

ENSINO, SAÚDE E AMBIENTE

**“Eu tenho a fama de ser um pouco transgressora!”:
perspectivas interseccionais de enfermeiras negras***“I’m famous for being a little transgressive!”: intersectional
perspectives of black nurses***Paolla Pinheiro Mathias;**  ^I **Amana Rocha Mattos**  ^{II} *^I Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil**Palavras-chave:**psicologia social; divisão
sociosexual e racial do
trabalho;
interseccionalidade;
decolonialidade.**Resumo:** Este estudo utilizou o referencial teórico-metodológico dos feminismos interseccionais, concebendo a necessidade de problematizar as discriminações e opressões de gênero, raça, classe, formação profissional e outras, como fenômenos do campo da psicologia social. O objetivo deste trabalho foi analisar a percepção de enfermeiras que se autodeclararam negras 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 do Estado do Rio de Janeiro desde março de 2020 até o momento da realização do campo. Os resultados foram divididos em duas categorias analíticas: 1. “O Médico é o semideus!” e o “Doutor sem doutorado!”; 2. Hierarquias de saberes-poderes e relações raciais na saúde. Os resultados mostraram que, segundo a percepção das mesmas, a categoria médica ainda exerce uma hegemonia discursiva, principalmente em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. 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 às estruturas racistas e sexistas. A pesquisa mostrou a necessidade de se problematizar a divisão sociosexual e racial do trabalho na saúde e suas implicações, de reconhecer o protagonismo das mulheres negras nas pesquisas, e também a importância da atuação destas mulheres no cuidado em saúde no SUS.**Keywords:**social psychology;
sociosexual and racial
division of labor;
intersectionality;
decoloniality.**Abstract:** This study used the theoretical-methodological framework of intersectional and decolonial feminisms, conceiving the need to problematize discrimination/oppression of gender, race, class, professional training and others, as phenomena in the field of social psychology. The objective of this study was to analyze the perception of self-declared black nurses regarding the hierarchies of knowledge and power in health care work. Seven nursing professionals who work/have worked in hospital units of the SUS in the State of Rio de Janeiro from March 2020 to the moment of the fieldwork were interviewed. The results were divided into two analytical categories: 1. “The Doctor is the demigod!” and the “Doctor without a doctorate!”; 2. Knowledge-power hierarchies and racial relations in health. The results showed that according to their perception, the medical category still exerts a discursive hegemony mainly in general hospitals and psychiatric hospitals. Nurses who hold a managerial/leadership position reported experiences of discrimination linked to gender, race, professional class, among others, and that they react to these through a posture of confrontation and fight against racist and sexist structures. It was concluded that the research shows the importance of questioning the socio-sexual and racial division of work in health and its implications, of acknowledging the protagonism to black women in research, and also the importance of the role of these women within health care in the SUS.

* Endereço para correspondência: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia. Campus Maracanã, Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 10º andar, blocos B, D, E e F. Maracanã. Rio de Janeiro, RJ – Brasil. CEP: 20550-103. E-mail: psipaolla.ufrj@gmail.com, amanamattos@gmail.com



Introdução

A psicologia como campo político, prático e epistemológico foi, desde a sua institucionalização como profissão, conivente com a matriz moderna cisheteropatriarcal, racista, classista, elitista e reprodutora de discursos norte-eurocêntricos acerca de “verdades científicas” absolutas. Como forma de desobediência epistêmica, como assinala Walter Mignolo (2008), e de posicionamento ético-político das autoras¹ como cidadãs, psicólogas, pesquisadoras e que compartilham a identidade de gênero, elegemos a interseccionalidade como ferramenta analítico-metodológica para este estudo. Além disso, também se faz presente na motivação para a realização do estudo a solidariedade política (Akotirene, 2019, p. 27) a mulheres negras trabalhadoras da saúde, ocupantes da categoria profissional da enfermagem que atuam em unidades hospitalares no estado do Rio de Janeiro.

As mulheres negras no Brasil são protagonistas nas funções de trabalho que realizam o cuidado reprodutivo e produtivo na economia capitalista, sobretudo no setor de serviços – o mais precarizado nas condições de trabalho, direitos trabalhistas e também o mais mal remunerado (Hirata; Kergoat, 2007). As mulheres negras ocupam as profissões ligadas diretamente ao cuidado da limpeza urbana, das casas das famílias de classe média e alta, nos serviços de educação e assistenciais de saúde.

Neste cenário, existe um elevado quantitativo de mulheres negras que realizam o trabalho de cuidado assistencial dentro das instituições de saúde no SUS, principalmente nos dispositivos hospitalares. Em sua maioria, as protagonistas desse cuidado são as profissionais da enfermagem, sobretudo as técnicas e auxiliares, lidando com a manipulação dos corpos dos usuários, realizando o trabalho de cuidado contínuo junto aos leitos (Cofen; Fiocruz, 2015).

Neste estudo, trazemos 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 uma hegemonia discursiva (Lombardi; Campos, 2018). As hierarquias de saberes profissionais funcionam como dinâmicas relacionais, nas quais encontram-se imbricados aspectos da formação sociocultural brasileira que interferem nas relações de trabalho. Nesse sentido, esta pesquisa dedicou-se a analisar a percepção de enfermeiras negras no que tange às relações raciais postas nas micropolíticas do trabalho em saúde (Merhy, 1997), partindo-se do pressuposto de 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

¹ Pesquisadora negra (primeira autora); pesquisadora branca (segunda autora). O respectivo estudo é resultado de uma dissertação de mestrado da primeira autora, orientado pela segunda. O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

humana (González, 1984; Almeida, 2019), dentre eles o trabalho, e nesse caso em específico, o trabalho de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Entende-se o trabalho em saúde como um trabalho vivo, que se dá em ato no encontro com o outro, seja esse outro parte da equipe multiprofissional ou os usuários dos serviços, tratando-se de um trabalho que necessita de que os sujeitos envolvidos realizem constantemente uma série de reconfigurações dos seus manejos, estratégias e adaptações para lidar com as demandas do serviço e da instituição. Este trabalho vivo é todo o tempo relacional, e nas relações intersubjetivas de trabalho lida-se com crenças e valores socioculturais oriundos do contexto cultural de diferentes grupos étnico-raciais, de classes e gêneros distintos a que pertencem os profissionais de saúde e usuários dos serviços (Merhy; Franco, 2003).

Feminização e Racialização do Trabalho de Cuidado

O processo de feminização do trabalho encontra-se ligado à naturalização da função de cuidado imposta ao gênero feminino, que tem como origens as construções socioculturais dos lugares e funções sociais fixos designados a homens e mulheres, em uma sociedade estruturada pelos sistemas de opressão/discriminação do patriarcado, sexismo, racismo e cisheteronormatividade. Um dos efeitos dessa organização social concretiza-se no perfil das trabalhadoras que ocupam majoritariamente os postos destinados à realização do trabalho de cuidado ligado à assistência. Trata-se de profissões que sofrem um processo de precarização, tanto no que tange às condições de trabalho e remuneração salarial quanto aos vínculos empregatícios estabelecidos.

Ocorre uma generificação de papéis baseada no que é construído socialmente a respeito dos gêneros, articulada aos sistemas de opressão, supervalorizando atividades laborais entendidas como “masculinas” e precarizando atividades ditas “femininas” (Hirata; Kergoat, 2007). Dessa forma, o trabalho de cuidado como função social atribuído às mulheres no ambiente privado, como o cuidado dos filhos, marido, higienização, cuidado dos doentes etc. (Yannoulas, 2011), foi transposto para o espaço público na atividade laboral, recebendo menor remuneração econômica do que funções entendidas como “masculinas” (Borges; Detoni, 2017).

Com base nessa divisão generificada de papéis laborais de homens e mulheres, constrói-se o conceito de divisão sexual do trabalho (Hirata; Kergoat, 2007). As autoras definem que esta divisão se alicerça em dois princípios: o primeiro, o princípio da separação: trabalho que deve ser realizado por homens e trabalho que deve ser realizado por mulheres; e o segundo, o princípio hierárquico, em que o trabalho realizado por homens possui maior “valor” (nos sentidos econômico e social) do que o trabalho realizado por mulheres (Hirata; Kergoat, 2007).

Diante disto, considera-se a divisão sexual do trabalho na saúde como algo enraizado na sociedade, já que as concepções normativas de gênero emergem nos contextos relacionais, onde também é necessário chamar atenção para a racialização do trabalho de cuidado. A literatura aponta a divisão sexual, mas não dá destaque à dimensão racial, ou melhor, esta é por vezes invisibilizada e/ou desconsiderada, algo que Passos (2016, 2017) e Nogueira e Passos (2020) vêm apontando e que, neste trabalho, retomamos.

Gonzalez (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 com outros marcadores sociais, para que não escapem as múltiplas e sobrepostas opressões/discriminações que as trabalhadoras negras vivenciam cotidianamente e sistematicamente. Perder essa perspectiva culminaria em retroalimentar o silenciamento da dimensão racial, das hierarquias de saberes que relacionam-se aos níveis de instrução e dos multiculturalismos.

Portanto, a necessidade de se interseccionar raça e gênero a outros marcadores na divisão sexual do trabalho requer a ampliação da nomeação do conceito para a divisão sociossexual e racial do trabalho na saúde (Nogueira; Passos, 2020; Passos, 2017), sobretudo dando enfoque ao trabalho de cuidado na saúde realizado por trabalhadoras negras.

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 se deu acompanhada do processo de medicalização do hospital. Como não havia um sistema de saúde organizado e unificado em todo o território nacional, as ações eram pontuais e dirigidas a territórios específicos. Antes do processo de medicalização do hospital, as ações de saúde se davam essencialmente em instituições asilares, destinadas ao cuidado dos marginalizados pela sociedade, distintamente da configuração dos hospitais tal qual temos hoje no nosso país (Freitas; Amarante, 2017).

No período anterior à medicalização dos hospitais, essas instituições eram administradas pela Igreja Católica, que detinha grande poder econômico-financeiro e sociocultural sobre estas instituições, das quais os religiosos eram os principais administradores. A profissionalização da enfermagem no Brasil caracterizou-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 importantes eixos para as ações econômicas do Estado.

O início do processo de profissionalização e institucionalização da enfermagem 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, resultou na criação da Escola de Enfermeiras do DNSP, com o padrão pedagógico de Florence Nightingale. Atualmente, essa 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, com ideias positivistas e das pseudociências eugênicas que estavam em grande disseminação na Europa (Ferreira; Salles, 2019).

Com a profissionalização da enfermagem, houve também a feminização do trabalho de cuidado na esfera do trabalho remunerado, acompanhada de uma elitização da prática profissional, para a qual os sujeitos elegíveis para ingresso na Escola de Enfermagem do DNSP eram mulheres brancas, de classe média-alta e escolarizadas. Mulheres que, em sua maioria, eram pertencentes a famílias de grande poder econômico e político nas principais cidades brasileiras, como afirmam Ferreira e Salles (2019).

A feminização da profissão trouxe consigo um movimento não só de desenvolvimento de uma categoria profissional aliada a uma feminização do trabalho de cuidado, transplantado da esfera reprodutiva para a produtiva, mas também abriu espaço para a ocupação de mulheres tanto na práxis assistencial quanto no ingresso nas instituições de ensino superior. 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. Já se delineava um perfil sociocultural e racial de mulheres que seriam consideradas aptas a exercer profissionalmente a enfermagem.

Os estudos que nos inspiram neste trabalho 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). Com isso, as contribuições dos autores citados anteriormente nos mostram que o trabalho de cuidado (reprodutivo e produtivo) era baseado em uma concepção de trabalho realizado por 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.

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. As que apresentavam todas essas características eram as mulheres das elites cariocas e paulista (Ferreira; Salles, 2019).

Tal formação configurava uma possibilidade de profissionalização, uma promessa de boa remuneração salarial, *status* social e de boas oportunidades no mercado de trabalho. A socialização da enfermeira profissional passou a disseminar a adesão a determinados valores, regras, hierarquias e símbolos que foram sendo associados à profissão: nacionalismo, abnegação religiosidade e feminilidade (Ferreira; Salles, 2019).

O compromisso em disseminar tais valores ideológicos da enfermagem convergiam com os interesses econômicos do Estado brasileiro, de manutenção de uma hierarquia racial e sociosexual, mas, apesar do déficit de mulheres que corresponderiam ao perfil desejado pela Escola de Enfermagem do DNSP (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, bem como na cientificação da enfermagem, as origens sócio históricas e culturais do trabalho de cuidado continuavam em voga, onde os valores da ideologia cristã sob o papel social de cuidado designado às mulheres ainda exercia 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 (Borges; Detoni, 2017; Ferreira; Salles, 2019).

Trata-se de construtos sobre a identidade da “enfermeira padrão” que estavam totalmente influenciados pelos princípios ideológicos familistas e patriarcais, visto que estas eram convocadas à profissionalização para serem auxiliares nos trabalhos dos médicos, profissão esta que na época era exercida majoritariamente por homens, brancos, burgueses, filhos de aristocratas, fazendeiros, sujeitos da elite do Rio de Janeiro e São Paulo. Ou seja, estas mulheres eram convocadas a um trabalho de cuidado em que deveriam se submeter à “autoridade médica” já estabelecida.

A expansão numérica e democratização da categoria foi duramente afetada pela manutenção do perfil sociorracial de mulheres para ingressarem na escola de enfermagem. Conforme Ferreira e Salles (2019), essa era uma diretriz institucional da principal escola de enfermagem do país, ainda que velada, assim como o racismo à brasileira. Os autores trazem um episódio, bastante emblemático, para 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, p. 36)

No processo de institucionalização da enfermagem, claramente orientado por políticas ideológicas elitistas e racistas, a inserção de mulheres brancas e negras foi muito distinta. Às mulheres brancas foram destinados os vínculos empregatícios formais, remuneração salarial, *status* e reconhecimento social da profissão, já às mulheres negras, a subalternidade, a informalidade no trabalho de cuidado, os postos de trabalho devolutos, sua desqualificação e invalidação para o trabalho de cuidado e para a produção epistemológica.

De fato, esse processo repercutiu em décadas de exclusão das mulheres negras da oportunidade de profissionalização e de mobilidade social, visto que elas já exerciam este trabalho no período anterior à institucionalização da enfermagem no Brasil (Campos; Oguisso, 2008). Além desse aspecto, os autores destacam que este processo de exclusão das trabalhadoras negras sofreu influências das construções narrativas sobre a subjetividade negra, provenientes das representações sociais da mulher negra na sociedade da época, como moralmente desqualificadas, impróprias para o trabalho remunerado e desqualificadas para auxiliarem no processo de desenvolvimento científico da enfermagem brasileira.

Tratar brevemente do processo de institucionalização e profissionalização da enfermagem no Brasil é fundamental para justificar nossa escolha por mulheres negras profissionais da enfermagem como sujeitas desta pesquisa. A 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, traz dados que auxiliam a compreensão do perfil sociosexual e racial da categoria, considerando-se a clivagem interna da profissão, divididos entre profissionais de formação médio/técnico (técnicos e auxiliares de enfermagem) e profissionais de ensino superior (enfermeiros): as mulheres representam 84,7% entre os auxiliares e técnicos de enfermagem e os homens 14,7%. Já entre os profissionais de ensino superior, as mulheres são 85,2% e os homens 13,4%. Destrinchando estes dados por meio de uma perspectiva racial, a pesquisa nos diz que, entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, 44,5% se autodeclaram pardos, 12,5 % pretos, 37,6% brancos, 1,8% amarelos e 0,6 % indígenas. Portanto, com estes resultados, concluímos que 57% dos profissionais destes profissionais são negros, segundo a classificação do IBGE (2016), que considera população negra a soma dos indivíduos que se autodeclaram pretos e pardos.

Com relação aos enfermeiros de nível superior, já observamos uma diminuição no percentual de negros, considerando-se os inúmeros aspectos socioeconômicos e culturais que se configuram como barreiras para que a população negra acesse e consiga manter-se no ensino superior, tanto na rede privada quanto nas universidades públicas. O maior percentual é de 57%

de profissionais que se autodeclararam brancos, 31,3% pardos, 6,6% pretos, 2,5% amarelos e 0,3% indígenas.

Esses dados explicitam o branqueamento do perfil da enfermagem na medida em que ocorre uma ascensão social no que tange ao acesso e permanência no nível superior, que se relacionam não só a aumento de remuneração salarial, mas também à execução de tarefas em serviço e à divisão de responsabilidades/execução de tarefas que têm no seu pano de fundo a racialização das posições dentro da categoria, expressando-se 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, 2018, p. 33).

Com base no Decreto N° 94.406/87 (Brasil, 1987), que regulamenta a Lei 7.498 (Brasil, 1986) 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 o 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 a participação em programas de higiene e segurança do trabalho, além, obviamente, de assistência de enfermagem.

E ao profissional de enfermagem de nível superior cabe 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.

No que tange a esta divisão, 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, estes cuidados são atividades de menor reconhecimento social e econômico, tais como a alimentação e higienização do paciente com o banho.

Esses trabalhos são vistos como que não demandando qualificação, subalternos e, por isso, são designados sobretudo a mulheres negras, visto que conforme os dados explicitados anteriormente sobre a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (COFEN; FIOCRUZ, 2015), são as mulheres negras a composição majoritária entre os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Percurso Metodológico

A pesquisa por nós realizada trata-se de um estudo qualitativo-descritivo, com abordagem teórico-metodológica a interseccionalidade² (Akotirene, 2019; Crenshaw, 2002). Para a construção do campo de pesquisa, utilizamos o conceito de Pesquisa entre Pares, de Grada Kilomba (2019), como norteador da construção conjunta deste campo entre a primeira autora e as entrevistadas. Tal conceito refere-se a uma metodologia de pesquisa que se destina à coprodução de um ambiente racial onde rejeita-se um distanciamento social, emocional e político das entrevistadas, posição na qual as mesmas não são concebidas como meros “objetos da pesquisa”. Assim, a pesquisa assumiu 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).

Em julho de 2021, mediante a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi iniciada a coleta de dados no campo. A metodologia de captação de profissionais usada foi a técnica de *snowball* (técnica da bola de neve), que trabalha com cadeias de referências feitas entre os sujeitos entrevistados. Para dar início à cadeia, foram contactadas duas profissionais da rede da primeira autora, para que estas pudessem indicar outras profissionais da enfermagem que também se autodeclarassem negras e atuassem em unidades hospitalares no estado do Rio de Janeiro e, desta forma, deu-se início à construção das cadeias de referências.

No primeiro contato com as enfermeiras feito via *WhatsApp*, foi apresentando o título da pesquisa, que já dava notícias às entrevistadas de que a respectiva pesquisa abordaria uma discussão a respeito de relações raciais. Neste primeiro contato também lhes foi perguntado se era possível a realização das entrevistas on-line por meio do programa *Zoom*, e tendo aceito o convite, era realizado o convite formal por e-mail, com o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para que assinassem. Como instrumento de coleta de dados, foi organizado um questionário de entrevista semiestruturado, para ser utilizado nas entrevistas via *Zoom* com as entrevistadas.

² A interseccionalidade é uma ferramenta analítico e metodológica inicialmente desenvolvida 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. Crenshaw desejava problematizar a existência do patriarcado como um sistema de exploração/exclusão/discriminação de mulheres, no qual essas ficam sujeitas à discriminação por gênero, mas também a outros fatores relacionados a suas identidades sociais, como: classe, raça/cor, etnia, religião, origem nacional, orientação sexual etc.

No total, foram entrevistadas sete profissionais³: 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.

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

³ Os nomes fictícios utilizados são uma homenagem a mulheres negras de destaque na história do Brasil e Estados Unidos da América: Dandara dos Palmares, Carolina Maria de Jesus, Aretha Franklin, Nina Simone, Rosa Parks e Maya Angelou.

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 atuação no SUS	20 anos	< 10 anos	<10 anos	<10 anos	<10anos	6anos	<10anos

Fonte: Banco de Dados 2021

Com a finalidade de sistematização dos resultados, foram construídas categorias analíticas para análise dos discursos das entrevistadas, utilizando-se a Análise do Discurso Crítica – ADC, uma abordagem científica interdisciplinar em que o campo de investigação é o discurso, o qual nunca surge de forma isolada e descontextualizada, tratando-se de uma prática social heterogênea, instável e aberta (Resende; Ramalho *apud* Andrade, 2011). Nesse sentido, Resende e Ramalho (*apud* Andrade, 2011, p. 13) trazem uma dimensão que foi muito cara à metodologia deste trabalho, a de conceber a linguagem como um recurso capaz de ser usado tanto para estabelecer e sustentar relações de dominação, quanto para contestar e contribuir para a superação de tais problemas.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi analisar a percepção de enfermeiras (auxiliares, técnicas e enfermeiras de nível superior) que se autodeclaram negras com relação às hierarquias de saberes e poderes no trabalho de cuidado na saúde, problematizando estas percepções através da perspectiva interseccional. Os resultados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas foram organizados em duas categorias: Categoria 1. “O Médico é o

semideus!” e o “Doutor sem doutorado!” e Categoria 2. Hierarquias de saberes-poderes e relações raciais na saúde.

Resultados e Discussão

Categoria 1. “O Médico é o semideus!” e o “Doutor sem doutorado!”

A maioria das entrevistadas relatou haver hierarquias de saberes na equipe multiprofissional e que existe uma hegemonia do saber médico. A fala a seguir é de Aretha, uma profissional que atuava em hospital psiquiátrico e que trouxe algumas especificidades do campo da saúde mental, relatando não só a existência destas hierarquias, mas também a hegemonia do saber médico:

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 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 teria um lugar diferenciado na equipe. A entrevistada Marielle faz uma fala na mesma direção:

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 hierarquia 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 (...)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! (Marielle, 53 anos).

Nina é uma profissional que atua em duas instituições hospitalares distintas, um hospital federal e um hospital da polícia militar, e 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, estão hierarquicamente abaixo dos oficiais. Ela conta que existem as duas modalidades de hierarquias no hospital militar: a

hierarquia relacionada às patentes e as hierarquias de saberes relacionada à hegemonia da medicina. Além disso, Nina relata que as hierarquias de saberes também estão presentes no hospital federal onde trabalha.

Bom... eu 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 é a classe médica. Ela quer ter um domínio sobre as decisões a respeito do paciente (Nina, 44 anos).

Carolina e Rosa, por sua vez, afirmaram que não existem hierarquias de saberes:

Eu percebo mais ou menos [...] eu acho que hoje em dia não é tanto como 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 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).

Carolina acrescenta que essa diferenciação se deve ao fato de atuar em um hospital-escola, com 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 em relação a outros serviços, que é a interdisciplinaridade, e os profissionais que ali atuam estão em processo de educação permanente, o que traz repercussões diretas para o trabalho assistencial e para as relações interprofissionais entre as equipes.

No 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 [...] 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 [...] Mesmo eu sendo técnica, eu tenho autonomia entre aspas para chegar a conversar com eles [...] (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 RAPS⁴, no hospital psiquiátrico e em um CAPS⁵, e afirma que não apenas nos serviços onde atua, mas também nos dispositivos da RAPS, a horizontalidade e a interdisciplinaridade da assistência são mais presentes. Quando perguntada sobre qual seria a razão disso, 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 afirma, assim como as outras entrevistadas, 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 [...] Estava grave e precisava entrar com inotrópico, o 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).

Maya, que também atua na rede de saúde mental, demarca a diferenciação das relações interprofissionais nos dispositivos dessa rede em comparação com hospitais que não pertencem à 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 à hegemonia do discurso médico em serviços assistenciais que não sejam dentro da RAPS, sinalizando que este fator é uma das dificuldades de trabalho encontradas por estas profissionais cotidianamente para exercerem sua função nestes dispositivos.

Isto não quer dizer que dentro dos dispositivos da RAPS e nos hospitais psiquiátricos nos quais atuam o trabalho não seja baseado em uma clínica, e sim que esta diferenciação de

⁴ Rede de Atenção Psicossocial – RAPS;

⁵ Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, serviço no qual faz parte da RAPS e é o articulador do cuidado do usuário pela RAPS;

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 um corpo esvaziado de subjetividade, onde o profissional em sua posição de saber-poder impõe a este usuário uma certa disciplinarização em prol de uma adequação a um padrão de normalidade.

Categoria 2. Hierarquias de Saberes-poderes e Relações Raciais na Saúde

Como explicitado anteriormente por meio dos relatos das entrevistadas, existe uma hierarquia de saberes dentro da enfermagem alicerçada na divisão técnica do trabalho que baliza esta categoria com base no Decreto nº 94.406 (Brasil, 1987), Lei 7.498 (Brasil, 1986) que regulamenta o exercício profissional da enfermagem e outras demais legislações destinadas a esta categoria. Os respectivos documentos estabelecem diferenciações de competências e responsabilidades, 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.

Explicitando-se isso, para fins de compreensão da sistematização do trabalho da enfermagem, trazemos 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).

Foi perguntado a Aretha se ela acreditava que os outros profissionais e usuários dos serviços duvidavam da sua posição de chefia e ela respondeu: “*Sim! Achem que uma mulher negra no hospital 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 às 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).

Outro ponto que o relato de Aretha nos mostra é como esse racismo no cotidiano das relações por vezes manifesta-se tão velado, tão diluído em “formas de elogio”, que impede o próprio sujeito de refletir criticamente sobre a violência racial, dada também a grande naturalização das violências que o racismo produz. Assim como Aretha, Maya traz uma experiência de discriminação racial semelhante, onde temos discriminações entrecruzadas pelo marcador racial, de 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.⁶ 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)

Maya acrescenta a intolerância de pessoas racistas a serem lideradas por uma mulher negra, situações que interseccionam -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 em que 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)

As situações relatadas por Aretha e Maya materializam as formas de expressão de discriminações e opressões interseccionais, onde um marcador social não aparece de forma proeminente em relação aos outros, mas coexiste com outros marcadores, tais como sexualidade e classe profissional, quando estas duas profissionais ocupam cargos de chefia e/ou liderança no hospital em que atuam (Akotirene, 2019; Crenshaw, 2002).

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, conseqüentemente, podem ocupar posições de poder.

As experiências trazidas por Aretha e Maya nos remetem ao lugar de “Outridade” que é designado a todas as mulheres racializadas, no qual Kilomba (2019) elenca alguns dos estereótipos racistas que são projetados pelo sujeito branco com relação à(s) subjetividade(s) da

⁶ Responsável Técnica - RT

mulher preta, dentre eles a “outra” indesejada, a “outra” intrusa, a “outra” passional e a “outra” violenta. Estereótipos que fixam mulheres negras em lugares subjetivos, que limitam as posições sociais que a sociedade machista, cisheteropatriarcal, classista e colonialista lhes 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).

Tomando as palavras de Kilomba e as experiências trazidas por estas profissionais, indagamos 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 nesse outro, trazido na alegoria de Kilomba (2019, p. 34), ao qual lhe era imposto o uso da 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 sua condição de igualdade e intelectualidade ao sujeito branco para ocupar, assim como ele, posições de poder, de liderança, de produção discursiva. 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 às mulheres negras, cultura que se materializa também no âmbito do trabalho, assim como nos exemplificam Aretha e Maya, ao trazerem suas experiências.

Fazendo um diálogo entre Grada Kilomba e Sueli Carneiro, é importante lembrar que esse lugar de “duplo outro” da mulher preta tem íntimas aproximações com o que Carneiro (2005) afirma sobre as 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 as coloca como sujeitas incapazes intelectualmente de exercerem as atividades que foram postas como propriedade exclusiva do homem branco cisheteronormativo.

Considerações Finais

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 à hegemonia de saberes brancos e eurocêntricos. Por meio de uma postura ético-política que transgredir manejos e práticas manicomializadas, colonializadas e verticalizadas no SUS, promovendo a formação de redes de apoio entre os profissionais e articulações para a promoção de cuidado descolonializado, o qual vise uma assistência que concebe o usuário em sua integralidade, trabalhando de forma

interdisciplinar. E dessa forma, fazendo valer os princípios estruturantes do SUS como a integralidade e a equidade.

As entrevistadas possuem percepções divergentes no que tange as hierarquias de saberes frente à hegemonia do saber médico, percepções estas que dependem de fatores tanto relacionados à subjetividade, à formação profissional pregressa destas trabalhadoras, quanto ao cenário hospitalar em que atuam. Os resultados mostraram que, a depender do serviço hospitalar, essas hierarquias estão ausentes, continuam enrijecidas, ou estão 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 estas mulheres tornou o referencial teórico-metodológico dos feminismos interseccionais ainda mais importante como ferramenta, sobretudo para captar e analisar as discriminações e opressões interseccionais que vivenciam e/ou já tenham vivenciado. Algo que talvez não seria possível de ser identificado e analisado se a utilização desta ferramenta analítica não fosse feita.

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 e práticas tanto dos profissionais de saúde quanto de toda a estrutura institucional que envolve os dispositivos assistenciais do SUS, bem como visibilizar os movimentos de descolonização do cuidado, que já têm 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.

Sobre as autoras

Paolla Pinheiro Mathias

<http://lattes.cnpq.br/7672548523096891>

Psicóloga Hospitalar com formação no Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF (2024); Mestre em Psicologia Social, pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - PPGPS UERJ (2022); Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP /FIOCRUZ (2019), Psicóloga Especialista em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no Instituto de Atenção a Saúde São Francisco de Assis- HESFA UFRJ (2019). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2017). Tem experiência na área de Psicologia, atuando nas áreas : Psicologia da Saúde, Saúde Coletiva no âmbito do SUS, Psicologia Hospitalar, Violência doméstica e intrafamiliar e Relações Raciais; Atualmente Psicóloga Clínica de orientação da terapia cognitivo-comportamental, comprometida com uma clínica afrocentrada. Possui interesse nas áreas : Saúde da Mulher, Psicologia Hospitalar, Violências Interseccionais, Saúde da População Negra, Gênero e Processos de Subjetivação; Estudos Feministas Interseccionais; Políticas e Programas de Saúde no âmbito do SUS.

Amana Rocha Mattos

<http://lattes.cnpq.br/5910140242812764>

Amana Mattos é professora associada do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPS/Uerj). Possui Graduação em Psicologia (2003), Mestrado em Psicologia (2006) e Doutorado em Psicologia (2011) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fez Estágio Doutoral no Exterior pela CAPES, na Rutgers University, EUA, e Pós-Doutorado na Universidade do Porto (2018). Coordena o DEGENERÁ - Núcleo de Pesquisa e Desconstrução de Gêneros/UERJ. É pesquisadora Procientista da Uerj e Jovem Cientista do Nosso Estado (FAPERJ). Desde 2023, é Senior Research Fellow in Education na School of Environment Education and Development, em The University of Manchester, UK. Editora chefe da revista Estudos e Pesquisas em Psicologia de 2020 até o presente momento. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, principalmente nos seguintes temas: estudos de gênero e sexualidade; teorias feministas interseccionais; subjetivação política; estudos da infância e juventude.

Como citar este artigo:

ABNT

MATHIAS, Paolla Pinheiro; MATTOS, Amana Rocha. “Eu tenho a fama de ser um pouco transgressora!”: perspectivas interseccionais de enfermeiras negras. *Ensino, Saúde e Ambiente*, Niterói, v. 17, e58932, 2024. <https://doi.org/10.22409/resa2024.v17.a58932>

APA

Mathias, P. P., & Mattos, A. R. (2024). “Eu tenho a fama de ser um pouco transgressora!”: perspectivas interseccionais de enfermeiras negras. *Ensino, Saúde e Ambiente*, 17, e58932. <https://doi.org/10.22409/resa2024.v17.a58932>

Copyright:

Copyright © 2024 Mathias, P. P., & Mattos, A. R. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Copyright © 2024 Mathias, P. P., & Mattos, A. R. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited.

Editora responsável pelo processo de avaliação:

Luiza Rodrigues de Oliveira

Referências

AKOTIRENE, Carla. *O que é interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. Coleção Feminismos Plurais / Coord. Djamila Ribeiro.

ALMEIDA, Silvio. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019. Coleção Feminismos Plurais / Coord. Djamila Ribeiro.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 4 abr. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. *Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987*. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1987. Disponível em: <https://encurtador.com.br/iAK29>. Acesso em: 15 abr. 2024.

BORGES, Tábata Milena Balestro; DETONI, Priscila Pavan. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 20, n. 2, p. 143-157, 2017. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i2p143-157>

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; OGUISSO, Taka. 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. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600017>

CARNEIRO, Sueli Aparecida. *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*. 2005. 339 f. Tese (Doutorado em Educação e Filosofia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-construc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf> Acesso em: 21 abr. 2024

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil 2015*. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 24 nov. 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista de estudos feministas*, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>

FERREIRA, Luiz Otávio; SALLES, Renata Batista Brotto. A origem social da enfermeira padrão: o recrutamento e a imagem pública da enfermeira no Brasil, 1920-1960. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos: Questions du temps présent*. 08 out. 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/77966>. Acesso em: 4 abr. 2021.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização e Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais hoje*, v. 2, n. 1, p. 223-244, 1984. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4928667/mod_resource/content/1/RACISMO%20E%20SEXISMO%20NA%20CULTURA%20BRASILEIRA.pdf. Acesso em: 21 abr. 2024.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. *Caderno de Formação Política do Círculo Palmarino*, n. 1, p. 12-20, 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.

HIRATA, Helena.; KERGOAT, Danielè. Novas Configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 132, p. 595-609, set. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, IBGE, 2016.

KILOMBA, Grada. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LOMBARDI, Maria Rosa; CAMPOS, Veridiana Parahyba. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. *Revista da*

ABET, v. 17, n. 1, p. 28-46. 2018. <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>

MERHY, Emerson Elias. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676242/v27-n65-setdez-2003-12a-conferencia-nacional-de-saude-sergio-ar_DGKxlyw.pdf Acesso em: 8 fev.2024

MIGNOLO, Walter. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. *Cadernos de Letras da UFF*, v. 34, n. 1, p. 287-324, 2008. Disponível em: http://professor.ufop.br/sites/default/files/tatiana/files/desobediencia_epistemica_mignolo.pdf. Acesso em: 24 abr. 2019.

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei; PASSOS, Rachel Gouveia. A Divisão sociosexual e racial do trabalho no cenário de epidemia do covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. *Caderno CRH*, v. 33, e020029, 2020. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v33i0.36118>

PASSOS, Raquel. Gouveia. *Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino*. 2016. 256 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/19193>. Acesso em: 8 fev. 2024.

PASSOS, Rachel. Gouveia. 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. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_38_art_4_Passos.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019

QUIJANO, Aníbal. *Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina*. Buenos Aires: Clasco-Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005. Disponível em: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_QUIJANO.pdf. Acesso em: 8 fev. 2024

ANDRADE, Sinara Bertholdo de. “RESENDE, Viviane; RAMALHO, Viviane. Melo. Análise de discurso (para a) crítica: O texto como material de pesquisa” [Resenha]. *Cadernos de Linguagem e Sociedade* Campinas, SP: Pontes Editores, v. 12, n. 2, p. 194, 2011. <https://doi.org/10.26512/les.v12i2.11494> Acesso em: 20 ago .2019

YANNOULAS, Silvia. Cristina. Feminização ou feminilização?: apontamentos em torno de uma categoria. *Temporalis*, v. 11, n. 22, p. 271-292, 2011. <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2011v11n22p271-292>