

A força de trabalho de enfermagem brasileira frente às tendências internacionais: uma análise no Ano Internacional da Enfermagem

I¹ Helton Saragor de Souza, ² Carla Andrea Trapé, ³ Celia Maria Sivalli Campos,

⁴ Cassia Baldini Soares I

Resumo: O artigo analisa a condição da força de trabalho da enfermagem brasileira frente às tendências internacionais. Os diagnósticos de publicações de organizações internacionais balizaram a confrontação das tendências internacionais com a realidade da enfermagem brasileira, a partir de dados secundários de pesquisa. A análise permite afirmar que a força de trabalho da enfermagem brasileira segue as tendências internacionais, essencialmente, porque a divisão social e sexual do trabalho, alicerce da origem da enfermagem como ocupação capitalista, se mantém. Contemporaneamente, o pressuposto histórico-estrutural da proletarização feminina fundamenta: as disparidades salariais e de acesso a posições destacadas no mercado entre homens e mulheres; desigualdades combinadas entre nações e regiões na oferta do mercado de trabalho, o que estimula a imigração de profissionais; o aumento da exploração dos profissionais mais velhos, no contexto de restrição de acesso aos direitos de aposentadoria e trabalhistas; e a exposição à violência e ao assédio, associada ao potencial de desgaste da sobrecarga e intensificação do trabalho, que trazem como consequência o adoecimento dos trabalhadores. Em síntese, observa-se que os pilares da proletarização feminina e da profissionalização da enfermagem permanecem nas formas diferenciadas de exploração da força de trabalho atuais, sendo configuradas a depender das interseções de gênero, étnico-raciais e regionalidades-nacionalidades.

► **Palavras-chave:** condições de trabalho; enfermagem; força de trabalho; mulheres trabalhadoras; serviços de saúde.

¹ Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Santos-SP, Brasil (hs.souza@unifesp.br).
ORCID: 0000-0002-3074-6386

² Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil (carlaens@usp.br).
ORCID: 0000-0002-3272-6565

³ Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil (celiasiv@usp.br).
ORCID: 0000-0002-1149-9025

⁴ Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil (cassiaso@usp.br).
ORCID: 0000-0002-8457-3775

Recebido em: 20/07/2020
Aprovado em: 07/12/2020
Revisado em: 20/03/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310111>

Introdução

O trabalho das ocupações em saúde foi tomado como objeto de estudo por autores fundantes da Saúde Coletiva brasileira (DONNANGELO, 1976; AROUCA, 2003), inicialmente com análises que se concentraram na prática médica, dado que os departamentos de origem desses pesquisadores eram em faculdades de Medicina. Análises relativas à força de trabalho e aos recursos humanos em saúde foram se mesclando ao longo do tempo, ainda que estivessem em campos diversos (NOGUEIRA, 1983).

Os estudos sobre o trabalho da enfermagem no Brasil se voltaram historicamente, sobretudo, aos temas da divisão social capitalista em saúde e manifestações das formas de organização do trabalho no cotidiano profissional. A análise dos processos de trabalho das categorias de enfermagem, inseridos no trabalho coletivo em saúde, representa parte significativa da produção nessa área, que mescla elementos da sociologia do trabalho e das profissões, desenvolvida nas décadas de 1980 e 1990 (MELO, 1986). A progressão quantitativa da produção científica, no entanto, não faz jus ao peso que tem a enfermagem no trabalho das ocupações em saúde, conforme demonstram os dados, que assinalam a presença de mais de 1,8 milhões de profissionais¹, perfazendo mais de 50% da força de trabalho em saúde no Brasil (MACHADO, 2017).

Foucault (2002) pondera que o advento da modernidade instaurou a racionalidade e a disciplina para a reorganização hospitalar. Na historiografia da institucionalização da enfermagem, o pioneirismo inglês é associado às guerras nas quais os homens combatiam e as mulheres cuidavam; porém, o cerne da divisão social do trabalho não pode ser resumido à lógica “campanhista” militar. A constituição capitalista da enfermagem, ou seja, a transição de atividade de caridade, religiosa ou vocacional, para a ocupação profissional, ocorreu no contexto da revolução industrial. Nesse processo, a enfermagem moderna concretizou-se, com a instauração de métodos racionais e disciplinares das rotinas hospitalares (ORNELLAS, 1998).

Desta forma, a profissionalização da enfermagem desenvolveu-se submetida ao processo de conformação da força de trabalho e do assalariamento nos países capitalistas centrais no século XIX, processo histórico denominado “proletarização”, que atingia homens, mulheres e crianças nas fábricas. Estado e capital intervieram de forma violenta na conformação histórica da força de trabalho, impondo

medidas estruturais, como a de expropriação dos proprietários diretos, separação dos produtores e dos seus meios, supressão de meios de subsistência, a não ser pela venda da sua força de trabalho (expulsão das terras, os clássicos cercamentos na Inglaterra), fragmentação e mecanização do trabalho, com suas consequências sobre a desqualificação do trabalhador, assim como a conversão dos meios de vida dos trabalhadores em capital.

O processo de proletarização industrial, em que os meios de trabalho e a dimensão produtiva da vida social converteram-se em meios de produção e de subordinação do trabalho e das necessidades humanas à valorização do capital (MARX, 2013), constituiu um contingente de trabalhadores urbanos com péssimas condições de vida, alta mortalidade infantil, e também a luta por direitos civis, trabalhistas e sociais, que resultou na ampliação da assistência à saúde.

A divisão social capitalista do trabalho em saúde e a conformação contemporânea de suas ocupações em período semelhante à proletarização industrial se expressou no desenvolvimento da dimensão técnica e das especializações profissionais, enquanto manifestações da sociabilidade capitalista. As inserções no trabalho se diferenciaram mesmo dentro de uma mesma profissão, com o profissional médico por exemplo transitando da inserção como profissional liberal autônomo à parte componente dos quadros do Estado (FREIDSON, 2009). Ressalte-se que a divisão do trabalho no capitalismo não se refere principal e exclusivamente à dimensão técnica, mas à reprodução da estrutura de classes sociais por meio da divisão social do trabalho, pois a técnica é apropriada de forma diferenciada na reprodução das diferenças de classe. Assim, na saúde, com a complexificação do trabalho médico, a partir da constituição do hospital moderno, o controle da dimensão intelectual ficou sob a responsabilidade do médico e os elementos infraestruturais e manuais ficaram a cargo de outros trabalhadores o que deu origem à enfermagem, que por sua vez se fragmenta entre trabalhadores mais e menos qualificados na execução de tarefas de controle e manuais (MENDES-GONÇALVES, 2017).

Cabe ressaltar que o ofício do médico também era chancelado pelo Estado, o que conferia centralidade à profissão em relação às demais ocupações da área da saúde. Na constituição da enfermagem, a divisão entre *ladies* e *nurses* representava a divisão intelectual-manual e demonstrava a inserção distinta das frações de classe na enfermagem, mulheres de origem social popular se inseriam na execução de tarefas destinadas às *nurses*. No contexto geral da proletarização, as mulheres trabalhadoras

já eram marginalizadas para ocupações menos qualificadas na transição da manufatura artesanal para a grande indústria (SAFFIOTI, 1982), a divisão sexual capitalista do trabalho em saúde também marcou tais distinções, com a inserção das mulheres especialmente em práticas manuais.

Indubitavelmente a racionalização técnica, amparada nos conhecimentos científicos e administrativos da enfermagem, promoveu desenvolvimentos inquestionáveis nos cuidados de saúde. Porém, contraditoriamente à ação humana do cuidado, desenvolvida no âmbito das relações pessoais, familiares ou tradicionais, as ações de cuidado convertem-se em atividade capitalista de reprodução social (SOUZA; MENDONÇA, 2017).

A expansão dos serviços de saúde pelos sistemas públicos e pela iniciativa privada ao redor do mundo no século XX, junto com a forte feminização da ocupação, viabilizaram o processo de proletarização de mulheres no século XIX e XX, no centro e na periferia do capitalismo. Em outras palavras, a enfermagem foi umas das ocupações que protagonizou a inserção feminina no mercado de trabalho. Contudo, as relações culturais entre os gêneros em cada realidade e as diferentes formas de política de produção dos regimes de acumulação do capital e dos seus respectivos Estados nacionais, assim como a provisão de sistemas de saúde, forjaram situações particulares e concretas.

A conformação feminina da ocupação da enfermagem no Brasil tem trajeto singular, coerentemente com as características do trabalho da mulher na sociedade brasileira, cuja configuração histórica era associada ao papel feminino no processo de proletarização geral. As mulheres eram mão de obra majoritária na indústria têxtil entre o final do século XIX e início do século XX, com a presença minoritária nos demais setores. No século XX, ocorreu o desenvolvimento do setor de serviços, com atividades heterogêneas, setor em que se insere a categoria da enfermagem. As mulheres passaram a ocupar predominantemente esses postos, sobretudo porque foram “expulsas” da atividade industrial (SAFFIOTI, 1982).

O crescimento do setor de serviços da economia foi um marco no período pós-Segunda Guerra Mundial, no conjunto dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). A participação dos serviços no emprego total foi de 24% na década de 1950 a 57% em 1996. A progressão dos empregos nesse setor, no mesmo período, passou de 17,5 milhões a 59,8 milhões, representando aumento de 342% (GADREY, 2001).

A realidade brasileira apresentou peculiaridades no ritmo de crescimento do emprego no setor de serviços na segunda metade do século XX, com menores patamares em relação aos dos países capitalistas desenvolvidos, embora com tendência crescente de expansão considerável nas duas últimas décadas. No tocante aos serviços de saúde, o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde criou milhares de vagas de empregos públicos e incentivou o crescimento de empregos no setor privado.

A partir das considerações teóricas sobre a força de trabalho da enfermagem, as diversas implicações de como as trabalhadoras vivenciam seu cotidiano de trabalho e, conseqüentemente, sobre como esse trabalho impacta o seu modo de vida, é praticamente impossível desconsiderar que a força de trabalho da enfermagem materializa as interseções etária, de raça/cor, gênero, entre outras, na representação conceitual da diagonal de classe (BENSAID,1997), conceituação que se refere ao entendimento que a inserção de classe é a expressão do conjunto de relações sociais da vivência do indivíduo, para além da consideração apenas do assalariamento e da inserção na ocupação. Desse modo, a inserção da mulher trabalhadora é distinta da do homem trabalhador, assim como há desigualdades entre trabalhadores negros em relação aos brancos. As relações de raça/cor e gênero se combinam aos elementos gerais da sociabilidade capitalista e da exploração do trabalho. A discussão sobre fortalecimento/desgaste no trabalho e nas condições de vida exige diversas sínteses ou, como afirmam Hirata e Kergoat (2007), requer “a inter-relação de múltiplas divisões do trabalho socialmente produzido”.

Partindo da lacuna deixada pela ausência de debate nas produções científicas acerca da força de trabalho principalmente devido à naturalização da exploração capitalista no contexto neoliberal, que parece não tornar mais necessários seu reconhecimento e nomeação (BARBOSA, 2010), o objetivo deste artigo é analisar a força de trabalho da enfermagem brasileira frente às tendências internacionais, ancorando-se no referencial marxista e na discussão sobre a relação entre organização do modo de produção capitalista e as relações capitalistas de trabalho na área da saúde.

Método

Para alcançar o objetivo do estudo, tomou-se por referência dados secundários (JOHNSTON, 2017) de identificação socioeconômica, mercado de trabalho e condições de trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em atuação

no Brasil, apresentados na Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2017), que coletou dados junto a profissionais de enfermagem em 50% dos municípios brasileiros, em todas as unidades da federação. A análise foi realizada por meio da confrontação com dados mundiais contemporâneos sobre a força de trabalho de enfermagem disponibilizados nos seguintes relatórios e produções: 1) da OMS, sobre o estado da enfermagem no mundo (WHO, 2020); 2) da OMS, acerca da equidade de gênero da força de trabalho em saúde (BONIOL et al., 2019); 3) da OMS, acerca do emprego em saúde em relação ao crescimento econômico dos países (BUCHAN; DHILLON; CAMPBELL, 2017) 4) do International Labor Office (ILO, 2017), sobre o aperfeiçoamento do emprego e condições de trabalho nos serviços de saúde.

As pesquisas, nacional e internacionais, foram desenvolvidas em períodos semelhantes. Neste trabalho, buscou-se analisar os pontos em que as tendências internacionais se relacionam com os principais elementos da atual inserção da força de trabalho de enfermagem no cenário nacional e internacional.

Resultados e Discussão

Pautando-se em dados de pesquisas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre equidade de gênero, e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), no universo de 234 milhões de trabalhadores em 104 países, resultados de estudo de Boniol et al. (2019) sinalizaram que o emprego feminino representa 70,3% nos serviços de saúde e no setor social. No conjunto das atividades a proporção do emprego feminino é de 39,5% (ILO, 2017).

Por referência à distribuição de gênero na enfermagem, a OMS mostra composição de 90% de mulheres, com incipiência da presença feminina em postos relevantes de direção, nos serviços de saúde, e na política estatal (BUCHAN; DHILLON; CAMPBELL, 2017). Cabe lembrar que as categorias da enfermagem representam 69% dos trabalhadores da saúde e os profissionais que compõem as categorias da enfermagem somam 28 milhões em todo mundo (WHO, 2020). A enfermagem no Brasil segue a mesma tendência, sendo composta majoritariamente por trabalhadoras, que representam 85,1% da totalidade da categoria (MACHADO, 2017).

A feminização majoritária das ocupações de enfermagem, no Brasil e no mundo, traz à tona duas categorias essenciais para compreender a situação das ocupações de enfermagem, a divisão social do trabalho e a sexual do trabalho, categorias que concretamente denotam as desigualdades, tanto no que diz respeito à distribuição

desigual entre os gêneros, nas ocupações do mercado de trabalho, quanto à desigualdade na divisão do trabalho doméstico, desigualdade semelhante à descrita em análise ampla do trabalho feminino (HIRATA; KERGOAT, 2008).

A combinação de vínculos desiguais de trabalho com a divisão desigual de cuidados e dos trabalhos domésticos é o principal elemento da tendência internacional da força de trabalho em enfermagem.

Essa relação social global engendra a segunda ou terceira jornada de trabalho às trabalhadoras da saúde (BONNIOL et al., 2019); é também sobre a mulher trabalhadora que recai a responsabilidade maior pelo cuidado dos filhos. Relatório que aborda condições de trabalho e emprego em serviços de saúde (ILO, 2017) identifica a dificuldade de trabalhadoras de saúde para administrar o tempo de cuidado dos filhos e as atividades de trabalho, acarretando muitas vezes na opção pelo trabalho em tempo parcial e também absenteísmo no trabalho. O relatório descreveu dados sobre absenteísmo de enfermeiras na África do Sul, identificando aumento de faltas no período de férias escolares das crianças.

Essas condições, identificadas em empregos com vínculos formais de trabalho, são agravadas se considerarmos que às mulheres, principalmente as de baixa renda e com vínculos de trabalho informal, são atribuídos os cuidados de saúde de familiares (BONNIOL et al., 2019). No Brasil, há especial fluidez na fronteira entre o trabalho profissional de cuidadoras domiciliares e do trabalho doméstico profissionalizado (GUIMARÃES; HIRATA, 2008). Embora o maior quantitativo de trabalhadoras de enfermagem não tenha a inserção profissional como cuidadora, o cuidado e o espaço doméstico são historicamente atribuídos às mulheres.

O segundo componente da tendência internacional refere-se à disparidade de remuneração entre os gêneros, ocupações e países. O aumento dos empregos no setor saúde e a participação deste setor da economia no conjunto das contas nacionais no cenário global, não foi acompanhado pelo aumento proporcional dos ganhos dos trabalhadores. Observa-se nesse processo a dinâmica intrínseca expansiva do capitalismo, na ampliação do número de trabalhadores e na transposição das fronteiras de valorização. De forma desigual e combinada, os salários são desproporcionais entre as diferentes categorias profissionais e entre os países, acompanhando a concentração característica do capitalismo, sendo que em países de capitalismo central e considerando-se trabalhadores advindos de classes sociais mais estáveis os salários são melhores.

Esta afirmação encontra confirmação em resultado de análise de algumas ocupações em saúde (médicos, enfermeiros e obstetrias e cuidadores) em vinte países. As médias salariais são mais altas na Alemanha, Suécia, Holanda, no Reino Unido e Estados Unidos, enquanto as médias mais baixas são as de países como Rússia, Ucrânia, República Tcheca, Brasil, Índia e Polônia. Além dessa desigualdade, as disparidades salariais entre as três ocupações são maiores neste segundo grupo; os salários mais altos estão reservados aos médicos e os mais baixos aos cuidadores (TIJDENS; VRIES, 2011). Mesmo em países de capitalismo central, os salários de enfermeiros não estão entre as maiores médias salariais dos trabalhadores de saúde (TIJDENS; VRIES, 2011). Apesar de serem maioria nos setores de saúde e social, as mulheres estão mais sujeitas ao emprego instável de tempo parcial e têm média salarial mais baixa e recebem, em média, salários 11% menores do que os dos trabalhadores (ILO, 2017). Na enfermagem, a disparidade aumenta para cerca de 28% menor entre os salários das mulheres em relação aos dos homens (WHO, 2020).

Nas publicações da OMS, a situação da disparidade salarial e de postos de trabalho entre mulheres e homens têm destaque. As publicações advogam a necessidade de políticas públicas dos Estados nacionais contra a discriminação de gênero, que revejam normas sociais restritivas atribuídas a mulheres na vida pública; restrições de segurança para mobilidade; direitos legais e acesso desigual à educação formal (BUCHAN; DHILLON; CAMPBELL, 2017). As publicações da OMS também observam o problema mundial de subfinanciamento dos investimentos em recursos humanos em saúde, o que tem por consequência baixos salários para amplos setores da enfermagem e dos serviços em saúde em geral (BUCHAN; DHILLON; CAMPBELL, 2017). Advogam que os Estados nacionais devem ter uma política salarial para manutenção desses profissionais, para inclusive evitar o êxodo de trabalhadores de saúde para países ricos. Todavia, embora se reconheça que políticas públicas que impactem positivamente na inserção no mercado de trabalho e na vida das mulheres sejam necessárias e devam ser pautas de pressão de movimentos sociais, advoga-se que não devem resumir-se a ajustes nas disparidades para a inserção feminina em uma sociedade competitiva, em patamar de igualdade semelhante, conforme princípios do liberalismo.

A proletarianização feminina revela uma relação social estabelecida pelo capital em sua dimensão global de maior nível de exploração entre as mulheres. A desigualdade das mulheres no mercado de trabalho nas sociedades capitalistas não as prejudica

exclusivamente, causa também prejuízo às suas famílias e aos locais onde vivem, dado o maior protagonismo da mulher na renda familiar no Brasil e no mundo. Não se trata de mero acaso que no período de 2000-2017 a atividade econômica dos serviços de saúde teve crescimento maior do que a média das demais atividades (WHO, 2019) e, conseqüentemente, do faturamento dos agentes econômicos, sobretudo financeiros. Esse processo se sustentou correlacionado ao aumento de postos de trabalho, majoritariamente femininos. Portanto, é fundamental interpretar o trabalho como espaço propício para a valorização do capital.

A questão de desigualdade salarial na realidade brasileira também se expressa na composição da força de trabalho em enfermagem, pois apenas 23% dos trabalhadores/as são enfermeiros/as e 77% são técnicos e auxiliares de enfermagem (MACHADO, 2017). A divisão do trabalho em categorias resulta na atribuição dos menores salários e de maior carga de trabalho repetitivo para as categorias de trabalhadores em condições de reprodução mais instáveis, de auxiliares e técnicos de enfermagem; resulta, portanto, em diferentes desgastes, relacionados à carga horária e ao tipo de trabalho; não é incomum os profissionais da enfermagem terem mais de um vínculo de trabalho para compor a renda mensal. Entre os graduados 33,5% relatam mais de uma atividade, enquanto 26% dos técnicos e auxiliares descrevem a mesma situação (MACHADO, 2017).

As publicações internacionais abordam disparidades salariais, contudo, ao considerar exclusivamente o salário, desconsideram o conjunto de rendimentos; a abordagem mais adequada seria aquela que considera o conjunto dos benefícios e direitos, *material support* (BURAWOY, 1990), referindo-se às condições materiais de subsistência para reprodução da força de trabalho. O acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários estão também relacionados à realidade da força de trabalho, sobretudo no que se refere à composição etária dos profissionais. No caso brasileiro, a restrição desses direitos implica em espoliação de segmentos mais velhos de trabalhadores próximos da aposentadoria.

Globalmente, a força de trabalho da enfermagem é jovem, 38% dos trabalhadores estão abaixo de 35 anos de idade e somente 17% acima de 55 anos (WHO, 2020). No Brasil, 77,6% dos enfermeiros e 75,1% dos auxiliares e técnicos estão em faixas etárias abaixo de 46 anos (MACHADO, 2017).

Já nas Américas e na Europa, a força de trabalho de enfermagem caracteriza-se por ter maiores porcentagens em faixas etárias em idades mais avançadas; esse

percentual não considera as disparidades entre os países desses continentes (WHO, 2020). Há regiões com maior porcentagem da força de trabalho de enfermagem acima de 55 anos, supostamente próxima à aposentadoria, e um contingente relativamente pequeno de profissionais jovens. Na Austrália, em 2015, eram 40% os trabalhadores de enfermagem e parteiras com 50 anos ou mais, enquanto nos Estados Unidos, no mesmo ano, eram 50% os enfermeiros registrados que estavam nessa mesma faixa etária (ILO, 2017).

A tendência de envelhecimento da força de trabalho de enfermagem observada em países de renda alta não se confirma nos dados da realidade brasileira; todavia, o contingente de trabalhadores mais velhos é impactado substantivamente pelas mudanças nas leis trabalhistas e pela restrição imposta pelo desmonte da previdência social, ambas perniciosas aos trabalhadores, especialmente entre os de baixos salários. Sabe-se que 80% dos trabalhadores aposentados recebem até dois salários-mínimos da seguridade social, o que resulta em aumento da exploração dos trabalhadores, obrigando-os a trabalhar por mais tempo e aceitar condições de trabalho mais precárias, sob forma de pretensas soluções, mas que são proposições do sistema capitalista em crise (GENTIL, 2019). A consequência é o aumento da exploração de um contingente de trabalhadores mais velhos no setor saúde, especialmente os de salários mais baixos, como é o caso de parcela significativa das categorias de enfermagem. As desigualdades salariais associadas à crescente restrição aos direitos trabalhistas e à seguridade social podem se configurar como um elemento adicional de espoliação dos trabalhadores do setor.

O terceiro elemento destacado na tendência internacional é a dinâmica desigual e combinada das disparidades entre países e regiões, com a incorporação da força de trabalho de imigrantes nos países capitalistas centrais.

Os fluxos migratórios são influenciados pelas condições socioeconômicas desiguais entre países, regiões de um mesmo país e os territórios de uma mesma região. A evasão de profissionais dos locais de origem relaciona-se ao baixo desenvolvimento econômico de países e regiões, em busca de aprimoramento de condições de vida e desenvolvimento profissional. Os enfermeiros migram ou emigram elegendo lugares com condições linguísticas favoráveis e possibilidade de equivalência no nível de formação e ensino (BUCHAN, 2007).

No período de 2011 a 2016, estabeleceram-se padrões de imigração de países periféricos para países ricos, que colocam em sua agenda a necessidade de

incorporação de profissionais estrangeiros para os próximos anos (Reino Unido, Japão, Alemanha, entre outros). Da mesma forma, existem relações de fluxos de profissionais por regiões, por exemplo, a imigração em países da América do Sul (RODRIGUES; ANGELICA-MUNOZ; HOGA 2019).

A tendência mundial de concentração em grandes centros e escassez em determinados continentes é corroborada pelo deslocamento de profissionais de países mais pobres para países mais ricos, em busca de salários maiores. A maior concentração mundial de enfermeiros, aproximadamente 81%, encontra-se nas Américas, Europa e regiões do Pacífico, continentes que juntos representam 51% da população mundial. Países com menor porcentagem de enfermeiros encontram-se na África, sudeste da Ásia, regiões mediterrâneas e em partes da América Latina. Países de baixa renda contam com baixa densidade de enfermeiros, 9,1 enfermeiros por 10 mil habitantes, em comparação com 107,7 por 10 mil habitantes, em países de alta renda (WHO, 2020).

Ao mesmo tempo que as publicações sobre a força de trabalho em saúde e da enfermagem abordam a imigração como forma da mão de obra qualificada buscar melhores salários, também observa que enfermeiras imigrantes estão mais sujeitas a piores condições de trabalho. Essas enfermeiras imigrantes, além de piores condições de trabalho, também estiveram mais expostas a riscos de violência, associada à discriminação gerada por aspectos étnico-raciais (SCHILGEN; NIENHAUS; HANDTKE; SCHULZ; MÖSKO, 2017). A literatura mostra considerações sobre a incorporação dessas trabalhadoras em postos de trabalho com piores condições de trabalho e de salários em relação ao conjunto de trabalhadores em postos de trabalho semelhantes (HONGYAN; WENBO; JUNXIN, 2014). Vale sinalizar que no conjunto das publicações internacionais da enfermagem, a abordagem concentra-se nos profissionais graduados, com pouca atenção sobre os profissionais não graduados (WHO, 2020).

A tendência mundial de concentração em grandes centros e escassez em determinados continentes é provocada pelo deslocamento de profissionais de países mais pobres para países mais ricos, em busca de salários maiores. No Brasil, a combinação de concentração e escassez de profissionais entre as regiões e estados brasileiros também ocorre, contudo sem diagnóstico definido de “fuga” de profissionais.

Em análise de fluxos migratórios internacionais de enfermeiros a OMS sinalizou que, embora tenham sido produzidos, os dados sobre migração e mobilidade são ainda insuficientes para avaliação da complexidade dos movimentos migratórios. Análise de dados de 86 países demonstrou que eram 13% os nascidos ou formados em outros países, um em cada oito enfermeiros. Em países de alta renda foi relatada certa dependência de enfermeiros estrangeiros para o trabalho em saúde, visto que a porcentagem de enfermeiros nascidos ou formados em outros países era de 15,2% (WHO, 2020).

No Brasil, a combinação de concentração e escassez de profissionais entre as regiões e estados brasileiros também ocorre, contudo sem diagnóstico definido de “fuga” de profissionais. Os achados de SILVA et al. (2016) indicam prevalentemente três fluxos de migração de enfermeiros, dois nacionais e um internacional. Um deles é a migração nacional orientada pela busca de formação profissional, com alto índice de migração para estados da região Sudeste, que concentram vagas em cursos de graduação e pós-graduação. Outra motivação para a migração nacional é a busca por oportunidades de empregos, para regiões com concentração de riqueza e ofertas de postos de trabalho; e um terceiro fluxo é o de migração internacional, principalmente de migrantes de retorno, geralmente trabalhadores mais velhos, casados, que voltam para o país de origem por motivações familiares.

No Brasil, 49% dos trabalhadores de enfermagem ocupam empregos em estados da região sudeste (MACHADO, 2017). Coerentemente a essa concentração, essas regiões também concentram a maior porcentagem de instituições de ensino superior, sobretudo privadas, que apresentaram aumento desordenado nos últimos anos. O eixo Sul-Sudeste do país concentra 71,2% dos cursos de graduação em enfermagem (TEIXEIRA et al., 2013).

Ademais, a progressiva precarização dos vínculos trabalhistas no setor público e a débil regulação do mercado de trabalho no setor saúde brasileiro reforçam as desigualdades regionais na distribuição de profissionais de saúde (CRAVEIRO et al., 2015). Uma vez que os serviços de saúde são regidos pela mesma lógica de mercado, a distribuição da força de trabalho em saúde é desigual e acompanha o movimento do mercado, que concentra empresas de prestação de serviços e formadoras em regiões de maior concentração de renda, relegando outras regiões ao déficit de trabalhadores de saúde. Em termos da enfermagem no Brasil, observa-se tendência à persistência do padrão de formação caracterizado pela concentração de instituições de excelência

nos centros urbanos do eixo mais desenvolvido do país, ao lado de grande número de instituições que não atendem aos padrões de qualificação para o ensino e não desenvolvem pesquisa e extensão. Ao mesmo tempo, observa-se no horizonte a tendência à redução do número de formados nos próximos anos e a saturação do mercado de trabalho privado (DAL POZ; VARELLA; SANTOS, 2015).

No processo de proletarização pode ser observada a incorporação de força de trabalho estrangeira para baixar custos para o capital, como ocorreu com a incorporação de escoceses e irlandeses na Inglaterra, à época da Revolução Industrial (ENGELS, 2008). Historicamente, os períodos de acumulação de capital contaram com a presença massiva de trabalhadores imigrantes, para compor a superpopulação relativa nos países capitalistas centrais.

No Brasil, diante da realidade da proletarização no século XX, a parcela de trabalhadores integrados ao mercado urbano estava em condição superior à massa de despossuídos, que viviam em níveis abaixo da possibilidade de subsistência. A constituição do operariado urbano nas décadas de 1950-1960 se sustentou em parcelas de migrantes rurais, que compuseram a superpopulação relativa para mais um ciclo de acumulação.

No que diz respeito à força de trabalho de enfermagem nacional, parte significativa desses trabalhadores é oriunda de setores pauperizados, com condições instáveis resultantes da informalidade na história profissional pregressa (SOUZA; MENDES; CHAVES, 2019). Na pesquisa sob o perfil da enfermagem no Brasil, dados sobre a escolaridade da mãe do/a trabalhador/a, ou da pessoa significativa que o/a substituiu, identificou-se que 64% tinham no nível do ensino fundamental, o que significa ter de 4 a 8 anos de ensino formal. Ressalte-se que 46,6% dos profissionais de enfermagem tiveram familiar próximo que trabalhou na profissão, configurando uma “linhagem da enfermagem” (MACHADO, 2017).

O quarto elemento da tendência internacional trata das condições, intensificação e sobrecarga de trabalho, suas consequências sobre a saúde do trabalhador e a exposição à violência. As publicações dos organismos multilaterais vinculados à saúde identificaram a necessidade de implementação de medidas que garantam a operacionalização do conceito de trabalho decente (WHO, 2020; BONIOL et al., 2019), objetivo central da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1998; 1999). A organização definiu trabalho decente como aquele que congrega dignidade humana, igualdade de oportunidades, ampliação da proteção social e

do crescimento econômico sustentável, este descrito na Declaração Relativa aos Princípios e Direitos Fundamentais do Trabalho, princípios que estabelecem o fim do trabalho forçado, abolição do trabalho infantil e de formas discriminatórias no mercado de trabalho, assim como a liberdade de associação e negociação coletiva. Em linhas gerais, interpreta-se que as declarações da OIT intervêm contra as formas mais aviltantes da atividade laboral no globo, sobretudo contra as formas típicas pré-capitalistas, que restringiam o trabalho livre assalariado e a estratificação do trabalho por formas tradicionais.

As relações contemporâneas do trabalho são marcadas pela informalização e esta é objeto de preocupação da OIT, por ser problema significativo em vários países, dentre eles o Brasil. Contudo, o principal tema compartilhado sobre a concepção do trabalho decente e dos estudos internacionais da força de trabalho em enfermagem e das ocupações em saúde refere-se à violência contra trabalhadores da saúde, entre eles os agentes comunitários de saúde, que em diferentes países estão frequentemente sob risco de violência e assédio (ILO, 2017). O Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) relatou 655 incidentes violentos em ambientes de cuidados de saúde, entre 2008 e 2010 em 16 países (BUCHAN; DHILLON; CAMPBELL, 2017). No Brasil, 70% dos enfermeiros e 71,3% dos técnicos de enfermagem sentem-se desprotegidos contra violência no trabalho; 18,8% dos técnicos e 23,9 dos enfermeiros relataram já ter sofrido algum tipo de violência no trabalho (MACHADO, 2017).

Além da violência há outros desgastes, que repercutem na saúde desses trabalhadores. O componente relacional do cuidado envolve física e mentalmente o trabalhador de enfermagem, de modo que impacta fortemente sua vida social e familiar. Internacionalmente, trabalhadores de saúde abordaram as consequências de desgastes no trabalho associados à alta carga de trabalho (BONNIOL et al., 2019), entre os vários agravos descritos estão a capacidade diminuída para gerenciar as cargas de trabalho e estresse crônico, que são causadores de insatisfação, *burnout*, distúrbios musculoesqueléticos, alterações no ritmo do sono, devido ao trabalho por turnos, fadiga emocional, mental, depressão e absenteísmo no trabalho (BUCHAN; DHILLON; CAMPBELL, 2017). Resultados de estudo com enfermeiras mexicanas identificaram importante expressão de descontentamento, quando elas não participam na formulação de políticas ou decisões organizacionais que afetam o trabalho, interferindo no clima laboral (SQUIRES; FLETCHER; HIDALGO, 2018).

Vale sinalizar que a descrição de trabalho decente feita pela OIT é incipiente no que diz respeito aos agravos consequentes das formas contemporâneas de organização do trabalho, especialmente os que acometem trabalhadores de enfermagem, que vivenciam a combinação das características fundamentais do trabalho do cuidado com a intensificação e sobrecarga de trabalho nos serviços contemporâneos. Resultados da pesquisa realizada pela OMS sobre a força de trabalho em enfermagem, mostraram que as exigências de demanda dos pacientes submetem os trabalhadores a longas e irregulares jornadas de trabalho (WHO, 2020).

Em países de capitalismo periférico, como no Brasil, soma-se a esses desgastes, o enfrentamento diário de condições precárias de trabalho e de vida de famílias usuárias dos serviços de saúde, especialmente na atenção básica e nas unidades de saúde da família (LACAZ; GOULART; JUNQUEIRA, 2017; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007), condições que podem levar usuários dos serviços a atitudes ríspidas com os trabalhadores mais próximos, como são os de enfermagem. Além desse desgaste, a pressão por rendimento no trabalho, cumprimento de metas, pode também ter proximidade com situações de assédio no trabalho; na pesquisa brasileira 64,2% dos auxiliares de enfermagem e 71,7% de enfermeiros responderam afirmativamente para a presença de desgastes no cotidiano profissional.

Possibilidade de consequência relacionada ao desgaste é a quantidade de horas semanais trabalhadas, e consequentemente, a carga de trabalho; 40,8% dos profissionais trabalham mais de 40 horas semanais no setor público, enquanto no setor privado esses são 38,5%. Deve se observar ainda a existência de duplos vínculos de trabalho para 25% dos profissionais (MACHADO, 2017).

Esse quadro pode estar associado ao número de licenças médicas, que acarreta absenteísmo no trabalho, entre os trabalhadores de enfermagem no Brasil. No período de 1 ano o absenteísmo de auxiliares e técnicos de enfermagem foi de 22,6% entre enfermeiros do setor público; no setor privado foi de 17,4% entre auxiliares e técnicos de enfermagem e de 16,8% entre enfermeiros (MACHADO, 2017). Esses dados podem subestimar a porcentagem real, uma vez que há trabalhadores que não relatam adoecimento ou desconforto, evitando o afastamento por licença médica, mesmo doentes e com limitações para o trabalho (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012). Na atenção primária, na realidade brasileira, os trabalhadores evitam as faltas para não perderem a gratificação atribuída a equipes que alcançam as metas de produtividade, induzidas pelo Programa Nacional de Melhoria de Acesso

e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ignorando sinais e sintomas de doenças (LEIVA, 2019). Esse fenômeno é conhecido como presenteísmo, condição em que o trabalhador não se ausenta, mesmo apresentando problemas físicos e mentais relacionados ao trabalho. O presenteísmo, consequência do sentimento de insegurança no trabalho e do trabalho excessivo, advém da reestruturação produtiva, que pratica taxas altas de desemprego, contratos precários e redução de benefícios trabalhistas (FLORES-SANDI, 2006).

Considerações finais

A correlação da institucionalização da enfermagem ao processo histórico de proletarização é fundamental para compreender as tendências contemporâneas da força de trabalho de enfermagem no mundo, sobretudo porque os pilares da proletarização permanecem no desenvolvimento expansivo do capitalismo, revelando-se nas particularidades, a depender das interseções de gênero, étnico-raciais, nacionalidades entre outras manifestações.

As tendências históricas internacionais se delineiam a partir das condições de trabalho e de vida de milhões de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, matizadas pelas particularidades das realidades nacionais e regionais. Tal análise se torna imprescindível, especialmente porque a OMS definiu 2020 como ano internacional dos profissionais de enfermagem e de obstetrícia. No mundo e no Brasil, as categorias da enfermagem são o contingente mais numeroso dentre os trabalhadores de saúde e a força de trabalho de enfermagem brasileira acompanha as principais tendências internacionais.

A principal tendência internacional ontem e hoje é a da feminização da enfermagem, associada às desigualdades da divisão sexual do trabalho, expressas nas múltiplas jornadas de trabalho, advindas da delegação do trabalho doméstico e do cuidado com entes próximos. A segunda refere-se às disparidades salariais, incluindo o conjunto de provimentos e de posições no mercado de trabalho das mulheres. As desigualdades se manifestam para além do gênero, estão materializadas entres as ocupações em saúde nas quais a enfermagem se insere, e nas dissonâncias da oferta do mercado de trabalho entre países e regiões. A terceira tendência internacional é a dinâmica desigual e combinada das disparidades entre países e regiões, com a incorporação da força de trabalho de imigrantes nos países capitalistas centrais,

com piores condições de trabalho do que as dos profissionais desses países. No caso brasileiro, a desigualdade regional, bem como a incorporação de setores da superpopulação relativa na força de trabalho em enfermagem também é observada, à semelhança da relação com os imigrantes nos países capitalistas centrais. E a quarta tendência internacional refere-se à necessidade de melhores condições de trabalho, para enfrentar a manifestação geral dos desgastes das sobrecargas e intensificação do trabalho e suas repercussões na saúde dos profissionais, relatados em estudos nacionais e internacionais.

Por fim, a magnitude das tendências internacionais na configuração da força de trabalho em enfermagem, inserida em serviços heterogêneos de saúde ao redor do mundo, renova e complexifica os fundamentos das relações capitalistas de trabalho e a realização de formas de exploração particulares entre os indivíduos. Tanto no mundo quanto no Brasil, os direitos sociais dos trabalhadores e principalmente da mulher trabalhadora dependem em última instância de mudanças estruturais.²

Referências

AROUCA, A. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Unesp, 2003. 268p.

BARBOSA, R. H. S. A “teoria da práxis”: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-26, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000100002> Acesso em: 23 set. 2020.

BENSAÍD, D. *Marx, o intempestivo: grandezas e misérias de uma aventura crítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997. 507p.

BONIOL, M. et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. *Health Workforce Working Paper 1*. Geneva: World Health Organization, March 2019. 8p. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/resources/gender_equity-health_workforce_analysis/en/> Acesso em: 1 maio 2019.

BUCHAN, J.; DHILLON, I. S.; CAMPBELL, J. (Eds.). *Health employment and economic growth: an evidence base*. Geneva: World Health Organization; 2017. 455p. Disponível em: https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1 Acesso em: 1 maio 2019.

BUCHAN, J. International Recruitment of Nurses: Policy and Practice in the United Kingdom. *Health Serv Res*. v. 42, n. 3, p. 1321-35, 2007.

- BURAWOY, M. A transformação dos regimes fabris no capitalismo avançado. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 13, jun. 1990. Disponível em: <http://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/13/rbcs13_02.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2019.
- CRAVEIRO, I. M. R. et al. Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2985-2998, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002985&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2020.
- DAL POZ, M. R.; VARELLA, T. C.; SANTOS, M. R. Formação em Saúde: problemas e tendências. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Projeto Saúde Amanhã*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 10p. (Textos para discussão, 3). Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/13-PJSSaudeAmanha_Texto0003_A4_07-07-2015_correcaoFicha-4.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.
- DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976. 507p.
- ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008. 388p.
- FLORES-SANDI, G. "Presentismo": Potencialidad en accidentes de salud. *Acta Méd Costaric.*, v. 48, n. 1, p. 30-34, 2006.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2002. 293p.
- FREIDSON, E. *Profissão médica*. Um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora Unesp, 2009. 456p.
- GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: SALERNO, M. (Org.). *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Editora SENAC, 2001. p. 23-65.
- GENTIL, D. L. *A política fiscal e a falsa crise da seguridade social: uma história de desconstrução e de saques*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2019. v. 1. 218p
- GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. La frontera entre el empleo doméstico y el trabajo profesional de cuidados en Brasil: pistas y correlatos en el proceso de mercantilización. *Sociología del Trabajo*. Madrid, n. 86, p. 7-27, 2016.
- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França, Japão. In: COSTA, A. O. et al. (Orgs.). *Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2008. p. 263-278.
- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, dez. 2007, p. 595-609.
- HONGYAN, L.; WENBO, N.; JUNXIN, L. The benefits and caveats of international nurse migration. *International Journal of Nursing Sciences*, v. 1, n. 3, p. 314-317, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013214000787>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. Sectoral Policies Department. *Improving employment and working conditions in health services: report for discussion at the tripartite meeting on improving employment and working conditions in health services*. Geneva: ILO, 2017. Disponível em: <https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_548288/lang-en/index.htm>. Acesso em: 16 mar. 2019.

JOHNSTON, M. P. Secondary Data Analysis: A Method of which the Time Has Come. *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries*, v. 3, n. 3, p. 8, 2017. Disponível em: <<http://www.qqml-journal.net/index.php/qqml/article/view/169>>. Acesso: 21 maio 2019.

LACAZ, F. A.; GOULART, P.; JUNQUEIRA, V. (Orgs.). *Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde*. São Paulo: Editora Hucitec/FAPESP, 2017. 379p.

LEIVA, P. R. L. V. *O Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): gestão do trabalho e repercussões na saúde dos servidores de um município da região metropolitana de São Paulo – SP*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2019.174p. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/5339>>6.

MACHADO, M. H (Coord.). *Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil*. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz, 2017. 748p. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>

MARX, K. *O Capital*. Crítica da Economia Política. São Paulo: Boitempo Editorial, Livro I, 2013. 894p.

MELO, C. M. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986. 94 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem. In: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (Orgs.). *Saúde, sociedade e história*. Porto Alegre: Hucitec, 2017. p. 257-281.

NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde. *Revista de administração pública*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 61-70, jul-set. 1983.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Conferencia internacional del trabajo 87, 1999, Ginebra. *Trabajo decente*. Ginebra: OIT, 1999. 92p. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Declaração da OIT sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no trabalho*, 1998, 15p. Disponível em: <www.oitbrasil.org.br>. Acesso em:16 abr. 2020.

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. *Rev. bras. enferm.*, v. 51, n. 2, p. 253-262, jun 1998.

- RODRIGUEZ, G.; ANGELICA-MUNOZ, L.; HOGA, L. A. K. Cultural experiences of immigrant nurses at two hospitals in Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 187-196, abr 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200187&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2020.
- SAFFIOTI, H. O trabalho da mulher no Brasil. *Revista Perspectivas*, São Paulo, v. 5, p. 115-135, 1982.
- SANTOS, V. C.; SOARES, C. B; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. esp., p. 777-81, 2007.
- SCHILGEN, B. et al. Health situation of migrant and minority nurses: a systematic review. *PLoS ONE*.;12:e0179183. 2017
- SILVA, K.L et al. Enfermeiros migrantes no Brasil: características demográficas, fluxos migratórios e relação com o processo de formação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2686, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100308&lng=en&nrm=iso>
- SOUZA, D. O.; MENDONÇA, H. P. F. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. *Interface (Botucatu)*, v. 21, n. 62, p. 543-552, set. 2017.
- SOUZA, H. S.; MENDES, Á. N; CHAVES, A. R. Trabalhadores da enfermagem conquista da formalização, “dureza” do trabalho e dilemas da ação coletiva. *Rev. Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 113-122, jan. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29172019>.
- SQUIRES, A. et al. Un estudio piloto del clima laboral de las enfermeras mexicanas. *Hispanic Health Care Int.*, v. 16, n. 3, p. 145-157, 2018.
- TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil na década das diretrizes curriculares nacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. esp, p. 102-10, 2013.
- TIJDENS, K. G.; VRIES, D. H. *Health workforce remuneration: Comparing wage levels, ranking and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries*. University of Amsterdam, AIAS Working Paper. Amsterdam, 2011. p. 11-111.
- UMANN, J.; GUIDO, L.; GRAZZIANO, E. S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. *Revista. Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_21.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global spending on health: a world in transition*. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019/en/> Acesso em: 3 abr. 2020.

_____. *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/nursing-report-2020#:~:text=The%20State%20of%20the%20world's,education%2C%20jobs%2C%20and%20leadership>>. Acesso em: 3 abr. 2020.

Notas

¹ O Conselho Federal de Enfermagem, salientando que pode existir profissionais inscritos em mais de uma categoria, expõe quadro em 2020 de mais de 2 milhões e 300 mil profissionais inscritos em <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>

² H. S. de Souza, C. A. Trapé, C. M. S. Campos e C. B. Soares participaram igualmente da concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito.

Abstract

The Brazilian nursing workforce in the face of international trends: an analysis in the International Year of Nursing

The article analyzes the condition of the Brazilian Nursing workforce when confronted with international trends. Diagnoses in publications by international organizations marked the confrontation of international trends with the reality of Brazilian Nursing, based on secondary research data. The analysis allows asserting that the Brazilian Nursing workforce follows international trends, essentially, because the social and sexual division of work and the foundations of the origin of Nursing as a capitalist occupation are maintained. At the same time, the historical-structural assumption of female proletarianization is based on the following: the disparities between men and women in pay and access to prominent positions in the market; combined inequalities across nations and regions in the supply of the labor market, which stimulates immigration of professionals; exploitation of older professionals, in the context of restricted access to retirement and labor rights; and exposure to violence and harassment, associated with the potential for overload and work intensification, which result in workers contracting diseases. In summary, it is observed that the pillars of female proletarianization and professionalization of Nursing remain in today's differentiated forms of workforce exploitation, being configured depending on the intersections of gender, racial-ethnicity, and regional-nationality.

► **Keywords:** working conditions; nursing; labor force; working women; health services.

