

**MAUREN ALEXANDRA SAMPAIO**

**ENFERMAGEM, MÍDIA E BIOÉTICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau Mestre em Ciências da Saúde - área de concentração: Bioética e Enfermagem - do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília - UnB.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem de Matos

**BRASÍLIA  
DEZEMBRO 2002**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE ÁREA  
DE CONCENTRAÇÃO: BIOÉTICA E ENFERMAGEM**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

## **ENFERMAGEM, MÍDIA E BIOÉTICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para outorga do grau Mestre em Ciências da Saúde - área de concentração: Bioética e Enfermagem - a MAUREN ALEXANDRA SAMPAIO do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília, pela seguinte banca examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem de Matos Departamento de Enfermagem(UnB) Presidente - orientadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Magali Roseira Boemer Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) Membro Efetivo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Liz Cunha de Oliveira Secretaria de saúde do DF Faculdades Juscelino Kubitschek  
Membro Efetivo

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves Departamento de Enfermagem (UnB) Membro Suplente

**BRASÍLIA  
DEZEMBRO 2002**

Dedico esse trabalho a minha avó Mercedes pela cumplicidade e amor incondicional que entremearam a nossa convivência.

### **Agradecimentos**

À Dirce, minha imensa gratidão, por seu espírito amigo, por sua tranquilidade e contribuição precisa nas orientações.

À Magali, antes de tudo por acreditar e apostar em meu crescimento intelectual e pela inestimável contribuição em minha formação acadêmica.

À Débora que através de seu admirável potencial intelectual proporcionou-me as primeiras indicações acerca da Bioética feminista e um convívio extremamente agradável.

À Ana América pelo seu espírito de justiça, solidariedade e colaboração profissional.

Ao professor Tomaz pela contribuição e compreensão.

Ao professor Córdon por sua cordialidade acadêmica.

À professora Ana Magnólia por sua preciosa colaboração no caminho metodológico.

Ao professor Volnei Garrafa pela primeira oportunidade acadêmica nos rumos da Bioética.

À Moema pela sua atuação decisiva nos últimos dias de elaboração dessa dissertação.

À Vanessa, Silvia, Grace e Vânia pela cordialidade.

À Lilia do Coren DF pela gentileza e afabilidade.

À minha irmã Lucien pela prontidão e carinho.

Ao meu irmão Júnior pela atenção e colaboração na revisão dessa dissertação.

À minha querida amiga Suzana pela imensa dedicação e ternura.

#### **Agradecimentos Especiais**

A querida vovó Mercedes a minha mais profunda gratidão pelos valiosos-^ ensinamentos, amor e carinho que entremearam a minha socialização.

Ao Cristiano pela tema cumplicidade, companheirismo, dedicação, solidariedade e amor demonstrados nos momentos mais difíceis.

Ao meu avô (*m memorium*) pelos últimos ensinamentos de tolerância, perseverança, esperança e mudança moral.

Aos meus familiares mais próximos pelo apoio, em especial a minha querida Fabiana por sua meiguice e afeto incondicional.

## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
RESUMO .....	ix
ABSTRACT .....	x
PRÓLOGO .....	xi
INTRODUÇÃO.....	1
HISTÓRIA MORAL DAS ENFERMEIRAS.....	1
CAPÍTULO PRIMEIRO	
BIOÉTICA CRÍTICA FEMINISTA.....	13
CAPÍTULO SEGUNDO	
ANÁLISE DO CONTEÚDO MIDIÁTICO .....	26
2.1. A escolha da mídia como fonte de dados.....	26
2.2. Análise de Conteúdo .....	28
2.3. Pesquisa Exploratória.....	29
2.4. Amostra .....	30
CAPÍTULO TERCEIRO	
PERSONAGENS MORAIS DAS ENFERMEIRAS NA MÍDIA.....	34
3.1. Iconografia e Simbologia Moral das Enfermeiras .....	34
3.2. Personagens Morais: a Mãe, a Santa, o Anjo, a Sombra do Médico, a Mulher-Objeto e a Doutora- Enfermeira.....	62
3.2.1. A Mãe .....	62
3.2.2. A Santa .....	64
3.2.3. O Anjo .....	67
3.2.4. A Sombra do Médico .....	68

3.2.5. Mulher-objeto.....	70
3.2.6. Doutora-enfermeira .....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	
MORALIDADES: ESPELHOS DA ILUSÃO .....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	85
ANEXOS .....	88

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Codificação dos elementos denotativos da unidade icônica I .....	36
Quadro 2: Codificação dos elementos conotativos da unidade icônica I .....	37
Quadro 3: Codificação dos elementos denotativos da unidade icônica II .....	38
Quadro 4: Codificação dos elementos conotativos da unidade icônica II .....	40
Quadro 5 : Codificação dos elementos denotativos da unidade icônica III .....	41
Quadro 6: Codificação dos elementos conotativos da unidade icônica III .....	42
Quadro 7: Codificação dos elementos denotativos da unidade icônica IV .....	43
Quadro 8: Codificação dos elementos conotativos da unidade icônica IV .....	43
Quadro 9: Agrupamento das categorias empíricas e elaboração da categoria síntese .....	44
Quadro 10: Codificação de artigo de jornais impressos .....	46
Quadro 11: Codificação de artigo de jornais impressos .....	47
Quadro 12: Codificação dos artigos de jornais impressos .....	49
Quadro 13: Codificação de matéria de revista .....	51
Quadro 14: Codificação de matéria de revista .....	52
Quadro 15 : Codificação de matérias de revista .....	53
Quadro 16: Codificação de reportagem televisiva .....	54
Quadro 17: Codificação de reportagem televisiva .....	55
Quadro 18: Codificação de entrevista televisiva.....	57
Quadro 19: Elaboração das categorias síntese que emergiram da análise dos textos .....	60
Quadro 20: Elaboração da categoria teórica.....	61

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 .....	102
FIGURA 2 .....	103
FIGURA 3 .....	104
FIGURA 4 .....	105
FIGURA 5 .....	106
FIGURA 6 .....	107
FIGURA 7 .....	108
FIGURA 8 .....	109
FIGURA 9 .....	110
FIGURA 10 .....	111
FIGURA 11 .....	112
FIGURA 12 .....	113
FIGURA 13 .....	114
FIGURA 14 .....	115
FIGURA 15 .....	116
FIGURA 16 .....	117

“Nós... somos aquilo que a linguagem nos permite ser; acreditamos naquilo que ela nos permite acreditar e só ela pode fazer-nos aceitar algo do outro como familiar, natural, ou pelo contrário, repudiá-lo como estranho, antinatural e ameaçador”.

**Jurandir Freire**

## RESUMO

A história moral das enfermeiras tem sido um fator impeditivo para o seu avanço profissional. Os construtos sociais atribuídos a essas profissionais permanecem como *marcas cegas* frente aos avanços técnicos e científicos incorporados à sua prática cotidiana, não tendo conseguido modificar as crenças vinculadas às enfermeiras e que se tornaram imunes ao próprio processo histórico. A socialização das enfermeiras, em sua maioria mulheres, incorpora as assimetrias de gênero, tipicamente marcadas pelas relações sociais de dominação-subordinação, opressão e subserviência. Essas prerrogativas constituem-se em elementos fundantes da sua condição de vulnerabilidade e contribuem para uma constante desvalorização profissional. Considerando essas questões, realizamos uma análise do conteúdo de matérias veiculadas pela mídia impressa e televisiva relacionadas diretamente ao fazer das enfermeiras, considerando ser essa uma entidade que sintetiza o poder simbólico de produzir e reproduzir o pensamento social. Essa análise aponta para a identificação das enfermeiras com papéis sociais tradicionalmente associados aos personagens a *mãe*, a *santa*, o *anjo*, a *sombra do médico*, a *mulher-objeto* e a *doutora-enfermeira*, cujos mecanismos de atribuição de valor simbólico se baseiam em sua posição de subserviência a qual contribui para reproduzir e propagar o *status* de vulnerabilidade profissional. Esse processo é reforçado pela aquisição e incorporação, ainda que não intencional, dessas identidades ilusórias por parte das enfermeiras, transformando-as em *espelhos da ilusão*. A redefinição dessa realidade pode e deve ser realizada através de um movimento político de valorização profissional centrado na figura moral das enfermeiras e conduzido por elas próprias de modo a subverter a lógica estabelecida, transformando o seu silêncio em palavras audíveis e que possam ser entendidas pela sociedade.

**Palavras chaves:** enfermeiras, bioética, mídia, moralidades, personagens morais.

## ABSTRACT

The moral history of nurses has been an impeding factor of their professional progress. The social concepts attributed to these professionals remain as *blind marks* as opposed to the technical and scientific progress that has been incorporated to their everyday practice, and it has been thus impossible to change the beliefs related to nurses, which beliefs became immune to the very historical process. The socialization of nurses, most of them women, incorporates the gender-related asymmetries typically marked by social relationships of domination-subordination, oppression and subservience. These prerogatives are basic elements of their condition of vulnerability and do contribute to their constant professional demeaning. Taking these issues into account, we have carried out an analysis of the content of copy transmitted by the printed media and by television directly related to nurses activities, since the media is a body that sums up the symbolic power of producing and reproducing social thinking. This analysis indicates a trend towards identifying nurses with social roles traditionally associated to characters such as the *mother*, the *saint*, the *ministering angel*, the *physician's shadow*, the *object woman* and the *nurse doctor*, whose mechanisms for the attribution of symbolic value are based upon their position of subservience which, in turn, contributes for the reproduction and the dissemination of the status of professional vulnerability. This process is reinforced by the acquisition and incorporation, although unintended, of these deceptive identities by nurses themselves, which renders them sort of *mirrors of illusion*. The redefinition of this reality can and should be carried out, through a political movement aimed at attributing due value to the nursing profession, a movement focused in the moral image of nurses and led by nurses, in order to subvert the time-honoured logic, turning their silence into audible words apt to be understood by society.

**Key words:** nurses, bioethics, the media, moralities, moral characters.

## PRÓLOGO

*Á minha vivência como enfermeira foi fator preponderante para a construção  
-/"X dessa dissertação. O fato de estar inserida nessa cultura propiciou-me o  
conhecimento do universo sócio-moral que envolve as diferentes nuances da profissão. Como  
estudante, fui socializada para obedecer a uma lógica permeada pelas relações de poder e  
dominação expressas pelas mais variadas formas de hierarquização e institucionalização. O  
papel social da enfermeira está ligado às relações sociais permeadas pela dominação e que  
se expressam em diferentes formas de submissão e subserviência à diade médico/instituição.  
Essa idéia está subjacente e explícita, sendo aceita como **natural** no processo de formação  
acadêmica. Esse modelo propicia a incorporação da crença tradicionalmente construída de  
que a profissão se expressa através de comportamentos e moralidades que devem ser  
apreendidos por parte das enfermeiras e entendidos como **naturais**, tais como a submissão, a  
subserviência, o silêncio moral. Esses comportamentos, além de serem propagados e  
perpetuados no âmbito da formação e da prática profissional, acabaram por ser  
incorporados ao pensamento social acerca do papel das enfermeiras como uma manifestação  
simbólica do caráter, das moralidades e identidades associadas a essas profissionais. Após  
ter passado por esse processo de aculturação profissional, essa tradição subserviente às  
estruturas de poder e dominação estavam fortemente incorporadas ao meu ethos profissional.  
No entanto, esse estado de submissão à crença seria intensamente questionado por mim no  
cotidiano de trabalho, uma vez que passei a vivenciar situações de clara desvalorização  
social da enfermagem e das enfermeiras. Os questionamentos que emergiram dessa situação  
foram os seguintes: "Seria esse modelo de submissão/opressão que eu estava desempenhando  
e reproduzindo o responsável pela falta de reconhecimento profissional?" e, ainda, "Porque  
apesar de todos os esforços empreendidos por nós enfermeiras para a valorização  
profissional e dos avanços incorporados do ponto de vista técnico e científico continuamos  
expostas à desvalorização profissional?". Descortinou-se para mim o caráter trágico das  
moralidades fortemente arraigadas à minha cultura profissional e que contribuem para expor  
afigura da enfermeira a um estado permanente de desvalorização. Desvalorização essa, em  
parte decorrente da perpetuação das representações simbólicas de identidades que são  
atribuídas pela sociedade às **mulheres-enfermeiras**. Atrelada a essa vivência cotidiana*

*passsei a me interessar pelos fatores que poderiam estar vinculados a essa situação e busquei analisar o imaginário e o simbolismo da sociedade em geral em relação às enfermeiras. A observação da postura social frente a esse contexto se tornou possível através de textos e imagens veiculados pela mídia, estrutura responsável por comunicar e difundir não apenas informações, mas também de reproduzir as representações simbólicas da e para a sociedade. Grande parte das imagens divulgadas estão centradas na figura da enfermeira e não na profissão da enfermagem. Estão, ainda, relacionadas a identidades construídas para as enfermeiras que exaltam, por um lado, a feminilidade e a sedução corporal e, por outro, em franca oposição, a símbolos sagrados representados pelo anjo e pela mulher-mãe. Frente a esse contexto, me propus a verificar como as imagens veiculadas pela mídia impressa e televisiva contribuem para a manutenção e sedimentação dos papéis tradicionalmente vinculados às enfermeiras e que contribuem para a sua desvalorização profissional frente à sociedade, às instituições e a outros profissionais que compõem a equipe de saúde.*

## INTRODUÇÃO

### HISTÓRIA MORAL DAS ENFERMEIRAS<sup>1</sup>

**E**m meados do século XIX, quando formalmente surgiu a enfermagem profissional, parte da socialização das mulheres estava voltada exclusivamente para atividades laborais domésticas e para o papel social do cuidado. Essa concepção era fruto de uma reconhecida *natureza* feminina associada à maternidade. Qualquer outra atividade por elas desempenhada fora do espaço privado deveria ser realizada somente na condição de um ato caridoso, jamais remunerado ou convencionalmente admitido pela sociedade da época. Foi assim que as primeiras enfermeiras, ainda não reconhecidas formalmente, eram pessoas caridosas ou jovens abastadas, em sua maioria mulheres e que desempenhavam o papel de cuidadoras, através de conhecimentos informais herdados do senso comum feminino<sup>2</sup>.

O surgimento da enfermagem, no âmbito do discurso formal, ocorreu através das idéias desenvolvidas por Florence Nightingale, jovem procedente da classe burguesa britânica da época, que propunha a incorporação de princípios de saneamento e compromisso institucional à prática de enfermagem. Atingiu um *status* de autoridade em cuidados hospitalares e teve uma atuação socialmente reconhecida na Guerra da Criméia, onde ela e sua equipe de enfermeiras tiveram o mérito de reduzir consideravelmente a mortalidade entre os soldados feridos. Florence acreditava ser necessária uma preparação formal e sistemática para os prestadores de cuidados no âmbito da saúde, guiada por princípios morais<sup>3</sup>.

Entretanto, mesmo considerando os méritos alcançados pelo modelo Nightingaleano de profissionalização da enfermagem, no que diz respeito à melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados, os seus pressupostos reproduziam as idéias tradicionalistas da sociedade burguesa de então. Alguns críticos desse modelo chegam a compará-lo a uma adaptação do modelo doméstico-burguês às práticas de enfermagem. O *status* de *mulher-mãe* do setor privado se reproduziria no setor público na figura das *mulheres-enfermeiras*<sup>4</sup>.

Havia uma preocupação em moralizar a figura dessas profissionais a fim de equiparar os seus comportamentos aos esperados para as mulheres de bem da sociedade britânica. Elas eram socializadas para cuidar com disciplina, vocação, abnegação, obediência e dedicação. Essas prerrogativas apontam para o caráter precursor da proposta Nightingaleana de formação no que diz respeito às relações de dominação-subordinação profissionais presentes ainda na atualidade. Vale ressaltar, inclusive, os pensamentos reacionários de Florence a esse respeito, ao se posicionar contrariamente à obtenção de registro oficial para a profissão de enfermagem, argumentando que o real significado da profissão estava interligado ao seu espírito vocacional e de submissão, idéias essas que reforçavam a sua concordância com a autoridade social dominante e constituída<sup>5</sup>. Esse modelo foi transculturado mundialmente e atingiu o *status* de modelo dominante, sendo assim legitimado e adotado como ideal para a formação moral e profissional das enfermeiras.

A enfermagem brasileira também sofreu influências desse modelo que, em alguma medida, foi adaptado à realidade social das mulheres brasileiras, semelhantemente ao padrão aceito de *mulheres-mães-cuidadoras* de toda civilização ocidental. No entanto, nessa época, a divisão de trabalho na profissão de enfermagem já seguia uma lógica de hierarquização, privilegiando os atributos cognitivos desempenhados pela *ladies nurses* em detrimento dos atributos manuais exercidos pelas *nurses*<sup>6</sup>. Essa divisão obedecia a uma lógica de reprodução dos sistemas de poder e estratificação das classes sociais da aristocracia burguesa, dividindo o trabalho de acordo com a origem social das profissionais. Sendo assim, às *ladies nurses* caberia o comando e às *nurses* o fazer da profissão, de forma a reproduzir intra-profissionalmente o modelo de dominação-subordinação, legitimado e incorporado pelo modelo Nightingaleano.

Anda hoje, essas características persistem na prática laboral, havendo uma divisão do trabalho de enfermagem, que é formalmente desempenhado por três categorias profissionais: enfermeiras, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Os preceitos que regem essa divisão-fragmentação do processo de trabalho também estão baseados no grau de conhecimento técnico-científico de cada um desses agentes.

A proposta moral do modelo de Florence Nightingale consistia em introduzir mulheres de classes sociais mais elevadas nas práticas de enfermagem, que anteriormente eram majoritariamente exercidas por pessoas de caráter moral duvidoso e classes sociais mais baixas. Os preceitos morais utilizados nas propostas de socialização dessas profissionais

contribuíram para construir um estatuto profissional marcado pela reprodução do *status quo* da classe dominante ao aceitarem passivamente a posição de profissionais subservientes.

Ao analisarmos a história moral das enfermeiras, torna-se sumamente importante considerar que as atitudes, crenças e comportamentos estão diretamente relacionados com as mulheres, sendo que essas influenciaram consideravelmente os preceitos da socialização daquelas profissionais e, em consequência disso, a sua própria prática cotidiana. O estatuto social das mulheres foi incorporado ao estatuto profissional das enfermeiras. Kuhse (1997) realiza uma análise das metáforas associadas às mulheres e apresenta as possíveis analogias com as enfermeiras. As mulheres desempenham tradicionalmente o papel de esposas e mães, segundo uma cultura patriarcal caracterizada pela subserviência e submissão. As enfermeiras reproduzem o modelo *mulher-boa mãe-boa enfermeira* em suas teias relacionais, o que acarreta a sedimentação das assimetrias de gênero. Assim como na vivência privada, as enfermeiras incorporam em suas atividades laborais o mesmo tipo de vínculo: a assunção da dominação-subordinação, agora fortemente presente em sua prática profissional<sup>7</sup>.

Esse *status* perverso de *mulheres-enfermeiras*, caracterizado pela submissão, atravessou a história e tem caracterizado a profissão. Essa condição de desigualdade estabelecida nas teias das relações que envolvem essas duas categorias profissionais - médicos e enfermeiras - contribui para que as enfermeiras permaneçam *invisíveis* diante do poder dominante incorporado pelos médicos, predominantemente homens e que adotaram como seus os atributos masculinos das relações de hierarquia e poder<sup>8</sup>.

Kuhse (1997), em sua obra *Caring: Nurses, Women and Ethics*, faz uma crítica severa a esse modelo de subserviência que, além de estender seus pressupostos às questões técnicas marcadas pelas fronteiras das competências, fazem-no também no campo das decisões morais<sup>9</sup>. E assim que o poder do saber técnico socialmente instituído e assumido pelos médicos se transforma também em poder ético.

As enfermeiras, ao atuarem de acordo com essa lógica, são consideradas incapazes de tomar suas próprias decisões éticas e acabam por assumir, como verdadeiras e suas, as decisões efetuadas pelos médicos. Essa é uma situação que precisa ser urgentemente questionada, uma vez que esse profissional pode ser considerado um especialista/técnico em medicina, mas não necessariamente em ética. Ao argumentar se as prerrogativas médicas deveriam ser estendidas também para as questões morais, Gorovitz (1976) reforça a idéia de

que o poder técnico não deve ser necessariamente convertido em poder ético, introduzindo outros agentes nesse contexto<sup>10</sup>.

No entanto, torna-se importante ressaltar que o saber técnico, no caso do médico, sobrepõe-se às moralidades, uma vez que incorpora a idéia de que esse é um saber superior a todos os outros, inclusive aos saberes ético-morais. Embora as enfermeiras tenham incorporado em sua prática os avanços técnico-científicos presentes na área da saúde, ainda não são reconhecidas como *experts* e técnicas capazes de absorvê-los e implementá-los na prática. Vale ressaltar que, em grande parte das instituições hospitalares, o exercício do domínio técnico requer não apenas a presença de habilidades cognitivas, mas, também, um determinado *status* moral de quem o detém. Essa constatação demonstra que, no caso das enfermeiras, as moralidades que acompanham a profissão desde o seu primórdio, ainda se sobrepõem a essa nova lógica de distribuição entre os membros da equipe desse saber técnico.

Kuhse (1997) considera que essa situação precisa ser revertida e isso pode ser feito através do resgate da *voz ética* das enfermeiras, a qual pode constituir-se em importante elemento de transposição do poder técnico incorporado pelos médicos. Essa *voz ética*, no entanto, não deve ser entendida segundo os pressupostos essencialistas da ética do cuidar duramente criticados por essa autora<sup>11</sup>. Ao chamar a atenção para os efeitos perniciosos produzidos por uma ética feminina do cuidar, a autora aponta para a necessidade dessa voz ser autêntica e não apenas uma mera reprodução de verdades já legitimadas pelos médicos. A autenticidade é um fator condicionante para que essa *voz das enfermeiras* não se transforme apenas em ecos da *voz dominante*.

As idéias desenvolvidas por Kuhse poderiam, ainda, ser traduzidas segundo um modelo de subversão da ordem moral praticada pelas enfermeiras. Conforme sua argumentação, a inserção das enfermeiras no processo de tomada de decisão ética representa a entrada em um campo que não deve ser domínio exclusivo dos médicos e tão pouco convertido em mais um meio de subordinação.

A *voz ética*, como uma forma de dar voz aos oprimidos, longe de apontar para a elegibilidade de uma nova autoridade, ressalta a importância de um processo compartilhado na tomada de decisões em situações de conflito moral que ao contrário de abafar a voz das enfermeiras, torná-la-ia audível no conjunto de vozes que participam do processo decisório. Porém, qualquer esforço que utilizasse os próprios artifícios de dominação como instrumentos

de subversão estaria fadado ao fracasso, pois esse é um caminho que reforça a existência de autoridades - técnicas ou éticas -, as quais incorporam as hierarquias de poder<sup>12</sup>. Sendo assim, a saída moral contida nessa proposta pode evidenciar que o caminho de transposição do discurso dominante não deve ser trilhado de forma a se sobrepor ou subpor a ele, mas de uma maneira que seja possível compor um discurso compartilhado e, portanto, livre de monopólios.

Para Rorty (1994), a imposição de um vocabulário dominante só é possível na medida em que se reconhece a existência de verdades absolutas - por si só imutáveis. Sendo assim, inviabilizariam qualquer tipo de argumentação em contrário. Sob essa ótica, torna-se evidente o grande poder delegado à técnica e, obviamente, à pessoa que a utiliza. Na nossa sociedade, essa pessoa é representada pelo médico. Segundo esse autor, seria impossível a existência de um vocabulário dos oprimidos - nesse caso, para as enfermeiras -, uma vez que a linguagem utilizada por eles já não funciona, exatamente por não conseguirem articular palavras novas e audíveis àqueles que detém o poder.

Esse argumento nos remete à voz - ou seja, à construção de um diálogo próprio - ou à falta dessa entre as enfermeiras. A possibilidade de *passar do silêncio à fala* deve ser considerada através do reconhecimento, também por parte dos oprimidos, da existência de diferentes vocabulários<sup>13</sup>. Essa percepção permitirá que eles não adotem, como suas, as verdades/vocabulários dominantes. Dessa forma, poderão operar sob uma outra lógica agora pautada na democracia e na liberdade compartilhada. A passagem de uma posição passiva e inaudível para o protagonismo no campo das idéias e do discurso é uma condição que deve ser assumida pelas próprias enfermeiras como estratégia para alcançar uma efetiva mudança nas relações de poder, tradicionalmente marcadas pela desigualdade e hierarquização profissional. Kuhse (1997) reforça essa necessidade estratégica ao utilizar a metáfora *o gigante adormecido*, como forma de expressar que a falta de poder das enfermeiras continuará a se propagar se elas permanecerem em uma posição passiva -e imóvel diante de uma inaceitável condição de submissão<sup>14</sup>. Essa condição trágica das enfermeiras, expressa pela subserviência, furta-as de qualquer tentativa de interpretação e questionamento do discurso dominante tornando as suas vozes detidas e irreconhecidas.<sup>15</sup>

Fica evidente que a história moral das enfermeiras não pode ser separada da divisão moral do trabalho entre médicos e enfermeiras, o que retoma as questões relacionadas aos papéis de gênero, a hierarquização e o exercício do poder técnico-ético vinculados a essas

duas categorias profissionais. Tampouco, podemos deixar de apartá-las do papel social que lhes é imputado pela tradição, qual seja: o cuidado praticado pelas *mulheres-mães*. Um papel que se reproduz diariamente na prática profissional das *mulheres-enfermeiras*.

O processo de profissionalização do cuidado, conforme sugere Collière (1999), teve o mérito de lhe conferir um *status* institucionalizado, ou seja, valorizado pela sociedade e frente às demais profissões da saúde<sup>16</sup>. No entanto, o cuidado passou a ser duplamente construído, naturalizando-se em duas esferas distintas: na esfera privada, como um atributo eminentemente associado ao fazer feminino, e na esfera pública, como um predicado vinculado tradicionalmente às *mulheres-enfermeiras*. Essa dupla naturalização do cuidado contribui, na verdade, não para valorizá-lo, mas para sedimentar as metáforas associadas ao cuidar e se contrapõe à proposta de que isso seria possível através de sua profissionalização e institucionalização. A autora esperava com esse pressuposto associar o cuidado à profissão de enfermagem numa tentativa de desvinculá-lo da figura da enfermeira. Muito embora, em sua argumentação, reconheça que a associação do cuidado à figura da enfermeira remete-se ao cuidado prestado pelas mulheres como uma prática elaborada segundo a fecundidade, a maternidade.

Dessa forma, a sua proposta focaliza uma espécie de *empoderamento* antes centrado na profissão enfermagem, do que propriamente na figura das enfermeiras. O mérito do pressuposto de Collière (1999) reside no reconhecimento de que os mecanismos de valorização social estão diretamente ligados à figura das enfermeiras e, em consequência, ao papel esperado e aceito como *natural* para elas<sup>17</sup>. Essa constatação nos remete à reprodução dos papéis de gênero, ainda fortemente arraigados nas sociedades contemporâneas. Sendo assim, os mecanismos de *empoderamento* deveriam primeiramente estar direcionados a essa figura moralizada de forma desprivilegiada, no sentido de recolocá-la em uma posição de valorização social. Essa é uma situação que se contrapõe a todos os esforços empreendidos no sentido de incorporar os avanços técnico-científicos na prática cotidiana, objetivando aperfeiçoar o cuidado e transpor a história moral das enfermeiras.

Collière (1999) reconhece que o cuidado esteve historicamente associado a uma função subordinada quando desempenhado prioritariamente por *mulher es-mães*. Ela argumenta que com o passar do tempo essa conotação do cuidado se modificou. No entanto, torna-se interessante ressaltar quais foram as condições em que essa mudança ocorreu. Segundo suas palavras: “Despojada de seus valores, privada de uma renovação de

conhecimentos, dividida em tarefas dissociadas, a função de cuidados torna-se uma função subalterna desprovida de seu valor social e econômico, até o dia em que, sob o impacto da pressão médica, se transforma na função de 'tratar' ”<sup>18</sup>. Ora, o cuidado quando desempenhado pelo médico - profissão tradicionalmente exercida por homens, com reconhecido prestígio social - atinge seu mais elevado *status* com a transposição da prática do médico de família para o atendimento hospitalar, com atividades laborais divididas em classes e especialidades bem definidas, transformando o cuidar em tratamento do doente. Nesse processo, ocorre, evidentemente, a valorização do seu papel à medida que a figura desse profissional passa a ser duplamente valorizada: por pertencer ao gênero masculino e por supostamente sintetizar em sua pessoa o poder da técnica.

Esse é um processo que ainda não ocorreu com o cuidado desempenhado pelas enfermeiras. Para que ele ocorra, é imprescindível que haja um movimento que permita a sua transformação política, social e cultural, no sentido de não apenas recolocar a mulher em uma posição social de vantagem, mas também de permitir a liberdade para que ela exerça seus diferentes papéis sem a opressão de gênero e a hierarquização de poderes existentes na sociedade. Atualmente, o cuidado assume um *status* social desprivilegiado, uma vez que se encontra, ainda, atrelado a papéis exercidos por pessoas do gênero feminino, muito embora Collière (1999) acredite que tenha ocorrido um processo de profissionalização do cuidado que lhe conferiu *status* privilegiado na prática profissional da enfermagem<sup>19</sup>.

De acordo com essa autora há, ainda, um segundo mecanismo de subordinação o qual as enfermeiras estão expostas: a subordinação da prática profissional de enfermagem ao papel representado pela enfermeira. Com esse argumento, Collière (1999) procura demonstrar que, ao invés de centrarem-se na profissão de enfermagem, as teias de relações profissionais, sociais e culturais estão direcionadas à figura da enfermeira. E assim que o papel desempenhado por essa profissional, quando apreendido aos olhos da cultura, encontra-se intimamente ligado às representações simbólicas e imaginárias atribuídas a ele.

A identificação social da enfermeira com os papéis femininos socialmente construídos é crucial para esse entendimento na medida em que esse grupo profissional é, em sua maioria, composto por mulheres. Dessa forma, ao assumir como atributo profissional o cuidado, as enfermeiras estão, na verdade, remetendo-se às suas origens femininas, o que reforça as assimetrias que tentam desesperadamente transformar.

Através da exposição e argumentação dessas propostas de revalorização profissional, elaboradas por enfermeiras, podemos constatar que essas autoras estão tentando articular novos vocabulários, porém ainda não conseguiram torná-los audíveis nem intra nem extra-classe. Se considerarmos que os mecanismos de *empoderamento*, em certa medida, são as próprias tentativas de construção de um poder paralelo, podemos dizer que infelizmente as enfermeiras não conseguiram realizá-los concretamente. Essa situação é ocasionada pela incomensurabilidade das moralidades desprivilegiadas e subjacentes à história moral dessas profissionais. Essas moralidades funcionam como *marcas cegas* que dificultam a elaboração de um vocabulário profissional próprio e autêntico<sup>20</sup>.

Muito embora, as enfermeiras reconheçam seu estatuto de desvalorização profissional, a maioria delas continua coletiva e arbitrariamente sendo levada a atuar segundo os moldes da lógica dominante. O processo de mudança da situação de opressão exige por excelência três elementos interligados e interdependentes: o reconhecimento da dominação, o entendimento da sua lógica de funcionamento e a localização precisa da estrutura de poder e da figura que o exerce<sup>21</sup>. Os mecanismos de legitimação exercidos pela cultura e pelo processo de socialização dos indivíduos tornam o domínio exercido pelas verdades absolutas ainda mais forte. Diante do fascínio ocasionado por essas verdades, o oprimido acaba por substituir o seu vocabulário final por aquele das pessoas que o dominam, o que contribui para tornar-se invisível também aos seus próprios olhos<sup>22</sup>. O costume e a proximidade com uma verdade fazem com que ela se dissimule “sob o clarão de sua visibilidade mesma” produzindo a cegueira transitória<sup>23</sup>.

Por esse motivo, as enfermeiras se colocam e permanecem em uma condição de vulnerabilidade, pois não estão utilizando mecanismos efetivos de localização da estrutura opressora. Além disso, se colocam sob a ordem dominante, apesar de sentirem-se atingidas pelas conseqüências perniciosas desencadeadas por essa situação em sua prática profissional.

Assim, a *vulnerabilidade profissional* no contexto da prática das enfermeiras pode ser entendida como o elemento resultante de fatores *individuais*: principalmente cognitivos e comportamentais (subserviência e submissão), e *coletivos*: relacionados ao processo de socialização, às representações sobre a profissão e à figura da enfermeira, à falta de poder, à desvalorização profissional e à hierarquização e assimetrias de gênero. Estar em situação de vulnerabilidade significa dizer que a pessoa ou grupo está em situação de desvantagem e,

conseqüentemente, tem a sua autonomia e poder reduzidos e condicionados às moralidades e valores daqueles que os dominam.

Essa é uma situação que pode se perpetuar em função dos instrumentos utilizados para disseminar os símbolos tradicionalmente associados à enfermagem e às enfermeiras. A mídia - como uma instância de poder, capaz de apreender e reconstruir as diferentes maneiras, por meio das quais a realidade social é representada entre os membros de determinada comunidade - pode atuar como instrumento de reprodução e sedimentação das desigualdades presentes na sociedade. ícones, códigos e imagens passam do plano simbólico para o plano das relações sociais e delimitam comportamentos, valores e atitudes que expressam as moralidades relacionadas à construção das identidades individuais e coletivas.

Nesse sentido, a pergunta norteadora dessa pesquisa foi elaborada considerando a existência de moralidades subjacentes e explícitas que contribuem para perpetuar a posição de subserviência das enfermeiras. Assim, buscamos analisar *“Como as imagens e o discurso veiculados pela mídia impressa e televisiva contribuem para a manutenção e sedimentação da vulnerabilidade e desvalorização profissional das enfermeiras em um contexto de grandes avanços técnicos e científicos incorporados à prática cotidiana?”*

É frente a essa conjuntura que se justifica a realização dessa pesquisa, uma vez que a manutenção do *status quo* no contexto das práticas de saúde privilegia apenas aqueles profissionais que tradicionalmente detém o poder, colocando na invisibilidade as experiências de profissionais em situação de desvantagem, o que contribui para sedimentar a vulnerabilidade dessas pessoas. Nesse sentido, o percurso teórico-metodológico privilegia a inter-relação do conceito de vulnerabilidade, as moralidades expressas e subjacentes em relação às enfermeiras e a percepção social sobre o papel exercido por elas. Assim, sua configuração apresenta a seguinte estrutura:

**Capítulo Primeiro: “Bioética Crítica Feminista”** Tem como enfoque principal a vertente da *bioética crítica*, que faz a aproximação com as questões de gênero, sendo uma corrente teórica catalisadora das inquietações relacionadas à perpetuação de modelos autoritários e hierarquizados, em uma tentativa de dar voz aos oprimidos, mostrando-se uma alternativa interessante para a análise das questões da vulnerabilidade profissional das enfermeiras.

**Capítulo Segundo: “Análise do Conteúdo Midiático”** - Focaliza as questões relacionadas ao método utilizado na pesquisa, os procedimentos metodológicos adotados na aproximação do objeto, a forma de seleção das matérias e imagens analisadas e a descrição dos critérios de codificação utilizados para a análise.

**Capítulo Terceiro: “Personagens Morais das Enfermeiras na Mídia”** - Apresenta de forma detalhada os resultados encontrados a partir da pesquisa empírica realizada. A construção da vulnerabilidade profissional pode ser apreendida através dos personagens morais atribuídos às enfermeiras através dos simbolismos, da iconografia e do imaginário social reproduzido nas imagens e no discurso midiático.

**Considerações Finais: “Moralidades: Espelhos da Ilusão”** - Delineia algumas conclusões e considerações sobre o problema investigado, oferecendo a possibilidade de tornar visíveis as experiências das enfermeiras e a oportunidade de passar do silêncio à fala em um movimento para dar voz às enfermeiras.

- <sup>1</sup> A denominação *enfermeira(s)* é utilizada, nessa dissertação, no feminino, para designar as(os) profissionais enfermeiras(os) por concordarmos com o posicionamento de Helga Kuhse ao referir que independente do sexo a pessoa que exerce a enfermagem assume os estereótipos de gênero construídos e legitimados pela sociedade. KUHSE, H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell, 1997. 296 p.
- <sup>2</sup> GEOVANINI, F.; MOREIRA A.; DORNELLES, S. & MACHADO, W.P.A. *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 205 p.
- <sup>3</sup> NIGHTINGALE, F. *Notas de Enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez, 1989. Trad. Amália Correa de Carvalho.
- <sup>4</sup> GEOVANINI, F.; MOREIRA A.; DORNELLES, S. & MACHADO, W.P.A. A enfermagem moderna. In: *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 175-85.
- <sup>5</sup> Ibidem.
- <sup>6</sup> GEOVANINI, F.; MOREIRA A.; DORNELLES, S. & MACHADO, W.P.A. op. cit. 205 p.
- <sup>7</sup> KUHSE, H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell, 1997. 296 p.
- <sup>8</sup> TONG, R. *Feminist approaches to bioethics: theoretical, reflections and practical applications*. United States: Westview, 1997. 280p.
- <sup>9</sup> KUHSE, H. op. cit. 296 p.
- <sup>10</sup> GOROVITZ, S.; JAMETON, AL.; MACKLIN, Ruth et al. *Moral problems in medicine*. New Jersey: Prentice-Hall, 1976. p.xii.
- <sup>11</sup> KUHSE, H. op. cit. 296 p.
- <sup>12</sup> RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994. 253 p. Tradução: Nuno Ferreira da Fonseca. Ver também: DINIZ, D. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Brasília, 1999. 226 p. Tese (Doutorado em Antropologia) - Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1999.
- <sup>13</sup> ROSSET, C. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989. 198 p. Tradução: Fernando J. Fagundes Ribeiro e Ivana Bentes. Ver também, GUILHEM, D. *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids*. Brasília, 2000. 260 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde - Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2000.
- <sup>14</sup> KUHSE, H. op. cit. 296 p.
- <sup>15</sup> A filosofia trágica é amplamente trabalhada por Rosset. Para ele uma das condições do trágico se traduziria em algo que emudece e se furta a qualquer tentativa de interpretação racional ou moral. Essa condição elegeria como discurso o próprio silêncio. ROSSET, C. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989. 198 p. Tradução: Fernando J. Fagundes Ribeiro e Ivana Bentes.
- <sup>16</sup> COLLIERE, M.F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª Tiragem. Lisboa - Porto - Coimbra: Lidei Edições Técnicas, 1999. 385 p.
- <sup>17</sup> Ibidem.
- <sup>18</sup> Idem, p. 349
- <sup>19</sup> COLLIERE, M.F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª Tiragem. Lisboa - Porto - Coimbra: Lidei Edições Técnicas, 1999. 385 p. ^
- <sup>20</sup> RORTY adota o conceito de *marca cega* como sendo marcas "impressas" pela tradição e por vocabulários ("verdades") considerados universais, que fazem parte da identidade das pessoas, condicionando seus comportamentos. Refletir sobre essas marcas cegas permite a possibilidade de redescoberta da consciência moral, de forma individualizada, oportunizando a adoção de novas posturas e comportamentos frente às contingências decorrentes do viver. RORTY, R. A contingência da individualidade. In: *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Editorial Presença, 1994: 47-70; GUILHEM, D. Mulheres e Vulnerabilidade. In: *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids*. Brasília, 2000. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde - Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2000. p. 94.
- <sup>21</sup> BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 158 p.

<sup>22</sup> Rorty define o conceito de *vocabulário final*: “todos os seres humanos se fazem acompanhar de um conjunto de palavras que empregam para justificar as suas acções, as suas crenças e as suas vidas. São as palavras com as quais formulamos o louvor dos nossos amigos e atacamos os nossos inimigos ou nas quais formulamos os nossos projectos a longo prazo, as nossas dúvidas pessoais mais profundas e as nossas mais elevadas esperanças. São as palavras nas quais, por vezes prospectivamente e por vezes retrospectivamente, contamos a história das nossas vidas”. RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994. p. 103.

<sup>23</sup> ROSSET, C. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989. p. 69. Tradução: Fernando J. Fagundes Ribeiro e Ivana Bentes

## CAPÍTULO PRIMEIRO

### BIOÉTICA CRÍTICA FEMINISTA

O contexto sócio-moral anterior ao surgimento e a consolidação acadêmica da bioética caracterizou-se por apresentar uma sociedade que passava por grandes mudanças em seus valores tradicionais. Isso ocorreu em decorrência das novas situações criadas pelos avanços científicos e tecnológicos, bem como por diversos movimentos culturais, políticos e ideológicos, tais como o feminismo, o movimento anti-segregacionista e o movimento *hippie*. Foi assim que, em meados da década de 60, o mundo assistiu a grandes transformações, nos campos da ciência e da moralidade, que ditaram novos rumos à humanidade.

A sedução prometida pela busca de novos avanços e mudanças em nome da ciência contribuiu para expor ainda mais grupos socialmente marginalizados ou segregados - tais como mulheres, crianças, idosos, negros e doentes mentais - a situações de vulnerabilidade. Uma situação que ocorria, principalmente, devido ao fato de eles se constituírem em alvos facilmente manipuláveis por outros grupos que ocupavam um *status* socialmente privilegiado e que adotavam um comportamento moralmente duvidoso em seus atos. A posição de marginalidade desses grupos oprimidos os expunha a riscos à medida que eles eram escolhidos para a realização de diversos experimentos, sobretudo aqueles efetuados na área da saúde, desconsiderando critérios anteriormente estabelecidos, como, por exemplo, o Código de Nuremberg e a Declaração de Helsinki.

O modelo moral que dava suporte ao comportamento social em geral estava calcado na filosofia tradicional. Tal ótica vislumbrava o homem sob uma posição idealizada que não considerava sua inserção social e, portanto, suas relações com o outro e com as diferentes moralidades envolvidas. Apresentava antes um homem cujo comportamento moral era universalizável, o que correspondia à elaboração de leis genéricas e abstratas, que funcionavam como diretrizes para os seus comportamentos. Esse pensamento caracterizava

uma herança da tradição Kantiana que tinha como prerrogativa a utilização de leis morais universais como linha reguladora do comportamento ético humano<sup>1</sup>.

Era assim, baseando-se em leis morais, do tipo *fazer o bem, não fazer o mal*, que alguns grupos sociais agiam pensando que estariam contribuindo para o bem-viver da humanidade. Considerando esses pontos de vista, a exposição de inocentes, oprimidos e marginalizados ao risco de experimentos duvidosos do ponto de vista moral não consistiria em uma situação eticamente reprovável.

Ora, esse contexto clamava por uma mudança nas abordagens ético-morais, que não podiam continuar silenciando a humanidade. Em contrapartida, era preciso dar voz aos oprimidos, deixar aparecer os omitidos e contribuir para um convívio de respeito às diferenças e à pluralidade moral. As mudanças deveriam, além de contemplar as questões relativas a comportamentos morais duvidosos, dar conta, também, de apontar saídas plausíveis para os diferentes dilemas decorrentes das transformações ocorridas nas relações e valores sociais.

Foi assim que alguns grupos sociais, moralmente sensibilizados pela situação em que se encontravam as pessoas submetidas a experimentos e preocupados com as crescentes situações conflituosas decorrentes dos avanços científicos e tecnológicos e sem saída moral aparente, clamaram por uma nova ética que antes de elaborar divagações abstratas pudesse dar conta das condições concretas.

A bioética surge nesse contexto de intensos questionamentos acerca do comportamento ético-moral da sociedade e diante da necessidade de se elaborar reflexões que apontassem para um caminho mais adequado às novas relações sociais. Contudo, é importante ressaltar que as intenções iniciais que impulsionaram o aparecimento da bioética embora fossem inovadoras e versassem por uma coexistência moral dos diferentes, pela proteção dos vulneráveis e por uma reflexão ética abrangente, tiveram as suas principais teorias embasadas em pensamentos calcados na filosofia moral tradicional<sup>2</sup>.

Como exemplo, o livro publicado pela primeira vez em 1976, *Moral Problems in Medicine*, organizado pelo filósofo Samuel Gorovitz, reunia uma coletânea de textos elaborados por médicos e filósofos acerca de temas diversos, tais como a relação médico-paciente, consentimento livre e esclarecido, eutanásia, aborto, suicídio, alocação de recursos,

morte e dignidade. Temas que já faziam parte das preocupações morais daquela época, ainda que sob uma abordagem essencialmente tradicionalista<sup>3</sup>.

Nessa mesma linha filosófica, estava a obra que impulsionou e consolidou a bioética academicamente e que tinha como autores o filósofo Tom Beauchamp e o teólogo James Childress, intitulada *Principles of Biomedical Ethics*, publicada em 1979<sup>4</sup>. Essa obra antes de representar uma mudança no que se refere ao referencial filosófico moral que já havia demonstrado não funcionar na prática, representava uma reprodução de ideais universalizantes. Os autores propuseram algumas ferramentas morais como diretrizes para solucionar os dilemas éticos que envolviam a saúde e doença das pessoas. Tais ferramentas ficaram conhecidas na literatura como *princípios éticos* identificados como: **beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça**<sup>5</sup>. Ferramentas que tinham como principal pressuposto instrumentalizar as decisões morais mediante a sua aplicação no campo das ciências biomédicas.

A proposta contida nesta obra foi amplamente difundida, sedimentando-se como a teoria bioética mais propagada nos meios acadêmicos e, por esse motivo, acabou por atingir o *status* de teoria dominante. Esse fator contribuiu para que essa teoria fosse confundida, inclusive, com a própria bioética. A sua utilização massiva e inquestionável perdurou por quase duas décadas e rendeu à teoria um prosaico apelido qual seja *Principlismo*. O seu sucesso pautou-se, entre outras coisas, em sua praticidade por apontar saídas para os conflitos morais sem que houvesse a necessidade de se empreender grandes esforços para a sua aplicação por parte de seus usuários.

Ademais, essa característica permitiu que ela fosse utilizada não somente no contexto norte-americano, mas, também, permitiu a sua transculturação para diferentes países onde passou a ser referência na área da bioética. Isso ocorreu, sobretudo, em países considerados periféricos em bioética, isto é, que não produziam suas próprias teorias nesta área<sup>6</sup>. No entanto, esse processo de importação desvinculou a teoria de sua realidade original para outra totalmente diversa, o que contribuiu para a sua incapacidade e insuficiência prática para dar conta de outras moralidades .

A bioética, então, apesar de ter nascido com uma proposta de mudança para um modelo ético-moral insuficiente, incorporou em suas primeiras teorias a lógica de atuação

desse mesmo modelo. Nesse sentido, ainda que arbitrariamente, descansou-se no conforto da crença de que uma solução havia sido encontrada para o enfrentamento dos conflitos morais advindos das novas situações vivenciadas pelos seres humanos.

Pura ilusão trágica, descortinada ao se apreender que a mera aplicação de regras morais limitava a visão dos conflitos e tornava a sua totalidade invisível e inaudível<sup>8</sup>. Frente a esse contexto, onde a experiência das pessoas se encontrava escondida na generalidade, começaram a surgir as primeiras críticas ao *Princípioalismo*. É importante ressaltar que, apesar das críticas a esse modelo, ainda hoje ele é amplamente conhecido e utilizado na área da bioética, especialmente nos países periféricos.

As críticas a essa teoria apontavam principalmente para a sua inabilidade em mediar os mais diversos conflitos morais que se tornaram ainda mais evidentes através dos crescentes movimentos de questionamentos sociais. Ora, uma proposta universalizante não poderia dar conta do pluralismo moral e cultural, não poderia contemplar as diferenças e não era suficiente para problematizar as estruturas de dominação. Ao se questionar a *Teoria dos Princípios*, críticas acabaram por ser apontadas também à própria bioética que, ao repousar na tranqüilidade dos *princípios éticos*, deixou de lado a sua proposta inicial de proteção dos vulneráveis, de respeitar as diferenças e de mediar, de fato, os conflitos morais. Essas críticas, que focalizavam o seu pressuposto filosófico tradicionalista e sua evidente falência na abordagem dos dilemas morais, tiveram o mérito de descolar a bioética dos princípios éticos<sup>9</sup>.

Dentre as críticas direcionadas à bioética, destacamos aquelas apoiadas nas teorias feministas que emergiram formalmente nos anos 90, apesar de já existirem alguns escritos críticos a partir dos anos 80. Elas foram endereçadas de forma contundente às teorias bioéticas utilizadas, então, pois as mesmas estavam embasadas e mantinham uma aproximação estreita com as correntes éticas tradicionais. Em decorrência disso, falharam na tentativa de subjugar as estruturas de poder que compõem a lógica social através da qual as decisões são tomadas. Fato que também torna obscurecido os direitos e valores das mulheres tradicionalmente oprimidas por esse modelo de dominação.

E importante salientar que, além de defender uma política social que recoloca as mulheres em uma posição moralmente favorável, as teorias feministas também incorporam a defesa dos interesses de outros grupos igualmente oprimidos, dos direitos humanos e do

desenvolvimento de estratégias éticas de intervenção perante as desigualdades sociais que levem em conta a pluralidade moral e a coexistência na diversidade.

Estava claro, então, que para as situações de franca necessidade de deliberações morais, a condição social das pessoas envolvidas tinha que ser considerada. Segundo argumenta Sherwin (1992): “Em lugar do agente isolado, independente e racional da teoria moral tradicional, a ética feminista apela para uma noção mais realística e politicamente precisa de um eu socialmente construído e complexo, definido em um contexto de relações com os outros”<sup>10</sup>. [Tradução livre], O julgamento moral longe de levar em conta seres isolados deveria antes considerá-los como seres socializados, inseridos e sob a influência de um contexto político-cultural.

E importante aclarar que antes mesmo do surgimento da bioética crítica feminista, outros movimentos femininos e feministas já haviam ocorrido e que as idéias desenvolvidas por eles influenciaram, em alguma medida, o que viria a configurar-se como bioética crítica feminista. Nesse sentido, é oportuna a explicitação das principais contribuições desses movimentos anteriores para a aproximação feminista à bioética.

As primeiras investidas femininas às teorias éticas continham idéias desenvolvidas sob uma ótica dominante, embora clamassem em suas prerrogativas por uma diferença feminina que conferisse valor a seu pensamento moral. Essa lógica dominante estava presente nos escritos de muitos teóricos morais, tais como Kant, Rousseau, Hegel e Rawls. Esses autores consideravam a subordinação uma condição natural da mulher, idéia essa reforçada pela aceitação aparentemente passiva dessa situação por parte das próprias mulheres. Nesse sentido, a tradição filosófica apontava para a existência de uma diferença entre homem e mulher que a colocava em condição moralmente inferior.

Embora não reconhecessem, as teorias femininas, ao atribuírem uma diferença de gênero ao pensamento moral como uma forma de incluir as mulheres em debates públicos e de terem suas vozes ouvidas, estavam, na verdade, contribuindo para a manutenção do *status* de subordinação feminina. Vale salientar que os mecanismos de opressão estão baseados em uma lógica de polarização das diferenças entre opressores e oprimidos, onde estaria implícito um apelo aos dualismos do tipo superior/inferior, masculino/feminino<sup>11</sup>.

Gilligan (1982) desenvolveu um desses clássicos trabalhos de aproximação a uma ética feminina. A autora reconhecia a diferença entre homem e mulher principalmente no que diz respeito ao pensamento moral. O estudo empírico por ela desenvolvido está contido na obra intitulada “*In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development*”, datada de 1982<sup>12</sup>, Gilligan procurava demonstrar que, ao contrário do que apregoavam os pressupostos sociais dominantes, não existia apenas uma forma de interpretação e experiência social. Coexistindo com os pensamentos imperativos masculinos, estavam as mulheres e as suas diferentes maneiras de abordagem do mundo social e das relações. Muito embora as suas experiências fossem consideradas inferiores e suas vozes inaudíveis diante dessa tradição de domínio imposta pelo masculino, elas existiam como agentes morais e precisavam ser consideradas.

O que impulsionou essa autora a procurar demonstrar a existência de uma *voz diferente* para as mulheres foram os estudos desenvolvidos por Lawrence Kohlberg que atribuíam à figura masculina um princípio ético universal - o da *justiça* - que pressupunha a existência de uma verdade única para o gênero masculino e generalizável para todos - homens e mulheres.

Diante do pressuposto de Kohlberg, que em certa medida reforçava a incapacidade das mulheres de elaborarem sua própria aproximação ao pensamento moral, Gilligan em seu estudo procurou demonstrar justamente o contrário: que havia formas diferentes de pensar entre homens e mulheres, a partir do processo de desenvolvimento moral, que se concretizavam na maneira de se posicionarem e darem soluções a situações moralmente conflituosas. A autora identificou na voz diferente das mulheres uma ética essencialmente do cuidado, que se traduzia em comportamentos morais calcados nos relacionamentos de responsabilidade e interdependência em relação ao outro. Essa constatação de Gilligan serviu para demonstrar a existência da ética no plural, deixando cair por terra o pressuposto da existência de apenas um modo de experiência e interpretação social. Paralelamente a uma voz dominante masculina - traduzida por uma ética da justiça que repousa nos limites da imparcialidade e da elegibilidade da lógica dominante como sua diretriz e que ao permear uma dada situação o faz como fator decisório -, está a sua parceira no processo: a voz feminina. Nem melhor, nem pior, apenas diferente.

A importância conceitual da contribuição inquestionável de Gilligan para a bioética feminista reside não em sua constatação de um essencialismo ético para homens e mulheres, mas sim na oportunidade de reconhecer a existência de um pluralismo ético, quase que totalmente desconsiderado na abordagem tradicionalista das teorias éticas. Essa concepção introduzida por Gilligan, ainda que não intencional, tornou-se a base para um desenvolvimento e proposição de novas teorias éticas pluralistas. Além desse mérito, a obra dessa autora serviu para delimitar o feminino enquanto objeto para estudos, inicialmente em uma perspectiva ética feminina e posteriormente feminista.

Apesar de reconhecer o mérito dessa proposta, Kuhse (1997) elabora algumas críticas de relevante importância à ética do cuidado. Em seu livro *Caring: Nurses, Women and Ethics*, a autora argumenta que a ideia de diferença contida na concepção apresentada por Gilligan é perigosa na medida em que, ao contrário do que possa parecer em um primeiro momento, ela reforçaria as desigualdades de gênero<sup>13</sup>. Isso ocorreria devido a seu apelo essencialista ao reconhecer, nas diferenças, atributos *naturais* para homens e mulheres. Segundo a autora, a assunção dessa ética no feminino - a ética do cuidar - remeteria a mulher a papéis considerados pela sociedade como parte de sua natureza feminina.

O papel da maternidade é um exemplo disso. Para Kuhse, esse é um modelo que se repete e é incorporado por grupos compostos em sua maioria por mulheres, como é o caso das enfermeiras. O modelo *mulher-bom mãe-bom enfermeira* traduz as consequências perniciosas da ética do cuidar à medida que propaga as diferenças de gênero onde for possível a reprodução do mesmo. Para as enfermeiras, as implicações estão claras em suas relações profissionais com os médicos, nas quais a divisão moral do trabalho está em evidência nas práticas de subserviência que caracterizam essas profissionais, como agentes passivos no processo de tomada de decisões técnicas e éticas. Nas palavras de Kuhse (1997): “Isso demonstra nada mais que a maneira como essas enfermeiras foram socializadas, ou melhor corrompidas, ao aceitarem um papel subserviente - papel este incompatível com o profissionalismo”<sup>14</sup>. [Tradução livre].

A exposição dessas ideias contribui para tornar mais clara as fronteiras existentes entre a aproximação a uma eticidade feminina - a ética do cuidado - e a ética feminista, bem como identificar em que medida a primeira contribuiu com a segunda. Nas palavras de Sherwin (1992): “A ética feminista é diferente da ética feminina. A ética feminista deriva-se

de uma perspectiva política explícita do feminismo, em que a opressão das mulheres é vista como política e moralmente inaceitável. Portanto, ela envolve mais que o reconhecimento das experiências e práticas morais das mulheres; ela incorpora uma crítica das práticas que estabelecem a opressão feminina”<sup>15</sup>. [Tradução livre]. Essa autora acredita, ainda, que o feminismo é a percepção das relações de poder que estruturam as relações de gênero.

Outras teóricas feministas juntaram-se a Sherwin, uma das primeiras teóricas da bioética feminista, em suas críticas ao tradicionalismo filosófico incorporado nas teorias bioéticas e mais precisamente à teoria dominante - o *principialismo*. Wolf (1996) vai mais longe em seus argumentos ao deixar claro e explícito que essa crítica é endereçada não somente ao *principialismo*, mas à própria bioética. Conforme aponta essa autora, a análise feminista, mais do que propor a expansão dos métodos e conceitos da bioética, clamando por uma inclusão em suas teorias das mulheres e do feminismo, propõe uma reconstrução de seus próprios pressupostos<sup>16</sup>. Argumenta que o feminismo tem como importante categoria analítica o gênero e que uma mudança na distribuição e no uso do poder se faz necessária para acabar com a opressão feminina.

Em sua análise, chama atenção, ainda, para as relações de parceria ideológica da bioética com os interesses dominantes e que resultam em desdobramentos políticos caracterizados pela manutenção do *status quo* das estruturas de poder. Sendo assim, não é surpreendente a constatação de que a bioética tenha se mostrado surda no que diz respeito à aproximação feminista, que, em contraposição à bioética, empreende uma crítica às estruturas hierárquicas e de poder responsáveis por práticas perniciosas atreladas ao gênero.

Ainda nessa linha de argumentação, para Wolf (1996) o *muro de separação* entre o feminismo e a bioética repousa em concepções ideológicas diferentes que podem ser expressas em quatro características: “... uma histórica preferência por regras e princípios abstratos que não levam em conta as diferenças individuais e contextuais; a adoção do individualismo liberal que obscurece a importância dos grupos; a bioética como uma estrutura que serve aos interesses do governo, escolas médicas, hospitais e profissionais de saúde de forma a desviar a atenção das pessoas desprovidas de poder dentro e fora dessas instituições e um isolamento com relação a outras tendências ideológicas, incluindo o feminismo, teoria anti-racista e o pós-modernismo”<sup>17</sup>. [Tradução Livre], Por meio desses argumentos procura evidenciar a necessidade de um reordenamento dos pressupostos da bioética, principalmente

no que diz respeito ao seu objeto de atenção que não parece ser todos os grupos sociais, mas alguns em detrimento de outros.

Os *princípios* apregoados pela bioética favorecem aqueles que procuram os serviços de saúde, os profissionais que os aplicam em situações clínicas práticas e as instituições hospitalares. A teoria bioética dos *princípios* atua em parceria com os detentores do poder, favorece os interesses de poucos e é incapaz de abranger outros interesses e contextos sociais. Sendo assim, longe de proteger os indivíduos em situações de conflito, serve para expô-los a uma situação permanente de dominação e subordinação às estruturas de poder vigentes.

Para as autoras Donchin & Purdy (1999), as proposições críticas feministas são claramente de ordem prática, política e filosófica. Nesse sentido, não pretendem anunciar questionamentos meramente conceituais, mas que clamem por redirecionamentos tanto dessa ordem quanto de aplicações práticas e de intervenção. Apontam para a desatenção da bioética em relação às posições hierárquicas que acabam por dividir as pessoas em classes ou grupos desfavorecidos. Enfatizam a necessidade de centrar-se em dois temas considerados por elas dominantes nas críticas feministas: *poder e particularidade*<sup>18</sup>. O poder que segrega e marginaliza pessoas desprivilegiadas e a particularidade que é confinada pelas categorias externamente impostas. A transformação da bioética pode e deve ser realizada através de um conjunto de estratégias político-interventivas que privilegiem, então, não somente a situação das mulheres, mas também de outros grupos marginalizados.

A despeito das teorias feministas incorporarem diversos clamores de ordem política, ontológica ou epistemológica em suas análises críticas e propostas interventivas, Tong (1997) acredita que todas compartilham uma metodologia de aproximação. Assim, a preocupação fundamental da bioética feminista seria fazer despertar para uma consciência que demonstre o quanto a opressão de gênero distorce e dificulta a vida pessoal e profissional das mulheres como uma provocação para a reformulação das idéias acerca das questões de gênero. Levando em consideração uma proposta que possibilite a eliminação da opressão caracterizada pelas relações de dominação masculina e subordinação feminina<sup>19</sup>

A bioética feminista, muito além de elaborar críticas aos pressupostos tradicionalistas da teoria bioética imperante, mais especificamente o *princípioalismo*, lança a

proposta de uma nova aproximação moral ativa e participativa que inclui na sua pauta de preocupações as questões relativas ao gênero e às minorias oprimidas. As categorias amplamente trabalhadas pela bioética feminista como ferramentas analíticas para o debate moral incluem as construções de gênero, os mecanismos de opressão/ dominação/ subordinação, as estruturas de poder e hierarquização, a vulnerabilidade, as práticas de exclusão. Entre as propostas de intervenção descritas pelas feministas estão a aquisição de poder e a proteção das minorias oprimidas, levando em conta a esfera individual; as particularidades culturais, políticas e sociais; bem como os contextos.

É dessa forma que a bioética crítica feminista defende a idéia de que é possível subverter a ordem dominante através de ações políticas que minimizem ou acabem com as desigualdades sociais, com a opressão e com a exploração das minorias excluídas. Os esforços devem ser empreendidos em prol de uma efetiva aquisição de poder por parte dos subordinados, através da criação de novas possibilidades relacionais pautadas na liberdade e na criação de estruturas sociais não opressivas<sup>20</sup>.

E importante ressaltar que, longe de se elaborar um discurso monolítico de apologias às mulheres, a bioética feminista está preocupada com as diferenças em prol da elaboração de um discurso plural. Alguns críticos da bioética feminista a acusam de ser sexista, mas, como oportunamente argumentam Diniz & Veles (1998) a esse respeito, antes de se resumir somente a questões que dizem respeito às mulheres, a bioética feminista incorpora um projeto de resgate dos oprimidos, traduzindo-se, por isso, em uma proposta revolucionária<sup>21</sup>.

Com o intuito de transpormos a condição moral a que estão tradicionalmente expostas as enfermeiras, propomos uma análise dessa situação sob a ótica da bioética crítica feminista. Nesse sentido, passamos a traçar algumas considerações que nos permitem constatar a adoção desse referencial como fundamental para a análise das condições morais das enfermeiras, objeto dessa pesquisa.

Historicamente, a enfermagem tem sido uma profissão que reúne em sua maioria mulheres que desempenham atividades diversas, associadas, aceitas e inculcadas pela metáfora do *cuidado*. O escrutínio dessa situação nos leva a crer que esse *cuidado é* a própria materialização de uma crença que atribuiu ao comportamento moral das mulheres uma

preocupação exclusiva com o outro e uma interdependência nas relações sociais. Assim, o *cuidado* figura como atributo socialmente construído em respeito a uma suposta *natureza* feminina, e acabou por isso assumindo um *status* institucionalizado culturalmente como predicado inerente ao papel exercido pelas enfermeiras.

Essa posição de *mulheres-cuidadoras* possibilitou que as enfermeiras como trabalhadoras fossem subordinadas a uma ordem institucional hierarquizada e a um saber considerado dominante. Como as mulheres estariam, assim, submetidas a uma tradição cultural ditada pelas relações de opressão de gênero, essa situação as recoloca em uma posição de vulnerabilidade. Vulnerabilidade que está relacionada tanto à sua condição e característica demográfica associada ao gênero feminino quanto ao seu papel profissional socialmente reconhecido como desprovido de valor por sua associação e confusão simbólica com as metáforas do *cuidado*. Cuidado entendido e construído sob bases morais de comportamentos esperados para a figura da *mulher-enfermeira*.

O modelo social das relações de subordinação de gênero se reproduz nas instituições hospitalares, mais especificamente nas relações de trabalho entre os profissionais que aí atuam. Ao fazerem parte de um grupo predominantemente feminino, as enfermeiras assumem os papéis de gênero tradicionalmente impostos às mulheres. Nas relações de trabalho, além de desempenharem um papel associado ao cuidado, estão invariavelmente subordinadas ao médico, categoria profissional que detém o poder e que em sua maioria, está composta por homens.

Ora, a posição social ocupada pelas enfermeiras é indissociável das questões de gênero e, em consequência disso, o papel social desempenhado por elas também assume a conotação e atribuição de valor dirigida à figura feminina. Todas essas instâncias estão fortemente ligadas às estruturas de poder e ao essencialismo ideológico que coloca as questões das diferenças como elementos perpetuadores do *status quo* na medida em que reforça a existência de posições sociais mais e menos valorizadas.

- <sup>1</sup> GOROVITZ, S.; JAMETON, A.L.; MACKLIN, R.; O'CONNOR, J.M.; PERRIN, E.V.; ST.CLAIR, B.P. & SHERWIN, S. *Moral problems in medicine*. New Jersey : Prentice-Hall, 1976. p. 552.
- <sup>2</sup> Essa contradição evidenciada entre as propostas iniciais e a realidade prática das primeiras teorias bioéticas é também salientada por GUILHEM que ressalta: “... o enfoque inicial da bioética - a questão das diferenças e a proteção das pessoas vulneráveis - ficou embotada frente à generalidade e ao universalismo, o que impediu que o seu discurso inovador se consolidasse na prática”. GUILHEM, D. Bioética crítica e vulnerabilidade. In : *Escravas do risco : bioética, mulheres e aids*. Brasília, 2000. 260 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2000. p. 44-45.
- <sup>3</sup> GOROVITZ, S.; JAMETON, A.L.; MACKLIN, R.; O'CONNOR, J.M.; PERRIN, E.V.; ST.CLAIR, B.P. & SHERWIN, S. *Moral problems in medicine*. New Jersey : Prentice-Hall, 1976. 552p.
- <sup>4</sup> BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. *Principles of biomedical ethics*. 4<sup>th</sup>ed. New York: Oxford University Press, 1994. 546 p. Esta é uma referência atualizada da obra que foi publicada em sua primeira versão no ano de 1979.
- <sup>5</sup> Os pressupostos básicos dos princípios elaborados para uma ética dos cuidados de saúde podem ser resumidos: 1- beneficência: ato de fazer o bem , minimizando ao máximo os prejuízos a outros; 2 - não maleficência : não causar danos a outrem.; 3 - autonomia: ato de respeitar as capacidades das pessoas no processo decisório acerca de suas vidas livres de pressões externas.; 4 - justiça: ações pautadas na distribuição equitativa de benefícios e riscos. Para um maior aprofundamento da teoria dos princípios, ver: BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. *Principles of biomedical ethics*. 4<sup>th</sup>ed. New York: Oxford University Press, 1994. 546 p. BEAUCHAMP, T.L. The Four-principles Approach. In : *Principles of health care ethics*. John Wiley & Sons, EUA, 1994. p. 03-12. ENGELHARDT, H.T. Os princípios da bioética. In: *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 1998. p. 131-168. PESSINI, L. Fundamentos da bioética : breve nota histórica. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Org). *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Paulus, 1996. p. 51-55. KIPPER, D. & CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: FERREIRA, S.I.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Org) *Iniciação à Bioética*. Brasília: CFM, 1998. p.37-51.
- <sup>6</sup> Utilizamos o conceito de bioética periférica em acordo com GARRAFA, DINIZ & GUILHEM: “Entendemos bioética periférica como aquela desenvolvida nos países periféricos, isto é, países em que a bioética surgiu mais tardiamente e onde os estudos se caracterizaram pela importação de teorias bioéticas dos países centrais, aqueles onde a bioética originalmente surgiu e se consolidou. É importante ter em mente que as denominações de central e periférico devem ser vistas sempre como provisórias (é possível, por exemplo, que um país inicialmente periférico tome-se, com o passar dos anos, central).” GARRAFA, V.; DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioethics, its dialectos and idiolets. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 1, 1999. p. 36.
- <sup>7</sup> Para um maior aprofundamento das questões relativas a importação de conhecimentos no campo da ética prática, é fundamental destacar as idéias desenvolvidas por GARRAFA, DINIZ E GUILHEM ao salientarem, entre outras coisas, as conseqüências traduzidas pelas práticas periféricas de transculturação acrítica da teoria principialista sendo que os teóricos que o fazem invariavelmente confundem o dialeto dos princípios com o próprio idioma da bioética, GARRAFA, V.; DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioethics, its dialectos and idiolets. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 1, 1999. p. 35-42.
- <sup>8</sup> Utilizamos o termo *trágico* não no sentido de tragédia grega, mas da filosofia trágica em uma tentativa de expressar a crueldade do confronto com as realidades morais em contraposição com o mundo moral das crenças em uma realidade ilusória construída em contextos sócio-culturais ós mais diversos. Nesse sentido, a crença em um modelo tradicionalista que prometia dar conta dos dilemas morais caiu por terra ao se lançarem dúvidas acerca de sua validade e abrangência prática na mediação dos conflitos morais. Para um maior aprofundamento das análises dos conflitos morais e o trágico, vide: DINIZ, D. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Brasília, 1999. 226 p. Tese (Doutorado em Antropologia) - Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1999.
- <sup>9</sup> Para uma discussão mais pormenorizada das críticas direcionadas à teoria dos princípios não poderíamos deixar de mencionar os autores CLOUSER & GERT os quais compararam essa teoria a um *checklist* que funcionava como mero instrumento de verificação da aplicação de regras morais ou guias para determinação de ações

moralmente corretas no campo da biomedicina. Sendo assim, ao invés de atuarem como uma teoria moral consistente, os princípios eram usados como lembretes de tópicos ou considerações que deveriam ter prioridade no processo de decisão moral. Esses autores vão mais longe em suas críticas ao equiparar os *princípios* a um sumário de outras teorias morais tradicionalistas: a beneficência de Mill; a autonomia de Kant, a justiça de Rawls e a não-maleficência de Gert. E dessa forma que esse argumento aponta para a falta de originalidade da teoria dos princípios que integra em uma única teoria uma compilação de outras. CLOUSER, K.D.; GERT, B. A critique of principlism. In: *The Journal of Medicine and Philosophy*, n 15, 1990, p. 219-223. GERT, B.; CULVER, C. & CLOUSER, D. Principlism. In: *Bioethics: a Return to Fundamentals*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1997. p.71-91.

<sup>10</sup> SHERWIN, S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992. p. 53. Segundo tradução livre do trecho: "In place of the isolated, independent, rational agent of traditional moral theory, feminist ethics appeals to a more realistic and politically accurate notion of a self as socially constructed and complex, defined in the context of relationships with others."

<sup>11</sup> SHERWIN, S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia : Temple University Press, 1992. p. 59.

<sup>12</sup> GILLIGAN, C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge : Harvard University Press, 1982. p. 184

<sup>13</sup> KUHSE, H. *Caring : Nurses, Women and Ethics*. Oxford : Blackwell Publishers, 1997. p. 296

<sup>14</sup> KUHSE, H. *Caring : Nurses, Women and Ethics*. Oxford : Blackwell Publishers, 1997. p. 218. Segundo tradução livre do trecho: "It may show no more than that these nurses have been socialized, corrupted if you like, into accepting a subservient role - a role that is, of course, incompatible with professionalism".

<sup>15</sup> SHERWIN, S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992 .p. 49. Segundo tradução livre do trecho: "Feminist ethics is different from feminine ethics. It derives from the explicitly political perspective of feminism, wherein the oppression of women is seem totally morally and politically unacceptable. Hence it involves more than recognition of women's actual experiences and moral practices; it incorporates a critique of the specific practices that constitute their oppression".

<sup>16</sup> WOLF, S. *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 398

<sup>17</sup> WOLF, S. *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 14. Segundo tradução livre do trecho: "...a historical preference for abstract rules and principles that disregarded individual differences and context: an embrace of liberal individualism that obscured the importance of groups; the structure of bioethics as a field frequently serving government, medical schools, hospitals, and health professionals in a way that may have discouraged attention to the views of people lacking power inside and outside those institutions; and the frequent isolation of bioethics from major trends within the academy, including feminism, Critical Race Theory, and postmodernism".

<sup>18</sup> DONCHIN, A.; PURDY, L. *Recent Embodying feminist Bioethics Advances*. New York: Rowman and Littlefield, 1999 p. 286.

<sup>19</sup> TONG, R. *Feminist approaches to bioethic : theoretical, reflections and praticai applications*. United States: Westview, 1997. p. 280.

<sup>20</sup> SHERWIN, S. *No longer patient : feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992 p. 56.

<sup>21</sup> DINIZ, D; VÉLEZ, ACG. Bioética Feminista : a emergência da diferença. In "*Estudos Feministas*, Ano 6, n. 2, 2. ° semestre de 1998, p. 255-263.

## CAPÍTULO SEGUNDO

### ANÁLISE DO CONTEÚDO MIDIÁTICO

#### 2.1. A escolha da mídia como fonte de dados

A escolha do conteúdo da mídia como fonte de dados para a realização dessa pesquisa justifica-se pela sua capacidade de apreender e reconstruir as diferentes maneiras por meio das quais a realidade social é representada entre os membros de determinada comunidade. A mídia pode atuar como produtora e reprodutora de determinados consensos pelo fato de agregar e compor vários discursos que refletem as representações sócio-culturais e que traduzem os construtos aceitos pela sociedade como verdadeiros. Nesse sentido, a mídia estabelece uma dinâmica de convergência que contribui para explicitar diversos códigos compartilhados, reconhecidos e institucionalizados pela sociedade contemporânea.

Essa lógica de atuação contribui para que tais códigos expressos simbolicamente propaguem significados aceitos como *naturais* na esfera social tornando-se parte das crenças populares. Eles passam do plano simbólico ao plano das relações sociais, traduzindo-se em práticas e comportamentos, tais como julgamento de valores, conflitos morais, criação de estereótipos, construção de identidades, preconceitos, relações de dominação, opressão e submissão.

É importante, ainda, levar em consideração que a mídia, como uma instituição, age de acordo com objetivos e intenções próprias, utilizando-se de artifícios, tais como a linguagem e as imagens para atingí-los. Apesar de conhecermos a existência de outros interesses subjacentes aos conteúdos veiculados, consideramos de suma importância as influências que a mídia exerce nas mais distintas formas de construção de modelos na nossa sociedade. Em contraposição, a mídia funciona também como mediadora das relações sociais à medida que viabiliza a comunicação da esfera social com ela mesma. Isso torna possível, entre

outras coisas, a reversão, ou pelo menos a tentativa de reversão, da negatividade de alguma representação.

As entidades de classe da enfermagem têm utilizado esse espaço a fim de embargar a divulgação de imagens ou idéias que deturpem a realidade que envolve as enfermeiras. Divulga, ainda, notas impressas que atuam como forma de esclarecimento acerca da profissão. Contudo, a tais esforços estão sobrepostas, ainda, as moralidades associadas à figura das enfermeiras, fortemente arraigadas e inculcadas na vida social.

Ora, se a mídia é uma estrutura que estabelece uma comunicação formal com a sociedade, reproduzindo, formando e expressando conteúdos sociais, equivale dizer que as construções simbólicas encontradas nos seus conteúdos não estão distantes das que outros elementos sociais constroem. É nesse sentido que, ao mapearmos e analisarmos os conteúdos midiáticos que tratam da inserção social e profissional das enfermeiras, estamos realizando um estudo que permite identificar quais são as construções simbólicas e imaginárias atribuídas a elas. Possibilita, assim, uma argumentação abrangente de suas implicações e impactos para a exposição e manutenção da vulnerabilidade profissional.

A metodologia utilizada para a realização desse estudo foi a qualitativa, entendida aqui segundo o referencial teórico desenvolvido por Minayo (1999). Para essa autora "... são as *Metodologias de Pesquisa Qualitativa* entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas"<sup>1</sup>. [Com grifos no original]. A argumentação desenvolvida por essa autora vem de encontro aos objetivos dessa pesquisa que busca avaliar como está construída socialmente a figura/identidade das enfermeiras. '

Essa metodologia foi escolhida, também, pois está em acordo com o referencial teórico desenvolvido por Bauer e Gaskell (2002)<sup>2</sup>, o qual prevê como válida a utilização de fontes variadas de dados, tais como textos, imagens e materiais sonoros, para análise de conteúdo. Dessa forma, atua como elemento importante na apreensão de diferentes formas de codificação dos simbolismos expressos pela sociedade.

## 2.2. Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo (AC) dos textos e imagens selecionados compreende a técnica escolhida para gerar dados e analisar as construções sociais presentes e atribuídas à figura das enfermeiras<sup>3</sup>.

Segundo apontam Bauer e Gaskell (2002): “A AC nos permite reconstruir indicadores e cosmovisões, valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos e compará- los entre comunidades. Em outras palavras, a AC é pesquisa de opinião pública com outros meios”<sup>4</sup>. As idéias desenvolvidas por esses autores tornam claras a adequação dessa técnica e sua aplicabilidade aos dados procedentes da mídia, uma vez que os mesmos apresentam uma grande riqueza de argumentação, viabilizando uma análise detalhada de diferentes representações sociais e de suas ancoragens.

Na mesma linha de pensamento, Bardin (2000) desenvolve as idéias que subsidiam a formulação de seu referencial teórico e que foi utilizado para o desenvolvimento dessa pesquisa. A análise de conteúdo pode ser definida como: “*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*”<sup>5</sup>. [Com grifos no original]. Essa análise permite, por meio da reconstrução sistemática dos conteúdos dos textos e imagens selecionados, a possibilidade de gerar dados que conduzam através da interpretação analítica dos mesmos a realização de inferências acerca da realidade social das enfermeiras.

A forma de análise de conteúdo utilizada nesta pesquisa foi a *categorial temática* a qual é empreendida através do reconhecimento de certos temas ou idéias nos textos e imagens selecionados. Estes, conseqüentemente, correspondem a *unidades de significado* ou de *registro*, que podem ser uma palavra, uma frase, um documento, um objeto, um acontecimento ou, ainda, um tema ou um personagem<sup>6</sup>.

Para essa pesquisa, adotamos como unidade de registro ou de significado *o personagem*, entidade que incorpora características e atributos que lhe são tradicionalmente designados. A unidade *personagem* pode ser combinada com outro tipo de unidade que nesse estudo está representado pela combinação com o tema. Essa escolha favoreceu a identificação

das atribuições simbólicas e imaginárias outorgadas pela sociedade à figura da pessoa investida no papel de enfermeira e que são expressas e estão contidas no material analisado. Dessa forma, mais do que a análise textual, buscou-se aqui apreender as moralidades designadas ao *personagem* associado à figura das enfermeiras.

Após a realização da leitura e análise exaustiva dos textos e imagens, identificamos as unidades de sentido presentes nessas comunicações, as quais estavam relacionadas ao *personagem* das *enfermeiras* codificando-as em núcleos temáticos que foram agrupados e categorizados. Elaboramos um sistema de codificação para conduzir a análise dos conteúdos das matérias e fotografias de jornais e revistas de informação e reportagens televisivas selecionados para essa pesquisa que podem ser encontrados nos anexos I e II. Os textos e imagens foram analisados separadamente e posteriormente os resultados obtidos a partir de ambas as análises foram confrontados. As categorias empíricas resultantes de cada análise foram agrupadas em categorias síntese as quais serviram como indicadores para as inferências e elaboração das categorias teóricas que serão apresentadas no próximo capítulo.

### 2.3. Pesquisa Exploratória

Como método de coleta de dados utilizamos a busca por documentos e imagens envolvendo as enfermeiras em jornais impressos, revistas de informação e reportagens televisivas. Essa opção foi decorrente do resultado obtido após a realização de uma pesquisa exploratória efetuada em dois dos jornais impressos de maior tiragem nacional: *O Estado de São Paulo* e *O Globo*.

Essa pesquisa foi considerada o **estudo piloto** que permitiu o redirecionamento da proposta inicial que indicava a utilização apenas de jornais impressos. Através do *clipping* informatizado utilizando as palavras chaves: *enfermeiras, enfermeiros, enfermeira, enfermeiro e enfermagem*, realizado no período compreendido entre os meses de janeiro a abril de 2000, foram selecionadas 103 edições do *Estado de São Paulo* e 51 edições do *O Globo*. Dessa pesquisa inicial, havia 197 matérias que continham as palavras chaves escolhidas para a seleção das matérias.

Procedemos à leitura analítica do conteúdo apresentado pelas matérias. Constatamos que em todo o corpo das mesmas não foi possível identificar uma relação direta

às palavras chaves pesquisadas. Elas versavam antes sobre os mais diversos temas, citando apenas de passagem as enfermeiras/enfermeiro s/enfermeira/enfermeiro/enfermagem como profissionais pertencentes à equipe de saúde e serviços domiciliares, além de conterem notas acerca de concursos, greves e anúncios diversos. Baseando-se nesses resultados, optamos por incluir na amostra da pesquisa outros veículos, quais sejam: revistas de informação e emissora de televisão para que o objetivo do trabalho fosse alcançado.

#### 2.4. Amostra

Foram selecionados para análise de conteúdo dois jornais regionais, duas revistas semanais de informação, uma revista mensal masculina e uma das maiores emissoras de televisão que funciona em rede nacional. Os jornais foram o *Correio Braziliense* e o *Jornal Comunidade*, localizados em Brasília. As revistas: *Veja*, *IstoE* e *VIP*, todas de circulação nacional. A emissora de televisão foi a *Rede Globo* e os programas selecionados foram os jornalísticos *Bom dia DF*, *Jornal Hoje*, *DF TV 1*. “ e 2.” edição, *Jornal Nacional* e *Jornal da Globo*. Todos os veículos foram monitorados no período de abril de 2001 a outubro de 2002.

Os critérios utilizados para a escolha desse período de coleta de material foi delimitado a partir dos resultados obtidos no estudo piloto, quando se verificou que esse período deveria ser amplo afim de propiciar a captação do material divulgado pela mídia, que em se tratando diretamente das enfermeiras mostrava-se escasso. Uma outra questão considerada foi que além de amplo, o período deveria ser também atual, uma vez que o pensamento social expresso pela mídia é dinâmico e, portanto, passível de mudanças e susceptível a influências exercidas pelas estruturas que detêm o poder simbólico.

Dentre as matérias e artigos divulgados e considerando as características de divulgação que são peculiares a cada veículo (textos escritos e falados e imagens), foram selecionados textos e imagens os quais analisamos separadamente, e a técnica utilizada para ambos foi a análise de conteúdo. Durante o período de monitorização dos veículos, foram selecionados para análise todos os documentos que envolviam diretamente as enfermeiras: 3 matérias jornalísticas, 4 matérias de revistas, 2 reportagens e 1 entrevista televisivas, 16 imagens, dentre elas 7 imagens paradas das reportagens televisadas, e 9 fotografias de revistas, jornais e internet, somando um corpo de 26 documentos analisados<sup>7</sup>.

As reportagens e entrevistas televisivas foram transcritas conforme anexos III, IV e V e, após um exaustivo exame de seu componente visual algumas imagens foram congeladas e captadas. Essas imagens foram analisadas em conjunto com as fotografias das revistas e jornais. As fotografias de jornais e revistas foram selecionadas de acordo com a sua presença e repetição nesses veículos. Assim fotografias semelhantes que apareciam em mais de um veículo ou no mesmo veículo foram excluídas da amostra. Todo material iconográfico pode ser consultado no Anexo VI.

<sup>1</sup> MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 10.

<sup>2</sup> BAUER, M.W.; GAKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Trad.: GUARESCHI, P.A. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 516

<sup>3</sup> É importante salientar que apesar da existência de outras técnicas de análise de imagens, tais como a semiótica, a qual realiza “uma dissecação seguida pela articulação, ou a reconstrução da imagem semanticizada, ou ‘intelecto somado ao objeto’”, ressaltando os aspectos denotativos e conotativos das imagens, optamos por uma análise que ressalte tão somente o caráter conotativo das imagens selecionadas para essa pesquisa, o que é proporcionado pela análise de conteúdo. BAUER, MW; GAKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Trad.: GUARESCHI, PA. Petrópolis: Vozes, 2002.p.325.

<sup>4</sup> BAUER, M. W.; GAKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Trad. GUARESCHI, Pedrinho A. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p.192.

<sup>5</sup> BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000. p.42.

<sup>6</sup> As unidades de registro são definidas por BARDIN como “... a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base”. O personagem é o ator ou protagonista que pode ser escolhido como unidade de registro para codificação e, sendo assim, ele é o elemento que baseará a codificação dos dados empíricos, especificamente na análise de conteúdo voltada para esse objetivo. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000. p. 104 e106.

<sup>7</sup> **Referências dos documentos analisados:**

**a) Matérias de Jornais:**

1. DA REDAÇÃO. Anjos da Saúde. *Correio Braziliense*. Brasília, 10 de out - 2001. Caderno Coisas da Vida, p. 5.
2. DA REDAÇÃO. Eu gosto é de enfermeira. *Correio Braziliense*. Brasília, 19 de abr - 2002. Caderno Coisas da Vida, Sessão Almanaque, p. 2.
3. NOBRE, N. *Escolha a sua Profissão*. *Correio Braziliense*. Brasília, 10 de jun - 2002. Caderno Gabarito, p. 10.

**b) Matérias de Revistas:**

1. MARTHE, M. Por dinheiro, até injeção. *Revista Veja*. São Paulo: Ed. Abril, ed. 1763, ano 35, n. 31, 7 de ago - 2002. Sessão Livros, p. 130-31.
2. BOCK, L. & TARANTINO, M. Guerra Branca : médicos e enfermeiros discutem o direito de diagnosticar doenças e prescrever remédios. *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1722, 2 de out - 2002. Sessão Medicina & Bem-Estar. p. 90-91.
3. SAMPAIO, EH. Enfermeiros. *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1724, 16 de out - 2002. Sessão Cartas, p. 14.
4. NARCHI, NZ. Enfermeiros. *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1724, 16 de out - 2002. Sessão Cartas, p. 14-15.

**c) Reportagens Televisivas:**

1. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal Hoje - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 3 minutos, 16 de abr - 2002. Transmissão em Rede Nacional.
2. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 de maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

**d) Entrevista Televisiva:**

1. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem - Entrevistas realizadas com enfermeiras*: Moema Borges e Fátima Ortale. Duração: 6 minutos. 13 de maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

**e) Imagens Paradas:**

**Figuras 1, 2, 3, 4 e 5** - retiradas da Reportagem veiculada pelo DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 de maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

**Figuras 6 e 7** - retiradas da Reportagem veiculada pelo Jornal Hoje. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal Hoje - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 3 minutos. 16 de abr - 2002. Transmissão em Rede Nacional.

**f) Imagens - Fotos:**

**Figuras 8, 9 e 10** - retiradas da *Revista VIP*. São Paulo: Ed. Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr - 2001. Reportagem da Capa. Capa, p. 44 e 79.

**Figuras 11** - retiradas da *Revista VIP*. São Paulo: Ed. Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr - 2001. Sessão Seu Corpo - Pergunte à Enfermeira, p. 128.

**Figura 12** - retirada do *site* Oficial de Scheila Carvalho.

<http://www.scheilacarvalho.com.br/galeria/bat/002html> - acessada em 22 de setembro de 2002.

**Figura 13** - retirada do *Jornal Comunidade*. Brasília, 08 de abr - 2001. p. 4.

**Figura 14** - retirada da *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1676, 14 de nov. - 2001. Sessão Gente. p. 60.

**Figura 15** - retirada a *Revista Veja*. São Paulo: Ed. Abril, ed. 1763, ano 35, n. 31, 7 de ago - 2002. Sessão Livros, p. 130.

**Figura 16** - retirada da *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1722, 2 de out - 2002. Sessão Medicina & Bem- Estar. p. 90.

## CAPÍTULO TERCEIRO

### PERSONAGENS MORAIS DAS ENFERMEIRAS NA MÍDIA

#### 3.1. Iconografia e Simbologia Moral das Enfermeiras

**N**esta seção serão apresentados os resultados obtidos através da análise sistemática do conteúdo dos textos e imagens selecionados, tendo como base os sistemas de codificação elaborados para cada grupo de dados analisados. As imagens e os textos foram analisados separadamente e posteriormente foram confrontados os resultados obtidos. O processo de codificação de cada uma dessas unidades de análise levou em consideração as suas particularidades na construção dos sentidos e expressão do pensamento social.

Incorporamos alguns conhecimentos da semiologia referentes aos níveis de significação denotativo e conotativo à análise de conteúdo das imagens. Segundo define Bauer e Gaskell (2002), o aspecto denotativo compreende o conteúdo superficial da imagem, o sentido literal do material analisado. Já o conotativo está relacionado com o conteúdo interpretativo resultante da análise das mensagens subjacentes evocadas pelo significante por meio do conhecimento cultural<sup>1</sup>.

Cada uma das unidades analisadas (textos e imagens) foram descritas de acordo com o critério preestabelecido para análise do *personagem*, levando em conta as seguintes características: comportamento, papel, *status* e atitudes. Tais características permitem uma avaliação das representações da sociedade acerca da importância do grau de valorização que as enfermeiras possuem de acordo com o pensamento social expresso pela mídia. Utilizamos Quadros para a apresentação do processo de sistematização analítica dos textos e imagens que compreendeu as seguintes etapas:

1. Classificação temática de cada unidade de significado.

2. Agrupamento dos temas em categorias empíricas.

3. Elaboração das categorias síntese.
4. Inferências e elaboração das categorias teóricas.

Vale ressaltar que, no caso das imagens, as unidades de significado são as próprias imagens, as quais não são passíveis de divisão. Com relação aos textos, foram realizados recortes semânticos a nível de frases e sentenças. Inicialmente, serão apresentados o processo de codificação e a categorização das imagens divulgadas pela mídia acerca das enfermeiras.

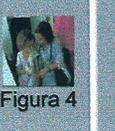
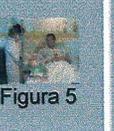
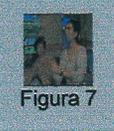
As imagens foram separadas em quatro grupos diferentes para análise. Levando-se em consideração as semelhanças existentes em seus elementos conotativos e denotativos, esses grupos foram designados como: unidade icônica I, II, III e IV.

A unidade icônica I contém imagens, produzidas por uma emissora de televisão, de enfermeiras em contextos e situações de trabalho. Em primeira instância, realizamos o levantamento do conteúdo denotativo associado a cada personagem reproduzido nessas imagens. Conforme demonstra o Quadro 1, os temas relativos aos elementos denotativos associados à figura das enfermeiras, encontrados nas imagens, estão relacionados à predominância do sexo feminino, ao uniforme branco e aos equipamentos e instrumentos utilizados por cada uma das enfermeiras, tais como pranchetas para anotações, máscara cirúrgica, luvas, gorro, estetoscópio, seringa, equipo de soro e bandeja de curativos.

As imagens denotam, ainda, algumas atividades práticas realizadas por elas, como: visita de enfermagem, inspeção, administração de medicação, realização de curativos, recepção de neonato e controle da infusão de soroterapia. Tais elementos permitem a identificação das enfermeiras às características inerentes à sua figura e à prática de enfermagem, através da leitura de seu conteúdo superficial e imediatista.

A análise dos aspectos conotativos da unidade icônica I foi realizada através da tradução dos significados subjacentes contidos em cada imagem, levando em consideração o contexto social e cultural de produção dessas representações imagéticas. Assim, o Quadro 2 permite uma visualização da sistematização desses significados, os quais estão relacionados a estruturas cognitivas e psicológicas representadas pelas imagens.

**Quadro 1: Codificação dos elementos denotativos da unidade icônica I**

							Classificação dos elementos icônicos denotativos	Categorização
<b>Elementos denotativos associados à figura do personagem e usados por ele</b>							<b>Temas</b>	<b>Categorias empíricas</b>
Sexo feminino	Sexo feminino	Sexo feminino	Sexo feminino	Sexo feminino	Sexo feminino	Sexo feminino	Mulheres	Características atribuídas à figura da enfermeira
Jaleco branco	Jaleco branco	Roupa branca	Jaleco branco	Jaleco branco	Uniforme padrão para centro cirúrgico	Roupa branca	Uniforme	
Prancheta para anotação	Prancheta para anotação						Equipamentos e instrumentos de trabalho	Características associadas à atividade prática da enfermeira
Estetoscópio			Estetoscópio					
		Seringa						
				Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica			
				Luva cirúrgica				
					Gorro cirúrgico			
		Equipo de soro				Equipo de soro		
				Bandeja de curativos				
<b>Elementos denotativos associados ao fazer do personagem</b>							<b>Temas</b>	<b>Categorias empíricas</b>
Visita	Visita		Visita				Atividade de rotina	Características associadas à atividade prática da enfermeira
Inspeção	Inspeção							
		Administração de medicação					Atividade técnica	
				Equipando-se com uma luva cirúrgica				
					Mostrando recém-nascido à mãe			
						Realiza o controle de infusão		

Fonte : Figuras 1, 2, 3, 4 e 5 – retiradas da Reportagem veiculada pelo DF-TV 1.ª Edição. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.ª Edição – Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio – 2002. Transmissão Regional – Distrito Federal. Figuras 6 e 7 – retiradas da Reportagem veiculada pelo Jornal Hoje. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal Hoje – Profissões. *Enfermagem*. Duração: 3 minutos. 16 de abr – 2002. Transmissão em Rede Nacional.

O papel desempenhado por cada uma das personagens é o cuidado com o outro, por meio de atitudes maternas, de bondade, virtuosidade, auxílio e alívio da dor. Tais ações são desempenhadas por comportamentos caracterizados pela dedicação, atenção, preocupação, ternura, carinho, afetuosidade, paciência, docilidade, sacerdócio e zelo, todas elas entremeadas pela subserviência ao outro. Esses papéis, atitudes e comportamentos são culturais e tradicionalmente associados a pessoas que incorporam ou que são investidas socialmente de atributos sagrados, de dedicação incondicional e abnegação de suas vidas em prol dos outros como a mãe, a santa e o anjo.

**Quadro 2: Codificação dos elementos conotativos da unidade icônica I**

Ícones	Elementos conotativos relacionados ao papel, comportamento, atitudes e <i>status</i>				Classificação dos elementos icônicos conotativos	Categorização
	Papel	Comportamento	Atitudes	Status	Temas	Categorias empíricas
 Figura 1	Cuidado	Dedicação, zelo, carinho, atenção, aprovação, ternura	Materna, bondosa	Serviente	Maternidade Proteção	Mãe
 Figura 2	Cuidado	Atenção, preocupação, interesse, cordialidade	Materna, fazer o bem	Serviente	Dom	
 Figura 3	Cuidado	Atenção, dedicação, zelo, interesse,	Alívio da dor, auxílio	Serviente	Sacerdócio Maternidade	Santa/mãe
 Figura 4	Cuidado	Atenção, dedicação, afetuosidade, carinho, interesse, afeição, paciência, docilidade	Materna, caridosa, bondosa, virtuosa	Serviente	Proteção Maternidade	Anjo/Mãe
 Figura 5	Cuidado	Atenção, dedicação	Interceder para cura, fazer o bem	Serviente	Proteção Maternidade	Anjo/Mãe
 Figura 6	Cuidado	Atenção, dedicação, zelo, carinho, sacerdócio	Materna, trazer à vida, fazer o bem	Serviente	Sacerdócio Maternidade	
 Figura 7	Cuidado	Atenção, dedicação, zelo	Materna, fazer o bem	Serviente	Maternidade	

Fonte : Figuras 1, 2, 3, 4 e 5 – retiradas da Reportagem veiculada pelo DF-TV 1.ª Edição. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.ª Edição – Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio – 2002. Transmissão Regional – Distrito Federal.

Figuras 6 e 7 – retiradas da Reportagem veiculada pelo Jornal Hoje. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal Hoje – Profissões. *Enfermagem*. Duração: 3 minutos. 16 de abr – 2002. Transmissão em Rede Nacional.

**Quadro 3: Codificação dos elementos denotativos da unidade icônica II**

 Figura 8	 Figura 9	 Figura 10	 Figura 11	 Figura 12	 Figura 13	Classificação dos elementos icônicos denotativos	Categorização
<b>Elementos denotativos associados à figura do personagem e usados por ele</b>						<b>Temas</b>	<b>Categorias empíricas</b>
Sexo feminino	Sexo feminino	Sexo feminino	Sexo feminino	Sexo feminino	Sexo feminino	Mulheres	Características atribuídas à figura da enfermeira
Roupa branca	Roupa branca	Roupa branca	Roupa branca	Roupa branca		Uniforme	
Toca	Toca	Toca	Toca	Toca	Toca		
Símbolo da cruz vermelha	Símbolo da cruz vermelha		Símbolo da cruz vermelha	Símbolo da cruz vermelha	Símbolo da cruz vermelha		
Máscara	Máscara	Máscara			Máscara	Equipamento de trabalho	Características associadas à atividade prática da enfermeira
				Seringa e agulha		Instrumento de trabalho	
			Suporte de soro				
			Equipo de soro				
				Maleta de primeiros socorros			
	Ambulância					Transporte hospitalar	
<b>Elementos denotativos associados ao fazer do personagem</b>						<b>Temas</b>	<b>Categorias empíricas</b>
Exposição corporal	Exposição corporal	Exposição corporal	Exposição corporal	Exposição corporal	Exposição corporal	Exposição do objeto de prazer	Exposição estereotipada da figura da enfermeira
Exposição erótica da enfermeira	Exposição erótica da enfermeira	Exposição erótica da enfermeira	Exposição erótica da enfermeira	Exposição erótica da enfermeira	Exposição erótica da enfermeira	Exposição erótica da enfermeira	

Fonte: Figuras 8, 9 e 10 – retiradas da Revista VIP. São Paulo: Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr – 2001. Reportagem da Capa. Capa, p. 44 e 79.

Figuras 11 – retiradas da Revista VIP. São Paulo: Ed. Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr – 2001. Sessão Seu Corpo – Pergunte à Enfermeira. p.128.

Figura 12 – retirada do site oficial de Scheila Carvalho. <http://www.scheilacarvalho.com.br/galeria/bat/002html> – acessada em 22 de setembro de 2002.

Figura 13 – retirada do Jornal Comunidade. Brasília, 8 de abr – 2001. p. 4.

As personagens representadas pela unidade icônica II apresentam características bem distintas das personagens representadas na unidade icônica I. As imagens contidas nesse segundo grupo de análise foram coletadas em um jornal impresso, uma revista masculina e

internet. Elas apresentam, conforme expresso no Quadro 3, em sua totalidade personagens do sexo feminino, os quais usam majoritariamente uniforme branco, toca ornamental e o símbolo da cruz vermelha, elementos reconhecidos e imediatamente identificados pelo imaginário popular com as enfermeiras.

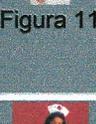
A máscara cirúrgica está presente em quatro das seis imagens analisadas (figuras 8, 9, 10 e 13). Conotativamente, conforme aparece no Quadro 4, esse elemento está associado culturalmente a fantasias fetichicas que investem o objeto de prazer de mistério e sensualidade.

Com relação aos instrumentos apresentados pelas personagens, diferentemente das imagens contidas na unidade icônica I, em que os mesmos eram empregados em técnicas de enfermagem, nesse grupo eles são exibidos enquanto instrumentos de prazer. Podemos visualizar a utilização da maleta de primeiros socorros, equipo de soro, seringa e agulha nas figuras 11 e 12, respectivamente.

Ao analisarmos o conteúdo conotativo desses instrumentos, no Quadro 4, podemos associar a utilização da seringa e agulha, representada na figura 12, às relações sadomasoquistas de prazer/dor e, da mesma forma, a manipulação do equipo de soro pela personagem da figura 11 como se estivesse preparando-se para usar um chicote.

Nas seis imagens (figuras 8, 9, 10, 11, 12 e 13) apresentadas, as personagens aparecem exibindo o corpo, o que contribui para expor a figura das enfermeiras evocadas pelo uso de uma fantasia simbólica culturalmente associada às mesmas. Essas personagens assumem um estatuto de submissão ao prazer e ao desejo masculino evidenciado por seu comportamento insinuante e sedutor. Os temas encontrados convergem para figuras femininas subservientes às relações de prazer, desejo e sadomasoquismo as quais utilizam a fantasia de enfermeiras como símbolo evocativo do lúbrico. As temáticas levantadas na classificação dos elementos conotativos dessas imagens apontam para a categoria empírica mulher-objeto.

Quadro 4: Codificação dos elementos conotativos da unidade icônica II

ÍCONES	Elementos conotativos relacionados ao papel, comportamento, atitudes e status				Classificação dos elementos icônicos conotativos	Categorização
	PAPEL	Comportamento	Atitudes	Status	Temas	Categorias empíricas
 Figura 8	Objeto sexual, exposição estereotipada da fantasia-enfermeira	Sedução, atração, exercer fascínio, uso da máscara e toca como instrumentos de fetiche, insinuante	sexy, misteriosa, dar-se ao desfrute	Submissão ao prazer, fonte de prazer	Subserviência ao prazer	<b>Personagem mulher-objeto</b>
 Figura 9	Objeto sexual, exposição estereotipada da fantasia-enfermeira	Sedução, atração, exercer fascínio uso da máscara e toca como instrumentos de fetiche, insinuante	Submissão ao prazer, dar-se ao desfrute, sexy, misteriosa	Submissão ao prazer, fonte de prazer	Fantasiar o uniforme e equipamento de trabalho da enfermeira	
 Figura 10	Objeto sexual exposição estereotipada da fantasia-enfermeira	Sedução, atração, exercer fascínio, uso da máscara e toca como instrumentos de fetiche, insinuante	Submissão ao prazer, dar-se ao desfrute, sexy, misteriosa	Submissão ao prazer, fonte de prazer		
 Figura 11	Objeto sexual, exposição estereotipada da fantasia-enfermeira	Sedução, atração, exercer fascínio, sadomasoquismo, uso da máscara como fetiche, uso do equipo de soro em analogia a um chicote para provocar dor/prazer, insinuante	Provocar prazer/dor, sexy, dar-se ao desfrute	Submissão ao prazer, fonte de prazer	Submissão à relação de prazer/dor	
 Figura 12	Objeto sexual, exposição estereotipada da fantasia-enfermeira	Sedução, atração, exercer fascínio, sadomasoquismo, uso da seringa enquanto objeto de dor/prazer, insinuante	Provocar prazer/dor, sensual, dar-se ao desfrute,	Submissão ao prazer onte de prazer	Submissão ao desejo	
 Figura 13	Objeto sexual, exposição estereotipada da fantasia-enfermeira	Sedução, atração, exercer fascínio, uso da máscara e toca como instrumentos de fetiche, insinuante	Sensual, dar-se ao desfrute	Submissão ao prazer, fonte de prazer	Conquista do desejo masculino	

Fonte :Figuras 8, 9 e 10 – retiradas da Revista VIP. São Paulo: Ed. Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr – 2001. Reportagem da Capa. Capa, p. 44 e 79.

Figuras 11 – retiradas da Revista VIP. São Paulo: Ed. Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr – 2001. Sessão Seu Corpo – Pergunte à Enfermeira. p.128.

Figura 12 – retirada do Site Oficial de Scheila Carvalho. <http://www.scheilacarvalho.com.br/galeria/bat/002html> - acessada em 22 de setembro de 2002.

Figura 13 – retirada do Jornal Comunidade. Brasília, 08 de abr – 2001. p. 4.

As imagens agrupadas na unidade icônica III estão representadas nos Quadros 5 e 6. Elas foram retiradas de revistas de informação e em uma leitura de seu conteúdo superficial, sinalizam para a enfermeira estereotipada, a qual usa uniforme branco, toca ornamental com símbolo da cruz vermelha, assim como na maioria das imagens apresentadas na unidade icônica II. As imagens representadas pelas figuras 14 e 15, no entanto, como demonstra a análise do conteúdo denotativo das mesmas, apontam para figuras caricatas das enfermeiras as quais aparecem expondo e na eminência de utilizar um estetoscópio (figura 14) e solicitando silêncio zombeteiramente (figura 15). Ambas carregam uma agenda de anotações que parece ter se tornado um objeto de uso característico dessas profissionais. De um lado a enfermeira elegantemente mandona (figura 15), de outro a enfermeira ironicamente recatada (figura 14), cujas características apontam para temas como caricatura da enfermeira recatada, fantasia de enfermeira e brincar de enfermeira. As categorias empíricas denotativas apontam para um personagem caricato do estereótipo de enfermeira socialmente construído.

**Quadro 5: Codificação dos elementos denotativos da unidade icônica III**

 Figura 14		 Figura 15		Classificação dos elementos icônicos denotativos	Categorização
<b>Elementos denotativos associados à figura do personagem e usados por ele</b>				<b>TEMAS</b>	<b>CATEGORIAS EMPÍRICAS</b>
Sexo feminino	Sexo feminino	Mulheres		Uniforme da enfermeira	Características atribuídas à figura da enfermeira
Roupa branca	Roupa branca	Uniforme da enfermeira			
Toca	Toca				
Símbolo da cruz vermelha	Símbolo da cruz vermelha				
Caderno de anotações	Caderno de anotações	Instrumentos de trabalho		Características associadas à atividade prática da enfermeira	
Estetoscópio					
<b>Elementos denotativos associados ao fazer do personagem</b>				<b>TEMAS</b>	<b>Categorias empíricas</b>
Expor alguns instrumentos de trabalho	Solicitando silêncio			Características associadas à atividade prática da enfermeira	

Fonte: **Figura 14** – retirada da *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1.676, 14 de nov. – 2001. Sessão Gente. p. 60.

**Figura 15** – retirada da *Revista Veja*. São Paulo: Ed. Abril, ed. 1.763, ano 35, n. 31, 7 de ago – 2002. Sessão Livros. p. 130.

### Quadro 6: Codificação dos elementos conotativos da unidade icônica III

Ícones	Elementos conotativos relacionados ao papel, comportamento, atitudes e <i>status</i>				Classificação dos elementos icônicos conotativos	Categorização
	Papel	Comportamento	Atitudes	Status	Temas	Categorias empíricas
 Figura 14	Instrumentalizada para cuidar	Caricato, ironicamente vestida com trajes recatados	Irônica, simula o uso do estetoscópio	Caricatura, zombeteiro	Caricatura da enfermeira recatada Fantasia de enfermeira Brincar de enfermeira	Caricaturas do estereótipo de enfermeira
 Figura 15	Fantasiada para cuidar	Caricato, dissimuladamente sensual, elegante	Irônica, zombeteiramente pede silêncio, sutilmente mandona	Caricatura, figura estereotipada		

Fonte: **Figura 14** – retirada da *Revista IstoÉ*. São Paulo: Três, n. 1.676, 14 de nov. – 2001. Sessão Gente. p. 60.

**Figura 15** – retirada da *Revista Veja*. São Paulo: Abril, ed. 1.763, ano 35, n. 31, 7 de ago – 2002. Sessão Livros. p. 130.

Os Quadros 7 e 8 evidenciam a análise do conteúdo denotativo e conotativo de uma imagem classificada na unidade icônica IV, a qual foi retirada de uma revista de informação e cujas características do personagem representado apresentaram peculiaridades em relação às imagens descritas acima. A figura 16 representa uma personagem do sexo feminino, com uniforme branco, sem qualquer elemento estereotipado, como toca ornamental e símbolo da cruz vermelha. Conforme demonstrado na Quadro 7, os elementos denotativos evidenciam também a personagem preparando-se para executar uma ação técnica ao calçar uma luva cirúrgica. O conteúdo interpretativo aponta para uma mulher que demonstra determinação, tenacidade e capacidade, que ao calçar uma luva representa simbolicamente estar empunhando uma arma: a técnica. Essa é a própria evocação da técnica como meio para vencer uma guerra entre médicos e enfermeiros pela competência, conforme sugere o texto que acompanha a imagem. Os temas que surgiram dessa análise demonstram a luta por uma competência técnica e a tentativa de incorporação da autoridade técnica por parte da personagem, além de uma disputa por espaço profissional. Esses temas levantados convergem para uma personagem que possui características tradicionalmente associadas a médicos e enfermeiras, o que evidencia a descrição de uma doutora-enfermeira. Esse, no entanto, não é um personagem comumente identificado com as enfermeiras pelo pensamento social. Esse fator fica claro ao considerarmos que em 16 imagens analisadas apenas uma aponta para as características evocadas pela doutora-enfermeira.

**Quadro 7: Codificação dos elementos denotativos da unidade icônica IV**

 <p>Figura 16</p> <p>Texto: <i>Guerra Branca – médicos e enfermeiros discutem direito de diagnosticar doenças e prescrever remédios</i></p>	<p><b>Classificação dos elementos icônicos denotativos</b></p>	<p><b>Categorização</b></p>
<p>Elementos denotativos associados à figura do personagem e usados por ele</p>	<p><b>TEMAS</b></p>	<p><b>CATEGORIAS EMPÍRICAS</b></p>
<p>Sexo feminino</p>	<p>Mulheres</p>	<p>Características atribuídas à figura da enfermeira</p>
<p>Roupa branca</p>	<p>Uniforme da enfermeira</p>	
<p>Luva cirúrgica</p>	<p>Equipamento de trabalho</p>	<p>Características associadas à atividade prática da enfermeira</p>
<p><b>Elementos denotativos associados ao fazer do personagem</b></p>	<p><b>TEMAS</b></p>	<p><b>Categorias empíricas</b></p>
<p>Preparo para procedimento técnico: calçar luva cirúrgica. Olha de maneira fixa e determinada</p>	<p>Procedimento técnico</p>	<p>Características associadas à atividade prática da enfermeira</p>

Fonte: **Figura 16** – retirada da *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1722, 2 de out – 2002. Sessão Medicina & Bem-Estar. p. 90.

**Quadro 8: Codificação dos elementos conotativos da unidade icônica IV**

Ícones	Elementos conotativos relacionados ao papel, comportamento, atitudes e <i>status</i>				Classificação dos elementos icônicos conotativos	Categorização
	Papel	Comportamento	Atitudes	Status	Temas	Categorias empíricas
 <p>Figura 16</p> <p>Texto: <i>Guerra Branca – médicos e enfermeiros discutem direito de diagnosticar doenças e prescrever remédios</i></p>	<p>Evocar a técnica</p>	<p>Enlva as mãos como se estivesse empunhando uma arma: a técnica. Arma-se para uma guerra. Luta pela técnica. Transfigurado pela técnica que lhe confere segurança.</p>	<p>Competência, tenacidade, nivelamento, capacidade, determinação, impor-se pela técnica.</p>	<p>Autoridade técnica</p>	<p>Luta por competência técnica Incorporação da autoridade técnica Disputa técnica entre médicos e enfermeiros</p>	<p>Personagem doutora-enfermeira</p>

Fonte: **Figura 16** – retirada da *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1.722, 2 de out – 2002. Sessão Medicina & Bem-Estar. p. 90.

Todas as categorias empíricas resultantes da análise do conteúdo das imagens foram agrupadas em categorias síntese, o que nos possibilitou a elaboração de indicadores empíricos para a realização de inferências e categorias teóricas para discussão. Esse processo

foi sistematizado no Quadro 9. Ao realizarmos o agrupamento em categorias síntese, levamos em consideração, além da convergência dos tópicos presentes, o número de imagens das quais o conteúdo originou a significação. Assim, a categoria caricaturas do estereótipo das enfermeiras resultante da análise das figuras 14 e 15 não foi incluída na categoria síntese por aparecer em apenas duas das 16 imagens analisadas. Vale ressaltar que a categoria doutora-enfermeira, apesar de aparecer somente na imagem 16, foi introduzida na categoria síntese por representar um personagem que está emergindo na esfera pública com características distintas daquelas tradicionalmente associadas às enfermeiras. Além disso, essa categoria também apareceu nos textos analisados, conforme será demonstrado adiante. Dessa forma, a categoria síntese resultante foi: personagens mãe, santa, anjo, mulher-objeto e doutora-enfermeira, que de acordo com as características de cada personagem analisado nas imagens representadas pelas figuras 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 16 evidenciaram papéis, comportamentos, atitudes e *status* associados aos personagens mãe, santa, anjo, mulher-objeto e doutora-enfermeira.

**Quadro 9: Agrupamento das categorias empíricas e elaboração da categoria síntese**

Categorias empíricas				Categorias síntese
<b>Categorias empíricas denotativas</b>	Características atribuídas à figura da enfermeira	Características associadas à atividade prática da enfermeira	Exposição estereotipada da figura da enfermeira	Personagens: mãe, santa, anjo, mulher-objeto e doutora-enfermeira
<b>Categorias empíricas conotativas</b>	Mãe Personagem mulher-objeto	Santa/mãe Caricaturas do estereótipo de enfermeira	Anjo/Mãe Personagem doutora-enfermeira	

Passaremos a descrever o processo de codificação e categorização dos textos divulgados pela mídia acerca das enfermeiras. Vale ressaltar que os resultados obtidos foram semelhantes aos resultados anteriormente descritos através da análise das imagens, o que demonstra não haver divergências no pensamento social divulgado pela mídia com relação às representações simbólicas e imaginárias acerca das enfermeiras. Os conteúdos dos textos foram analisados em separado, ou seja, cada matéria, artigo, reportagem e entrevista foram exaustivamente examinados, recortados a nível de frase ou sentença e sistematizados em Quadros conforme demonstraremos a seguir.

O Quadro 10 contém a codificação e categorização do artigo de jornal *Anjos da saúde*, segundo o qual podemos vislumbrar o aparecimento de temas relacionados à

identificação das enfermeiras com o uniforme branco, com instrumentos de trabalho, contexto de atendimento hospitalar ou domiciliar. O *status* dessa profissional é associado a temáticas como fronteiras das relações de competência profissional, aquisição de status de responsabilidades próprias, relação de dependência do paciente em relação à enfermeira e intimidade fraternal do enfermeiro com o paciente.

A enfermeira aparece executando papéis expressos pelos temas: dedicação exclusiva e cuidados por meio de atitudes de sacrifício em prol do paciente, renúncia e afirmação da necessidade da valorização profissional: “*Mas é muito gratificante quando a família confia no seu trabalho e o paciente se apega a você...*” Os temas levantados na codificação do texto apontaram, ainda, para o prazer pelo zelo, abdicção da própria vida e ajuda, os quais representam comportamentos adotados pelas enfermeiras.

A categorização dos temas levantados resultou em sete categorias empíricas, quais sejam: uniforme branco do enfermeiro, relação hierárquica médico-enfermeiro, intimidade fraternal do enfermeiro com paciente, cuidado hospitalar e doméstico, devoção maternal, sacerdócio, virtuosidade e bondade. Todas essas categorias são claramente permeadas pela subserviência, até mesmo o uniforme branco que associa o enfermeiro a figura do anjo, o tal anjo de branco conforme expresso pelo título da matéria. O sacerdócio das santas e a devoção da mãe são expressões do pensamento social, veiculado pela mídia, acerca da figura das enfermeiras.

O artigo *Eu gosto é de enfermeira*, retirado do jornal Correio Braziliense e sistematizado no Quadro 11, indica temas relacionados à atração sexual e profissões, atração sexual por enfermeiras lidera as estatísticas, carreiras *sexy* e estereótipos, atração pelo uniforme, verificados nos seguintes recortes: “*Bombeiros e enfermeiras têm as profissões que mais atraem o sexo oposto...*”, “*As profissões que mais atraem os homens são enfermeiras (26%) e aeromoças (20%) e médicas (16%)*”, “*A maioria dos entrevistados disse que pessoas que trabalham de uniforme são as mais atraentes*”. Esses temas foram convergidos na categoria empírica: atração por enfermeiras e atração pelo uniforme das enfermeiras.

Enfermagem, Mídia e Bioética

**Quadro 10: Codificação de artigo de jornais impressos**

Título: <i>Anjos da saúde</i>			
	Unidades de informação relacionadas às características do personagem	Temas	Categorização
Status	<i>"Jaleco branco é peça essencial do guarda roupa."</i>	Uniforme branco do enfermeiro	Uniforme branco do enfermeiro
	<i>"Não são médicos. "</i> <i>"Muitos deles sequer exibem um diploma de curso superior e nem são tratados como doutor. "</i>	Fronteiras das relações de competência profissional	Relação hierárquica médico-enfermeiro
	<i>"Dentro da casa do paciente a responsabilidade é toda nossa."</i> <i>"O médico só vem quando surge um problema que não podemos resolver."</i>	Aquisição de status de responsabilidades próprias	
	<i>"Mas a vida de muitos pacientes está nas mãos desses enfermeiros e auxiliares de enfermagem". "Alguém debilitado é dependente em todas as ocasiões."</i>	Relação de dependência	
	<i>"O Cláudio é um irmão para mim. Nunca vou esquecer o carinho que ele tinha por meu pai..."</i> <i>"Na época eu tinha quase a mesma idade que ele. Tínhamos muitas afinidades, gostávamos das mesmas coisas. Éramos quase irmãos."</i> <i>"Ver que o paciente gosta do seu serviço e ser chamado de irmão por uma pessoa que não é da família. "</i>	Intimidade fraternal do enfermeiro com paciente	Intimidade fraternal do enfermeiro com paciente
Papel	<i>"No trabalho, esses profissionais estão às voltas com seringas, pilulas e inúmeros frascos de medicamento."</i>	Personagem e instrumentos de trabalho	Cuidado hospitalar e doméstico
	<i>"Nos corredores dos hospitais eles dividem-se no atendimento de um e de outro doente."</i> <i>"Alguns no entanto deixam de lado as escalas, plantões e prontuários e mudam o endereço do trabalho. Vão atender os pacientes em casa."</i>	Do atendimento hospitalar ao domiciliar	
	<i>"Dedicam de dez a 12 horas diárias para cuidar do doente."</i> <i>"Alguns tem hora para voltar para casa, outros chegam de malas feitas, prontos para ficarem."</i> <i>"A partir daí, é preciso ter paciência, atenção e dedicação 24 horas por dia."</i> <i>"O relógio que indica a hora certa agora é o do paciente."</i> <i>"... dedica dias e noites as necessidades do novo paciente..." "Acordava diariamente as seis da manhã."</i>	Dedicação exclusiva	Devoção maternal

	"Na maioria dos casos, eles têm horário para tomar banho, comer, tomar os remédios e ir ao médico." "Durante quatro anos, era o enfermeiro quem dava banho, preparava a comida, fazia companhia e vigiava o sono do ex-paciente..." "...uma agenda rigorosa de horários de medicação, de terapias e de tratamentos variados..."	Cuidados	
Atitude	"Em uma ocasião chegou a dormir no chão no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). No quarto em que José estava internado não havia leito para o fiel enfermeiro." "Perdi sete quilos. Comecei a entrar em depressão."	Sacrifício em prol do paciente	Sacerdócio
	"...apesar do amor pela profissão, nem sempre é fácil deixar de lado as próprias necessidades para satisfazer as de outra pessoa que já não pode se virar sozinha."	Renúncia	
	"Viver em função do paciente, às vezes cansa" "Mas é muito gratificante quando a família confia no seu trabalho e o paciente se apega a você..."	Valorização profissional	
Comportamento	O seu prazer é zelar pelo bem-estar de outros." "Gosto muito do que faço."	Prazer pelo zelo	Virtuosidade e bondade
	Muitos deles abdicam da própria rotina, dos finais de semana, da diversão e, principalmente, das horas de sono."	Abdicação da própria vida	
	"Ajudar alguém que precisa."	Ajuda	

Fonte: DA REDAÇÃO. Anjos da Saúde. *Correio Braziliense*. Brasília, 10 de out - 2001. Caderno Coisas da Vida, p. 5.

### Quadro 11: Codificação de artigo de jornais impressos

Título : *Eu Gosto é de Enfermeira*

	Unidades de informação relacionadas às características do personagem	Temas	Categorização
Status	"Bombeiros e enfermeiras têm as profissões que mais atraem o sexo oposto..." "As profissões que mais atraem os homens são enfermeiras (26%), aeromoças (20%) e médicas (16%)." "As carreiras consideradas sexy mostram que estereótipos continuam vivos"	Atração sexual e profissões Atração sexual por enfermeiras lidera as estatísticas Carreiras sexy e estereótipos	Atração sexual por enfermeiras
	"A maioria dos entrevistados disse que pessoas que trabalham de uniforme são as mais atraentes."	Atração pelo uniforme	Atração pelo das enfermeiras

Fonte: DA REDAÇÃO. Eu gosto é de enfermeira. *Correio Braziliense*. Brasília, 19 de abr - 2002. Caderno Coisas da Vida, Sessão Almanaque, p. 2.

O artigo *Escolha sua profissão*, divulgado no jornal *Correio Braziliense*, foi analisado conforme indica o Quadro 12. As unidades de significados recortadas da unidade textual e classificadas de acordo com a sua significação, nos conduziram aos seguintes temas: imagem do profissional associada ao sexo feminino, imagem do profissional associada à administração de medicamentos e realização de curativos, identificação dos enfermeiros com outras categorias profissionais, orientação da equipe de enfermagem, consulta de enfermagem, trabalhos de atenção indireta ao paciente, formação profissional, dependência do ato médico responsabilidades em prol do paciente.

Tais temas apontam para as representações ligadas à figura das enfermeiras que as identifica à figura feminina, a profissionais que administram medicamentos e fazem curativos, além de associar a elas a execução de atividades e papéis de outras categorias profissionais, tais como o psicólogo, nutricionista e assistente social. Podemos verificar essas significações nos recortes: “*A imagem que a maioria das pessoas faz dos enfermeiros é a de um funcionário de hospital-geralmente mulher*”, “*...que aplica injeção e lembra o paciente de tomar comprimidos*”, “*... cuidar da medicação e fazer curativos...*” e “*Ele é psicólogo, nutricionista e assistente social.*”

Ademais, os temas sinalizam para a realização de um contraponto entre as representações acerca das enfermeiras já sedimentadas, conforme mencionamos anteriormente, e a realidade de atuação das mesmas. Segundo encontramos no texto, o trabalho de enfermagem envolve orientação da equipe de enfermagem, consulta de enfermagem, atenção indireta ao paciente, responsabilidades voltadas ao paciente, dependência do ato médico e formação profissional. Verifiquemos alguns dos recortes que contém essas significações: “*... o profissional é o chefe da equipe de enfermagem dentro de um hospital*”, “*Enfermeiro também faz consulta*”, “*é responsável ainda pelo estoque de material hospitalar e pelo controle de infecções*”, “*O enfermeiro se preocupa com a qualidade de vida do paciente*”, “*O médico dá o diagnóstico e ele traça os planos de tratamento...*” e “*...o profissional, antes de mais nada, deve ser humanista, generalista, crítico e reflexivo.*”

Quadro 12: Codificação dos artigos de jornais impressos

Título: *Escolha a sua Profissão*

	Unidades de informação relacionadas às características do personagem	Temas	Categorização
Status	"A imagem que a maioria das pessoas faz dos enfermeiros é a de um funcionário de hospital, geralmente mulher"	Imagem do profissional associada ao sexo feminino	Imagem do profissional ligada ao sexo feminino e à administração de medicamentos e realização de curativos
	"que aplica injeção e lembra o paciente de tomar comprimidos" "cuidar da medicação e fazer curativos..."	Imagem do profissional associada à administração de medicamentos e realização de curativos	
	"Ele é psicólogo, nutricionista e assistente social"	Identificação dos enfermeiros com outras categorias profissionais	Identificação dos enfermeiros com outras categorias profissionais
Papel	"... o profissional é o chefe da equipe de enfermagem dentro de um hospital" "...orientando as ações dos técnicos e auxiliares de enfermagem." "Seu trabalho é feito em equipe."	Orientação da equipe de enfermagem	Competências dos enfermeiros
	"Enfermeiro também faz consulta" "Quando o paciente chega à clínica, é recebido pelo enfermeiro, que estuda as causas do problema" "...conversa com o paciente sobre os seus hábitos alimentares e o encaminha a um nutricionista..."	Consulta de enfermagem	
	"é responsável ainda pelo estoque de material hospitalar e pelo controle de infecções" "O papel do enfermeiro (...) é entrar em contato com as famílias do doador e do receptor" "...fiscalizar os procedimentos de conservação e despachar o órgão para seu destino."	Trabalhos de atenção indireta ao paciente	
	"...o profissional, antes de mais nada, deve ser humanista, generalista, crítico e reflexivo"	Formação profissional	Formação profissional
	"O médico dá o diagnóstico e ele traça os planos de tratamento..."	Dependência do ato médico	Dependência do ato médico
Comportamento	"O enfermeiro se preocupa com a qualidade de vida do paciente"	Responsabilidades em prol do paciente	Responsabilidades em prol do paciente

Fonte: NOBRE, N. *Escolha a sua Profissão. Correio Braziliense*. Brasília, 10 de jun -2002. Caderno Gabarito, p. 10.

O agrupamento dos temas encontrados nos permitiu chegar em unidades de significação mais elevadas. As categorias resultantes desse processo são: imagem do profissional ligada ao sexo feminino e à administração de medicamentos e realização de curativos, identificação dos enfermeiros com outras categorias profissionais, competências dos enfermeiros, formação profissional, dependência do ato médico, responsabilidades em prol do paciente. Vale assinalar que os temas que não puderam ser agrupados a outros para a formação de categorias, foram eles próprios considerados como categorias, dada a importância de sua presença na composição dos dados e elaboração das categorias síntese mais adiante.

No Quadro 13, podemos visualizar a codificação da matéria *Por Dinheiro, Até Injeção*, divulgada pela revista Veja. Os temas encontrados por meio da análise das unidades de significação foram: o personagem enfermeiro e a ficção, os personagens anjos de branco e valorização profissional, auto-valorização, dedicação e alívio da dor. As categorias empíricas resultantes do agrupamento dos mesmos nos conduz a personagens fictícios e valorização profissional e sacerdócio. Essas categorias contrapõe duas faces da realidade das enfermeiras: a desvalorização profissional e o sacerdócio. Evidentemente, onde está uma estará a outra, uma vez que o sacerdócio é uma expressão subserviente de atuação e a desvalorização profissional é resultante, também, desta condição.

Verifiquemos os recortes: “*Para remediar a situação, ele resolveu criar uma coleção de romances devotados à categoria. E a série Anjos de branco...*” e “*Nas minhas idas ao santuário de Lourdes, fico sensibilizado de ver os doentes acompanhados de seus enfermeiros, esses bravos que se dedicam a aliviar a dor 24 horas por dia...*” No primeiro recorte, a situação a ser remediada é a desvalorização profissional das enfermeiras, no recorte seguinte, percebemos a dedicação expressa como uma missão: o sacerdócio.

Segundo o Quadro 14, o texto *Guerra Branca*, divulgado pela revista *IstoÉ*, teve suas unidades de significação recortadas e classificadas de acordo com essas temáticas: os limites da competência entre médico e enfermeira e ampliação dos limites de atuação dos enfermeiros.

Conforme podemos verificar, os recortes textuais evidenciam claramente os temas: “*A polêmica sobre os limites de ação dos enfermeiros e sua capacidade de realizar diagnóstico e indicar medicamentos não é nova...*” e “*...os enfermeiros podem diagnosticar,*

*prescrever remédios e pedir exames complementares de acordo com guias de conduta estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou de instituições privadas para o atendimento de várias doenças. ”*

**Quadro 13: Codificação de matéria de revista**

Título: *Por Dinheiro, Até Injeção*

	Unidades de informação relacionadas às características do personagem	Temas	Categorização
Status	“...o enfermeiro é um personagem ausente na melhor literatura brasileira.”	0 personagem enfermeiro e a ficção	Personagens fictícios e valorização profissional
	“Para remediar a situação, ele resolveu criar uma coleção de romances devotados à categoria. É a série Anjos de branco...” “Tinha certeza de que os acadêmicos se solidarizariam com a causa, porque quase todos que já passaram dos 50 anos aprendem a valorizar mais o nosso trabalho.”	Os personagens anjos de branco e valorização profissional.	
	“... a coleção é tão-somente uma maneira de melhorar a auto-estima dos enfermeiros.”	Auto-valorização	
Papel	“Nas minhas idas ao santuário de Lourdes, fico sensibilizado de ver os doentes acompanhados de seus enfermeiros, esses bravos que se dedicam a aliviar a dor 24 horas por dia...”	Dedicação e alívio da dor	Sacerdócio

Fonte: MARTHE, M. Por dinheiro, até injeção. *Revista Veja*. São Paulo: Abril, ed. 1763, ano 35, n. 31, 7 de ago - 2002. Sessão Livros, p. 130-31.

Em primeira instância podemos averiguar a questão das competências e a ampliação dos limites de atuação das enfermeiras ou, como queira, da diminuição das fronteiras existentes entre competências médicas e de enfermagem. Frente a essas evidências esses temas foram agrupados e originaram a categoria empírica limites de competência entre médicos e enfermeiros.

Passemos a analisar uma matéria da revista *IstoÉ*, intitulada *Enfermeiros 1 e 2*, sistematizado no Quadro 15. Os recortes semânticos foram classificados nos seguintes temas: limites da competência das enfermeiras e redefinição das fronteiras da competência. O recorte “*O texto mostra a faceta de uma história que serve apenas para justificar e incendiar a dita guerra entre a inverídica ‘incompetência’ da enfermagem versus a endeusada ‘competência’ da medicina*” mostra a existência de limites entre competências médicas e de enfermagem que estão sendo claramente polemizados.

Quadro 14: Codificação de matéria de revista

## Título: Guerra Branca

	Unidades de informação relacionadas às características do personagem	Temas	Categorização
Status	<p>“Os profissionais da medicina e da enfermagem estão numa disputa de espaço.”</p> <p>“A polêmica sobre os limites de ação dos enfermeiros e sua capacidade de realizar diagnóstico e indicar medicamentos não é nova...”</p> <p>“...boa parte da classe médica sustenta que esses profissionais não estão capacitados para tomar as decisões necessárias, mesmo dentro de protocolos específicos”</p> <p>“...considerar que os enfermeiros estejam despreparados para assumir as funções...”</p> <p>“Se os enfermeiros não se sentirem amparados pelos guias e preparados para fazer a consulta e diagnosticar, devem se recusar a assumir a tarefa.”</p>	Os limites da competência entre médico e enfermeira	Limites de competência entre médicos e enfermeiros.
Papel	<p>“...os enfermeiros podem diagnosticar, prescrever remédios e pedir exames complementares de acordo com guias de conduta estabelecidos pelo ministério da saúde ou de instituições privadas para o atendimento de várias doenças.”</p>	Ampliação dos limites de atuação dos enfermeiros	Ampliação dos limites de atuação dos enfermeiros
	<p>“...estão autorizados a examinar, diagnosticar e medicar...”</p>		

Fonte: BOCK, L. & TARANTINO, M. Guerra Branca: médicos e enfermeiros discutem o direito de diagnosticar doenças e prescrever remédios. *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1.722,2 de out - 2002. Sessão Medicina & Bem-Estar. p. 90-91.

Ainda de acordo com a passagem “*Desde que haja a adequação dos cursos de graduação para treiná-los de forma específica, não vejo empecilhos a essa prática...*”, verificamos a imposição de limites para uma redefinição das fronteiras da competência. Os temas foram agrupados na categoria empírica que se segue: os limites da competência entre médico e enfermeira.

A reportagem analisada a seguir foi divulgada por uma emissora de televisão, em rede nacional, no quadro Profissões. Conforme podemos visualizar no Quadro 16, os temas originados da codificação das unidades de significado nos remetem a: associação do enfermeiro a um membro da família, zelar e estar ao lado, dedicação, cuidar com atenção e amor, cuidado, devoção e novas fronteiras de competência.

Essas temáticas demonstram a existência de um apelo a qualidades não necessariamente voltadas para o profissionalismo, mas para comportamentos esperados pela sociedade como constituintes do caráter das enfermeiras. Examinemos a passagem de texto “*É um trabalho que supera os limites da profissão, um exercício contínuo de amor à vida.*”

Quadro 15: Codificação de matérias de revista

Título : *Enfermeiros 1 e 2*

	Unidades de informação relacionadas às características do personagem	Temas	Categorização
<i>Status</i>	<i>"O texto mostra a faceta de uma história que serve apenas para justificar e incendiar a dita guerra entre a inverdica 'incompetência' da enfermagem versus a endeusada 'competência' da medicina."</i>	Limites da competência das enfermeiras	Os limites da competência entre médicos e enfermeiros
	<i>"Nesse contexto, ouvir comentários sobre nossa pretensa 'incapacidade' soa no mínimo estranho."</i>		
	<i>"Se há alguma luta de nossa categoria é pela melhoria da qualidade do atendimento à saúde da população."</i>		
	<i>"Sou médico e não me sentiria nem um pouco constrangido se visse um enfermeiro acompanhando algum paciente, prescrevendo-o ou tratando-o."</i>	Redefinição das fronteiras da competência	
	<i>"Desde que haja a adequação dos cursos de graduação para treiná-los de forma específica, não vejo empecilhos a essa prática..."</i>	competência	
	<i>"A possibilidade de enfermeiros atuarem junto a pacientes melhorará a qualidade do atendimento ao cidadão, diminuirá o sofrimento de filas intermináveis e reverterá a situação caótica e humilhante pela qual passa a saúde pública do Brasil."</i>		

Fonte: SAMPAIO, EH. Enfermeiros. *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1.724, 16 de out - 2002. Sessão Cartas, p. 14.  
NARCHI, NZ. Enfermeiros. *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1.724, 16 de out - 2002. Sessão Cartas, p. 14-15.

Podemos comprovar que a atuação profissional é sobreposta por um exercício de amor à vida, isso representa a associação de um caráter devotativo como elemento constituinte das qualificações necessárias para as enfermeiras desempenharem seus papéis, aos olhos da sociedade.

As categorias empíricas convergiram para: membro da família, cuidado materno e novas fronteiras da competência. A categoria cuidado materno congrega temas relacionados a comportamentos tradicionalmente associados à mãe, como, por exemplo, zelo, dedicação, cuidado, amor, atenção e devoção.

A análise seguinte está sistematizada no Quadro 17 e refere-se à reportagem jornalística divulgada em uma emissora de televisão, em transmissão regional, no quadro Profissões acerca da enfermagem. Essa reportagem é abrangente por congrega depoimentos de enfermeiras, professoras universitárias, alunas de enfermagem, pacientes e da opinião pública em geral expressa pelas intervenções dos repórteres responsáveis.

Quadro 16: Codificação de reportagem televisiva

Título

	Unidades de informação relacionadas às características do personagem	Temas	Categorização
Status	<i>"Digamos que ele seja o irmão no hospital."</i>	Associação do enfermeiro a um membro da família	Membro da família
Papel	<i>"Desde os primeiros sinais de vida eles estão vigilantes ao lado do paciente."</i>	Zelar e estar ao lado	Cuidado materno
	<i>"O dedicado trabalho dos enfermeiros a cada dia vem sendo mais valorizado."</i>	Dedicação	
	<i>"quem cuida, quem está ao lado, quem dá atenção e muito amor."</i>	Cuidar com atenção e amor	
	<i>"...os enfermeiros aprendem a administrar o tratamento, a cuidar do paciente."</i>	Cuidado	
	<i>"É um trabalho que supera os limites da profissão, um exercício contínuo de amor à vida."</i>	Devoção	
	<i>"...os enfermeiros ganharam mais espaço e podem fazer partos normais sem ajuda do médico e nas cirurgias cesarianas acompanham o paciente até o pós-operatório"</i>	Novas fronteiras da competência	Novas fronteiras da competência

Fonte; REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal Hoje - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 3 minutos, 16 de abr - 2002. Transmissão em Rede Nacional.

Assim, os temas encontrados apontam para: benevolência, dom, dedicação, dedicação integral, cuidado de mãe, cuidado, anjos da guarda, salvar, curar, aliviar, fazer o bem, ajudar, papel de coadjuvante e sombra do médico, informar o médico, valorização profissional como recompensa. Ressaltamos que todos esses comportamentos, atitudes, papéis e estatutos presentes nessas temáticas representam as instâncias de produção e reprodução do pensamento social acerca das enfermeiras e da assunção do mesmo por parte dessas profissionais. O depoimento de uma enfermeira entrevistada mostra a incorporação das crenças sociais por parte da mesma: *"Ser enfermeira eu acho que é um dom"*. Esse pensamento também evidencia o apelo às qualidades inatas, como a predestinação para ser enfermeira.

Em outra temática, as enfermeiras são deslocadas das instituições de saúde ao âmbito doméstico, ao se realizar uma analogia das rotinas de enfermagem com os cuidados de mãe, conforme evidenciado no recorte: *"Circular entre as macas. Conversar com os pacientes. Rotina que lembra cuidado de mãe"*. Além de estabelecer uma analogia das enfermeiras com as mães, a codificação dos significados textuais aponta para a temática anjos

da guarda, que as associa a anjos, conforme podemos identificar a seguir: *“Anjos da guarda de que passa dias ou meses num hospital, enfermeiros exercem uma atividade que exige principalmente dedicação”*.

Além das características desses personagens que povoam e existem no imaginário popular, ainda identificamos nos dados empíricos a associação das enfermeiras a coadjuvantes e sombra do médico conforme explícito na passagem textual: *“Mas às vezes o enfermeiro é visto como coadjuvante, a sombra do médico.”*

Todas as temáticas encontradas foram agrupadas nas seguintes categorias empíricas: benevolência e dom, dedicação, cuidado de mãe, anjos da guarda, sacerdócio, sombra do médico e valorização profissional como recompensa. Essas categorias foram consideradas para a elaboração das categorias síntese.

**Quadro 17: Codificação de reportagem televisiva**

	Unidades de informação relacionadas às características do personagem	Temas	Categorização
Status	<i>“A benemérita profissão dos enfermeiros.”</i>	Benevolência	Benevolência e dom
	<i>“Ser enfermeira eu acho que é um dom.”</i>	Dom	
Papel	<i>“O trabalho dedicado de quem cuida dos doentes.” “Meninas são dedicadas estão fazendo curso, estão trabalhando...”</i>	Dedicação	Dedicação
	<i>“24 horas por dia ao lado de doentes.” “Nós ficamos 24 horas com o paciente em momento nenhum do dia tem a disassistência.”</i>	Dedicação integral	
	<i>“Circular entre as macas. Conversar com os pacientes. Rotina que lembra cuidado de mãe” “...daqui a pouco a gente vai trocar o curativo. Já tomou banho?” “Como ela passou hoje? Comeu?”</i>	Cuidado de mãe	Cuidado de mãe
	<i>“É você receber o cliente naquele momento de dor, dar seus cuidados sua atenção, seu desempenho profissional e ele sai de alta bem.” “Era profissão que eu tava querendo mesmo ficar ali com o paciente cuidando sempre, atendendo, resumindo é um acolhimento que a gente dá ao paciente na hora em que ele precisa de um abraço”</i>	Cuidado	

	<i>"Eles é cuidadoso com agente né. Chegou a hora ...tem que tomar banho. É uma beleza." "A gente cuida da parte psicológica, como é que o paciente está, se o paciente está se alimentando, se o paciente está dormindo, se o paciente está, qual o sintoma que ele está pra ajudar no diagnóstico."</i>	Cuidado	
	<i>"Anjos da guarda de que passam dias ou meses num hospital, enfermeiros, e exercem uma atividade que exige principalmente dedicação." "Ela é uma espécie de anjo da guarda do paciente."</i>	Anjos da guarda	Anjos da guarda
	<i>"Que é frustrante é principalmente quando a gente não consegue salvar a vida daquele paciente." "Salvar vidas. Curar. Trazer alívio."</i>	Salvar, curar, aliviar	Sacerdócio
	<i>"Medo existe, mas acima de tudo a gente tem pretensão de fazer o bem."</i>	Fazer o bem	
	<i>"...às vezes a gente nem precisa fazer muito só dá um aperto de mão, um abraço ajuda muito o paciente né e isso acho que é a melhor satisfação que a gente pode ter como resultado do nosso trabalho."</i>	Ajudar	
	<i>"Mas às vezes o enfermeiro é visto como coadjuvante, a sombra do médico."</i>	Papel de coadjuvante e sombra do médico	Sombra do médico
	<i>"Através da visita diária da enfermeira a gente passa informações ao médico plantonista."</i>	Informar o médico	
Comportamento	<i>"Que mais valoriza o meu trabalho vai ser no final de um dia, por exemplo, de trabalho eu receber assim 'obrigado você me ajudou muito' né era disso que eu precisava..."</i>	Valorização profissional como recompensa	Valorização profissional como recompensa

Fonte : REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1ª Edição -Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio-2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

Uma entrevista televisiva, divulgada em âmbito regional por meio de uma reportagem jornalística acerca da profissão de enfermagem, foi analisada e sistematizada conforme se segue no Quadro 18. Os códigos encontrados para cada unidade de significado recortada nos permitiram encontrar temas relacionados a: sombra do médico, promover, prevenir e recuperar a saúde, coordenar e supervisionar o auxiliar de enfermagem, função de avaliar o paciente, função de educador.

Ao verificarmos as implicações temáticas de cada unidade de significação, notamos, ainda, uma identificação das enfermeiras com a sombra do médico. Encontramos

outros temas levantados que esclarecem algumas atividades técnicas e de rotina desempenhadas pelas enfermeiras. Conforme podemos identificar nos recortes: “...*atua nos campos de promoção, prevenção e recuperação da saúde*”, “*Bom a enfermagem em uma função muito mais coordenação e de supervisão do trabalho do auxiliar*”, “*Quando você é convidado para avaliar um paciente pelo convênio, você vai até o hospital avalia e vê qual é a necessidade que esse paciente tem.*” e “...*o enfermeiro é basicamente um educador*”. As categorias empíricas convergiram para: sombra do médico e atuação da enfermeira.

**Quadro 18: Codificação de entrevista televisiva**

	Unidades de informação relacionadas às características do personagem	Temas	Categorização
Status	“ <i>Eu acho que a gente podia começar falando para as pessoas que querem ingressar nessa profissão e não existe essa coisa de sombra do médico.</i> ”	Sombra do médico	Sombra do médico
Papel	“... <i>atua nos campos de promoção, prevenção e recuperação da saúde.</i> ”	Promover, prevenir e recuperar a saúde	Atuação da enfermeira
	“ <i>Bom a enfermagem tem uma função muito mais coordenação e de supervisão do trabalho do auxiliar.</i> ”	Coordenar e supervisionar o auxiliar de enfermagem	
	“ <i>Quando você é convidado para avaliar um paciente pelo convênio, você vai até o hospital avalia e vê qual é a necessidade que esse paciente tem.</i> ”	Função de avaliar o paciente	
	“... <i>o enfermeiro é basicamente um educador.</i> ”	Função de educador	

Fonte: REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.ª Edição - Profissões. *Enfermagem - Entrevistas realizadas com enfermeiras: Moema Borges e Fátima Oitale*. Duração: 6 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

Dessa forma, a descrição analítica dos dados gerados nas etapas de recorte das unidades de significado, a classificação temática e a categorização dos temas permitiram o alcance de níveis mais altos de significação. Todas as categorias empíricas encontradas na análise dos textos foram agrupadas em categorias síntese as quais constituem indicadores que conduziram a realização das inferências, em consonância com o referencial teórico da bioética crítica feminista e as questões teóricas relacionadas com a história moral das enfermeiras.

No Quadro 19, foram registradas e sistematizada^ todas as categorias empíricas encontradas, elas foram agrupadas em categorias síntese de acordo com os seguintes critérios: 1) agregação de itens de significação categorial constitutiva dos textos analisados de acordo com a similitude e frequência da presença dos mesmos, 2) presença de características (comportamentos, papéis, atitudes, *status*) contidas nos textos e associadas às enfermeiras e que permitam uma analogia com personagens sociais.

A categoria empírica sacerdócio apareceu três vezes na análise dos textos. Esta categoria foi agrupada à categoria benevolência e dom por representar características tradicionalmente requeridas pelo personagem que exerce o sacerdócio, como, por exemplo, ser benevolente para com o outro e ter o dom para cumprir essa missão. A categoria síntese resultante foi: sacerdócio, benevolência e dom.

As categorias cuidado de mãe, cuidado materno, devoção maternal representam um papel - o cuidado - e uma virtude - a devoção - ambos adjetivados com a qualificação da mãe demonstrando que o cuidado e a devoção da enfermagem tiveram seus significados transpostos da personagem social mãe para as enfermeiras. A categoria dedicação, embora não tenha sido adjetivada, está presente na significação subjacente das mensagens codificadas como uma qualidade materna. Assim, essas quatro categorias foram agregadas na categoria síntese: cuidado e devoção maternal.

Com relação à categoria limites de competência entre médicos e enfermeiros, conforme explicitado no Quadro 19, essa aparece duas vezes e foi agrupada com as categorias novas fronteiras da competência e competências dos enfermeiros por apresentarem similitude em suas significações. Já a categoria relação hierárquica médico-enfermeiro tem a sua significação englobada pela categoria limites de competência entre médicos e enfermeiros. Assim, a categoria síntese resultante desse agrupamento foi: os limites de competência entre médicos e enfermeiras.

A categoria empírica sombra do médico, a qual apresenta uma frequência de presença igual a dois, foi agregada à categoria dependência do ato médico. Isso foi possível por essa última categoria conter uma significação subjacente, também, relacionada ao *sticitus* de subserviência das enfermeiras nas relações laborais com os médicos, assim como aponta o conteúdo de significado da categoria sombra do médico. Frente a isso, a categoria síntese originada corresponde à sombra do médico.

Em relação às categorias atração sexual por enfermeiras e atração pelo uniforme das enfermeiras, por representarem a evocação a temas relacionados a enfermeiras como, por exemplo, símbolos sexuais e os uniformes como elementos fetíchos que contribuem para a eleição desse símbolo, essas foram agrupadas na categoria síntese que se segue: atração sexual por enfermeira e pelo uniforme das mesmas.

As categorias anjos da guarda e virtuosidade e bondade foram agregadas, pelo fato de a virtude e bondade serem qualificações culturalmente associadas ao personagem anjo que povoa o imaginário popular. Assim, a categoria síntese elaborada foi: anjos. Assinalamos que a associação do anjo com o enfermeiro é fato constante da tradição cultural devido ao fato de essas profissionais estarem presentes em momentos difíceis para o paciente, o que os fazem sentir-se protegidos e zelados por elas. Além disso, a cor branca do uniforme também é associada ao anjo. Nos textos analisados podemos encontrar, ainda, o anjo no título do artigo de jornal analisado no Quadro 10 qual seja: *Anjos da saúde*.

As categorias empíricas que obtiveram frequência de presença igual a um e que não puderam ser agregadas pela similitude de seu significado foram desconsideradas para a elaboração das categorias síntese. Essas categorias são: uniforme branco do enfermeiro, intimidade fraternal do enfermeiro com paciente, membro da família, cuidado hospitalar e doméstico, atuação da enfermeira, personagens fictícios e valorização profissional, valorização profissional como recompensa, imagem do profissional ligada ao sexo feminino e à administração de medicamentos e realização de curativos, identificação dos enfermeiros com outras categorias profissionais, formação profissional e responsabilidades em prol do paciente.

As categorias síntese, elaboradas a partir da análise dos textos e imagens, constituíram-se em indicadores para a realização das inferências e, posteriormente, a elaboração da categoria teórica que será discutida no próximo item desse capítulo.

Todo o processo analítico realizado nos permitiu encontrar indicadores empíricos que possibilitaram a realização das inferências, as quais constituem a finalidade do processo de análise dos textos e imagens. Dessa forma, conforme assinala Bardin (2000): “A intenção da análise de conteúdo é a *inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)* <sup>2</sup>. ”[Com grifos no original], É nesse sentido que a realização das inferências apoiadas em indicadores empíricos, referencial teórico, conhecimentos culturais e sociais acerca das enfermeiras constituiu um procedimento intermediário entre a descrição e a discussão dos dados gerados, processo esse que viabilizou a proposição de uma categoria teórica a qual será discutida no item 2 desse capítulo. Os indicadores empíricos foram elaborados a partir das categorias encontradas na análise de cada texto e imagem e, nessa dissertação, são representados pelas categorias síntese.

**Quadro 19: Elaboração das categorias síntese que emergiram da análise dos textos**

Sacerdócio	Sacerdócio, benevolência e dom
Sacerdócio	
Benevolência e dom	
Sacerdócio	
Devoção maternal	Cuidado e devoção maternal
Cuidado materno	
Cuidado de mãe	
Dedicação	
Relação hierárquica médico-enfermeiro	Os limites de competência entre médicos e enfermeiras
Limites de competência entre médicos e enfermeiros.	
Os limites da competência entre médico e enfermeira	
Novas fronteiras da competência	
Competências dos enfermeiros	
Sombra do médico	Sombra do médico
Sombra do médico	
Dependência do ato médico	
Atração sexual por enfermeiras	Atração sexual por enfermeira e pelo uniforme das mesmas
Atração pelo uniforme das enfermeiras	
Anjos da guarda	Anjos
Virtuosidade e bondade	

No Quadro 20, foi sistematizado esse processo. A categoria síntese sacerdócio, benevolência e dom contém características as quais foram associadas às enfermeiras, características essas culturalmente reconhecidas como inerentes a pessoas que nascem com um dom e se envolvem em missões elevadas em prol de outrem e são aclamadas como santas. Sendo assim, deduzimos que o pensamento social expresso no material analisado, ao se referir as enfermeiras como pessoas benevolentes e à profissão como dom e sacerdócio, as identifica com o personagem a santa.

Com relação à categoria síntese cuidado e devoção maternal, por associar o cuidado e devoção desempenhados pelas enfermeiras com àqueles exercidos pelas mães, deduzimos que houve a intenção por parte do pensamento social em identificar as enfermeiras com o personagem a mãe.

Quadro 20: Elaboração da categoria teórica

Sacerdócio, benevolência e dom	Santa	Personagens morais das enfermeiras: mãe, santa, anjo, mulher-objeto e
Cuidado e devoção maternal	Mãe	
Os limites de competência entre médicos e enfermeiras	Doutora-enfermeira	doutora-enfermeira.
Sombra do médico	Sombra do médico	
Atração sexual por enfermeira e pelo uniforme das mesmas	Mulher-objeto	
Anjo	Anjo	
Personagens: mãe, santa, anjo, mulher-objeto e doutora-enfermeira.	Personagens: mãe, santa, anjo, mulher-objeto e doutora-enfermeira.	

Ao examinarmos a categoria síntese os limites de competência entre médicos e enfermeiras, retomamos as idéias contidas na matéria intitulada *Guerra branca*, analisada no Quadro 14. Verificamos que, ao se dirigir a competências, o texto se refere a novas atribuições técnicas incorporadas na prática de enfermagem, tais como diagnosticar, prescrever remédios e pedir exames complementares de acordo com guias de conduta estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou de instituições privadas para o atendimento de várias doenças, além de referir a polêmica que essa aquisição de competências está causando na classe médica. Considerando que ao incorporarem novas técnicas consideradas socialmente como domínio dos médicos, as enfermeiras passam a ser identificadas com características do médico, deduzimos que um personagem novo está surgindo e sendo identificado com essas profissionais qual seja: a doutora-enfermeira.

A categoria atração sexual por enfermeira e pelo uniforme das mesmas relaciona-se às associações culturais das enfermeiras com símbolos sexuais. O uniforme conforme pudemos vislumbrar na análise das imagens representadas pelas figuras 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 é estereotipado e apresenta como elementos constantes a cor branca, toca ornamental, símbolos da cruz vermelha e a máscara cirúrgica. Esses elementos constituem símbolos feticivos que evocam o prazer. Os homens sentem-se atraídos por essas fantasias e as enfermeiras estereotipadas povoam o imaginário masculino enquanto objetos de prazer. Sendo assim, deduzimos que as enfermeiras são associadas a personagem a mulher-objeto pelo pensamento social expresso e divulgado pela mídia.

As categorias síntese sombra do médico e anjos foram textualmente mencionadas e, portanto, concluímos que esses personagens são associados e identificados com as enfermeiras, conforme explícito nos textos analisados. Já a categoria síntese personagens: mãe, santa, anjo, mulher-objeto e doutora-enfermeira emergiu da análise das imagens, a qual apresenta elementos que identificam as enfermeiras com os personagens relatados, conforme já foi levantado e descrito nas páginas iniciais desse item.

Sendo assim, os indicadores empíricos, em acordo com as exposições teóricas contidas acerca da história moral das enfermeiras e da bioética crítica feminista, nos possibilita inferir que as representações das enfermeiras contidas nos conteúdos imagéticos e textuais divulgados pela mídia estão fortemente relacionadas às questões de gênero e as moralidades subjacentes à socialização das enfermeiras. Dessa forma, a categoria teórica elaborada a partir da análise do conteúdo das imagens e textos, e que será discutida posteriormente é: personagens morais da enfermeira: a *mãe*, a *santa*, o *anjo*, a *mulher-objeto* e a *doutora-enfermeira*.

### **3.2. Personagens Morais: a Mãe, a Santa, o Anjo, a Sombra do Médico, a Mulher- Objeto e a Doutora-Enfermeira**

#### **3.2.1. A Mãe**

Os dados empíricos apontam para a identificação das enfermeiras com essa personagem moral - a *mãe* - pessoa que tradicionalmente está submetida e reproduz o modelo de dominação-subordinação característico das relações de gênero. Historicamente, a cultura e a tradição reservaram para as mulheres a maternidade como papel *natural* e, portanto, um atributo que deve ser incorporado pelas mesmas para sua inserção na sociedade. Ao serem socializadas para cuidar da família, aqui leia-se marido, filhos e pessoas mais velhas, as mulheres passam a assumir um estatuto social marcado pela subserviência.

Ao retomarmos a história moral das enfermeiras, observamos a reprodução desse modelo privado de relações sendo transferido para a esfera pública das relações de trabalho nas quais as mesmas estão vinculadas. Esse modelo foi chamado por alguns críticos de *modelo doméstico* para o contexto das relações entre enfermeiras e médicos e das enfermeiras e pacientes<sup>3</sup>. O modelo *mulher-boa mãe-boa enfermeira*, transfere para o médico, categoria composta em sua maioria por homens e que assume o *status* de dominador nas relações de

gênero, os atributos do pai de família que detém o controle e autoridade sob as decisões a serem tomadas. A submissão e subserviência reproduzidas e assumidas como atributos constituintes do comportamento das enfermeiras são, também, incorporadas e aceitas como *naturais* pela sociedade<sup>4</sup>.

O pensamento social acerca da identificação das enfermeiras com o personagem *mãe* está claramente evidenciado na seguinte passagem de texto analisada nessa dissertação: “Circular entre macas. Conversar com os pacientes. Rotina que lembra cuidado de mãe.”<sup>5</sup> As enfermeiras-mães verificam se os pacientes já tomaram banho, se já se alimentaram, demonstram dedicação, carinho e cuidado. Os pacientes, por estarem em situação de dependência, sejam eles mulheres, homens ou crianças, aceitam de forma passiva as designações das enfermeiras conforme o depoimento: “Ele é cuidadoso com agente né. Chegou a hora... tem que tomar banho...”<sup>6</sup>.

Essas atividades desenvolvidas pelas enfermeiras exprimem o que Collière chama de “tomar conta” ou cuidar que garantem e compensam as funções vitais como comer, beber, andar, vestir-se, tomar banho. Esses são cuidados realizados pela mãe e repetidos a cada dia, a ponto de criarem hábitos e rituais em torno dos mesmos. A exemplo das mães, as enfermeiras também criam rotinas para o desempenho dos cuidados básicos de higiene e alimentação para seus pacientes<sup>7</sup>.

As instâncias de produção, reprodução e assunção do personagem moral *mãe*, representadas pela propagação da cultura na esfera privada e pública, implicam em relações marcadas pelas desigualdades de gênero e pela aceitação passiva da manutenção do *status quo* laboral e institucional. E, ainda que não aceita de forma intencional, repercutem sobre a posição de subserviência assumida por parte das enfermeiras e pela reprodução de relações maternas mantidas com os pacientes. Dessa forma, contribuem para desvalorizar as enfermeiras e o papel social por elas desempenhado. Esse fato ocorre principalmente devido ao mecanismo de naturalização da crença de que a enfermeira está atuando e cumprindo um papel que não é valorizável já que é *naturaf*.

Segundo argumenta Kuhse (1997), é nesse caráter *natural* que, em grande medida, reside o efeito devastador de uma sorte/destino das enfermeiras à subserviência, efeito este que as condena a uma permanência na invisibilidade e à aceitação passiva de uma suposta *natureza* para a opressão<sup>9</sup>. Com relação, ainda, a essa *natureza subserviente* das enfermeiras

nas relações laborais com os médicos, Kuhse (1997) assinala: “Há claramente algo ímpar em relação ao discurso de uma ‘subserviência natural’ da enfermagem à medicina, ou com respeito à ‘subserviência natural’ de alguma profissão em relação à outra. Falar de uma ‘subserviência natural’ sugere que o caráter subserviente ou dominador de uma profissão é dado naturalmente, e, nesse sentido, sedimentado e de modo geral imutável”<sup>10</sup>. [Com grifos no original]. Segundo essa assertiva, as enfermeiras estariam condicionadas ao silêncio pela eleição do vocabulário médico como verdade incontestável.

As teorias feministas introduziram a noção de gênero como categoria analítica da divisão sexista do mundo, trazendo à luz a construção dos papéis sociais naturalizados como elementos fundantes das relações de desigualdade. Dessa forma, o feminismo, enquanto um movimento político transformador, possibilita a desconstrução da naturalização dos papéis desempenhados pelas *mulheres-enfermeiras* através de estratégias de subversão da ordem dominant<sup>11</sup>. A subversão deve partir, no entanto, do oprimido através de uma efetiva *aquisição de poder* a qual possibilitaria um nivelamento das relações desiguais.

### 3.2.2. A Santa

O personagem moral - a *Santa* - foi indicado pelos dados empíricos através do estatuto do sacerdócio presente nas relações marcadas pelo sacrifício, abnegação e dedicação incondicional ao outro, adotados pelas enfermeiras em sua rotina de trabalho. A dedicação da própria vida em favor do bem-estar do paciente é um comportamento largamente adotado por essas profissionais em suas atividades laborais, assim como se espera de uma santa, conforme evidencia os trechos extraídos dos textos analisado nesse trabalho: “*Muitos deles abdicam da própria rotina, dos finais de semana, da diversão e, principalmente, das horas de sono.*”, “*É um trabalho que supera os limites da profissão, um exercício contínuo de amor à vida*” e “*A benemérita profissão dos enfermeiros*”<sup>12</sup>.

A herança desses atributos tem sua origem na forte influência exercida pelas mulheres religiosas que praticavam a enfermagem na era medieval. O modelo de enfermeiras, socializadas nesse meio, estava associado a características vocacionais para o exercício da profissão, que era considerado como dádiva e forma de sacrificar-se pelos outros, assim como o fazem as santas<sup>13</sup>. Essa era a principal condição da existência dessas religiosas que assumiam como uma missão os atributos de cuidar dos enfermos nos primeiros hospitais, nas casas e nos orfanatos. Pelo sacrifício dispensado à causa da caridade, essas mulheres eram aclamadas como *enfermeiras-santas*<sup>14</sup>.

E importante notar que os atributos morais esperados para sua atuação estavam fortemente associados a virtudes, tais como: gentileza, docilidade, bom temperamento, benevolência, compaixão, caridade e misericordiosas para com as pessoas. Predicados esses que evidenciavam, ainda, o estatuto de passividade e de submissão nas relações sociais, já que elas eram mulheres que não contavam com o amparo representado pela família. Sendo assim, o seu meio de inclusão e amparo social era a vida dedicada em sacrifício ao outro<sup>15</sup>.

Esse modelo de identificação das práticas de cuidado com as “mulheres consagradas”, conforme nomeia Collière (1999), baseado em valores religiosos e morais, delineia a construção social dos papéis dessas mulheres marcados pela submissão a Deus, representado pelos homens da igreja<sup>16</sup>. Os cuidados são preferencialmente dirigidos aos corpos sofredores, estes são dignos de serem assistidos por representarem a própria imagem de Cristo sofrendo na cruz. A idéia de que o sofrimento é um valor positivo para a salvação da alma permeia os cuidados. O legado desse modelo religioso do cuidado para a enfermagem poderia ser traduzido em uma *profissão de fé* marcada pelo sacerdócio, por virtudes religiosas e pela submissão.

Vale ressaltar, ainda, que havia mulheres que embora não pertencessem às ordens religiosas, exerciam a caridade como um trabalho social. Contribuíam financeiramente para a fundação de hospitais e orfanatos, cuidavam de leprosos e forneciam refeições para os doentes. Eram conhecidas popularmente como mulheres generosas e benevolentes, as quais eram socialmente identificadas como *santas*<sup>17</sup>.

Esses comportamentos eram influenciados pelos pressupostos do cristianismo que apregoava o amor aos humildes, o respeito às fraquezas e a caridade como elementos base para uma vida cristã. Em nome da caridade cristã, se acolhiam todos aqueles que necessitavam de algum tipo de cuidado. Segundo aponta Collière (1997), uma das precursoras das práticas do cuidado como caridade foi a célebre Fabíola, mulher da alta sociedade romana convertida ao cristianismo, que transformou seu palácio em asilo para os infelizes e em hospital para os doentes<sup>18</sup>. Esse modelo caritativo do cuidado, nas palavras de Collière (1997), “fortalece a mensagem ideológica de que cuidar releva do dom aos pobres, aos desfavorecidos, aos mais desamparados, e requer uma generosidade excepcional ...”<sup>19</sup>.

A sedimentação dessas moralidades, presentes na socialização dessas *enfermeiras- santas*, deixou como legado para a categoria profissional das enfermeiras as prerrogativas de

sacerdócio, dom, abnegação e obediência como inerentes à sua prática, tendo sido legitimadas socialmente como atributos indissociáveis da pessoa da enfermeira<sup>20</sup>. A assunção pelas mesmas dos papéis vinculados ao personagem moral a *santa* contribui, na atualidade, para que elas continuem a serem identificadas com papéis e comportamentos sagrados.

Tuckett (1999) propõe um modelo de comportamento moral para as enfermeiras à semelhança do *bom samaritano*. Tal modelo elege a compaixão como uma virtude que as enfermeiras devem incorporar à sua personalidade, como uma prerrogativa para a prática do cuidado. Compaixão é entendida, por esse autor, como uma forma intensiva de benevolência e um bem intrínseco ao cuidado<sup>21</sup>.

As enfermeiras ao serem compassivas com o paciente, na atenção de suas necessidades e promoção do bem-estar dos mesmos, estariam, então, executando boas ações que produziriam efeitos positivos tanto para o beneficiário quanto para o agente da ação: as enfermeiras. Nessa perspectiva, o cuidado é entendido como uma forma de praticar o bem pelas enfermeiras virtuosas. Tuckett (1999) acredita que as enfermeiras devem seguir o exemplo do *bom samaritano* ao cuidarem de seus pacientes, agindo de maneira a aliviar o sofrimento dos mesmos.<sup>22</sup>

As idéias desenvolvidas por esse autor vêm de encontro às práticas de cuidado desempenhadas pelas mulheres virtuosas e irmãs de caridade, as quais o desempenhavam como forma de expressar suas virtudes e fazer o bem a outrem. Vale assinalar que apesar do transcurso da história e da clara evolução das práticas de enfermagem, essas moralidades associadas ao cuidado e às enfermeiras ainda estão presentes nos dias atuais no contexto das práticas de enfermagem e nas produções acadêmicas a esse respeito.

Diante dessa conjuntura, as enfermeiras ainda hoje têm os seus papéis sociais e individuais claramente marcados pelas moralidades associadas ao personagem a *santa*, Moralidades essas fortemente entremeadas pela submissão e subserviência à lógica dominante. As propostas desenvolvidas pelas teóricas da bioética feminista vêm contemplar essa condição de subordinação das *enfermeiras-santas* ao proporem uma mudança na distribuição do poder, que constitui o pilar mantenedor do modelo *dominação-subordinação*. O desenvolvimento de estratégias de *aquisição de poder* constitui o passo inicial para a modificação das relações de desigualdade. O reconhecimento e o questionamento das moralidades, herdadas pelas enfermeiras ao longo de sua história moral, constitui uma

condição necessária para o princípio de um processo de efetiva mudança do *status* de subserviência, desvalorização e vulnerabilidade profissional<sup>23</sup>.

### 3.2.3. O Anjo

A identificação das enfermeiras com o personagem moral o *anjo* já se tornou um mito aceito e propagado pelo pensamento social e que representa significativa influência no comportamento esperado para as mesmas. O personagem *anjo* é imediatamente associado, no imaginário popular, com o uniforme branco usado pelas enfermeiras, o qual evoca luz, paz e pureza. A dedicação pessoal àquele que precisa, a proteção e auxílio nas necessidades prementes são tradicionalmente atributos dos anjos, figuras abstratas que povoam o imaginário popular, transfigurados à pessoas que se comportam de maneira semelhante a eles.

Todos esses atributos são entendidos pela sociedade como sendo *naturais* para as enfermeiras e são assumidos, ainda, por elas nas rotinas de trabalho. Essas assertivas tornam-se claras ao retomarmos os seguintes recortes textuais: “*Anjos da guarda de quem passa dias ou meses num hospital, enfermeiros exercem uma atividade que exige principalmente dedicação*” e “*Ela é uma espécie de anjo da guarda do paciente*”<sup>24</sup>. O primeiro recorte relaciona-se a uma representação social dada por uma pessoa leiga em enfermagem, já o segundo constitui parte de um depoimento de uma enfermeira. Podemos, então, confirmar as instâncias de reprodução e assunção das representações sociais relacionadas ao personagem - o *anjo*.

Florence Nightingale foi chamada de o *anjo de branco*, a precursora da enfermagem moderna percorria os leitos dos doentes nas madrugadas e em vigília constante velava pelo sono dos mesmos. Essa metáfora do *anjo branco* foi inicialmente usada no período pós-guerra, no Século XIX, e pretendia homenagear Florence Nightingale, não só por sua atuação mundialmente reconhecida na assistência aos soldados feridos, mas também por sua apresentação pessoal, quase sempre vestida com uniforme totalmente branco, além dos comportamentos e atitudes marcados pelo sacrifício, religiosidade e humanismo. Essa metáfora, que evocou para si os significados de pureza e bondade, permaneceu intacta ao longo da história e é utilizada nos dias atuais como designação para as enfermeiras. Atreladas ao significado simbólico dessa metáfora, proposto nesta dissertação como o personagem o *anjo*, estão as moralidades constituintes dos papéis e comportamentos desempenhados pela figura investida pelo *anjo*

Ainda, segundo aponta Hallam (2000), em meados do Século XIX, as boas enfermeiras eram invariavelmente vistas como uma espécie de anjo auto-sacrificador que abandonavam tudo a fim de dedicar a vida cuidando dos doentes<sup>26</sup>. Os atributos associados a esse personagem moral são marcados pelas virtudes da dedicação incondicional, do zelo e do sacrifício. Subjacentes a eles reside, no entanto, um efeito pernicioso produzido por comportamentos marcados pela subserviência. É justamente nesse pressuposto, que reside a acomodação e manutenção de um estatuto de submissão. Os traços simbólicos marcantes desse personagem - o *anjo* tanto no âmbito de suas significações abstratas quanto em sua sedimentação no campo das relações pessoais e laborais, são indissociáveis de seu *status* de subordinação.

Nesse sentido, conforme assinala Kuhse (1997), é muito mais nas esferas relacionais que reside os problemas morais enfrentados pelas enfermeiras. Justamente por essas instâncias serem permeadas pela desigualdade com respeito aos que detêm ou não o poder, aos saberes considerados mais e menos valorizados e à perpetuação dos monopólios de uns em detrimento de outros. Questionar a segurança produzida pela crença e adoção dessas moralidades no cotidiano das práticas de enfermagem constitui-se em uma condição necessária para a mudança<sup>27</sup>.

#### 3.2.4. A Sombra do Médico

*“Mas, às vezes o enfermeiro é visto como coadjuvante, a sombra do médico”*<sup>28</sup>. A sedimentação dessa identificação das enfermeiras com o personagem moral à *sombra do médico* está vinculada a um processo de construção social que transpôs o modelo das assimetrias das relações de gênero e de poder do contexto privado para o público, das relações entre homens e mulheres para as relações entre médicos e enfermeiras. O modelo de dominação-subordinação que entremeia as relações entre os gêneros masculino e feminino é responsável pela opressão e pelo mutismo que caracterizam as posições reservadas para as enfermeiras na sociedade<sup>29</sup>.

A divisão moral do trabalho entre médicos e enfermeiras no âmbito dos serviços de saúde é permeada pelas relações assimétricas de gênero, as quais invariavelmente privilegiam àquele que detém a autoridade moral e técnica legitimada pela cultura. Nesse caso, o ator social em vantagem é o médico, em primeiro plano, pelo modelo patriarcal que legitimou o vocabulário masculino como verdade absoluta e universal, e, em segundo plano,

por este profissional incorporar o poder da técnica e dos saberes considerados superiores e, portanto, mais valorizados<sup>30</sup>.

As teóricas da bioética crítica de inspiração feminista são unânimes em reconhecer a medicina como a profissão mais valorizada e detentora do poder no contexto das práticas institucionais de saúde, reservando à enfermagem um *status* de profissão menos valorizada e subserviente. As relações desiguais advindas dessa situação conferem ao médico o controle do processo decisório no contexto das práticas de saúde, e às enfermeiras resta acatar as decisões médicas como suas próprias, uma vez que as suas condições de oprimidas por excelência as impedem de articular palavras que sejam audíveis<sup>31</sup>.

As enfermeiras ocupam, assim, uma posição de desvantagem social em relação aos médicos, por serem identificadas como aquelas que detêm saberes menos valorizados como, por exemplo, os saberes relacionados ao cuidado desempenhado pela *mulher-boa mãe*, saberes esses que, segundo as crenças sociais, não necessitam de grandes habilidades cognitivas para serem postos em prática<sup>32</sup>. Ainda, segundo aponta Collière (1999), a valorização das práticas do cuidado prestados pelas *mulheres-enfermeiras* está ligada diretamente às próprias *mulheres-enfermeiras* a medida que o que elas fazem é determinado por aquilo que são<sup>33</sup>.

O estatuto de subserviência à categoria médica, historicamente atribuído às enfermeiras, tem sido reproduzido desde os primórdios da profissão, quando do surgimento da enfermagem moderna, segundo os moldes Nightingaleanos, que tinham como prerrogativas a obediência e submissão aos vocabulários dominantes. Esse fato rendeu a Florence o *status* de precursora do modelo de dominação-subordinação que marcaria a profissão e se propagaria pela história afora<sup>34</sup>.

Ainda que as enfermeiras tenham incorporado à sua prática os avanços científicos e tecnológicos, bem como tenham aperfeiçoado os cursos de formação profissional, essas conquistas ainda não conseguiram transpor a história moral calcada na desigualdade e marcada pelas relações hierárquicas com os médicos. A essas profissionais, ainda, está reservado o estatuto de *auxiliar do médico*, não importa qual seja o nível de habilidades técnicas e cognitivas que tenham adquirido, tão pouco a ordem hierárquica que ocupem em uma instituição pública ou privada<sup>35</sup>.

Vale ressaltar que apesar das tentativas evidentes de articular um novo vocabulário através da aquisição de novas competências técnicas e saberes científicos, as enfermeiras, ainda que não intencionalmente, incorporaram e assumiram o vocabulário do poder técnico, tipicamente falado pelos médicos, como verdades absolutas e suas próprias, de forma a atravancar o processo de construção de um novo vocabulário, próprio e autêntico<sup>36</sup>.

Dessa forma, o estatuto de personagem moral - a *sombra do médico* - se produz e reproduz nos meios institucionais e sociais como um diminutivo das habilidades técnicas, cognitivas e morais das enfermeiras para as quais, aos olhos da cultura, resta o conformismo com uma posição ofuscada, duplicada, e subtraída pela sombra dos médicos.

A saída moral para essa situação enfrentada pelas enfermeiras encontra guarida, nas teorias feministas. Uma estratégia válida para uma efetiva subversão da ordem residiria na eleição de um vocabulário diferente e autêntico para as enfermeiras que as faça passar do silêncio à fala, permitindo a reversão do *status* de *sombra do médico* para uma posição ativa e valorizada perante a sociedade<sup>37</sup>. Isso é possível através do exercício da dúvida que se traduziria em uma reflexão crítica acerca das moralidades que envolvem as práticas profissionais de enfermagem, o que possibilitaria a realização de um contramovimento com a finalidade de modificar os comportamentos, bem como estabelecer outras formas de relacionamentos profissionais, compartilhados, permitindo a participação das enfermeiras como sujeitos ativos nos processos decisórios institucionais.

### 3.2.5. Mulher-objeto

As crenças culturais expressas pela mídia revelam a contínua reprodução de estereótipos e símbolos associados às enfermeiras. Dentre eles, o personagem *a mulher-objeto* representa um dos que mais contribuem para a desvalorização e vulnerabilidade profissional das enfermeiras. Esses estereótipos são divulgados, majoritariamente, por meio de imagens as quais representam signos altamente persuasivos e que exercem um fascínio imediato no receptor da mensagem por elas propagada. Conforme demonstrado nos dados empíricos gerados neste trabalho, as imagens somam maioria na opção midiática para lançar essa personagem nos domínios públicos<sup>38</sup>.

A personagem *a mulher-objeto* é rapidamente identificado com as enfermeiras pela predominância do sexo feminino, o uniforme branco e a toca ornamental com símbolo da cruz vermelha. Esse último elemento faz parte da história do uniforme das enfermeiras. A

toca era usada para ocultar os cabelos das dedicadas enfermeiras que não dispunham de tempo para cuidar dos mesmos e contribuía, também, para conferir-lhes uma aparência mais simples<sup>39</sup>. Nos dias atuais, esse é um objeto que ainda permanece vivo no imaginário popular, porém com uma conotação distinta qual seja um elemento feticício da indumentária das enfermeiras.

As imagens são construídas e divulgadas por instituições capitalistas, fortemente influenciadas pela lógica dominante e pelos interesses do mercado simbólico. O poder de propagação e transformação simbólica de significados pelos meios de comunicação de massa obedecem à lógica de transformação do capital cultural em capital econômico. As implicações da manutenção do *status quo* simbólico da personagem a *mulher-objeto*, para realidade das práticas laborais das enfermeiras, residiriam em uma transferência das moralidades da personagem para essas profissionais<sup>40</sup>.

Nas imagens simbólicas das enfermeiras identificadas como a *mulher-objeto* estão representadas as fantasias masculinas relacionadas ao objeto de desejo. A maioria dessas fantasias repousam no corpo feminino, em elementos feticícios e relações de prazer/dor. Esse símbolo, no entanto, não corresponde à realidade mesma das relações sociais e laborais das enfermeiras, embora neles estejam reproduzidas as assimetrias de gênero. Corresponde, em verdade, a um significado imaginário, construído por uma suposta irracionalidade patriarcal que condiciona ao objeto imaginado a realização de suas fantasias e manutenção de seus privilégios. A reprodução contínua do símbolo da personagem a *mulher-objeto* reforça o poder de seu significado que é legitimado e incorporado pelo imaginário popular acerca das enfermeiras como significações que, embora não correspondam à realidade, passam a ser entendidas como tal<sup>41</sup>.

Nesse sentido, nas sociedades patriarcais a mulher é o símbolo e o lugar da sexualidade. Assim, à primeira vista, corpo e sexo parecem indissociáveis. No entanto, esse mecanismo de confusão do corpo feminino com o próprio sexo está interligado a um processo de construção social, segundo o qual o homem tem um sexo e a mulher é um sexo. De acordo com esse entendimento, as mulheres assumiriam um *status* de meros objetos nas relações e uma condição de subordinação à posição dominadora evocada pelos homens<sup>42</sup>.

A construção da personagem a *mulher-objeto* pode, ainda, estar interligada à inversão das relações de poder presentes no controle exercido pelas enfermeiras aos pacientes

do sexo masculino, quando estes estão em situação de dependência ocasionada por uma enfermidade. Uma estratégia do discurso dominante para reverter e realocar o poder para as mãos dos homens, nestas situações, é identificar as enfermeiras às mulheres-objeto, as quais voltariam a ocupar o estatuto de submissão e subserviência ao homem, ainda, que este ocupe uma posição de dependência<sup>43</sup>.

A associação das enfermeiras a objetos reforça ainda mais a posição de passividade a qual se encontram e que lhes confere as relações marcadas pela opressão. Nessas relações, essas profissionais são silenciadas e impedidas de proferirem uma voz que seja considerada nas tomadas de decisão de cunho técnico ou ético ao desempenharem suas atividades laborais nas instituições de saúde. Sendo assim, torna-se necessário empreender uma estratégia que seja capaz de reverter essa situação, possibilitando às enfermeiras adquirirem um *status* de sujeito ativo em suas relações e atividades profissionais<sup>44</sup>.

### 3.2.6. Doutora-enfermeira

Ao verificarmos a história profissional das enfermeiras, podemos perceber uma evidente evolução das práticas de enfermagem, as quais incorporaram avanços científicos, tecnológicos e, mais recentemente, diminuíram as fronteiras de atuação entre outras categorias profissionais, por meio da introdução de novas competências regulamentadas por leis federais e resoluções baixadas pelo Conselho Federal de enfermagem. Como exemplo, a Lei n.º 7.498/86 que dispõe acerca do exercício da enfermagem, garante aos profissionais dessa área: a prescrição de medicamentos, requisição de exames, diagnóstico de algumas doenças, a realização de partos normais e pré-natal.

Vale ressaltar que existem algumas exigências e limites a serem respeitados no exercício dessas atribuições. Para diagnosticar, prescrever e requisitar exames, as(os) enfermeiras(os) devem estar vinculados a programas oficiais de atenção à saúde, como Programa Saúde da Família (PSF) e programas de ação continuada (por exemplo, os programas de tuberculose, diabetes, saúde do idoso, saúde da mulher, DST e hanseníase), ou, ainda, estarem atuando em instituições privadas e/ou públicas as quais tenham protocolos que instituem normas e rotinas para prescrição de medicamentos. Estas são as competências que geraram mais polêmicas por serem consideradas pela categoria médica como domínios exclusivos dos médicos. Podemos citar, também, novas áreas de atuação e procedimentos mais complexos incorporados nas técnicas de enfermagem, quais sejam: a auditoria em enfermagem; atuação de enfermagem em nível autônomo, em domicílio, conhecida como

*Home Care*, a instituição da tabela de honorários de enfermagem, uma necessidade advinda da ampliação do atendimento de enfermagem o qual esteve largo tempo vinculado apenas a instituições públicas e privadas; inserção de cateter periférico central. Todas essas atividades estão regulamentadas pelas resoluções do Conselho Federal de Enfermagem: n.º 266/2001, que aprova atividades de enfermeiro auditor; n.º 267/2001, aprova atividades de enfermagem em domicílio *Home Care*; n.º 264/2001, a qual atualiza os valores mínimos da Tabela de Honorários de Serviços de Enfermagem; n.º 258/2001, que dispõe acerca da Inserção de cateter Periférico Central<sup>45</sup>.

A ampliação da área de atuação das enfermeiras tem gerado polêmicas entre essas profissionais e os médicos, as primeiras por clamarem pelo reconhecimento e valorização profissional e esses últimos por sentirem que os seus domínios estão sendo ameaçados. Os médicos acreditam que prescrever e diagnosticar são atributos exclusivos de sua categoria, já os enfermeiros acreditam não haver limites que não possam ser transpostos pela aquisição de novas competências desde que haja um preparo técnico e científico para tanto. Isso demonstra um início de mudança na postura das enfermeiras que tentam subverter a ordem dominante segundo a qual os médicos detêm o poder de tomar todas as decisões no atendimento à saúde, e as enfermeiras devem acatá-las passivamente.

Frente a essa conjuntura, começa a aparecer um novo personagem - a *doutora-enfermeira* - a qual pode ser percebida não somente no campo de trabalho pelos profissionais que aí atuam, mas também nos domínios da informação pública através da divulgação dos meios de comunicação de massa. Os textos e imagens analisados nesta dissertação apontam para essa realidade. Retomemos a imagem representada pela figura 16, ela mostra uma mulher jovem, de olhar firme, preparando-se para executar uma técnica, sua atitude conota tenacidade, determinação, segurança, atributos que lhe permitem transpor as fronteiras do poder técnico, incorporado pelos médicos, pela aquisição de competências e conquista de autoridade técnica, a fim de atingir um nivelamento profissional. No entanto, conforme explícito no texto que acompanha a imagem e na matéria de revista analisada, intitulada *Guerra Branca*, a diminuição das fronteiras da competência entre médicos e enfermeiras têm causado estranheza por parte dos profissionais médicos, pela opinião pública e até mesmo por parte de alguns membros da própria categoria de enfermagem.

Esse fato é devido à reação do opressor - o médico - que sente o seu monopólio ameaçado; da opinião pública, marcada pela crença da identificação das enfermeiras com as

moralidades dos personagens a *mãe, o anjo*, a *santa*, a *sombra do médico* e a *mulher-objeto*; e finalmente das enfermeiras - oprimidas por excelência - que ainda não se acostumaram com a possibilidade da fala e da articulação de um novo vocabulário<sup>46</sup>.

As passagens textuais confirmam essa argumentação, conforme podemos notar. *“boa parte da classe médica sustenta que esses profissionais não estão capacitados para tomar as decisões necessárias, mesmo dentro de protocolos específicos”*, esse trecho demonstra claramente a preocupação da classe médica com o surgimento da personagem a *doutora-enfermeira*, assim, utiliza como estratégia de proteção de seus domínios a depreciação das capacidades das enfermeiras em assumir novos papéis e competências. Já o trecho *“Se os enfermeiros não se sentirem amparados pelos guias e preparados para fazer a consulta e diagnosticar, devem se recusar a assumir a tarefa”* evidencia a opinião de um membro da categoria de enfermagem o qual denota uma certa estranheza em assumir um novo vocabulário<sup>47</sup>.

Essas evidências demonstram que a personagem *doutora-enfermeira* representa uma tentativa das enfermeiras em articular um novo vocabulário, ainda um pouco nebuloso e ofuscado pela classe dominadora. É importante chamar atenção para a importância de que esse vocabulário seja autêntico. Conforme percebemos, ele ainda incorpora algumas palavras presentes no vocabulário do dominador. A própria designação encontrada para o personagem que tenta articular esse vocabulário incorpora a palavra *doutora*, culturalmente utilizada para identificar o médico. Com essa argumentação, pretendemos chamar a atenção para o aspecto perigoso contido nas propostas de subversão da ordem esboçadas por esse personagem e representado pelo uso do vocabulário do opressor<sup>48</sup>.

Outro fator importante é desmistificar uma relação de disputa entre médicos e enfermeiros. Medir forças não é uma estratégia viável para *aquisição de poder*, uma vez que, sob essa ótica, as enfermeiras poderão estar se vulnerabilizando ainda mais. Isso deve-se ao fato de que, perante a sociedade, a categoria que incorpora o poder ainda é o médico e sua voz privilegiada encontra eco e apoio social.

A *doutora-enfermeira*, recentemente, ganhou *status* formal, com a Resolução n.º 256/2001 do Conselho Federal de Enfermagem, que autoriza o uso do título de doutor pelos enfermeiros<sup>49</sup>. Essa é uma estratégia utilizada por essa entidade de classe como tentativa de utilizar o significado cultural desse título que está associado ao poder, ao *status* social

privilegiado e aos conhecimentos científicos, como forma de transposição desses valores para as enfermeiras.

Os símbolos desse tipo assumem um poder grande de modificar, produzir e reproduzir significados. Conforme assinala Bourdieu (1998): "...o título é em si mesmo uma *instituição* (como a língua) mais duradoura que as características intrínsecas do trabalho, a retribuição do título pode manter-se apesar das transformações do trabalho e do seu valor relativo: não é o valor relativo do trabalho que determina o valor do nome mas o valor institucionalizado do título que serve de instrumento o qual permite que se defenda e se mantenha o valor do trabalho"<sup>50</sup> [Com grifos no original], Com essa argumentação, esse autor evidencia que o valor atribuído a uma profissão está intimamente relacionado com o título designado para nomear as pessoas que a ela pertencem, uma vez que ele incorpora valores culturalmente associados não propriamente ao trabalho desempenhado pela categoria, mas ao poder invocado pelo símbolo legitimado e institucionalizado pela sociedade.

Sendo assim, o lugar onde se localiza o poder nem sempre se constitui uma fonte efetiva de poder e em contrapartida onde menos se espera que ele esteja presente, pelo menos aos olhos da cultura, é onde ele se encontra invisibilizado pela crença. A bioética crítica feminista trabalha amplamente as questões de poder, A aquisição, localização e realocação do poder constituem formas de subverter a ordem dominante ao representarem uma forma de tornar os vulneráveis livres da opressão<sup>51</sup>. A personagem *doutora-enfermeira* começa a despontar como uma iniciativa de subverter a ordem dominante, no entanto, esse deve ser um processo politizado, segundo uma nova lógica que tenha como prerrogativas a democracia e a liberdade.

- <sup>1</sup> BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Trad. GUARESCHI, Pedrinho A. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.516p.
- <sup>2</sup> BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000. p.38
- <sup>3</sup> GEOVANINI, F.; MOREIRA A.; DORNELLES, S. & MACHADO, W.P.A. *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 205 p.
- <sup>4</sup> KUHSE, H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell, 1997. 296 p.
- <sup>5</sup> REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.
- <sup>6</sup> REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.
- <sup>7</sup> COLLIÈRE, M.F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3.<sup>a</sup> Tiragem. Lisboa - Porto - Coimbra: Lidei Edições Técnicas. 1999. 385 p.
- <sup>8</sup> KUHSE, H. *Caring: Nurses, Women and Ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997. 296 p. Vide também: TONG, R. *Feminist approaches to bioethics: theoretical, reflections and practical applications*. United States: Westview, 1997. p. 280.
- <sup>9</sup> KUHSE, H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell, 1997. 296 p.
- <sup>10</sup> KUHSE, H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford : Blackwell, 1997. p.43. Segundo tradução livre do trecho: "There is clearly something odd about speaking of the 'natural subservience' of nursing to medicine, or for that matter of 'the natural subservience' of any profession in relation to another. To speak of 'natural subservience' suggests that the subservient or dominant character of the relevant profession is somehow naturally given and in that sense fixed and largely unchangeable."
- <sup>11</sup> SHERWIN, S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- <sup>12</sup> WOLF, S. *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 398.
- <sup>12</sup> DA REDAÇÃO. Anjos da Saúde. *Correio Braziliense*. Brasília, 10 de out - 2001. Caderno Coisas da Vida, p. 5. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal Hoje - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 3 minutos, 16 de abr - 2002. Transmissão em Rede Nacional. REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.
- <sup>13</sup> GEOVANINI, F.; MOREIRA A.; DORNELLES, S. & MACHADO, W.P.A. *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.205p. Ver também KUHSE, H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell, 1997. 296 p.
- <sup>14</sup> GROUP, T.M. & ROBERTS, J.I. *Nursing, Physician Control, and the Medical Monopoly*. Bloomington: Indiana University Press, 2001. 514p.
- <sup>15</sup> GROUP, T.M. & ROBERTS, J.I. *Nursing, Physician Control, and the Medical Monopoly*. Bloomington: Indiana University Press, 2001. 514p.
- <sup>16</sup> COLLIÈRE, M.F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3.<sup>a</sup> Tiragem. Lisboa - Porto - Coimbra: Lidei Edições Técnicas. 1999. 385 p.
- <sup>17</sup> GROUP, T.M. & ROBERTS, J.I. *Nursing, Physician Control, and the Medical Monopoly*. Bloomington: Indiana University Press, 2001. 514p.
- <sup>18</sup> COLLIÈRE, M.F. op. cit.
- <sup>19</sup> *Ibidem*, p.40.
- <sup>20</sup> *Ibidem*, 385 p.
- <sup>21</sup> TUCKETT, A. Nursing Practice: Compassionate Deception and the good Samaritan. *Nursing ethics*, 6 (5), 1999. p. 384-389.
- <sup>22</sup> *Idem*, *Ibidem*.

- <sup>23</sup> TONG, R. *Feminist approaches to bioethics: theoretical, reflections and practical applications*. United States: Westview, 1997. p.280. Ver também: DONCHIN, A.; PURDY, L. *Recent Embodying feminist Bioethics Advances*. New York: Rowman and Littlefield, 1999. 286p.
- <sup>24</sup> REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.
- <sup>25</sup> HALLAM, J. *Nursing the Image: Media, Culture and Professional Identity*. London/New York: Routledge/Taylor & Francis Group, 2000. 239 p. Ver também GEOVANINI, F.; MOREIRA A.; DORNELLES, S. & MACHADO, W.P.A. *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 205p. KUHSE, H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford : Blackwell, 1997. 296 p.
- <sup>26</sup> HALLAM, J. .op. cit. 239 p.
- <sup>27</sup> KUHSE, H. *Caring: Nurses, Women and Ethics* . Oxford: Blackwell Publishers, 1997. 296 p. SHERWIN, S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992. 296p.
- <sup>28</sup> REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal
- <sup>29</sup> SHERWIN, S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992. 286 p.
- <sup>30</sup> Ibidem, 296 p.
- <sup>31</sup> Idem, ibidem.
- <sup>32</sup> Para um maior aprofundamento acerca do modelo *mulher-bom mãe* vide: KUHSE, H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell, 1997. 296 p.
- <sup>33</sup> COLLIERE, M.F. op. cit. 385 p.
- <sup>34</sup> GEOVANINI, F.; MOREIRA A.; DORNELLES, S. & MACHADO, W.P.A. A Enfermagem Moderna. In: *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 181-185. Para um aprofundamento acerca de vocabulários e verdades absolutas, vide: RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994. 253 p. Tradução: Nuno Ferreira da Fonseca.
- <sup>35</sup> FONSECA, T.M.G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, MJM et al (orgs) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: artes Médicas, 1996. p.63-75.
- <sup>36</sup> RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994. 253 p. Tradução: Nuno Ferreira da Fonseca.
- <sup>37</sup> SHERWIN, S. op. cit. 296p. Ver também ROSSET, C. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989. 198 p. Tradução: Fernando J. Fagundes Ribeiro e Ivana Bentes.
- <sup>38</sup> Vide as figuras 8, 9, 10, 11, 12 e 13 as quais representam em suas imagens o personagem *mulher-objeto*. Figuras 8,9 e 10 - retiradas da *Revista VIP*. São Paulo: Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr- 2001. Reportagem da Capa. Capa, p. 44 e 79. Figura 11 - retirada da *Revista VIP*. São Paulo: Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr - 2001. Sessão Seu Corpo - Pergunte à Enfermeira, p. 128. Figura 12 - retirada do *site* Oficial de Scheila Carvalho, <http://www.scheilacarvalho.com.br/galeria/bat/002html>. Acesso em 22 de setembro de 2002. Figura 13 - retirada do *Jornal Comunidade*. Brasília, 8 de abr - 2001. p. 4.
- <sup>39</sup> GEOVANINI, F.; MOREIRA A.; DORNELLES, S.; MACHADO, W.P.A. ,op. cit. p. 181-185.
- <sup>40</sup> BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. Tradução: Fernando Tomaz. 313p.
- <sup>41</sup> HALLAM, J. .op. cit. 239 p.
- <sup>42</sup> SHERWIN, S. op. cit. 296 p. Vide também: DONCHIN, A.; PURDY, L. *Recent Embodying feminist Bioethics Advances*. New York: Rowman and Littlefield, 1999. 286p.
- <sup>43</sup> GROUP, T.M. & ROBERTS, J.I. *Nursing, Physician Control, and the Medical Monopoly*. Bloomington: Indiana University Press, 2001. 514p.
- <sup>44</sup> SHERWIN, S. op. cit. 296 p.

<sup>45</sup> Resolução COFEN N°266/2001. Aprova atividades de Enfermeiro Auditor. Retirado do Site oficial do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN SP). Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes/html>> Acessado em: 20 set. 2002.

Resolução COFEN N°267/2001. Aprova atividades de Enfermagem em Domicílio Home Care. Retirado do Site oficial do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN SP). Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes/html>> Acessado em: 20 set. 2002.

Resolução COFEN N°264/2001. Atualiza os valores mínimos da Tabela de Honorários de serviços de Enfermagem. Retirado do Site oficial do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN SP). Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes/html>> Acessado em: 20 set. 2002.

Resolução COFEN N°258/2001. Inserção de Cateter Periférico central, pelos enfermeiros. Retirado do Site oficial do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN SP). Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes/html>> Acessado em: 20 set. 2002.

<sup>46</sup> Figura 16 - retirada da *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1.722, 2 de out - 2002. Sessão Medicina & Bem-Estar. p. 90. BOCK, L. & TARANTINO, M. Guerra Branca: médicos e enfermeiros discutem o direito de diagnosticar doenças e prescrever remédios. *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1.722, 2 de out - 2002. Sessão Medicina & Bem-Estar. p. 90-91. Vide RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994. 253 p. Tradução: Nuno Ferreira da Fonseca.

<sup>47</sup> BOCK, L. & TARANTINO, M. Guerra Branca: médicos e enfermeiros discutem o direito de diagnosticar doenças e prescrever remédios. *Revista IstoÉ*. São Paulo: Ed. Três, n. 1.722, 2 de out - 2002. Sessão Medicina & Bem-Estar. p. 90-91.

<sup>48</sup> A subversão da ordem dominante é uma das propostas desenvolvidas pela bioética crítica feminista como forma de aquisição de poder e diminuição ou extermínio da opressão. SHERWIN, S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992. p.286. TONG, R. *Feminist approaches to bioethics: theoretical, reflections and practical applications*. United States: Westview, 1997. p. 280.

<sup>49</sup> Resolução COFEN n° 256/2001. Apura o uso do título de doutor para os enfermeiros. Retirado do site oficial do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (CORENSP). Disponível em <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes/html>>. Acesso em 20 set. 2002.

<sup>50</sup> BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. Tradução: Fernando Tomaz. p. 149.

<sup>51</sup> SHERWIN, S. op. cit. 286p. Ver também WOLF, S. *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 1996. 398p.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### MORALIDADES: ESPELHOS DA ILUSÃO

s meios de comunicação de massa funcionam como mecanismos de produção e reprodução de crenças sociais. No que se refere ao contexto analisado, pôde ser verificado que essas crenças identificam as enfermeiras com personagens morais caracterizados pela irracionalidade e inelutabilidade diante de padrões morais dominantes e aceitos como verdadeiros. Dessa forma, a mídia contribui para a sedimentação e manutenção da desvalorização e vulnerabilidade profissional das enfermeiras.

Porém, o sistema de significados simbólicos e imaginários subjacentes ao conteúdo midiático, acerca das moralidades associadas a essas profissionais, não é exclusivo dessa estrutura social. Representa, antes, o pensamento que está fortemente introjetado pela sociedade em geral. Segundo demonstraram os dados empíricos, o pensamento social expresso pela mídia acerca das enfermeiras está calcado em personagens moralizados e percebidos como seres inferiores, submissos e subservientes. O processo de construção e sedimentação dessas moralidades ocorreu ao longo da história da humanidade e da profissão, tendo sido incorporado ao imaginário e simbolismo sociais.

A história profissional das enfermeiras permite a visualização clara de uma mudança e aperfeiçoamento das práticas de enfermagem às quais foram incorporados avanços científicos e tecnológicos, ampliando, assim, as fronteiras das competências e dos saberes das enfermeiras. Em contrapartida, a história moral dessas profissionais demonstra sinais de que as moralidades atravessaram o processo histórico, intactas e imunes a qualquer tentativa de subversão da ordem social imputada por meio delas às enfermeiras.

Fica claro que apesar de todos os esforços empreendidos pelas próprias enfermeiras para modificarem a sua história e transporem o *status* de subserviência legado pela mesma, tais esforços não surtiram, ainda, efeito capaz de reverter o poder subvalorativo exercido pelas moralidades na prática profissional da enfermagem.

As estratégias utilizadas pelas enfermeiras para revalorização profissional clamam pela elegibilidade de um domínio técnico exclusivo das enfermeiras, que elas acreditam ser a saída para a conjuntura de desvalorização que caracteriza a profissão. No entanto, assumem como seu exatamente o vocabulário dominante do agente opressor - aqui representado pela figura do médico, categoria que detém o poder e autoridade técnica a ele imputados e legitimados pela tradição cultural, pela sociedade e pelas instituições de saúde.

Porém, essa é uma tática perigosa na medida em que representa mais uma forma de manutenção da submissão das enfermeiras ao monopólio médico. A repetição de verdades absolutas é a própria condição da perpetuação do silêncio - evidenciando tanto pela ausência de voz como pela sua forma inaudível de articulação, o que caracteriza o discurso dos oprimidos, contribuindo para emudecer aqueles que se encontram em situação de desigualdade e vulnerabilidade. Dessa forma, colabora para a impossibilidade de reconhecimento da existência e da articulação de vocabulários diferentes<sup>1</sup>.

A valorização profissional através da construção de um poder técnico sob os moldes da lógica dominante, longe de surtir o efeito desejado, constitui um mecanismo legitimador do *status* de vulnerabilidade a que estão susceptíveis as enfermeiras. Aos olhos da tradição e da cultura, a credibilidade das mesmas está interligada às moralidades explícitas e subjacentes aos personagens associados a elas. Frente a essa conjuntura, à medida que as enfermeiras incorporam os atributos designados à *mãe*, ao *anjo*, à *santa*, à *sombra do médico* e à *mulher/objeto*, elas se tornam socialmente desprovidas de uma identidade moral reconhecidamente capaz de articular palavras que sejam audíveis e que as possibilite reverter a posição de subserviência imputada pelo poder exercido pelas crenças.

A partir do momento em que se ocupam em decifrar e reproduzir o vocabulário dominante, as enfermeiras deixam passar despercebido o poder que as crenças morais, fortemente arraigadas no pensamento social, representam para a manutenção da desvalorização social do trabalho por elas desempenhado. Muito embora, esse seja um processo não intencional, elas permanecem cegas e mudas pela assunção das identidades dos personagens morais como sendo suas próprias. Na verdade, isso nada mais é do que o efeito pernicioso incorporado durante o processo de socialização dessas profissionais que foram corrompidas pela ordem dominante ao aceitarem passivamente essa condição de submissão<sup>2</sup>.

Ao reunir e assumir os atributos designados a esses diferentes personagens morais como elementos constituintes de sua identidade profissional, as enfermeiras se ancoram na tranquilidade exercida pelas crenças ilusórias em que foram socializadas. Existe, assim, uma duplicação da realidade. Enquanto a prática profissional representa o real a ser enfrentado e vivenciado, o seu duplo está constituído pelas moralidades vinculadas à profissão e que são assumidas pelas enfermeiras como suas. Na verdade, essa duplicação remete para a concepção de que o significado do real encontrar-se-ia em seu duplo, ou seja, nas moralidades. Estas, por sua vez, seriam *espelhos da ilusão*, à medida que as imagens reflexas reproduzidas pelas enfermeiras constituem a própria condição para a manutenção da vulnerabilidade profissional<sup>3</sup>.

Sendo assim, as estratégias de subversão da ordem dominante utilizadas pelas enfermeiras, não são suficientes para transporem as barreiras impeditivas representadas por essas moralidades. Nesse sentido, a construção de um poder através da lógica dominante, por meio da elegibilidade de um novo monopólio técnico das enfermeiras, não demonstra ser uma estratégia viável, uma vez que essa alternativa não consegue aniquilar a duplicidade própria da sua prática cotidiana, representada pelo poder da crença em verdades absolutas.

Portanto, a construção do poder terá obrigatoriamente que estar vinculado primeiro ao reconhecimento dessa situação visando a uma proposta de superação, através da elaboração de um vocabulário próprio, mas que possa ser compartilhado e ser audível aos diferentes agentes envolvidos no processo<sup>4</sup>. Somente assim se tornará possível o movimento de subversão que implica em *passar do silêncio à fala*, a fim de transpor as moralidades a elas associadas pela tradição cultural e que as impedem de adquirir credibilidade moral e profissional<sup>5</sup>.

Vale ressaltar, no entanto, que a elaboração de um vocabulário final próprio pressupõe a participação das enfermeiras como sujeitos ativos desse processo. O protagonismo exige o reconhecimento do problema, postura crítica e atitude no sentido de modificar a situação impeditiva para a *aquisição de poder*. Nesse caso, é preciso reconhecer o quanto as moralidades cerceiam a liberdade e autonomia no caminho da construção de uma posição social livre - ainda que parcialmente - da opressão dominante.

O processo de desilusão constitui o passo inicial para que as enfermeiras possam refletir e questionar as moralidades como elementos fundantes de sua vulnerabilidade

profissional. Esse movimento possibilitará o abandono ou a adequação de padrões e valores morais a uma realidade descortinada e livre da ilusão e conforto das crenças<sup>6</sup>. Segundo as palavras de Guilhem (2000): “A metamorfose tem que ser voluntária e privada ou então não ocorrerá. Ou a pessoa **fala** ou será irrevogavelmente **silenciada**”<sup>7</sup>. [Com grifos no original]. As enfermeiras precisam assumir uma postura que lhes permita sair da situação desprivilegiada que se encontram através da articulação de um vocabulário autêntico para elas, pois o que estão utilizando já não funciona mais.

Uma redescritção inicialmente pessoal e posteriormente coletiva permitirá às enfermeiras adquirirem liberdade para o exercício autônomo e para articular novas e audíveis palavras em um contexto de opressão e desigualdade. Autonomia requerida, ainda, para superar a submissão histórica às características e atributos dos personagens morais assumidos pelas enfermeiras<sup>8</sup>.

Assim, retomo a questão norteadora dessa dissertação: *“Como as imagem e o discurso veiculados pela mídia impressa e televisiva contribuem para a manutenção e sedimentação da vulnerabilidade e desvalorização profissional das enfermeiras em um contexto de grandes avanços técnicos e científicos incorporados à prática cotidiana?* Como pôde ser comprovado ao longo desse trabalho, isso se dá através da produção e reprodução de representações relacionadas a moralidades associadas aos personagens que foram incorporados pelas enfermeiras, quais sejam: a *mãe*, a *santa*, o *anjo*, a *sombra do médico* e a *mulher-objeto*. Isso ocorreu ao longo de processos históricos e culturais de metaforização de papéis e comportamentos, bem como pela apropriação dos mesmos por parte dessas profissionais.

A sedimentação e incorporação dessas moralidades à identidade das enfermeiras seguem um processo de alienação, uma vez que são aceitas passivamente e como sendo *naturais* e esperadas para essa categoria profissional. A propagação da idéia de que as práticas de enfermagem se assemelham a cuidados de *mãe*, que a profissão deve ser exercida com devoção de *santa*, que os pacientes devem ser assistidos com zelo e proteção de *anjo*, que a enfermeira é como *sombra do médico* e que está presente no imaginário popular como *mulher-objeto* contribuem para manter seu *status* de subserviência ao poder dominante e, por conseguinte, para a desvalorização e vulnerabilidade profissional.

É frente a essa conjuntura marcada pela opressão e ausência de poder que as idéias desenvolvidas pela bioética crítica feminista apontam para uma possibilidade de subversão da ordem dominante através do extermínio ou diminuição da opressão por meio de uma efetiva *aquisição de poder*<sup>9</sup>.

A redescrição das enfermeiras e a construção de um vocabulário final próprio constituem-se em formas eficazes de *aquisição de poder*. Dessa forma, as enfermeiras poderiam ser capazes de articular palavras novas e que se tornem audíveis, favorecendo a sua inclusão na sociedade como profissionais livres, politizadas e capazes de transpor as moralidades culturalmente associadas a elas. Essa é uma saída moral para a situação de desvalorização e vulnerabilidade profissional a que se encontram submetidas as enfermeiras.

A personagem *doutora-enfermeira* representa uma tentativa desesperada das enfermeiras de articular um vocabulário que seja audível. Isso demonstra que essas profissionais começam a reconhecer a existência de vocabulários diferentes, o que permitirá às mesmas abandonar o apego à crença em verdades absolutas, iniciativa condicionante para o caminho da liberdade<sup>10</sup>.

<sup>1</sup> RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994. 253 p. Tradução: Nuno Ferreira da Fonseca. Além disso, para um aprofundamento sobre a argumentação acerca do trágico e silêncio, desenvolvidas por Clément Rosset vide: ROSSET, C. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989. 198 p. Tradução: Fernando J. Fagundes Ribeiro e Ivana Bentes.

<sup>2</sup> KUHSE, H. *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford : Blackwell, 1997. 296 p.

<sup>3</sup> Para Clément Rosset, o real duplicado não é o real ele mesmo, mas o seu duplo impregnado de sentido que os seres humanos moralizados atribuem ao real além dele mesmo, esse processo é chamado por esse autor de princípio da insuficiência do real. ROSSET, C. A ilusão metafísica: o mundo e seu duplo. In: *O real e seu duplo : ensaios sobre a ilusão*. Porto Alegre: L&PM, 1998. p. 49-72.

<sup>4</sup> RORTY, op. cit.. Ver também, DINIZ, D. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Brasília, 1999. 226 p. Tese (Doutorado em Antropologia) - Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1999.

<sup>5</sup> ROSSET, C. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989. 198 p. Tradução: Fernando J. Fagundes Ribeiro e Ivana Bentes. Ver também, GUILHEM, D. *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids*. Brasília, 1999. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde - Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2000.

<sup>6</sup> O processo de desilusão pressupõe o encontro incomensurável com a crueldade da realidade, para um maior aprofundamento acerca dessas idéias vide: DINIZ, D. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Brasília, 1999. 226 p. Tese (Doutorado em Antropologia) - Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1999.

<sup>7</sup> GUILHEM, D. Mulheres e Vulnerabilidade. In: *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids*. Brasília, 2000. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde - Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2000. p. 198.

<sup>8</sup> A redescritção é um processo privado, ser redescrito equivale a uma revelação do próprio eu ou dos verdadeiros interesses, é uma autocriação. Nas palavras de Rorty: “A redescritção que se apresenta a si própria como revelando o eu verdadeiro do interlocutor ou a natureza real de um mundo público comum que o orador e o seu interlocutor partilham sugere que a pessoa que é redescrita está a receber poder e não a ver o seu poder diminuído.” RORTY, R. op. cit. p. 123.

<sup>9</sup> SHERWIN, S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992. p. 286. Ver também GUILHEM, D. Mulheres e Vulnerabilidade. In: *Escravas do risco: bioética ,mulheres e aids*. Brasília, 2000. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde - Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2000. p. 198.

<sup>10</sup> RORTY, R. op. cit. 253p.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000. 226p.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som : um manual prático*. Trad. GUARESCHI, Pedrinho A. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.516p.
- BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. *Principles of biomedical ethics*. 4<sup>th</sup> ed. New York. Oxford University Press, 1994. 546 p.
- BEAUCHAMP, T.L. The Four-principles Approach. In: *Principles of health care ethics*. John Wiley & Sons, EUA, 1994. p. 03-12. ENGELHARDT, H.T. Os princípios da bioética. In: *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola, 1998. p. 131-168.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 158 p.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. Tradução: Fernando Tomaz. p. 149.
- CLOUSER, K.D.; GERT, B. A critique of principlism. In: *The Journal of Medicine and Philosophy*, n 15, 1990, p. 219-223.
- COLLIERE, M.F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3.<sup>a</sup> Tiragem. Lisboa - Porto - Coimbra: Lidei Edições Técnicas. 1999. 385 p.
- DINIZ, D. *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Brasília, 1999. 226 p. Tese (Doutorado em Antropologia) - Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 1999.
- DINIZ, D; VELEZ, A.C.G. Bioética Feminista: a emergência da diferença. In: *Estudos Feministas*, Ano 6, n. 2, 2.º semestre de 1998, p. 255-263.
- DONCHIN, A.; PURDY, L. *Recent Embodying feminist Bioethics Advances*. New York: Rowman and Littlefield, 1999 p. 286

FONSECA, T.M.G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In : LOPES, MJM et al (orgs) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: artes Médicas, 1996. p. 63-75.

GARRAFA, V.; DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioethics, its dialectos and idiolets. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 1, 1999. p. 36.

GEOVANINI, F.; MOREIRA, A.; DORNELLES, S. & MACHADO, W.P.A. *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 205p.

GEOVANINI, F; MOREIRA A.; DORNELLES, S. & MACHADO, W.P.A. A enfermagem moderna. In: *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 175-85.

GERT,B.; CULVER,C. & CLOUSER, D. Principlism. In: *Bioethics: a Return to Fundamentals*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1997. p.71-91.

GILLIGAN, C . *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press, 1982. 184 p

GOROVITZ, S; JAMETON, A.L.; MACKLIN, R; O'CONNOR, J.M.; PERRIN, E.V.; ST.CLAIR, BP & SHERWIN, S. *Moral problems in medicine*. New Jersey : Prentice-Hall, 1976. 552p

GROUP, T.M. & ROBERTS, J.I. *Nursing, Physician Control, and the Medical Monopoly*. Bloomington: Indiana University Press, 2001.514p.

GUILHEM, D. Bioética crítica e vulnerabilidade. In: *Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids*. Brasília, 2000. 260 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2000. p. 44-45.

\_\_\_\_\_. Mulheres e Vulnerabilidade. In: *Escravas do risco: bioética, mulheres e aids*. Brasília, 2000. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde - Bioética) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2000. p. 94)

HALLAM, J. *Nursing the Image: Media, Culture and Professional Identity*. London/New York: Routledge/Taylor & Francis Group, 2000. 239 p

- KIPPER, D. & CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: FERREIRA, SI; OSELKA, G; GARRAFA, V (Org) *Iniciação à Bioética*. Brasília: CFM, 1998. p. 37-51
- KUHSE, H. *Caring: Nurses, Women and Ethics*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997. 296 p.
- MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- NIGHTINGALE, F. *Notas de Enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez. 1989. Trad. Amália Correa de Carvalho.
- PESSINI, L. Fundamentos da bioética: breve nota histórica. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org). *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Paulus, 1996. p. 51- 55.
- RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença, 1994. 253 p. Tradução: Nuno Ferreira da Fonseca.
- ROSSET, C. *A lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989. 198 p. Tradução: Fernando J. Fagundes Ribeiro e Ivana Bentes.
- ROSSET, C. A ilusão metafísica : o mundo e seu duplo. In \_ *O real e seu duplo : ensaios sobre a ilusão*. Porto Alegre : L&PM, 1998.p.49-72.
- SHERWIN, S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- TONG, R. *Feminist approaches to bioethics: theoretical, reflections and practical applications*. United States: Westview, 1997. p. 280.
- TUCKETT, A. Nursing Practice: Compassionate Deception and the good Samaritan. *Nursing ethics*, 6 (5), 1999. p. 384-389.
- WOLF, S. *Feminism & Bioethics: Beyond* Reproduction. Oxford: Oxford University Press, 1996. p. 398.

## ANEXOS

ANEXO I - Sistema de Codificação para Análise Iconográfica das Imagens .....	89
ANEXO II - Sistema de Codificação para Análise das Matérias de Jornais, Revistas de Informação e Reportagens Televisivas .....	90
ANEXO III - Transcrição Reportagem Televisiva .....	92
ANEXO IV - Transcrição da entrevista.....	97
ANEXO V - Transcrição da Reportagem Televisiva .....	100
ANEXO VI - Figuras .....	102

## ANEXO I

### Sistema de Codificação para Análise Iconográfica das Imagens

1. Leitura dos conteúdos denotativos e separação das unidades icônicas de acordo com as características da figura representada, quais sejam: atitude, *status*, papéis e comportamentos.
2. Classificação dos elementos iconográficos denotativos (concretos e abstratos) repetidos associados aos personagens imaginários e às enfermeiras.
3. Tradução e classificação iconográfica conotativa através da atribuição de sentidos aos elementos denotativos.
4. Agrupamento dos elementos iconográficos denotativos e conotativos em categorias empíricas.
5. Elaboração de categorias síntese e realização de inferências.

Instrumento/Roteiro elaborado com base na teoria da Análise de Conteúdo desenvolvida por BARDIN e nas idéias apontadas por BAUER & GASKELL com respeito à Semiologia e Análise de Conteúdo. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000. BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Trad. GUARESCHI, Pedrinho A. Petrópolis, RJ. Vozes, 2002.

## ANEXO II

### Sistema de Codificação para Análise das Matérias de Jornais, Revistas de Informação e Reportagens Televisivas

#### 1. Veículo de publicação/divulgação

- (1) *Correio Brasiliense*
- (2) *Veja*
- (3) *IstoÉ*
- (4) *DF TV l.<sup>a</sup> edição/Rede globo de televisão*
- (5) *Jornal Hoje/Rede globo de televisão*

#### 2. Dia da publicação/divulgação

#### 3. Tipo de documento

- (1) Transcrito
- (2) Impresso

#### 4. Tamanho

- (1) pequeno
- (2) médio
- (3) grande

#### 5. Formato

- (1) artigo de jornal
- (2) notícia de jornal
- (3) matéria de revista
- (4) reportagem televisiva
- (5) entrevista televisiva
- (6) entrevista impressa

- (1) *status*

(2) papel

(3) comportamento

(4) atitudes

**7. Classificação em unidades temáticas**

**8. Agrupamento em categorias empíricas**

**9. Elaboração de categorias síntese**

**10. Inferências**

Instrumento/Roteiro elaborado com base na teoria da Análise de Conteúdo desenvolvida por: BARDIN na obra: BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa : Edições 70, 2000.

### ANEXO III TRANSCRIÇÃO REPORTAGEM TELEVISIVA

**Transcrição Reportagem Televisiva:** REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV I<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 de maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

#### Quadro I

**Repórter narrando:**

A benemérita profissão dos enfermeiros.

**Repórter narrando:**

24 horas por dia ao lado de doentes.

Anjos da guarda de quem passa dias ou meses num hospital (pausa), enfermeiros e enfermeiras (ênfase) exercem uma atividade que exige principalmente dedicação.

**Enfermeiras:**

Nós ficamos 24 horas com o paciente em momento nenhum do dia tem a disassistência.

Ser enfermeira eu acho que é um dom. Vocêe éee Toda a profissão você tem que escolher e procurar fazer com carinho, com amor.

Ela éee uma espécie de anjo da guarda do paciente.

**Enfermeira dirigindo-se ao familiar do paciente:**

Como ela passou hoje? Comeu?

**Enfermeira dirigindo-se ao paciente:**

E aí cê vai dar um sorriso? Cê já ta sarando pra ir embora (dirigindo-se à criança) **Repórter**

**narrando:**

Circular entre as macas. Conversar com os pacientes. Rotina que lembra cuidado de mãe.

**Enfermeira dirige-se ao paciente:**

**Paciente:** Bom dia.

**Enfermeira:** Como passou a noite ?

**Paciente:** Paciente - Passei bem

**Enfermeira.** Bem. Sentiu alguma coisa.

**Paciente:** Nada.

**Enfermeira:** O Senhor está sentindo alguma coisa.

**Paciente:** Não. Tudo bem.

**Enfermeira:** Humm, daqui a pouco a gente vai trocar o curativo. Já tomou banho?

**Paciente:** Tomei banho.

#### **Quadro II**

**Paciente:** Eles é cuidadoso com agente né. Chegou a hora ...tem que tomar banho. É uma beleza.

**Paciente:** Eu cheguei ruim aqui e agora tô bem melhor. Graças a Deus e a eles né.

#### **Quadro III**

**Enfermeira:** A gente da cuida da parte psicológica, como é que o paciente tá, se o paciente ta se alimentando, se o paciente ta dormindo, se o paciente ta, se ele qual o sintoma que ele tá pra ajudar no diagnóstico. Através da visita diária da enfermeira a gente passa informações ao médico plantonista.

#### **Quadro IV**

**Repórter narrando:**

Salvar vidas. Curar. Trazer alívio. Mas às vezes o enfermeiro é visto como coadjuvante, a sombra do médico.

**Enfermeira:** O enfermeiro é tão importante quanto o médico. Na realidade é no hospital existe uma equipe de multiprofissionais para ajudar.

#### **Quadro V**

**Repórter:** O que tem de mais prazeroso, de mais gratificante em ser enfermeira?

**Enfermeira I:** É você receber o cliente naquele momento de dor, dar seus cuidados sua atenção, seu (pausa breve para pensar) desempenho profissional e ele sai de alta bem.

**Repórter:** e o mais frustrante?

**Enfermeira I:** E você (pausa breve para pensar) driblar com a situação de condição de trabalho. Esse é o lado mais difícil pra mim enquanto enfermeira. E tentar dar o máximo e às vezes as condições não permite.

**Enfermeira II:** Que é frustrante é principalmente quando a gente não consegue salvar a vida daquele paciente.

#### **Quadro**

**VI Repórter narrando:** <sub>rt</sub>

E aqui na faculdade que o enfermeiro começa a aprender a lidar com esses problemas. Os alunos tentam superar as frustrações por amor à profissão que escolheram.

**Estudante de enfermagem I:** Quando a gente vê isso uma pessoa que tá que perdeu um ente uma pessoa que tá muito debilitado e aquilo toca (ênfase) a gente, a gente fica pensando puxa vida podia ser eu podia ser minha mãe alguma coisa assim. E se a gente disser que a gente acostuma a gente não acostuma, mas a gente aprende a lidar com isso.

**Estudante de enfermagem II:** Medo existe, mas acima de tudo a gente tem pretensão de fazer o bem.

**Estudante de enfermagem III:** Era profissão que eu tava querendo mesmo ficar ali com o paciente cuidando sempre atendendo é resumindo é um acolhimento que a gente dá ao paciente né e o acolher me atraiu muito.

#### Quadro VII

**Repórter narrando:**

O curso pode ser feito em quatro faculdades particulares ou na **UnB** onde existe desde 75. São quatro anos de estudo, 3840 horas de aula 70% do tempo de prática.

**Enfermeira dando aula:**

Esse espermatozóide vai encontrar a célula feminina aqui na trompa e juntas vão formar o bebê

**Repórter:** Qual que é a importância da aula prática pro curso de enfermagem?

**Professora enfermagem:** Dar substâncias teóricas para que o aluno vivenciando sua prática saiba trazer pra realidade profissional o seu papel a sua função como enfermeira, enfermeiro.

**Repórter narrando:**

Nessa simulação de atendimento a gestantes, exemplo de serviço à comunidade.

**Depoimento gestante:** Meninas são dedicadas estão fazendo curso tão trabalhando nossa to super feliz por isso espero ficar aqui até meu bebê nascer junto com elas.

**Repórter narrando**

Para os alunos é esse contato que faz a diferença na profissão.

**Depoimento aluna enfermagem I:** eu quero i até o final sendo tentando ser uma boa aluna pra poder ser uma boa enfermeira.

**Depoimento aluna enfermagem II:** Que mais valoriza o meu trabalho vai ser no final de um dia, por exemplo, de trabalho eu receber assim obrigado você me ajudou muito né era disso

que eu precisava as vezes a gente nem precisa fazer muito só da um aperto de mão um abraço ajuda muito o paciente né e isso acho que é a melhor satisfação que a gente pode ter como resultado do nosso trabalho.

#### ANEXO IV TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA TELEVISIVA

**Transcrição da entrevista televisiva:** REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV I<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem - Entrevistas realizadas com enfermeiras:* Moema Borges e Fátima Ortale. Duração: 6 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

**Repórter I:** Nossas convidadas hoje são as chefes do departamento de enfermagem da Unb Moema Borges e Fátima Ortale responsável por uma agência de atendimento domiciliar.

Boa tarde. Obrigada pela presença.

**Repórter II:** Eu acho que a gente podia começar falando para as pessoas que querem ingressar nessa profissão e não existe essa coisa de sombra do médico. A enfermeira ou enfermeiro tem papel muito definido.

**Enfermeira M.B.:** Sim é a enfermagem é uma né profissão cujo objeto né o cuidado de enfermagem e ela atua nos campos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Ela tem um papel absolutamente definido quando um paciente um cliente é se acha impedido de promover a sua própria saúde de se cuidar é aí que entra o trabalho de enfermagem é lógico que todo esse trabalho ele é um trabalho de equipe  
Repórter II interrompe : Integrado.

**Enfermeira M.B.:** Integrado. Entre o próprio profissional enfermeiro, o médico e o próprio paciente. Existe um momento evidentemente que todas essas funções elas vão ter uma interseção né elas vão ser comuns porque assim a gente não pode atuar aonde o paciente pode fazer por si próprio porque na verdade o nosso objetivo é que ele busque autonomia que ele se autocuide então a nossa intervenção é apenas enquanto ele não pode e o nosso objetivo é promover a capacidade dele próprio de se recuperar - Repórter I interrompe: Professora até onde vão as diferenças entre a enfermagem e o auxiliar de enfermagem que não tem curso superior?

**Enfermeira M.B.:** Bom uuu a enfermagem ela tem uma função muito mais coordenação e de supervisão do trabalho do auxiliar. O auxiliar ele trabalha sobre a responsabilidade sobre a supervisão da enfermeira né essa é a diferença importante.

**Repórter II:** Em relação a mercado de trabalho pra quem ta querendo começar a fazer enfermagem é tem sempre se pensa em hospitais mas a gente tem aqui o exemplo de uma firma que já ta fazendo atendimentos em casa. Ta se diversificando um pouco esse campo de trabalho também.

**Enfermeira F.O.:** Bastante é nós estamos aqui em Brasília há três anos é uma empresa de atendimento só domiciliar e nós somos uma equipe multidisciplinar nós temos desde médicos é enfermeiros todo profissional que o paciente necessita e é um campo que ta assim (pausa) a nível mundial sendo bastante expandido né .

**Repórter II:** Ih a ah mais quando a gente pensa atendimento em casa você pensa mais para pessoas mais idosas. Realmente isso acontece ou não ?

**Enfermeira F.O.:** Não não.

**Repórter II:** è bem diversificado também (Fátima entra na fala quase junto) no Fátima: bem diversificado Nós temos (palavra não identificada) Repórter M.: no perfil dos pacientes Fátima: no perfil dos pacientes

**Continua enfermeira F.O. :** Quando você é ch (inicia uma palavra) convidado para avaliar um paciente pelo convênio você vai até o hospital avalia e vê qual é a necessidade que esse paciente tem. E você remove para casa com todo atendimento. Nós temos desde pequenos curativos que você vai o auxiliar vai faz na residência do paciente em duas horas até pacientes com respirador totalmente dependentes né e é verdade que assim a maioria desse pacientes são pacientes idosos e paciente que necessitam é de um atendimento mais prolongado vamos chamar assim. Mas o nosso papel além do atendimento do paciente de maneira assim assistencial é também a de educar essa família porque a maioria desse pacientes idosos que são seqüelas de AVC a maioria deles eles ne (inicia uma palavra, mas não termina) passam por um período curativo assistencial né e depois você vai treinar o familiar pra cuidar desse paciente.

**Repórter II:** Entra o que a professora tava falando da parte psicológica até que o enfermeiro tem que ser um pouquinho psicólogo também né?

**Enfermeira F.O.:** Exato Repórter II: na realidade

**Faiam juntas:**

**Enfermeira F.O.: um educador**

**Enfermeira M.B.:** o enfermeiro é basicamente um educador

**Enfermeira F.O.:** educador né: Moema: É né educador né. Nossa função é uma função de fazer com que o indivíduo mobilize o seu a sua energia vital pra buscar sua própria autocura num sentido de autonomia do indivíduo.

**Repórter I:** Agora que procedimento médico o enfermeiro pode fazer por exemplo parto? Que antigamente era feito por parteiras o enfermeiro tá apto a realizar parto?

**Enfermeira M.B.:** Ah é Repórter I a interrompe: Numa emergência? Moema: Numa emergência sim tá apto a realizar um parto desde que ele tenha uma uma especialização em obstetrícia. Na verdade assim jamais é o enfermeiro vai fazer um procedimento médico o procedimento do médico é do médico o procedimento da enfermeira é da enfermeira são (repórter interrompe).

**Repórter I:** Mas numa emergência cardíaca, afogamento. Moema continua competências bem separadas.

**Enfermeira M.B.:** Sim, todas essas intercorrências todas essas intercorrências a enfermagem está preparada pra prestar o primeiro atendimento.

**Repórter II:** seriam chamados primeiros socorros.

**Enfermeira M.B.:** seriam chamados primeiros socorros . São chamados né os primeiros socorros né.

**Repórter II:** a gente agradece a presença das duas aqui falando nessa coluna do **DF** TV hoje falando sobre enfermagem.

## ANEXO V TRANSCRIÇÃO DA REPORTAGEM

**Transcrição da reportagem:** REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal Hoje - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 3 minutos, 16 de abr - 2002. Transmissão em Rede Nacional.

### **Repórter narrando:**

A Enfermagem é hoje um dos cursos mais disputados em algumas universidades brasileiras e oferece ótimas oportunidades mesmo para quem está entrando no mercado de trabalho.

Desde os primeiros sinais de vida eles estão vigilantes ao lado do paciente.

O dedicado trabalho dos enfermeiros a cada dia vem sendo mais valorizado.

No Rio Grande do Norte, o curso de enfermagem já é o quarto mais concorrido do vestibular. Na universidade, os alunos passam pelas mesmas disciplinas básicas dos estudantes de medicina.

Mas enquanto os médicos se especializam no diagnóstico e na cura de doenças, os enfermeiros aprendem a administrar o tratamento, a cuidar do paciente.

**Estudante de enfermagem I:** Digamos que ele seja o irmão no hospital. E quem cuida, quem está ao lado, quem dá atenção e muito amor.

### **Repórter narrando:**

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, existem no Brasil 1.888 escolas registradas. Se multiplicar este número por uma média de 50 alunos<sup>^</sup> por turma terá todos os anos ingressando no mercado de trabalho 94,4 mil profissionais.

Apesar da grande oferta de mão-de-obra, está é uma das únicas profissões do País em que não há desempregados.

E na pediatria de um hospital público que a estudante de enfermagem Sílvia Vasconcelos está concluindo os últimos estágios do curso. Ela queria ser médica, mas acabou

apaixonando-se pela enfermagem, A dificuldade agora é saber qual a oferta de emprego aceitará.

**Estudante de enfermagem II:** Eu já tenho algumas propostas, como a maioria das pessoas da minha turma.

**Repórter narrando:**

O Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde foi um dos responsáveis pela ampliação do trabalho do enfermeiro. A enfermeira Ana Lígia Oliveira é uma das profissionais. Ela percorre as ruas simples dos bairros periféricos, conhecendo de perto a realidade de seus pacientes.

**Enfermeira:** A gente vê na casa dos pacientes a pobreza e a dificuldade que eles têm de ir a um hospital. Eu me sinto realizada.

**Repórter narrando:**

Com a humanização da saúde, os enfermeiros ganharam mais espaço e podem fazer partos normais sem a ajuda do médico e nas cirurgias cesarianas acompanham a paciente até o pós-operatório. É um trabalho que supera os limites da profissão, um exercício contínuo de amor à vida.

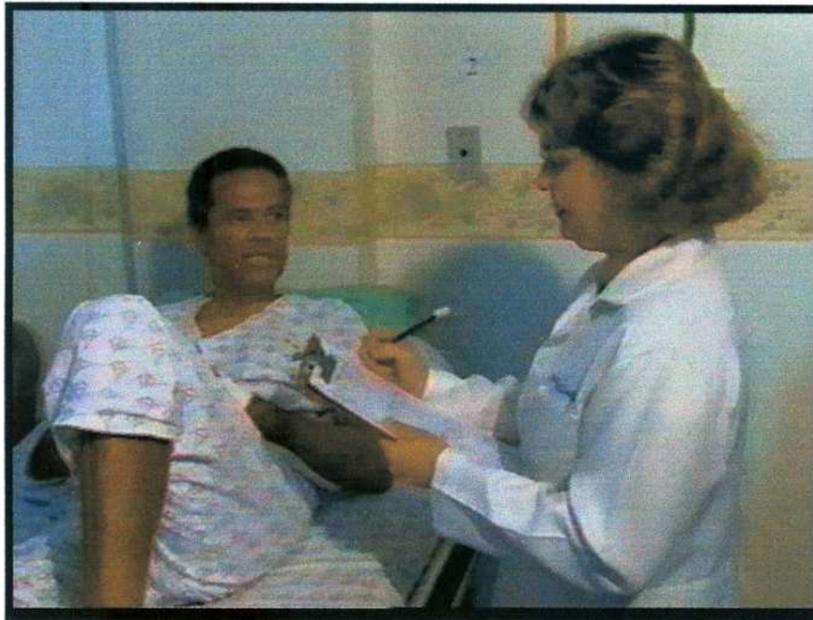
**ANEXO VI**

**FIGURA 1**



**Fonte: REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1ª Edição - Profissões. Enfermagem. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.**

**FIGURA 2**



Fonte: REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jomal DF-TV Iª Edição - Profissões.  
*Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional -  
Distrito Federal.

FIGURA 3



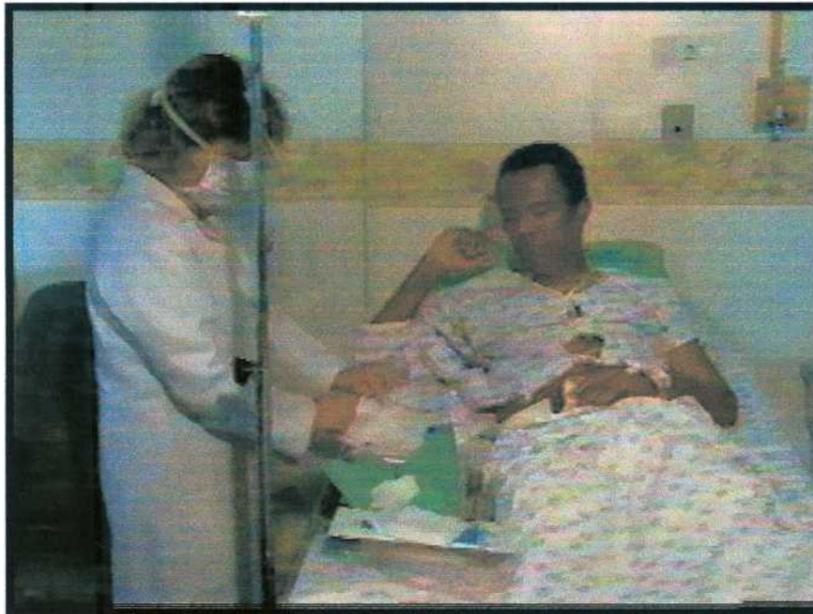
Fonte: REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1ª Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

**FIGURA 4**



Fonte: REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal DF-TV 1.<sup>a</sup> Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

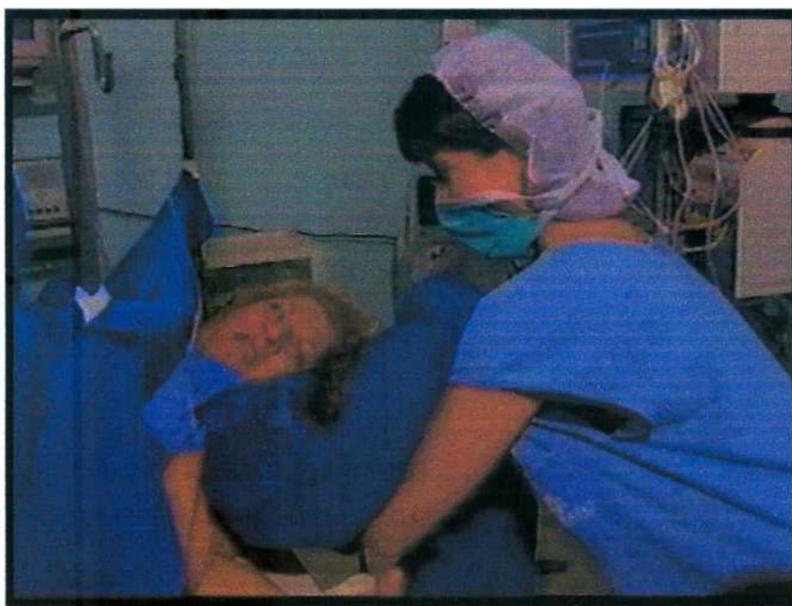
**FIGURA 5**



Fonte: REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jomal DF-TV Iª Edição - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 5,10 minutos. 13 maio - 2002. Transmissão Regional - Distrito Federal.

Enfermagem, Mídia e Bioética

FIGURA 6



Fonte: REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal Hoje - Profissões. *Enfermagem*. Duração: 3 minutos. 16 de abr - 2002. Transmissão em Rede Nacional.

Enfermagem. Mídia e Bioética

**FIGURA 7**



Fonte: REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Jornal Hoje - Profissões. *Enfermagem*.  
Duração: 3 minutos. 16 de abr - 2002. Transmissão em Rede Nacional.

FIGURA 8



Fonte: *Revista VIP*. São Paulo: Ed. Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr. 2001. Reportagem da Capa. Capa, p. 44 e 79.

Texto: *Com vocês a Enfermeira do Funk a gostosa do "um tapinha não dói."*

**FIGURA 9**



Fonte: *Revista VIP*. São Paulo: Ed. Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr. 2001. Reportagem da Capa. Capa, p. 44 e 79.

**FIGURA 10**



Fonte: *Revista VIP*. São Paulo: Ed. Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr. 2001.  
Reportagem da Capa. Capa, p. 44 e 79.  
Texto: "É por isso que as operações demoram tanto."

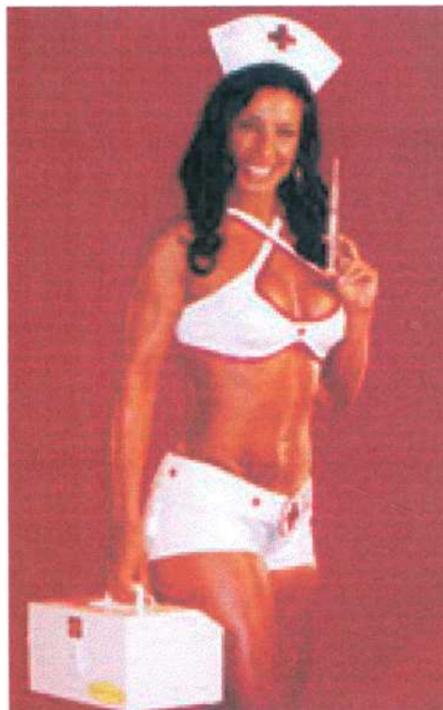
**FIGURA 11**



Fonte: *Revista VIP*. São Paulo: Abril, ed. 192, ano 20, n. 04, abr. 2001. Sessão Seu Corpo - Pergunte à Enfermeira, p. 128.

Texto : “Se você animar eu peço a sua internação.”

**FIGURA 12**



Fonte: *Site Oficial de Scheila Carvalho.*  
<<http://www.scheilacarvalho.com.br/galeria/bat/002html>> acessada em 22 de setembro de 2002.

Enfermaecm. Midia e Bioética

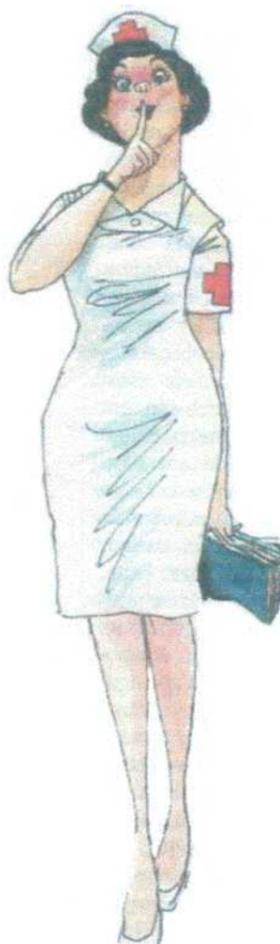
**FIGURA 13**

**FIGURA 14**



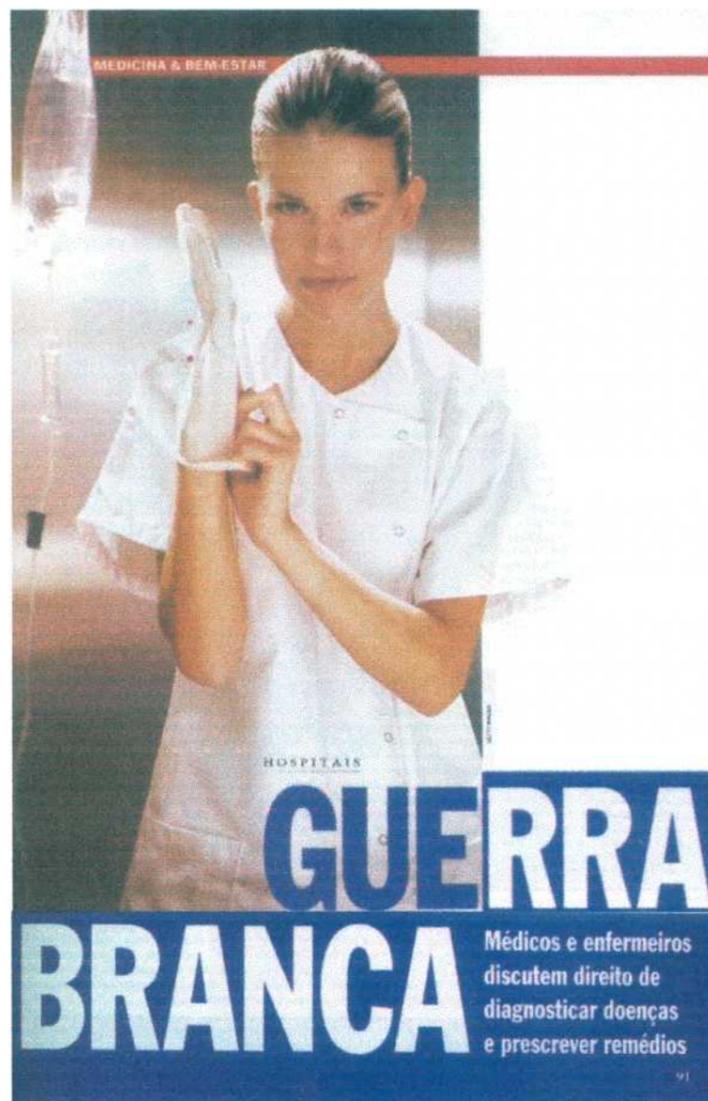
Fonte: *Revista IstoÉ*. São Paulo: Três, n. 1676, 14 de nov. 2001. Sessão Gente. p. 60.

**FIGURA 15**



Fonte: *Revista Veja*. São Paulo: Ed. Abril, ed. 1763, ano 35, n. 31, 7 de ago —2002. Sessão Livros, p. 130.

FIGURA 16



Fonte: *Revista IstoÉ*. São Paulo: Três, n. 1722, 02 de out. 2002. Sessão Medicina & Bem-Estar. p. 90.

Texto: *“Guerra Branca. Médicos e enfermeiros discutem direito de diagnosticar doenças e prescrever remédios.”*