição produz uma realidade, uma ‘diferença de essência’, entre aqueles que têm seus conhecimentos reconhecidos e aqueles que não o têm”<sup>20</sup>.

Entretanto, no caso da enfermagem, se o diploma de nível superior foi um dispositivo que manteve as mulheres brancas nos cargos de chefia e ensino, as recentes políticas de cotas sociais e raciais, o aumento de Universidade Públicas e o maior acesso via programas governamentais ao ensino superior privado, parecem estar sendo um importante fator para que as mulheres negras alcancem os cargos de enfermeiras. Com base na PNAD 2019, houve um aumento de mulheres negras que atuam como enfermeiras. Segundo esses dados, 48,3% das enfermeiras são brancas, 9,6% pretas e 40,2% pardas; enquanto as técnicas e auxiliares de enfermagem mantêm um índice semelhante aos de 2019, com mulheres brancas representando 42,4% do total, 12% pretas e 43,8% pardas. O acesso de mulheres negras a esses cargos, entretanto, não

<sup>20</sup> BATISTA, A. A. Diploma. In: CATANI, A. M. et al. **Vocabulário Bourdieu**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

significa o fim das hierarquias sociais internas ao trabalho, uma vez que prevalece a divisão de trabalho entre enfermeiras, por um lado, e técnicas e auxiliares de enfermagem, por outro. Uma divisão, ademais, claramente racializada.

## Referências bibliográficas

BATISTA, A. A. Diploma. In: CATANI, A. M. et al. **Vocabulário Bourdieu**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

BOCK, L. et al. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea (1930-1960). In: PADILHA, M.; BORENSTEIN, M.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul: Difusão, 2015.

BRASIL. **Decreto n. 20.109, de 15 de junho de 1931**. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. Câmara dos Deputados, Rio de Janeiro, 1931. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20109-15-junho-1931-544273-publicacaooriginal-83805-pe.html>. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. **Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955**. Regula o exercício da enfermagem profissional. Câmara dos Deputados, Rio de Janeiro, 1955. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2604-17-setembro-1955-361190-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL. **Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961**. Fixa as Diretrizes e Bases da educação nacional. Câmara dos Deputados, Brasília, 1961. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968**. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, 1968. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5540.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5540.htm). Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência

da República, Brasília, 1986. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm). Acesso em: 19 out. 2024.

CAMPOS, P. As enfermeiras da Legião Negra: representações da enfermagem na revolução constitucionalista de 1932. **Faces de Eva. Estudos sobre a Mulher**, Lisboa, n. 33, p. 53-65, 2015.

GUIMARÃES, N. A emergência do cuidado: nomear, reconhecer, obscurecer. In: GUIMARÃES, N.; HIRATA, H. **O gênero do cuidado**: desigualdades, significações e identidades. São Paulo: Ateliê, 2020

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. et al (Org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. Unesp, 2009, p. 67-75.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, p. 28-46, jan.-jun. 2018.

MALISKA, I. et al. A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade contemporânea: a revolução tecnológica (1990-2008). In: PADILHA, M.; BORENSTEIN, M.; SANTOS, I. **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul: Difusão, 2015.

MOREIRA, M. **Os profissionais de enfermagem e seus emblemas**: identidades e distinções na construção de uma cultura profissional. 1996. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

MOLINIER, P. Antes de todo, el cuidado es un trabajo. In: ARANGO, L. G.; MOLINIER, P. (Org). **El trabajo y la ética del cuidado**. Ed. La Carreta, 2011, p. 45-65.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica da enfermagem**. Barueri: Manole; Academia Brasileira de História da Enfermagem, 2005.