



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Paolla Pinheiro Mathias

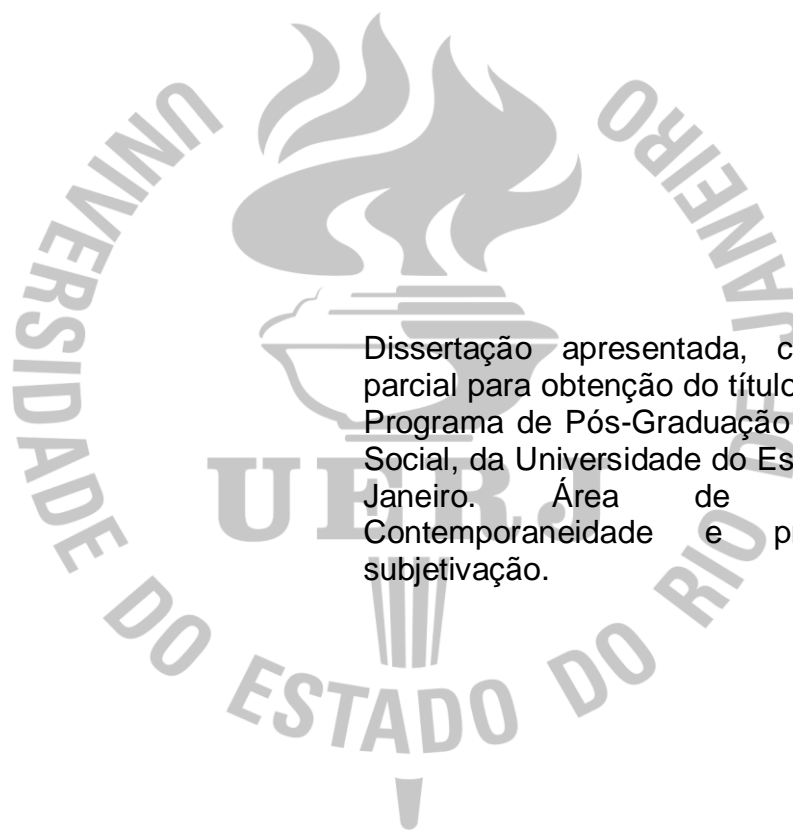
**Vozes de enfermeiras negras na encruzilhada: hierarquias de
saberes e relações raciais na saúde**

Rio de Janeiro

2022

Paolla Pinheiro Mathias

**Vozes de enfermeiras negras na encruzilhada: hierarquias de
saberes e relações raciais na saúde**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Contemporaneidade e processos de subjetivação.

Orientador (a): Prof^ª. Pós Dr^ª. Amana Rocha

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S219 Mathias, Paolla Pinheiro.
Vozes de enfermeiras negras na encruzilhada: hierarquias de saberes e relações raciais na saúde/ Paolla Pinheiro Mathias. – 2022.
177f.

Orientador: Amana Rocha Matos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Educação.

1. Psicologia Social – Teses. 2. Enfermagem – Teses. 3. Interseccionalidade – Teses. I. Matos, Amana Rocha. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

bs

CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Paolla Pinheiro Mathias

**Vozes de enfermeiras negras na encruzilhada: hierarquias de saberes e
relações raciais na saúde**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Contemporaneidade e processos de subjetivação.

Aprovada em março de 2022

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Amana Rocha Matos (Orientadora)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a Cristiane Batista Andrade
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ.

Prof.^a Dr.^a Rachel Gouveia Passos
Centro de Filosofia e Ciências Humanas - CFCH UFRJ

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação em primeiro lugar a Deus, assim como tudo que faço, pois é ele que me capacita para realizar cada conquista na minha vida.

Dedico também esta dissertação a minha vó Jarice (*in memoriam*), que na metade do mestrado, em novembro de 2020, passou para outro plano e foi descansar nos braços daquele a quem ela dedicou a sua vida. A esta mulher que era minha referência de fé, determinação, coragem e sabedoria. Que me incentivava muito em tudo que eu decidisse fazer em minha vida. Que pulou de alegria (literalmente) ao dizer para ela em dezembro de 2019: “*Vó eu passei no mestrado!*”. Mulher que era uma senhorinha meiga e alegre que sempre repetia para mim a mesma frase: “*Sem luta não tem vitória, minha filha! E você ainda vai ter muitas vitórias na sua vida!*”.

E por último, mas não menos importante, dedico também ao meu pai Almir (*in memoriam*), meu expoente máximo de apoio a tudo que se relaciona a minha trajetória acadêmica e profissional, o homem que era minha referência de cuidado, que desde criança investiu e me mostrava a importância da educação, e que infelizmente não pode vivenciar a alegria de assistir as conquistas que ele tanto sonhou que eu tivesse.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus, por me sustentar em cada desafio de minha vida e ter me ajudado a concluir mais esta fase da minha da minha trajetória profissional.

Agradecer a mim mesma pela coragem, determinação e persistência em não desistir dos meus sonhos, sustentar minhas escolhas e desejos. Por ter enfrentado o desafio que foi realizar um mestrado praticamente on-line, em meio a pandemia de Covid-19. Cenário que trouxe uma série de dificuldades de diversas ordens em realizá-lo, além da necessidade que foi de elaborar a frustração da realização de um mestrado a distância, onde nós, os discentes tivemos de certa forma, perdemos muito do contato intrapessoal com os nossos pares e professores, aspecto no qual dá riqueza, amadurecimento e leveza a experiência do mestrado acadêmico.

Agradeço a minha família, em especial minha mãe, Rosangela, uma das minhas maiores referências femininas de fé, determinação, resiliência e humor para levar a vida. Agradeço a minha mãe pelo apoio e todo incentivo que me oferece em cada projeto da minha vida. Agradecimento também as minhas amigas\irmãs Ana, Taciana e Cláudia, com quem compartilho as dores e delícias da vida. Agradecimento também as minhas pares do programa, Karoline e Tainá, que foram super importantes em todo esse processo e me proporcionaram diversos momentos de muita troca com relação as conquistas e desafios de se fazer pesquisa na área de humanidades.

Deixo meu agradecimento também a minha orientadora, professora doutora Amana Rocha Mattos, pela sua dedicação e paciência a me orientar, sendo parte importante deste processo. Assim como também deixo meu agradecimento as professoras Cristiane Batista Andrade e Rachel Gouveia Passos, que compuseram minha banca de qualificação, trazendo inúmeras contribuições, que possibilitaram super importantes naquele espaço.

E por último, meu agradecimento a instituição Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, na qual era a instituição que tinha o sonho de cursar a graduação em psicologia, por me identificar mais com o perfil discente desta. Desde então, tendo feito a graduação em psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, permaneceu o desejo de realizar algum curso de formação na

UERJ, pena que não se deu nos moldes os quais desejava, em vista da pandemia do covid- 19, que frustrou não só aos meus planos, mas de muitos brasileiros

“Eles combinaram de nos matar, mas nós combinamos de não morrer”.

Conceição Evaristo.

RESUMO

MATHIAS, Paolla. *Vozes de enfermeiras negras na encruzilhada: Hierarquias de saberes e relações raciais na saúde*. 2022. 177 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022

Este estudo utilizou o referencial teórico- metodológico dos feminismos interseccionais e decoloniais. Concebendo a divisão sociossexual e racial do trabalho no campo de trabalho da assistência à saúde no SUS, adicionadas às discriminações/opressões de gênero, raça, classe, formação profissional e etc, como fenômenos a serem problematizados dentro do campo da psicologia social. O objetivo deste trabalho foi de analisar a percepção de enfermeiras que se autodeclararam negras (auxiliares, técnicas e enfermeiras de nível superior) com relação às hierarquias de saberes e poderes no trabalho de cuidado na saúde. Foram entrevistadas sete profissionais de enfermagem que atuam/atuaram em unidades hospitalares do SUS dentro do Estado do Rio de Janeiro desde março de 2020 até o momento atual. Utilizou -se a técnica de *snowball* (bola de neve) para captação destas profissionais por meio de cadeias de referência. Como método de análise dos dados, utilizou- se a Análise do Discurso Crítica, onde os resultados foram divididos em quatro grandes categorias analíticas: 1. “O Médico é o semideus!” e o “Doutor sem doutorado!”; 2. “Existe hierarquia sim! O enfermeiro é o líder e os técnicos e auxiliares estão sob sua supervisão” 3. Hierarquias de saberes- poderes e relações raciais na saúde; 4. Marcadores de Colonialidade e Decolonialidade. Os resultados mostraram que segundo a percepção das mesmas, a categoria médica ainda exerce uma hegemonia discursiva principalmente em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. Apesar disto, algumas relataram que isto é algo em desconstrução em alguns dispositivos assistenciais do SUS, como os hospitais-escola, por exemplo. Observou-se que a hierarquia de saberes na enfermagem é algo que existe, mas com a finalidade de sistematização e operacionalização do trabalho em equipe. As enfermeiras que exercem posição de chefia/liderança relataram experiências de discriminação ligada a gênero, raça, classe profissional entre outras, e que reagem a estas por meio de uma postura de confrontação e combate as estruturas racistas e sexistas. Com relação às dinâmicas de trabalho no cenário da pandemia da covid-19, estas profissionais tiveram percepções divergentes, algumas disseram que a hegemonia discursiva do médico tornou- se ainda mais presente e outras relataram a formação de redes de apoio entre os profissionais para lidarem com o desgaste e sofrimento psíquico advindos do trabalho neste contexto sanitário. Houveram relatos marcados pela colonialidade e decolonialidade nas posturas de alguns profissionais de saúde desse contexto, mas estas também trouxeram experiências de formação de redes e articulações para a realização de um trabalho interdisciplinar. Concluiu-se que a pesquisa mostra a importância de se problematizar a divisão sociossexual e racial do trabalho na saúde e suas implicações, de dar protagonismo às mulheres negras tanto como pesquisadoras quanto sujeitas participantes das pesquisas, e também a importância da atuação destas mulheres dentro do cuidado em saúde no SUS, como sujeitas propiciadoras de um cuidado decolonial.

Palavras-chave: Psicologia Social, Enfermagem, Divisão sociossexual e racial do trabalho, Interseccionalidade, Decolonialidade

ABSTRACT

MATHIAS, Paolla. *Voices of black nurses at the crossroads: Hierarchies of knowledge and racial relations in health*. 2022. 177 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022

This study used the theoretical-methodological framework of intersectional and decolonial feminisms. Conceiving the sociosexual and racial division of labor in the field of health care work in the SUS, added to discrimination/oppression of gender, race, class, professional training, etc., as phenomena to be problematized within the field of social psychology. The objective of this study was to analyze the perception of self-declared black nurses (assistants, technicians and higher-education nurses) in relation to hierarchies of knowledge and powers in health care work. Seven nursing professionals who work/worked in SUS hospital units within the State of Rio de Janeiro were interviewed from March 2020 to the present time. The snowball technique was used to capture these professionals through reference chains. As a method of data analysis, Critical Discourse Analysis was used, where the results were divided into four major analytical categories: 1. “The Doctor is the demigod!” and the “Doctor without a doctorate!”; 2. “Yes, there is hierarchy! The nurse is the leader and the technicians and assistants are under his supervision” 3. Hierarchies of knowledge-powers and racial relations in health; 4. Coloniality and Decoloniality Markers The results showed that according to their perception, the medical category still exerts a discursive hegemony, mainly in general hospitals and psychiatric hospitals. Despite this, some reported that this is something that is being deconstructed in some SUS care devices, such as teaching hospitals, for example. It was observed that the hierarchy of knowledge in nursing is something that exists, but with the purpose of systematizing and operationalizing teamwork. Nurses who exercise leadership/leadership reported experiences of discrimination related to gender, race, professional class, among others, and that they react to these through a posture of confrontation and combating racist and sexist structures. Regarding the work dynamics in the scenario of the covid-19 pandemic, these professionals had divergent perceptions, some said that the discursive hegemony of the doctor became even more present and others reported the formation of support networks among professionals to deal with the wear and tear and psychological suffering arising from work in this health context. There were reports marked by coloniality and decoloniality in the postures of some health professionals in this context, but these also brought experiences of forming networks and articulations to carry out interdisciplinary work. It was concluded that the research shows the importance of problematizing the socio-sexual and racial division of work in health and its implications, of giving protagonism to black women both as researchers and research participants, and also the importance of the performance of these women within the health care in the SUS, as protipitating subjects of a decolonial care.

Keywords: Social Psychology, Nursing, Sociosexual and racial division of work, Intersectionality, Decoloniality

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EEAN	Escola de Enfermagem Ana Nery
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	O CUIDADO, DEFINIÇÕES E CONCEITOS	21
1.1	De onde estou partindo?	21
1.2	O cuidado e a origem filosófica adotada como norteadora	22
1.3	A colonialidade de mãos dadas com as hierarquias de saberes no trabalho de cuidado na saúde	37
1.4	Colonialidade do saber e do ser e o trabalho de cuidado na saúde	41
1.5	Feminização e racialização do trabalho de cuidado	44
2	A MULHER NEGRA NA CULTURA BRASILEIRA: DIVISÃO SOCIOSSEXUAL E RACIAL DO TRABALHO NA SAÚDE	46
2.1	Lócus social da mulher negra na cultura brasileira: Contribuições do racismo, sexismo e da colonialidade de gênero	46
2.2	Racismo(s), divisão racial do trabalho e trabalhadoras negras	73
2.3	Trabalho de cuidado reprodutivo e suas implicações políticas	78
3	A ENFERMAGEM E A MEDICINA NO <i>SETTING</i> DO HOSPITAL: “O MÉDICO É O SEMIDEUS” E A ENFERMAGEM OS SEUS AUXILIARES?	88
3.1	Os epistemicídios: A produção de conhecimento é racializada	88
3.2	A medicalização do hospital por saberes brancos e eurocentrados	97
3.3	Profissionalização e institucionalização da enfermagem no Brasil	102
3.3.1	<u>A profissionalização da enfermagem: da esfera reprodutiva para a produtiva</u>	<u>102</u>
3.3.2	<u>A enfermagem a serviço do projeto nacionalista do final do século XIX para o XX e a propagação da eugenia</u>	<u>108</u>
4	O PORQUÊ A ENFERMAGEM?	111
4.1	A enfermagem e sua clivagem interna	111

5	PERCURSO METODOLÓGICO	117
5.1	Uma psicóloga pesquisando a enfermagem: Estranhamentos e impactos positivos 91	119
5.2	Resultados e Discussão	
5.3	Categorias analíticas	126
5.4	Categoria 1. “o médico é o semideus!” e o “doutor sem doutorado!”	134
5.5	Categoria 2. “existe hierarquia sim! o enfermeiro é o líder e os técnicos e auxiliares estão sob sua supervisão”	138
5.6	Categoria 3. hierarquias de saberes - poderes e relações raciais na saúde	141
5.6.1	<u>“Quem é a enfermeira responsável? não, não é ela!”</u>	141
5.6.2	<u>Vivências de discriminações interseccionais no contexto de trabalho</u>	144
5.7	Categoria 4. Marcadores de colonialidade e decolonialidade...	152
5.7.1	<u>Relatos de colonialidade e decolonialidade na saúde mental</u>	153
5.7.2	<u>“Veio a pandemia e a gente teve que se adaptar ao novo sistema”: relações de trabalho na pandemia da COVID- 19</u>	156
5.7.3	<u>“Eu tenho a fama de ser um pouco transgressora!”: atitudes de enfermeiras negras às hierarquias de saberes.</u>	160
	CONCLUSÃO	164
	REFERÊNCIAS	167
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	174
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	175

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa¹ nasce do meu processo de desenvolvimento enquanto ainda uma jovem estudante, que entra na universidade pública no curso de psicologia. E que desde então, vivenciou uma série de experiências afetivas, cognitivas, políticas, profissionais, dentre outras, que me levaram ao processo de tornar-me mulher negra, tal qual os termos de Neusa Santos na sua obra “*Tornar-se Negro: As vicissitudes do negro brasileiro em ascensão*”, de 1990.

Posteriormente à entrada no estágio obrigatório na Maternidade Escola da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, primeiro espaço hospitalar em que tive uma experiência profissional, desde então, com as experiências na residência multiprofissional em saúde da mulher, como familiar e usuária dos serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde, pude observar o quanto a questão racial perpassava estes espaços nas relações institucionais, mas ao mesmo tempo, havia um silêncio estrondoso com relação à discussão desta temática.

Neste exercício de observação participante dentro destes espaços, onde em alguns momentos eu era a observadora distante, e em outros uma das atrizes destas interações, pude perceber que a distribuição de gênero e de raça era algo que perpassava toda a estrutura de funcionamento destas instituições com relação a ocupação dos cargos profissionais. Desde o momento em que se adentra a portaria destas instituições até se chegar aos mais altos cargos de gestão dentro das unidades, conforme avançavam-se os cargos de poder decisório e profissões investidas de poder-saber e prestígio social, o embranquecimento dos sujeitos era cada vez mais notório. Tanto o embranquecimento, quanto a marcação de gênero, onde os mais altos cargos eram ocupados por homens brancos.

Contudo, havia uma grande contradição: apesar marcante embranquecimento dos profissionais envolvidos direta e indiretamente no trabalho de cuidado nestes espaços, havia um elevado quantitativo de pessoas negras sendo assistidas dentro destas instituições, tal qual como o fato da população negra ser majoritária nos serviços do SUS, cerca de 80% do público assistido (ONU BRASIL, 2017), e também ser majoritária na população brasileira de um modo geral, cerca de 54%

¹ Agradecimentos a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES para o financiamento desta pesquisa de mestrado.

(BRASIL, 2015). Tratam-se de dados os quais só pude ter notícias nos períodos finais da graduação em psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro, devido ao grande silêncio institucional de se abordar o debate racial dentro desta formação.

Digo que a psicologia até então, como campo político, prático e epistemológico, foi desde a sua institucionalização como profissão, conivente com a matriz moderna cis heteropatriarcal, racista, classista, elitista e reprodutora de discursos euro e norte-eurocêntricos como produtores de “verdades científicas” absolutas. Como forma de desobediência epistêmica, nas palavras de Walter Mignolo (2008), e de posicionamento ético-político como cidadã, profissional, pesquisadora e mulher negra, convoco a interseccionalidade como ferramenta analítico-metodológica para a instrumentação desta pesquisa. Além disso, também se faz presente na motivação deste estudo, nas palavras de Akotirene (2019 p.27), a solidariedade política a outras mulheres negras trabalhadoras da saúde, às profissionais da enfermagem que atuam em unidades hospitalares no Estado do Rio de Janeiro.

Nestes espaços de assistência à saúde no SUS, nos quais tive as experiências que me trouxeram até aqui, pude observar que as dinâmicas relacionais no que se refere a raça e gênero entre profissionais (principalmente entre as equipes de referência da assistência e usuários; entre as equipes e profissionais auxiliares, como: limpeza, almoxarifado, etc.) convocaram a minha atenção para analisar como estas relações se davam de forma hierárquica, onde, na maioria das vezes, no nível superior desta hierarquia havia uma pessoa de identidade racial branca.

Outros eventos que também convocaram minha atenção ao longo do meu processo de maturação como pesquisadora e profissional de psicologia foram as interações institucionais nas quais uma profissional de identidade racial negra, investida de um determinado cargo de saber, assumia alguma conduta de poder de fala e posicionamento sobre algo. Tais condutas eram deflagradoras de impactos e estranhamentos entre os outros profissionais das equipes, e até mesmo nos usuários. Os estranhamentos e tensões raciais provocados no ambiente institucional eram cenas que me saltavam aos olhos para inúmeras análises.

Dentre estas inúmeras experiências, fui afetada novamente pelo assombro da invisibilização da questão racial e da saúde da mulher negra enquanto eu

realizava a residência multiprofissional de saúde da mulher na mesma universidade na qual me graduei. Digo assombro, diante da invisibilidade que a mulher negra possui dentro dos espaços de saúde, nas políticas públicas e dentro do campo da práxis da psicologia, visto que nós somos um grupo significativo dentro da população brasileira. Um grupo que sofre cotidianamente violências sistemáticas e interseccionais. Grupo que ainda é bastante subalternizado, estereotipado por construções narrativas racistas, sexistas, misóginas e classistas estruturadas e estruturantes da sociabilidade da cultura brasileira. Somos um grupo que vive constantemente estas violências sistemáticas, e além disso, uma super exploração nos serviços que tange ao trabalho de cuidado desde os primórdios do Brasil Colônia, posicionadas e fixadas no lugar social exclusivo para o trabalho subalternizado.

A mulher negra no Brasil é a protagonista nas funções de trabalho que realizam o cuidado reprodutivo e produtivo dentro da economia capitalista, sobretudo no setor de serviços, o mais precarizado nas condições de trabalho, direitos trabalhistas e também o mais mal remunerado. Estamos ocupando as profissões ligadas diretamente ao cuidado de limpeza urbana, nas casas das famílias de classe média alta, dentro dos serviços de educação, e também nos serviços de saúde. Neste processo, me chamou atenção esse elevado quantitativo de mulheres negras que realizavam o trabalho de cuidado assistencial dentro das instituições de saúde no SUS, principalmente nos dispositivos hospitalares, em sua maioria, as protagonistas desse cuidado realizado mais próximo do leito, lidando com a manipulação do corpo dos usuários, o cuidado realizado pelas profissionais da enfermagem, sobretudo as técnicas e auxiliares.

A partir deste exercício de observação de como se davam estas dinâmicas relacionais entre os gêneros, intragênero e raciais, busquei bases bibliográficas que me trouxessem dados para aprofundar minhas análises, mas agora pelo campo teórico-epistemológico, com dados para a construção de uma pesquisa dentro do campo da psicologia social. E nisto, cheguei aos dados do Perfil da Enfermagem no Brasil, pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (ano), onde a enfermagem é e foi, desde os seus primórdios antes da sua institucionalização e profissionalização, majoritariamente ocupada por mulheres negras que realizam este trabalho.

Tratam-se de dados que se revelaram como matéria prima para a construção desta pesquisa, que parte da necessidade de dar voz às mulheres negras, as quais constituem um grupo social que sócio historicamente vivencia um processo de silenciamento de suas vozes. Esta pesquisa partiu também da necessidade de discutir o processo de feminização do trabalho de cuidado em saúde no qual ocorreu de forma generificada e racializada dentro do sistema mundo moderno neoliberal de produção, onde manifestam-se desenfreadamente uma precarização/desqualificação de determinadas atividades profissionais, as quais são realizadas majoritariamente pelas mulheres negras, pobres e periféricas.

Diante disso, a motivação para a realização deste estudo foi para oportunizar as vozes de mulheres negras situadas na categoria profissional da enfermagem, para expressarem suas vivências nas dinâmicas do trabalho em saúde, frente às nuances hierárquicas de saberes de categorias profissionais, onde observa-se que o saber médico exerce ainda uma hegemonia discursiva (LOMBARDI; CAMPOS, 2018).

Como tratam-se de dinâmicas relacionais imbricadas em aspectos socioculturais das relações de trabalho, neste sentido, esta pesquisa dedicou-se também a analisar a percepção destas profissionais no que tange às relações raciais que estejam postas nas micropolíticas do trabalho em saúde (MERHY, 1997), partindo-se do pressuposto que devido à estruturalidade do sexismo e racismo na formação sociocultural brasileira, as relações raciais perpassam as dinâmicas relacionais em todos os setores da interação humana (GONZÁLEZ, 1983; ALMEIDA, 2019), inclusive no trabalho, e nesse caso em específico o trabalho de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Entende-se que o trabalho em saúde se trata de um trabalho vivo, que se dá em ato, no encontro com o outro, seja esse outro parte da equipe multiprofissional ou usuários dos serviços (FEUERWERKER, 2014), tratando-se de um trabalho que necessita que os sujeitos envolvidos realizem constantemente uma série de reconfigurações dos seus manejos, estratégias e adaptações para lidar com as demandas emanadas dentro do serviço e da organização institucional. O que desejo explicitar, é que este trabalho vivo é o tempo todo relacional (FRANCO; MERHY, 2003), onde este lidar com os sujeitos também infere em lidar com crenças e valores socioculturais, aspectos estes que possuem inferência do contexto cultural de diferentes grupos étnico-raciais, de classes e gêneros distintos.

E para além disso, pensando-se nos efeitos para a micropolítica do trabalho em saúde e para a assistência que é ofertada aos usuários do SUS, a divisão sociosexual e racial do trabalho na saúde não fomentaria a perpetuação de formas de discriminação/opressão baseadas em marcadores sociais de gênero, raça, classe e outros?

Estas discriminações e opressões mostram-se contrárias as diretrizes de cuidado designadas pelas Leis Orgânicas do SUS (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) nas quais estipulam que o cuidado nos equipamentos desse sistema deve ser realizado de forma interdisciplinar pela equipe multiprofissional, baseado em trocas de saberes e ações interdisciplinares colaborativas. Se existe uma hierarquia de saberes enraizada e em constante manutenção, isto não fragilizaria o cuidado que é ofertado aos usuários? E conseqüentemente também trazendo efeitos para o próprio trabalho?

À medida que a integralidade da atenção também passa pela interlocução de saberes e construção de manejos de cuidado que devem ser construídos coletivamente de forma horizontal pela equipe multiprofissional? E para além disto, tais processos também não são relevantes para pensar as condições de trabalho dos sujeitos que estão na base das hierarquias de opressão/disparidades ligadas aos marcadores sociais de classe, raça e gênero?

Trago uma crítica aos efeitos destas questões para a fragilização da integralidade da assistência prestada nos dispositivos do SUS, mas a proposta desta pesquisa não se ateve a discutir a assistência prestada aos usuários desse sistema, mas sim as dinâmicas relacionais no que se refere às relações de trabalho entre os profissionais de saúde, as quais são impregnadas de elementos da colonialidade do poder (QUIJANO, 2005), como hierarquias de saberes e poderes, níveis de instrução e binarismos de gênero, de raça e outros, que expressam a dificuldade de rompimento com o pensamento colonial de reconhecimento da importância de todos os atores no trabalho de cuidado em saúde.

Uma vez de pontuadas estas considerações, provocações e motivações iniciais desta pesquisa, o objetivo geral foi analisar, por meio da pesquisa qualitativa com referencial teórico- metodológico dos feminismos interseccionais, a percepção de enfermeiras negras (auxiliares, técnicas e enfermeiras de nível superior que atuam em unidades hospitalares do SUS no Estado do Rio de Janeiro) a respeito das hierarquias de saberes na assistência frente à hegemonia do discurso médico.

Como objetivos específicos, me propus a analisar a percepção destas profissionais com relação a três principais aspectos: 1. As hierarquias de saberes e poderes dentro própria categoria da enfermagem, considerando a clivagem interna dentro da profissão (trabalhadores de nível médio/técnico e nível superior); 2. Como estas hierarquias de saberes e poderes operam a partir de uma perspectiva racial; 3. Como as hierarquias de saberes operaram na dinâmica do trabalho em saúde na pandemia do covid- 19; 4. Identificar nos discursos que respondem aos objetivos específicos 1, 2 e 3, os marcadores de colonialidade e decolonialidade segundo a matriz metodológica de Martins e Benzaquen (2017).

A relevância social desta pesquisa consistiu em proporcionar uma discussão crítica para a *práxis* da psicologia social, bem como a formação em serviço dos profissionais na área da saúde, visto que problematizar as relações raciais no campo da micropolítica do trabalho em saúde e na divisão sociossexual e racial do trabalho do sistema mundo moderno capitalista, neoliberalista, sexista e racista. Campo no qual demanda inúmeras problematizações e discussões devido ao longo período de silenciamento da temática de gênero e raça e interseccionalidades na formação sociocultural brasileira e na produção científica. Além de problematizar a articulação destes aspectos relacionais às hierarquias de saberes existentes no campo da assistência em saúde, entendendo-as como fatores que interferem na dinâmica do trabalho de cuidado assistencial.

Assim, esta dissertação foi organizada da seguinte forma: O primeiro capítulo, intitulado “*O cuidado, definições e conceitos*” trago inicialmente a origem filosófica do cuidado que tomei para nortear a problematização das relações intersubjetivas dos profissionais de saúde, por uma leitura decolonial, dos relatos de mulheres negras que pertencem a categoria da enfermagem, trazendo a colonialidade como um sistema de poder que perpassa diversas instâncias das práticas sociais, neste caso em específico, para discutir o trabalho de cuidado na saúde, dentro de dispositivos hospitalares do SUS.

No capítulo dois: “*A mulher negra na cultura brasileira: divisão sociossexual e racial do trabalho na saúde*” trago problematizações necessárias para se pensar o fenômeno da divisão sociossexual e racial do trabalho de cuidado na saúde, e como se imbricam nas hierarquias de saberes e relações intersubjetivas coloniais no contexto de trabalho das entrevistadas, além de revelar as origens desse fenômeno no racismo, no sexismo e patriarcado, como também as formas que estas

materializam-se nas relações de poder que estes sistemas impõem, e como se relacionam ao campo de investigação. Outro ponto de suma importância neste capítulo, é a discussão a respeito da localização que a mulher negra possui na cultura brasileira, e como esse lócus foi construído e é perpetuado pela Matriz Colonial Moderna que disserta Akotirene (2019).

No capítulo três “*A enfermagem e a medicina: discussões no setting do hospital: ‘O médico é o semideus’ e a enfermagem seus auxiliares?*”, debruicei-me sobre uma discussão muito cara para pensar os entrelaçamentos das dinâmicas de poder na dimensão da colonialidade do saber postulada por Quijano (2005), centrando-se no debate dos epistemicídios\ genocídios vivenciados pelos territórios que sofreram a colonização europeia, dissertado como estes processos finalizados do ponto de vista legal, perpetuam-se por meio da dimensão simbólica com a colonialidade, em específico na produção e validação do conhecimento. Do que é considerado científico ou não, válido ou não, quais as estruturas de erudição que realizam essa validação, bem como ditam quem são os sujeitos que tem autoridade epistêmica para produzir conhecimento válido.

Com isso, nesta discussão, venho fundamentar a racialização da produção de conhecimento, sobretudo na saúde, tendo a medicina ocidental como um expoente máximo de um campo de saber eurocentrado e que reproduz relações coloniais com os sujeitos alvo da assistência médica e com outros campos de saberes não-médicos. Para isso, precisei percorrer o caminho sócio-histórico do processo de medicalização do hospital, bem como da profissionalização e institucionalização da enfermagem no contexto brasileiro. Percurso no qual se deu a serviço de ideologias racistas, sexistas, familistas e normativas, que transpuseram a exploração capitalista do trabalho de cuidado realizado pela mulher na esfera reprodutiva, para a produtiva.

Mas que por um lado, só concedeu a oportunidade de profissionalização do trabalho de cuidado remunerado, as mulheres brancas e das elites brasileiras, excluindo as mulheres racializadas, da oportunidade de adentrarem aos espaços assistenciais com vínculos de trabalho oficiais, bem como de ocuparem os espaços de educacionais de produção de saber que auxiliaram a enfermagem a se constituir como um campo científico.

Neste percurso que trazido para a dissertação, advogo também as repercussões para os dias atuais no perfil sociosexual e racial a medicina e da

enfermagem, bem como as repercussões desse processo para as hierarquias de saberes, valorização\ reconhecimento salarial e social distinto entre estas categoriais dentre outros fatores.

No capítulo quatro “*O porquê a enfermagem?*” Procuo aproximar ainda mais a discussão teórica do campo empírico, explicitando o porquê da escolha do problema de pesquisa, tensionando as relações interprofissionais entre a enfermagem a e categoria médica com sua hegemonia discursiva no *setting* do hospital.

Posteriormente, descrevo como se deu o percurso metodológico, como foi operacionalizada esta pesquisa e as minhas implicações como mulher negra e pesquisadora com o campo, trazendo problematizações muito caras para uma intelectual negra, como, a dinâmica racial que se constrói entre pesquisadora e entrevistadas, que compartilham os marcadores raciais, de gênero e de identidade profissional como profissional de saúde.

A respeito dos resultados, utilizo como viés teórico metodológico, os feminismos interseccionais sob uma perspectiva decolonial, onde foi utilizada como técnica de captação das entrevistadas a técnica de *snowball* (bola de neve), que produziu cadeias de referência de forma que, uma entrevistada indica uma outra da sua rede de contatos e assim sucessivamente. Primeiro foram contactadas duas enfermeiras da minha rede de contatos, por via Whatzapp que aceitaram prontamente o convite, posteriormente lhes foi enviado um e-mail com o convite formal a participação da pesquisa junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No total, foram entrevistadas sete profissionais da enfermagem (auxiliares, técnicas e enfermeiras de nível superior), que atuam \ aturam em unidades hospitalares do Estado do Rio de Janeiro de março de 2020 até o momento atual.

Como método de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semi - estruturada, onde estas entrevistas foram feitas on-line por meio da plataforma *zoom meeting*. As profissionais entrevistadas atuam em unidades hospitalares distintas, hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, hospital especializado em infectologia e de cardiologia e também uma profissional que atua em hospital militar. Este foi um dos fatores que trouxeram riqueza de experiências trazidas nos relatos destas mulheres, que além de responderem ao problema de pesquisa, abriram um

leque de discussões a respeito das suas percepções sobre as hierarquias de saberes na saúde e assuntos correlacionados. Como percebem, como lidam com as dinâmicas emergidas nas relações interprofissionais no contexto de trabalho, suas crenças, valores e posicionamentos. Para análise desses resultados, foi utilizada a Análise do Discurso Crítica – ADC, onde foi mapeado nos discursos das mesmas as conexões de experiências, com vias de organizar esses resultados em categorias analíticas.

Além deste método, utilizou-se a proposta de matriz metodológica da Martins e Benzaquen (2018) que mapeia os marcadores de colonialidade e decolonialidade, nas três dimensões postuladas por Quijano (2005): Do poder, do saber e do ser. Essa matriz foi utilizada para identificar nos discursos das entrevistadas os marcadores de colonialidade e decolonialidade. As categorias analíticas que foram organizadas foram: 1. “O médico é o semideus!” e o “Doutor sem doutorado!”; 2. “Existe hierarquia sim! O enfermeiro é o líder e os técnicos e auxiliares estão sob sua supervisão!”; 3. Hierarquias de saberes e relações raciais na saúde; 3.1 “Quem é a enfermeira responsável ? Não. Não é ela!” 3.2 Vivências de discriminações interseccionais no contexto de trabalho; 4. Marcadores de colonialidade e decolonialidade, com as subcategorias: 4.1 Relatos de colonialidade e decolonialidade na saúde mental; 4.2 “Veio a pandemia e a gente teve que se adaptar ao novo sistema”: Relações interprofissionais na pandemia da covid -19; 4.3 “Eu tenho a fama de ser um pouco transgressora!”: Atitudes de enfermeiras negras às hierarquias de saberes.

Por fim, a pesquisa conseguiu alcançar os objetivos a qual se destinou, onde os resultados mostraram que segundo a percepção das entrevistadas, abrindo também a discussão da percepção a respeito das hierarquias de saberes para outros campos correlatos do trabalho de cuidado em saúde. Fato que se deve a diversidade de dispositivos hospitalares que estas trabalhadoras atuam, como hospitais psiquiátricos, hospitais-escola, hospital geral e hospital especializado, assim como o fato de serem sujeitas que ao serem indagadas a respeito do problema de pesquisa durante o campo, trazem elementos da suas subjetividades e contingente de experiências socioculturais vividas ao longo das suas trajetórias não só como trabalhadoras do SUS, mas como mulheres pretas, cidadãs e tantas outras identidades que possuem.

1. O CUIDADO, DEFINIÇÕES e CONCEITOS.

1.1 De onde estou partindo?

Na primeira impressão, a ideia desta pesquisa pode parecer simplória, por que oportunizar vozes de enfermeiras negras? Por que escolher a enfermagem como categoria profissional se a autora é psicóloga? Por que questionar e afirmar que existe uma hierarquia de saberes na saúde e, ainda mais, questionar uma “suposta” autoridade do discurso da medicina?

Eu compreendo se todos ou alguns desses pensamentos emergirem para o leitor. Digo que compreendo, pois a lente colonial que nos atravessa na nossa formação sociocultural como um dos países que foram colonizados pelos países ibéricos, nos impede de termos um olhar crítico para estruturas já naturalizadas. Nos impede de perceber os inúmeros braços e pernas do colonialismo/colonialidade que formam uma teia sobre todos os âmbitos das nossas vidas em sociedade, conforme explicita Lugones (2008), a partir das ideias do autor central do conceito de colonialidade, Aníbal Quijano:

Quijano entende que o poder está estruturado em relações de dominação, exploração e conflito entre atores sociais que disputam o controle dos “quatro âmbitos básicos da vida humana: sexo, trabalho, autoridade coletiva e subjetividade/intersubjetividade, seus recursos e seus produtos”. O poder capitalista, eurocêntrico e global está organizado, precisamente, sobre dois eixos: a colonialidade do poder e a modernidade. Esses eixos ordenam as disputas pelo controle de todas as áreas da vida de tal maneira que o significado e as formas da dominação em cada uma são inteiramente atravessados pela colonialidade do poder e pela modernidade. Assim, para Quijano, as lutas pelo controle do “acesso ao sexo, seus recursos e produtos” definem a esfera sexo/gênero e são organizadas a partir dos eixos da colonialidade e da modernidade [...] (LUGONES, 2008 p.62).

Os padrões de comportamento na sexualidade, a formação das famílias, a subjetividade, nossos padrões estéticos, nossas escolhas afetivas, a política, o trabalho e outros, absolutamente tudo foi capturado pelo colonialismo/colonialidade. O eurocentrismo plantado e disseminado no território brasileiro a partir do processo de colonização, escravização dos povos indígenas e africanos, perpetuado até os dias atuais pela colonialidade do poder, produziu em nós uma naturalização, ou

melhor, naturalizações, no plural, já que são tantas, das nossas formas de sociabilidade dentro de um padrão de poder e de dominação/exploração, que não nos permite enxergar criticamente a natureza da constituição desse modo de organização de vida.

Dito isto, e compreendendo as possíveis indagações iniciais que o leitor possa ter, espero que ao longo deste trabalho elas possam ser sanadas. Com isto, baseado no pensamento de Lugones (2008) e Kilomba (2019) ao se referirem a nós, mulheres negras, como sujeitos, ou melhor, não-sujeitos, que fomos destituídas da condição de humanidade, da condição de mulher, subordinadas e destituídas de poder discursivo a partir da escravização dos nossos corpos e tentativa de escravização das nossas mentes, quando todos os bens materiais, simbólicos e políticos nos foram expropriados, este trabalho configura-se em uma das ferramentas políticas de retomada do que é nosso por direito, nosso poder de fala de falarmos por nós mesmas e de denunciarmos/questionarmos essa estrutura colonial moderna – patriarcal, racista, sexista, capitalista já posta - que nos silencia e oprime de diversas formas.

Nesta pesquisa em específico, proponho a retomada da nossa discursividade por meio das falas de enfermeiras negras para discutirmos o trabalho de cuidado na assistência em saúde realizado no dispositivo hospitalar.

O olhar de Quijano pressupõe uma compreensão patriarcal e heterossexual das disputas pelo controle do sexo, seus recursos e produtos. Ele aceita o entendimento capitalista, eurocêntrico e global sobre o gênero. Seu quadro de análise – capitalista, eurocêntrico e global – mantém velado o entendimento de que as mulheres colonizadas, não brancas, foram subordinadas e destituídas de poder. (LUGONES, 2008 p. 62).

1.2 . O cuidado e a origem teórico-filosófica adotada como norteadora

O trabalho de cuidado na sociedade hoje é majoritariamente realizado por mulheres, como um dos efeitos da construção social dos papéis de gênero na estrutura de produção capitalista. Esta “função social” designada a mulher, bebe nas fontes das construções narrativas da biopolítica a partir da primeira República Brasileira, período fortemente marcado por uma série de investimentos do Estado

para a organização social, política e econômica em um contexto na qual visava-se uma transição do modelo econômico essencialmente agrário-exportador, para o modelo industrial. Mas para que esta transição ocorresse, o Estado brasileiro dedicou-se a uma série de investimentos para sanar o caos social oriundo da grande proliferação de doenças infecto- contagiosas, crescimento desordenado nas principais cidades brasileiras (Rio de Janeiro, São Paulo por exemplo), marcado também por ocupações insalubres e más condições de habitação, sobretudo entre as classes sociais mais pobres.

Este período é marcado por uma ebulição de aspectos socioeconômicos e políticos que repercutiram não somente na vida da população, mas em prejuízos econômicos para o Brasil no cenário internacional, devido ao grande caos sanitário que se repercutia destas condições. Esta última, que era a grande preocupação do governo brasileiro, levou o Estado a investir maciçamente em políticas públicas, que pudessem contornar tal situação.

Não posso deixar de pontuar que tal período, no final do século XIX, também foi profundamente marcado pelo pós-abolicionismo, tendo sido o Brasil o último país das Américas a abolir o regime de produção escravocrata. Com isso, havia um grande excedente de mão de obra, composto de pessoas que foram escravizadas, os chamados “mestiços”, e seus descendentes. Mão de obra na qual, aos olhos do governo e das principais entidades de poderio econômico e de produção econômica, era uma mão de obra racializada e que não obteve mesmo com a farsa abolicionista, a inserção social aos moldes de reconhecimento igualitário perante outros grupos étnicos, a condição de cidadania, o que demandava de usufruir de direitos civis e também condições dignas de trabalho, moradia, renda e outros. (THERODORO, 2008)

O caos sanitário que assolava o Brasil nas principais cidades brasileiras para a atividade econômica, sobretudo as cidades portuárias, repercutia na imagem do Brasil como um país doente. Visando-se a modernização econômica para a industrialização, era necessário que não só se solucionasse as condições sanitárias degradantes, mas que houvesse uma população forte, saudável para ser economicamente ativa a serviço do capital (BAPTISTA, 2007).

Este período histórico, onde o Brasil legalmente já declarava-se um país independente economicamente da sua antiga metrópole, Portugal, de fato ainda possuía grande influência epistemológica e cultural, de forma que o movimento

artístico, cultural, filosófico e político do Iluminismo, que tinha ocorrido na Europa nos séculos XVII a XVIII, surtiu grandes efeitos aqui no Brasil, nas formas de construção e aplicação das políticas públicas de urbanização, na produção científica e nas construções narrativas da biopolítica. Onde foi se construindo uma narrativa que designava a mulher, a função social do trabalho de cuidado, atrelada a uma suposta capacidade inata da mulher sob uma concepção que pautada no sexo biológico (FEDERICI, 2019).

Construções estas baseadas também nos ideais familistas, cristão, do ideal de família burguesa e patriarcal, onde cabia ao homem a função social de “provedor material” da família, onde seu espaço de direito era o espaço público, e o da mulher, o espaço doméstico, reprodutivo, para a realização do trabalho de cuidado da casa e dos filhos (FEDERICI, 2019). De fato, estas construções narrativas e binárias de gênero articuladas a uma “função social” na sociedade capitalista que começara a se desenvolver, eram marcadamente atravessadas por raça e por classe, uma vez sendo necessário pontuar que, as mulheres negras, escravas, ex- escravas e descendentes de relações conjugais entre sujeitos escravizados ou de mulheres negras violentadas sexualmente por homens brancos, sempre estiveram no espaço público realizando o trabalho de cuidado, nas casas das famílias burguesas brancas, no comércio de quitutes entre outras funções (THEODORO, 2008).

Se para a mulher branca de classe social mais abastada o capitalismo as “presenteou” com a função social de cuidadora do lar no trabalho reprodutivo, as mulheres negras foram situadas fora desta concepção universal de mulher, fortemente racializada e influenciada por concepções familistas eurocêntricas, porque as mesmas sempre estiveram realizando o trabalho de cuidado, porque as mulheres negras são vistas e tratadas como as “mulas do mundo”, por realizarem todo tipo de trabalho em postos devolutos, para a sua própria sobrevivência e de suas famílias (COLLINS, 2019). Adentraremos esta discussão mais adiante.

Neste estudo, em que o trabalho de cuidado na saúde adquire o cerne de análise, partirei da concepção teórico- filosófica de cuidado como uma necessidade ontológica do ser social. O cuidado trata-se de algo tão abrangente que sofre uma série de atribuições e esvaziamento de sentidos para uma concepção do senso comum. No campo assistencial da saúde, uma destas conceituações simplistas do cuidado concebe-o como um conjunto de procedimentos tecnicamente voltados para a realização de uma terapêutica, mas Ayres (2009) retoma a origem filosófica do

cuidado tal como aponta a célebre obra “*Ser e o Tempo*” de Martin Heidegger (1889-1976) na antiga fábula de Higino:

Certa vez atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou o pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criava, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito a forma da argila, o que ele fez de bom grado. Como cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome, surgiu também a terra (tellus), querendo dar seu nome, uma vez que tinha fornecido parte do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativo: ‘ Tu Júpiter por teres dado o espírito, debes receber na morte o espírito e tu , terra, por teres doado o corpo, debes receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem o primeiro o formou, a ele deve pertencer o cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há uma disputa, ele deve se chamar “homi” pois foi feito do *humus* (terra) (HEIDEGGER, 1995, p. 263-4).

Está tão conhecida fábula de Higino, a partir de Heidegger, autor do campo da filosofia tão utilizado para as pesquisas que discutem o cuidado, funciona como uma alegoria filosófica que serve de base introdutória para a discussão que este trabalho deseja propor neste momento, que é o debate a respeito do cuidado e de que concepção estou partindo.

A partir do que discorre Ayres (2009) são elencadas quatro categorias para discutir o cuidado: a) Ontológica; b) Genealógica; c) Crítica e d) Reconstitutiva. Como dito anteriormente, a concepção ontológica é a que serve de concepção norteadora desta pesquisa, mas devido a relevância das origens filosóficas sobre o cuidado, trarei as outras três categorias a nível de ilustração e composição desta discussão.

Na categoria ontológica, Ayres (2009) em sua obra: “*Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde*” o mesmo elenca elementos fundamentais para a compreensão, como: Movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, temporalidade, não-causalidade e responsabilidade. Mas desprendendo-se um pouco do que o autor discorre no seu texto, e aproximando-se mais do diálogo com a prática do trabalho de cuidado na saúde dentro do dispositivo hospitalar, na qual foi o campo de atuação das profissionais entrevistadas nesta pesquisa, discuti alguns destes elementos realizando um diálogo com o que Ayres fala e o que desejo discorrer a respeito destes.

O primeiro elemento é o movimento. “*O Cuidado move-se no leito do rio e é movendo-se que ele percebe a argila*” (AYRES, 2009, p. 44). O movimento traz uma característica inerente ao cuidado em saúde que é a dinamicidade, em constante mudança em movimentação, em prol de atender as necessidades do sujeito para o qual a atividade de cuidar é dirigida. Mudanças tanto do ponto de vista dos recursos técnicos e científicos, quanto na dinamicidade dos aspectos psicofisiológicos que o sujeito cuidado manifesta enquanto se encontra naquele espaço- tempo dentro de uma instituição de saúde.

Dentro do elemento movimento, Ayres (2009) traz a perspectiva do encontro. Encontro que ocorre entre Cuidado e a argila que estava no leito do rio na fábula de Higino. Esta analogia se assemelha ao encontro que se dá entre profissional-usuário e /ou entre os profissionais de saúde para exercer conjuntamente o trabalho de cuidado. Ou seja, o trabalho de cuidado dentro dos dispositivos das redes assistenciais de saúde é um trabalho que demanda o tempo todo da interação humana, de uma sociabilidade, de uma interação entre sujeitos em distintas posições: sujeitos que realizarão o cuidado (investido de uma posição de saber-poder) e os que serão alvo do trabalho realizado, os usuários dos serviços e sua família.

Considerando também o sujeito alvo da ação, na sua totalidade de ser, concebendo- o de maneira humanizada e não objetificada, tal qual se dão as relações que nomeiam- se de cuidado, mas que se estabelecem de forma verticalizada e destituem o sujeito cuidado da sua humanidade. Pelo menos esta é a diretriz de cuidado estabelecida para o trabalho de profissionais inseridos no Sistema Único de Saúde – SUS.

O segundo elemento é a interação. A alegoria de Higino é o tempo todo permeada por várias interações, de algo que se dá em ato, no momento presente da interação. Algo que converge com o que discorre Franco e Merhy (2012) no que tange a micropolítica do trabalho em saúde, o que discorreremos adiante.

Um outro elemento é a plasticidade, como algo que se preconiza que não seja rígido, pré-estabelecido, mas algo flexível, moldável, de acordo com o que a interação com o sujeito a ser cuidado demandará. Isto circunscreve a plasticidade na ordem do inesperado, do imprevisível.

O quarto elemento é o projeto. Pode-se dizer de um projeto de cuidado de forma singularizada para aquele sujeito, com suas características, necessidades e

subjetividade. Refiro -me a projetos voltados as terapêuticas para determinadas patologias e estados de saúde e que admitam plasticidade durante o curso de sua realização em ato, não somente a reprodução de protocolos a risca para todos os sujeitos acometidos por este estado de saúde, em toda e qualquer circunstância.

O quinto elemento é a temporalidade. Ayres fala de uma perspectiva de tempo do devir da existência que faz sentido falar de cuidado. Existência esta quando circunscrita ao campo de estudo desta pesquisa, traz o espaço institucional, e dentro deste espaço, um trabalho que é realizado de forma não linear do tempo cronológico. Trata-se de um tempo do aqui e agora, do que o sujeito, o espaço e o contexto demandam, tanto por parte do sujeito alvo da ação de cuidado, quanto do tempo no qual o profissional está ali naquele espaço para realizar o seu trabalho.

Confere-se em um tempo que não necessariamente tem ações pré-estabelecidas antes de virem a ser efetivadas, pois a dinamicidade deste tempo também vai variar com o tempo de permanência do sujeito dentro do espaço institucional, com a necessidade ou não de realização de um procedimento, ao adoecimento, a morte, a vida, enfim, a transitoriedade dos nossos estados vitais inerentes a nossa condição de seres humanos. Como bem fala Ayres (2009 p 48) de uma temporalidade que só se manifesta a partir da coexistência de todos os agentes de cuidado, nos níveis micro macro institucionais, ou seja, a concepção de cuidado como uma atividade coletiva, interdependente, no qual todos necessitamos e no beneficiamos em múltiplas instâncias da vida social (BORGEAUD-GARCIANDIA, 2018).

Este aspecto de cuidado como uma atividade interdependente traz a importância do trabalho coletivo que é realizado dentro do espaço institucional, no caso desta pesquisa, dentro do hospital, que não é realizado somente por um agente, um único profissional, mas por uma equipe multiprofissional de profissionais de distintos níveis de instrução (superior, médio, técnico), como os serviços de limpeza, arquitetura, ambiência, gestão de recursos alimentícios e hospitalares e etc.

O sexto elemento é a responsabilidade. Neste, podemos trazer a dimensão ética do exercício do trabalho de cuidado, no sentido de uma responsabilização do sujeito que realiza a atividade de cuidado na sua práxis, trata-se de um cuidado responsabilizado, ou melhor, de uma corresponsabilização, de uma divisão de responsabilidades entre profissional, usuário e família, concebendo-o como sujeito

participante ativo do processo de cuidado, da produção de saúde que visa promoção de autonomia deste dentro do seu próprio processo saúde-doença.

A segunda categoria que Ayres (2009) elenca é a genealógica, que tem como principal referência Foucault (1985) no 3º Volume do História da Sexualidade, onde o mesmo discorre sobre “*O cuidado de si*”, que trata-se de umas tecnologias que emergem historicamente da experiência social na forma de saberes e práticas voltados para as construções e interações do eu e do outro em lugares do plano público e privado, sob influência dos parâmetros da civilização ocidental cristã (AYRES, 2009 p. 51).

Tratam-se de tecnologias de si que são anteriores às construções narrativas da biopolítica capitalista. Um imperativo de ocupar-se consigo mesmo, como formas de comportar-se e viver, práticas e doutrinas que dão lugar às relações interindividuais, trocas, comunicações e até das instituições (FOUCAULT, 2002 p. 50). Em suma, a concepção genealógica trata de uma busca do sujeito para o aperfeiçoamento da alma por meio da razão, como forma de garantir um estado saudável da alma (AYRES, 2009). A dedicação à sabedoria, a busca da razão, já que o ser humano seria o sujeito que recebeu de Deus a faculdade da razão.

A categoria crítica busca refletir a respeito do cuidado como uma forma de interação nas práticas de saúde dentro do contexto contemporâneo das instituições (AYRES, 2009). De forma ainda mais abrangente, uma reflexão crítica a respeito não só das práticas, mas das tecnologias de saúde, nas terapêuticas, na gestão dos serviços, na formulação e aplicabilidade das políticas de saúde e também nas relações médico-paciente e profissional- paciente. Nesta categoria, Ayres (2009) traz uma importante contradição para pensar criticamente as práticas do trabalho de cuidado em saúde, onde:

De um lado identifica-se como importantes avanços a aceleração do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania de exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites (AYRES, 2009 p. 57).

A crítica que o autor realiza nesta citação, refere-se ao fato de que o avanço da tecnologia, tem trazido avanços científicos progressivos em termos de diagnose e terapêuticas, proporcionando também, maior eficácia nas terapêuticas implementadas e melhora da qualidade de vida dos sujeitos no processo saúde-doença. Nisto, as ciências da saúde têm avançado constantemente, mas por outro lado, evidenciam-se retrocessos de forma que tem se perdido o viés humanizado das práticas de cuidado de assistir a saúde dos sujeitos, as relações profissional-paciente têm se tornado ainda mais verticalizadas, objetificantes, com o excesso de especializações, não vendo o sujeito em sua integralidade biopsicossocial.

O autor também aponta para a necessidade de reflexão crítica por parte dos profissionais de saúde, com relação às formas e concepções que são constituídas as relações de cuidado com os usuários dos serviços.

Em geral, a formulação é simples: A ciência produz o conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam estes saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a dimensão inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. Precisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem estar pode ser traduzido e operado como conhecimento técnico. E por fim, mas fundamental precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos a saúde das pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. (AYRES, 2009 p. 60-61)

As problematizações que giram em torno da citação de Ayres convocam nossa atenção para a necessidade dos profissionais de saúde de voltarem seu olhar para si e para suas práticas de assistir, de forma que por vezes, nossa postura ao lidar com o sujeito assistido são onipotentes, narcísicas, coloniais e objetificam esse sujeito, de forma que esse lugar que nos é investido de saber-poder destitui o outro da sua integralidade e humanidade. E o mais importante, perde-se a dimensão da fazer saúde, ou melhor, a uma prática que é realizada “com”, no encontro com o outro, onde este “com” também é elemento gerador de ferramentas para construir formas de cuidá-lo, em sua complexidade de ser. Não se trata de meras reproduções de tecnicismos e intervencionismos sobre o corpo do outro, o cuidado, trata-se de algo muito mais abrangente, que carrega consigo grande complexidade.

A categoria reconstrutiva traz reflexões que são complementares às ideias trazidas na categoria crítica, onde, tendo pontuado sobre o que discorre Ayres na necessidade de reflexão dos trabalhadores da saúde sobre suas práticas, o autor dá continuidade a esta linha de pensamento ao dissertar sobre a potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto entre as tecnologias da saúde e o cuidado sob uma perspectiva humanizada e horizontal (AYRES, 2009 p. 62).

O autor nos atenta em sua obra para a capacidade “dessubjetivadora” que possui essa concepção de cuidado que vê o sujeito apenas como “objeto de intervenção”, e que para além da desconstrução dessa visão sobre o sujeito, precisamos enxergar os interstícios destas relações que são nomeadas como cuidado, embora nem todas sejam cuidado. Ou seja, a categoria reconstrutiva busca produzir uma reflexão que reconstrua o caráter humano do cuidado nas práticas de saúde, para que de fato estas práticas possam ser chamadas de cuidado.

Nós podemos não concordar com uma dada crença de um paciente, por exemplo, e conversando com ele, seguimos convictos que essa crença não lhe beneficia, e até vir a convencê-lo disso. Mas independente do que o convencemos ou somos convencidos por ele, se simplesmente desconsideramos um saber não-técnico implicado na questão de saúde com que estamos lidando, então não estaremos deixando a pessoa assistida participar de fato da ação em curso (AYRES, 2009 p. 64).

O cuidar e o trabalho de cuidado é um encontro intersubjetivo (AYRES, 2009) que se constrói e aprende em ato (FRANCO; MERHY, 2012) realizado e construído com o outro, quer seja esse outro o usuário e família, ou os outros profissionais de saúde, visto que a prerrogativa de trabalho no SUS é da interdisciplinaridade, com isso, podemos inferir que esse encontro intersubjetivo, também se dá entre profissionais de diferentes categorias e diferentes saberes.

Esse encontro intersubjetivo do trabalho que se dá em ato é uma prática oriunda do conceito de micropolítica do trabalho em saúde de Franco e Merhy (2012), onde a micropolítica é entendida como o plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação dentro das relações de poder (FEUERWERKER, 2014).

As práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado das coisas estabelecido como necessidades. Assim, além de orientadas para os

saberes científicos, são também constituídas a partir da sua finalidade social, que é historicamente construída (FEUERWERKER, 2014 p. 37).

Não se perdendo a perspectiva de que o trabalho de cuidado em saúde é um encontro intersubjetivo, que tem como primazia o encontro do profissional com o sujeito a ser cuidado, nas palavras de Franco e Merhy (2012) este trabalho é relacional, e estes autores também dissertam que os aspectos subjetivos desse encontro fazem parte da composição dos processos de trabalho. E Merhy (2003) ainda acrescenta que, este trabalho no cotidiano é constituído a partir de uma série de contratualidades entre os atores sociais e políticos, mesmo que estas contratualidades tenham em si uma série de tensões, ou seja, uma cultura institucional em uma unidade de assistência em saúde que contém uma série de tensões e contratualidades que fazem parte das dinâmicas institucionais cotidianas.

Este trabalho relacional refere-se ao que os autores nomeiam de Trabalho Vivo (TV), que é o trabalho que é produzido no exato momento da produção, da criação. Este confere maior liberdade e controle ao trabalhador que o executa, admitindo também maior possibilidade criativa para o manejo de cuidado do sujeito. Portanto, esta dimensão do trabalho possui grande importância para análise da micropolítica do trabalho de cuidado, pois admite espaço para lidar com os aspectos subjetivos deste encontro, aspectos nos quais também sofrem influência da sociabilidade e da cultura na qual estes atores (profissional - usuário) estão inseridos, é nomeado de tecnologia leve (MERHY, 2003).

Já o Trabalho Morto (TM), o trabalho que é pouco relacional, prescritivo, já realizado previamente, incorporado a maquinários e instrumentos elaborados para estruturar certos produtos de saúde, é um trabalho que em suma é reprodutor de tecnicismos, e nomeado de tecnologia dura (FRANCO; MERHY, 2012).

No que diz respeito ao modelo assistencial implantado no SUS, Merhy e Franco (2003;2012) afirmam que inferiram um conjunto de forças de entidades distintas, interesses corporativos de grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da micropolítica do trabalho em saúde, este modelo inicialmente organizou-se em torno da estruturação da assistência médica, assistência na qual, por vezes, ocorre o predomínio de tecnologias duras e leves- duras em detrimento das tecnologias leves. Estes autores afirmam que a partir práxis da medicina, que foi se estruturando o trabalho de outras categorias profissionais, período no qual é

marcado pela mudança de paradigmas epistemológicos de conceber e fazer saúde: o modelo biomédico, para o biopsicossocial, processo que se encontra em transição até os dias atuais.

Mas o que estes autores desejam explicitar a partir disto, é que com essa primazia da *práxis* médica na organização do modelo assistencial, para posteriormente ocorrer a inserção de outros saberes na área da saúde, a consequência disto repercute na produção do cuidado ter ficado dependente de tecnologias duras e leve- duras. As tecnologias são na verdade todo o tipo de conhecimento que se aplica para fazer algo, que se aplica para uma prática, neste sentido, as tecnologias citadas por Franco e Merhy (2003), para a *práxis* da assistência em saúde, são as tecnologias duras, que constituem- se de instrumentos já estruturados antes de seu uso do cuidado em ato, os formulários, instrumentos de alta precisão, maquinário para exames diagnóstico e outros. Já as tecnologias leves são aquelas destinadas as relações ao espaço intersubjetivo do encontro entre profissional e o usuário, e por último, as tecnologias leve- duras, destinam-se a aplicação de um conhecimento técnico estruturado para se fazer uma clínica, sendo assim, nas tecnologias leve- duras, a dimensão relacional do trabalho permanece em segundo plano. O que de fato estes autores afirmam é que o saber médico hegemônico ainda centra-se nas tecnologias duras e leve- duras, perdendo-se a dimensão relacional do trabalho de cuidado em saúde, caracterizado pelas tecnologias leves.

Esta dependência de tecnologias duras e leve duras, ou seja, do trabalho morto, que também tem seu espaço e se faz necessário na assistência, apresenta-se como problemática na produção de cuidado, quando dentro da composição técnica do trabalho, ocorre o predomínio das tecnologias duras em detrimento do trabalho vivo, no qual este último é justamente a dimensão do trabalho de cuidado em saúde que não pode ser perdida, pois se perde a lógica relacional do trabalho e a inclusão do sujeito no processo de fazer “com”, abre-se espaço para a manifestação de formas de trabalho verticalizadas, que esvaziam o sujeito a ser cuidado da sua subjetividade, dentre outros entraves para que de fato a assistência prestada possa ser nomeada de cuidado.

O que se faz importante analisar é que este predomínio de tecnologias duras e leve duras, e da hegemonia de um determinado saber em detrimento de outros saberes na saúde, repercute na formação de uma cultura e uma dinâmica

institucional que engessa estas contratualidades no trabalho, entre os profissionais e entre os profissionais e usuários. Rompe-se a perspectiva da integralidade, fragmenta-se o cuidado, institui, contratualiza e naturaliza uma hierarquia de saberes e poderes, de forma que estabelece que um determinado saber tem mais importância que os outros, que somente a forma de cuidado de uma categoria é que é essencial, e perde-se a centralidade do trabalho que deve estar focada no usuário, e não no profissional.

Resgatando o que já explicitado anteriormente por Franco e Merhy (2012), na micropolítica do trabalho de cuidado em saúde, existem as contratualidades, mas também fazem parte as tensões, que nas palavras dos autores, são constitutivas do trabalho. E aí podemos pensar em diversos tipos de tensões as quais podem se dar, mas nessa linha de pensamento que estamos construindo, infiro que, tensões no processo de trabalho possam ser deflagradas com a quebra e/ou questionamento destas contratualidades já engessadas na cultura institucional.

Os estudos têm se dedicado a observar e analisar a forma como se produz saúde, indicam que este é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem agenciados por múltiplas linhas de força do mercado na saúde, corporações de trabalhadores, diretrizes de governo e dispositivos que o próprio trabalhador adota no seu cotidiano. É um lugar de permanente tensão na medida em que estas linhas não são harmônicas, e nem se articulam entre os mesmos campos de interesses, o que cria uma tensão no processo de trabalho e formação do modelo assistencial. Entendemos que a tensão é constitutiva desse processo [...] (FRANCO; MERHY, 2012 p. 154).

Dentro destas dinâmicas de trabalho repletas de contratualidades e tensões que dão forma ao funcionamento do processo de trabalho e da instituição, existem as contratualidades das hierarquias de saberes e de silenciamentos de aspectos inerentes a estas. E, nisto, podemos falar também do silenciamento do debate racial, e/ou questionamento do poder discursivo e decisório do saber médico em vista do preterimento de outros saberes na saúde.

O que desejo explicitar é a ideia de que esses silenciamentos são contratuais, sobretudo o debate racial, que quando emerge como temática a ser discutida, promove-se uma quebra de contratualidade, uma tensão racial tal como discorre Diangelo (2019), quando esta temática é trazida para a discussão entre os trabalhadores dentro de um ambiente corporativo, principalmente quando estes

sujeitos são convocados a refletirem se já tiveram e/ou presenciaram condutas racistas em seu lócus de trabalho. Visto que, assim como afirma a autora, não são todos os espaços institucionais, em sua maioria multirraciais, que falam aberta e honestamente sobre raça, até mesmo por conta do enraizamento do racismo como sistema estruturante da sociabilidade da cultura brasileira (ALMEIDA, 2019). Conferem-se como silenciamentos e deflagrações de atitudes defensivas emergidas quando a temática vem à tona que contribuem poderosamente para sustentar a hierarquia racial nestes cenários, e é claro, retroalimentar os pactos de silêncio com relação esta pauta (DIANGELO, 2019 p. 31).

Diante da proposta metodológica deste trabalho onde as enfermeiras que se autodeclaram negras foram convidadas a expressarem suas percepções sobre as hierarquias de saberes-poderes e as dinâmicas relacionais inerentes às relações raciais, no espaço das entrevistas manifestaram-se ineditismos com relação a falarem sobre estas temáticas. As entrevistadas relataram a ocorrência de tensões raciais ao falar de uma temática tão silenciada nos espaços institucionais de saúde em que atuam\ tenham atuado e dentre tantas outras nuances inesperadas que o campo de pesquisa pode trazer ao pesquisador.

Mas como aposta deste estudo, creio que o respectivo delineamento de coleta de dados desta pesquisa trouxe consigo uma grande capacidade produtiva para as mesmas refletirem a respeito das suas relações de trabalho nos micro espaços de trabalho e da importância de mulheres negras ocuparem todos os espaços possíveis de produção epistemológicas e práxis, reconhecendo o espaço do trabalho da assistência em saúde no SUS como espaços que também são políticos.

Para tanto, utilizou-se a interseccionalidade como uma ferramenta crucial para a análise dos resultados desta pesquisa. O conceito de interseccionalidade foi desenvolvido pela intelectual feminista afro-americana Kimberlé Crenshaw (2002) após a Conferência Mundial contra o racismo, discriminação racial, xenofobia, e formas conexas de intolerância, ocorrida em Durban, África do Sul em 2001. O que Crenshaw desejava problematizar, era a existência do patriarcado como um sistema de exploração/exclusão/discriminação de mulheres, no quais estas ficam sujeitas a discriminação por gênero, mas também a outros fatores relacionados a suas identidades sociais, como classe, raça/cor, etnia, religião, origem nacional, orientação sexual e etc.

[...] são diferenças que fazem a diferença na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação. Tais elementos diferenciais podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres, ou que afetem desproporcionalmente apenas algumas mulheres (CRENSHAW, 2002 p. 173).

Nesta pesquisa, articulo o debate interseccional aos sistemas de opressão ao colonialismo/colonialidade, ao capitalismo e especificamente na divisão sociossexual e racial do trabalho na saúde, cujos efeitos poderão ser identificados e analisados nos relatos das profissionais que serão trazidos a seguir. O que Crenshaw (2002 p. 174) chama atenção é que o gênero quando se intersecta com outros marcadores sociais constrói uma série de vulnerabilidades e particulares aos diferentes grupos de mulheres que a mesma chama de: vulnerabilidades interseccionais.

O conceito de interseccionalidade nasce da necessidade das intelectuais do feminismo negro em visibilizar e compreender como discriminações sobrepostas por diversos marcadores sociais, operam no campo das interações humanas, no sentido de demarcar que estas discriminações/exclusões/explorações coexistem, e não privilegiar uma determinado eixo por um marcador social em detrimento de outro(s), principalmente quando o marcador racial está em voga, o que de certa forma também seria uma maneira de invisibilizar as experiências de diferentes grupos sociais, assim como se deu no movimento feminista hegemonicamente branco que invisibilizou diferenças intra grupo, as vivências e realidades de vida de mulheres negras como já discutido aqui anteriormente.

Acredito que o próprio conceito de interseccionalidade em sua gênese, traz consigo uma marca da decolonialidade, pois o mesmo já nos impele ao exercício de pensar a coexistência destas violências e discriminações, raciocínio este contrário ao que aprendemos no nosso processo de construção enquanto seres sociais, de só concebermos como raciocínio possível as dicotomias e hierarquias, algo próprio da colonização/colonialidade. Desta forma, trago a conceituação desta ferramenta metodológica, por Kimberlé Crenshaw (2002):

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como as ações e políticas

específicas que geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos de desempoderamento.

No maquinário destas opressões, estão os sistemas de poder que se retroalimentam, de forma que não há como haver uma luta política por um, sem considerar o outro(s), porque estes são mutuamente excludentes (CRENSHAW, 2002). Trata-se de colisões de estruturas de opressão, na qual a intelectual feminista, brasileira e negra Carla Akotirene, autora do livro “*O que é interseccionalidade?*” de 2019 traz de forma a ilustrar uma matriz de opressão, onde nela existe uma encruzilhada de avenidas identitárias que oferecerão aos sujeitos formas distintas de vivenciar o gênero a depender da sua raça, da sua classe, da sua orientação sexual e etc. Matriz definida pela autora como Matriz colonial cis heteropatriarcal, racista, classista, capitalista (AKOTIRENE, 2019), como forma de caracterizar o entrecruzamento de sistemas de poder que operam na sociedade.

Nesta perspectiva, organizando os resultados desta pesquisa analisados de forma interseccional, foi traçado um paralelo entre as categorias analíticas estruturadas, e a correspondência de cada uma delas, para responder aos objetivos da pesquisa. A categoria 1. “*O médico é o semideus!*” e “*O doutor sem doutorado!*”, responde ao objetivo geral da pesquisa - Analisar por meio da pesquisa qualitativa de referencial teórico metodológico dos feminismos interseccionais, a percepção de enfermeiras negras que atuam em unidades hospitalares do SUS no Estado do Rio de Janeiro, a respeito das hierarquias de saberes na assistência frente a hegemonia do discurso médico.

A categoria 2. “*Existe hierarquia sim! O enfermeiro o líder e os técnicos e auxiliares estão sob sua supervisão*”, responde ao objetivo específico 1 – Percepção sobre hierarquias de saberes dentro da enfermagem, considerando a clivagem interna da profissão (trabalhadoras de nível médio\ técnico e nível superior).

A categoria 3. Hierarquias de saberes e poderes e relações raciais na saúde, junto as subcategorias, 3.1. “*Quem é a enfermeira responsável? Não, não é ela!*”; 3.2. Vivências de discriminações interseccionais no contexto de trabalho; Respondem ao objetivo específico 2 - Como estas hierarquias de saberes e poderes operam a partir da perspectiva racial?;

A categoria 4. Marcadores de colonialidade e decolonialidade; e as subcategorias 4.1. Relatos de colonialidade e decolonialidade na saúde mental; e 4.3. “*Eu tenho a fama de ser um pouco transgressora!*”: Atitudes de enfermeiras

negras frente as hierarquias de saberes; Respondem ao objetivo específico número 4 - Identificar nos discursos das entrevistadas os marcadores de colonialidade e decolonialidade segundo a proposta de matriz metodológica de Martins e Benzaquen (2017); E por último, a subcategoria 4.2. “*Veio a pandemia e a gente teve que se adaptar a um novo sistema*”: Relações de trabalho na pandemia do covid-19; Responde ao objetivo específico número 3 – Como estas hierarquias operaram na dinâmica de trabalho em saúde na pandemia do covid-19?

1.3 A Colonialidade de mãos dadas com as hierarquias de saberes no trabalho de cuidado na saúde

Será mesmo verdade que somos capazes hoje em dia de estabelecer com o negro relações distintas das que ligam o senhor ao seu criado? (MBEMBE, 2018 p.22).

A elaboração desta parte do trabalho, pauta-se na necessidade de dissertar a respeito do tensionamento do debate sobre a feminização e da divisão sociosexual e racial do trabalho de cuidado na saúde, repercutida nas hierarquias de saberes nesse campo e na sub-representação de mulheres negras nesse contexto.

A partir das reflexões que essa temática de pesquisa promove, observo que está problemática converge com o conceito de colonialidade do poder (QUIJANO, 2005). Destrinchando-se este conceito, encontram-se alguns dos seus mecanismos de funcionamento no social, os quais fazem uso de raça e gênero como instrumentos de dominação/subordinação da colonialidade (LUGONES, 2008), e os seus desdobramentos que produzem e retroalimentam as hierarquias e desigualdades introjetadas e naturalizadas na sociedade, não escapando o mundo do trabalho. Com isso, compreendo que a problemática desta pesquisa também parte da necessidade de uma descolonização das práticas institucionais nas relações de trabalho no campo da saúde nas equipes multiprofissionais.

Aníbal Quijano (2007), um dos principais autores de referência para o conceito de colonialismo e colonialidade, principalmente com enfoque na América Latina, diz que o colonialismo trata-se de um processo de apropriação de um povo/grupo sob um determinado território e da população/grupo que pertence a ele,

processo este que se dá por meio da força, por violência(s), intervenção política ou militar, subjugando o outro povo/grupo ao regime político e econômico dos dominadores, explorando os habitantes e o território de forma a obter recursos materiais e/ou financeiros deste processo de dominação. Com isto, temos como maior referência de colonialismo na história da humanidade o processo de colonização das nações da América Central, e do Sul e do continente africano pelos europeus.

Já a colonialidade é entendida como um sistema de funcionamento social que traz consigo uma dimensão simbólica do colonialismo, que mantém, incentiva e retroalimenta relações de poder baseadas em lógicas discursivas de funcionamento de mundo difundidas pelo colonizador. O que ocorre, é que mesmo com o fim do colonialismo por meio do rompimento da relação metrópole- colônia, com o processo de independência destes Estados Nação colonizados pelos povos europeus, a colonialidade surge como um sistema de dominação para perpetuar e reatualizar de diversas formas uma relação colonial entre os saberes, os distintos modos de vida entre grupos humanos nos territórios colonizados (QUIJANO, 2005; 2007); (TONIAL, MAHEIRIE, GARCIA JR, 2017).

As formas pelas quais a colonialidade se materializa no social desdobram-se em três dimensões: 1. Colonialidade do Poder que atua na esfera econômica e política; 2. Colonialidade do saber, atuando na esfera epistemológica, na produção de conhecimento, reconhecido com científico ou não; e 3. Colonialidade do ser, que atua na esfera da intersubjetividade, na formação identitária e subjetiva dos sujeitos nas instituições sociais (Família, Instituições educacionais; Instituições de saúde, seguridade social e sistema de justiça, etc.) (QUIJANO, 2005).

Um dos pontos importantes que não podemos perder de vista para a compreensão da colonialidade e suas formas de manifestação no sistema mundo moderno, sobretudo em locais e grupos/povos que passaram pelo processo de colonização europeia, é a intersecção entre colonialidade e capitalismo, onde neste sistema de produção econômica no qual a sua base sustenta-se na relação capital-salário, incluiu o sistema escravocrata, um sistema de produção com base na dominação, onde os dominantes obtêm recursos da opressão de classe e também de raça (QUIJANO, 2007).

A invenção da raça não somente hierarquizou grupos humanos, mas também estabeleceu uma divisão racial do trabalho de forma que o agenciamento da raça

produziu uma naturalização, uma hierarquia, entre trabalhos de pessoas brancas e pessoas negras e indígenas ao longo do período colonial. Com o fim do regime escravocrata oficialmente e a instalação da primeira república no Brasil, a Lei de Terras, o incentivo a importação de mão de obra branca e europeia dentre e outras políticas realizadas pelo governo brasileiro, perpetuou-se a divisão racial do trabalho, e forma que, trabalho assalariado nas fábricas, manufaturas e no regime de colonato eram dirigidos a mão de obra branca e os postos de trabalho devolutos, informais e precários para os mestiços, indígenas e ex- escravos (GUIMARÃES, 2003).

O que de fato se deu, neste processo de abolição formal do escravismo e transição para o trabalho de mão de obra assalariada, da economia essencialmente agrário-exportadora para a capitalista, foi a perpetuação de um padrão de dominação colonial/moderno, eurocêntrico e racista nos territórios colonizados, onde raça configurou-se como uma ferramenta biopolítica para controle dos corpos, da produção, do mercado de trabalho, de quem tinha direito ou não a ter trabalho assalariado e/ou acesso aos meios de produção (FOUCAULT, 1976)

O Colonialismo e sua perpetuação simbólica na colonialidade, traz consigo nas suas relações de dominação o eurocentrismo², onde o colonizador europeu, além de estabelecer-se como modelo de homem universal(ALMEIDA,2019), com superioridade econômica, cultural, intelectual e psicológica aos demais povos não europeus, estabeleceram nos territórios colonizados a sua cultura como hegemônica³, dominação esta que também alcançava o controle sobre as subjetividades e a produção de conhecimento, de maneira que somente o que é produzido de conhecimento na Europa é científico, é válido e com força de verdade inquestionável (QUIJANO, 2005 p. 121).

Os efeitos desse eurocentrismo são diversos, mas no que se refere à imbricação deste com a colonialidade do saber, no campo das epistemologias, faz com que o conhecimento/cultura e produção de outros povos fora da Europa sejam postos como a-científico, questionável, marginalizado e não-racional.

² Eurocentrismo- Uma visão de mundo que tende a colocar a Europa e sua cultura (língua, epistemes, povo, estética, religião e etc) como referência e centro da cultura do mundo, como protagonista da história humana.

³ Supremacia, influência preponderante exercida por cidade, povo, país e etc. Autoridade soberana, liderança, predominância ou superioridade.

Associado ao eurocentrismo, Quijano (2005) também traz o dualismo, que estabelece a ideia de tudo que não é europeu é primitivo, inferior e não civilizado, novamente estabelecendo uma relação hierárquica e de dominação com epistemes de povos e outras culturas não pertencentes a Europa.

A ideia de dualismos também vai atravessar o que é corpo e não-corpo, baseada em uma perspectiva da ideologia cristã europeia, em uma sobreposição do espírito sobre o corpo material, sendo o material, o que estaria mais próximo da natureza, como algo primitivo, inferior ao racional. Segundo Quijano (2005), seria esta perspectiva dualista eurocêntrica que carregaria uma estreita relação com a ideia de raça, onde o dualismo aliado ao eurocentrismo e a ideologia cristã postulam que certas “raças” inferiores não seriam sujeitos racionais, como o homem branco europeu, mas sim sujeitos que por sua condição primitiva configuraram-se como humanidades subalternas, justificando que sejam domináveis e exploráveis (MBEMBE, 2018).

Embora não trate especificamente da dimensão gênero, Quijano traz o dualismo e o eurocentrismo como algo também ligado às relações de dominação sexuais: “[...] daí então o lugar das mulheres, muito em especial as mulheres de raças inferiores ficou estereotipado junto ao resto dos corpos, e o quanto mais inferiores fossem as raças, mais perto da natureza ou diretamente, como o caso das escravas negras” (QUIJANO, 2005 p. 129).

Com base neste trecho, podemos inferir que Quijano traz uma das possíveis construções narrativas baseadas no pensamento colonial e eurocentrista para a animalização e objetificação do corpo e da subjetividade das mulheres negras. E como animalizada e irracional, se destitui também a nossa intelectualidade e a humanidade e ainda mais, cria-se uma construção subjetiva negativa sobre a mulher negra, como primitiva e impura, ideias disseminadas também da ideologia cristã, visto que o cristianismo como um dos braços do sistema de dominação colonial e perpetuado pela colonialidade, não se trata de uma ideologia na qual a população negra compartilhava, por ter suas próprias construções de espiritualidade que não eram a da cultura europeia.

Com base nestas postulações, tendo já estabelecidas as hierarquias raciais e sexuais, podemos afirmar que a colonialidade também as carrega como formas de dominação para a sua estrutura de funcionamento no social, de maneira que a já explicitada por Quijano (2005) divisão racial do trabalho, estabelecendo também

uma divisão sexual no sistema mundo moderno capitalista, materializando assim duas dimensões da colonialidade, a do saber e a do ser, perpetuada no campo do trabalho na atualidade.

Neste sentido, Lugones (2008) desdobrou as postulações de Quijano (2005) para pensar a colonialidade nas relações entre os gêneros, ou seja, Lugones trabalhou justamente na lacuna epistemológica deixada por Quijano, ao não trabalhar o colonialismo/ colonialidade com o marcador social de gênero. Neste caso, as contribuições de Lugones (2008) imediatamente me convocaram a ferramenta analítico – metodológica da interseccionalidade, uma vez que o problema de pesquisa estabelecido, mostrou em campo que a divisão sociossexual e racial do trabalho de cuidado na saúde, perpassava hierarquias raciais, de classe e de gênero dentro da categoria profissional escolhida para ser entrevistada, a enfermagem.

As contribuições de Lugones (2008) foram úteis em campo, para analisar como os marcadores de colonialidade se davam nas relações intregênero dentro da enfermagem, sobretudo pelo fato desta categoria ser marcada por uma clivagem interna, onde as enfermeiras de nível superior, são em sua maioria mulheres brancas, e as técnicas e auxiliares, majoritariamente mulheres negras (COFEN, 2015). Trata-se de um aspecto relevante sobre o perfil socioracial e profissional das entrevistadas, que foi discorrido de forma mais aprofundada no capítulo 3: “ A enfermagem e a medicina do setting do hospital: ‘*O médico é o semideus!*’ e a enfermagem os seus auxiliares ?”, onde trago o percurso sócio-histórico de profissionalização e institucionalização da enfermagem, no capítulo 4: “ O porquê a enfermagem?”, onde disserto o porquê da escolha pela enfermagem, e nas análises dos resultados oriundos do campo, na subcategoria 3.1 “*Quem é a enfermeira responsável ? Não, não é ela!*”

1.4 Colonialidade do saber e do ser e o trabalho de cuidado na saúde

Pontuamos anteriormente que o colonialismo é perpetuado na contemporaneidade por meio da colonialidade, como um sistema de dominação que impõe que naturalizam a hierarquias e formas de dominação/exploração/subordinação territoriais, raciais, culturais, de gênero e

também epistêmicas (RESTREPO, ROJAS, 2012), contudo, a naturalização de relações neocoloniais no que tange às dimensões do saber e do ser também atravessam as instituições assistenciais em suas constituições de político-societárias, sendo importante consideramos que estas instituições possuem papel fundamental na formação subjetiva dos indivíduos, visto que, é no interior das regras institucionais que os indivíduos tornam-se sujeitos (ALMEIDA, 2019 p.38).

Neste caso, no campo da saúde e suas instituições assistenciais, Gonçalves et. al (2019) afirmam que a colonialidade ainda se faz presente no interior das regras institucionais, algo que pode ser evidenciado por meio da objetificação dos corpos na rede de saúde mental com a desumanização dos portadores de transtornos mentais, na tutela, na destituição do saber dos usuários fazendo uso do lugar de saber-poder do profissional de saúde para infligir disciplina aos corpos, também na objetificação dos corpos das mulheres com a violação dos direitos sexuais e reprodutivos, na violência obstétrica às mulheres negras, dentre tantas outras violências institucionais que ainda temos dentro dos equipamentos assistenciais do SUS.

Para além da assistência, também é importante olhar para os elementos da colonialidade presentes no campo de trabalho de cuidado, nas relações intersubjetivas entre as equipes multiprofissionais, uma vez que, as hierarquias de saberes nesse campo estão introjetadas, naturalizadas, fazendo parte da dinâmica institucional. Refiro-me a hierarquias de saber onde a supremacia do discurso médico é a regra, à medida em que situa a categoria médica no topo desta hierarquia ocupando também os postos de maior poder e de representação, hierarquias estas imbricadas na divisão sociossexual e racial do trabalho de cuidado na saúde.

Não podemos perder de vista um detalhe muito importante para compreender como a colonialidade se materializa no campo do trabalho de cuidado na saúde, que é o fato do saber que ocupa a supremacia do discurso na saúde, o saber médico, ser uma ciência que foi desenvolvida e trazida para o Brasil baseada na racionalidade científica europeia no período do colonialismo e que permanece em franca expansão do seu poder discursivo e prático até os dias atuais (ANDRADE, 2016).

Com isso, para aprofundar o debate, recorro ao que Mignolo (2008) fala como desobediência epistêmica. Por que desobediência? A quem e a quem? O conceito

refere-se à desobediência de um imperativo da lógica da colonialidade moderna do sistema patriarcal, racista, classista, heteronormativo que se impôs nos territórios colonizados como Brasil e os demais países da América do Sul e do continente africano.

Tal conceito serve como uma estratégia de construção de um pensamento decolonial, na qual o autor fala de aprender a desaprender quando refere-se aos corpos e mentes que com a colonialidade programados pela razão imperial/colonial, como forma de levantar vozes críticas a colonialidade nas suas três dimensões do poder, do saber e do ser.

[...] pensar descolonialmente (o que significa pensar politicamente em termos de projetos de descolonização). Todas as outras formas de pensar (ou seja, que interferem com a organização do conhecimento e da compreensão) e de agir politicamente, ou seja formas que não são descoloniais, significam permanecer na razão imperial, ou seja, dentro da política imperial de identidades (MIGNOLO, 2008 p. 290).

Recorro ao conceito de desobediência epistêmica nesta pesquisa como uma forma de pensar política e criticamente hierarquias instaladas no sistema capitalista na produção do trabalho de cuidado na saúde, onde a naturalização destas hierarquias subalterniza vozes de mulheres que já são alvo de opressões/discriminações interseccionais.

Faço referência a hierarquias intelectuais tão arraigadas e naturalizadas no campo de saber e do trabalho de cuidado na saúde que produzem silenciamentos aos subalternizados, que estabelecem uma supremacia do discurso da classe médica protagonizada majoritariamente por sujeitos brancos e de classes sociais mais abastadas. Penso que ter criado um ambiente racial na construção do campo para que as entrevistadas possam mencionar e/ou admitir que estas hierarquias de saberes existem, pôde por vezes deflagrar um campo de tensão inicialmente, causado pela quebra de um silenciamento epistêmico imposto a sujeitos negros (KILOMBA, 2019), ou seja, a quebra de um silêncio institucional dentro das instituições de saúde (silêncio epistemológico e da práxis) (RIBEIRO, 2018) instalado e retroalimentado pela colonialidade, que o estabelece como exigência da norma.

1.5 Feminização e racialização do trabalho de cuidado

Um conceito de suma importância para a discussão desta pesquisa, é o conceito de feminização e seus efeitos e atravessamentos que o processo de feminização do trabalho de cuidado adquiriu. Segundo o Dicionário Aurélio (DICIONÁRIO ON-LINE): “Ação ou efeito de feminizar, de atribuir um aspecto, gênero feminino a algo ou alguém; Processo de feminização das profissões anteriormente masculinas”. (...) Etimologia (Feminizar + Ação).

Já Yannoulas (2011, p. 271) traz a definição do conceito de feminização como: “(...) um significado qualitativo que alude às transformações de significado e valor social de uma profissão ou ocupação, originados a partir da feminização ou aumento quantitativo e vinculadas a concepção predominante em uma época”.

Este conceito refere-se a uma naturalização da função de cuidado imposta ao gênero feminino, na qual tem como origens as construções socioculturais de papéis sociais fixos designados a homens e mulheres a partir de uma organização societária binarista, sexista, normativa e patriarcal. Sim! Patriarcal, visto que as profissões ligadas ao cuidado, as profissões assistenciais, são ocupadas majoritariamente por mulheres, profissões estas que sofrem um processo de precarização, ligada ao valor social que estas possuem, mediante a influência do patriarcado, no qual situa homens cis heteronormativos em lugar de poder, diante de sujeitos do gênero feminino e/ ou outras identidades de gênero, poderíamos assumir que a fonte da precarização do trabalho assistencial também encontra-se ligada a este sistema de opressão? Repercutindo também em desigualdades entre os gêneros no âmbito do trabalho?

Isso se refere aos diferentes modos que o meio social cristaliza ou regula o que define ser homem ou ser mulher e quais lugares e atribuições seriam mais apropriados para cada sujeito, dentro da perspectiva de gênero. Para alguns postos é preconizada a virilidade e, em outros, o cuidado, uma vez que a dinâmica das relações de trabalho – como as de gênero – é fundamental na constituição de sujeito (BORGES ; DETONI, 2016 p. 145).

Trata-se de uma generificação de papéis baseados no que é construído socialmente a respeito dos gêneros, onde articulado aos sistemas de opressão do patriarcado e sexismo produz efeitos de super valorizar atividades laborais entendidas como “masculinas” e precarizar atividades ditas “femininas” assim como

o trabalho de cuidado, onde a função social atribuída à mulher no ambiente privado como, cuidado dos filhos, marido, higienização, cuidado dos doentes e etc (YANNOULAS, 2011) é transposta para o espaço público na atividade laboral, recebendo menor remuneração econômica do que funções entendidas como “masculinas” (BORGES ; DETONI, 2016).

Nesta divisão generificada de papéis laborais de homens e mulheres constrói-se o conceito de divisão sexual do trabalho, na qual os autores Hirata e Kergoat (2007, p. 599) definem que esta divisão se alicerça em dois princípios concomitantemente: Primeiro o princípio da separação - trabalho que deve ser realizado por homens e trabalho que deve ser realizado por mulheres, e segundo, o princípio hierárquico, onde o trabalho realizado por homens possui maior “valor” (sentido econômico e social), que o trabalho realizado por mulheres.

Diante disto, considera-se a divisão sexual do trabalho na saúde como algo enraizado na sociedade, já que as concepções normativas de gênero são emergidas nos contextos relacionais, onde também é necessário chamar atenção para a racialização desse trabalho de cuidado, já que a literatura aponta esta divisão sexual, mas a racialização desta escapa, ou melhor, por vezes invisibilizada e/ou desconsiderada, algo que produções recentes de autores como Passos (2017) e Nogueira e Passos (2017) vêm apontando.

González (2011) afirma que tratar a divisão sexual do trabalho sem articulá-la com o marcador racial recai em um racionalismo universal abstrato típico de um discurso masculinizado branco, ou seja, este conceito requer intersecção para que não escapem as múltiplas e sobrepostas opressões/discriminações que as trabalhadoras negras vivenciam cotidianamente e sistematicamente em suas vidas. Perder essa perspectiva culminaria em retroalimentar o silenciamento da dimensão racial, dos etarismos, das hierarquias de saberes que relacionam-se aos níveis de instrução e dos multiculturalismos.

Portanto, a necessidade de se interseccionar raça e gênero e outros marcadores na divisão sexual do trabalho requer a ampliação da nomeação do conceito para a divisão sociossexual e racial do trabalho na saúde, sobretudo dando enfoque ao trabalho de cuidado na saúde realizado por trabalhadoras negras. Mas para dar continuidade a essa discussão, faz-se necessário circunscrever o lugar social da mulher negra na formação sociocultural brasileira, para posteriormente falarmos do trabalho de cuidado sob uma perspectiva racializada.

2. A MULHER NEGRA NA CULTURA BRASILEIRA: DIVISÃO SOCIOSSEXUAL E RACIAL DO TRABALHO NA SAÚDE

2.1 Lócus social da mulher negra na cultura brasileira: Contribuições do racismo, sexismo e da colonialidade de gênero.

Para responder às indagações que foram levantadas anteriormente no capítulo 1 e para compreender que lugar social é este destinado à mulher negra desde os primórdios do Brasil-Colônia até os dias atuais na sociedade brasileira, recorro ao feminismo negro, e convoco reflexões de suma importância de autoras feministas estadunidenses e americanas, para trazer o arcabouço teórico que nos ajuda a compreender a construção narrativa que constituiu esse lugar destinado a mulher negra.

Primeiro, precisamos partir da experiência de escravização dos povos africanos que foi produzida do ponto de vista do colonizador, de forma romantizada e pacífica, como um processo/ experiência de colonização, que funcionou como “salvação” para o “progresso” do Brasil. A romantização dessa narrativa adquiriu efeitos que também colocaram as pessoas oriundas do continente africano, na posição de não-sujeitos (FANON, 2008), desumanizados, erotizados e hipersexualizados, de forma que essa romantização também teve como alvo a prática constante de violência sexual dos colonizadores com as mulheres pretas e indígenas, como se fossem relações consentidas e sob uma suposta “harmonia racial”, como eram chamadas as relações de concubinato. Ou seja, eis aí mais um dos efeitos da colonização e da colonialidade nas narrativas que são construídas, que é a distorção, naturalização e apagamento de inúmeras violências, que tentam criar uma alienação no ouvinte, a ponto de não conceber tais práticas como violências.

Essa violência racial que sustenta a violência sexual às mulheres negras e indígenas já carregava consigo uma narratividade biopolítica que se desdobraria séculos à frente, que é o mito da fragilidade feminina. A mulher concebida através do seu sexo biológico por uma ideia de fragilidade, ideia alicerçada em um processo que nomeado de colonialidade de gênero, que cria uma hierarquia entre o sexo e a

raça sob uma concepção biológica, conceito que esmiuçaremos mais a frente, de acordo com o que disserta Lugones (2008).

Carneiro (2011) destaca que esse mito de fragilidade feminina foi construído apenas para um grupo específico de mulheres. Mulheres brancas, burguesas e escolarizadas, e justificaria uma “proteção paternalista” por parte da figura masculina para como a mulher, mas também legitimava uma “proteção” disfarçada de opressão. O que Carneiro (2011) chama atenção, é que as mulheres racializadas estavam fora desse mito de fragilidade feminina, pois não eram vistas como mulheres, construindo-se uma concepção universal de mulher totalmente racializada e essencialista, de forma que as mulheres negras e indígenas foram situadas fora dessa concepção. Se não eram vistas nem como humanas, como poderiam ser reconhecidas como mulheres?

Nós mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas. Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar (CARNEIRO, 2011 p. 1).

Nesta citação, Sueli Carneiro faz duas críticas muito contundentes, que desdobraremos nesta seção, que é a questão da concepção de mulher universal, se tratando de uma concepção de gênero racializada, onde o feminismo hegemônico reproduz essa ideia, e o fato da condição diferenciada das mulheres pretas no que tange a questão do trabalho (reprodutivo e produtivo), algo que também se relaciona a essa concepção universalista de mulher.

O ponto de inflexão desta concepção não se trata de uma reivindicação de nós mulheres racializadas sermos circunscritas a essa concepção universal de mulher, até mesmo porque ela carrega opressões /dominações de gênero que legitimam violências e a dominação patriarcal sobre a mulher, o ponto em questão, é o fato desta concepção explicitar uma dimensão de gênero totalmente interseccionada ao racismo, e o reconhecimento da humanidade de mulheres racializadas. Esse é o ponto da questão!

Lélia Gonzáles (1988), na sua forma clara e objetiva de discorrer sobre a condição das mulheres racializadas na sociedade brasileira no seu trabalho: “*Por um feminismo afro latino-americano*” seguindo essa crítica universalista a concepção de mulher, nos nomeia na sua linguagem provocativa de “mulheres-exceção”, já que

somos excluídas da condição de mulher, tratadas como duplo-outro, nas palavras de Kilomba (2019), o oposto de dois sistemas estruturais de dominação na nossa sociedade : o oposto da branquitude e da masculinidade.

Nós mulheres não-brancas fomos 'faladas', definidas e classificadas por um sistema ideológico de dominação que nos infantiliza; Ao nos impor um lugar inferior no interior da sua hierarquia (apoiadas nas nossas condições biológicas de sexo e de raça) suprime nossa humanidade justamente porque nos nega o direito de sermos sujeitos não só no nosso próprio discurso como na nossa própria história. É desnecessário dizer que, com todas estas características, estamos nos referindo ao sistema patriarcal-racista (GONZÁLES, 1988, p. 14).

Neste sentido, González faz uma crítica a mais uma forma de desumanizar e expropriar as mulheres racializadas da nossa capacidade discursiva, de falarmos e decidirmos por nós mesmas, que é a infantilização. Pois não verdade o que é um infante? Alguém que já se pressupõe que não tem capacidade própria de se autogerir, e que pela sua condição, qualquer outra figura reconhecida como "adulta" pode responder por ele.

Isto me fez pensar que essa infantilização contribui bastante para a invalidação da nossa capacidade intelectual e ao desenvolvimento de qualquer outra atividade fora dos estereótipos racistas de gênero designados a nós, assim como elenca González (1984) da mãe preta, da doméstica e da mulata do carnaval. Estereótipos hiper sexualizados, subalternizados designados para a realização de todo tipo de trabalho visto como "sujo" - trabalho(s) não reconhecidos culturalmente e economicamente como importantes, dentre eles o setor econômico de serviços, onde se situam os trabalhos assistenciais na saúde (POCHMANN, 2019).

Essa hierarquização dos sujeitos, do gênero e também do trabalho reflete nada mais que a forma de estruturação social da visão de mundo eurocêntrica do colonizador, implementadas aqui por meio da colonização, e impregnadas e retroalimentadas nas nossas mentes e estrutura de conceber o mundo, por meio da colonialidade do poder (QUIJANO, 2005), onde nas palavras de Lélia González, se torna desnecessário dizer que neste tipo de estrutura, onde tudo e todos tem um lugar, uma casta determinada e fixa, não há espaço para a igualdade (GONZÁLEZ 2011 p. 47).

Isto nos auxilia a compreender a nossa organização societária no que tange ao trabalho, e à divisão sexual e racial do trabalho alicerçada aqui. Além das produções epistemológicas que ainda sofrem forte influência do

colonialismo/colonialidade. Hierarquias que garantem superioridade a grupos dominantes, grupos não só estratificados pela classe, mas também generificados e racializados.

González (2011, p. 19) traz um dito popular brasileiro, que traduz nitidamente a condição da mulher negra nesse país, tanto no que se relaciona a aspectos subjetivos, sexuais-afetivos, quanto às relações de trabalho: “*Branca para casar, mulata para fornicar, negra para trabalhar*”. Além de nos objetificar, hiper sexualizar e incutir em nós várias concepções limitadoras da nossa subjetividade, estas são concepções que atravessam a todas nós, mulheres racializadas, como negras e como brancas, no nosso processo de sociabilidade de subjetivação de tornar-se mulher, tornar-se negra, e de descobrir-se como branca, já que o branco, tido como o padrão de humanidade, racializou o outro, mas não foi racializado (MARCINICK; MATTOS, 2020). Para além disto, na questão do trabalho, no “*negra para trabalhar*”, precisamos problematizar: Que trabalhos? Ou, primeiramente, o que é reconhecido como trabalho? Sob que condições? E quais os trabalhos que essa sociedade racista, patriarcal e capitalista designa como sendo trabalhos de mulher preta?

Como diz González, é desnecessário dizer que a colonialidade atravessa também as relações raciais de trabalho, um sistema na qual as identidades sexuais e de gênero, são capturadas para formar as hierarquias e segmentação no mundo do trabalho, fomentando os ideais de dominação do sistema capitalista. Ou seja, uma colonialidade de gênero que incute vivências/experiências distintas para diferentes grupos de mulheres nesta sociedade regida pela matriz de opressão cis heteronormativa, racista, patriarcal e capitalista (AKOTIRENE, 2020), e isto não exclui a dimensão do mundo do trabalho.

Considerando-se estas problematizações que as autoras acima fazem, acredito ser de suma importância para este texto, pensando metodologicamente nos sujeitos dessa pesquisa que serão entrevistadas, como essa colonialidade no mundo do trabalho e da produção epistêmica, atravessa as experiências/vivências das mulheres negras da categoria profissional da enfermagem.

Na verdade, a importância de trazer Maria Lugones (2008) em seu texto: “*Colonialidade de Gênero*” confere-se como algo fundamental para este trabalho, até mesmo porque Quijano (2005) sendo a principal referência sobre colonialismo/colonialidade, não aprofunda a dimensão de gênero na sua produção,

algo que Lugones já o faz e de maneira interseccional, que é o tipo de discussão que nos interessa.

A partir disto, e pensando nas dimensões da colonialidade em Quijano (2005) imbricadas nas hierarquias de saberes e poderes na saúde, as profissionais de enfermagem negras sofrem os efeitos destas três dimensões: a) Da Colonialidade do Ser - pelo marcador racial, de gênero, classe e outros; b) Da Colonialidade do Saber- considerando os níveis de instrução dentro da própria categoria (clivagem interna da profissão) onde há profissionais de nível técnico, médio e de ensino superior, somando -se as hierarquias de saberes frente ao discurso médico; e c) Da colonialidade de gênero (LUGONES, 2008) - que associa-se às discriminações/opressões intragênero, onde podem se dar as opressões raciais, sobretudo na categoria da enfermagem, onde o perfil racial de mulheres é bem distinto entre profissionais de nível de instrução técnico/médio se comparadas às enfermeiras de nível superior (COFEN; FIOCRUZ, 2015).

Lugones (2008) afirma que as concepções de raça e gênero ganham significados a partir do poder capitalista eurocêntrico global. E é com base nestas relações de poder alicerçadas no gênero e no componente racial que se estruturam as relações de dominação/exploração no trabalho. Estas relações de dominação perpassam quatro âmbitos da vida humana: o sexo, o trabalho, a autoridade coletiva e a subjetividade/intersubjetividade (QUIJANO, 2005).

O olhar de Quijano pressupõe uma compreensão patriarcal e heterossexual das disputas pelo controle do sexo, seus recursos e produtos. Ele aceita o entendimento capitalista, eurocêntrico e global, mantém velado o entendimento de que as mulheres colonizadas, não brancas, foram subordinadas e destituídas de poder (LUGONES, 2008 p.62).

Sim! De fato, nós mulheres racializadas estamos tomando de volta o poder discursivo que nos foi expropriado, assim como diz Kilomba (2019) quando se refere ao uso da máscara como instrumento de tortura no trabalho escravizado e dos nossos bens que nos foram expropriados com esse regime de trabalho, mas que moralmente eram nossos por direito, afinal, eram os negros que realizavam todo o trabalho.

A colonialidade do poder introduz uma classificação universal básica da população do planeta pautada na ideia de "raça". A inserção da "raça" é uma guinada profunda, um giro, já que reorganiza as relações de superioridade e inferioridade estabelecidas por meio da dominação (LUGONES, 2008, p. 63).

Esta afirmação dialoga com o que disserta Mbembe (2018, p. 28) quando diz que a categoria “raça” trazida para a esfera das humanidades não passa de uma ficção útil, uma projeção ideológica, que criou humanidades subalternas e uma existência objetificada de acordo com os interesses ideológicos do capitalismo moderno para nomear humanidades não-europeias. Esse eurocentrismo do colonizador europeu elevou a Europa ao “centro do mundo” e ao seu povo como modelo universal de homem. Quando falo de centro, falo em todos os sentidos possíveis de dominação: cultural, política, epistemológica, religiosa e etc. Todas as humanidades não-europeias foram hierarquicamente estratificadas, portanto, a criação de identidades geoculturais e racializadas: “o europeu”, “o índio”, “o africano”, “as Américas” e outras, tratam-se de nomeações identitárias que reproduzimos até os dias atuais.

A produção do conhecimento dentro das ciências que se desenvolveram aqui também foi atravessada por este eurocentrismo e essa colonialidade, impostas como a única forma de racionalidade válida, como verdade absoluta e inquestionável. Algo que também subalterniza e hierarquiza formas outras de conceber o mundo e produzir conhecimento que não sejam as produzidas pelos povos europeus. A chamada nomeação do que é “A Ciência” e do que dito “não-científico” e de saberes populares (senso comum) está totalmente relacionada a esse atravessamento colonial nas epistemologias (LANDER, 2005). Trata -se de atravessamentos coloniais que impedem a validação de todo e qualquer conhecimento e cultura que não esteja de acordo com o modelo eurocêntrico, culminando na interdição da existência de multiculturalismos e múltiplas epistemes.

Esta expressão não foi inventada pelas pessoas do senso comum. Creio que elas nunca se preocuparam em se definir. Um negro, em sua prática de origem, não se definiria como uma pessoa “de cor”. Evidentemente, esta expressão foi criada para os negros pelos brancos. Da mesma forma, a expressão “senso comum” foi criada por pessoas que se julgam acima do senso comum, como uma forma de se diferenciarem das pessoas que, segundo seu critério, são intelectualmente inferiores. Quando um cientista se refere ao senso comum, ele está, obviamente, pensando nas pessoas que não passaram por um treinamento científico (ALVES, 2005 p.12-13).

Este sistema de dominação eurocêntrico que atua principalmente na dimensão da colonialidade do saber de Quijano (2005), estratifica a organização societária em dicotomias: superior/inferior, racional/irracional; civilizado/primitivo, tradicional/moderno. Assim como também estratifica quem são as humanidades que detêm a capacidade intelectual. Quem pode produzir ciência? Quem tem autoridade

discursiva para produzir conhecimento válido sobre algo? Falamos de um racismo epistêmico que também se relaciona intimamente com a valoração de “diferentes humanidades” a partir desta perspectiva racializada, vidas investidas de valor, e vidas descartáveis ao sistema capitalista, assim como postula a necropolítica de Achille Mbembe (2018), conceito que não abordaremos a fundo neste texto, mas que tem de fato seus atravessamentos pela colonialidade.

O conhecimento que é produzido é racializado. Algo que relaciona-se intimamente ao desenvolvimento da medicina no Brasil no período da primeira república, e das ciências que desenvolveram-se a partir dela, assim como a enfermagem por exemplo, organizada inicialmente no seu processo de profissionalização pelos médicos europeus e que foi institucionalizada com o modelo inglês de Florence Nightingale (PAIM, 2021). Processo no qual os saberes indígenas, africanos, das parteiras que realizavam as ações de cuidado em saúde dos doentes e pessoas asiladas nos hospitais, foram considerados a-científicos, subalternizados como conhecimentos e práticas de cuidado não válidas, práticas e saberes nos quais, as mulheres racializadas eram as protagonistas nestas atividades (GALVÃO; ALVES; RAMOS *et. al*, 2019).

Este processo de racismo epistêmico, que também está presente na organização social e sanitária da primeira república do Brasil, onde a enfermagem fez parte deste processo, será melhor esmiuçado no próximo capítulo, no qual falaremos da constituição da enfermagem no Brasil. Retomando Lugones (2008), esse sistema de gênero é alicerçado em um capitalismo eurocêntrico global que por meio da colonialidade realiza uma segmentação entre os sexos, que através disto, também constrói papéis sociais úteis aos interesses do capitalismo ligados ao biológico (sexo e raça).

Esse sistema de gênero também é uma concepção eurocêntrica, patriarcal, racista e cis heteronormativa, e construiu uma imagem de mulher ligada à concepção essencializante de “mulher universal”, frágil, passiva, fraca corporalmente e intelectualmente, e seu lugar de exercício de papéis sociais foi reduzido ao espaço doméstico, familiar, privado. Já as mulheres racializadas foram inscritas fora dessa concepção e sistema de gênero, uma vez que suas condições de vida, de trabalho, de maternar eram muito distintas das mulheres brancas.

Na verdade fomos desumanizadas e postas à margem desta concepção que valida o reconhecimento de ser mulher. A mulher negra desafia todos estes

constructos coloniais e eurocêntricos, por sermos o duplo outro, o oposto dos sistemas normativos de homem universal (KILOMBA, 2019). Neste sentido, a mulher negra quando retoma a sua capacidade de agenciamento político e não se silencia, ela desafia as estruturas ideológicas extremamente enraizadas na nossa sociedade, a branquitude, o sexismo, e o patriarcado.

As fêmeas excluídas por e nessa descrição não eram apenas subordinadas, elas também eram vistas e tratadas como animais, em um sentido mais profundo que da identidade das mulheres brancas, com a natureza, as crianças e os animais no sentido de seres “sem gênero” marcadas sexualmente como fêmeas, mas sem os atributos da feminilidade (LUGONES, 2008, p. 82).

Esta citação feita por Lugones mostra-se muito emblemática, para situar o lugar da mulher negra nas sociedades coloniais, essa condição de mulher sexualizada, mas sem atributos da feminilidade eurocêntrica, colonial e cristã, que construíram essa narrativa subjetiva do que é “ser uma mulher”, também é fortemente criticada no célebre discurso de Sojourner Truth: “*Não sou eu uma mulher?*” feito em 1851 na Convenção Nacional de Direitos das mulheres em Akron, Ohio nos Estados Unidos. As palavras de Sojourner são amplamente citadas em trabalhos acadêmicos que possuem um viés feminista interseccional e decolonial, e trago suas contribuições pois creio que seu discurso sempre nos traz algo novo para refletir.

Durante esta convenção, Sojourner sozinha levantou-se para falar, mesmo diante dos olhares reprovadores das outras mulheres e das palavras hostis que os homens que estavam presentes lhe dirigiram (DAVIS, 2018). Isso não foi suficiente para que Sojourner recuasse! Na época, no cenário político estadunidense, uma das pautas das mulheres brancas do feminismo hegemônico, era o sufrágio feminino, que primeiro foi concedido às mulheres brancas e burguesas (DAVIS, 2016).

Olhe para mim! “Olhe para o meu braço”, e levantou a manga para revelar a extraordinária força muscular do seu braço. Areia a terra, plantei e enchi os celeiros, e nenhum homem podia se igualar a mim! Não sou eu uma mulher? Eu podia trabalhar tanto e comer tanto quando um homem - quando eu conseguia comida - e aguentava o chicote da mesma forma! Não sou eu uma mulher? Dei a luz a treze crianças e vi a maioria ser vendida como escrava, e quando chorei em meu sofrimento de mãe, ninguém exceto Jesus me ouviu. Não sou eu uma mulher? (Discurso de Sojourner Truth 1851- PORTAL GELEDÉS, 2014).

O discurso de Sojourner critica essa visão universalizante de mulher, totalmente racializada e elitizada, atravessada também pela moral cristã, me refiro ao cristianismo como um sistema ideológico de dominação que também disputa

narrativas no campo político e societário. Sojourner, enquanto uma ex-escrava, explicita a perpetuação desta visão de “mulher universal” mesmo com o fim do regime escravocrata nos Estados Unidos, onde a situação das mulheres negras escravizadas no que tange à exploração para o trabalho, era em igualdade com a dos homens racializados, mas no que se refere à situação de opressão, estas tinham um lugar diferenciado, por ainda sofrerem a violência sexual de forma indiscriminada, como forma dos colonizadores explorarem a sexualidade e fecundidade destas mulheres e gerarem mais bens para os mesmos, as crianças que já nasciam na condição de escravidão, provenientes destes atos de violência.

Este esvaziamento da condição de mulher para as afro-americanas nos Estados Unidos era algo que podia ser exemplificado até mesmo pelos fatores motivadores desta convenção onde Sojourner discursou, o sufrágio feminino, na qual foi concedido às mulheres brancas, burguesas e escolarizadas em 1920 com a 19ª emenda à constituição estadunidense, e para as mulheres negras a conquista deste direito só foi possível em 1964, com a Lei dos Direitos Civis (DAVIS, 2016).

Aqui no Brasil, o direito a votar, serem votadas e legislar, foi concedido às mulheres somente em 1932 no Governo Vargas, em um cenário político de reforma constituinte e também de pressão no cenário internacional, visto que o Brasil, de certa forma concedeu este direito de forma tardia, em comparação com outros países, embora tenha sido o 3º da América Latina a realizá-lo, configurando-se também como algo que tratou-se de um dos efeitos da Revolução de 1930 (POLITIZE, 2016).

Não muito distinta da realidade estadunidense, no Brasil o direito ao voto também era atravessado por um marcador de classe e raça. As mulheres que usufruíram deste direito civil, eram as mulheres da classe média e das grandes elites sociais das áreas urbanas, escolarizadas, consideradas inteligentes, de comprovada idoneidade moral, exercendo profissão fora do lar, geralmente integradas a alguma associação feminina de fundo católico (ARAÚJO, 2003).

Mulheres brancas, oriundas das antigas classes senhoriais, que viveram o ócio proporcionado pela sociedade escravocrata; hierarquicamente superiores às demais, haja vista o critério de renda e riqueza em que se baseavam os valores norteadores da pirâmide social. Mulheres que foram tocadas, entretanto, pelo afã da campanha abolicionista, que as despertou de sua indolência e passividade, impelindo-as para novas lutas e conquistas, lançando-as para além do limitado espaço doméstico e familiar a que praticamente limitavam suas existências. Integradas à esfera da vida pública, partícipes das lutas políticas mais gerais de seu tempo,

desenvolveram maior espírito de sociabilidade e sentiram necessidade de ampliar seus conhecimentos e cultura (ARAÚJO, 2003 p. 134).

O Decreto nº 21076 de 24 de fevereiro de 1932, posteriormente inserido ao Código Eleitoral Brasileiro, regulamentou o alistamento e o processo eleitoral no país nos âmbitos federal, estadual e municipal, trazendo como modernização da legislação o voto universal e secreto. Que na verdade não foi tão universal assim, a lei só reconheceu como cidadãos e sujeitos políticos os brasileiros maiores de 21 anos, alfabetizados e sem distinção de sexo. Vejamos, somente com estes critérios estabelecidos em lei, o código eleitoral por si só já excluía um grande contingente populacional, principalmente no que tange a questão da escolarização, um dos principais déficits entre as camadas mais pobres e entre a população negra.

Então a que mulheres a legislação se refere quando fala da conquista do sufrágio feminino? O direito ao voto não se disse universal? Será que aqui no Brasil, esta não foi mais uma manifestação explícita de que a luta política pelo sufrágio feminino não atendeu, e reproduziu a concepção de “mulher universal”?

[...] ficaram excluídas as mulheres das camadas sociais urbanas economicamente desfavorecidas, como operárias das fábricas, empregadas no comércio, as funcionárias públicas de escalões inferiores, as donas de casa pobres, as integrantes de movimentos sindicais e as de partidos operários (ARAÚJO, 2003 p. 134).

As sufragistas brancas e burguesas foram motivadas pela necessidade de emancipação política e também intelectual, já que a opressão de gênero à época negava a capacidade intelectual da mulher branca e ainda a fixava no papel de gestora única do lar, das atividades domésticas, da disciplinarização moral dos filhos, todos orientados pela moral cristã. Papel social que ainda vigorava mesmo com a conquista das mulheres na ocupação da cena pública no trabalho produtivo.

Inclusive, neste período histórico, as então ditas “ciências” das teorias evolucionistas, afirmavam discursos ultramente sexistas em provar uma suposta inferioridade da mulher, recorrendo a substratos biológicos da anatomia do cérebro feminino em comparação ao cérebro do homem, afirmando serem os homens mais evoluídos e com maior volume e circunvoluções, e as mulheres, como seres inferiores ao sexo masculino (ARAÚJO, 2003).

A conquista do direito ao voto “universal” causou transformações parciais ao papel social da mulher na sociedade brasileira, sobretudo a mulher de identidade racial branca e das classes burguesas, com a posição de assumir mais uma função,

a vida política. Coube a estas atuar no mundo moderno capitalista com dupla função: “*a dona de casa e educadora dos filhos e a da cidadã consciente dos seus deveres e responsável pelo destino da pátria*” (ARAÚJO, 2003 p. 141).

Contudo, esta emancipação política não significava que estas mulheres estariam livres da opressão capitalista da responsabilidade pelo trabalho reprodutivo também. A conquista do sufrágio não gerou transformações profundas no lugar social destinado à mulher neste período sócio histórico. As sufragistas brancas e burguesas tiveram que barganhar nestes jogos de mudanças de papéis e aquisição de direitos políticos, civis e trabalhistas, afinal, na história da humanidade, se pudermos observar com atenção, nós mulheres tivemos que barganhar muitas coisas para conquistar nossos direitos, que podemos dizer que, nunca foram concedidos pura e simplesmente sem haver contrapontos.

As mulheres não escolarizadas, pobres, negras, trabalhadoras domésticas, das fábricas e residentes de áreas rurais, permaneceram à margem, ou melhor, nem foram reconhecidas politicamente como mulheres e nem cidadãs, pois o próprio código eleitoral não dizia que o voto era universal? O que podemos observar, é que não foi tão universal assim, ademais, a legislação brasileira apresenta uma série de discrepâncias com o que de fato é vivenciado na realidade social, principalmente no que se refere ao princípio constitucional de “igualdade de todos perante a lei”. Isso, já estamos fartos de saber! Que esta “democracia” é um tanto limitada.

Para então as mulheres das elites, as sufragistas que finalmente conquistaram o direito ao voto e a serem votadas, alcançaram a emancipação política e seguiram rumo a caminhada da emancipação intelectual, mas por outro lado, foram “presenteadas” pelo capitalismo moderno com o acúmulo de funções, com a manutenção do ideal familista e sexista que ainda afirmava a mulher em uma responsabilidade moral pelo cuidado do lar.

E pergunto: E as mulheres pobres e racializadas, permaneceram em que condições de vida? Ainda mais exploradas pelo capitalismo no trabalho reprodutivo e produtivo, ocupando postos de trabalho, já que em sua maioria as não escolarizadas, não conseguiam competir em igualdade nem com as mulheres brancas das elites, e muito menos com os homens, ademais, nem foram reconhecidas como mulheres, e permaneceram sem direitos civis e políticos. Com essa reprodução da concepção de “mulher universal” retomo o ato de coragem de Sojourner Truth, que apesar de ter ocorrido em décadas anteriores e no contexto

estadunidense, traz inúmeras simetrias com o *lócus* social da mulher negra no Brasil.

As palavras hostis que Sojourner teve de enfrentar quando se levantou a falar e dos prováveis insultos e xingamentos proferidos pelos homens do local não a silenciaram, de fato algo que também é comum nos dias atuais na sociedade brasileira, pois na maioria das vezes quando uma mulher negra se levanta para falar as verdades inaudíveis que as estruturas dominantes dessa sociedade não desejam ouvir, surgem inúmeras tentativas de silenciamento. E as tentativas podem se configurar de diversas formas: pela invalidação das nossas pautas, pela negação da nossa capacidade crítica, política e intelectual e até mesmo pela violência física, em tirar nossas vidas estritamente.

No entanto, o ato de Sojourner traz luz à necessidade de coragem de nós mulheres pretas de nos pronunciarmos de distintas formas, visto que, ao mesmo tempo que nesse passado não tão distante era esperado de uma mulher preta uma postura de silêncio e subserviência, há também um outro lado desta estereotipia racista de gênero, pois hoje, com a difusão das discussões trazidas pelo feminismo negro, é esperado de nós, que sejamos os sujeitos que sempre tenham algo a dizer no que se refere ao racismo.

É endereçado a nós que sejamos os sujeitos que assumam essa postura de rompimento com os pactos de silêncio denunciando estruturas da nossa sociedade totalmente enraizadas. O ponto na qual desejo chegar, é que essa construção narrativa sobre a nossa subjetividade, também nos fixa e nos engessa em um lugar que joga no nosso colo a responsabilidade de nos pronunciarmos a respeito de tudo na qual ninguém deseja dizer e enfrentar os desconfortos que o que é dito possa trazer. No sentido de: “Não desejamos falar sobre isso. Ok! Vamos deixar isso para uma mulher preta falar!”.

A identidade de uma mulher negra desestabiliza categorias identitárias construídas para estabilizar e assegurar a manutenção de um sistema histórico e sociocultural marcado pelo racismo e pelo sexismo (SANTOS; DIAS 2019 p.16).

Sim! Mas a que custo essa desestabilização traz para as nossas vidas e para a nossa saúde mental? O discurso de Sojourner traz também outro ponto importante de reflexão, além de criticar essa “visão universal de mulher”, como diz Lugones (2008 p. 82): “*marcadas sexualmente como fêmeas, mas sem os atributos da feminilidade*”, pode ser facilmente distorcido e cair sobre nós um efeito contrário

desta estereotipização, de sermos fixadas como mulheres fortes o tempo todo, que suportam tudo e que são dotadas de grande resiliência para todas as situações nas quais envolvem o sofrimento humano. Isso também não é uma forma de nos desumanizar?

Sim! Precisamos considerar o fato de que as discriminações interseccionais e a retomada do agenciamento político da mulher negra tratam-se de processos que forjaram a nossa construção subjetiva não somente enquanto mulheres mas como seres humanos, inclusive com inúmeros efeitos para as nossas relações interpessoais, nossa autoimagem e para a nossa saúde mental. Por outro lado, o que desejo explicitar, é que estas estereotipias racistas que incidem sobre as mulheres racializadas, também essencializam um “ser mulher negra”, padronizando-nos e restringindo a possibilidade de validação da existência das nossas singularidades, mesmo compartilhando experiências raciais entre o nosso próprio grupo.

Esses efeitos desumanizantes e essencializantes, das narrativas que são feitas sobre nós remetem-me ao discurso da personagem Camila, interpretada pela atriz Jéssica Ellen em diálogo com sua mãe, a personagem Lurdes, interpretada pela atriz Regina Casé na “*Novela Amor de Mãe*” exibida nos anos de 2020-2021 na TV Globo. Discurso de grande repercussão, amplamente viralizado em diversas mídias da internet, e que repercutiu também em nós mulheres negras que nos identificamos com o discurso de desabafo da personagem:

O problema é esse. Eu sempre vou ter que ser forte. Sempre! Eu tenho que ser forte porque a gente é pobre e eu quero estudar. Aí eu tenho que passar de primeira, porque eu não posso perder nenhuma chance. Nenhuma! Eu tenho que ser forte porque eu sou mulher e pra mulher tudo é mais difícil. Tem que aguentar sempre um babaca olhando para o meu peito ao invés de prestar atenção no que eu tenho a dizer. Eu tenho que ser forte porque eu sou preta e a gente vive num país racista. Eu tenho que ser forte porque eu sou professora. Porque ...eu tentei ajudar meus alunos, eu tomei um tiro, eu tenho que ser forte... Eu estou cansada, mãe! Eu estou cansada. Eu estou cansada de ser forte. Eu não vou poder ser fraca? Nem um dia? Nem uma vez na minha vida?

Lurdes responde: – Olha pra mim. Tu vai ter que ser forte. Tu não pode fraquejar. Ainda não dá pra ser fraca. Nesse mundo que a gente vive, não dá. Eu não aguento isso. Em tudo você tem que ser a melhor, passar em primeiro lugar. Isso me dá raiva. Por que tem que ser assim? Mas é assim. A gente tem que continuar assim, aproveitando cada chance da vida. Por que tem que estar o tempo todo assim? Porque a gente não é gente, não. A gente é sobrevivente. Ainda mais pra nós, para a mulher, é muito mais difícil. Ainda mais tu, da tua cor. Como eu queria que ninguém te julgasse pela cor da tua pele. Mas ainda não dá. A gente tem que continuar empurrando o mundo, mesmo ele sendo muito pesado, empurrando pra ele

mudar. Tu virou uma professora. Tá educando um monte de menino, pra mudar o mundo. E se a gente for bem forte, a filha desse aí que tá na tua barriga vai poder fraquejar. Por enquanto não dá, não, filha. (Amor de mãe Camila faz um desabafo emocionante " Eu não quero ser forte" YOUTUBE, 2020).

O discurso da personagem Camila me leva a pensar que, talvez, pelas nossas experiências de mundo nessa sociedade na qual cotidianamente temos que lidar com o racismo, o sexismo, o patriarcado, o capitalismo e etc., nós mulheres racializadas estamos sempre tentando adiar situações nas quais podemos nos permitir sermos “fracas”. Até mesmo porque, assim como Camila, muitas vezes as nossas vivências não nos permitem isso.

Retomando ao cenário sociocultural e político estadunidense a que o discurso de Sojourner Truth faz menção, denunciando o lugar diferenciado das mulheres racializadas, até mesmo na conquista de direitos civis, como por exemplo o direito ao voto, a mesma também faz uma crítica ao feminismo hegemônico protagonizado por mulheres brancas. Esse mesmo feminismo que no século XX nos Estados Unidos, lutou por direitos trabalhistas igualitários aos dos homens, ou melhor, direito da mulher de trabalhar fora de casa, no trabalho produtivo. Mas de que mulheres estamos falando? Isso se aplica a todas as mulheres, ou somente às circunscritas à condição de “mulher universal”?

As mesmas, que protagonizaram o feminismo hegemônico e difundiam essa ideia de “mulher universal”, pois foram incapazes de deixar de olhar para si mesmas e seu mesmo grupo racial e de classe, e enxergar que as suas experiências de vida não eram unânimes em todos os grupos que compunham a população feminina. Se é que concebiam a existência de outros grupos, com outros marcadores raciais e de classe. Estas mulheres eram as mulheres brancas, burguesas, escolarizadas e moradoras das regiões urbanas.

Podemos observar que estas mulheres do feminismo hegemônico, neste quesito, foram condescendentes com o sexismo racializados, e displicentes com outras mulheres que, embora racializadas, compartilhavam com as mesmas o marcador de gênero. O próprio movimento feminista hegemônico reforçou hierarquias coloniais de gênero, invisibilizou outras identidades de mulheres e reforçou a ideia de “mulher universal” somente a si mesmas.

Este é um dos pontos de separação dos movimentos feministas para que Díaz-Benítez e Mattos (2019) nos chamam atenção, quando afirmam que este feminismo hegemônico gerou uma série de inflexões ao não considerar a realidade de vida de outras mulheres das quais não compartilhavam com as mulheres brancas e burguesas o privilégio racial e de classe. Não houve validação política de pautas que não eram as suas, e acabaram por olhar para os seus próprios interesses e manutenção de privilégios interseccionais.

É neste cenário dentro do contexto sociopolítico estadunidense, que estas inflexões fomentaram o levante e organização do feminismo negro, visto que, este lugar de outridade da mulher negra, na qual suas pautas eram invisibilizadas pelos homens do movimento negro que reproduziam o machismo, e a negligência do fator racial no feminismo hegemônico que acabavam por fortalecer o sistema racista (DÍAZ- BENÍTEZ; MATTOS, 2019).

Neste cenário, eu realmente chego a questionar se as mulheres do feminismo hegemônico de fato não enxergaram a realidade de mulheres racializadas, ou não desejaram abrir mão dos seus privilégios raciais e de classe, uma vez que pensar a si mesmas nestas relações intragênero demandaria confrontar-se com os efeitos subjetivos que a branquitude proporciona e que provavelmente nunca antes haviam se dado conta, que é o pensar a si mesma enquanto branca, visto que o branco é o sujeito na qual antes não era nomeado, racializado, nomeou o outro como racializado, mas não a si mesmo (MARCINICK; MATTOS, 2021).

Tal processo crítico de reflexão por parte das feministas brancas remeteria a uma tensão racial diante desta temática, ao que Robin Diangelo (2019) refere-se como fragilidade branca, que consiste na dificuldade do sujeito de identidade étnico-racial branca de confrontar a si mesmo em termos raciais (por vezes nem desejar fazer isto) e de lidar com a discussão da temática racial toda vez que ela emerge em algum contexto de discussão.

Eleitos por esse sistema como moralmente superiores a outras identidades étnico-raciais (HASENBALG, 1979), pensar a si mesmo como perpetuador de um sistema de opressão/discriminação racial, causá-los-ia uma ferida moral, uma ferida narcísica, tocando-os em um lugar deverás inusitado, visto que a instalação e perpetuação do sistema racial sempre colocou pessoas brancas em posições de poder, de autoridade legal e institucional, ou melhor, não os colocou, sempre estiveram lá, e herdaram estes atributos como herança transgeracional (DIANGELO,

2019). É que a brancura, trouxe-lhes os privilégios de nunca serem questionados moralmente a respeito de nada, pois a sua cor já os investe de aprovação em todos os espaços sociais nas quais interagem.

No que tange ao privilégio racial e de classe que causou um dos pontos de inflexão no movimento feminista do século XX nos Estados Unidos, as mulheres brancas, escolarizadas, burguesas de áreas urbanas queriam ter o direito de conquista de adentrar ao trabalho produtivo conquistando as ruas, sob condições trabalhistas igualitárias às dos homens brancos, mas por escolha! Enquanto que as mulheres racializadas, as afro-americanas, já atuavam no espaço público e privado realizando o trabalho produtivo e reprodutivo desde o período escravocrata, não por escolha, mas por necessidade de subsistência. Ou melhor, o trabalho reprodutivo no espaço privado que era visto pelas mulheres brancas como opressão por serem situadas nesse papel social, muitas vezes centrava-se somente no trabalho neste espaço, era um ambiente protetivo para as mulheres escravizadas e ex-escravas, pois alí podiam ser elas mesmas e estavam mais protegidas de vivenciar a violência racial interseccionada à sexual (DAVIS, 2016).

É verdade que a vida doméstica tinha uma imensa importância na vida social de escravos e escravas, já que lhes propiciavam o único espaço em que podiam vivenciar verdadeiramente suas experiências como seres humanos (DAVIS, 2016 p. 29).

As mulheres negras, entretanto, pagavam um preço alto pelas forças que adquiriram e pela relativa independência de que gozavam. Embora raramente tenham sido apenas "donas de casa", elas sempre realizaram tarefas domésticas. Dessa forma, carregavam o fardo duplo do trabalho assalariado e das tarefas domésticas (DAVIS, 2016 p. 233).

É neste sentido que Carneiro (2011) fala que as mulheres negras não entenderam nada quando as mulheres brancas e burguesas reivindicavam a pauta do direito a trabalhar fora. A conquista deste direito pelas mulheres brancas implicaria em mudanças substanciais nas condições de trabalho das mulheres racializadas, visto que, por terem o privilégio racial, de classe e terem escolarização, ocupariam os melhores postos de trabalho então destinados às mulheres (não significa que iriam competir igualmente com os homens), e os postos de trabalho devolutos, de baixa remuneração e que baixa escolarização, seriam destinados às mulheres negras. Falo tanto dos trabalhos na esfera produtiva, quanto na esfera reprodutiva, pois com o adentrar das mulheres brancas no espaço público, houve a

necessidade do trabalho reprodutivo nas casas das famílias brancas ser realizado por alguém.

Sair de casa para as mulheres privilegiadas implicaria que outras mulheres menos favorecidas trabalhassem para elas como empregadas domésticas e babás, justamente cuidando dos filhos e das famílias brancas, e por sinal, oferecendo menos tempo às suas próprias famílias. A tal 'desorganização' e 'abandono' das mães negras para seus filhos seriam nada mais do que produto da extrema desigualdade - e não uma característica da própria raça (DÍAZ-BENÍTEZ; MATTOS, 2019 p. 72).

A respeito dessa negligência com a pauta racial no feminismo hegemônico, Maria Lugones traz contribuições que são pertinentes de serem trazidas, ela afirma que:

Elas não se ocuparam da opressão de gênero de mais ninguém. Conceberam "a mulher" como um ser corpóreo e evidentemente branco, mas sem explicar essa qualificação racial. Ou seja, não entenderam a si mesmas em termos interseccionais [...] Como não perceberam essas diferenças profundas, não viram nenhuma necessidade de criar coalizões (LUGONES, 2008 p. 83).

Não viram necessidade, ou melhor, não se interessaram por criar coalizões, conscientemente ou intencionalmente, essas ausências de tentativas de criar coalizões manteriam-nas na estrutura de privilégio racial diante de outros grupos de mulheres racializadas.

As estruturas de poder da branquitude fizeram com que desde os primórdios da socialização os sujeitos brancos fossem reforçados desse lugar de poder (DIANGELO, 2019), de forma que, se eu sou reforçado a minha vida inteira a respeito de um suposto lugar de superioridade e validação discursiva em todos os níveis e contextos de interação humana, não tendo vivenciado nenhuma dificuldade com isto e /ou distinção de tratamento nos espaços sociais por quem eu sou, é muito esperado, e digo até compreensível, que eu nunca tenha me questionado acerca da minha racialidade.

Relacionado a isto, Bento (2014) traz um conceito que converge bastante com essa crítica ao feminismo hegemônico, e que também é possível de observar em dinâmicas interacionais dentro de outros grupos que vivenciam discriminações interseccionais, como por exemplo o debate racial dentro da própria população LGBTQIA+, que é o conceito de indignação narcísica, na qual, o sentimento de indignação de um sujeito com opressões e violações de direitos só ocorre quando se manifesta dentro do grupo identitário ao qual eu me identifico subjetivamente (BENTO, 2014).

Algo que se torna extremamente delicado e que fragiliza a perspectiva interseccional, e que precisamos tomar cuidado com, inclusive dentro do movimento feminista negro. Pois, se eu só considero válidas pautas, opressões/discriminações e violações somente quando o alvo é o meu grupo de pertença, facilmente eu posso reproduzir e fomentar a perpetuação de discriminações e opressões a outros grupos identitários. Como, por exemplo, se nós, as feministas negras reconhecemos como mulheres, somente as mulheres negras e brancas cisgênero. Apesar de compartilharmos a experiência racial e de identidade de gênero, se a indignação narcísica está em voga, certamente neste exemplo estaremos contribuindo e reproduzindo a transfobia, caracterizando-se como um tipo de discriminação/opressão intragênero.

O que as feministas brancas não enxergaram é que compraram o discurso do colonialismo e do capitalismo, que as submeteram as mesmas opressões de gênero das mulheres racializadas, mesmo tendo mantidos os seus privilégios raciais e de classe, que as circunscrevem em uma subjetividade de pureza, fragilidade e passividade sexual e intelectual, em um papel social de as responsáveis exclusivas pela reprodução e pelo trabalho reprodutivo no ambiente privado. Mesmas águas de opressão e dominação que submergem a nós mulheres negras, mas com adicional da opressão racial, que faz com que vivenciamos as experiências de gênero (o trabalho, o maternar, a sexualidade, os relacionamentos afetivos e outros) de forma totalmente distinta, racializada.

Trago estas problematizações, para na verdade explicitar que o lugar social das mulheres racializadas no que tange a concepção colonial de gênero racializada, intrinsecamente relacionada à produção de efeitos para desigualdades no campo do trabalho, nas condições de trabalho, e em quais trabalhos nos quais são ocupados por distintos grupos étnico-raciais (divisão sexual e racial do trabalho), e sobre relações de poder intragênero, nas quais precisei me atentar neste trabalho, aos componentes raciais e de classe que podem se manifestar nas relações intragênero na categoria profissional eleita para ser entrevistada.

Tratam-se de dinâmicas relacionais que carecem de análise emergidas nos discursos das entrevistadas quando indagadas a respeito das suas percepções sobre a existência ou não de hierarquias de saberes e como se davam as relações dentro da própria enfermagem, considerando-se que majoritariamente os cargos de chefia na enfermagem são ocupados por mulheres brancas, que possuem ensino

superior, e as técnicas e auxiliares, mulheres negras de formação de nível médico – técnico, tal como já citamos anteriormente sobre a clivagem interna da profissão.

Tendo pontuado esses marcos históricos no feminismo negro e a necessidade de uma sensibilidade analítica para a existência de discriminações/opressões intragênero, solidificamos a problematização sobre a distinção das experiências de gênero de forma racializadas, experiências estas que também inferem nas relações de trabalho, sobre as quais desejo dissertar um pouco mais a respeito.

Patricia Hill Collins, socióloga e figura de destaque na literatura feminista norte-americana e no mundo, inclusive com uma série de impactos das suas produções aqui nas pesquisas acadêmicas de humanidades no Brasil, destaca que é extremamente necessário o desenvolvimento de mais pesquisas de orientação feminista negra que investiguem o impacto das intersecções de raça e gênero nas experiências de trabalho das mulheres negras da classe trabalhadora (COLLINS, 2019).

Neste sentido, reforçando a importância desta temática para a produção científica, Collins traz o termo “mulas do mundo” utilizado por Zora Neale Hurston, a quem faz referência em seu texto, para demarcar o lugar de exploração e subalternização da mulher negra no mercado de trabalho (COLLINS, 2019), onde o termo faz referência também ao processo sócio histórico-cultural e econômico vivenciado nos países colonizados, que manifestam seus reflexos da exploração e subalternização de populações racializadas e generificadas, até os dias atuais na sociedade neoliberalista, tendo como símbolo desta exploração, a mulher negra, que situa-se na base da hierarquia da pirâmide social brasileira (MARCONDES, et, al, 2016). Assim como exemplifica Patrícia Hill Collins: “mulas” no mercado de trabalho. Como objetos desumanizados, as mulas são máquinas vivas e podem ser tratadas como parte da paisagem. As mulheres plenamente humanas são facilmente menos exploradas” (COLLINS, 2019. p. 99).

Para além dos efeitos desse processo sociocultural e econômico, Collins deseja chamar atenção para as desigualdades raciais e de gênero no trabalho que auxiliam na formação da divisão sociosexual e racial do trabalho principalmente nos países terceiro mundistas submetidos ao processo de colonização europeia e que vivenciam a atualização desta na colonialidade nas relações macro e micro institucionais no campo do trabalho/produção.

Onde, nesta teia complexa de relações de poder imbricadas e marcadores sociais de raça, gênero, classe e sexualidade, inferem também uma série de aspectos subjetivos desta subalternização, visto que, em uma sociedade capitalista, racista e sexista, o trabalho de um sujeito, ou melhor, não só a atividade que ele exerce, mas como a exerce e que posição que o mesmo possui, o seu trabalho é tratado como definidor de quem aquele sujeito é, e de como será tratado nesta sociedade, em termos de acesso a bens, serviços, direitos, acesso a espaços culturais e institucionais, na verdade, a permissividade e tolerância de pessoas racializadas ocuparem espaços culturais e institucionais.

E nós sabemos, que aqui no Brasil, como um país racista, sexista e misógino que somos, a sua função laboral, a sua classe, o seu lugar de moradia, é definidor de como você será tratado nos locais de interação social e principalmente em espaços nos quais possam haver situações de conflito racial e/ou de classe deflagrados pela corriqueira pergunta: “*Você sabe com quem está falando?*” E é neste sentido que Collins (2019) destaca os padrões gerais de desigualdade racial e de gênero no que tange ao mundo do trabalho e a posição das trabalhadoras negras nele.

Outro aspecto que a autora nos chama atenção, refere-se aos padrões normativos de família, e suas implicações para a sobrecarga de trabalho de mulheres negras. A mesma afirma que, esse ideal tradicional de família, formada por casais heterossexuais, racialmente homogêneos, que geram filhos biológicos, e que esse ambiente familiar é o refúgio privado do mundo público, trata-se de um padrão familiar branco e cristão, atravessado pela colonialidade e o padrão civilizatório europeu, muitas das vezes reconhecido como o único arranjo familiar validado como família (COLLINS, 2019).

Esse modelo perpassa também uma divisão sexual do trabalho relativamente fixa, de acordo com os papéis sociais definidos pelo sexo biológico. Ideal este que naturaliza a divisão sexual e racial do trabalho na esfera privada, e na transplantação dela para a pública, de forma que qualquer arranjo familiar e /ou papel social e/ou função laboral que não esteja em acordo com o ideal familista europeu é tratado como não-normal, não reconhecido como família, e não reconhecido como trabalho.

Neste caso, a mulher negra no Brasil, transgride todos estes papéis normativos, uma vez que, é a população negra que apresenta um percentual

significativo, 63% das famílias chefiadas por mulheres negras com filhos menores de 14 anos localizam-se abaixo da linha da pobreza, contra 39,8% do mesmo arranjo familiar, mas chefiado por mulheres brancas segundo dados da Pesquisa Nacional de amostra de domicílios - PNAD 2018 (OBSERVATÓRIO DE DESIGUALDADES, 2020). É o que os estudiosos da área chamam de um movimento de despatriarcalização, que assume duplo efeito, já que, por um lado, desconstrói a influência patriarcal na constituição dos arranjos familiares, uma vez que são mulheres pretas que são as “chefes” de família, mas por outro lado aumenta o peso da responsabilidade e da sobrecarga de trabalho destas mulheres (reprodutivo e produtivo), de serem as únicas e/ou principais provedoras financeiras de suas famílias.

Quando considerados os dados referentes à crise econômica enfrentada desde 2015 e intensificada com a pandemia da Covid- 19, aumenta-se ainda mais o fenômeno da feminização da pobreza, onde as mulheres são as mais afetadas pela crise, em destaque as mulheres negras que são as chefes de família nos arranjos familiares de mulher sem cônjuge e com filhos menores de 14 anos, onde cerca de 63% destas famílias estão abaixo da linha da pobreza com base na análise do ano de 2020 (GÊNERO E NÚMERO, 2020; OBSERVATÓRIO DE DESIGUALDADES, 2020);

Este fenômeno da feminização da pobreza trabalha com análises estipuladas pelo Banco Mundial (menos de US\$1, 90 diários per capita em paridade com o poder de compra -PPC). A avaliação é feita com base na análise da distribuição uniforme entre todos os entes do domicílio na distribuição de recursos. Nestas análises, o arranjo familiar formado por casal heterossexual com filhos biológicos ainda é o padrão de referência, mas devido as mudanças culturais, comportamentais e econômicas, é impossível que pesquisas deste gênero, não considerem outros arranjos familiares e as suas implicações econômicas no que tange as disparidades de gênero e raça.

Com isto, o então chamado fenômeno da feminização da pobreza, precisa ampliar a sua nomenclatura para feminização e racialização da pobreza no Brasil, uma vez que, as mulheres negras, em diversas faixas etárias, trabalhadoras formais ou informais, participantes da população economicamente ativa ou não, são as que se situam na base da hierarquia social e que ao longo dos anos vem apresentando os

mais baixos e alarmantes indicadores sociais (OBSERVATÓRIO DE DESIGUALDADES, 2020).

Collins (2019) ratifica que este ideal familista eurocêntrico patriarcal que divide o trabalho reprodutivo e produtivo, não se aplica às mulheres negras. Pois sempre estivemos nos dois espaços, realizando o trabalho reprodutivo e produtivo compulsoriamente, sobrecarregando-nos ainda mais, já que esse ideal familista é altamente pactuado com o capitalismo que só reconhece como trabalho, aquele que é realizado na esfera pública, produtiva, que obtém remuneração, culminando por invisibilizar a sobrecarga de trabalho de trabalhadoras pretas, transformando-nos em “ menos femininas” e ‘menos mulheres” quando transgredimos estas construções narrativas de papéis sexistas e racializados.

Se observarmos as construções subjetivas que incidem sobre a mulher negra desde o período escravocrata até os dias atuais, sempre passaram pela questão do trabalho, visto que, além do trabalho braçal que as mulheres escravizadas realizavam em condições iguais que os homens negros, a nossa fecundidade e sexualidade também era explorada para produzir ainda mais bens aos senhores brancos, uma vez que, por meio da naturalização do estupro de homens brancos às mulheres pretas, os filhos gerados desta violência, que inclusive estas também não tinham direito sobre os mesmos, configuravam -se em mais bens para o senhor, já que o escravo (a) era uma vida comercializada, para venda, troca e etc. Ou seja, fazer com que estas mulheres gerassem ainda mais filhos, também era aumentar as riquezas de seus senhores, já que estas vidas foram transformadas em cripta viva do capital, como diz Mbembe (2018 p. 21).

Todas as garotas que eu conheço já estavam treinadas aos dez anos. No dia em que deixava de engatinhar a gente começava a lavar ,a cuidar das pessoas e a dar bronca. A partir do momento que uma garota conseguisse ficar de pé, começava a ser preparada para trabalhar (CLARK-LEWIS *apud* COLLINS, 2019, p. 113-114).

No que se refere ao trabalho doméstico, no fim do período de transição do trabalho agrícola escravizado para o trabalho “livre” doméstico, Collins (2019 p. 117) também nos chama atenção a outro ponto. no que tange a relação empregador - empregada, fazendo referência a Judith Rollins. A mesma diz que, no momento de contratação de uma trabalhadora negra, o seu desempenho profissional não era prioridade para conseguir aquele trabalho na casa das famílias brancas e burguesas,a prioridade para uma avaliação positiva desta mulher eram as

características da sua personalidade e o tipo de relação que poderia estabelecer com elas, fazendo referência a um termo chamado de deferência.

Este termo utilizado por Collins chamou-me atenção para os aspectos subjetivos que são projetados e esperados das trabalhadoras negras desse período. Esta deferência, diz de um posicionamento que mais do que ser esperado, é investido à subjetividade da trabalhadora negra por conta das construções racistas, sexistas que fixam a mulher negra em uma posição de inferioridade, desumana e esvaziada de intelectualidade, fala de um posicionamento de subserviência, de subordinação, justamente para dar permissividade para todo e qualquer tipo de opressão e /ou violências no contexto de trabalho á uma trabalhadora negra, desde o assédio moral e sexual, a outras violências, ou seja, todas práticas que trazem consigo ideologias de discriminação de gênero, raça, classe e outras, mas que tem como pano de fundo o racismo.

A mulher negra, ou melhor, a trabalhadora negra, indiferente nomenclatura, já que somos tão exploradas que falar trabalhadora negra configura-se em quase uma expressão pleonástica, é fixada na função laboral do trabalho subalterno, de forma que assim como fala González (1989) quando fala que uma mulher negra quando ascende socialmente, não está imune a ser alvo do racismo. Ou seja, mesmo quando esta mulher ascende socialmente, e não está em uma posição laboral de subalternidade, de chefia, de alta gestão por exemplo, as estruturas racistas a encontram.

Talvez de forma ainda mais persecutória e sutil, visto que uma trabalhadora negra em uma função laboral de saber- poder em cargo de liderança ou de trabalho intelectual, também promove inúmeros tensionamentos raciais, sobretudo em ambientes institucionais e corporativos multirraciais, onde os subordinados destas pessoas sejam pessoas brancas, ou até homens brancos. Nos resultados obtidos dessa pesquisa, na categoria 3.1 “*Quem é a enfermeira responsável? Não é ela*” pude trazer a experiência de uma entrevistadas que exemplifica, como funcionam estas dinâmicas de interações entre os profissionais de saúde, quando temos uma mulher negra, em uma posição de chefia de um setor.

Mas por que toco nessa questão? Pois uma trabalhadora negra em posição de poder e liderança contraria este lugar social e subjetivo que foi sócio historicamente construído à mulher negra enquanto um não- sujeito.

A deferência era importante, e as mulheres submissas que representavam bem o papel de serviçais obedientes eram mais valorizadas por seus empregadores independentemente da qualidade do trabalho[..] os empregadores recorriam a uma série de estratégias para estruturar a relação de poder no trabalho doméstico e solicitar a deferência que desejavam. Havia técnicas de deferência linguística, como abordar as trabalhadoras domésticas pelo primeiro nome, chamá-las de “meninas” e exigir que se referissem às patroas como “senhora” (COLLINS, 2019 p. 117-118).

Até mesmo estas técnicas de deferência linguísticas configuram-se como elementos para pensar o lugar social e/ou as condições de trabalho das trabalhadoras negras. Pois se observarmos, esta é uma prática muito corriqueira dentro de diversos contextos culturais, de se referirem às mulheres negras no trabalho como: “*A menina da limpeza; a menina da copa; a menina do almoxarifado; a menina que cuida das crianças; a menina que cuida dos idosos, a menina que faz a unha*” e etc. Todos esses chamamentos, ou melhor, não-chamamentos expressam conteúdos racistas e sexistas. Essas trabalhadoras não têm nome? Chamá-las de meninas também não é uma forma de infantilizá-las, de apagá-las? De forma que nem ao menos seus nomes são pronunciados? Então, por que sempre quando nos referimos a uma função de poder dentro de um contexto corporativo/institucional, o referimos pelo nome, quando não, pelo nome e sobrenome?

Um contraponto desta questão, são as formas de tratamento às pessoas brancas e de classe social mais abastada, de serem tratadas como “doutor” ou “doutora”. São formas de tratamento tão corriqueiras em diversos meios da sociabilidade na cultura brasileira, tão naturalizadas, que muitas vezes nem nos damos conta. Pois na verdade a naturalização é um dos efeitos que a colonialidade e o racismo produzem em nós, naturalização e a impossibilidade de crítica a questões que aparentemente são triviais, mas que no pano de fundo destas, há componentes racistas.

Neste aspecto, o campo nos mostrou que de fato essas formas de tratamento, a depender do caráter racial, classe e categoria profissional, realmente estão presentes nas relações intersubjetivas entre os profissionais da equipe multiprofissional, pois uma das entrevistadas traz exatamente essa forma de tratamento: “*O doutor*”, em seus relatos, como algo que parte tanto dos seus colegas de equipe, quanto por parte dos usuários. Esse aspecto é trazido no discurso de duas das entrevistadas para dar destaque à diferença de tratamento por parte dos

usuários dos serviços, com relação aos profissionais da enfermagem e da categoria médica.

Enfim, além das estratégias linguísticas, há também outras políticas para impor essa deferência, como a questão do uso de uniformes diferenciados, espaços de convívios sociais distintos (dormitórios, refeitórios, quarto de serviço, elevador de serviço e outras) que Collins (2019) destaca em seu texto. Políticas estas que em nada difere das aplicadas nas interações de trabalho interraciais atuais.

Pois bem, o desenho desta pesquisa e as especificidades de configuração do perfil da enfermagem no Brasil tal qual os dados divulgados pelo Cofen em parceria com a Fiocruz (2015), me levam a ter alguns cuidados no que se relacionou à análise metodológica dos resultados que foram levantados a partir dos discursos destas trabalhadoras. Como a enfermagem apresenta uma clivagem interna (BORGES; DETONI, 2018), ou seja, uma divisão com relação a níveis de instrução dentro da categoria, a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN; FIOCRUZ, 2015) nos mostra que o perfil racial na categoria é muito marcante, de forma que, entre os profissionais de formação de nível técnico/médio há uma predominância de mulheres (84, 7%) e (44, 5%) pardos, (12, 9%) negros, e quando se observa o perfil dos profissionais de ensino superior, a predominância também é de mulheres (86,2%) e o percentual é majoritariamente branco (57%), ou seja, os grupos que compõe a maioria da categoria, são de mulheres negras majoritariamente entre as profissionais de nível médio/técnico e mulheres brancas, no nível de instrução de ensino superior.

Isto relaciona-se a uma série de aspectos socioculturais e de acesso e condições de permanência da população negra no Brasil ao ensino superior. No caso das mulheres negras em específico, estas questões assumem ainda maior complexidade e variabilidade de fatores socioeconômicos, que não esmiuçaremos nesse momento do texto, mas que precisamos ter em mente a existência desta especificidade por hora.

Como um dos objetivos do estudo foi analisar a percepção de mulheres negras profissionais da enfermagem a respeito das hierarquias de saberes e poderes na saúde, e havendo esta divisão interna na própria categoria, antes da ida a campo considereirei a possibilidade de que esta hierarquia de saber já esteja presente entre a própria categoria, até mesmo pela configuração de diferentes perfis raciais distintos entre as enfermeiras de nível médio/técnico e de ensino

superior. Como também levantei a possibilidade de haverem elementos da violência racial a serem identificados nos discursos destas profissionais, visto que o perfil racial apresenta marcante embranquecimento à medida que o nível de instrução na categoria aumenta.

Os resultados do campo mostraram que essa divisão interna dentro da categoria de fato existe, mas com uma finalidade de organização do trabalho nos serviços, de forma que as enfermeiras de nível superior respondiam tecnicamente pelas auxiliares e técnicas. E não necessariamente essa divisão interna apresentava somente componentes da colonialidade nestas relações, os relatos das entrevistadas que serão expostos e analisados a frente, mostraram que existem tanto marcadores de colonialidade, quanto decolonialidade nestas relações, a partir da percepção das mesmas.

Como pesquisadora, isto me levou a conceber como análise necessária as possíveis discriminações intragênero dentro deste grupo. Neste sentido, Marcinick e Mattos (2020) destacam as dinâmicas discriminatórias intragênero, onde as mesmas discorrem a respeito da possibilidade de reprodução de violência racial dentro de um grupo que compartilha a mesma identidade de gênero, mas que com a intersecção de marcadores sociais e as experiências de gênero serem vivenciadas de forma distinta de acordo com a racialidade destas mulheres, é importante destacar que dentro de um mesmo grupo podem haver reprodução de lógicas de exploração e opressão continuadas.

Pensando nisso, como mulheres negras veem suas outras irmãs de classes sociais/posições sociais/funções laborais mais privilegiadas? De maior remuneração salarial e /ou reconhecimento social de seu trabalho? E até mesmo suas companheiras de trabalho de identidade racial branca, mas que compartilham da mesma categoria profissional apesar das disparidades dentro da própria categoria? Foram perguntas importantes para a análise posteriormente as coletas das entrevistas, sobretudo na categoria de análise número 2: *“Existe hierarquia sim! O enfermeiro é o líder e os técnicos e auxiliares estão sob sua supervisão”*

Como o campo nos trouxe elementos de colonialidade e decolonialidade nas relações intragênero entre as profissionais da categoria da enfermagem, o debate em torno da descolonização destas relações também continuou se fazendo necessário. Até mesmo porque o debate em torno da descolonização destas hierarquias de saberes na saúde é uma posição política estruturante da narrativa

desta pesquisa. A respeito disto, e da escrita como um ato político, trago uma contribuição de Grada Kilomba (2019):

Eu sou quem descreve minha própria história, e não quem é descrita. Escrever, portanto, emerge como um ato político [...] Enquanto escrevo, me torno narradora e escritora da minha própria realidade, a autora e a autoridade da minha própria história. Nesse sentido, eu me torno a oposição absoluta de que o projeto colonial predeterminou (KILOMBA, 2019 p. 28).

2.2 Racismos, divisão racial do trabalho e trabalhadoras negras

Raça é um marcador determinante da desigualdade econômica (ALMEIDA, 2019 p. 156)

Primeiramente faz-se pertinente pontuar que o racismo é um sistema de dominação que perpassa o setor econômico, suas relações de produção e por último, as relações de trabalho repercutindo na vida dos trabalhadores. Para falar de raça e economia precisamos resgatar o conceito de matriz de opressão de Akotirene (2019) já explicitado anteriormente, considerando a dimensão do capitalismo como um dos sistemas integrantes dessa matriz colonial quando nos referimos a relação racismo e economia, sendo o capitalismo um eixo que retroalimenta as relações de opressão e/ou dominação que se reatualizam no mundo do trabalho.

Falar de raça e economia é essencialmente falar sobre desigualdade [...] como a sociedade se organiza para produzir condições necessárias para a sua continuidade? Como o trabalho social é dividido? Qual o critério para definir o pagamento dos salários? (ALMEIDA 2019. p. 154).

A desigualdade configura-se, por sua vez, como um instrumento fundamental para a perpetuação do sistema capitalista, seja ele ancorado a raça, gênero, sexualidade, classe, nível de instrução, moradia e/ou a coexistência de todos estes marcadores simultaneamente.

A partir da captura destes marcadores sociais de desigualdade(s), é importante destacar a superexploração vivenciada por nós mulheres no sistema capitalista. As mulheres situam-se na base de sustentação deste sistema (FEDERICI, 2019a), uma vez que é endereçado a nós a responsabilidade pelo trabalho de cuidado na esfera reprodutiva quanto na produtiva como podemos observar na composição majoritária de mulheres nas categorias profissionais ligadas a assistência, nas quais situam-se no setor terciário da economia, setor de bens e serviços como saúde, educação, assistência social e etc (POCHMANN, 2020).

Uma responsabilidade que nos é endereçada como o lugar social construído por uma na narrativa sexista, binarista, familista monogâmica e sob ideais cristãos, que “constroem” uma identidade essencializada de mulher como uma aptidão social inata de cuidar do outro, sob concepções idealizadas de uma abnegação (FEDERICI, 2019 a b). Além da exploração sofrida no trabalho de cuidado produtivo,

os quais são as funções ocupacionais mais precarizadas, de menor remuneração, prestígio e/ou valor social considerando-se também pelo ponto de vista da divisão sexual do trabalho de Hirata e Kergoat (2007).

Esta estrutura social organizada de tal forma, introjeta em nós mulheres a função social de que devemos ser as responsáveis exclusivas pelo trabalho de cuidado reprodutivo e produtivo, e mesmo quando não compramos esse jogo discursivo, somos impregnadas pela ideia de gerar e cuidar de sujeitos para “formar indivíduos” para servirem ao capital (FEDERICI, 2019 a), realizando serviços que são essenciais para a manutenção da vida, para a formação de cidadãos que irão atuar no mercado de trabalho.

É o tal do trabalho invisível, não remunerado, exaustivo, recorrente, nomeado como “trabalho de amor” (FEDERICI, 2019 a), chamado de: “Trabalho doméstico”! Essa situação de superexploração se complexifica quando consideramos a realidade de vida das trabalhadoras negras brasileiras que realizam o trabalho de cuidado, onde estas representam uma parcela significativa da população que são chefes de famílias monoparentais, onde são as principais provedoras financeiras de seus lares (BIANCONI et. al, 2020).

Um dos exemplos materiais dessa superexploração de mulheres, em específico as trabalhadoras pobres e pretas e a elevada tributação custeada pelas mesmas na sociedade brasileira, um problema social que culmina na chamada feminização da pobreza, na verdade, na feminização e racialização da pobreza no Brasil, sobretudo neste país que possui a segunda maior carga tributária da América Latina (IMPOSTÔMETRO, 2019) e situa-se no 14º lugar no ranking dos países com as mais altas cargas tributárias do mundo (BOLETIM ECONÔMICO, 2020). Consiste em um exemplo material que Almeida (2019 p. 170-171) destaca em seu texto, fazendo menção a produção de Salvador (2014 p.26):

O racismo se manifesta no campo econômico de forma objetiva, como quando as políticas econômicas estabelecem privilégios para o grupo racial dominante ou prejudicam as minorias. Um exemplo disso é a tributação. Em países como o Brasil, em que a tributação é feita primordialmente sobre o salário e consumo - que pesa principalmente sobre os mais pobres e os assalariados - em detrimento da tributação sobre o patrimônio e a renda, que incidiria sobre os mais ricos - , a carga tributária torna-se um fator de empobrecimento da população negra, especialmente das mulheres, visto que estas recebem os menores salários (SALVADOR, 2014 p.26).

Esta questão da tributação é mais uma das formas de superexploração das trabalhadoras pretas e pobres que se perpetua e normaliza o empobrecimento da

mulher negra que já situa-se na base da pirâmide brasileira, considerando a hierarquia social homem branco, mulher branca, homem negro, e por último a mulher negra (MARCONDES, et. al. 2016).

[...] consiste no pagamento de remuneração abaixo do valor necessário para a reposição da força de trabalho e maior exploração física do trabalhador, o que pode ser exemplificado com o trabalhador ou trabalhadora que não consegue com o seu salário sustentar a própria família ou a faz com muita dificuldade, e isso independentemente do número de horas que trabalhe (ALMEIDA, 2019 p. 172).

Esta alta tributação custeada majoritariamente pelas trabalhadoras negras e pobres, está intrinsecamente relacionada a acesso a bens de consumo e a dificuldade de manter um padrão digno de vida e de possibilidade de mobilidade social, sobretudo pensando -se no alto custo de vida das principais metrópoles brasileiras como Rio de Janeiro e São Paulo por exemplo. A questão da tributação relaciona-se também à necessidade das trabalhadoras negras terem mais de um vínculo de trabalho, por vezes recorrer também ao trabalho informal, como forma de proverem os recursos materiais necessários às suas famílias, repercutindo no aumento do número de funções destas mulheres e conseqüentemente na carga de trabalho.

Não podemos perder de vista que esta superexploração de mulheres na esfera de trabalho reprodutivo e produtivo faz parte do projeto político-ideológico a serviço do capital, de forma que esta configura-se em uma das mãos invisíveis do capitalismo, na qual o racismo, sexismo e o patriarcado institucionalizam essa superexploração. Neste caso, as trabalhadoras negras da enfermagem, em específico as técnicas e auxiliares desta categoria tem nesta profissão uma oportunidade de rápida profissionalização e posterior inserção no mercado de trabalho, atuando em dois ou mais serviços como enfermeiras acumulando vínculos empregatícios para conseguirem se manter. Algo bastante comum entre a categoria onde cerca de 24 % das técnicas e auxiliares de enfermagem possuem mais de um vínculo de trabalho (COFEN; FIOCRUZ, 2015).

A alta carga de trabalho destas profissionais dificulta que as mesmas tenham oportunidades de acesso ao ensino superior, isso exemplifica uma das desvantagens de acesso da população negra em contrapartida aos privilégios raciais que a população branca usufrui, os quais apresentam melhores indicadores socioeconômicos.

[...] a universidade é um espaço de privilégio e destaque social - um lugar que no imaginário social produzido pelo racismo foi feito para pessoas brancas. O aumento de negros no corpo discente das universidades tem, portanto, impactos ideológicos e econômicos, pois, ainda que timidamente, tende a alterar a percepção que se tem sobre a divisão social do trabalho e a política salarial (ALMEIDA, 2019. p. 165).

Principalmente quando se tratam de universidades públicas, onde os critérios de seleção são mais rígidos e competitivos, por conta da alta procura por estas universidades, em especial os cursos integrais, que demandam que seus discentes tenham condições socioeconômicas de se manter durante a vigência do curso. Somente se dedicar à tarefa de estudar, é de fato um privilégio racial e de classe no Brasil, na qual as trabalhadoras negras em sua maioria não podem dispor, pois necessitam estar trabalhando para susterm suas famílias.

A questão de classe e raça perpassa inclusive o sistema de ensino superior privado, expressando uma comum contradição, pois, as universidades públicas que deveriam ter acesso mais democrático, possuem discentes que em sua maioria tem perfil socioeconômico e racial privilegiado, em contraponto aos discentes de universidades privadas, que trabalham paga se susterm e pagarem seus estudos visando galgar melhores oportunidades de emprego e com isso, mobilidade social.

Concluindo, no Brasil adentrar e permanecer no espaço universitário, quer de ensino público ou privado é um privilégio racial, de classe e também de gênero. Estudar e trabalhar (trabalho reprodutivo e produtivo) é a realidade de uma pequena parcela de mulheres negras que com muito custo tentam dar conta destas funções para galgar oportunidades ocupacionais e salariais melhores.

Outro aspecto de suma importância que se faz necessário discorrer, é a respeito das produções, condições e implicações subjetivas que o capitalismo produz e mantém.

É nesse sentido que, além das condições objetivas - e aqui referimo-nos às possibilidades materiais para o desenvolvimento das relações sociais capitalistas-, o capitalismo necessita de condições subjetivas. Com efeito, os indivíduos precisam ser formados, subjetivamente constituídos, para reproduzir em seus atos concretos as relações sociais, cuja forma básica é a relação mercantil. Nisso, resulta o fato de que um indivíduo precisa tornar-se um trabalhador ou um capitalista, ou seja, precisa naturalizar a separação entre Estado e sociedade civil, sua condição social e seu pertencimento a determinada classe ou grupo. Esse processo, muitas vezes, passa pela incorporação de preconceitos e discriminação que serão atualizados par funcionar como modos de subjetivação no interior do capitalismo (ALMEIDA, 2019 p. 168-169).

Nesta citação o autor fala de criar condições subjetivas para que os indivíduos internalizem uma naturalização das desigualdades, sobretudo a naturalização de mulheres e negros terem as piores condições de trabalho e de salário. Dentre estas construções subjetivas, também podemos citar a ideia de que o trabalho de cuidado é uma aptidão inata ligada ao sexo biológico, ao feminino, assim também como a ideia de subalternidade e desprestígio social do trabalho de cuidado realizado pelas trabalhadoras negras, fixando-nos nesta função social como a única possível para nós dentro do universo do trabalho, quer no reprodutivo ou no produtivo.

Dentro desta linha de discussão, Collins (2019, p. 104) fala que uma das necessidades subjetivas do capitalismo é de medir o valor de um sujeito pelo tipo de trabalho que ele realiza. Algo que é muito comum na nossa sociedade, afinal, a ideia de tornar-se um trabalhador já nos é apresentada, por vezes, antes mesmo do nascimento por meio de uma série de projeções que a família faz ao bebê antes mesmo de se ter conhecimento do sexo biológico da criança, como: “Se for menino vai ser jogador de futebol, ou será engenheiro, ou será um médico; seguirá os passos da família”; ou “ Se for menina será professora, será atriz” e etc. Tratam-se de projeções que nos são dirigidas como parte do processo identitário, subjetivo produzido discursivamente pelo capitalismo a fim de tornar-se um trabalhador.

Partindo para um outro ponto de suma importância a respeito dos racismos, faz-se crucial conceituar o racismo institucional, ainda mais se tratando de uma pesquisa na qual as profissionais convocadas a expressarem suas percepções e vivências nos trabalhos da assistência à saúde são mulheres negras e, pelo seu marcador racial, estão susceptíveis a vivenciarem o racismo institucional, uma vez que, esta é uma violência que também está presente nas instituições e equipamentos assistenciais do SUS (WERNECK, 2016), violência na qual tem como alvo não só os usuários dos serviços e seus familiares, como os trabalhadores da saúde. Com isto, o Racismo Institucional é definido como:

[...] o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem

no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (CRI, 2006, *apud* GELEDÉS, 2013 p. 11)

Este foi um dos temas abordados no roteiro de entrevista semiestruturada, onde foi perguntado a estas mulheres se já vivenciaram essa violência no cotidiano dos serviços na qual atuam ou já tenham atuado. Contextualizando com o cenário das entrevistadas, o Racismo Institucional fere os direitos humanos destas trabalhadoras, impedindo-as de gozarem de condições dignas de trabalho para exercerem sua atividade profissional em condições igualitárias a outros grupos étnico-raciais de trabalhadores, livre de qualquer tipo de violência ligada à raça, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, categoria profissional, etc., uma vez que quando estas violências ocorrem, estas aparecem sobrepostas por vários sistemas de opressão ligados a mais de um marcador social.

Desta forma, estas instituições legitimam a impunidade da ocorrência destas violências, invisibilizam e as naturalizam, sendo urgente que sejam realizadas continuamente ações de prevenção e combate da violência racial no meio institucional por intermédio de ações de educação permanente em saúde e outras estratégias, conforme as diretrizes do Guia de enfrentamento do Racismo Institucional (GELEDÉS, 2013), os princípios do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) e os objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à População Negra (BRASIL, 2017), na qual o combate do racismo institucional, não se refere somente a quando este é sofrido pelo usuário do SUS, mas também visa o combate e prevenção desta violência aos trabalhadores deste sistema.

2.3 Trabalho de cuidado reprodutivo e suas implicações políticas

Nós somos donas de casa, prostitutas, enfermeiras, psiquiatras; essa é a essência da esposa “heroica” celebrada no dia das mães. Nós dizemos: Parem de celebrar nossa exploração, nosso suposto heroísmo (FEDERICI, 2019, p. 49).

Primeiramente, esse “heroísmo” fictício nos enclausura em papéis sociais que nos oprimem, super exploram e nos desumanizam, pois somos mulheres, serem humanos e não heroínas dos filmes e série de ficção. Depois dessa pontuação

inicial, podemos partir para a discussão teórica que nos cabe nesta parte do trabalho.

Para a tessitura narrativa deste texto, é preciso considerar a perspectiva política do trabalho de cuidado reprodutivo, uma vez que, o papel social de cuidado trata-se de um papel na qual o capitalismo inventou para nós e temos sido confinadas nele de acordo com Federici (2019).

Não se trata de questionar e problematizar estas construções subjetivas do capitalismo sobre nós mulheres simplesmente por que desejamos não ser mais confinadas ao trabalho reprodutivo não remunerado, mas sim problematizar a essencialização deste papel e a superexploração das mulheres que este traz. Reivindicamos o direito de escolhas outras, tanto no plano reprodutivo, quanto produtivo, escolhas não mais engessadas e direcionadas especificamente a condição de gênero e raça, por exemplo.

O salário dá a impressão de um negócio justo: você trabalha e é pago por isso, da forma que você e seu patrão ganham o que lhes é devido, quando na realidade, o salário, em vez de ser o pagamento pelo trabalho que você realiza, oculta todo o trabalho não pago que resulta em lucro (FEDERICI, 2019, p. 42).

Com esta citação, para que possamos estabelecer um diálogo entre mulheres nesse texto, quem escreve e quem lê, eu lhe pergunto: As nossas escolhas de vida estão à venda?

O capitalismo produz uma ilusão de justiça por meio do pagamento do salário, com a alta anual do salário mínimo no Brasil por exemplo, o aumento anda de mãos dadas com a progressiva elevação da carga tributária, taxada majoritariamente sobre os salários e o consumo, repercutindo com maior impacto na vidas das trabalhadoras negras e pobres, conforme dito anteriormente por Almeida (2019), forçando-nos a buscar mais de um vínculo empregatício, quando não, recorrer ao trabalho informal para sustentar a si e suas famílias. Sobretudo se considerando o contexto da cidade do Rio de Janeiro e o alto custo de vida que esta metrópole possui.

Na realidade, estas trabalhadoras na maioria das vezes não vivem, mas sobrevivem com estas remunerações, dificultando ainda mais o acesso a bens de serviço e de consumo que lhes possam proporcionar melhor qualidade de vida, somando-se a isso, a violência estrutural de um racismo de Estado que nega a população negra da garantia de direitos sociais mais básicos à manutenção de uma

vida digna como saúde, educação, saneamento básico e outros (SOUZA et. al., 2020).

[...] você não trabalha porque gosta, ou porque é algo que brota naturalmente dentro de você, mas porque é uma condição sob a qual se está autorizado a viver. Explorado da maneira que for, você não é esse trabalho (FEDERICI, 2019, p. 42).

Não podemos nos iludir! Nas palavras de Silvia Federici, esse trabalho de cuidado é imposto a nós como um atributo natural da nossa psique e da personalidade feminina, supostamente advinda das profundezas da “natureza feminina”, ou seja, criou-se uma natureza na qual essencializa, generaliza, normatiza a condição de mulher como se o “ser mulher” traduzisse em uma única realidade de sexualidade, de identidade racial, de classe, de identidade de gênero e outros marcadores, retira de nós nosso direito de sermos reconhecidas como plurais e a pluralidade de realidades de vida que as mulheres brasileiras possuem.

Esta construção narrativa normatizante de “feminilidade” obedece aos interesses político-ideológicos do capital, que capturou uma série de dimensões da vida das mulheres como, a nossa sexualidade, a nossa fecundidade, estética, o cuidado do corpo, a exaltação a jovialidade, tudo, absolutamente tudo, virou instrumento capturado pelo capitalismo.

O capitalismo tinha que nos convencer de que o trabalho doméstico é uma atividade natural, inevitável e que nos traz plenitude para que aceitássemos trabalhar sem remuneração. Por sua vez, a condição não remunerada do trabalho doméstico tem sido a arma mais poderosa no fortalecimento do senso comum de que o trabalho doméstico não é trabalho, impedindo que as mulheres lutem contra ele [...] Nós somos vistas como mal-amadas, e não como trabalhadoras em luta (FEDERICI, 2019 p. 43).

Além de termos de lidar constantemente com o fardo das tentativas incansáveis da normatização do ser mulher ao ideal heteronormativo, racista, classista e etarista, um dos componentes de grande influência nesta trama narrativa que tenta engessar as nossas subjetividades e escolhas de vida é a romantização da função social de ser mulher. Uma romantização que dita que o trabalho doméstico, e até mesmo o trabalho produtivo é um trabalho de amor.

Nestas duas esferas do trabalho na qual nós mulheres nos situamos, essa romantização produz efeitos que se aproximam, mas que são distintos e não podemos perder isso de vista. Na esfera do trabalho de cuidado reprodutivo, essa romantização normatiza a condição de mulher como a principal responsável por este trabalho, como inclusive uma condição para ser reconhecida socialmente como

mulher, ainda que as tarefas do lar sejam conciliadas com o homem por exemplo, a mulher ainda é vista como a figura que deve ser a responsável exclusiva por estas tarefas, como uma imposição, repercutindo na nossa superexploração.

Já na esfera de trabalho de cuidado produtivo, esta função é construída narrativamente como uma aptidão inata, uma vocação da “natureza feminina” para o cuidado, como algo natural, essencializado, e ainda que remunerado, não valorizado socialmente sobretudo considerando o princípio hierárquico da divisão sexual do trabalho que Hirata e Kergoat (2007) discorrem. Aliado a esta concepção, temos uma sociedade patriarcal, sexista e capitalista, que dita quais são os trabalhos que possuem mais e menos valor econômico, trabalhos que devem ser realizados por homens e por mulheres, ao passo que, esse princípio de separação do conceito de divisão sexual materializa-se na majoritária ocupação de mulheres nas categorias profissionais do setor terciário da economia, relacionado a promoção de serviços assistenciais na educação e na saúde por exemplo. Não seria pertinente problematizar que por um acaso, este é o setor da economia que tem sofrido maiores impactos do neoliberalismo, precarização, perda de direitos trabalhistas e flexibilização dos vínculos empregatícios? (HIRATA, 2011; POCHMANN, 2020).

Devemos admitir que o capital tem sido muito bem sucedido em esconder nosso trabalho. Ele cobre uma verdadeira obra prima às custas das mulheres. Ao negar o salário ao trabalho doméstico e transformá-lo em um trabalho de amor. (FEDERICI, 2019 p.44)

Apesar das pontuações muito pertinentes da autora, não desejo aqui neste trabalho, entrar no mérito da questão de se o trabalho reprodutivo deve ser remunerado ou não, mas é importante situarmos que a mesma realiza este tipo de discussão para que se for remunerado e reconhecido economicamente receba uma visibilização e também possa ser negado.

Embora não deseje me ater a esta discussão neste trabalho, a autora traz algo muito importante para esta pesquisa, que é a política dupla do trabalho reprodutivo no que tange às questões raciais e de classe. Esta de fato, é uma pontuação que muito nos interessa e converge com a discussão que este trabalho se propõe. Trata-se do fato de que o trabalho reprodutivo que quando realizado por mulheres brancas e de classe média, a política familiar obedece ao modelo de delegação, quando esta mulher delega a outras mulheres, em sua maioria negras e de classe social desfavorecida que necessitam trabalhar para sustentar suas famílias, a ocupação destes postos. Onde a respeito disto Hirata (2017) argumenta uma

relação de dependência intragênero. Algo que discordo, pois estamos falando de relações raciais e de classe, nas quais temos um grupo de mulheres que detém poder econômico e racial para disporem deste tipo de política de trabalho para poderem se dedicar mais ao seu trabalho produtivo.

Estamos falando de um privilégio racial e de classe que estas mulheres possuem, em detrimento da necessidade de mulheres pretas e pobres de ocuparem esses postos de trabalho por conta dos baixos indicadores educacionais e de renda que este grupo possui na realidade brasileira (MARCONDES et. al, 2016). Portanto, não se trata de uma relação de dependência quando não estamos falando de condições sociais igualitárias. Afirmar que é uma relação de dependência, é invisibilizar as disparidades raciais e de classe das relações intragênero e principalmente invalidar condições de trabalho opressivas vividas por trabalhadoras negras.

Em contrapartida, ao ocuparem esses postos de trabalho, as mulheres negras aumentam duas vezes mais a sua carga laboral realizando trabalho doméstico, na sua família, e nas casas dos outros, por vezes as impossibilitando de cuidarem dos seus próprios filhos e famílias. Entre este grupo, a política familiar é bem distinta do grupo de mulheres brancas favorecidas, estas trabalhadoras negras também delegam o trabalho reprodutivo, só que não remunerado, a outras mulheres de sua família, avós, mães, tias, sogras que estejam desempregadas, e /ou fora da população economicamente ativa, neste modelo em específico, um eixo que ganham protagonismo é também o etarismo, muitas das vezes reproduzindo a super exploração destas mulheres, uma superexploração intragênero (HIRATA, 2017).

Para finalizar esta parte, é fundamental explicitarmos que mesmo que nós mulheres estejamos atuando somente na esfera de trabalho de cuidado reprodutivo, nós não estamos fora da lógica capitalista, na verdade, nas palavras de Federici (2019. p. 47) nós nunca estivemos fora da lógica do capital! E por que pontuar isso é importante? Por que é necessário contextualizar esta discussão com o cenário econômico, social e sanitário que nos encontramos atualmente de uma pandemia causada pelo vírus da covid-19, onde a carga de trabalho feminina duplicou, triplicou, até quadruplicou!

A pandemia causada pelo novo coronavírus alterou as dinâmicas de vida, trabalho e cuidado na sociedade. Entre tantas dimensões de desigualdades

evidenciadas neste período, a sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidado foi uma das questões que as mulheres sentiram logo que as medidas de isolamento social foram iniciadas nos municípios brasileiros. Contraditoriamente, essa questão aparece com mais destaque justamente em um momento em que o cuidado passou a se reconcentrar nos domicílios, dada a necessidade de interromper o funcionamento presencial de instituições fundamentais para o cuidado, como creches e as escolas (BIANCONI et.a l, 2020 p.5)

Outro aspecto que também interfere economicamente e na sobrecarga de trabalho das mulheres são os arranjos familiares as quais fazem parte. As disparidades de gênero e raça já eram notórias na nossa sociedade, mas com o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho e as mudanças no comportamento social que influenciam no aumento do índice de dissolução dos casamentos (aqui considerando o arranjo familiar de casal heterossexual e com filhos), são elencados como fatores que contribuem para o aumento das famílias chefiadas por mulheres (OBSERVATÓRIO DAS DESIGUALDADES, 2020).

Mesmo com as mudanças socioculturais no que tange a emancipação econômica da mulher no mercado de trabalho, o Observatório das Desigualdades (2020) destaca que, essa emancipação, pode estar relacionada ao fato destas mulheres não permanecerem em casamentos nos quais se sintam infelizes, por outro lado, com a dissolução destas uniões, na maioria das vezes é a mulher que assume a responsabilidade integral e/ou parcial pelos filhos menores de 14 anos, com ou sem a contribuição regular justa do ex- companheiro com as despesas. Afinal, o que esta em questão não é o fator renda estritamente, e sim o fator tempo e desgaste demandado no trabalho reprodutivo somando-se produtivo, ainda mais o primeiro, visto que o trabalho de cuidado mesmo quando a mulher não se encontra dentro do seu lar, ocorre de forma ininterrupta, por vezes até mesmo nos intervalos das atividades do trabalho produtivo, dificultando assim, a percepção destas mulheres com relação ao tempo que dispõem para o trabalho reprodutivo.

O que vemos, é que de certa forma, mesmo com a emancipação econômica e intelectual, nós mulheres ainda não conseguimos que fosse rompido o paradigma da feminilidade ligada a responsável exclusiva pelo trabalho de cuidado e criação dos filhos, paradigma este que ainda se faz presente em situações de dissolução de matrimônios que envolvam filhos menores de idade. A pesquisa realizada pelo Observatório de Desigualdades (2020) também mostra que, mulheres que vivem sozinhas, possuem rendimentos mais próximos que dos homens, quando se casam

e têm filhos, a situação piora consideravelmente para elas, enquanto que para os homens permanece quase que inalterada.

O que o estudo indica é que viver com cônjuge e filhos acaba por aumentar o trabalho reprodutivo da mulher em cerca de 4 horas a mais por dia, comparadas a outro arranjo familiar na qual a mulher não tenha cônjuge. Segundo esta pesquisa, essa divisão sexual do trabalho na esfera doméstica além de sobrecarregar ainda mais a demanda de trabalho da mulher, tornando-as susceptíveis a trabalhos produtivos em tempo parcial ou mais precários e portanto com menos rendimentos.

A situação de mulheres negras que são chefes de arranjos familiares com filhos menores de 14 anos e sem cônjuge, é ainda mais delicada no que tange às disparidades de gênero e raça. No ano de 2018 cerca de 23, 7% destas mulheres encontraram-se em situação de extrema pobreza e 13, 9% nesta situação em famílias com esse arranjo familiar mas chefiadas por mulheres brancas (OBSERVATÓRIO DAS DESIGUALDADES, 2020).

É fundamental considerar, que de 2018 para cá, a feminização e racialização da pobreza no Brasil se agravou ainda mais, visto que, o país já enfrentava os efeitos da crise econômica de 2015, e no ano de 2020 está aprofundou ainda mais as desigualdades de raciais, de gênero e de renda com os impactos da crise sanitária da pandemia do covid- 19, na qual aumentou o índice de desemprego, subemprego, trabalho informal, cortes de políticas sociais e/ou serviços de assistência públicos relacionados e ao suporte no cuidado de crianças, idosos, pessoas com deficiência incapacitante, e etc. Nos quais tratam-se de sujeitos no qual o cuidado integral ou parcial ainda recai sobre a responsabilidade da figura da mulher, isto considerando também, neste contexto pandêmico, quando os dependentes da mulher vem a adoecer infectados pela covid- 19, se hospitalizarem ou não, demandando ainda mais de uma sobrecarga de trabalho de cuidado da mulher.

Parece óbvio dizer que o trabalho de cuidado é essencial para a manutenção da vida dos sujeitos, mas apesar desta centralidade à continuidade da vida, este trabalho é invisibilizado, e com menor valor/reconhecimento social. Disto já sabemos. O que ocorre, é que nesse contexto de pandemia do covid-19 intensificou o trabalho de cuidado, tanto na esfera reprodutiva quanto na produtiva, causando grande impacto físico e psicológico aos sujeitos que o realizam majoritariamente :As mulheres!

Considerando a realidade de vida das trabalhadoras que ocupam uma categoria profissional ligada a assistência em saúde, e concomitantemente realizam o trabalho reprodutivo em seus lares como responsáveis exclusivas pelas tarefas domésticas, esta sobrecarga de trabalho de cuidado agudiza-se duas vezes mais. Tratam-se de mulheres que não estão só cansadas, estão exaustas! Física, psiquicamente e emocionalmente. Penso também que o estado de sobrecarga destas mulheres, onde demanda-se que estejam o tempo todo atentas às necessidades do outro, faz também com que estas mulheres disponham de menos tempo para realizar o autocuidado.

A necessidade de cuidado costuma ser mais visível quando as pessoas vivem alguma situação de dependência, seja relacionada a idade - por exemplo nos primeiros anos de vida ou idosos em idade avançada - seja relacionada a sua condição de saúde. Mas os estudos indicam que os seres humanos são interdependentes, e mesmo as pessoas adultas precisam de cuidado, considerando inclusive as tarefas domésticas parte do cuidado (BIANCONI et. al, 2020 p. 30).

Falar a respeito do trabalho de cuidado de sujeitos “socialmente dependentes” como crianças, idosos, pessoas com deficiência, é falar de indivíduos que já tem tido sua saúde mental violentada por conta do sentimento de impotência, perda de autonomia e a necessidade de cumprir com o isolamento social, além do sentimento de vulnerabilidade de vir a se infeccionar, adoecer e morrer pelo coronavírus, principalmente os idosos (DÍAZ-PÉREZ, 2020).

Neste contexto social caótico, a Gênero e Número em parceria com a Sempreviva Organização Feminista - SOF, realizou uma pesquisa que constatou que 50% das mulheres brasileiras passaram a cuidar de alguém na pandemia, ou seja, podemos inferir a partir deste dado que, adquiriram novas responsabilidades de cuidado de um outro alguém que não realizavam anteriormente ao cenário da pandemia, ou que realizavam este cuidado, mas não eram as responsáveis exclusivas, e até mesmo da perda de suporte para cuidar deste alguém. E esse suporte pode ser tanto uma figura familiar e/ou uma instituição pública ou privada relacionada ao cuidado, como creches e escolas por exemplo (BIANCONI et. al, 2020).

Os dados levantados nesta respectiva pesquisa, também constaram uma expressão utilizada por Collins (2019) ao dizer que as mulheres negras são as “mulas do mundo”, pois tal pesquisa oferece destaque no estudo as repercussões da sobrecarga de trabalho de cuidado considerando as disparidades raciais e de classe

entre as mulheres, onde dentre as que afirmaram ter passado a ser responsáveis pelo cuidado de alguém com a pandemia, 52% são negras (BIANCONI et. al 2020).

As mulheres passaram a trabalhar mais ainda por conta de permanecer uma cultura social de que pela condição de gênero, as mulheres devem ser as responsáveis exclusivas pelo trabalho de cuidado reprodutivo. Evidenciando que a política familiar dentro dos lares destas mulheres provavelmente é o modelo tradicional, onde a mulher não trabalha fora e o homem é o provedor e o modelo de conciliação, onde a mulher concilia o trabalho profissional (produtivo) com o trabalho doméstico (reprodutivo) (HIRATA, 2017).

Outro fator de suma importância, que interfere na sobrecarga de trabalho destas mulheres e sobre a saúde destas, principalmente a saúde mental, é a questão da estabilidade na provisão dos gastos essenciais neste contexto de pandemia, que se trata de uma preocupação entre 40% das entrevistadas na pesquisa “Sem parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia” onde dentre estas 22% são mulheres negras.

Trata-se de uma preocupação muito pertinente, considerando-se os baixos indicadores socioeconômicos das mulheres negras no Brasil, o índice de desemprego aumentado com a crise econômica agravada pela crise sanitária e o aumento dos custos com alimentos e serviços essenciais à manutenção das casas, decorrente também do aumento do uso destes, já que para determinados grupos sociais, ainda que nem todos os membros da casa, mas alguns, têm permanecido maior tempo em seus domicílios, principalmente os “dependentes socialmente”, que além de demandar de cuidados cotidianos, demandam ainda mais se vem a adoecer pela infecção do covid -19 (BIANCONI et. al, 2020).

Adoecimento este que passa a ser uma das preocupações recorrentes das trabalhadoras ligadas a assistência em saúde, que encontram-se na linha de frente de combate a pandemia do coronavírus, na assistência aos doentes nas instituições de saúde, quer no cuidado ambulatorial, ou no de maior complexidade quando as pessoas vêm a se internar em enfermarias e centro de tratamento intensivo. Estas profissionais, já sobrecarregadas pelo trabalho de cuidado, e exauridas na sua saúde mental devido ao contexto laboral e intrafamiliar, são assombradas pela ciência de que podem vir a se contaminar com o covid-19 em seu contexto laboral e serem vetores para seus familiares dentro dos seus lares, vivendo em um estado de constante tensão.

Com isto, descrevendo-se esse cenário caótico intensificado pela crise econômica e sanitária no Brasil, eu questiono: Quem cuida de quem cuida? Entendendo o cuidado como uma necessidade sociológica e a interdependência dos sujeitos no que tange ao cuidado em sociedade? lógico, considerando-se também a necessidade de não perder de vista a responsabilidade do Estado de cuidar dos seus cidadãos? (BORGEAUD-GARCIANDIA, 2018).

3. A ENFERMAGEM E A MEDICINA NO *SETTING* HOSPITALAR: “O MÉDICO É O SEMIDEUS” E A ENFERMAGEM OS SEUS AUXILIARES?

Neste capítulo, nos distanciaremos um pouco das discussões trazidas no capítulo 2 para realizar um retorno ao processo de colonização europeia e a construção socio histórico - cultural da produção do conhecimento no Ocidente, nos territórios que foram colonizados pelos europeus. Um dos efeitos deste processo, foi a invenção da ciência e do conhecimento que é reconhecido como válido ou não, onde a reatualização deste processo se dá por meio da colonialidade, no campo das epistemes na saúde.

Nesta seção, me propus a trazer as intersecções dos processos de epistemicídio(s), racismo e sexismo epistêmico para compreendermos como estes produziram hierarquias de epistemes na saúde, colocando a medicina, branca e europeia trazida pelo colonizador, como a representante da ciência, hierarquizando os outros saberes também atuantes na assistência á saúde nos dispositivos hospitalares, como a psicologia, o serviço social, a nutrição, bem como a enfermagem.

As discussões trazidas nesta seção, tornam-se necessárias para compreendermos os processos de institucionalização e profissionalização da enfermagem no Brasil e de como a colonialidade repercute nas relações interprofissionais entre as entrevistadas e os outros profissionais de saúde no hospital, diante das hierarquias raciais e de saberes dentro do *setting* do hospital, conforme todas as categorias de análise dos resultados do campo, puderam evidenciar.

3.1. Os epistemicídios: a produção de conhecimento é racializada!

Nesta perspectiva, trago as contribuições de Grosfoguel (2016) sobre a colonialidade, e os epistemicídios decorrentes dela, atualizados na colonialidade. Este autor vai dizer que o racismo e o sexismo epistêmico são formas de dominação da colonialidade, transitando nas três dimensões elencadas por Quijano (2005): colonialidade do poder, do saber e do ser. As epistemologias oriundas

dessa colonialidade produzem narrativas que atravessam a subjetividade dos sujeitos, as relações interpessoais, institucionais, as organizações, a forma de organização das políticas públicas onde nelas estão inseridas a produção de conhecimento na área da saúde, e suas políticas efetivamente.

Estas formas de dominação destacadas por Grosfoguel convergem com a matriz colonial moderna racista, sexista, cis heteronormativa, capitalista, patriarcal (AKOTIRENE, 2019) que já mencionamos anteriormente, como estruturante das opressões/discriminações no que tange ao objeto desta pesquisa.

Grosfoguel (2016) traça uma relação do racismo e sexismo epistêmico, tal qual nós temos hoje nas estruturas de conhecimento dos territórios vitimados pela colonização europeia, que é a relação entre genocídio e epistemicídio, onde o autor enumera os quatro principais genocídios/epistemicídios ocorridos no século XVI, mais precisamente entre 1450 e 1650: 1. dos muçulmanos; 2. dos judeus; 3. dos povos colonizados das Américas; e 4. do continente africano. Demarcando que este colonizador, branco, europeu, ocidental, colocou-se como modelo de ser humano (ALMEIDA, 2019) e na posição de sujeito que tem o privilégio epistêmico, às custas destes quatro genocídios/epistemicídios que, segundo Grosfoguel (2016), foram fundantes da estrutura de conhecimento do mundo moderno-colonial ocidentalizado.

Estes quatro genocídios/epistemicídios serviram de base para a implantação de projetos imperiais/coloniais/patriarcais no mundo, com a subalternização e invalidação do conhecimento que fosse produzido pelos povos não-europeus. Neste sentido, quando Grosfoguel(2016) fala que o homem branco, europeu, ocidental colocou-se na posição de privilégio epistêmico, ou seja, definindo-se como a figura de autoridade que diz “o que é verdade, o que é a realidade, o que é melhor para os demais”, desqualificando o conhecimento e as vozes de todos ou outros povos não europeus que foram colocados neste lugar de outridade ao modelo de homem universal (ALMEIDA, 2019).

Além da relação que Grosfoguel (2016) faz entre genocídio e epistemicídio, que ao meu ver pode ser considerada como uma importante chave conceitual para discutir a colonialidade na produção epistemológica na saúde, estes mecanismos de genocídio/epistemicídio são reatualizados na colonialidade, perpetuando o racismo e sexismo epistêmico, assim conforme disserta Lugones (2008) ao defender que o gênero é racializado. Isso traz uma dimensão de co-existência e inseparabilidade

desses dois sistemas de opressão, de forma que até a produção do conhecimento no mundo ocidental, é racializada. Pode até parecer uma associação óbvia, mas conforme desdobraremos esta discussão, assim como o conceito de privilégio epistêmico, reverberará como algo de grande importância para problematizarmos que sujeitos têm a validação das suas vozes, de quem pode produzir conhecimento considerado científico e de quem são os sujeitos que realizam esta validação.

Esta é uma das razões para as quais Grosfoguel(2016) aponta a necessidade de descolonização do conhecimento no sistema mundo moderno nos territórios colonizados, ou melhor, como traduz-se nas palavras de Walter D. Mignolo (2008), a necessidade de aprender a desaprender, que o mesmo chama de uma Desobediência Epistêmica. O que Grosfoguel (2016) faz é desdobra-se para denunciar em seu trabalho essa obediência epistêmica das universidades ocidentalizadas que dedicam-se a reduzir o conhecimento a ser ensinado às teorias provenientes das dimensões espaciais/temporais de localizações geográficas específicas de cinco países: França, Alemanha, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, e aplicá-las em outras localidades geográficas e espaciais. Ou seja, impor como único conhecimento, e única cultura válida as experiências sócio-histórico-epistemológicas destes cinco países aos povos colonizados.

De certo que, foi o que ocorreu aqui no Brasil a partir de 1808 com a vinda da família real portuguesa e a institucionalização e normatização da medicina europeia (BAPTISTA, 2007), na qual o modelo médico, branco, eurocêntrico e etnocêntrico que tinham os seus próprios modos de conceber a saúde e a doença e de tratá-las, a partir da sua realidade climática, sociocultural e populacional, totalmente distinta da realidade local, foi imposta e disseminada no país com a finalidade de trazer organização social e econômica às custas de genocídios e epistemicídios dos povos tradicionais que viviam aqui, tanto os indígenas, quanto da população escravizada trazida do continente africano. Para Grosfoguel (2016), foram estas teorias que serviram e servem de base teórica para as ciências nas universidades ocidentalizadas e na estrutura de conhecimento destas até os dias atuais.

Segundo Boaventura Santos (1997) o projeto civilizatório difundido pelo colonizador europeu, perpetuado na colonialidade, trouxe a invenção da ciência, instituindo uma disputa dos paradigmas : Ciência x Senso Comum, neste sentido, o epistemicídio funciona como uma destituição da racionalidade, da cultura e do modelo civilizatório do outro povo. Outro, no caso, pois o sujeito imperial,

colonizador, já se estabelece como modelo civilizatório no momento mesmo que coloca todos os inúmeros povos na condição de outridade, como falamos anteriormente. A respeito do epistemicídio, ele faz questão de demarcar, que este é um empreendimento colonial, e infere ainda que:

[...] eliminavam-se povos estranhos porque tinham forma de conhecimento estranho, e eliminavam-se formas de conhecimento estranho porque eram sustentadas por práticas sociais e povos estranhos. Mas o epistemicídio foi muito mais vasto que o genocídio, porque ocorreu sempre que se pretendeu subalternizar, subordinar, marginalizar e ilegalizar práticas de grupos sociais que podiam ameaçar a expansão capitalista ou durante ou durante boa parte do nosso século, a expansão consumista (neste domínio tão moderno quanto o capitalista); e também porque ocorreu tanto no espaço periférico, extra-europeu e extra-norte-americano do sistema mundial, como no espaço central europeu e norte-americano, contra os trabalhadores, os índios, os negros, as mulheres e as minorias em geral (étnicas, religiosas, sexuais) (SANTOS, 1995 p. 238).

Além deste processo violento de anulação e desqualificação do conhecimento dos povos subjugados pelas nações europeias, Sueli Carneiro adiciona que este confere-se como um processo persistente de produção de indigência cultural, ou seja, de extrema pobreza cultural e rebaixamento da capacidade cognitiva desses povos, esta aniquilação sistemática circunda em torno de tornar, e fixar os povos subjugados ao domínio colonial a sujeitos não cognoscentes.

Carneiro (2005) fala que essa aniquilação assume um duplo sentido, por um lado a anulação do outro enquanto sujeito, que enquanto ser cognoscente, esta imposição da assimilação da cultura do colonizador europeu, acaba caracterizando-se em um instrumento estratégico de biopoder, que amplia o alvo da sua violência não só para os corpos individuais, mas coletivos, tentando-se ainda colonizar suas mentes. Ou melhor, as nossas mentes! Pois todos nós, povos das américas inseridos em uma sociedade regida pela colonialidade, sentimos, refletimos, e reproduzimos os efeitos da colonização em todas as nossas formas de sociabilidade, desde o nível micro ao macro das relações entre os sujeitos, grupos e organizações.

Acredito que quando Sueli Carneiro fala a respeito desse “controle das mentes” se refere às tentativas de produção de alienação do sujeito colonizado a respeito do próprio processo de opressão que ele está inserido. A extensão deste processo manifesta-se tanto na alienação da existência deste, quanto na capacidade de identificação dos mecanismos da estrutura de poder da

colonização/colonialidade, como uma forma de impossibilitar a capacidade crítica do sujeito colonizado sobre a realidade de mundo na qual o circunda, culminando em um dos efeitos mais potentes da colonização/colonialidade, que é a naturalização das relações, com base na violência (subjéitiva, epistemológica, cultural, racial, de gênero) (LANDER, 2005), de forma que o sujeito subordinado não consiga nem dar-se conta destas violações, muito menos nomeá-las como violências. Este sujeito imperial, branco, europeu, cristão, colonizador, ocidental, se elevou a “O único detentor” do estatuto de sujeito cognoscente.

Mas quem de fato é sujeito, e sujeito cognoscente? Como se dá o reconhecimento de tal atributo, e a manifestação de uma promoção de indigência do outro? Segundo Grada Kilomba (2019), fazendo referência a Paul Mecheril (2000), a ideia de sujeito incorpora três níveis: o político, o social e o individual, como os três níveis que compõem as esferas da subjetividade, quando um ser alcança o status de sujeito, em seu contexto social, este é atuante nestes três níveis, conseqüentemente sendo reconhecida como tal. O que Kilomba (2019) traz é a importância do caráter relacional para o reconhecimento de um ser, como sujeito cognoscente, onde destaca:

Ter o status de sujeito significa que, por um lado, indivíduos podem se encontrar e se apresentar em esferas diferentes de intersubjetividade e realidades sociais, e por outro lado, podem participar em suas sociedades, isto é, podem determinar os tópicos e anunciar os temas e agendas das sociedades em que vivem. Em outras palavras, elas/eles podem ver seus interesses individuais e coletivos reconhecidos, validados e representados oficialmente na sociedade - o status de sujeito. O racismo, no entanto, viola cada uma dessas esferas, pois pessoas negras e Pessoas de cor não veem seus interesses políticos, sociais e individuais como parte de uma agenda comum. Como o racismo afeta, então, o status de subjetividade de uma pessoa? (KILOMBA, 2019 p. 74-75)

A citação de Kilomba (2019) realmente nos oferece uma dificuldade de demarcação de qual o período socio histórico a mesma está se referindo no que tange à anulação do sujeito negro, racializado e colonizado, como sujeito cognoscente e a validação de suas agendas e pautas políticas de interesse coletivo de grupos racializados, pelo fato da atemporalidade do racismo, em uma sociedade que é organizada racialmente na divisão racial do trabalho e nas relações de trabalho, nas instituições públicas e privadas, nas políticas sociais, na distribuição geoespacial das cidades, e também a produção do conhecimento, acesso e permanência nas instituições educacionais e outros.

Ponto no qual no qual Sueli Carneiro (2005) exemplifica, na exclusão dos negros no período pós-abolicionista e de emergência da primeira república brasileira, das instituições de educação, e que os influxos do racismo, ainda refletem-se nos dias de hoje no século XXI, sobretudo nas universidades ocidentalizadas, como sinaliza Grosfoguel (2016), o que com a política de ações afirmativas nas universidades, tem ampliado o acesso da população negra ao ensino superior sobretudo público.

Mas ainda assim, só o acesso não é o ponto principal, visto que as barreiras interpostas pelo racismo, as desigualdades socioeconômicas, de gênero, classe e outros, ainda são grandes entraves principalmente quando nos referimos a cursos que ainda que em universidades públicas, sejam demarcados majoritariamente pela ocupação de grupos de identidade racial, de gênero e de classe bem estabelecida, além do status social. Além do acesso e nas condições de permanência no ensino superior, já que existe uma divisão sociossexual e racial do trabalho, mesmo antes destes sujeitos se formarem, neste caso, na discussão deste trabalho, no curso de medicina e enfermagem por exemplo.

3.1.2 Epistemicídio, colonialidade e pontos de inflexão da discussão da medicina no Brasil

As ações de saúde ainda são marcadas hegemonia da cultura medicamentosa e hospitalar, consistindo em uma perspectiva de cuidado que preserva a racionalidade biomédica, identificando as pessoas como “meros pacientes” portadores de patologias, em detrimento de uma concepção ampliada do cuidado, negando seu papel enquanto sujeito de saberes, vivências, direitos e poder de decisão (BRASIL, 2013 p.18)

Avançando um pouco na discussão no que tange aos epistemicídios advindos da colonização e reatualizados na colonialidade, o primeiro deles aqui no Brasil foi a aniquilação do conhecimento dos povos indígenas e africanos a respeito dos cuidados de saúde, sobretudo nas primeiras ações da organização social e política desde a instalação da família real portuguesa em 1808 e mais incisivamente nas ações realizadas na primeira república do Brasil, onde o saber médico da medicina europeia se impôs como “A medicina”, ou seja, o uso do artigo

definido não é acidental, mas sim, no sentido, de que esta se utilizou como ponto de referência epistemológica, e a única área de conhecimento sobre a saúde reconhecida como válida.

Segundo Andrade (2016), desde as primeiras faculdades de medicina instaladas aqui no Brasil, esse epistemicídio já foi norteador, e os elementos de colonialidade já se faziam presentes e manifestos na prática médica, onde a produção de conhecimento deste saber era mais preocupada com o tratamento da doença e não com o sujeito adoecido e sua família, com um olhar extremamente tecnicista, e ainda adiciono que, hierárquico e objetificador, uma vez que a doença torna-se protagonista, ao invés do sujeito que esta vivenciando-a em sua integralidade.

Fazendo referência a Menezes (2008), Andrade (2016) vai dizer que, apesar da diversidade de epistemologias no mundo, inclusive não só na forma de conceber saúde e doença, mas as diversas áreas de saber, desde a colonização e os genocídios/epistemicídios decorrentes dela o sistema global de conhecimento foi dividido dicotomicamente entre norte e sul, pautado em relações hierárquicas traduzidas por um sistema capitalista imperial que imprimiam dicotomias nas quais uma epistemologia era validada ou não. A invenção do colonizador da sua epistemologia como “A ciência”, recusou-se a reconhecer a diversidade de outros saberes no mundo.

Na desconstrução de processos da colonialidade no campo do saber, podemos observar ao longo do processo histórico cultural do Brasil, e dos territórios colonizados como um todo, avanços e retrocessos a passos bem minuciosos. Como por exemplo a reformulação do conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que de certa forma superou em parte a concepção de saúde embasada pelo modelo biomédico, e com a ampliação do conceito, ampliou-se também as formas de conceber a saúde, de como tratá-la e abriu espaço de importância epistemológica para outras áreas de saber, como a nutrição, a psicologia, o serviço social e etc.

Essa redefinição do conceito à época configurou-se em um avanço importante, sobretudo para a necessidade de compreensão do sujeito em sua integralidade, para visibilizar a importância das noções de prevenção, promoção de saúde, não só de uma única área de conhecimento que ofereça um cuidado em saúde somente pela medicina. Por outro lado, esse “estado de completo bem estar

físico, mental e social”, ainda gera uma série de problematizações, onde saúde seria concebida como não ausência de doenças também ainda é bastante utópico, a começar pelo “estado de completo bem estar”, seria possível para algum sujeito/grupo/comunidade, alcançar esse estado? Principalmente contextualizando com o cenário atual de pandemia da Covid -19, onde estamos imersos em uma profunda crise sanitária, humanitária, econômica e política, cenário no qual reverberam-se diversos atravessamentos para a saúde das pessoas, principalmente efeitos para a saúde mental. Cujos efeitos têm alcances imensuráveis tanto no decorrer, quanto no pós- pandemia, haja vista os complexos desafios que o governo brasileiro tem enfrentado para contornar a pandemia e as consequências dela, mesmo com o avanço da campanha de vacinação nos municípios.

Para dissertar a respeito da existência de diversas medicinas, Andrade (2016) vai dizer que:

A saúde é considerada tema importante dentro das relações humanas, podendo interferir em questões tanto políticas, quanto sociais. Em um momento histórico permeado por processos de globalização e de alto grau de mobilidade, os conceitos de medicina, de saúde, de cura e de doença se revelam fatores influenciados da política e do poder. Mas, afinal, haveria mais de uma forma de entender os conceitos de saúde? Cura? Medicina? Como estes foram construídos ao longo do tempo? (ANDRADE, 2016 p.35).

Esta citação é outra importante contribuição de Andrade (2016) para pensarmos o contexto do Brasil e do atual cenário sociocultural e sanitário que estamos enfrentando, onde uma significativa parcela da população tem adotado posicionamentos anti- cientificistas e negacionistas, posicionamentos que têm repercutido nas abstenções de muitos cidadãos brasileiros a se vacinarem e a retornarem aos postos de vacinação para completarem seus esquemas vacinais, mesmo com a pandemia continuando com índices altíssimos de infecção, morte, hospitalização e tentativas de hospitalização, visto que os dispositivos hospitalares e de urgência e emergência do SUS encontram-se sobrecarregados, não conseguindo atender a demanda de usuários nas enfermarias, nos leitos de UTI por exemplo.

O que Andrade (2016) pontua é que de fato existe uma relação de influência da cultura, do modelo político, econômico na concepção de saúde-doença, de tratar e de curar. Talvez essa seja uma das respostas para compreendermos as posturas negacionistas e anti- cientificistas que estamos vendo se multiplicar entre a população. Andrade (2016) utiliza como exemplo, a cultura egípcia, onde a doença

possuía uma relação com a ação de espíritos malignos, e que o tratamento aplicado não tinha o poder de curar, mas sim de amenizar os efeitos dos sintomas e dores. Civilização que um dos berços do conhecimento médico desde períodos históricos antecessores a Cristo, mas a epistemologia da medicina egípcia foi invisibilizada como ciência, e o título de “berço da medicina moderna” foi conferido à medicina grega.

Na civilização pré-colombiana, o entendimento do surgimento das doenças era acarretado por uma maldição divina. Os conhecimentos sobre a cura e tratamentos se davam por meio da magia, religião e etc. A figura do médico dessa civilização estava ligada à figura do chefe religioso, e os seus deuses eram os responsáveis pelo surgimento e cura destas doenças, assim como em outras civilizações, os conhecimentos a respeito dos cuidados de saúde eram realizados por curandeiros e transmitidos de maneira transgeracional. Sociedades nas quais a medicina podia ser realizada tanto por homens, quanto por mulheres (ANDRADE, 2016).

Já a medicina desenvolvida nos séculos V e XV depois de Cristo na Idade Média na Europa, apresenta uma quebra de paradigmas com a ascensão do cristianismo como ideologia de dominação que concebia a doença como causa direta do pecado e a cura por meio da fé e do sacrifício, de forma que, as instituições asilares para tratamento de saúde eram administradas por representantes da igreja católica, principalmente monges (PINTO, 1995), algo muito semelhante com a forma de organização aqui no Brasil no período imperial.

No século XIX, na pós-modernidade na perspectiva ocidental, os avanços tecnológicos e modernização, o homem toma como válido o surgimento, desenvolvimento e agravamento das doenças com a relação com determinantes sociais na saúde, hoje entendidos como condições de vida e trabalho. Hoje, a epistemologia ocidental moderna se vê dominada pelo saber da biomedicina, elevada a “O saber científico”, “A ciência”, de forma que os processos naturais inerentes à vida, sofreram um processo de medicalização.

Tudo e todos foram apreendidos como objetos de saber e intervenção da biomedicina, de sorte que, este processo se deu e se dá, muito aliançado aos interesses do capitalismo e das estratégias biopolíticas de controle dos corpos e das civilizações. O que também pode ser exemplificado como mais uma das formas de apropriação epistemológica da medicina, de se manter como “saber hegemônico”,

inclusive para outras áreas de conhecimento que não só a da saúde, por meio deste processo de apropriação da vida e dos eventos dela como objetos de saber e intervenção.

Contudo se analisarmos o processo de medicalização, este também hierarquiza e subalterniza o conhecimento de outras áreas de saber, a medida que se apropria dos eventos da vida e se coloca como ponto de referência epistemológica. Não nos causa surpresa, visto que a apropriação, confere-se como um aparato colonial perpetuado na colonialidade até os dias atuais, e neste caso, neste ponto específico de discussão, essa apropriação se dá nos saberes, circunscrevendo outras epistemes como saberes não válidos, ou melhor, destituídos de validação. Validação esta, que o próprio paradigma científico branco se incumbem de realizar, em sua postura autoritária e arrogante de homem branco ocidental em se intitular como detentor moral do saber sobre os outros povos racializados. Como entende-se como superior ontologicamente, acredita que ele mesmo é quem é qualificado para realizar essa validação desses saberes, que ele mesmo intitulou como “outros”

3.2 A medicalização do hospital por saberes brancos e eurocentrados

O hospital nos moldes que conhecemos hoje, como um dos dispositivos da rede de saúde pública e/ou privada, em que se configura como uma das unidades de saúde que constitui a atenção secundária-terciária do sistema de saúde, apresentando diversas modalidades como hospitais-escola, hospital infantil, hospital geral, hospitais especializados, etc., mas nem sempre foi assim. De fato, para o hospital assumir a configuração que possui hoje, o mesmo passou por um processo de medicalização, configurou-se assim como uma instituição de saber-poder privilegiada da hegemonia do discurso médico (FOUCAULT, 1979).

Para compreensão do processo de medicalização do hospital, Freitas e Amarante (2017, p. 14) definem medicalização como “*Um processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que é originalmente da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins*”.

E complementam a noção do conceito como:

[...] entende-se por medicalização as práticas discursivas realizadas por diferentes atores que alimentam o processo de medicalização, em destaque para a indústria farmacêutica e as tecnologias de saúde que tem interesse em aumentar seus mercados [...] planos e seguros de saúde, escritórios de advocacia - grupos que lutam por uma intensificação e aprofundamento do processo de medicalização da sociedade (FREITAS; AMARANTE, 2017, p. 14)

O conceito trazido pelos respectivos autores fala de uma apropriação do discurso médico acerca dos eventos naturais da vida como, o adoecimento, a gravidez, o parto, a sexualidade, o envelhecimento e até mesmo a morte e o processo do morrer. De forma que o discurso médico sobre estes eventos engessam-se de poder de nortear as formas de viver em sociedade e até mesmo a própria organização do social, internalizando a disciplina e uma normatização.

Foucault (1976) afirma que a medicina social assumiu uma função de uma tecnologia de biopoder, de controle sobre os corpos e vidas, capaz de ditar padrões de condutas do viver e de existir com base nesta normatização do corpo social que medicina como tecnologia de poder exerceu e ainda exerce. Com base no pensamento exposto por Foucault, observa-se que essa normatização traz consigo uma ideologia política não somente de um projeto de governo, mas um projeto societário em prol dos interesses econômicos, políticos-ideológicos do sistema capitalista, cis heteropatriarcal e racista, de forma que os sujeitos passam a não ter mais autonomia sobre suas vidas, ou melhor ,cria-se uma construção discursiva de uma falsa ideia de autonomia a respeito da forma como é aprazível de cada sujeito viver. Uma vez que a vida e o viver já foi capturada pela biopolítica, e nesse caso a medicina como tecnologia de poder-saber que se faz instrumento dessa biopolítica.

A forma como a medicina pelo processo de medicalização se apropria sobre a vida e sobre o hospital como lugar alvo da hegemonia do seu discurso/prática, carrega consigo elementos de colonialidade, visto que este processo se deu de forma hierárquica, impositiva em suma, em relações de poder e de saber-poder. Com base nisto, para exemplificar colonialidade da medicina como tecnologia de poder, podemos nos referir aos exemplos citados por Galvão, Gomes e Ramos et al (2019) ao discorrerem sobre as formas de apropriação do discurso médico sobre o parto (medicalização do parto e do corpo da mulher) acompanhada da destituição do saber das parteiras e povos indígenas e descendentes da diáspora africana, de forma hierárquica e colonial.

A medicina moderna, considerada “A medicina científica”, é uma área de conhecimento desenvolvida na Europa, por povos brancos, colonizadores que produziram uma construção narrativa a partir do seu saber, que hierarquizou a medicina europeia, ocidental em contraponto aos saberes milenares na medicina oriental, da medicina egípcia e dos outros povos africanos e povos indígenas, produzindo nos moldes do que disserta Quijano (2005) uma colonialidade do saber, onde se coloca no centro e como produtora de verdade universais incontestáveis sobre a vida, a saúde e as formas desejáveis de se viver. Medicina esta que nasce de forma a hierarquizar saberes, de forma colonial, organizada e difundida por homens brancos, europeus, de classes sociais dominantes, perfil sociorracial que permanece no Brasil até os dias atuais (SCHEFFER et al, 2018).

Antes da medicalização do hospital no período da Idade Média, este era um instrumento asilar, administrado por instituições religiosas com objetivo de oferecer abrigo, alimentação, assistência religiosa para os mendigos, pobres e doentes. Função que se encontra ligada a origem do nome “hospital”, que em latim significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade que com a medicalização deste espaço, passa a ter um viés terapêutico, bem como o lugar de exercício da medicina e de controle biopolítico, ligado às origens da medicina moderna e da psiquiatria desenvolvendo uma prática generalizada de isolamento, segregação destes segmentos sociais marginalizados (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1978).

A partir desta construção do hospital como aparato biopolítico, considero importante destacar que o processo de medicalização do hospital foi norteado pelo modelo biomédico, considerando a saúde somente pelo corpo biológico, vistas a finalidade de promoção de cura, sob uma perspectiva patologizante, hierárquica de intervenção do saber médico sobre o corpo e da disciplinarização deste. Corpo este que em sua representação é visto como esvaziado de uma subjetividade inclusive na relação de “cuidado” deste sujeito com a figura do médico. Uma relação de “cuidado” da medicina que desde os seus primórdios já nasce estabelecida em uma relação de poder.

Foucault (1979, p. 59) destaca que o hospital vira “uma máquina de curar” mas que também produz efeitos patológicos e subjetivos uma vez que coloca os sujeitos na posição de doentes sobre um estatuto de passividade e de ser tutelado pelas figuras que exercem essa hegemonia do saber sobre o cuidado na saúde. O hospital

transforma-se em uma instituição mor de cumprimento de normativas, de produção de cura, sob um olhar sobre a saúde fragmentado e biologista.

A ocupação médica dentro de uma instituição não era algo comum, essa era presente nos hospitais marítimos e militares com fins de infligir disciplina aos recrutados, assistir aos doentes e recuperados de guerra. A partir disto, os hospitais militares tornam-se modelos para a reorganização hospitalar (FOUCAULT, 1979. p. 60).

Foi a disciplina a tecnologia de poder que foi chave para o processo de medicalização, e conseqüente, as tecnologias da vigilância e do exame que atualmente nos remete ao uso que é feito do prontuário por exemplo. Uma vigilância perpétua dos indivíduos, sob o comportamento, sobre a doença, de forma que o mesmo deve ser submetido a uma “pirâmide de olhares”, cria-se uma cultura institucional de registro contínuo, anotação dos dados minuciosamente, onde nenhum detalhe pode escapar do registro desta “pirâmide disciplinar”, onde está disciplinarização e conhecimento sobre tudo o que ocorre com o sujeito adoentado e no hospital deve ser confiado a figura do médico, assim como a distribuição dos leitos, da arquitetura do hospital, temperatura, o ar, a água, tudo deverá ter uma função terapêutica. A partir deste momento, é destinada a figura do médico a ser o principal responsável pela organização hospitalar, e a quem se deve perguntar como construí-lo e organizá-lo (FOUCAULT, 1979 p. 62)

Antes do século XVIII a figura do médico era algo atípico do hospital, este profissional era o médico de família, de consulta privada, que dirigia-se a casa do doente, uma atividade voltada a famílias burguesas de alto poder aquisitivo, que tinham condições de prover este tipo de assistência a seus familiares adoentados, o que mostra que os primórdios do exercício da medicina esta conferia-se como uma atividade laboral classista e bem elitizada (FOUCAULT, 1979 p. 64).

Com a inserção do médico no hospital, Foucault (1979) ao referir-se a consulta do médico faz alusão a um ritual, a um desfile que expressa as hierarquias de saberes nesse espaço, um desfile quase que religioso em que o médico vai a frente, em direção ao leito de cada doente seguido de toda uma hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiros, e outros. E com isto questiono: Será que este ritual de desfile demonstrando as hierarquias é algo que ficou somente no século XVIII no início da medicalização do hospital? Sobretudo nos hospitais-escolas

e /ou hospitais universitários, esse ritual é ainda bastante presente, nas consultas e na realização de exames.

Após esse breve panorama sobre o advento do hospital e sua medicalização, creio que seja crucial considerar que estes moldes de configuração do hospital nortearam um modelo assistencial hospitalocêntrico no Brasil, modelo este que possui mais tempo de funcionamento dentro do SUS do que do modelo assistencial biopsicossocial de organização de uma rede de saúde descentralizada e regionalizada, na qual tem a atenção básica como pilar de sustentação deste sistema.

Ainda vigora no imaginário social o pensamento de que diante de qualquer questão de saúde o local na qual deve-se dirigir é o hospital e de ser atendido exclusivamente pelo profissional médico. Algo que vem sendo desconstruído com o fortalecimento e expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e o estreitamento do vínculo das equipes com o território. Tratam-se de fatores que relacionam-se a uma tímida desconstrução da figura do médico como a autoridade mor no que diz respeito a saúde e de que a *práxis* realizada por outras profissões ligadas à assistência em saúde, que também carregam seu lugar de importância, sob uma perspectiva de interdependência de uma assistência multiprofissional, onde o trabalho de todos os entes são importantes e de como uma diretriz de trabalho crucial para a integralidade do cuidado.

Mas apesar disto, por mais que se tenha havido uma mudança de paradigmas, do modelo biomédico para o biopsicossocial⁴, quando se há mudanças de paradigmas o anterior não é superado totalmente, nem instantaneamente, por mais que tenha se havido a ampliação do conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde, como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade (PAIM, 2009), não houve a superação da visão fragmentada sobre a saúde que considera como importante somente o corpo físico, nem a superação do modelo biomédico, muito menos da supremacia do discurso médico na saúde.

⁴ Século xx. O Modelo Biomédico é definido por uma compreensão de saúde como ausência de doença. O foco do modelo centra-se sobre os processos físicos do adoecimento desconsiderando os fatores sociais e da subjetividade do sujeito. Já o modelo Biopsicossocial concebe o processo saúde-doença como a interação de fatores biológicos, psíquicos sociais e recentemente a inserção das dimensões: espiritual e ambiental como determinantes de saúde.

3.3 PROFISSIONALIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL.

3.3.1 A profissionalização da enfermagem: transplantação do trabalho de cuidado reprodutivo para o produtivo

A profissionalização e institucionalização da enfermagem no Brasil nas primeiras décadas do século XX, também se deu acompanhada do processo de medicalização do hospital. Como não havia um sistema de saúde organizado e unificado por todo território nacional, as ações eram pontuais e dirigidas a territórios e cidades específicas. Antes deste processo, eram homens e mulheres que realizavam o cuidado aos pobres e/ou doentes sem nenhum treinamento prévio e protocolado. Era muito comum que esses cuidadores fossem recrutados entre os próprios pacientes das instituições asilares, dos quais muitos eram ex-escravos ou escravos libertos e as irmãs da caridade (FERREIRA; SALLES, 2019).

O contexto sociocultural e econômico que data deste processo é marcado por uma profunda crise, onde o Estado Brasileiro realiza grandes investimentos no território nacional visando a modernização econômica, do sistema agrário manufatureiro, para o industrial. Processo de modernização que já se iniciava desde a “abolição” da escravatura, e o rompimento do regime de monarquia, para a Primeira República. Neste momento havia uma expansão do processo de urbanização das principais cidades brasileiras, mas também um crescimento na natalidade entre as classes mais pobres e de habitações desordenadas nestes grandes centros urbanos, com condições sanitárias de muita precariedade, repercutindo em uma grande proliferação de doenças infecto - contagiosas.

Condições estas que caracterizam em um verdadeiro caos social que já estava trazendo prejuízos econômicos para o país no cenário internacional, ou seja, a preocupação real do governo federal não era de cuidar da saúde das pessoas, e sim sanar os problemas sociais que atrapalhavam a modernização econômica do país, e se construir uma população forte e saudável para constituir a mão de obra necessária para o capital. Também era de interesse estatal a construção de uma identidade nacional do povo brasileiro, identidade essa orientada por uma

pretensão de embranquecimento da população, pois as influências das pseudociências eugenistas ditavam que as causas dos males sociais vividos no Brasil na época, tinham forte relação com a pobreza e com a maioria da população ser descendente de escravos e indígenas. Neste processo de modernização econômica, acompanhado da tentativa de construção de uma identidade nacional, o projeto político-ideológico era de continuidade à exclusão, invisibilização e marginalização de indígenas, mestiços e ex-escravos, postos em condições de não inserção à cidadania e de condições materiais e civis de se susterem.

Neste contexto, as ações de saúde que eram realizadas, ocorriam nos hospitais, os quais ainda eram instituições essencialmente asilares, destinadas ao cuidado dos marginalizados pela sociedade, muito distinto da configuração dos hospitais tal qual temos hoje no nosso país, pois o período anterior a profissionalização da enfermagem no Brasil é anterior ao processo de medicalização do hospital. Antes estas instituições eram administradas pela Igreja Católica, que detinha ainda grande poder econômico- financeiro e sociocultural, onde os religiosos eram os principais administradores dessas instituições.

A profissionalização da enfermagem no Brasil caracteriza-se como uma das mudanças político-econômicas e sanitárias realizadas pelo governo da primeira república, em prol de uma organização social do país, principalmente dos grandes centros urbanos como Rio de Janeiro e São Paulo, nos quais também eram um importante eixo para as ações econômicas do Estado. Este início do processo de profissionalização e institucionalização, ocorre com o acordo de cooperação técnica entre o Departamento Nacional de Saúde Pública- DNSP e a Fundação Rockefeller, com a missão de organizar a saúde pública nacional, acordo este que em 1923 resulta na criação da Escola de Enfermeiras do DNSP, com o padrão pedagógico de Florence Nightingale, atualmente esta instituição pioneira no ensino da enfermagem no Brasil, é a Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A origem social dos chamados “enfermeiros” antes da profissionalização da enfermagem foi tratada como um problema a ser solucionado pelos médicos brasileiros que pretendiam habilitar mulheres para o exercício profissional da enfermagem. Neste período a medicina moderna europeia aplicada no Brasil, começava a se alicerçar como categoria profissional, como campo científico e biopolítico, alicerçada por ideias positivistas e das pseudociências eugênicas que

estavam em grande disseminação na Europa. Processo epistemológico este, que com a sua transplantação para a realidade brasileira, além de inúmeros problemas de inaptações deste modelo a realidade sociocultural vigente, também hierarquizou os saberes em científicos e não científicos, principalmente os saberes da medicina tradicional realizada desde os períodos coloniais pelos povos indígenas e africanos.

A maioria dos cursos de enfermagem foram ministrados em hospitais, clínicas, maternidades, e a prioridade era que se formassem profissionais para atuarem nos hospitais. Alguns destes eram laicos ou religiosos de caráter filantrópico, apesar da grande influência que a Igreja Católica exercia politicamente, economicamente e culturalmente no Brasil incluso no setor assistencial (FERREIRA; SALLES, 2019), havia um interesse do movimento científicista que estava ocorrendo no Brasil sob perspectiva do positivismo, de se alicerçado com uma ciência laica, movimento este que no seu cerne, relacionava-se a um campo de disputas de saber-poder a serem dirigidos sobre o corpo social. A enfermagem antes disso, era muito ligada a atividades religiosas de abnegação, a remissão de pecados e etc, com o processo de profissionalização, houve uma cientificação da prática no país, acompanhada de outros processos que discorreremos à frente.

Podemos a partir das características destes movimentos, que o modelo de ações de saúde coordenadas pelo DNSP era o modelo biomédico e com ações de saúde centradas nos equipamentos hospitalares. Em virtude de atender ao projeto político econômico do governo com a primeira república, nos quais um dos objetivos prioritários era de sanar o caos social. Houve um crescimento de incentivos financeiros do governo federal na construção de hospitais, e aliando-se a isto, a necessidade de criação de um mercado de trabalho para as profissões ligadas à saúde, dentre elas a enfermagem.

Mas quem seriam os sujeitos elegíveis para compor a categoria profissional da enfermagem que estava se constituindo como um importante campo científico? Com a profissionalização da enfermagem houve também a feminização do trabalho de cuidado na esfera de trabalho remunerado, acompanhado de uma elitização da prática profissional, onde os sujeitos elegíveis para ingressarem na Escola de Enfermagem do DNSP, eram mulheres, brancas, de classe média-alta e escolarizadas. Mulheres que, em sua maioria pertencentes a famílias de grande poder econômico e político nas principais cidades brasileiras. Com isto, Ferreira e

Salles (2019) fazem uma indagação muito pertinente a reflexão a respeito deste processo: *“A origem social das mulheres que frequentavam a escola de enfermeiras foi um fator decisivo para a organização e legitimação social e científica da enfermagem?”*

Essa feminização da profissão, trouxe consigo um movimento muito importante de análise para esta discussão, que é o desenvolvimento de uma categoria profissional aliada a uma feminização do trabalho de cuidado transplantado da esfera reprodutiva para a produtiva, abrindo espaço para a ocupação de mulheres tanto na práxis assistencial, quando em instituições de ensino.

Conforme a representação social vigente na época, a enfermagem era percebida como análoga às tarefas domésticas de cuidado dos enfermos, idosos, crianças e parturientes. Ao mesmo tempo acreditava-se que, para atuar como auxiliares dos médicos, as mulheres deveriam ser submetidas a um ciclo de preparação técnica. Não seria, portanto, quaisquer mulheres que estariam aptas a exercer profissionalmente a enfermagem. Os estudos que nos inspiraram argumentam que os primeiros cursos de enfermagem selecionavam mulheres culturalmente capazes de se adaptar às exigências do modelo de formação profissional proposto por Florence Nightingale (FERREIRA; SALLES, 2019 parte 9).

As contribuições dos respectivos autores citados anteriormente nos mostram que o trabalho de cuidado (reprodutivo e produtivo) era baseado em uma concepção essencializante de um trabalho ligado ao sexo feminino e realizado com amor, sob uma construção narrativa normatizante e essencializante do gênero feminino ligado ao sexo biológico, onde o “ser mulher” estaria ligado a uma aptidão inata ao trabalho de cuidado. Com a transplantação dessa atividade para a esfera de trabalho produtivo por meio da enfermagem, a ideia imediata oferecida, era de possibilidade de emancipação dessas mulheres ao adentrarem no espaço público do trabalho em igualdade com os homens, mas na realidade este processo de institucionalização da enfermagem colocava as mulheres em um papel central de sustentação do sistema capitalista. O que parecia uma emancipação para as mulheres, na verdade seria mais uma forma de serem exploradas pelo capital.

As candidatas elegíveis a ingressarem na Escola de Enfermagem do DNSP constituíam um grupo sociorracial bem específico, com formação pregressa em leitura, escrita, operações aritméticas, fluência em idiomas estrangeiros e preferencialmente de formação normalista. Deveriam apresentar boa saúde, idoneidade moral, serem jovens e se possível solteiras. Estas jovens que

apresentavam todas essas características, eram as mulheres das elites cariocas e paulista (FERREIRA; SALLES, 2019).

Logo em 1920 o modelo pedagógico da formação da enfermagem foi importado, modelo inglês nightingale, sob o auxílio das enfermeiras norte-americanas da missão de cooperação técnica para desenvolvimento da enfermagem no Brasil, as mesmas responsáveis pela criação do serviço de enfermagem do DNSP e do serviço de enfermagem do hospital geral de assistência, onde as discentes realizariam o internato. A respeito dessa transplantação do modelo pedagógico é importante destacar que se desejava não só transmitir as características pedagógicas do modelo, mas também as concepções ideológicas (FERREIRA; SALLES, 2019).

Era uma possibilidade de profissionalização, uma promessa de boa remuneração salarial, status social e de boas oportunidades no mercado de trabalho. Mas quais seriam estes padrões ideológicos que a formação exigiria das futuras discentes na escola de enfermagem? Como fundamentais de serem internalizados, para transformarem-se nas “enfermeiras padrão”?

A socialização da enfermeira profissional passou a exigir a adesão a determinados valores, regras, hierarquias e símbolos que foram sendo associados à profissão: nacionalismo, abnegação religiosa e feminilidade (FERREIRA; SALLES 2019 parte 20).

Este compromisso em disseminar os valores ideológicos da enfermagem já se revelavam desde o início do processo de institucionalização ,onde esses valores convergiam com a adesão aos interesses econômicos do Estado brasileiro, de manutenção de uma hierarquia racial e sociossexual, onde apesar do déficit crônico que se apresentou de mulheres que corresponderem ao perfil para ingressar e para se formar enfermeiras (FERREIRA;SALLES, 2019) a democratização do acesso mostrou-se totalmente parcial e enviesada, direcionada especificamente às mulheres brancas de classes sociais mais abastadas das principais cidades brasileiras.

Outro aspecto que se faz necessário pontuar, é que mesmo com o rompimento do Estado com a Igreja Católica e também na cientificação da enfermagem, as origens socio históricas e culturais do trabalho de cuidado continuavam em voga, onde os valores da ideologia cristã sob o papel social de cuidado designado a mulher, ainda exerciam forte influência na construção da identidade profissional da enfermagem, como mulheres que deveriam ser

abnegadas para a realização do cuidado do outro, de moral inquestionável, pertencentes a famílias nucleares de classes sociais abastadas e femininas.

Tratam-se de construtos para a construção da identidade da “enfermeira padrão” que estavam totalmente de encontro aos princípios ideológicos familistas, e também patriarcais, visto que, estas eram convocadas a profissionalização para serem auxiliares nos trabalhos dos médicos, profissão esta que na época, sua composição majoritária era de homens, brancos, burgueses, filhos de aristocratas, fazendeiros, enfim, sujeitos da elite do Rio de Janeiro e São Paulo, ou seja, estas mulheres eram convocadas a um trabalho de cuidado na qual deveriam se submeter a autoridade médica já instalada neste processo, tanto que a convocação era de que fossem auxiliares do trabalho da medicina, autoridade conferida não somente à medicina enquanto ciência, mas também a sua composição enquanto categoria, homens de classe social mais abastada.

Interessante que algumas décadas se passaram do início da profissionalização da enfermagem no Brasil, e mesmo com mudanças no perfil da categoria com o ingresso de homens na profissão e o crescimento de mulheres na medicina, a enfermagem em si ainda é uma profissão feminizada, majoritariamente ocupada por mulheres, e a medicina ainda é ocupada predominantemente por homens, além do perfil sociorracial na medicina que ainda se perpetua, conforme aponta os dados da Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER et. al. 2018).

A expansão numérica e democratização da categoria foi duramente afetada pela manutenção do perfil sociorracial de mulheres para ingressarem na escola de enfermagem, veja que, conforme Ferreira e Salles (2019) colocam muito bem, esta era uma diretriz institucional da principal escola de enfermagem do país, diretriz está ainda que velada, assim como o racismo à brasileira. Nisto, os autores trazem um episódio bastante emblemático, que serve de exemplificação:

Em 1926, jornais “oposicionistas” denunciaram que todas as “moças de cor” que se apresentavam como candidatas a uma vaga eram rejeitadas, mesmo que fossem física e culturalmente aptas. Para desmentir a denúncia, a diretora da escola teria permitido a aprovação de uma candidata negra. Houve forte reação das alunas brancas contrárias à admissão de uma aluna *de cor*. (FERREIRA; SENA; BARREIRA, 1999 *apud* FERREIRA; SALLES, 2019 parte 36).

O episódio ratifica que esta era uma política institucional, e de que esta adquiriu uma configuração representativa de uma cota para a EEAN tentar aparentar não ser racista. Somente na década de 1960 que a política institucional da EEAN de viés

extremamente racista foi entrando em declínio e esta, assim como as outras escolas brasileiras que tinham na EEAN o seu referencial dado o pioneirismo da escola, passaram a aceitar mulheres negras e também homens (SOUZA; OGUISSO, 2008).

3.3.2 A enfermagem a serviço do projeto nacionalista do final do século XIX para o XX e a propagação da eugenia

Neste processo de institucionalização da enfermagem claramente orientado por políticas ideológicas elitistas e racistas, a inserção de mulheres brancas e negras foi muito distinta. As mulheres brancas foi destinado os vínculos empregatícios formais, remuneração salarial, status e reconhecimento social da profissão, e as mulheres negras, a subalternidade, a informalidade no trabalho de cuidado, os postos de trabalho devolutos, a desqualificação e invalidação destas ao trabalho de cuidado e para a produção epistemológica. De fato, o que este processo repercutiu em décadas de exclusão às mulheres negras a oportunidade de profissionalização e de mobilidade social, visto que estas já exerciam este trabalho no período anterior à institucionalização da enfermagem no Brasil (CAMPOS; OGUISSO, 2007).

Dentre esse aspecto, os autores citados anteriormente destacam também que neste processo de exclusão das trabalhadoras negras inferiram as construções narrativas sobre a subjetividade negra, as quais resultavam nas representações sociais da mulher negra na sociedade da época. Como moralmente desqualificadas, impróprias para o trabalho remunerado e para auxiliarem no processo de desenvolvimento científico da enfermagem brasileira.

Lembrando que, a formação da identidade profissional da enfermagem obedecia a um projeto político-ideológico mais abrangente de manutenção de uma estrutura social que oferecia privilégios materiais e simbólicos as elites brancas, concentrando na mão destas posições de poder, tanto no que se refere ao capital financeiro quanto intelectual, pois a enfermagem de fato estava se constituindo como um campo científico de saber, onde dele emanariam uma série de produções discursivas sobre modos desejáveis de viver, adoecer, reproduzir-se e etc.

A população negra recém abolida no período da primeira república era posta como desviantes, anormais, imorais e com potencial degenerativo para doenças infectocontagiosas (CAMPOS; OGUISSO, 2007). As ações de saúde da primeira república recebiam forte influência do movimento positivista na Europa , onde a eugenia estava assumindo-se como um discurso hegemônico, ditando a necessidade para controle dos problemas sanitários e consequentemente do progresso econômico, as ações de biopoder sobre a população tinham como alvo a habitação, a higiene, a alimentação, a sexualidade a religiosidade, discursos estes produtores de “verdades” apoiadas no movimento positivista europeu e suas pseudociências decorrentes.

Controle biopolítico do qual, nem as mulheres brancas da elite elegíveis para a formação da enfermagem escaparam, pois todas as diretrizes institucionais das escolas de enfermagem no que tange aos comportamentos e incorporação de ideais pedagógicos do padrão nightingale, tinham como pano de fundo a docilização dos corpos, condutas e subjetividades destas mulheres. Não ditavam somente como deveria ser a “enfermeira padrão”, mas de qual o modelo de mulher desejável e reconhecido socialmente como mulher.

De fato, o projeto de profissionalização e institucionalização da enfermagem tirou a possibilidade de trabalhadoras negras à inserção na produção científica e intelectual da enfermagem, onde o projeto político nacional que orientou as diretrizes desse processo, tinha claramente objetivos de promoção da marginalização da população negra em todos os seus saberes e práticas socioculturais, nomeadas e não validadas como ciência.

O método positivista de investigação e raciocínio tornou-se hegemônico na orientação das práticas e políticas estatais a partir de 1900, com estratégias de combate a febre amarela, a cólera, a varíola: e como práticas de saúde representavam essencialmente a tutelarização moral e intelectual e o controle da saúde e dos corpos das classes mais pobres, para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas (GARCIA, 1993 p. 189).

O projeto político-ideológico nacionalista que orientou a formação da enfermagem no Brasil, além de ter como objetivo a marginalização da população negra, pregava-se o desaparecimento da miscigenação racial, proibição da imigração de sujeitos não brancos, pois o objetivo era conter a miscigenação e geração de pretos, pardos e indígenas, visto que o projeto de construção de uma identidade nacional visava o embranquecimento da população, e isto demandaria o progressivo

desaparecimento da população negra descendentes de ex- escravos , indígenas e mestiços (GARCIA, 1993).

As enfermeiras incorporaram os ideais eugênicos disseminados na formação da enfermagem e os reproduziam em seus discursos de cunho social, este era o discurso médico-sanitário que vigorava neste período histórico. Discursos como os seguintes de acordo com Garcia (1993 p. 195):

1. “As causas principais da pobreza são o analfabetismo, alcoolismo, prostituição, divórcios, famílias ilegítimas [...] vícios são os mais culpados pelo aumento da miséria”;
2. “Controlar os nascimentos, esterilizar os anormais e tornar persuasivo o tratamento pré-natal, é o ideal supremo para que amanhã o Brasil seja uma nova ressurreição da Espanha”;
3. “As classes cultas da sociedade brasileira[...] já compreendem a necessidade imperiosa de medidas capazes de conduzir-nos a uma regeneração coletiva [...] evidentemente não há solução para os males sociais fora das leis da biologia”.

As frases apresentadas evidenciam que de fato o projeto político-ideológico da profissionalização e institucionalização da enfermagem no Brasil era fortemente familista, normatizante, sexista, misógino, racista e que reiterava discursivamente a necessidade de ações intervencionistas estatais orientadas por condutas higiênicas e moralizadas (GARCIA, 1993).

4.0 PORQUÊ A ENFERMAGEM

4.1 A enfermagem e sua clivagem interna

Conforme exposto anteriormente a respeito da medicalização do hospital e da constituição da hegemonia do saber médico neste dispositivo e na área da saúde como um todo, ratifica-se que o hospital a partir deste processo ocorrido no século XVIII torna-se o lugar onde a clínica aparece como dimensão essencial, um lugar de formação do saber médico e de transmissão deste saber (FOUCAULT, 1979), ou seja, da captura do sujeito e da doença como objeto de saber da medicina e também como objeto na qual se inflige poder por meio da disciplina.

A partir desta relação hierárquica que se constrói entre a medicina e o paciente, e entre a medicina e outros campos de conhecimento ligados à saúde, observa-se que este sujeito como um objeto de intervenção de poder, é representado por meio de um esvaziamento de sua subjetividade, não um sujeito visto em sua integralidade para além de um corpo biológico.

De certo que, com a reorientação do modelo assistencial do paradigma biomédico para o biopsicossocial aliada a ampliação da compreensão do processo saúde-doença na década de 1980, com a Reforma Sanitária e processo de unificação de um Sistema Único de Saúde, houve uma transição do modelo biomédico e hospitalocêntrico para o biopsicossocial, demandando de uma assistência multiprofissional, visto o esgotamento e insuficiência do modelo biomédico para dar conta da complexidade do cuidar da saúde dos sujeitos. Processo este que abriu possibilidade para a inserção/ desenvolvimento de outros campos de saber ligados a saúde, como a nutrição, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia e a enfermagem, que já possuía inserção no universo do hospital e do cuidado em saúde, mas a partir desta transição de paradigmas a categoria ganha um outro lugar de importância na assistência (BORGES, SOARES, 2018).

É evidente que cada categoria profissional ligada à assistência na saúde, irá constituir-se de forma distinta, até mesmo considerando-se as diferentes especificidades da práxis de cada uma e do seu olhar para o sujeito e da construção

da relação do cuidado. Com o exposto a partir do pensamento de Foucault (1979) sobre a medicalização do hospital e da clínica, pode-se observar que a construção da relação de cuidado e das relações de trabalho no hospital entre o médico e outros entes que compõe o assistir neste espaço, se constituiu de forma hierárquica, verticalizada, onde a figura do médico era e é investida de um lugar de poder, no topo da escala hierárquica de saberes ligados à saúde.

O que faz-se necessário problematizar, ou melhor questionar, as relações de poder constituídas no espaço hospitalar e sua repercussão na microdinâmica do trabalho em saúde, de forma que nada mais esperado que esta hierarquia de poderes alicerçada na supremacia do discurso médico, também se reproduza nas relações interprofissionais entre a equipe multiprofissional de referência na assistência.

A enfermagem carrega uma estigmatização da profissão como subalterna e auxiliar da medicina (LOMBARDI; CAMPOS, 2018) se considerando ainda, que por se tratar de uma categoria profissional majoritariamente representada por mulheres negras, nesse lugar de estigmatização e subalternas a categoria médica, também podemos trazer um tensionamento da discussão não somente a partir da divisão sociosexual do trabalho, mas também no campo das relações raciais. Uma vez que as mulheres negras constituem o grupo social silenciado, subalternizado e /ou invalidado no seu saber/conhecimento, que tratam-se de processos que fazem parte da formação sociocultural brasileira e são perpetuados até os dias atuais (GONZÁLEZ, 1983); (KILOMBA, 2019);

Na pesquisa: “O perfil da enfermagem no Brasil” realizada pela Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN no ano de 2015, trazem dados que auxiliam a compreensão do perfil sociosexual e racial que compõe a categoria, e a partir daí, dar seguimento a discussão que este trabalho pretende realizar. Segundo esta respectiva pesquisa, como esperado, a enfermagem é uma profissão atravessada pelo processo da feminização, onde as mulheres são 86,4% das trabalhadoras dessa categoria, contra 15% de homens. Mas além do recorte de gênero, é fundamental racializar este recorte na categoria, onde há um expressivo percentual de trabalhadoras negras, principalmente entre os profissionais de ensino médio/técnico, como auxiliares e técnicos de enfermagem, como expressam nas tabelas a seguir onde constam dados de gênero e perfil raça/ cor dos profissionais da enfermagem:

Tabela 1. Distribuição percentual (%) por categoria profissional e gênero:

Técnicos e Auxiliares	77% (total)	84,7% mulheres	14,7% homens
Enfermeiros de Nível Superior	23% (total)	86,2% mulheres	13,4% homens

Fonte: Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN; FIOCRUZ, 2015)

Tabela 2. Distribuição percentual (%) dos técnicos e auxiliares de enfermagem por raça/cor

Parda	44,5%
Branca	37,6%
Preta	12,9%
Amarela	1,8%
Indígena	0,6%

Fonte: Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN; FIOCRUZ, 2015)

Tabela 3. Distribuição percentual (%) dos enfermeiros de nível superior, segundo por raça/cor:

Branco	57%
Pardo	31,3%
Pretos	6,6%
Amarelos	2,5%
Indígena	0,3%

Fonte: Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN; FIOCRUZ, 2015)

Assim como na população brasileira de forma geral, a população feminina não é homogênea, por diversos atravessamentos de marcadores de classe, raça, identidade sexual, etarismo e outros, essa homogeneidade, ou uma

universalização do “ser mulher” também não é presente na enfermagem, onde apesar do gênero feminino ser muito expressivo na profissão, o recorte racial também é bastante significativo, principalmente entre os profissionais de nível médio e técnico, conforme apontado nos dados acima, os quais majoritariamente (35%) possuem faixa de renda mensal é de R\$ 1001,00 á R\$ 2000, 00 entre os técnicos e auxiliares de enfermagem. Mas quando se trata do outro grupo dentro da categoria, os enfermeiros de nível superior, esta faixa salarial apresenta acréscimo, (21,5%) entre R\$ 2001, 00 a 3000, 00 e (21, 1%) entre R\$ 4001, 00 a R\$ 5000, 00. (COFEN; FIOCRUZ, 2015)

Os autores Lombardi e Campos (2018) discutem esta divisão interna dentro da categoria, não somente no que tange a remuneração salarial, mas a execução de tarefas em serviço, uma divisão de responsabilidades/execução de tarefas que tem no seu pano de fundo a racialização das posições dentro da categoria, expressando-se a partir disto também uma desigualdade intragênero na enfermagem.

“Entre cuidar de feridas e fluidos humanos, instrumentalizar uma cirurgia ou administrar o material e os medicamentos de uma unidade hospitalar, por exemplo, há muita diferença. Da mesma maneira, há diferença entre uma enfermeira chefe e uma auxiliar de enfermagem” (LOMBARDI; CAMPOS p. 33).

Com base no Decreto N° 94.406/87 que regulamenta a Lei 7498/86 sobre o exercício profissional da enfermagem no que abarca as atribuições de funções/responsabilidades dentro da categoria, cabe aos auxiliares de enfermagem as atividades de prestar cuidados de higiene, alimentação e conforto ao paciente e zelar por sua segurança; além de zelar pela limpeza em geral, ao técnico cabe assistir ao enfermeiro no planejamento das atividades de assistência, no cuidado ao paciente em estado grave, na prevenção e na execução de programas de assistência integral à saúde e participando de programas de higiene e segurança do trabalho, além, obviamente, de assistência de enfermagem.

E ao profissional de enfermagem de nível superior a direção das equipes de enfermagem nas unidades/instituições de saúde de ensino e/ou assistência públicas ou privadas, realização de atividades de gestão do planejamento da assistência de Enfermagem, consultoria, auditoria, a consulta de enfermagem; a prescrição da assistência de enfermagem; os cuidados diretos a pacientes com risco

de morte; a prescrição de medicamentos e todos os cuidados de maior complexidade técnica.

Lombardi e Campos (2018) afirmam que quanto maior o contato com o corpo do paciente e dos fluidos produzidos pelo corpo humano, menor é a qualificação profissional, ou seja, cuidados estes que são consideradas atividades de menor reconhecimento social e econômico, de menor valor, como a alimentação, higienização do paciente com o banho, com contato com os elementos excretórios. Trabalhos estes que são vistos como trabalhos que não demandam qualificação, como trabalhos subalternos, que pela sua subalternização, são designados a serem realizados sobretudo por mulheres negras, que por se tratarem também de atividades de cuidado, são atravessados pelos papéis de gênero designados ao feminino tal como a imposição do patriarcado, sexismo e racismo impregnado na sociedade brasileira.

Essa hierarquização racializada de gênero com relação a divisão interna dentro da categoria da enfermagem, mostra-se como uma perpetuação de um processo que já se encontrava em vigor a partir do século XIX, onde grande parte dos trabalhos relacionados ao cuidado, à esfera reprodutiva (precarizada, de menor valor social e portanto de remuneração) era realizado pela população negra, e com a profissionalização da enfermagem ocorre um processo de branqueamento e elitização da profissão (LOMBARDI, CAMPOS, 2018).

Processo este que se dá por conta de uma política ideológica de branqueamento e aprofundamento das desigualdades raciais e de gênero no trabalho ancoradas no racismo estrutural no campo econômico, onde a desigualdade é a regra fundamental, e não a exceção (ALMEIDA, 2019), onde deseja-se manter hierarquias raciais no campo do trabalho e perpetuar a subalternização da população negra, e neste caso específico, das mulheres negras, visto que a imagem da enfermeira padrão foi associada a mulher branca. Imagem estereotipada e racializada atravessada por aspectos morais, intelectuais, estéticos e culturais que atribuem a mulher branca atributos considerados superiores em detrimento das mulheres negras.

Algo que converge com o sistema de branquitude brasileira que concentra nas mãos de pessoas de identidade racial branca a possibilidade de usufruir de privilégios materiais, simbólicos e econômicos da opressão racial (SCHUCMAN, 2002), processo este com origens no período escravocrata, perpetuados no Brasil

Colônia e reatualizados até os dias atuais por meio de diversas formas de reconfiguração onde se produz subalternização/precarização, silenciamento e invalidação da intelectualidade de sujeitos de identidade racial negra (KILOMBA, 2019).

Apesar da difusão do projeto ideológico de branqueamento e elitização da profissão da enfermagem no Brasil, as mulheres negras continuaram a atuar na categoria, mas em postos de trabalho subalternos (auxiliares e técnicas de enfermagem) aspecto este que se relaciona com diversos fatores socioeconômicos de acesso da população negra ao ensino superior, tanto na rede privada quanto nas universidades públicas, que se refere não somente condições de acesso, mas de se manter no curso, já que o curso de enfermagem de nível superior possui formação mínima de quatro anos, em contraposição aos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem de em média dois anos de realização.

O que para as mulheres negras as quais tratam-se do grupo populacional que apresenta os mais baixos indicadores socioeconômicos, elevados índices de desemprego, analfabetismo, empregos informais e de vínculo de trabalho precário (MARCONDES et. al, 2013) o curso de formação técnica de enfermagem, apresenta-se como uma possibilidade de profissionalização rápida de posterior inserção no mercado de trabalho.

Nesse sentido, o acesso à qualificação está intimamente relacionado às possibilidades que os indivíduos de diferentes raça/cor e níveis de renda têm na sociedade. E no Brasil, esses requisitos costumam ser mais fáceis de cumprir entre a população branca, de classe média e média alta (CAMPOS; LOMBARDI, 2018 p. 33)

Com base no que foi exposto, pode-se delinear um panorama que apresenta uma discussão no campo das relações étnico-raciais com relação a representação de sujeitos na categoria profissional da enfermagem, e não somente nesta, para as outras profissões ligadas à assistência em saúde, se considerando que os atravessamentos de raça, classe e gênero, perpassam as hierarquias de saber-poder presentes na dinâmica de trabalho do cuidado na saúde, onde se tem uma distribuição desigual de cargos investidos de poder/ prestígio e remuneração econômica imbricados nas desigualdades de gênero, raça e classe.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Este campo de pesquisa foi construído conjuntamente por mim como pesquisadora e pelas entrevistadas, trazendo uma série de nuances e especificidades que também perpassam por dinâmicas raciais, tanto por ser uma pesquisadora que compartilha dos marcadores de gênero e raça com as participantes, quanto da identidade profissional em sermos profissionais de saúde, embora tenha como área de formação a psicologia. Quando estas mulheres foram abordadas, apresentei a pesquisa e fiz o convite, podemos inferir também, que o próprio título da pesquisa: *“Vozes de enfermeiras negras na encruzilhada: hierarquias de saberes e relações raciais no trabalho em saúde”* já dá notícias as entrevistadas, de que serão abordadas a falarem de suas percepções sobre a temática racial. Além disto, como o título traz: *“Vozes de enfermeiras negras...”* quando estas aceitam a participação no estudo, de certa forma já configura-se em uma autodeclaração, de como as mesmas percebem-se racialmente.

Todos esses fatores, e outros mais, serão discutidos ao longo desta seção no texto, mas para fins de uma reflexão e provocação inicial que o campo me trouxe e que creio ser pertinente para trazer ao texto, como forma de também provocar o leitor, trago uma situação vivida que consta nos meus registros de diário de campo.

Ao entrar em contato via whatsapp com uma profissional indicada por uma das participantes da pesquisa, esta profissional já tinha ciência minimamente do que se tratava a pesquisa pois a sua colega de profissão que fora entrevistada já havia lhe informado do que se tratava. Esta enfermeira ao ser abordada disse: *“Só queria ver sua foto, pois se fosse branca não aceitaria participar. Não tenho nada contra brancos tá?!”* E aí perguntei: *“Minha foto não está aparecendo para você?”*, e como resposta a condição de participação declarada pela profissional eu digo: *“ Não tem importância, Joana, eu compreendo!”* (Joana - nome fictício)⁵. Posteriormente, esta profissional aceitou a participação na pesquisa (DIÁRIO DE CAMPO, 2021).

Para nós, pesquisadores da área das ciências humanas, é importante ter em mente que o processo de pesquisar e principalmente a construção do campo de pesquisa, é uma etapa que demanda lidarmos com surpresas advindas desse campo, no qual tem sua própria dinamicidade, as quais requerem do pesquisador

⁵ Todos os nomes das participantes do estudo são fictícios. Voltaremos à escolha dos nomes das entrevistadas mais adiante

um certo “*jogo de cintura*” para lidar com os imprevistos e surpresas que ele nos traz. Tal situação me fez pensar que havia algo muito importante a ser problematizado na construção desse campo e das dinâmicas relacionais com as profissionais elegíveis a participação da pesquisa e as que entraram para o estudo, que era a formação de uma dinâmica racial, que pelo fato de também ser uma mulher negra, propiciava-se um ambiente racial, que em tese, admitia uma certa confiabilidade, para expressarem-se a respeito das temáticas que seriam convidadas a falar, que foram as relações raciais nos seus contextos de trabalho na saúde.

Isso me provocou também a necessidade de pontuação e problematização destas dinâmicas, como algo que precisava fazer parte desse texto, quando tensiono as temáticas emergidas neste campo. Percebo que a dinâmica que foi construída neste ambiente racial me tornava mais do que uma pesquisadora em posição analítica de observação de discursos, mas como uma agente, participante desta dinâmica, em uma certa horizontalidade com as participantes.

Uma vez que, o lugar social que é designado a mulher negra, quanto a todos os outros sujeitos que compõem a população negra, nos leva ao estado de vigilância constante que a ferida colonial do racismo (LIMA, 2019), faz com que desenvolvamos comportamentos de vigilância a fim de evitar ambientes raciais hostis, nos quais sejamos passíveis de vivenciar a discriminação racial. Tratam-se de atitudes raciais, que as nossas vivências socioculturais nos auxiliaram a construir, como medidas protetivas a vivência da discriminação racial interseccionada aos outros tipos de discriminação/opressão.

A despeito desta relação que foi construída no campo, entre pesquisadora e entrevistadas, falo de uma co- produção de um ambiente racial na qual rejeitei uma posição de distanciamento social, emocional e político das entrevistadas, posição na qual as conceberia como meros “*objetos da pesquisa*”. Com isto, o instrumento metodológico para lidar com esta dinâmica foi, o que Kilomba (2019, p. 83) conceitua como “*Pesquisa entre pares*”. É preciso considerar que, a academia ainda é um lugar hegemonicamente branco, ocupado majoritariamente por brancos, onde historicamente a autoridade discursiva de quem produz e pode produzir ciência é o branco (COLLINS, 2019; KILOMBA, 2019).

Este fato que não ser esquecido, relaciona-se a outro fator que a matriz de opressão cis heteropatriarcal, racista e classista produz, que é a validação de quem

são os reconhecidos como sujeitos ou não (sujeito político, social e individual), estamos falando de lugares de poder de enunciação, onde nessa perspectiva, o sujeito branco sempre esteve nesse lugar de poder, na qual a sua condição de sujeito nunca foi questionada, aviltada e que é reforçada constantemente por essa sociedade racista.

Por outro lado, essa mesma sociedade racista e por que não também, academia racista em que vivemos, nós mulheres negras temos nela uma condição de “*outras*” como não sujeitos e/ou sujeitos incompletos, conforme já foi discutido anteriormente acerca da nossa condição de “*outridade*” e de reivindicação ao lugar de sujeitos, sujeitas sociais, políticas e individuais (KILOMBA, 2019).

Desta forma, com a utilização do conceito de “Pesquisa entre pares”, esta pesquisa foi focada nos sujeitos, e a utilização deste conceito de Kilomba (2019) assumiu também um caráter de afirmação e reivindicação ao reconhecimento de mulheres negras na condição de sujeitos.

[...] quando existe a possibilidade de expressar a própria realidade e as experiências a partir da própria percepção e definição, quando se pode (re)definir e recuperar a própria história e realidade. Se as mulheres negras, bem como outros grupos marginalizados, têm o direito capital, em todos os sentidos do termo, de ser reconhecidas como sujeitos, então também devemos ter esse direito reconhecido dentro de processos de pesquisa e de discursos acadêmicos. Esse método de focar no sujeito não é uma forma privilegiada de pesquisa, mas um conceito necessário (KILOMBA, 2019 p.82).

5.1 Uma psicóloga pesquisando a enfermagem: Estranhamentos e impactos positivos

O interesse por entrevistar a categoria profissional da enfermagem já trouxe estranhamentos e curiosidade desde a elaboração do projeto de pesquisa, na banca de qualificação do projeto e também as participantes. Primeiramente fui indagada do “porquê” da escolha pela enfermagem, ao invés de eleger minhas colegas de categoria, ou seja, entrevistar psicólogas pretas.

Sobre esta escolha, acredito que um dos primeiros fatores que inferiram foi o fato de na minha experiência profissional desde os estágios da graduação ter me inserido em contextos de trabalho da psicologia na saúde, serviços do SUS, onde o

trabalho que é realizado nestes espaços institucionais demanda de uma interlocução contínua com outros profissionais de saúde, visando a realização de um trabalho interdisciplinar. Isto me proporcionou enquanto profissional, a pensar na prática da psicologia de forma multiprofissional, não restrita a atuação somente no nosso campo, o que ao longo da minha trajetória me fez ter interesse por ouvir as experiências de trabalho de outros profissionais de saúde que não só os psicólogos.

Acredito que é uma tendência de muitas categorias profissionais, ter uma postura de centrarem-se no diálogo somente com seus pares da mesma categoria. Este processo teve grandes contribuições da minha experiência como de “deformação”, no qual a identificação como “profissional de psicologia” não era mais a predominante, mas sim a de “profissional de saúde”.

Uma experiência pessoal ilustra este processo de “deformação” de forma mais explicativa: ao ingressar no curso de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Escola de Saúde Pública, o momento de abertura do curso com a apresentação dos discentes e docentes, trouxe falas que foram contundentes para que eu mesma pudesse nomear o processo na qual estava vivenciando. Um dos docentes a se apresentar disse: *“Sou psicólogo de formação, sanitarista de deformação, mas na verdade eu nem me vejo tanto enquanto psicólogo, eu sou um educador em saúde”*, e depois disso, outros docentes ao se apresentarem, falaram da mesma forma, que pertenciam a uma categoria profissional específica *“de formação”* e que eram sanitaristas de *“deformação”*. A partir destas falas, que inicialmente causaram estranhamento aos novos discentes e também foram motivos de riso, os alunos ao se apresentarem também seguiram esse mesmo padrão e falaram as categorias profissionais as quais pertenciam *“de formação”*.

Isto gerou uma discussão inicial importante a respeito dos nossos processos de formação profissional, visto que na graduação recebemos uma formação básica, formal e por vezes enrijecida em suas práticas e na sua capacidade crítica para pensar para além dos outros campos da área psi, e que com outras experiências de formação institucional no “pós” graduação, passamos por processos de qualificação permanente em que temos a possibilidade de expandir não só o conhecimento técnico, teórico, mas também nossa capacidade crítica enquanto agentes políticos nos meios nos quais a psicologia está presente, tanto acadêmicos, quanto em serviços.

A escolha pela categoria da enfermagem também se deve ao fato de ser uma profissão que é majoritariamente representada por mulheres negras, conforme aponta a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN; FIOCRUZ, 2015), de ainda vivenciar o estigma de ser auxiliar da categoria médica (LOMBARDI; CAMPOS, 2018) na qual trata-se de uma categoria hegemonicamente branca, composta por sujeitos de classe social mais abastada (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018), desfruta de status social e de melhor reconhecimento salarial se comparada a outras categorias ligadas ao setor saúde (BORGES; DETONI, 2018).

Considerando-se a divisão sociosexual e racial do trabalho (NOGUEIRA; PASSOS, 2021), presente em todos os setores econômicos da nossa sociedade, as mulheres negras, pobres e periféricas, são os sujeitos que encontram-se na base da hierarquia da pirâmide social e que sócio historicamente vem ocupando os postos de trabalho mais invisibilizados, mal remunerados e considerados sem valor, trabalhos sobretudo ligados ao cuidado, como uma função imposta ao gênero feminino, transposta da esfera do trabalho reprodutivo (ambiente doméstico) para o trabalho produtivo (esfera pública) reconhecido economicamente (HIRATA; KERGOAT, 2007). São as mulheres negras os sujeitos mais subalternizados no Brasil no que tange a postos de trabalho e negação / invalidação da nossa intelectualidade. Por isso, na onda do título da obra de Spivak (2010) “*Pode o subalterno falar?*”, e como uma postura ética, política e atravessada por referenciais ideológicos feministas, decoloniais e antirracistas, escolhi a enfermagem como forma de dar voz a estas mulheres para expressarem-se a respeito de suas percepções sobre as hierarquias de saberes e relações raciais na saúde em seus cotidianos de trabalho dentro da atenção hospitalar.

Apesar do possível estranhamento/curiosidade inicial que estas participantes possam ter vivenciado quando convidadas a participar de uma pesquisa conduzida por uma profissional de psicologia, pude perceber que este fator não foi limitador para a deflagração de uma fluidez na dinâmica das entrevistas, mas pelo contrário, causou um impacto positivo, o interesse de uma psicóloga por ouvir enfermeiras. Tal impacto pode ser explicitado nas falas de algumas participantes: “*Essas pesquisas precisam aparecer, a gente precisa dar visibilidade. Estamos no mês de julho, o mês das mulheres pretas e acho que a gente precisa buscar esse protagonismo. Ninguém precisa falar por nós, nós podemos falar por nós mesmas!*” – (Dandara, 46 anos).

Quando Dandara refere-se ao “Mês das Mulheres Pretas” está se referindo ao mês de julho, onde no dia 25 se comemora o Dia Internacional da Mulher Negra, Latino- Americana e Caribenha, na qual ao longo de todo o mês de julho, são organizadas diferentes ações provenientes de um movimento político internacional de mulheres racializadas na luta contra as opressões de raça e gênero. Dandara fala também da importância de dar visibilidade a pesquisas que coloquem as mulheres negras no centro dos estudos, trabalhando com as opressões interseccionais que vivenciamos e tudo o quanto diz respeito às nossas pautas nesse país. Protagonismo que se refere não somente a serem as sujeitas de análise, mas como profissionais que estejam produzindo pesquisas e consequentemente conhecimento científico a partir de uma voz de uma mulher preta.

Aretha, outra entrevistada na pesquisa também traz essa necessidade de darmos protagonismo às nossas produções científicas e menciona também a importância de criarmos movimentos coletivos de mulheres pretas que realizem redes de apoio, para que possamos auxiliar uma as outras.

Acho que é importante nos apoiarmos. De criarmos movimentos coletivos de mulheres pretas que auxiliam umas às outras a crescerem. Assim como foi comigo, que eu tive uma mulher preta que me auxiliou prestando tutoria para eu hoje estar no mestrado! É disso que dizem... “Que quando uma mulher preta cresce, ela carrega outras com ela!” (Aretha , 38 anos)

Confesso que foram falas que me trouxeram enorme satisfação com a realização desta pesquisa e que coadunam com posicionamento ético e político que me norteia como profissional, cidadã, e uma pesquisadora feminista. As falas de Dandara e Aretha, as primeiras entrevistadas, reverberaram em mim como falas motivadoras para dar continuidade ao trabalho como pesquisadora, para esta pesquisa em especial e para trabalhos futuros. Foram falas que traduzem o que deveriam ser os verdadeiros sentidos políticos dos movimentos feministas, especialmente para nós, mulheres pretas que cotidianamente onde quer que estejamos promovemos agenciamentos políticos que trazem transformações sociais, seja no trabalho, na academia, nas famílias, entre nossos pares e outros.

Partindo para outro momento da pesquisa, nas fases preliminares de exploração do campo do campo, antes da aprovação do Comitê de ética na segunda quinzena de janeiro de 2021, com a inviabilidade de iniciar a coleta de dados, foram realizadas duas entrevistas exploratórias, com roteiro de entrevista já

pré - estruturado, roteiro no qual passou por modificações simples na linguagem para que posteriormente fosse utilizado na coleta de dados.

Entrei em contato com duas profissionais de enfermagem da minha rede de contatos, uma enfermeira de nível superior que trabalha em unidade hospitalar no município do Rio de Janeiro, e a outra profissional, uma técnica de enfermagem na qual trabalhava em unidade hospitalar no município de Niterói. A finalidade da realização das entrevistas exploratórias foi de refinar os instrumentos de coleta de dados de forma que se adequassem à investigação do objeto de pesquisa nas entrevistas semiestruturadas.

Posteriormente, tendo obtido a aprovação do respectivo comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, pude iniciar a ida a campo para coleta de dados. Como a metodologia de captação de profissionais a serem entrevistadas foi a técnica de *snowball* (técnica da bola de neve), que trabalha com cadeias de referências feitas entre os sujeitos entrevistados, para dar início a cadeia foi necessário que eu contactasse profissionais da minha rede de contatos.

Entre as dificuldades enfrentadas nesse processo de ida a campo para a coleta de dados, a dificuldade de agendamento das entrevistas e também a captação de profissionais para este procedimento, acredito que ambos os fatores se relacionam ao contexto de trabalho e de vida destas profissionais, que muitas das vezes possuem dois ou mais vínculos de trabalho na assistência na saúde, assim como mostra a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN; FIOCRUZ, 2015) que apontam que esta é a realidade de trabalho do percentual majoritário da categoria, o que nos indica, que provavelmente estas mulheres fora das suas atividades laborais como enfermeiras, disponham de pouco tempo para a realização de outras tarefas pelo acúmulo de funções sociais que a mulher vivencia na cultura brasileira, como mãe, esposa, estudante, cuidadora de uma figura familiar, e etc.

Outro fator que configurou-se como uma das dificuldades do campo foram as dificuldades de realização das entrevistas que já tinham sido agendadas, os relatos das profissionais que deram notícias das dificuldades em cumprir com o agendamento da entrevista, circundam entre precisar remarcar por estar com muita demanda de trabalho e sem tempo disponível para tal, ou agendaram no dia e horário que estavam no plantão, e não conseguiram tempo para acessar ao computador no trabalho em razão de estarem cumprindo com responsabilidades no

serviço, relatos de esquecimento da marcação do horário da entrevista também pela demanda excessiva de trabalho, realização de procedimentos de saúde, e também de familiar internado por conta da covid-19.

Todos estes relatos fazem parte do contexto do campo e que vem de encontro com as intempéries enfrentadas pelos profissionais de saúde que estão atuando na assistência no período pandêmico, especificamente aspectos que a literatura tem nos mostrado a respeito da sobrecarga psicoemocional e física do trabalho da enfermagem, nesse contexto sanitário que estamos vivenciando desde março de 2020 com a divulgação da pandemia do novo coronavírus pela Organização Mundial de Saúde - OMS.

Em julho de 2021 entrei em contato via *whatsapp* com duas enfermeiras que preenchiam os critérios de inclusão de participantes da pesquisa, com as quais eu já havia realizado uma disciplina eletiva de um programa de pós-graduação. Estas profissionais foram contactadas, foi explicado brevemente o conteúdo da pesquisa, e foi lhes perguntando se era possível para as mesmas a realização das entrevistas on-line através do programa *zoom meeting*. Ambas aceitaram o convite prontamente, e como forma de registrar o aceite da participação das mesmas, foi-lhes enviado o convite via e-mail, constando todas as informações pertinentes ao ingresso na pesquisa, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que assinassem. Procedimento no qual foi realizado durante todo o período de coleta de dados com as outras profissionais que foram contactadas e aceitaram o convite para participação na pesquisa.

No total, foram entrevistadas sete profissionais: cinco enfermeiras de nível superior, três técnicas e uma auxiliar de enfermagem. Dentre as cinco enfermeiras de nível superior, uma tem vínculo institucional como técnica em um dos hospitais que trabalha e a outra possui o curso superior de enfermagem, mas atua como auxiliar em um dos empregos que possui. As participantes foram nomeadas com nomes de mulheres negras que foram figuras marcantes na literatura, na música, na política e no movimento feminista negro nacional e internacionalmente, os nomes fictícios⁶ foram: Dandara, Aretha, Carolina, Marielle, Nina, Rosa e Maya. Com fins de facilitar a compreensão do perfil das entrevistadas, segue abaixo dois quadros: um

⁶ Os nomes fictícios utilizados são uma homenagem a Dandara dos Palmares, Carolina Maria de Jesus, Aretha Franklin, Nina Simone, Rosa Parks e Maya Angelou

com as informações socioeconômicas das entrevistadas e o outro, do perfil profissional destas.

Quadro I. Perfil Socioeconômico

	Dandara	Aretha	Carolina	Marielle	Nina	Rosa	Maya
Idade	46	38	50	53	44	28	51
Região onde reside	Niterói *	Zona Oeste	Zona Norte	Baixada	Região dos Lagos	Niterói	Baixada
Estado Civil	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	Solteira	Casada
Filhos	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Remuneração Atual	10-20 s.m	4-10 s.m	4-10 s.m	2-4 s.m	10-20 s.m	4-10 s.m	4- 10 s.m

* A entrevistada residia no município de Niterói e foi transferida para outro estado em janeiro de 2021.

Fonte: Banco de Dados 2021 - Perfil Socioeconômico

Quadro II- Perfil Profissional

	Dandara	Aretha	Carolina	Marielle	Nina	Rosa	Maya
Categoria	Enf.	Enf.	Téc.	Téc.	Téc./Enf.	Enf.	Aux./Enf
Instituição	IPUB/ UFRJ	Hosp. Municipal Souza Aguiar e Hosp. Federal de Bonsucesso	Inst. Nacional de Infectologia da FIOCRUZ	Hosp. Municipal Jesus	Hosp. Federal de Bonsucesso Hosp. da Polícia Militar	Hosp. Psiquiátrico de Jurujuba CAPS	Hosp Psiquiátrico Philippe Pinel Inst. Nacional de Cardiologia
Vínculo empregatício	1	2	1	1	2	2	2
Carga horária semanal	30h	60h	40h	12/60h	60h	70h	60h
Tempo de formação	<10 anos	<10 anos	<10 anos	<10anos	<10anos	6anos	<10anos
Nível de Formação	Mestrado	Especialização	Técnico	Técnico	Mestrado	Especialização	Graduação
Tempo de	20 anos	< 10	<10 anos	<10 anos	<10anos	6anos	<10ano

atuação no SUS		anos					s
----------------	--	------	--	--	--	--	---

Fonte: Banco de Dados 2021 - Perfil Profissional

No final de Julho de 2021, houve a retomada do contato com as profissionais que participaram das entrevistas exploratórias, a fim de que as mesmas pudessem indicar mulheres elegíveis a participação na pesquisa, pois tal procedimento se enquadra dentro da técnica de *snollball* (técnica da bola de neve), onde estas profissionais ao indicar outras enfermeiras, poderiam contribuir para a continuidade das cadeias de referência adotadas como metodologia.

5.2 Resultados e Discussão

De início, nas entrevistas semiestruturadas, estas profissionais foram provocadas a poderem falar a respeito do seu processo de escolha para a atuação na área da enfermagem. E nisto, foram identificadas convergências nos discursos de Aretha, Carolina, Nina e de Maya, que relataram que a motivação pela escolha da enfermagem foi por uma identificação com o trabalho na área da saúde e por gostar da atividade de cuidado, além da influência de ter mães, tias, e avós que foram enfermeiras também.

Eu cheguei na enfermagem porque aqui em casa, na minha família todos eram envolvidos com a enfermagem, minha mãe é enfermeira...a escolha pela profissão foi muito pela minha mãe, pela experiência dela que acabou influenciando um pouco a gente, porque aqui em casa eu e minha irmã mais velha fizemos enfermagem..minha mãe e minha tia são técnicas (Aretha,38 anos).

[...] me identifiquei muito com a saúde, de lá para cá eu me casei e na época mesmo eu falava com meu esposo que já tinha o desejo de trabalhar na área da saúde, porque me identificava muito com esse trabalho do cuidar (Marielle, 53 anos)

[...] sempre gostei dessa questão do cuidado, minha família é toda da área da saúde. Eu tinha 17 para 18 anos ...foi uma coisa que eu fui descobrindo e me apaixonando pela área, mesmo ainda no técnico de enfermagem. Sempre gostei disso do cuidado, de ver o paciente se recuperando... é o que eu amo fazer, acho que tinha que ser mesmo, eu acho que eu não daria certo em outra área sem ser na enfermagem. Eu queria uma coisa para ajudar as pessoas. (Carolina,50 anos).

Estas profissionais também relataram que as experiências na atividade de cuidado na esfera reprodutiva também foi um fator que as motivaram a gostar do trabalho de cuidado, assim como experiências enquanto crianças de suas mães não terem com quem deixá-las, e levá-las para o trabalho, onde já na infância, puderam ter suas primeiras experiências dentro do espaço hospitalar.

Mas foi assim ...eu não tinha muita noção não, mas assim... aquela habilidade do cuidado né?! De cuidar dos meus irmãos...Minha mãe trabalhava e eu ficava cuidando dos meus irmãos. E foi aí que eu decidi fazer esse curso na época. (Maya, 51 anos).

Minha mãe era auxiliar, minha tia era técnica e nisso eu fui acompanhando a vida delas. Minha mãe trabalhava no Salles Neto no Rio Comprido, e me levava para trabalhar junto com ela, e no trabalho da minha tia também. E aí eu fui acompanhando elas nessa vivência no hospital (Carolina, 50 anos).

Mas eu desde muito nova gostava dessa coisa de cuidar do outro. Meu avô ficou internado muitas vezes... eu gostava disso... de poder cuidar do outro, inclusive em um dos meus aniversários eu pedi de presente poder visitar o meu avô, quando eu fiz 12 anos, porque antes disso eu ainda não tinha idade para poder visitá-lo. Eu queria cuidar de alguém. Eu queria poder mudar a vida de alguém de alguma forma. Eu queria mudar a vida das pessoas com cuidado. (Nina, 44 anos)

Esse aspecto nos relata também outra face da moeda, a questão transgeracional da sobrecarga de funções sociais relativas ao trabalho de cuidado que recai sobre a mulher, na qual as suas mães vivenciaram, ao ponto de precisar levar seus filhos consigo para o seu ambiente de trabalho na qual também exercem o trabalho de cuidado, mas na esfera produtiva.

Minha mãe levava a gente para o hospital, nos plantões dela, então aquilo foi me despertando para a área da saúde. Então foram todas essas coisas que me fizeram escolher enfermagem...Porque ela não tinha com quem nos deixar. Meu pai era funcionário da Petrobrás, ele trabalhava em regime de plantão também, então às vezes nós ficamos lá para casa da minha Vó e às vezes a gente ia para o trabalho com nossa mãe, e ficávamos dormindo no estar, porque não tinha com quem deixar. Minha mãe fazia plantões à noite, então era difícil ter com quem deixar (Aretha, 38 anos).

As entrevistadas também puderam falar abertamente a respeito da sobrecarga do trabalho de cuidado na qual vivenciam, tendo um ou mais de um vínculo empregatício como enfermeiras para dar conta de sustentarem a si e suas famílias, somadas às atividades de trabalho de cuidado na esfera reprodutiva que aparece contribuindo para a sobrecarga de funções destas mulheres, onde a

maioria relatou ter ou já ter tido, dificuldades para conciliar o trabalho com outras atividades em suas vidas fora do contexto ocupacional.

Porque às vezes o trabalho passava de 30 horas...então eu tinha o que fazer dentro de casa, era um contato telefônico de um serviço que ligava para mim...E aí ia ultrapassando as 30h. Então em muitos momentos no mês era de casa para o trabalho do trabalho para casa. Na maioria das vezes eu acho que tem a ver com o pessoal da Saúde Mental, eu acho que a gente trabalha numa certa urgência e acha que pode antecipar alguma crise né ... então a gente acaba em alguns momentos levando trabalho para casa...Eu gosto muito de trabalhar na saúde mental, então não era uma coisa complicada para mim. As vezes era, porque eu precisava fazer tudo de casa. Estar na casa dos meus pais né...até mesmo com os amigos em alguns momentos e isso às vezes ultrapassava o limite do saudável, sabe?! Mas eu sentia prazer. Hoje, fazendo uma leitura, acho que valeu a pena, que foi muito importante essa possibilidade de poder ampliar um pouquinho para poder dar conta e acolher o usuário naquilo que ele está precisando (Dandara, 46 anos).

Assim, é bem difícil! Porque são muitas horas trabalhadas né...como a enfermagem é uma área que ela não é bem remunerada, acaba que temos uma vida um pouco melhor, precisamos trabalhar em dois empregos. Eu já tive três empregos! Eu dei aula durante 11 anos na universidade privada, eu já passei muitos natais trabalhando, réveillon trabalhando...a gente perde festa, a gente perde tempo em estar com o filho, com a família...então é sempre muito difícil sim! Eu sempre fiquei muito cansada, e a dificuldade é sempre grande! Eu saí do meu terceiro emprego em 2018, então desde 2018 eu estou em dois empregos, e continuo cansada porque é uma carga horária de trabalho grande né (Aretha,38 anos).

Eu procuro agendar as coisas para os dias em que eu não estou de plantão. Então quando eu tenho que ir pro trabalho, eu já deixo as coisas adiantadas para ele (marido) a comida pronta e etc. Quando meus filhos eram pequenos, eu já procurava deixar a merendeira já pronta...essas coisas. Então eu já procurava me organizar no dia anterior. Como eu tinha três empregos, eu tinha que me organizar e deixar tudo no esquema. Eram três empregos e ser mãe e esposa, então era meio complicado. Acaba que você se desdobra né... por conta de uma tripla jornada de trabalho. Então era muita coisa para conciliar e lidar com outro cuidado, muita das vezes estar trabalhando e estar com filho doente em casa (Carolina, 50 anos).

É extremamente cansativo! Eu trabalho domingo 24 horas! E aí... eu saio na segunda-feira virada e vou para outro serviço e saio de tarde. Durmo um pouquinho e venho para academia que é o que eu gosto de fazer, a minha aula de dança e os meus exercícios que são para mim uma coisa para espalhar. Terça eu descanso, quarta eu trabalho, quinta eu descanso e sexta-feira trabalho de novo. É muito cansativo! Mas eu penso assim: se eu trabalho cansada eu também vou me divertir cansada! E assim que eu tento conciliar, é difícil mas eu sigo tentando (Rosa, 28 anos).

Por outro lado, Maya por exemplo, apresentou uma opinião divergente das suas colegas ao dizer que não tem dificuldades para conciliar seu trabalho com outras atividades da sua vida nesse momento, mostrando também que, conforme estas profissionais acumulam anos de profissão, estas acabam por procurar estratégias de adaptação das suas rotinas, com relação ao trabalho. Como Maya mesmo fala, que “ *incorporou essa rotina ao longo dos seus 26 anos de profissão*”.

Eu não tenho dificuldades não. Porque acaba ficando uma coisa muito automática. Eu já tenho muitos anos de profissão, essa rotina de trabalhar em dois. Em dois empregos eu já trabalho à 26 anos! Então, essa rotina você acaba incorporando. Então ficou automático para mim sair de um e para outro vir para casa fazer alguma coisa de casa... (Maya, 51 anos).

A questão da remuneração salarial aparece também como um ponto crucial entre as entrevistadas. Rosa, traz uma crítica a própria categoria, expressando sua opinião a respeito do posicionamento da enfermagem na pauta do aumento da remuneração salarial.

A gente tá nessa luta de piso salarial e eu não vejo que a gente vai evoluir se a enfermagem não parar! Por que? Por medo de perder o emprego...Pela enfermagem não saber a força que tem...então historicamente a gente vem se colocando abaixo das outras categorias profissionais! (Rosa, 28 anos)

No questionário de dados socioeconômicos que foi utilizado como instrumento de coleta de dados na pesquisa, a faixa salarial em termos de salário mínimo das entrevistadas, foi predominante entre 4 a 10 salários mínimos em quatro entrevistadas, duas profissionais a faixa de 10 a 20 salários mínimos e uma, na faixa de 2 a 4 salários mínimos, conforme os dados apresentados no Quadro 1 - Perfil Socioeconômico. Considerando-se que, segundo a pesquisa perfil da enfermagem no Brasil, os dois maiores percentuais com relação a remuneração salarial são 21,5% na faixa de R\$ 2.001 a R\$ 3000 reais e 21, 1% de R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00 reais. E o maior percentual de carga horária semanal é de 35,4% de 31 a 40 horas semanais e 28,6% de 41 a 60h semanais.

Só que a gente ainda não tem o reconhecimento que a gente acha que deveria ter. Reconhecimento tanto das pessoas que a gente ajuda, quando das políticas de governo, além da questão salarial! Eu, por ter dois vínculos públicos, recebo acima da média salarial do enfermeiro. Eu não falo isso com satisfação, eu falo isso com tristeza porque não são todas as pessoas que tem um salário melhor. É uma carga horária de trabalho exaustiva! Eu costumo dizer que se eu ganhasse em um o que eu ganho nos dois, eu com certeza trabalharia em um só! (Nina, 44 anos).

Outro ponto que aparece no relato das entrevistadas é a importância de realizarem atividades de lazer, que funcionam como um momento de autocuidado e para lidar com o estresse e desgaste que o trabalho proporciona às mesmas.

Eu gosto muito de cantar embora não seja boa cantora, fui fazer aula de canto...eu gosto muito de artesanato...Então são coisas que me ajudam muito... sair um pouco dessa questão envolve o trabalho. E amo viajar sempre que posso. Para mim viajar são coisas que mais amo (Dandara, 46 anos)

Tem gente que vive para o trabalho. Eu não sou o tipo de pessoa que vive para trabalho! O trabalho é uma dimensão da minha vida! Não é toda...A nossa vida pessoal se reflete no trabalho nése a gente não tá conseguindo ter uma válvula de escape a gente também não consegue trabalhar bem...As minhas válvulas de escape são malhar, sair, dormir , comer...tudo isso (Rosa, 28 anos).

Em continuidade ao tema do autocuidado, houve relatos marcantes entre as entrevistadas, que disseram que a dificuldade de conciliar o trabalho produtivo na enfermagem com outras atividades em suas vidas, fez com que deixassem de cuidar da sua própria saúde, revelando uma contradição importante, uma vez que, profissionais que trabalham realizando o cuidado do outro, por vezes não conseguem dispor de tempo para realizarem o seu próprio autocuidado.

Então eu fiquei muitos anos sem conseguir me organizar...sem fazer atividade física, sem ter algum tipo de cuidado...E há dois anos atrás eu comecei me organizar para fazer isso. Então eu estou começando agora organizar isso para mim porque até então eu não fazia. Era só trabalho mesmo. Teve um motivo específico sim, por motivo de saúde! Há alguns anos atrás eu tive uma hérnia de disco. E aí a partir da fisioterapia eu comecei a perceber que fazendo uma atividade física eu não teria mais as dores que eu sentia. Perdia mais tempo tentando fazer fisioterapia do que ir para academia. E fazer um pilates, fazer alguma atividade para mim (Maya, 51 anos).

Às vezes a gente deixa de ir ao médico por conta da falta de tempo, a gente vai se deixando para lá...Deixando para resolver depois, fica postergando...E aí a gente entra num ciclo de procrastinação de tudo deixar para lá e aí eu me vi num ciclo de que eu só trabalhava! Eu acordava ia para o trabalho chegar em casa, dormia...dormia cedo porque no outro dia tinha que trabalhar. A minha saúde ficou de lado! E em alguns momentos eu paguei um preço por isso. (Nina, 44 anos).

Entre as entrevistadas que trouxeram relatos do impacto da sobrecarga do trabalho de cuidado na enfermagem e o trabalho reprodutivo no ambiente doméstico, Nina foi a profissional que trouxe o relato mais marcante de um longo processo de adoecimento decorrente do estado de exaustão com o trabalho, processo no qual relata os impactos físicos e psicológicos que teve ao longo desse período.

Em 2019 eu fiz uma cirurgia, eu trabalhava na escala de 12/ 60 em um emprego e no outro 24 / 120. No hospital que eu trabalhava 24/60 mudou o perfil passou a ser Day Clinic, e aí não tinha mais plantão de 24 horas. E antes disso eu trabalhava 24 horas nesse e depois só voltava depois de cinco dias, então eu trabalhava seis vezes no mês nesse emprego. Com essa mudança, eu passei a ter que ir trabalhar nesse 12,13 ,até 14 vezes no mês. Isso me impactou muito! Além da distância né... isso me fez entrar no nível grande exaustão! No outro emprego não mudou, mas eu tive que adequar né, dentro da escala de 12/ 60. Então às vezes como eu estava muito cansada eu passei a dormir no trabalho, e aí eu passei a ficar doente. Passei a ficar doente no sentido de questões respiratórias, toda hora eu tinha um processo inflamatório. Eu tinha crises de alergia, então já era o meu corpo reclamando que tinha alguma coisa errada! Eu que nunca tive nem bronquite nem asma eu cheguei a ter bronquite duas vezes e depois de todo esse processo eu me recuperei. E no final de setembro de 2019, fiz uma cirurgia programada. Eu estava com vários nódulos na mama, tinha cisto nas duas mamas... então eu fiz a cirurgia para retirar e aproveitei para fazer uma redução, porque eu tinha muito medo de ter câncer de mama. E aí eu conversei com o mastologista e a gente chegou à conclusão que se eu diminuísse o volume da mama eu diminuiria a chance de ouvir a ter câncer de mama, porque eu ia ter menos tecido, e assim eu fiz. Só que no meu pós-operatório eu tive muito seroma e ficava saindo aquele líquido, e os pontos começaram a abrir depois de algum período nas duas mamas. E aí quando foi no dia 25 de novembro eu tive que operar novamente. Para tirar alguns tecidos que não estavam bons, não chegou a dar necrose e com uma semana eu tive que abrir novamente. E aí eu fiquei desesperada, fiquei muito depressiva e procurei um psicólogo para ter um apoio emocional. Que eu não iria conseguir segurar aquilo sozinha então eu fiquei muito mal! E eu fiquei um ano e quatro meses de licença. Só cicatrizou definitivamente a mama em Julho de 2020.Então por conta de todo esse processo de não cicatrização da mama no pós-operatório eu comecei a fazer capsulite adesiva nos dois ombros, eu não conseguia levantar os dois braços, por conta de ter que ficar muito tempo com eles para baixo. Eu desenvolvi outro processo inflamatório com aderência nos dois ombros. No trabalho da perícia, me deixaram até um ano e quatro meses afastada, e no outro emprego foi um ano e meio. O meu médico ortopedista ainda não tinha me dado alta e eu comecei a trabalhar com restrições. Então eu digo que esse foi o preço que eu paguei por não ter cuidado de mim antes! O meu corpo quando ele viu: *“Ah a agora ela parou, então vamos fazer ela ficar parada aqui! Olhar para dentro dela, cuidar dela!”*(Nina,44 anos, grifos meus).

Apesar do longo e doloroso processo de adoecimento que Nina relatou, a mesma também conta que este foi um período muito importante para realizar uma série de reflexões sobre ela mesma, sua forma de lidar com a vida, com os problemas e sobretudo refletir para mudar a sua relação com o trabalho.

Saí daquela coisa de que eu tenho que resolver tudo, fazer tudo e tudo tem que ficar perfeito! Eu entrei no processo de reflexão mesmo. Me questionar: “*Será que tudo que eu faço precisa ser dessa maneira? Será que eu preciso fazer tudo sozinha?*” Então nesse período eu digo que eu paguei um preço mas eu também digo que foi um período que eu cuidei muito de mim! Eu refleti muito sobre as minhas ações e de como eu encarava o meu trabalho... e como isso repercutia na minha qualidade de vida. Eu tive esse tempo de reflexão! Que foi muito difícil, mas passou! (Nina ,44 anos).

Após a exposição das pautas de discussão iniciais, que situam-nos a respeito dos pontos de convergência de escolha pela área da enfermagem, dificuldades enfrentadas para conciliar a vida pessoal com a profissional, faixa salarial e o tema do autocuidado, parto para as análises do objetivo geral da pesquisa.

5.3 Categorias Analíticas

Para a construção das categorias analíticas e análise dos discursos das entrevistadas, foi utilizada a Análise do Discurso Crítica - ADC, na qual confere-se como uma abordagem científica interdisciplinar, onde o campo de investigação é o discurso, no qual nunca surge de forma isolada e descontextualizada, trata-se de um prática social heterogênea, instável e aberta (RAMALHO; RESENDE, 2011).

Para Ramalho e Resende (2011 p. 13), o discurso enquanto uma prática social é: “uma entidade intermediária que se situa entre as estruturas sociais mais fixas e as ações sociais mais flexíveis”, e acrescentam que, o discurso enquanto uma prática social carrega consigo uma parte irreduzível das maneiras como o sujeito falante pensa, interage, representa aspectos do mundo por meio da linguagem.

Neste sentido, estas autoras trazem uma dimensão que nos é muito cara na metodologia deste trabalho, que é dimensão da ADC que concebe a linguagem como um recurso capaz de ser usado para estabelecer e sustentar relações de dominação, quanto para o que nos interessa, contestar e superar tais problemas (RAMALHO; RESENDE, 2011 p. 13). O que podemos entender a partir disto, trazendo para o contexto de operacionalização desta pesquisa, é que a produção discursiva dos saberes que foram analisados (o saber médico, o saber da enfermagem, o saber na assistência em saúde) estão imbricados na produção discursiva de uma estrutura muito maior, que é a organização social vigente, da

produção discursiva da matriz colonial moderna (AKOTIRENE, 2019). Produção discursiva na qual a colonialidade tenta ininterruptamente naturalizar as relações de opressão/ desigualdade/ hierarquização/subalternização de gênero, de raça, de classe, de classe profissional e etc, por isto, esse método científico mostra-se tão útil aos objetivos desta pesquisa, uma vez que, a dimensão crítica da ADC, debruça-se por investigar e analisar os problemas sociais relacionados ao poder e controle. Com isso, o objeto desta pesquisa caracteriza-se como um problema social passível de investigação científica por meio do método da ADC.

Como o cerne da nossa análise é o discurso das profissionais entrevistadas, precisamos compreender do que se trata o discurso, que possui dois significados: *“Como um substantivo mais abstrato, significa o momento irreduzível da prática social associado à linguagem; Como um substantivo concreto, significa um modo particular de representar nossa experiência no mundo”* (RAMALHO; RESENDE, 2011, p. 17). O que Ramalho e Resende (2011) fazem, é nos dar pistas para entender que no discurso do sujeito haverão elementos dos sistemas de poder e controle do qual o sujeito/grupo está inserido, elementos do contexto, suas crenças, valores, afetos, emoções, campos de disputa, e é claro, elementos da subjetividade do próprio sujeito falante.

Metodologicamente, no trabalho da ADC faz parte mapear conexões entre as escolhas de atores sociais ou grupos em textos e eventos discursivos específicos, em questões mais amplas de cunho social que envolvam relações de poder (RAMALHO; RESENDE, 2011 p.21). No caso deste estudo em especial, podemos entender como eventos discursivos as relações interprofissionais/ institucionais, as hierarquias de saberes, a produção discursiva tanto de cada uma das mulheres entrevistadas individualmente, quanto da categoria profissional que as une, a enfermagem e de outras profissões que interagem com as mesmas nos seus contextos de trabalho.

Com isto, com vias de responder aos objetivos desta pesquisa e com o agrupamento de convergências e divergências nos relatos das profissionais, foram criadas quatro grandes categorias analíticas: 1) *“O médico é o semideus! e o “Doutor sem doutorado”*; 2) *“Existe hierarquia sim! O enfermeiro é o líder e os técnicos e auxiliares estão sob sua supervisão”*; 3) Hierarquias de saberes e poderes e relações raciais na saúde; 3.1) *“Quem é a enfermeira responsável ? Não, não é ela!”*; 3.2) Vivências de discriminações interseccionais no contexto de trabalho; 4)

Marcadores de colonialidade e decolonialidade; 4.1) Relatos de colonialidade e decolonialidade na saúde mental; 4.2) “*Veio a pandemia e a gente teve que se adaptar ao novo sistema*”: Relações de trabalho na pandemia do covid-19; 4.3) “*Eu tenho a fama de ser um pouco transgressora!*”: Atitudes de enfermeiras negras frente as hierarquias de saberes.

5.4 Categoria 1. “*O médico é o semideus!*” e o “*Doutor, sem doutorado!*”

Nesta categoria houve um consenso entre a maioria das entrevistadas que nas suas percepções, relataram haver hierarquias de saberes na equipe multiprofissional e que existe uma hegemonia do saber médico. O relato a seguir é o de Dandara, uma profissional que atuava em hospital psiquiátrico e trouxe algumas especificidades do campo da saúde mental, relatando não só a existência destas hierarquias, mas que além da hegemonia do saber médico, a psicanálise também exerce uma certa hegemonia discursiva nos serviços da rede de atenção psicossocial - RAPS.

Existem sim, existe muito na saúde mental. Eu acho que muitas vezes a questão passa muito pela maioria dos coordenadores de serviço serem psicólogos e psicanalistas. Em tudo tem acho que tem um lado interessante... Eu acho que às vezes a coisa fica muito centralizada na psicanálise! Eu acho que o sujeito é integral! A psicanálise pode ajudar o sujeito sim, mas não pode se apropriar dele como um todo. É porque é um sujeito social, é um sujeito que está para além, a gente sabe que a psicanálise ajudou muito na reforma, e que ela fez toda a diferença quando começa a subjetivar o usuário que tava ali. Porque às pessoas eram tratadas como objeto. E na instituição hospitalar tem uma dominação do médico, né?! Do Saber médico que quer dominar todas as outras categorias. Então, eu percebo isso, diferentemente dos CAPS⁷, isso se dá mais no hospital. O hospital é sim médico-centrado e é muito difícil(Dandara, 46 anos).

Existe uma hierarquia de saberes que é meio que imposta pela sociedade. Eu acho que a sociedade meio que já trata a gente assim. Porque por exemplo, a hierarquia que existe no hospital, é do médico que acha que sabe tudo. O médico no hospital, ele acha que entende tudo, o médico no hospital acha que é semideus! Ele (o médico) entende que quando o que ele fala, é o que está correto, e o que a gente aprende na enfermagem é que não é assim. Sim! O Médico! O médico é o SEMIDEUS! Para o paciente ele é “O DOUTOR!” Doutor sem doutorado! Eu não chamo os

⁷ Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos dispositivos assistenciais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

médicos de doutor, eu chamo eles pelo nome. Parece que a formação dele, é realmente muito especial e grandiosa. O respeito que se tem com o médico não é o mesmo que se tem com a equipe de enfermagem. Enfermeiros, Técnicos e auxiliares (Aretha, 38 anos).

Aretha acrescenta que essa hegemonia do discurso médico gera também diferença de tratamento dos usuários com relação aos outros profissionais de saúde e entre seus próprios colegas da equipe multiprofissional, onde na sua opinião, o médico, tem um lugar diferenciado na equipe, assim como concordam com Marielle e Nina.

Sim. Existe uma diferença no tratamento dos usuários do SUS e entre os profissionais! Até mesmo da enfermagem. Muitas das vezes as pessoas acatam ao Médico, tipo: *"Ah vou fazer o que o doutor falou!"* sem nem raciocinar, se é cabível naquele momento. Porque existe isso de que o "Doutor" é quem sabe tudo e nunca erra. E não é assim! (Aretha, 38 anos).

A gente sabe que existe em todas as categorias, eu não vou mentir e dizer que é só na área da saúde. E aprendemos mesmo assim a respeitar a hierarquia...Mas o que muitas vezes a gente vê é que as pessoas abusam dessa hierarquia...Então foi que eu te falei, logo de início tive oportunidade de trabalhar com várias pessoas, umas das vezes com médicos, com pessoas em cargos de chefia de direção...E às vezes essas pessoas tinham um tratamento diferenciado com a gente, às vezes nem queriam se dirigir a nós, profissionais de nível médio! Por achar que só pode se reportar a um outro profissional de nível superior igual a ele. Então eu já trabalhei com muitas pessoas assim, que muitas das vezes nem se dirigem a você, por você ser um profissional de nível médio! A gente aprende realmente que existe hierarquia, que tudo tem que ser reportado ao seu superior (Marielle, 53 anos).

Nina é uma profissional que atua em duas instituições hospitalares distintas, um hospital federal e um hospital da polícia militar, então a mesma relata já lidar com hierarquias por ser uma trabalhadora inserida em instituição militar, onde os oficiais, são os profissionais de nível superior e os de formação de nível médio, como é o seu caso, hierarquicamente abaixo dos oficiais. Com isso, a mesma relata que existem as duas modalidades de hierarquias no hospital militar: a hierarquia relacionada às patentes e as hierarquias de saberes relacionada a hegemonia da medicina. E além disto, Nina também relata que as hierarquias de saberes também estão presentes no hospital federal onde trabalha.

Bom em um e sou militar então a hierarquia está ali...O outro que não é militar existe hierarquia sim ...Tipo... a classe dominante da decisão a decisão sobre o paciente! Então muita das vezes eu sinto a minha autonomia roubada por eu não poder interferir sobre, e ser aquilo que o outro profissional está decidindo. Sinto que mesmo fora do militarismo existe uma hierarquia sim! No caso essa classe e a classe médica. Ela quer ter um domínio sobre as decisões a respeito do paciente (Nina, 44 anos).

Houve percepções divergentes, onde Carolina e Rosa, concordam que não existem hierarquias de saberes, e Maya que concorda parcialmente, afirma que essa é uma questão que depende do serviço assistencial.

Eu percebo mais ou menos... eu acho que hoje em dia não é tanto como alguns anos atrás alguns anos atrás. Existe aquela coisa do médico ser aquele ser né...hoje em dia acho que não é tanto assim. Por exemplo, eu vejo lá na Fiocruz onde eu trabalho, o debate é de igual para igual. Hoje em dia eu não vejo nem mais essa lacuna, nem entre o médico e o técnico de enfermagem. Lá a gente tem um diálogo, eles escutam a minha opinião. Daqui a pouco vai fazer 18 anos que eu estou lá, então muitos *staffs* que estão lá foram nossos residentes. E me respeitam, porque sabe que a gente tem muita prática. Teoricamente eles sabem mais porque estudaram mais, mas com relação à prática a gente realmente tem muito mais experiência que eles (profissionais médicos e outros de ensino superior) (Carolina, 50 anos).

E Carolina acrescenta que essa diferenciação se deve ao fato de atuar em um hospital- escola, que tratam-se de unidades assistenciais que fazem parte do complexo hospitalar de universidades e são centros de formação em serviço, que servem de campo prático para discentes de graduação e pós-graduação. Como são unidades que estão próximas e inseridas em centros de ensino de formação acadêmica, possuem uma marca diferencial dos outros serviços, que é a interdisciplinaridade e dos profissionais que ali atuam, estarem em processo de educação permanente constante, o que traz repercussões diretas para o trabalho assistencial e para as relações interprofissionais entre as equipes.

O hospital-escola, hospital público, você consegue chamar o serviço social, a psicologia, você consegue chamar outros profissionais para estarem mais junto da gente naquele cuidado, discutindo...A nossa chefia de enfermagem não é aquela pessoa que entra de salto alto, nossa chefia de enfermagem é aquela que trata a gente de igual para igual. Isso eu estou te falando que lá na Fiocruz é assim. Eu sempre tive muita liberdade com os meus técnicos. Com o passar dos anos essas relações ficaram mais estreitadas, porque hoje a gente consegue chegar no médico e discutir ter uma abertura para um diálogo. De tipo chegar e falar: "*Olha o paciente está ficando ruim.... então vamos conversar, vamos ver o que que a gente pode fazer*". Mesmo eu sendo técnica, eu tenho autonomia entre aspas para chegar a conversar com eles ...E a nossa chefia também tem isso, da gente poder chegar e conversar e vai te tratar como qualquer um (Carolina,50 anos).

No meu serviço é tudo muito horizontal... todo mundo tem voz e vez! Todo mundo se autoriza a dizer as coisas, os técnicos de enfermagem um pouco menos...então eles recorrem aos enfermeiros para meio que ser a voz deles. Eu sempre tento trazer os técnicos para as discussões. Não eu falar por eles, mas para eles terem voz. No geral, eu percebo que todo mundo se ouve bastante nos dois serviços que eu atuo. Outros serviços de saúde mental sim, fora da Saúde Mental não! Porque nestes o saber

médico é algo ainda muito acima, mas na saúde mental de uma forma geral não (Rosa, 28 anos).

Rosa atua em dois dispositivos distintos da RAPS, no hospital psiquiátrico e em um CAPS, e afirma que, não só nos serviços onde atua, mas nos dispositivos da RAPS é a horizontalidade e a interdisciplinaridade da assistência é algo mais presente. Quando eu pergunto a que ela atribui isso, ela afirma que se trata da própria especificidade da construção e efetivação das políticas de saúde mental que norteiam a organização do cuidado na RAPS. Mas apesar disso, ela concorda com suas colegas que em outros serviços fora da RAPS, o saber médico exerce hegemonia.

Assim, depende... Eu trabalho em dois hospitais diferentes. Um é psiquiátrico e outro de Cardiologia. São dois polos diferentes, então consigo ver os dois lados da moeda. No hospital psiquiátrico a gente tem uma entrada maior com a equipe multiprofissional, a gente consegue, se impor se colocar...Você fica muito tempo com o paciente, você fica muito tempo ali... então a gente está muito próximo. E aí você precisa convocar a equipe para algumas coisas. Lá a gente consegue ter uma abertura. No outro hospital, o de cardiologia, é um pouco mais difícil. Você até fala, mas você não tem muita abertura! Por exemplo, ontem teve uma situação...Eu trabalho na enfermaria de transplante e tinha uma paciente nossa que estava fora de clínica...Tava grave e precisava entrar com inotrópico, o residente (residente de medicina) queria interná-la, e aí o isolamento foi contra, porque ela não tinha feito o teste para covid ainda. Questionaram como é que ela iria ficar numa enfermaria fechada se ela ainda não tinha feito o teste para covid. E já entraria com inotrópico. *“Será que não era melhor conseguir para ela uma vaga no CTI?!”* Enfim, a paciente acabou ficando lá no setor, a gente não teve muita abertura para conseguir se impor e dizer: “Não, esse não é o lugar para paciente ficar nesse momento!” Então, assim...não foi ouvido...prevaleceu o que o residente médico queria (Maya, 51 anos).

Como Maya também atua na rede de saúde mental, ela também demarca a diferenciação das relações interprofissionais nos dispositivos dessa rede, em comparação com hospitais que não pertencem a RAPS, assim como a percepção colocada por Rosa anteriormente.

Então depende da instituição, como eu te falei... Na Clínica prevalece o que o médico falou por mais que algumas coisas ele entenda que você está certo...considere o que você fala, mas prevalece que ele fala. Já na área de saúde mental geralmente a decisão é feita pela equipe multiprofissional, às vezes uma alta é decidida pela equipe multi que está acompanhando e tem enfermeiros inseridos na equipe...Então essa avaliação do paciente não é só por parte do médico, na saúde mental eu percebo isso...Que você tem esse poder de tentar modificar algumas coisas... na clínica não. Na clínica eu vejo que isso é mais difícil (Maya,51 anos).

Maya traz uma percepção semelhante à de suas colegas Carolina e Rosa no que tange a hegemonia do discurso médico em serviços assistenciais que não sejam dentro da RAPS, sinalizando que este fator é de fato uma das dificuldades de

trabalho encontrada por estas profissionais cotidianamente para exercerem sua função nestes dispositivos. Isto não quer dizer que dentro dos dispositivos da RAPS, e dos hospitais psiquiátricos nos quais atuam, o trabalho não seja baseado em uma clínica, e sim que, esta diferenciação de modos de trabalho nestes serviços, mostra que essa clínica que é feita dentro dos serviços da RAPS, e dos hospitais psiquiátricos nos quais atuam, constituam um outro tipo de clínica que está para além de uma clínica tradicional, verticalizada, que concebe o usuário como somente um corpo esvaziado de subjetividade, onde o profissional em sua posição de saber-poder impõe ao este usuário uma certa disciplinarização em prol de uma adequação a um padrão de normalidade.

5.5 Categoria 2. “*Existe hierarquia sim! O enfermeiro é o líder e os técnicos e auxiliares estão sob sua supervisão*”.

Nesta categoria todas as entrevistadas compartilham a mesma percepção, de que há hierarquias de saberes entre os auxiliares, técnicos e enfermeiros de nível superior, conforme aponta a clivagem interna da profissão (BORGES; DETONI, 2018). Mas, a partir dos discursos das entrevistadas, pode-se observar que estas hierarquias possuem um aspecto positivo, em prol da que organização técnica do trabalho entre estes três grupos. Por outro lado, o aspecto negativo é o de promover discriminações, empecilhos ao diálogo interprofissional no que tange às discussões sobre o cuidado e algumas tomadas de decisão com relação ao usuário.

Eu acho que existe. Por várias gerações até pela própria formação né .Eu acho que os técnicos e auxiliares eles são pessoas que estão muito envolvidas com os procedimentos a execução, os enfermeiros acabam tendo que ter um planejamento organização uma base científica para sustentar o fazer. Então na verdade não sei se são todos os enfermeiros... todos deveriam fazer sabendo o que estão fazendo, seguindo uma linha teórica, seguindo uma coerência teórica no seu fazer...claro que eu estou falando de alguns, nem todos que tem a graduação fazem dessa maneira né?! Então por exemplo, quando eu vou sentar ali com usuário para conversar com ele, fazer um planejamento, até a própria prescrição de enfermagem eu tô balizada em um no campo teórico (Dandara ,46 anos).

Dandara traz as diferenças e limitações de tempo da formação entre os auxiliares, técnicos e enfermeiros de nível superior, mostrando que, nestes últimos, um dos diferenciais da formação é de estarem balizados em um campo teórico relativo ao cuidado. Isso mostra que os procedimentos de execução do trabalho, tem seu lugar

de importância, mas também mostram que é necessário que para a atividade de cuidado da enfermagem, estes profissionais estejam balizados em um campo teórico. Podemos fazer convergências da fala de Dandara, com o que Merhy e Franco (2002;2013) dissertam a respeito de a necessidade do uso tecnologias relacionais (tecnologias leves), adicionadas as tecnologias duras e leve duras, como o uso de procedimentos e instrumentos, para que o trabalho de cuidado se dê de forma realmente humanizada. Para que isto se dê, far-se-á necessário um processo de instrumentalização dos profissionais de enfermagem para a conjugação destas tecnologias, meio do embasamento teórico, de uma teoria que irá balizar aquele cuidado que está sendo prestado, assim como colocou Dandara anteriormente.

Há uma grande questão hierárquica, mas isso não significa nada, não é porque o enfermeiro tem mais poderes sobre o técnico, não estou falando de não ter conhecimento... é de responsabilidade de todas as categorias, embora a academia seja estratificada né...Mas eu estou falando em termos de responsabilidade. O conselho faz isso...então o técnico na ausência de um enfermeiro pode responder como responsável daqueles...mas o auxiliar não, mas porque tem uma limitação no próprio tempo de formação e aprendizado, tem uma restrição....mas por isso que eu entendo essa estratificação dentro da categoria (Dandara, 46 anos).

Sim, tem sim e eu acho que tem que ter. O enfermeiro formado ele tem nível superior e ele está apto, ele tem que estar apto para liderar uma equipe. Então os técnicos auxiliares de enfermagem, eles estão sob a supervisão do enfermeiro...então se há uma hierarquia, o enfermeiro é o líder, e os técnicos e auxiliares devem estar sob a sua supervisão (Aretha, 38 anos).

Os relatos de Dandara e Aretha nos fazem entender o porquê de muitos auxiliares e técnicos buscarem a formação de ensino superior na enfermagem, olhando do ponto de vista de um aprimoramento teórico e técnico, visto que as mesmas já pontuam que a formação do auxiliar e do técnico possui uma certa limitação até mesmo por ser uma formação de dois anos, se comparada ao ensino superior da enfermagem que é de quatro anos, além da possibilidade de aprimoramento profissional que a enfermeira de nível superior pode adquirir através da experiência de pós-graduação, se especializando em alguma área específica da prática e/ ou em pesquisa por meio do curso de mestrado, doutorado e etc.

Aretha também possui formação como técnica de enfermagem e é com esta formação que tem vínculo institucional em um dos hospitais que atua, com isso, pergunto se quando ela tinha somente a formação como técnica, ela também tinha a mesma percepção, e ela responde:

O primeiro concurso que eu entrei pelo Ministério da Saúde foi como técnica...então como tudo foi muito junto, eu sempre tive essa visão... porque eu já tinha aprendido sobre. Sempre respeitei, como respeito até

hoje. Aí eu consigo me dividir bem, se em determinado lugar eu sou técnica, eu vou atuar como técnica, se em outro eu sou enfermeira, eu vou trabalhar como enfermeira (Aretha, 38 anos).

Por outro lado, Nina que concorda com Dandara e Aretha, apresenta uma outra faceta com relação a ter as duas formações, como técnica e como enfermeira, afirmando que em algumas situações no serviço, seus colegas de profissão que a supervisionam, se aproveitam disso.

Eu acho que sim, mas eu não sei se é pelo saber em si. Ou pela questão da vaidade. Eu queria muito que não existisse essa questão. Não sei se é algo relacionado ao conhecimento, ou de mostrar que tem alguma coisa. Eu lembro até que a Dandara falava que odiava as pessoas que falavam: "*Aqui eu sou técnico! Eu não sou enfermeiro!*" Eu não deixo em casa o meu conhecimento porque lá eu atuo como técnica. O meu conhecimento vai comigo! Eu também atuo como enfermeira, só que nem sempre o serviço recebe de bom grado, pela parte do enfermeiro. Só que ao mesmo tempo alguns enfermeiros se aproveitam disso tipo: "*Ah a Nina sabe...eu vou deixar para ela fazer!*" Algo que seria da obrigação dele, então eu acho que tem essas duas faces. Aquele que tem orgulho, que não quer te ouvir porque você é um técnico, é aquele que se aproveita pelo fato de você também ter a formação como enfermeiro (Nina, 44 anos).

Depende também. Tem profissionais e profissionais...tem enfermeiros que se colocam muito acima como chefes e tem enfermeiros que se colocam como líderes. Então o líder ele vai compartilhar, ele vai ouvir, ele vai trocar e o chefe não, ele só vai querer mandar. Tem técnicos que fazem e têm técnicos que se colocam nessa posição dessa relação de chefia e não de liderança. Os técnicos de uma forma geral não sabem funcionar sem ter o chefe. Mas eu tento sempre me colocar de uma forma próxima a eles, e eu digo que o que me fez ser enfermeira foi a experiência com os técnicos, porque na faculdade dá a teoria, mas é a prática que forma a gente (Rosa, 28 anos).

Apesar das percepções de suas colegas, Carolina fala que ainda existem estas hierarquias na enfermagem, mas que atualmente isso vem se desconstruindo, especificando também que nos hospitais particulares esse processo de desconstrução não ocorre, e de que lá está hierarquia é bem mais demarcada.

Existe sim. Mas é bem menor. Eu trabalhei em hospital particular e muitos anos em hospital público...e hoje em dia o tratamento é mais de igual para igual. Existem hierarquias sim, de nível médio, superior, mas a gente se funde para atuar no cuidado. Todos nós temos nossa classificação, a nossa importância. Então é uma coisa que não tinha antigamente, por exemplo a 30 anos atrás, mas ainda existe isso um pouco dentro dos hospitais particulares, de ter esse distanciamento essa classificação... Sim, com certeza existe muito sim! No particular as enfermeiras às vezes estão lá para poder preencher o papel. Preencher formulários e não atuar. Isso é muito ruim, eu mesmo não serviria para isso! (Carolina, 50 anos).

Carolina destaca mais um ponto relevante para a análise dessas hierarquias dentro da própria categoria da enfermagem, o fato destas hierarquias serem enrijecidas dentro dos hospitais particulares, em comparação com os hospitais do SUS. Isso nos faz pensar que dentro dos dispositivos hospitalares da rede particular, as formas de organização do trabalho, e sobretudo da concepção que se tem do usuário a ser assistindo, sejam bastante distintas dos hospitais do SUS. Primeiro, que dentro do SUS, trabalhamos com a noção não de “paciente” mas sim de usuário, como um sujeito integral que possui direitos e deveres dentro de um serviço hospitalar, já na rede particular, temos uma outra lógica por traz da instituição, que é uma lógica de mercado, onde os grandes grupos hospitalares que comandam os complexos hospitalares da rede privada, estão a serviço de uma lógica de mercado, de um capital. A assistência que é prestada nestes serviços, concebe esse usuário como um “cliente”, como alguém que consome uma mercadoria, neste caso – a saúde. Nisto, é esperado que um hospital da rede privada, que opera na lógica do capitalismo, que em si, já é um sistema que tem sua lógica de funcionamento marcada por uma verticalização das relações, a cultura institucional bem como as relações de trabalho interprofissionais e profissional – paciente, sejam marcadas por verticalizações e hierarquias .

5.6 Categoria 3. Hierarquias de saberes e poderes e relações raciais na saúde

5.6.1 “Quem é a enfermeira responsável? Não, não é ela!”

Como explicitado anteriormente nos relatos das entrevistadas a respeito das hierarquias de saberes dentro da enfermagem, os relatos trazidos nos mostram que existe uma divisão técnica do trabalho, onde o/a enfermeiro/a de nível superior é o profissional que exerce o cargo de chefia/liderança da equipe de enfermagem, sendo o responsável técnico (RT) dos serviços nos quais os trabalhadores da enfermagem atuam, tendo explicitado isso, para fins de compreensão da sistematização do trabalho da enfermagem, trago agora nessa categoria, as experiências de Aretha e de Maya, ambas possuem a formação de enfermeiras de

nível superior e atuam em posição de liderança da equipe de enfermagem, em um dos hospitais nos quais trabalham.

Eu tive uma situação no meu trabalho, que tinha uma técnica que trabalhava comigo, que era branca, loira, e quase todo mundo que trabalhava conosco no setor se referia a ela como enfermeira, chegava nela primeiro. Chegavam a ela e diziam: “*Você é enfermeira?*” E ela dizia: “*Não! É ela!*” “*Ah...*”. Sempre...isso sempre! E um dia eu peguei e perguntei pra ela: “*Maria, você percebe isso?*” Ela: “*Sim*”. Então isso é um preconceito racial! As pessoas não me identificam como enfermeira! Uma negra, líder de equipe?! As pessoas devem pensar: “*Não, ela não deve ser a enfermeira responsável pelo setor, ela deve ser a técnica e a enfermeira é a mulher branca!*” Eu vivencio isso até hoje! Hoje eu sou enfermeira rotina, num setor de Queimados TQA no Hospital e as pessoas chegam e perguntam: “*Quem é a enfermeira responsável?*” Eu digo: “*Sou eu!*”; “*Não, a responsável?*”. Eu digo: “*Sou eu!*” (Aretha, 38 anos, grifos meus).

Quando pergunto a Aretha se ela acha que as pessoas duvidam da posição dela, ela responde: “*Sim! Acham que negro...uma mulher negra no hospital ela é de nível médio... é técnica! Isso porque eu estou com a roupinha da área da saúde, se não estivesse, poderia ser qualquer outra coisa, menos enfermeira. Então essa é uma situação que eu vivencio ainda dentro do hospital*”. E acrescenta:

Então eu já tive situações...também de racismo velado, por parte dos usuários. Estava atendendo a paciente que virou para mim e falou: “*Nossa você é tão bonita!*” eu fiquei toda feliz, e disse: “*Obrigada!*” Ai ela disse logo em seguida: “*Até que existem pretos que são bonitos né?!*” Ai eu que sou toda montada no discurso antirracista...nesses momentos as vezes você trava! Com o usuário você também fica mais preocupado com o que vai falar. E então eu disse: “*Sim, existem muitas mulheres negras bonitas e eu sou uma delas*” Mas assim... a pessoa não se toca que está sendo racista. Que está reproduzindo um discurso que é racista! É aquela coisa de “*Ah mas eu não estou sendo racista; Ah...a pessoa fez um elogio*” (Aretha, 38 anos, grifos meus).

Outro ponto que o relato de Aretha nos mostra é de como esse racismo no cotidiano das relações intersubjetivas por vezes manifesta-se tão velado, tão diluído em “formas de elogio” que impede o próprio sujeito refletir criticamente sobre a sua ação de violência racial, dado também a grande naturalização das violências que o racismo produz. Assim como Aretha, Maya também traz uma experiência de discriminação racial semelhante, onde temos discriminações entrecruzadas pelo marcador racial, gênero e pela posição de liderança/responsável técnica por uma equipe de enfermagem.

Uma vez chegou uma pessoa e falou: “*Eu queria falar com a RT*”. E eu disse: “*Sou eu!*” E me olhou de cima a baixo. Então assim as pessoas não

aceitam muito. Quando é assim olha muito o que você está vestindo, como você está. Veem muito seu estilo... então acontece muito isso! Sim! Depois disso essa pessoa não falou mais nada ela só queria uma informação com relação ao estágio mas lá existem pessoas assim, que tem essa dificuldade principalmente homens (Maya, 51 anos).

E Maya acrescenta a intolerância de pessoas racistas a serem liderados por uma mulher negra, a situações que intersecciona-se com outros marcadores, como o de gênero por exemplo, nas atitudes discriminatórias de um colega de trabalho que é homem, branco, e atua em instituição militar em outro espaço institucional na qual trabalha, como sargento no corpo de bombeiros.

Tem um funcionário lá que trabalha conosco que ele tem essa dificuldade de ser liderado por mulher e ainda mais por mulher negra. É claro isso! E aí você tem que impor! A maioria desses homens é branco. E a gente até brinca dizendo que eles são bolsominion. E aí não é só com mulher negra é com um profissional que seja homossexual, ou um paciente, que seja dependente químico tratando-o como bandido...Tem um lá que diz que o homem que tem que ser o líder... é dele isso. Tem essa questão. Mas os outros não, a grande maioria te respeita como profissional, como mulher... (Maya, 51 anos).

Estas situações relatadas por Aretha e Maya, materializam as formas de expressão de discriminações/opressões interseccionais, onde um marcador social não aparece de forma proeminente diante dos outros, mas sim, coexiste com outros marcadores (CRENSHAW, 2002; AKOTIRENE, 2019) onde há interseção entre raça, gênero, sexualidade e classe profissional emergidas pela posição de chefia e liderança que estas mulheres pretas se localizam no espaço do hospital em que atuam.

Além do mais a mulher negra é o duplo outro: oposto da branquitude e o oposto da masculinidade (KILOMBA, 2019), ou seja, o oposto de sistemas de opressão que regem a matriz colonial moderna (AKOTIRENE, 2019), ditando quem são os que têm ou não estatuto de “sujeito” e consequentemente podem ocupar posições de poder. As experiências trazidas por Aretha e Maya nos remetem ao lugar de “*Outridade*” que é designado a todas nós, mulheres racializadas, no qual Kilomba (2019) elenca alguns dos estereótipos racistas que são projetados pelo sujeito branco com relação a(s) subjetividade(s) da mulher preta, dentre eles a “*outra*” indesejada, a “*outra*” intrusa, a “*outra*” passional e a “*outra*” violenta. Estereótipos nos quais fixam-nos em lugares subjetivos, que limitam as posições sociais que a sociedade machista, cis heteropatriarcal, classista e colonialista, nos permite ocupar.

[...] estou inevitavelmente experienciando o racismo, pois estou sendo forçada a me tornar a personificação daquilo com que o sujeito branco não quer ser reconhecido. Eu me torno a/o “*outra/o*” da branquitude, não o eu - e portanto a mim é negado o direito de existir como igual (KILOMBA, 2019 p. 78).

A partir das palavras de Kilomba, e as experiências trazidas por estas profissionais, desejo problematizar, ou melhor, indagar ao leitor/a se estas mulheres que experienciam esse lugar de “*outridade*”, não estariam sendo fixadas nesses estereótipos de a “*outra*” intrusa e/ou a “*a outra*” indesejada?! Ou Desse outro trazido na alegoria por Kilomba (2019 p. 34) que usava a máscara colonial no modo produção escravista para não “roubar” os bens que o sujeito branco colonizador acreditava que eram de sua posse, mas que pertenciam moralmente ao sujeito escravizado?

De certo que, esse lugar de duplo outro que a mulher negra ocupa, nega a nossa condição de igualdade e intelectualidade em ocupar posições de poder, de liderança, de produção discursiva tanto quanto o sujeito branco. Ter uma mulher preta nesse lugar de liderança rompe com essa “*outridade*”, esse lugar de subalternidade ontológica que a cultura sexista e escravagista impôs e ainda tenta impor constantemente as mulheres negras, cultura na qual se materializa também no âmbito do trabalho, assim como nos exemplifica Aretha e Maya ao trazerem suas experiências.

E fazendo um diálogo entre Grada Kilomba e Sueli Carneiro, faço importante lembrar que, esse lugar de “*duplo outro*” da mulher preta, tem íntimas aproximações com o que Carneiro (2008) fala das tentativas de negação da nossa intelectualidade, desse lugar sócio historicamente construído e perpetuado pela colonialidade do poder (Quijano, 2005) que nega a racionalidade da mulher preta e nos coloca como sujeitas incapazes intelectualmente de exercer as atividades intelectuais que foram postas como propriedade exclusiva do homem branco cis heteronormativo.

5.6.2 Vivências de discriminações interseccionais no contexto de trabalho

Esta categoria traz relatos percorridos a partir da pergunta na entrevista: “*Você já vivenciou alguma situação de preconceito e/ou discriminação racial no seu*

contexto de trabalho? Se sim, como lidou com isso?". Onde apesar do enfoque ter sido diretivo ao marcador racial, as entrevistadas trouxeram discriminações interseccionadas pela questão racial. Emergiram relatos de experiências retrospectivas, anteriores até mesmo aos espaços onde possuem seus vínculos empregatícios atuais, como experiências em processos seletivos nos quais já passaram, como aparece no relato de Carolina:

Por parte do paciente não. Mas eu passei por uma situação de discriminação quando eu fiz a minha inscrição para o processo seletivo para sargento temporário do exército, há alguns anos. Para trabalhar no Hospital do Exército o processo seletivo era nível de avaliação de currículo, entrevista...Eu fui uma das primeiras colocadas! Eu lembro como se fosse hoje. Eu era bem gordinha, hoje ainda sou, mas antigamente era bem mais. E eu passei por todas as etapas, quando eu cheguei na entrevista com o coronel, O "chefão" ele falou que eu não iria ficar por ser obesa! E isso me marcou muiiito! Eu já passei por outras situações em outros processos seletivos mas esse me marcou demais! E ele ainda falou para mim: "*Eu lamento, o seu currículo é excelente mas você não pode ficar porque você é obesa!*" E eu disse: "*Mas como assim? Eu fiz residência no hospital de Saracuruna, fiz a residência no hospital da Posse....*" Isso foi muito marcante para mim, essa discriminação não teve nem a questão racial. Eu fiz até contato com outras pessoas que participaram do processo seletivo que me falaram de ter como recorrer, mas não tinha como recorrer pelo fato da entrevista ter sido feita com coronel que era a autoridade máxima que tinha lá. Que era o que ele falasse...que não tinha ninguém acima dele. Um dos meus estágios foi no hospital do exército, então eu tinha toda a classificação para ficar, mas ele disse que eu não ia poder ficar por causa do meu corpo! Hoje eu tenho como processar isso naquela época não! E o COREN disse que não poderia fazer nada, que era a última fase do processo seletivo e que ninguém poderia passar por cima dele. Eu lembro que a gente chegou a marchar, toda aquela coisa de farda, era um dia chuvoso, tudo isso para nada!(Carolina, 50 anos)

Podemos conceituar a experiência que Carolina compartilha como uma das discriminações interseccionais que as entrevistadas trouxeram, onde há algo importante de nos atentarmos que é o fato de que na interseccionalidade como ferramenta analítica, é necessária uma acuidade visual do pesquisador, de compreender que não basta conceber que as opressões/discriminações que atravessam as mulheres negras são múltiplas, mas que a depender do contexto nas quais elas se manifestam, um eixo se tornará mais visível que o outro (LIMA, 2019). Neste caso a gordofobia foi o eixo mais visível dada a situação, mas não significa que os outros marcadores sociais que perpassam Carolina, como gênero, raça e classe, também não foram coexistentes nas formas de materialização dessas relações de poder .

Um outro aspecto que pode ser observado no relato de Carolina e que acontece recorrentemente no cotidiano de mulheres pretas, é que a mesma procurou formas de reivindicar seus direitos diante da discriminação sofrida que inviabilizou a sua chance de ocupar uma vaga tão almejada na equipe multiprofissional do hospital geral do exército, apesar de ser qualificada para tal. Mesmo diante da sua postura de reivindicação, Carolina assim como tantas outras mulheres pretas, lidam com a negligência institucional de órgãos maiores que poderiam ou melhor, deveriam atuar na mediação e garantia de direitos das pessoas ligadas àquela instituição, neste caso, o Conselho Regional de Enfermagem - COREN, na qual Carolina procurou, mas que informaram que não poderiam fazer nada por ela. Outro ponto que também inferiu na dada situação é o enrijecimento das instituições militares, com suas hierarquias de saberes e poderes cristalizadas, nas quais constituem suas próprias leis e cultura de funcionamento institucional, impenetráveis a quaisquer outros órgãos para realização de mediação de casos como o de Carolina. Algo que revela uma marca de colonialidade, onde existem hierarquias e condutas estabelecidas, naturalizadas e fixadas.

Então eu tinha uma amiga que ela defende muito essa questão racial. Então eu falo com ela que nós negros às vezes somos muito racistas. Aí ela fala: *“Mas por que que você tá falando isso?”* Eu digo porque muitas vezes a gente não valoriza o outro, a outra pessoa negra como pessoa, como cidadão. Porque tudo que a gente tem hoje a gente conquistou com muita briga. Então a gente tem que continuar brigando pelos nossos direitos, pelos nossos valores, pelo aquilo que a gente acredita e eu tenho direito de ser respeitada independente da minha cor ou raça! Então teve uma vez que uma acompanhante falou para mim que...eu tava com uniforme bem amarelinho...E o mais engraçado é que ela era tão negra quanto eu... E ela disse assim: *“Nossa! Você fica tão bonita com essa roupa!”* Eu não sei se foi ironia ou se realmente ela estava me elogiando. Eu acho que ela não parou para pensar no que disse e ela disse para mim: *“Ah eu queria ter a sua cor! Porque você ficou muito bonita com essa cor”*. E aí eu olhei e tive que dar um sorriso. E aí eu dei um sorriso para ela e eu pensei: *“Gente! Como assim ela queria ter a minha cor? Ela tem a mesma cor que eu!”*. E aí eu fiquei pensando o que será que ela achou...que negros não podem usar amarelo?! Eu tomei isso como uma parte de racismo, tipo assim uma comparação. Tipo ela é negra, eu sou mais negra? (Marielle 53 anos).

O relato de Marielle nos faz problematizar outras questões que são importantes, uma em nos mostrar que mesmo a população negra sendo majoritária no Brasil, cerca de 54% (BRASIL, 2015) a discriminação racial também pode ocorrer intragrupo, ou seja, grupos que compartilham um ou mais de um marcador social, neste caso, gênero e raça e de como autoperceber-se em termos raciais ainda é

uma dificuldade entre a maioria da população negra. E por último, mas que encontra-se relacionado aos outros fatores, a questão da pigmentocracia⁸ de forma que a mesma tem efeitos de promover divisões entre os movimentos políticos da própria população negra, enfraquecendo inclusive pautas de luta que perpassam a toda a população negra, sem distinção entre negros retintos, negros de pele clara. Este é um posicionamento que inclusive eu como pesquisadora defendo, de uma postura ético-política de que somos todos população negra, sem distinção entre nós mesmos, assim como na fala de Marielle:

Somos todos negros, independente da tonalidade de pele e da cor de roupa que você usa. Independente da cor que você usa, da cor de roupa que você usa, se o seu cabelo tá liso, se está com cabelo natural, a gente se declara negra por conta da nossa cor! E a gente tem que ser respeitado independente de tudo isso, então quer dizer que se eu não fosse negra eu não poderia usar aquela cor?! Eu achei sim um pouco de preconceito nessa parte, mas com relação à atual conjuntura no trabalho da enfermagem eu não me lembro de ter sofrido algum tipo de preconceito por conta da minha cor. (Marielle, 53 anos).

Outro ponto que Marielle nos mostra, é de como a discriminação/violência racial, dada a sua naturalização e impregnação em todas as esferas da sociedade e das relações sociais aparece diluída e por vezes de difícil percepção dentro das relações interpessoais mais íntimas, o que não significa que ela não possa ser coexistente com relações de afeto, tanto entre pessoas negras, quanto entre pessoas e grupos multirraciais.

Discriminação já sofri sim! E muito! Mas não com relação à discriminação racial no meu trabalho. Só se foi indiretamente e eu não percebi! O bom é que nós negros aprendemos muitos com essas “brincadeiras” que fazem com a gente. Com essas brincadeiras a gente aprendeu a se posicionar! A dar respostas! Eu brinco muito com uma enfermeira que eu tenho, que trabalha comigo que ela chega para mim fala: “*Fala minha Negrinha!*” E aí eu brinco com ela e falo que se ainda houvesse escravidão ela estaria na senzala tanto quanto eu! E aí eu falo para ela: “*Não sei se você sabe...o nosso país é misto, não existe no nosso país alguém 100% negro alguém 100% branco*” E eu digo para ela que ela seria a primeira a ser usada e abusada. Eu brinco com ela assim. E ela diz: “*Não é nada sua Negrinha!*” Eu digo: “*Olha bem a sua cor? Vê se você não é tão negra quanto eu?*”. Então assim...essas brincadeiras existem. Então eu não sei até que ponto as pessoas brincam ou até que ponto elas são racistas?! Igual aquele argumento: “*Preto de alma branca*”. Isso não existe! Eu brinco com ela assim, porque ela é minha amiga, mas jamais admitiria essas brincadeiras vindas de alguém que eu não tivesse intimidade. Por parte de outra pessoa ... aí sim, a gente poderia chamar de racismo. Eu não iria aceitar

⁸ Pigmentocracia, também conhecida pelo nome de “Colorismo”, é um termo criado por Alice Walker que trata de um processo de estratificação social baseado na tonalidade da pele, de forma que quanto mais pigmentada for a pele do sujeito, maior discriminação e exclusão ela sofre, produzindo também classificações dentro do próprio grupo população negra. Publicado em: <<https://www.politize.com.br/colorismo/>> 2019.

brincadeiras de discriminação comigo. Meu nome é Marielle, então eu tenho que ser chamada pelo meu nome. Não existe modo carinhoso no racismo! Não existe isso de apelidos carinhosos, isso também é uma forma direta de racismo (Marielle, 53 anos)

Maya também traz uma vivência de discriminação racial por parte de uma colega de trabalho e por parte de um usuário no hospital psiquiátrico na qual trabalha atualmente.

Sim. Eu já vivenciei isso com uma secretária do hospital. Ela ignorava as orientações que eu dava para ela, e aí a gente foi percebendo um cunho racista na forma como ela falava, na forma como ela fazia. Eu gosto muito de usar tranças. E ela tinha uns comentários racistas...então foi assim...foi comigo! Foi muito ruim! E aí teve uma situação em que ela mandou uma mensagem para alguém, e por engano mandou para mim. Tipo: "*A negra chegou! Eu falei com ela isso*" Aí a gente foi conversar (Maya, 51 anos)

Na psiquiatria geralmente o paciente se sente muito perseguido, então às vezes ele fala essa questão de negro, chama de macaco...Eu tive duas situações como o paciente né, com um paciente que já tava muito tempo lá com a gente. Tá quase já virando um paciente de Desins, e ele era um paciente que tinha um discurso muito direcionado às pessoas negras chamando de macaco. E tiveram dois servidores que ficaram muito tocados com relação a isso, inclusive um que ficou mal, teve que ser afastado, ele relacionou essa situação do paciente com outras coisas, mesmo sabendo que se tratava de um paciente e tudo. Então existe sim e muito! Era um paciente que não estava em delírio, era um paciente que vinha sendo internado de longa data, ele não estava delirante mas ele realmente tinha essa questão racista. Ele tinha essa coisa de chamar as pessoas negras de macaco e falar: "*Ah você parece um macaco!*". Então às vezes a gente se atenta muito a essas situações que o paciente elogia a gente e diz: "*Você tá bonita com essa trança! Está bonita essa rua essa roupa*" então quando ele estava próximo, ele falava: "*Eu não acho que você está bonita com essa trança ou com esse cabelo*". Não só com mulher negra, com um homem negro ele também tinha essas coisas de ficar chamando de macaco, fazendo sinal de macaco. Então para mim assim... eu sabia que era um paciente que eu não poderia perder o controle e eu fui levando. Mas esses dois técnicos ficaram muito afetados. Teve uma técnica que escreveu tudo isso, a gente chamou para conversar. E aí o que a gente faz é tentar mudar, vamos tentar mudar de equipe, vamos tentar mudar o tipo de manejo com esse paciente. E esse paciente depois conseguiu ser transferido para uma RT e saiu do hospital (Maya, 51 anos).

Além da experiência de Marielle e de Maya, Nina também traz um relato de discriminação racial, mas dessa vez interseccionado com o contexto acadêmico, sofrida por Nina enquanto estava no curso de realização do seu mestrado profissional no hospital federal na qual trabalha.

Olha por parte do usuário não. Mas enquanto eu estava fazendo mestrado. Eu estava comentando com a enfermeira sobre a minha pesquisa, e aí enquanto a gente estava conversando sobre isso chegou uma residente,

uma residente médica e falou: “*Você tá fazendo mestrado?!*” E ela falou aquilo com um espanto que aquilo me assustou. Ué por que que eu não posso? Por que não eu? Mas assim ela me deu uma olhada que sabe quando você se sente desclassificado de todas as formas? Por que? Só por que eu sou mulher? Por que eu sou negra? Por que aqui eu atuo como técnica de enfermagem? Eu tive o sentimento de que era tudo isso junto! Era uma médica, branca...Eu acho que todos esses componentes estavam juntos naquele momento, com aquela fala, com aquele olhar...Como se eu não tivesse capacidade por todos esses motivos. Como se eu não pudesse ser algo além disso. Não! Eu posso sim! Eu fiquei tão chocada que eu não tive reação que eu não consegui nem argumentar de tipo por que que você acha isso? Por que você perguntou dessa forma? Não, eu não consegui. Porque eu acho que a gente ainda fica chocado com esse tipo de coisa em pleno século XXI, das pessoas acharem que alguém não pode fazer algo por conta da sua cor. Por conta da profissão que ela escolheu. Eu nunca vou achar isso normal! As pessoas escolhem acabou!(Nina, 44 anos).

Nina mostra também como as nossas formas de nos posicionarmos frente ao racismo, enquanto mulheres pretas, acadêmicas e profissionais de saúde, pode assumir efeitos de reprimir manifestações de violência racial tanto conosco, quanto em ambientes nos quais estejamos presentes.

Então eu acho que essa postura meio que reprime alguém de discriminar! Eu acho que isso ajuda muito. Eu acho que isso gera um impacto. Das pessoas pensarem: “*É melhor não falar nada dela não!*” Eu não entro em debate o tempo inteiro sobre essa questão, mas eu me coloco enquanto mulher, enquanto negra. Eu não aceito que as pessoas falem do meu cabelo, que falem na minha cor e eu não aceito que as pessoas me diminuam! Porque eu lutei muito para estar onde eu estou! Na minha família eu fui a segunda pessoa a fazer um ensino superior! Eu sou a única pessoa que tem mestrado na minha família. Eu digo para as minhas primas que não é porque eu sou melhor do que ninguém não, é porque eu sou um exemplo de que é possível! Eu sempre gostei de estudar e eu sempre acreditei que para conquistar alguma coisa seria pela via do estudo, então eu investi nisso (Nina 44 anos).

Nós mulheres negras, temos adentrado espaços antes nunca ocupados e negados a nossa existência, na academia, na ciência, considerando que nossa ocupação na assistência a saúde, também é um espaço de produção de conhecimento, baseado em uma práxis. Adentrar a estes espaços são como formas de recuperar nossas vozes ininterruptamente silenciadas, buscando protagonismos na produção de pesquisas sob a perspectiva de mulheres que sempre foram postas à margem, ditas irracionais, agressivas, emocionais de mais, subalternizadas no seu conhecimento. Nisto trago a noção de conhecimento baseado nas experiências de diversos grupos étnico raciais, não tratando como conhecimento unicamente válido, aquilo que a invenção branca nos fez crer, que é o conhecimento científico, dicotomizado com os saberes populares, outra invenção do sujeito branco (SANTOS, 1997).

A situação vivida por Nina nos mostra como conhecimento e poder racial se entrecruzam (KILOMBA, 2019 p. 49), em quem são os sujeitos autorizados pela academia a produzir conhecimento válido ou não, e quem são os sujeitos que autorizam essa validação?

Uma vez que homens brancos de elite controlam as estruturas de validação do conhecimento ocidental, seus interesses permeiam temas, paradigmas e epistemologias do trabalho acadêmico tradicional. Consequentemente as experiências de mulheres negras norte-americanas, bem como as experiências de mulheres afrodescendentes na esfera transnacional, têm sido distorcidas ou excluídas daquilo que é definido como conhecimento (COLLINS, 2019 p. 139).

O que de fato encontramos na academia não é uma neutralidade científica, mas sim ideologias impostas por grupos hegemônicos que desejam manter estruturas desiguais de poder racial para perpetuarem a manutenção de seus interesses, portanto, é ingênuo crer que o que se produz de conhecimento acadêmico é totalmente neutro e desprendido de ideologias que se tentam disseminar. A situação trazida por Nina nos exemplifica uma das formas de confrontação e resistência dessas estruturas de poder no meio acadêmico, com a ocupação e protagonismo em pesquisas feitas e direcionadas a população excluída e negada em sua intelectualidade, a população negra.

No relato de Nina pode-se observar que a discriminação racial manifesta-se interseccionadas com o marcador de classe profissional, uma vez que, foi o sujeito branco que se instituiu como autoridade intelectual aos demais grupos étnico-raciais (ALMEIDA, 2019), e de uma área da ciência que sempre teve o privilégio epistemológico, ou melhor, uma “autoridade” epistemológica não só a saúde, mas tudo que tange a existência dos seres humanos. Se pudermos esmiuçar tal atitude da residente, branca e médica sob essa perspectiva que estou problematizando, percebemos que o pano de fundo da discriminação racial sofrida por esta profissional, traz o questionamento de se Nina possui autoridade racial e epistemológica para ocupar o espaço acadêmico, onde teoricamente é o espaço reconhecido como o de produção de conhecimento válido, considerando também, que apesar de Nina ser enfermeira de nível superior, neste local do ocorrido fato, a mesma tem vínculo empregatício como técnica de enfermagem, ou seja, uma profissional de nível médio.

A produção discursiva escravagista e colonialista criou estruturas de conhecimento que sempre negaram a intelectualidade do negro, instituindo como conhecimento científico, válido, somente o que é produzido pelo homem, branco, ocidental e de classes mais abastadas (COLLINS, 2019), o que podemos compreender dessa situação, é que nas minúcias do que foi comunicado na linguagem verbal, e gestual, explicitamente a residente médica comunicou que a academia não é um espaço que Nina Simone enquanto mulher preta, enfermeira e de classe média, deve ocupar.

Esse exercício nos permite visualizar e compreender como os conceitos de conhecimento, erudição e ciência estão intrinsecamente ligados ao poder e autoridade racial. Qual conhecimento está sendo reconhecido como tal? E qual conhecimento não é? Qual conhecimento tem feito parte de agendas acadêmicas? E qual conhecimento não? De quem é esse conhecimento? Quem é reconhecida/o como alguém que possui conhecimento? E quem não o é? Quem pode ensinar conhecimento? E quem não pode? Quem está no centro? E quem permanece fora, nas margens? Fazer essas perguntas é importante porque o centro ao qual me refiro aqui, isto é, o centro acadêmico, não é um local neutro. Ele é um espaço branco onde o privilégio de fala tem sido negado às pessoas negras (KILOMBA, 2019 p.50).

De certa forma, esse lugar de “autoridade” epistemológica que a residente médica se coloca ao questionar a posição ocupada por Nina no mestrado profissional, explicita a relação colonial que a medicina criou sócio historicamente e tenta manter, com os outros saberes na área da saúde, que embora hajam desconstruções, ainda existem resquícios desse colonialismo em outras diversas instituições, assim como os relatos trazidos pelas entrevistadas na categoria 1, onde houveram opiniões divergentes acerca dos serviços nos quais atuam, sobre essas hierarquias de saberes.

Portanto, precisamos admitir que o conhecimento validado e sua produção, é de fato racializado e colonizado. Assim como destaca Grada Kilomba (2019 p. 53-54).: *“Qualquer forma de saber que não se enquadre na ordem eurocêntrica de conhecimento tem sido continuamente rejeitada, sob o argumento de não constituir uma ciência crível. A ciência não é, nesse sentido, um simples estudo apolítico da verdade, mas a reprodução de relações raciais de poder que ditam o que deve ser considerado verdadeiro e em quem acreditar”*.

Por isso, é fundamental que nós, mulheres negras ocupemos a academia, como também uma forma de confrontação, luta e resistência a estas estruturas de conhecimento e erudição, controladas por sujeitos brancos que se instituíram como

possuidores do privilégio epistemológico sobre o saber a respeito da vida humana. Com isso, utilizando as palavras de Walter Mignolo (2008), como forma de desobediência epistêmica temos adentrado, permanecido e trazendo conosco outras mulheres pretas e/ou excluídas/marginalizadas para ocuparem não só a academia, mas tantos outros espaços que nos foram negados sócio historicamente.

5.7 Categoria 4 - Marcadores de Colonialidade e Decolonialidade

Nesta categoria, utilizaremos a proposta de matriz metodológica de Martins e Benzaquen (2017), que instrumentalizam pesquisadores a realização de pesquisas com a perspectiva decolonial. Neste sentido, foi realizado um mapeamento dos marcadores de colonialidade e decolonialidade, nos relatos das entrevistadas. Para fins de exemplificação e facilitação de como este processo de deu, trago o quadro elaborado pelos respectivos autores, que organiza os marcadores.

CATEGORIAS ONTOLÓGICAS	MARCADORES DE COLONIALIDADE	MARCADORES DE DESCOLONIALIDADE
Saber	Eurocentrismo	Questionamento do eurocentrismo
	Neutralidade do saber	Saberes contextualizados e Incorporados
	Hegemonia de um saber específico	Conjugação de diferentes saberes no sentido de melhor informar uma prática transformadora
Poder	Autoritarismo	Práticas de democracia radical Interna e externa (redes, articulações)
	Individualismo	Solidariedade
Ser	Identidades que fixam e subjugam	Identidades que descolonizam o ser
	Multiculturalismo (tolerância da diferença)	Interculturalidade (respeito a diferença)
	Primazia de um ator para fazer a transformação social	Ampliação do conceito de sujeito contra-hegemônico

Fonte: Martins e Benzaquen (2017, p.27)

Segundo os autores, estes marcadores caracterizam-se como chaves de leitura da realidade, onde cada pesquisador, poderá enquadrá-las nos em seus respectivos cenários de análise, possibilitando também, que outras chaves sejam identificadas e acrescentadas a essa matriz de operacionalização, que não encontra-se dada e enrijecida a possíveis modificações, pelo contrário, a perspectiva decolonial, admite que os estudos que se consecutirem dessa proposta, possam acrescentar, e ampliar o arcabouço teórico dessa matriz.

5.7.1 Relatos de colonialidade e decolonialidade na saúde mental.

Nesta primeira exposição, trarei algumas problematizações dentro da rede de saúde mental e atenção psicossocial, conexões feitas dos relatos das trabalhadoras que atuam em hospitais psiquiátricos. Neste primeiro relato, Dandara responde á pergunta: *“Você já vivenciou alguma situação de preconceito/discriminação racial no seu contexto de trabalho? Se sim, como lidou?”* Dandara responde que sim, mas apesar disto, não trouxe nenhum relato de discriminação racial que já tenha sofrido, mas apesar disto, traz relatos de como percebe a violência racial na assistência aos usuários dentro do hospital psiquiátrico na qual atuou, principalmente as usuárias negras.

E aí você percebia muitas vezes que quando internava uma mulher negra, algumas coisas não eram ofertadas no cuidado né...diferente do cuidado quando internava uma mulher branca. Então tinham uns relatos como: *"Nossa tão nova, tão bonita...ela tinha cabelo tão bonito, vamos cuidar desse cabelo"*, como se ela fosse um bibelô. E nas outras isso não aparece! Mas isso aparece nos sintomas das usuárias, muitas vezes de formas agudas isso aparece. Aparece às vezes falando assim: *"Não você é preta! Mas eu não sou preta"*. E ela é negra também. Isso é muito vivo numa situação aguda né... (Dandara, 46 anos).

Além da explícita situação de racismo institucional e rompimento com o princípio da equidade, tão caro para a estruturação do trabalho de cuidado no SUS, Dandara nos traz a sua percepção de que a assistência que é prestada neste serviço é totalmente enviesada pelo gênero e pela raça dos usuários, expressando condutas racistas, que ferem princípios constitucionais garantidos pela nossa constituição cidadã, princípios humanitários, e diretrizes da própria Política Nacional

de Saúde Mental (LEI 10.216/01). Os marcadores de colonialidade identificados na situação relatada foram de eurocentrismo, autoritarismo, e identidades que fixam e subjagam.

Os hospitais psiquiátricos tendem a ser muito violentos. Eu acho que assim... eles não têm essa clareza quão violentos eles são! Em nome de um cuidado né... de um cuidado que historicamente precisava já ter sido superado. Porque eu tenho outras estratégias. Eu acho que a gente precisa usar outras estratégias para lidar com o sofrimento, com uma fase aguda, com a agressividade. É muito comum você ver nos hospitais psiquiátricos uma contenção preventiva, principalmente no corpo negro. É muito comum você ver um excesso medicamentoso no corpo negro. "*Não porque ele pode agredir!*"; "*Não porque se ele acordar...*" Aí tem aquele monte de mito que envolve, que é sustentado por uma questão racista, mas dentro de um contexto clínico. E aí as pessoas acham que estão fazendo clínica! Posso dizer isso com muita tranquilidade porque eu vi muitas questões assim difíceis, porque era exatamente isso né... "*Ah porque ele não te agride...*"; "*Ele não me agride porque eu abri o ele*"; Porque quando ele tá gritando eu estou falando num tom mais baixo, porque quando eu vejo que a situação está difícil a gente vai buscar outros recursos e não é contenção. A contenção, o excesso medicamentoso ele precisa ser usado como o último recurso e não pode ser o primeiro! Eu posso buscar nos pares inclusive...dizer assim : "*Olha, é um caso que tá muito grave e requer mais profissionais no atendimento*". São outras formas da gente poder mediar e fazer uma contenção simbólica e para mim é muito mais potente do que uma contenção mecânica da pessoa ficar no leito, ficar ali horas, se deixar dias porque às vezes a gente precisava é garantir que aquela pessoa não ia ficar mais de 24 horas dentro de uma contenção e a maioria dessas pessoas contidas por longo tempo é uma maioria negra! Infelizmente ! (Dandara, 46 anos).

O relato de Dandara evidencia o quanto alguns dispositivos da RAPS podem ainda perpetuar lógicas manicomiais, disfarçadas de um suposto cuidado e o quanto a reforma psiquiátrica ainda é um processo em andamento, além do quanto esse movimento político precisa-se avançar, sobretudo em uma luta antimanicomial antirracista, antissexista aliada a tantos outros sistemas de opressão da matriz colonial moderna (AKOTIRENE, 2019).

Na psiquiatria geralmente o paciente se sente muito perseguido então às vezes ele fala que é questão de negro, chama de macaco...Eu tive duas situações como o paciente né... um paciente e um técnico. Com um paciente que já estava a muito tempo lá com a gente.. .Tá quase já quase virando um paciente de Desins, e ele era um paciente que tinha um discurso muito direcionado às pessoas negras chamando de macaco. Tiveram dois servidores que ficaram muito tocados com relação a isso, inclusive um que ficou mal, teve que ser afastado, ele relacionou essa situação do paciente com outras coisas, mesmo sabendo que se tratava de um paciente e tudo.... então existe sim, e muito! Era um paciente que não estava em delírio, era um paciente que vinha sendo internado de longa data, ele não estava delirante mas ele realmente tinha essa questão racista... Ele tinha essa coisa de chamar as pessoas negras de macaco e falar: "Ah você parece um

macaco!”. Então às vezes a gente se atentava muito a essas situações que o paciente elogiava a gente e dizia : “ *Você tá bonita com essa trança! Está bonita essa rua essa roupa*” então quando ele estava próximo Ele falava: “*Eu não acho que você está bonita com essa trança ou com esse cabelo*”. Não só com mulher negra, com um homem negro ele também tinha essas coisas de ficar chamando de macaco fazendo sinal de macaco. Então para mim, assim... eu sabia que era um paciente que eu não poderia perder o controle, e eu fui levando. Mas esses dois técnicos ficaram muito afetados, então a gente conseguiu tirar um pouco dessa enfermaria e conversar... Teve uma técnica que escreveu tudo isso a gente chamou para conversar. E aí o que a gente faz é tentar mudar a equipe, vamos tentar mudar o tipo de manejo com esse paciente... E esse paciente depois conseguiu ser transferido para uma RT e saiu do hospital (Maya, 51 anos).

No relato de Maya a situação de racismo já é o próprio marcador de colonialidade. O relato da mesma nos mostra também que o racismo dentro das instituições de saúde pode ser cometido por múltiplos atores e que nem sempre é o usuário que estará na posição de vítima da violência racial. Por vezes, como na situação trazida por esta profissional, o agente da violência racial será o próprio usuário, direcionado ao profissional que está ali naquele espaço desempenhando um cuidado. E a seguir, destaco no relato de Maya qual foi o enfrentamento diante da situação:

Sim! E conversando com ele também. Então além da gente ter um apoio entre a gente, a gente chamou para conversar com a equipe multiprofissional. Fui eu, uma psicóloga... conversar com ele também, porque ele estava lúcido, estava orientado. E por várias vezes nós fomos convocando ele... é isso dele entender que ele também era responsável por isso. Que não é porque ele estava no hospital psiquiátrico ele pode xingar que ele pode fazer. Ele também é responsável pelos atos dele! Porque às vezes o usuário tem isso de que “*Ah eu sou paciente psiquiátrico e eu não respondo por mim!*” A gente foi convocando ele para isso. O que poderia também acontecer legalmente, mesmo que não desse em nada, mas a gente convoca ele para a situação. Não só com servidor mas às vezes eles fazem isso com outro paciente também . Então é ficar conversando sempre convocando ele a essa situação (Maya, 51 anos).

A forma de enfrentamento de Maya, pode ser identificada como um marcador de decolonialidade, como: práticas de democracia radial interna e externa com formações de redes e articulações, quando a mesma busca a profissional de psicologia para conversar com o usuário e ambas trabalharem com o mesmo a produção de uma reflexão e implicação com relação a violência racial cometida. E um outro marcador de decolonialidade que também podemos identificar é o de identidades que descolonizam o ser, visto que, a atitude de Maya, junto a psicóloga e outros profissionais envolvidos, tiram o usuário desse lugar do louco, irracional que não pode responder por si e muito menos que não pode implicar-se com suas

atitudes. Essa atitude, tirou o usuário desse lugar identitário de tutela e desrazão, quando veem esse sujeito como alguém que tem a capacidade de discernir e lidar com as consequências de suas ações, assim como qualquer outro cidadão que não seja um usuário da RAPS e esteja circunscrito no paradigma de uma “normalidade”.

5.7.2 “Veio a pandemia e a gente teve que se adaptar ao novo sistema”: Relações de trabalho na pandemia da covid-19

Nesta categoria, trarei os relatos das entrevistadas no que tange às relações de trabalho interprofissionais na pandemia do covid-19, onde as entrevistadas são questionadas se houveram mudanças nas relações entre equipe no contexto da pandemia do covid-19.

Eu acho assim que agora na pandemia muitos profissionais ficaram muito desesperados, então o que aconteceu é que as pessoas se uniram mais para poder se ajudar mais no trabalho. Assim... muita das vezes não se tinha liberdade disso, de se dirigir a um outro profissional, se dirigir ao médico e falar: *“Olha você não vai entrar no setor tal porque você tá sem equipamentos de proteção individual”* E aí eles falavam: *“Ih...esqueci! A gente tá tão acostumada a usar a máscara normal!”* Então quando veio a pandemia a gente teve que se adaptar ao novo sistema. Então a gente se uniu mais, começou a cuidar mais um do outro, de tipo quando a pessoa fosse entrar no setor de isolamento a gente lembrar: *“Olha você tá sem material tal, toma aqui esse material!”*. Então, acho que teve assim, um cuidado às pessoas ficando mais humanas com relação ao cuidar do outro. Eu acho que a pandemia veio para poder aumentar o laço no trabalho, o laço entre os profissionais de saúde. Então a gente ficava ali cuidando dos pacientes e cuidando um dos outros né ...Cada profissional sempre alertando ao outro. Acho que a pandemia veio para mostrar que somos profissionais de saúde né, todos iguais cada um na sua categoria. E susceptíveis a sofrer as mesmas consequências. Se eu entrar em um determinado setor sem ter o material adequado, posso me contaminar, contaminar os outros. Então a pandemia veio para o ser humano ficar um pouco mais humano. Então ela veio para que as pessoas tivessem mais cuidado não só com a vida do paciente mas cuidado com sua própria vida. (Marielle, 53 anos).

No relato de Marielle, sua experiência de atuação no contexto da pandemia do covid-19, mostra que houveram importantes transformações na dinâmica de trabalho entre a equipe multiprofissional, onde a necessidade de constante vigilância para se realizar os protocolos de prevenção adequados para evitar a infecção pelo covid-19 tanto aos usuários e principalmente aos profissionais de

saúde ali atuantes, demandaram destes em formar uma rede de apoio entre si, para que auxiliassem uns aos outros quanto ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI. Essas novas necessidades de adaptação dos profissionais revelou também o desenvolvimento de uma preocupação coletiva com o autocuidado da equipe no que tange a proteção a infecção do coronavírus, o que pelo relato da entrevistada, aparenta ter sido uma habilidade nova, que não fosse presente na equipe, antes do contexto pandêmico.

O relato de Marielle nos mostra que a pandemia do covid-19 trouxe inovações a cultura institucional do hospital no qual trabalha, visto que pode aumentar o laço entre os profissionais da equipe, além desse ambiente de mútua cooperação, ter proporcionado aos mesmos, o entendimento de que cada um independente de categoria profissional tem o seu lugar de importância na equipe. Estas mudanças nas dinâmicas relacionais revelam verdadeiros marcadores de decolonialidade, como saberes contextualizados e incorporados; Conjugação de diferentes saberes no sentido de melhor informar uma prática transformadora; Práticas de democracia radical com formação de redes e articulação e solidariedade, diluindo -se hierarquias de saberes que talvez estivessem presentes nesse serviço, antes do contexto da pandemia do covid-19.

Por outro lado, no trabalho da equipe multiprofissional no contexto assistencial de pandemia do Covid- 19, Nina, traz uma experiência muito distinta de Marielle, trazida anteriormente, uma experiência onde o marcador de colonialidade: individualismo, esteve presente no serviço hospitalar na qual atua.

Teve uma situação que a gente foi fazer uma cirurgia e a paciente era suspeita de covid. Nenhum médico nos avisou que ela era suspeita de covid, quando eu cheguei lá eu vi todo mundo com máscara comum e falei: *“Gente! Por que que tá todo mundo com máscara comum e não com a N95?”*, e aí eles não entenderam porque eu falei isso. E disse: *“Porque essa paciente é suspeita de covid!”* e falaram para mim: *“Não, Nina ninguém avisou para a gente isso não!”* Então... assim... uma informação super importante e que poderia contaminar todo mundo! Então qual é a consideração que eles tiveram com a gente? Se contaminar todo mundo vai ficar todo mundo afastado do serviço e aí como é que vai ficar o trabalho? Como que o serviço vai funcionar? Acho que a mudança deve ser por aí, sabe?! (Nina, 44 anos).

Pergunto a Nina a que ela atribui como causa da informação de que a paciente era suspeita de covid, não foi passada pela equipe médica, para a equipe

de enfermagem que trabalha conjunto com os mesmos no centro cirúrgico, e Nina responde:

Eu quero acreditar que foi por conta de esquecimento. Eu não acho que eles fizeram: *“Ah dane -se a enfermagem!”* Não deve ser isso! Então eu acho que eles devem ter esquecido, mesmo sendo algo grave, porque eu acho que às vezes as pessoas esquecem da questão da pandemia mesmo estando no serviço de saúde. Eu tenho pessoas que a gente tem que ficar pedindo o tempo todo: *“Coloca a máscara! Coloca a máscara!”* (Nina, 44 anos).

Na situação trazida por Nina, além da identificação de um dos marcadores de colonialidade, a individualidade por parte da equipe médica, existem outros fatores de maior complexidade que tal conduta envolve. Por mais que nas palavras da entrevistada considere que tenha havido um esquecimento por parte da equipe médica, existe uma gravidade significativa, considerando que os riscos de contaminação pela covid-19 tanto aos profissionais da enfermagem que ali estavam sem os EPIs, quanto para a própria usuária submetida ao procedimento cirúrgico, fatores nos quais relacionam-se aos riscos de vir a adoecer pela infecção da covid-19, de desenvolver a Síndrome Respiratória Aguda Grave - SARS, como outros casos de maior complexidade respiratória que em suma, envolvam risco de morte. Então, o 'que podemos considerar como uma "displícência", ou esquecimento, nas palavras de Nina, traz o risco de morte aos profissionais e usuários, bem como a outros sujeitos os quais tenham contato devido à alta potencialidade da cadeia de transmissão desse vírus.

Maya também traz um relato de experiência com relação às dinâmicas interprofissionais na realidade da assistência no contexto pandêmico. E traz no seu relato ambos os marcadores, de colonialidade e decolonialidade:

Foi como a situação que eu te falei daquele paciente que a gente teve essa situação ontem. Eu conversei com a enfermeira... nós conversamos e falamos que a gente achava que tinha que comunicar a supervisão da enfermagem que esse paciente iria ficar lá. Nós colocamos uma monitorização do paciente e se houvesse qualquer alteração a gente iria saber, mas ele iria ficar lá. O que eu acho também que se ficasse nesse embate de categoria de *“Ah vou receber o paciente ou não”* acho que o paciente que acaba perdendo nisso! Então ficou decidido que ela seria internada, mas antes a gente tinha pensado que ela iria ficar no quarto no final do corredor. Se eu perceber que é o que vai prejudicar o paciente, aí eu não vou fazer. Então conversando em conjunto, a gente resolveu intensificar o cuidado da paciente ficar mais vezes entrando no quarto, monitorando ela. Então eu penso assim, se não vai prejudicar o paciente e você consegue contornar aquela situação de uma outra forma, não vale muito a pena você ficar em embate porque o tempo que você fica embate

you leave of producing a good assistance, you even do, but after you return on this subject. You will try to find the responsible to talk about that not happening, but at the moment I do not think it is worth the pain of staying in the discussion of who can, who cannot, who orders?! People have to always look at our user! (Maya, 51 years).

Podemos identificar a presença dos marcadores de colonialidade, por parte da equipe médica: autoritarismo e hegemonia de um saber específico, ou seja, o saber médico e o de decolonialidade por parte de Maya: conjugação de saberes no sentido de melhor informar uma prática transformadora, e questionamento do eurocentrismo. A atitude de Maya diante das condutas coloniais da equipe médica, nos mostram também uma prática questionadora ao saber biomédico imposto, e de uma postura ética e política que converge com os princípios e diretrizes do SUS os quais priorizam a integralidade do usuário e o protagonismo do mesmo na assistência prestada. O usuário deve ser o centro das ações de cuidado e para ele que estas devem ser direcionadas, de forma que se cumpre o verdadeiro propósito da assistência multi e interdisciplinar, quando os diferentes saberes envolvidos no cuidado em saúde possuem um objetivo em comum, que é proporcionar uma assistência integral e resolutiva, na qual o usuário é o centro dessa práxis.

5.7.3 “*Eu tenho a fama de ser um pouco transgressora!*”: Atitudes de enfermeiras negras frente às hierarquias de saberes

Nesta categoria trarei os relatos das entrevistadas que retratam experiências vividas pelas mesmas na qual revelam condutas de promoção de desconstrução de hierarquias de saberes. Portanto, os relatos que serão apresentados nesta seção trazem somente marcadores de decolonialidade.

A seguir, trago os relatos de Nina e Rosa a respeito de como lidam com as hierarquias de saberes estabelecidas no ambiente hospitalar e o posicionamento que adotam frente a elas, manifestando atitudes marcadas pela decolonialidade. Em primeiro, a forma como Nina lida com as hierarquias de saberes frente à hegemonia discursiva da classe médica, posteriormente, o posicionamento de Rosa com relação às hierarquias de saberes dentro da enfermagem.

Olha... eu sou meio rebelde com relação às hierarquias que tentam ser estabelecidas! Interfiro sim! Eu coloco a minha opinião sim! Mas nem sempre ela é ouvida né?! Nós fazemos algumas propostas e tudo, mas nem sempre a gente decide, mas eu opino sim! Eu me posiciono, eu me coloco. O que eu puder fazer para aquilo acontecer eu faço... Mas nem sempre é aquilo que eu acreditava que seria o melhor...Mas eu não me coloco como inferior, eu já me neguei a fazer aquilo que o médico estava prescrevendo, porque eu não considerava aquilo o melhor para o paciente. Mesmo estando na posição de técnica eu não guardo o meu conhecimento em casa eu levo ele comigo para onde eu for. (Nina,44 anos).

Tem profissionais e profissionais...tem enfermeiros que se colocam muito acima como chefes e tem enfermeiros que se colocam como líderes. Então o líder vai compartilhar, ele vai ouvir, ele vai trocar, e o chefe não, ele só vai querer mandar e os técnicos que façam. E têm técnicos que se colocam nessa posição, dessa relação de chefia e não de liderança. Os técnicos de uma forma geral não sabem funcionar sem ter o chefe. Mas eu tento sempre me colocar de uma forma próxima a eles, e eu digo que o que me fez ser enfermeira foi a experiência com os técnicos porque a faculdade da teoria mas é a prática que forma a gente. Eu já tive chefe, que era muito difícil lá no CAPS ...E era muito difícil o trato com ela, era uma enfermeira mais velha que vinha de uma formação em hospital, e a formação dela era essa...de mandar de não fazer junto ...E aí a gente aprende Como não ser também! (Rosa, 28 anos).

Nina em seu relato afirma que é um pouco “rebelde” em relação as hierarquias de saberes estabelecidas, com base nesta expressão que a entrevistada usa, e os posicionamentos que adota diante do contexto relatado, podemos inferir que a mesma coloca-se em uma posição de desobediência epistêmica (MIGNOLO, 2008), por meio de uma postura questionadora a estas hierarquias de saberes enrijecidas na clínica dentro do hospital, buscando construir tanto um espaço de fala para si mesma, quanto para outros profissionais das demais categorias também se colocarem para um fazer assistencial construído coletivamente, e não com as tomadas de decisão centralizadas somente nas mãos da classe médica.

Apesar de adotar esta postura, Nina relata que enfrenta muitos entraves para inserir-se nos espaços de fala e tomada de decisão, o que revela o quão enrijecidas são estas hierarquias e como determinadas culturas institucionais são extremamente arraigadas dentro desses espaços, em vista disto, é esperado que estas tentativas de desconstrução de modos coloniais de interação de trabalho, encontrem múltiplas resistências de diversas ordens, ora por parte dos trabalhadores de saúde, ou por questões técnicas que tange ao quadro clínico de um usuário por exemplo.

Na sequência temos o relato de Rosa traz um pontuação de suma importância para a análise destas relações interprofissionais na equipe multi, que é a diferenciação entre chefe e líder. Rosa explicita de forma tão clara essa diferenciação, que cada profissional de saúde que tiver contato com esta pesquisa,

consegue fazer rapidamente um exercício de reflexão em sua trajetória profissional, conseguindo examinar quais colegas de trabalho que são verdadeiros chefes e quais são líderes por excelência. Nas palavras de Rosa, o chefe diz muito de uma posição hierárquica que estabelece uma relação por vezes colonial com os outros profissionais, sendo assim, estas relações possuem pouco espaço para o diálogo interprofissional e intersubjetivo conseqüentemente para um modo de organização que não permite uma construção coletiva para a tomada de decisão sobre o usuário, onde provavelmente na tomada de decisão, a hegemonia de um saber específico é o que se faz presente. Por outro lado, Rosa diz que o líder mostra uma postura marcada pela decolonialidade, existe uma hierarquia sim, no sentido de uma responsabilidade de um profissional que responde tecnicamente por outros do serviço, mas não de uma hierarquia de alguém que coloca a si e o seu saber como superior aos demais, mas sim de um líder que se coloca como parte da equipe, como um alguém que se coloca ao lado de seus colegas de trabalho e não acima destes.

Rosa traz ainda mais um aspecto para análise com relação a diferenciação entre chefe e líder, que é a questão do etarismo e da formação profissional, isso quando ambas não surgem imbricadas. Rosa mostra no seu relato que esses fatores inferem na postura que profissional irá adotar dentro do serviço caso ele receba um cargo de chefia, mostrando que a formação profissional as vezes pode estar um pouco distante da realidade da prática profissional nos serviços. O que mostra também a necessidade de que os profissionais busquem uma formação continuada mesmo após anos de terminada a graduação. A análise desta fala de Rosa é delicada. Não desejamos aqui fortalecer um estereótipo de que profissionais mais velhos possuem uma postura de trabalho hierárquica e colonial, mas que nos atentemos principalmente ao fato de que a formação profissional de um trabalhador infere totalmente na postura que ele irá adotar nas relações com seus colegas de trabalho em equipe, sobretudo a se portar como um chefe ou um líder.

Posteriormente Dandara também traz uma situação que retrata a forma como lida com as hierarquias de saberes estabelecidas dentro do hospital psiquiátrico no qual trabalhou.

Assim ... eu tenho a fama de ser um pouco transgressora né...E aí se eu for fazer o saldo para mim foi um saldo positivo, considerando que os usuários precisavam né? Garantir o lugar de fala de escuta...E aí, o jeito era buscar um pouco os serviços que tem supervisão clínico - institucional. Em alguns

momentos é possível né? Fica mais permeável. Eu vejo que com o tempo que eu trabalhei lá no instituto...porque a hegemonia médica acha que sabe tudo, e mesmo quando ela não sabe ela não tem a humildade de reconhecer que não sabe! E isso cria uma barreira no cuidado, entretanto eu tive problemas, mas eu não me furtei dos problemas para seguir naquilo que eu acredito. Eu entendo que um cuidado potente é um cuidado empoderado! Um cuidado que é isso...botar o usuário com um protagonismo nesse cuidado né? E não a doença dele, não o saber médico hegemônico (Dandara,46 anos).

Para além dos marcadores de decolonialidade, Dandara trouxe-nos um relato de um trabalho interdisciplinar que busca garantir os direitos dos usuários da RAPS, a partir de uma postura profissional que luta contra violências institucionais direcionadas a estes usuários, tal como as diretrizes da política nacional de saúde mental estabelece como norteadoras ao cuidado que deve se realizado (Lei 10.216/01).

O cuidado é um cuidado integral e precisa passar todas as esferas né. Então acho que tinha muito isso... Às vezes tinha isso de: *"Ah tem que chamar a enfermeira para tomar a medicação!"* Então se você é a referência, você tem que também tá ali na mediação né. No hospital psiquiátrico, para mim assim... uma das coisas mais difíceis era com relação a eletroconvulsoterapia, ou a fala dos pacientes dizendo que não estavam se adaptando a medicação. Essas falas eram totalmente desconsideradas! Por muitas vezes a gente tava nessa mediação junto com outros profissionais. Então tinham casos do paciente estar fazendo eletroconvulsoterapia e não estava tomando medicação, dizendo que não estava se sentindo bem, mas ela falava conosco, então chamamos a médica e dissemos: *"Olha só, elas tem coisas a te dizer..."* Aí a médica conseguiu ouvi-lo e inclusive os suspendeu a eletroterapia e fez ajuste da medicação. Então esse exemplo, mas claro que tô te dando um evento exitoso mas outros momentos fica muito no: *"Eu sou médico e eu que sei!"*. E aí é tentar algumas argumentações, tentar também às vezes um outro médico que pode ser mais flexível né, conversar com o colega. A gente vai tentando mediar. Mas considerando sempre o que a pessoa tem a dizer... a pessoa que tá internada né. Que está no serviço, considerando sempre tentando valorizar a fala do paciente (Dandara, 46 anos).

Maya também nos traz uma experiência marcada pela decolonialidade, desta vez quando abordo outro tópico da entrevista, que são as relações interprofissionais no contexto da pandemia do covid-19. A pergunta disparadora que foi utilizada é a seguinte: *"No contexto atual de pandemia da COVID-19, como ficaram as relações entre os profissionais onde você trabalha? Houve mudanças? Quais?"*; a mesma traz no seu relato, ações realizadas junto a equipe multiprofissional de um trabalho coletivo realizado no hospital para auxiliar as equipes a lidar com o *stress* ocupacional advindos do cenário de pandemia.

Então assim teve situações de estresse, que a gente teve que sentar para conversar. Fizemos um grupo, passamos por cada setor para poder conversar e poder ouvir da equipe, o que que tava acontecendo, o que cada

um tava sentindo. E falando assim com as pessoas, que eu também estava com medo mas quero nosso trabalho. Para conversar, ouvir um pouquinho mais... E a gente passou a fazer esse grupo e conversar com as pessoas, ver o que a gente pode fazer, eu senti que a gente teve uma melhora. Hoje eu vejo que a equipe está mais segura, ainda tem o medo, mais a equipe tá mais segura antes! Você via muita gente chorando, achando que não ia aguentar. Hoje não! Eu vejo outro cenário, apesar da sobrecarga e tudo...É como se a gente tivesse mais seguro né, mais experiente ... já tá com 1 ano e pouco aí de pandemia (Maya, 51 anos).

O que foi possível observar nos discursos trazidos nessa categoria, foi o protagonismo de mulheres pretas em uma postura ético-política que confronta, luta contra as hierarquias de saberes e práticas profissionais cristalizadas sócio historicamente marcadas pela colonialidade em suas três dimensões: poder, saber e ser (QUIJANO, 2005), promovendo a articulação de redes de trabalho e redes de apoio interprofissionais que produzam uma práxis em saúde descolonizadora, que colocam todos os atores das equipes multiprofissionais como agentes do trabalho assistencial, a fim de promover um cuidado onde o usuário é visto como um ser político, de direitos, um sujeito integral e que deve ser o centro da ação para o qual as instituições de saúde devem se destinar, o cuidado!

CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou a importância de se problematizar a divisão sociosexual e racial do trabalho na saúde e suas implicações, como também a importância de mulheres pretas que se colocam na posição de desobediência epistêmica a hegemonia de saberes brancos e eurocêntricos. Através de uma postura ético-política que transgride manejos e práticas manicomializadas, colonializadas e verticalizadas no SUS, promovendo articulações e formações de redes de apoio entre os profissionais e articulações para a promoção de cuidado descolonializado, que prioriza e/humaniza o usuário em sua integralidade, que trabalha de forma interdisciplinar onde este usuário é o centro dessa assistência, e que fazem valer os princípios estruturantes do SUS como a integralidade e a equidade.

Esta pesquisa conseguiu atingir aos objetivos propostos, de forma que, o campo mostrou que as entrevistadas possuem percepções divergentes no que tange as hierarquias de saberes frente a hegemonia do saber médico, percepções estas que dependem de fatores tanto relacionados a subjetividade, a formação profissional pregressa destas trabalhadoras, como o cenário hospitalar que atuam, onde os resultados mostraram que a depender do serviço hospitalar, essas hierarquias são ausentes, ou continuam enrijecidas, ou em processo de desconstrução. Este ponto foi crucial para as análises, visto que, segundo os relatos coletados, observou-se que estas trabalhadoras, enquanto mulheres, negras, cidadãs, profissionais de saúde e tantas outras identidades sociais que as atravessam, são protagonistas no processo de desconstrução destas hierarquias estabelecidas nos cenários nos quais atuam.

Esta multiplicidade de identidades sociais que atravessam a estas mulheres, tornou o referencial teórico-metodológico dos feminismos interseccionais e decoloniais ainda mais importante como ferramenta, sobretudo para captar e analisar as discriminações\opressões interseccionais que vivenciam e\ou já tenham vivenciado. Algo que talvez não fosse possível de ser identificado\analisado, se a utilização desta ferramenta analítica não fosse presente.

Este estudo também mostrou que estas trabalhadoras apresentam uma grande sobrecarga de trabalho em suas vidas como um todo, provenientes do trabalho de cuidado, na esfera produtiva, exercendo a profissão de enfermagem, e

na esfera reprodutiva, no trabalho de cuidado dos seus familiares no interior dos seus lares. Algo que repercute diretamente na saúde destas mulheres de forma a dispor de menos tempo para as atividades de autocuidado, como o lazer, exames, consultas de rotina, realização de atividade física entre outros, o que corroboram com o que a literatura vem nos apontando ao longo dos anos com relação a perpetuação da exploração da mulher negra no que tange ao trabalho de cuidado. De forma que, apesar destas trabalhadoras atuarem na esfera de trabalho produtiva, terem uma certa independência econômica que conquistam a duras penas em sua maioria com mais de um vínculo empregatício, a reprodutiva ainda exerce grande influência na forma como organizam suas vidas cotidianas, na tentativa recorrente que atravessa a nós mulheres pretas, neste lugar social que nos foi designado como “mulas do mundo” de dar conta de tudo e de todos, onde neste “tudo e todos” nós nos colocamos por a última posição da lista de prioridades.

É fundamental também pontuar, que o contexto político, social e sanitário de escrita desta dissertação e coleta de dados, é marcado pela pandemia do covid-19, no qual a campanha de vacinação já estava em curso, e a maioria dos profissionais de saúde já estavam no mínimo com duas doses. Tratou-se de uma fase onde estas trabalhadoras relataram já ter vivido um intenso sofrimento emocional e psicológico com o trabalho de assistência nos hospitais, devido ao colapso do sistema público de saúde com os elevados índices de óbitos, internações e infecção pela covid-19, inclusive entre seus próprios colegas de trabalho.

Cenário no qual estas mulheres revelaram que demandou de uma série de readaptações por parte da equipe multiprofissional de saúde dos hospitais em que atuam, reverberando em múltiplos e distintos efeitos nas relações interprofissionais, como por exemplo, a formação de redes de trabalho mais horizontais entre os profissionais que precisaram unir-se para realizar o trabalho, redes de autocuidado entre os próprios profissionais com relação as medidas de prevenção a infecção pelo covid-19 em serviço, e também o enrijecimento da hegemonia do discurso médico na assistência hospitalar.

Na cena política e social da pandemia do covid-19, este período também foi marcado pela disputa de saberes-poderes onde houve uma presença muito forte de um movimento negacionista contra a ciência, e neste caso em específico as ciências da saúde, que estavam ligadas a um lugar de produção de um saber com relação a

prevenção, cuidado e reabilitação no que se refere ao ciclo de adoecimento da covid- 19.

E por fim, esta pesquisa mostrou a importância do desenvolvimento de pesquisas futuras com orientação decolonial, identificando, analisando e discutindo a necessidade de descolonização das mentes tanto dos profissionais de saúde, como de toda a estrutura institucional que envolvem os dispositivos assistenciais do SUS, como também visibilizar os movimentos de descolonização do cuidado, que já tem sido feitos nos espaços assistenciais dentro desse sistema, de forma que possam contribuir para uma formação profissional mais equitativa , integral e resolutiva dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. O que é interseccionalidade. Coleção Feminismos Plurais. RIBEIRO, J.(Org.) Pólen: São Paulo.2019

ALMEIDA, S. L. Racismo Estrutural. Coleção Feminismos Plurais. RIBEIRO, D. (Org.). Pólen: São Paulo, 2019

AMARANTE, P.; FREITAS, F. Medicalização e Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

ANDRADE, B.B. Angola, entre a dor e a cura: repensando a produção do conhecimento médico\ Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Universidade de Brasília, 2016.

ARAÚJO, Rita de Cássia Barbosa de. O voto de saias: a Constituinte de 1934 e a participação das mulheres na política. Estudos avançados, v. 17, p. 133-150, 2003.

AYRES, J. R. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS\ UERJ – ABRASCO. Coleção clássicos para a integralidade em saúde. 2009.

BAPTISTA, T, W.F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito a saúde. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. p. 29 – 60. 2007.

BENTO, M. A. Branqueamento e Branquitude no Brasil. IN.:CARONE, I ; M. A. ;BENTO, M.A. Psicologia Social do Racismo .Petrópolis: Vozes. p. 25 -57. 2014

BIANCONI, Giuliana et al. Sem parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia. São Paulo: Gênero e Número e SOF–Sempreviva Organização Feminista, 2020.

BOLETIM ECONÔMICO. 2020. Disponível em:
<<https://boletimeconomico.com.br/quais-os-10-paises-com-mais-impostos-no-mundo/>> Acesso em 1 abril 2021

BORGES, L.M.;SOARES, M.R.Z. A Formação do Psicólogo da Saúde. IN.: SEIDL, E.M.F.et. al. Psicologia da Saúde. Teorias, Conceitos e Práticas. Juruá Editora: Curitiba- Paraná. 2018

BORGES, T.M. B; DETONI, P.P. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. v. 20. n.2. p.145. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2017

_____. Ministério da Saúde. Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 10, 2015

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei nº 8080\1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 29 nov 2021.

_____. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei nº 8142\1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> Acesso em 29 nov 2021.

BORGEAUD-GARCIANDÍA, N. (Org.). El trabajo de cuidado. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2018

CAMPOS, P. F. S.; OGUISSO, T.. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. 6, p. 892-898, 2008.

CARNEIRO, S. A. A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser. Feusp, 2005. (Tese de doutorado)

COLLINS, P. H. Epistemologia feminista negra. IN: ____ Pensamento Feminista Negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento São Paulo: Boitempo. 2019.p. 401-432.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil 2015. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>> Acesso em 24 nov 2021

CENA DE CAMILA NA NOVELA “AMOR DE MÃE” – Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=zp9hFHgp5Y8&t=2s>> Acesso em 03 nov 2021

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista de estudos feministas. v. 10,n. 1, p. 177.2002

DAVIS, A. A potência de Sojourner Truth. 2018. Disponível em:<
<https://blogdaboitempo.com.br/2018/11/26/angela-davis-a-potencia-de-sojourner-truth/>> Acesso em 10 jan 2022.

_____. Mulheres, raça e classe. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016

FANON, F. Pele negra, máscaras brancas – Salvador: EDUFBA, 2008

FEDERICI, S. Teorizando e Politizando o Trabalho doméstico. IN.:_____.O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. 1. ed. São Paulo: Elefante, 2019. p. 40-135

FEDERICI, Silvia. Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e acumulação primitiva. Editora Elefante, 2019. B

FOUCAULT, M. Em Defesa da Sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. O Nascimento do Hospital. IN.:_____. Microfísica do Poder. Organização e tradução de Roberto Machado 8ª Ed.Rio de Janeiro: Graal, p. 59.1979

_____. O cuidado de si. IN.:_____. A história da sexualidade 3. Rio de Janeiro – Edições Graal.1985

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

DIÁZ-BENITÉZ, M. E; MATTOS, A. R. Interseccionalidade: zonas de problematização e questões metodológicas. IN.: SIQUEIRA, I. R et. al. (Orgs) Rio de Janeiro: Ed PUC – Rio, 2019. V.23

DIANGELO, R. Não basta ser racista sejamos antirracistas. Faro Editorial: São Paulo.2018

DICIONÁRIO ON-LINE. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/feminizacao/>> Acesso em 02 nov 2020

FERREIRA, L. O; SALLES, R.B.B. A origem social da *enfermeira padrão*: o recrutamento e a imagem pública da enfermeira no Brasil, 1920-1960. 2019. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/nuevomundo/77966>> Acesso em 4 abr 2021

GALVÃO, M. L. S et al. Memórias de saberes tradicionais no antigo quilombo cabula (Salvador– Bahia): Percursos entre narrativas de parto. Revista Encantar-Educação, Cultura e Sociedade, v. 1, n. 1, p. 28-43, 2019

GARCIA, Telma Ribeiro. Eugenia!: in hoc signo vinces-um aspecto do discurso sanitário da enfermagem, 1932 a 1938. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 46, n. 3-4, p. 189-198, 1993.

GÊNERO E NÚMERO. Maioria entre as informais, mulheres tem lugar central na renda emergencial. Disponível em: <<https://www.generonumero.media/mulheres-renda-emergencial/>> Acesso em 03 nov 2021

GELEDÉS. **Guia de enfrentamento do racismo institucional**. São Paulo: Geledés; Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea), 2013. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf> > Acesso 05 nov 2021

GONÇALVES, L. A. P. et al. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades-uma (não) agenda?. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 160-174, 2020.

GONZALÉS. L. Por um feminismo afro-latino-americano. *Caderno de Formação Política do Círculo Palmarino*.n. 1. 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/271077/mod_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf> Acesso em 7 dez 2021.

GONZALÉS. L..Racismo e sexismo na cultura Brasileira. Silva, Luiz Antonio. *Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos*. ANPOCS. Brasília, 1983.

GROSFOGUEL,R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Sociedade e Estado*, v. 31, p. 25-49, 2016.

HASENBALG C. A. Discursos sobre raça: pequena crônica de 1988. *Estudos Afrodisíacos*. Graal.:p. 187-195. n. 20.1991

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo I*. Petrópolis: Vozes, 1995.

HIRATA, H. O que mudou e o que permanece no panorama da desigualdade entre homens e mulheres? Divisão sexual do trabalho e relações de gênero numa perspectiva comparativa. In: LEONE, E.T.; KREIN, J. D.; TEIXEIRA, M. O. (org.). *Mundo do trabalho das mulheres: ampliar direitos e promover a igualdade*. Campinas, SP: Unicamp. IE. p. 143–173.Cesit, 2017.

HIRATA, H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Caderno crh*, v. 24, n. SPE1, p. 15-22, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792011000400002&script=sci_arttext&tIng=pt> Acesso em 4 abri 2021

HIRATA H, KERGOAT , D. Novas Configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*.n. 37. p. 595- 609. 2007

HEIDEGGER, M. Ser e tempo I. Petrópolis: Vozes, p. 263- 264. 1995

IMPOSTÔMETRO. 2019. Disponível em:

<<https://impostometro.com.br/Noticias/Interna?idNoticia=437> > Acesso em 1 abril 2021

YANNOULAS, S. C. Feminização ou feminilização?: apontamentos em torno de uma categoria. **Temporalis**, v. 11, n. 22, p. 271-292, 2011.

KILOMBA, Grada. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Editora Cobogó, 2020

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.1.2018

LANDER, E et al. (Ed.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas**. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales= Conselho Latino-americano de Ciências Sociais, 2005.

LUGONES, María. Colonialidad y género. Tabula rasa, n. 09, p. 73-101, 2008.

MARCINIK, G. G.; MATTOS, A. R. Movimentos feministas e relações raciais intragênero: entre a luta e a opressão. Revista Polis e Psique, v. 11, n. 1, p. 162-182, 2021.

MARTINS, P. H.; BENZAQUEN, J. F. Uma proposta de matriz metodológica para os estudos descoloniais. Revista Cadernos de Ciências Sociais da UFRPE, v. 2, n. 11, p. 10-31, 2017

MARCONDES, M. et. al. Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: IPEA, 2013.

MENEZES ,M.P. Epistemologias do Sul. Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 80, 2008. p. 5-10. Out. de 2008.

MBEMBE, A. Crítica da Razão Negra. São Paulo : N -1 Edições., p. 22. 2018

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate. Ano XXVII, v. 27, n. 65, 2003.

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 1997.

MIGNOLO, W. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. Cadernos de Letras da UFF–Dossiê: Literatura, língua e identidade, v. 34, p. 287-324, 2008.

NOGUEIRA, C. M.; PASSOS, R. G. A Divisão sociosexual e racial do trabalho no cenário de epidemia do covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. Caderno CRH, 33. 2021

POLITIZE. Você sabe o que é colorismo? 2019. Disponível em:
<https://www.politize.com.br/colorismo/> Acesso em 10 jan 2022.

POLITIZE. A conquista do direito ao voto feminino.2016.Disponível em:<
<https://www.politize.com.br/conquista-do-direito-ao-voto-feminino/>> Acesso em 03 nov 2021

POLÍTICA NACIONAL DE AMOSTRA POR DOMICÍLIOS – PNAD 2018. Observatório de desigualdades. Disponível em:<
<http://observatoriodesigualdades.fjp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim-8.pdf>> Acesso em 15 nov 2021

PORTAL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – BRASIL 2017 Disponível em :

<<https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depender-do-sus-se-autodeclaranegra/>> Acesso em : 24 de julho de 2019

PASSOS, R.G.. De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. O Social em Questão, v. 20, n. 38, p. 77-94, 2017

PASSOS, R. G. P. Trabalhadoras do *care* na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino. 2016. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016

PAIM, L et.al. Enfermería Brasileña: Herencia de Florence Nightingale en su concepción profesional. Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, n. 59, p. 42-50, 2021.

PAIM. J. O que é SUS? .: Editora Fiocruz;Rio de Janeiro :Coleção Temas em Saúde. 2009

PINTO, P. G. H. da R. O Estigma do Pecado: A lepra durante a Idade Média. Physis. Revista de Saúde Coletiva, vol. 5, nº1, p. 132-144. 1995.

POCHMANN, M. Tendências estruturais do mundo do trabalho no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 89-99, 2020

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade e modernidade / racionalidade. Estudos culturais , v. 21, n. 2-3, pág. 168-178, 2007.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. Buenos Aires: Clasco-Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005.

RESTREPO, E.; ROJAS, A. Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos. Colombia: Ed. Universidad del Cauca, Popayán. 2012

RIBEIRO, D. **Feminismo Negro para um novo marco civilizatório**. IN: _____. Quem tem medo do feminismo negro ? Companhia das Letras: São Paulo. p. 122-127. 2018.

RESENDE, V; RAMALHO, V.M. Análise de discurso (para a) crítica: O texto como material de pesquisa Coleção Linguagem e Sociedade Vol. 1 Campinas, SP: Pontes Editores, 2011.

SANTOS, D. S; DIAS, O. L. Saberes e pertencimentos espelhados: quando uma professora negra fala sobre feminismo negro. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 16, p. 13-22, 2019.

SALVADOR, E. As implicações do sistema tributário na desigualdade de renda. Brasília: INESC; OXFAM. p. 26. 2014

SCHEFFER, Mário et al. Demografia médica no Brasil 2018. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf)> Acesso em 10 nov 2020

SCHUCMAN, L. V; MARTINS, H. V. A psicologia e o discurso racial sobre o negro: do “objeto da ciência” ao sujeito político. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, n. SPE, p. 172-185, 2017.

SOUZA, E. R et al. Violência Estrutural e COVID-19. Rev Abrasco. GT Violência e Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtviolenciaesaude/2020/05/19/violencia-estrutural-e-covid-19/> Acesso em 06 dez 2021

THEODORO, M. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. IN: _____. (Org.) As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA. p. 15- 44. 2008.

TONIAL, F. A. L.; MAHEIRIE, K. ; GARCIA JR, C. A. S. A resistência à colonialidade. Revista de Psicologia da UNESP, v. 16, n. 1, p. 18-26, 2017.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade, v. 25, p. 535-549, 2016.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Como você chegou ao trabalho que você faz hoje?
2. Você tem dificuldade de conciliar o trabalho com outras atividades da sua vida? Se sim, quais atividades e por quê.
3. Você acredita que exista uma hierarquia de saberes dentro da equipe multiprofissional de saúde? Se sim, como você lida com essa hierarquia?
4. E dentro da enfermagem?
5. Você acredita que a palavra de alguma categoria profissional tem maior peso do que a dos outros profissionais da saúde? Se sim, qual?
6. No contexto atual de pandemia da covid-19, como você enxerga que ficaram as relações entre os profissionais na dinâmica de trabalho?
7. Você já vivenciou alguma situação de preconceito/ discriminação racial no seu trabalho? (Tanto por parte do usuário/ família, ou por algum outro profissional) Se sim, como lidou com isso?
8. Você acha que dentro da equipe multiprofissional, determinadas categorias são mais ocupadas por mulheres ou homens? E por negros e brancos?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidada a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulada: **“VOZES DE ENFERMEIRAS NEGRAS NA ENCRUZILHADA DAS HIERARQUIAS DE SABERES E RELAÇÕES RACIAIS NA SAÚDE”** conduzida pela pesquisadora Paolla Pinheiro Mathias. Pesquisa na qual obteve aprovação no respectivo Comitê de Ética para o qual foi enviado, com o número de parecer: CAAE: 42542421.0.0000.5282.

Este estudo tem por objetivo geral analisar por meio da pesquisa qualitativa com viés metodológico interseccional, a percepção de mulheres que se autodeclaram negras e sejam profissionais de enfermagem de nível técnico, médio e superior e que atuam em unidades hospitalares do SUS no Estado do Rio de Janeiro, a respeito das hierarquias de saberes na assistência frente à hegemonia do discurso médico. Como objetivos específicos, analisar a percepção dessas profissionais com relação a três principais aspectos: 1. As hierarquias de saberes e poderes dentro das equipes multiprofissionais de saúde atualmente; E dentro própria categoria da enfermagem, considerando a clivagem interna dentro da profissão (trabalhadores de nível médio/técnico e nível superior); 2. Como estas hierarquias de saberes e poderes operam a partir de uma perspectiva racial; 3. Como as hierarquias de saberes dentro da dinâmica do trabalho em saúde se manifestam no trabalho atualmente na pandemia do covid- 19.

Você foi convidada para este estudo por estar consoante aos critérios de inclusão da pesquisa, previamente estabelecidos Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os riscos de participação desta pesquisa são mínimos, como constrangimento ao revelar informações que tangem a sua atuação profissional e/ou cotidiano de trabalho. Com isto, é importante informar a você participante, que a confidencialidade da sua identidade será garantida. Havendo algum dano

decorrente da pesquisa, você, participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19);

Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativo-descritiva, onde serão entrevistadas mulheres que pertençam a categoria profissional da enfermagem, que se autodeclaram negras, que estejam atuando na assistência no SUS em unidades hospitalares do município do Rio de Janeiro. Como proposta para a coleta de dados a técnica de amostragem da “bola de neve” ou *Snowball sampling*, na qual realiza cadeias de referências entre os sujeitos entrevistados.

Considerando o cenário de pandemia do novo covid-19 e as necessidades de proteção/prevenção com o distanciamento social, a princípio, as entrevistas serão realizadas de forma remota pelo google meeting, hangout, e/ou outros aplicativos para realização de videoconferência. As entrevistas serão gravadas com a finalidade somente de uma posterior transcrição e análise dos dados na fase seguinte à coleta. Como forma de instrumentalizar a análise dos dados coletados, imagens que serão realizadas para este fim.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados os nomes das participantes, visando assegurar o sigilo de sua participação e a da sua identidade. Eu Paolla Pinheiro Mathias, como pesquisadora responsável, comprometo-me a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e as instituições nas quais atuam profissionalmente. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Paolla Pinheiro Mathias, psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Contatos: psipaolla.ufrj@gmail.com; Telefone: (21)9953-57209. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o

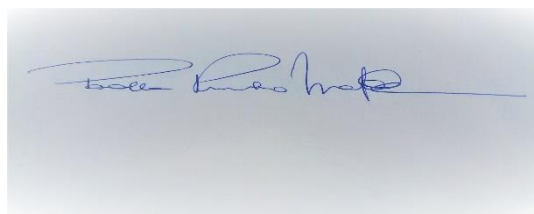
pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: coep@sr2.uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome do(a) participante: _____.

Assinatura: _____.

Nome do(a) pesquisador: Paolla Pinheiro Mathias



Assinatura: