

PAPÉIS SEXUAIS E PROFISSIONAIS NA SAÚDE E NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

[The sexual and professional roles in a nurses health and work]

Álvaro Pereira

RESUMO: Analisam-se as expectativas e a realidade do papel do profissional enfermeiro. Além dos aspectos relacionados ao limite da ação profissional; sublinham-se as obras que dão destaque às determinantes de ordem sexual e de gênero. Essas duas vertentes de estudo, na percepção do autor têm colaborado muito para a definição dos papéis profissionais do enfermeiro, na sociedade atual.

PALAVRAS CHAVE: Identidade Sexual; Ocupações em Saúde.

Tangenciando o conceito de papéis

O *papel* é entendido como aquela parte ou os componentes de uma determinada ação a ser desenvolvida pelo indivíduo e identificado por outro, em qualquer ambiente das relações. O termo pode ser identificado, tanto com o conjunto de normas e condutas atribuídas, como pelo comportamento esperado no desempenho de uma ou mais pessoas ao assumir determinada tarefa, função ou posição.

De modo geral, ele se reduz aos atos e qualidades de uma conduta, por dois em evidência 2 componentes essenciais ao papel:

1. As expectativas (expressões, crenças, conhecimentos) guardadas por determinadas pessoas a respeito da conduta apropriada ao ocupante de um determinado posto.

2. As representações (expressões e as condutas) da pessoa a quem se designa ou decide ocupar determinada posição. (Sills, 1975)

O termo *papel* é usado nessas duas abordagens diferentes, embora se sobreponham em sociologia, em psicologia social e antropologia.

No momento em que este indivíduo se destaca socialmente, ao assumir um perfil ou quando cumpre determinadas tarefas e funções estabelecidas, na maioria das vezes pela sociedade em que vive e se relaciona, ele está na verdade exercendo o seu papel social. O que significa dizer que, ao cumprir tais tarefas, preenche mais ou menos bem um *papel*, e a sociedade lhe corresponde de uma maneira ou de outra, dependendo do seu rendimento. (Silva, 1986)

Qualquer organização inclui um conjunto de papéis com maior ou menor diferenciação. Usando o exemplo da enfermagem, essa estrutura é dirigida por uma diretora de enfermagem e o conjunto hierárquico de administradores do serviço, seus subordinados enfermeiros chefes de unidades ou de programas, e os enfermeiros de serviço ou de cabeceira e sua equipe de auxiliares (técnicos, auxiliares ou ainda os atendentes).

No sentido hierárquico, os papéis "podem ser definidos como sistemas de coerções normativas a que devem curvar-se os atores que os desempenham, e de direitos correlativos a essa coerções. O papel define assim uma zona de obrigações e de coerções correlativas de uma zona de autonomia condicional." (Boudon, 1993)

Mais do que a incorporação de uma função, o

desempenho de um *papel* estende-se a uma mudança comportamental em função de valores, expressos nas atitudes, expectativas e desejos estabelecidos por um determinado grupo social. O que na maioria das vezes está em jogo são os atributos de natureza moral, jurídica, técnica e o desempenho apropriado de uma determinada função.

No caso específico da enfermagem, eu vejo a discussão em torno de duas vertentes.

A *primeira*, que busca analisar o papel profissional, entendendo que o que está implícito é o conflito entre a *expectativa* e a *realidade* da ação do enfermeiro, que deve procurar responder a duas grandes questões: Qual é a expectativa sobre o papel do enfermeiro? E qual é o papel que ele realmente assume, na sua prática cotidiana?

A *segunda* vertente está relacionada ao *papel de gênero* nas profissões femininas e o crescimento pouco significativo dessas profissões, numa sociedade em que o homem determinou os destinos da ciência, da técnica, das artes e da literatura.

Para a discussão dessa última vertente, preferi concentrar esforços na ótica da identificação e construção histórica, cultural e social dos papéis de gênero (femininos e masculinos) e sua relação com a prática dos cuidados de enfermagem, tentando recuperar alguns aspectos das relações de gênero e alguns pontos de vistas feministas da questão, mesmo que já amplamente discutidos na literatura antropológica e de enfermagem.

Procurei discorrer sobre essas duas vertentes sem a pretensão de esgotar o tema ou de propor soluções para o problema da indefinição nos papéis sociais (sexuais e profissionais) na área da saúde, mas abrir opções para a sua discussão. Para isso estou me apropriando dos testemunhos de outros autores, suas versões, especulações e indagações, para então agregar os meus comentários e dúvidas.

A ótica do limite da ação - definição 'incerta' ou a 'certeza' indefinida de papéis e funções?

O centro da discussão sobre o papel e as funções contempla a necessidade de definição precisa do limite da ação profissional. Por conseguinte, para toda ação subentende-se que haja um beneficiado, que sofre a ação e portanto 'objeto' da ação, que até hoje não se definiu precisamente, no meio profissional.

A pretensão do autor foi recuperar não mais que alguns aspectos sobre o 'objeto' da ação profissional. Uma análise pormenorizada sem dúvida daria grande contribuição para a polêmica discussão do limite da ação desses profissionais. Foi necessário restringir esta etapa à ótica singular de apenas dois âmbitos de atenção do enfermeiro: a 'doença' ou enfermidade do indivíduo e o 'assistir' como realidade da intervenção terapêutica do enfermeiro.

Estou insistindo no entendimento do papel desse profissional por essas vias, por acreditar na existência de uma relação entre as 'incertezas' de alguns profissionais a respeito do seu papel e o desconhecimento deles sobre qual é o seu raio de ação na saúde e na doença, ou ainda até aonde esse profissional deve ir no exercício do seu trabalho. É possível que se identifique a existência de incertezas sobre os limites profissionais e a conseqüente certeza das indefinições sobre os 'objetos' da ação do enfermeiro.

Mais que um jogo de palavras, há muito tempo, estudiosos de enfermagem apontam para essas indefinições sobre o *objeto*. Esse fato vem repercutindo num conflito tão evidente no cotidiano profissional, que gera comparações com membros de equipes afins, além de observar-se certa ansiedade na hora da decisão sobre que direção assumir

* **Enfermeiro.** Docente do DEMCAE-EE UFBA. Doutorando do Curso de Filosofia em Enfermagem da UFSC. Membro do NUPEQS-Núcleo de Pesquisa e Estudos do Quotidiano em Saúde-S.C. Brasil.

ao lidar com o indivíduo doente e ao escolher e se apropriar dos conhecimentos que envolvem o cliente e a doença.

O profissional assume, por vezes, a neurótica posição de 'guardião do conhecimento', exigindo de si o domínio absoluto de conceitos de toda a área biomédica e social, frustrando-se pela sua incapacidade de efetivamente sê-lo. Podemos propor algumas questões acerca do motivo por que os enfermeiros assumiram mais a postura de guardião do conhecimento com o discurso enfático da competência: Quantos cuidados são prestados e assumidos pelos enfermeiros que poderiam ser devolvidos aos seus donos de direito e de fato, se é que podemos dizer que existem donos? Qual é na verdade o espaço limite na intervenção terapêutica do enfermeiro? Priorizar a doença ou o doente? Se forem os dois, o que o enfermeiro deve saber para ter seu papel realmente respeitado e reconhecido?

Na prática, nós incorporamos, além desses saberes, as principais tecnologias e as condutas necessárias para o desenvolvimento de algumas técnicas, mesmo sabendo que alguns desses procedimentos, na sua essência, nunca foram da enfermagem. Acreditamos durante algum tempo, que o reconhecimento profissional era obtido pelo controle total da situação, e isso significava para alguns, ter domínio técnico e científico das principais áreas.

Com o desenvolvimento de outras profissões da saúde e ocupação dos seus espaços, as equipes foram aos poucos recuperando da enfermagem as atividades de sua competência e incorporando seus papéis e funções no atendimento ao cliente. O aspecto psicológico passou a ser visto pelo psicólogo, a nutrição e as dietas do cliente foram assumidas pela nutricionista. Aqueles cuidados de fisioterapia respiratória, massagem e atividades reabilitadoras, que se incorporaram até na forma de especializações do enfermeiro, voltaram a ser da competência do fisioterapeuta e fisiatra. O atendimento aos problemas sociais foi devolvido ao assistente social. Os fármacos já estão sendo assumidos gradativamente pelos farmacêuticos. Assim também aconteceu com as necessidades espirituais, que passaram a ter a intervenção de religioso competente para a sua devida atenção. (Horta, 1971)

O sentimento de ameaça da perda dessas funções era muito grande na década de 70, como expressa a mesma autora, chamando atenção para a restrição de nossa atuação, no tocante aos cuidados físicos do cliente, quando esta não for também contra-indicada pela conduta médica.

As restrições aqui apontadas, apesar de terem levantado a questão dos caminhos do ensino profissional, coloca-nos diante de alguns problemas até hoje não muito bem resolvidos. Por que ainda estamos assumindo tarefas de competências desses outros profissionais? A hipótese de estar 24 horas ao lado do doente, e participar ativamente da sua recuperação, justifica que efetivamente devamos assumir e realizar tarefas de outros membros da equipe? Significa dizer que o papel do enfermeiro deve também variar em função da consciência, isto é, se o cliente precisa, nós que estamos por perto, ficamos com pena e assumimos também o papel daqueles profissionais de "meio período"?

Esse parece ser muito mais que um conflito ético ou da consciência, que divide os profissionais, entre aqueles que não criam expectativas de atendimento para além de sua competência técnico-científica ou para aqueles que não acreditam na invasão do espaço de outrem e, portanto, transgridem o espaço profissional, ampliam suas responsabilidades ao assumir outras competências, buscando solucionar, de uma vez por todas, o conjunto de necessidades do paciente.

Devo reconhecer que as críticas (ensaístas, enfermeiras) do materialismo histórico tinham, sem dúvida, muita razão ao relacionarem esse comportamento messiânico da enfermagem à questão da retro-alimentação do poder hegemônico das classes dominantes da saúde, e fortalecimento de um "pseudo-status" atribuído a enfermagem pela gerência e o domínio absoluto do cuidado.

Embora sejam inevitáveis as comparações com outras áreas, é possível perceber-se que as indefinições sobre o nosso *objeto* são sentidas de modo efetivo na enfermagem, sendo que a questão do limite de nossa ação tramita não só pela dimensão do biológico como também do social. Buscando a relação com o papel do enfermeiro, as ações desenvolvidas no seu trabalho devem contemplar um equilíbrio entre o domínio biológico e o social, o que sem dúvida muda o panorama da formação, da prática e da pesquisa na enfermagem. (Yongert, 1989).

Para a plena compreensão dessa matéria, ainda cabe retornar a definição dessa *pessoa* (doente) que é em essência o *objeto da ação* da equipe de saúde, sobretudo cotejando as diferenças entre o que é patologia e enfermidade, ou o normal e o patológico. Nessa ótica, a doença é problema definido pela patologia.

A patologia é um fenômeno que acontece num organismo, que pode ser explicado, experimentado, tecnologicamente gerado e revertido. Segundo Claude Bernard (Pisunyer, 1965), essa circunstância pode ser experimentalmente investigada, procurando-se as relações possíveis entre um fenômeno qualquer, sua causa imediata, ou ainda determinando-se as condições essenciais para sua exacerbação.

A doença (enfermidade) de outro modo, é problema decorrente do fenômeno patológico e, assim, definido por ele. Ela só pode ser compreendida na realidade do indivíduo doente. Esta realidade contempla além do patológico, o plano de ação social da enfermidade, com sua atuação na existência do indivíduo afetado. Assim, ao explicar-se a patologia, compreende-se a enfermidade.

Incorporadas essas conceituações, é possível retornar às reflexões sobre os papéis do enfermeiro, objeto deste estudo, vislumbrando outros pontos de vista, muito discutidos na prática profissional, mas timidamente explicitados na literatura da enfermagem brasileira.

Enquanto o médico se envolve com a cura da patologia, ou com a restauração da normalidade, o âmbito da ação do enfermeiro, nesse referencial, tem-se restringido a assistir o doente com a sua doença.

Atentando para essas diferenças, Yongert (1989) revela que, depois do desenvolvimento da tecnologia médica, sobrou para os enfermeiros procedimentos médicos (a maioria incorporados como técnicas básicas de enfermagem) cada vez mais complexos. Estes são utilizados por enfermeiros que procuram o reconhecimento na competência técnica e se aproxima à do médico.

A supervalorização da competência técnica, no entender desta autora, faz com que a enfermeira se arrisque a "*não desenvolver mais nenhum julgamento, nenhum espírito crítico, nenhuma criatividade além do necessário para execução das ordens médicas*". (Yongert, 1989)

O que está por detrás do discurso da competência técnica pode ser o investimento do tempo do enfermeiro naquelas tarefas e procedimentos que o médico e outros profissionais não querem mais executar, porque o enfermeiro de bom grado assumiu e desenvolveu um processo sofisticado de execução e controle e, o que é pior, sem receber qualquer remuneração a mais por esse serviço que, do mesmo modo, acaba sendo computado na conta dos

serviços médicos do cliente.

Aliado dessa postura, o enfermeiro assume um incômodo papel na economia hospitalar quando incorpora o "papel de agente favorecedor do consumo de mercadorias e serviços de interesses do assim chamado complexo médico-industrial (equipamentos, antissépticos e desinfetantes, descartáveis, medicamentos etc.)"...ou de "zelador dos interesses da administração e de controlador da execução dos atos prescritos". (Castro, 1982)

Outra grande dificuldade do enfermeiro, no exercício das suas funções, tem sido a devolução da autonomia, e apoio às decisões da sua clientela. Isto implica que o papel do enfermeiro tem sido na maioria das vezes o de protetor, uma extensão dos papéis maternos, que de um lado vê o paciente como ser fraco e que necessita de carinho e, de outro, que reproduz "inversamente a sua relação de submissão para com o profissional médico, no paciente, ao estabelecerem com o mesmo uma relação de dominação, onde o paciente é um mudo expectador dos palcos do hospital". (Loyola, 1987)

Todos esses mitos sobre a enfermagem podem estar supervalorizando a relação de dependência quase que obsessiva em relação ao doente, além daquelas condições que se impõem para dar respaldo à atuação efetiva junto a ele.

A tese do autocuidado e da autonomia do doente para decidir a que *pacote de condutas* deseja submeter-se, ainda sofre um processo lento de incorporação na atual instituição hospitalar. A enfermagem também vai precisar encarar o seu cliente como consumidor, e mudar o seu papel com vistas a essa tendência geral para a liberdade e o respeito aos direitos de cidadania e de individualidade da sua clientela.

Nesse aspecto, é conveniente considerar que esse papel deve contemplar a pessoa assistida, não mais como pessoa dependente, mas parceiro ativo com tendência geral à autonomia.

Leva-se em conta que a pessoa assistida deverá assumir relação de parceria na sua recuperação. Assim, modifica-se o papel do enfermeiro no atendimento, reduz-se a ansiedade e obsessão, ao igualá-lo à condição de qualquer trabalhador, que não tem o dever de solucionar todos os problemas do seu cliente "mas sim de ser um facilitador, um parceiro, uma pessoa que ajuda e a quem se passa um contrato explícito ou implícito" (Yongert, 1989).

O que, a princípio, pode parecer estranho, na verdade nos faz retomar as noções iniciais sobre o cuidado. O cuidado atribuído como função técnica da enfermagem é bem recente, assim como o termo enfermeiro, foi estabelecido a partir do final do século XIX e início do século XX.

Até então o ato de cuidar de si próprio sempre foi um imperativo social, função inerente à sobrevivência social, que foi profundamente alterada entre os humanos, à medida que aconteceram as mudanças tecnológicas, sócio-econômicas e culturais, que geraram a exploração e a separação das práticas de cuidados, numa imensidão de tarefas e atividades diversas, disputadas tanto por profissões, como por ofícios. (Collière, 1989)

O papel do enfermeiro facilitador não é mais o de um técnico, que depende da apropriação de ações técnicas do farmacêutico ou do médico, mas aquele que toma parte

ativa nos diversos níveis de atenção à saúde, levando em conta a pessoa não mais como paciente, na essência da palavra *paciente* (daquele que espera *pacientemente* as intervenções dos agentes de saúde), mas como parceiro, que respeita a sua individualidade, independência, auto-suficiência, motivações e sentimentos mais profundos, para acata-los, e se responsabilizar pelas suas decisões acerca do seu tratamento e recuperação. Isto significa prestar-lhe assistência, sem contudo, usar do poder institucional para *manipular* as suas decisões, mesmo que estejam em jogo as melhores intenções de se obter mais eficácia nessas ações.

Nessa perspectiva, resta ao enfermeiro repensar profundamente se esta é a direção sonhada para a nossa profissão, tentando responder se nossa prática deve fortalecer o poder sobre o corpo do cliente ou favorecer a sua autonomia. Que fatores levam o enfermeiro, o mercado de trabalho, a sociedade e as escolas de enfermagem a supervalorizar a dimensão do *domínio* e do *poder* sobre o cliente no espaço institucional da assistência?

O poder e o regime de autoridade sobre os corpos no espaço nosocomial foi historicamente atribuído ao médico, a partir do século XVIII, quando com o poder de polícia e de guardião das normas rígidas de higiene, intentava acabar com as epidemias. Esse regime passou a interferir nos hospitais, com o objetivo da purificação, tornando-os limpos, claros, isentos de germes, arejados e arquitetonicamente preparados para ser, no aspecto físico e na organização, uma "máquina de curar". (Foucault, 1976)

O espaço disciplinado do hospital no entender de Loyola (1987) tem legitimado o poder médico por meio da própria disciplina, em que o tempo e o espaço utilizados pelas enfermeiras são "esquadrinhados". A dominação positiva é proporcionada por pequenas e aparentemente inocentes concessões nas ações cotidianas, nas quais o profissional médico executa e perpetua sua dominação. A não delimitação da sua prática, contribui para que a submissão da enfermeira ao profissional médico permaneça.

A mesma autora afirma que as "enfermeiras aparentemente aceitam a dominação através das condições de trabalho na instituição hospitalar, mas na realidade este trabalho representa o exercício de um poder real dentro do hospital, mesmo que seja um poder concedido, delegado" (Loyola, 1987).

Encaro a questão do poder instituído e concedido ao enfermeiro, nas suas ações para com o paciente, como um determinante importante na definição do seu papel.

Outros caminhos para análise mais profunda da questão do papel podem ainda ser explorados. Sem dúvida, não foi meu objetivo nesta tímida incursão na literatura. Acredito que todos os problemas aqui apontados merecem um reestudo à luz de uma ciência que contemple o lado feminino dessas questões.

Quando conseguirmos esclarecer a maioria dessas dúvidas, acredito que a profissão estará na sua melhor fase. O reconhecimento, a competência, e outros anseios profissionais vão deixar de ser metas, para se transformar em resultados naturais do trabalho profissional.

Além dos fatores apontados para a discussão, identifiquei a seguir alguns determinantes da ordem sexual e de gênero, que também têm cumprido a sua função no estabelecimento de influências na determinação do papel do enfermeiro, seja no campo das relações profissionais com a equipe, seja com o cliente.

Por que precisamos definir papéis femininos e masculinos?

*Incorporei o termo *Mito* não no sentido da interpretação primitiva, banal e irreal da sua existência, como quis provar a ciência moderna. Busquei valorizá-lo na sua importância, na compreensão sobre o valor destes na conceituação e identificação social / profissional, como quis Horta (1975)

A experiência de aprender a cuidar foi historicamente atribuída à mulher. Assim que se construíram as primeiras cidades, o homem mudou o seu comportamento nômade, constituiu família, se apossou do espaço da floresta e da rua (público), enquanto a mulher restou o espaço (privado) doméstico, o cuidado com as plantações e com as coisas da casa e dos filhos. Na divisão das tarefas, cuidar dos filhos e da casa assumiu uma forma convenientemente feminina e naturalizou-se como um dos papéis específicos da mulher.

Estudos sobre a naturalização dos papéis masculinos e femininos nas diversas culturas assinalem pontos de vista etnocêntricos e androcêntricos conflituosos. De um lado estes papéis são interpretados pela ótica das culturas de alguns povos (etnocentrismo) e, de outro, com os olhos masculinos dominantes na ciência dos homens (androcentrismo). Em outras palavras, a mulher teria sido analisada, até então, mediante óculos com duas lentes masculinas. Esse é um dos fortes argumentos para a universalização da dominação da mulher. (Augé, 1984).

Esses discursos tornam-se tendenciosos à medida que, ao interpretar as representações do masculino e do feminino, o fazem a luz da informação da ciência e visão dos homens.

Desde o nascimento do movimento feminista tem-se estudado muito as diferenças de papéis e o poder nas relações de gênero, mas o termo papéis sexuais, estabelecido por Margareth Mead não foi capaz de resolver o conflito binário das diferenças entre homens e mulheres nas sociedades civilizadas. Esses papéis sexuais, na verdade, são aprendidos na socialização, mas não explicam as desigualdades nessa socialização: o papel feminino é facilmente equacionado com a condição de mãe e esposa, além de que não se encontra relato adequado das mudanças sociais ao longo da história com a presença das mulheres, nem se levantam as questões de poder e desigualdade nas relações de gênero. (Costa, 1994)

A categoria gênero aparece como opção interpretativa das concepções sexuais-comportamentais-culturais do masculino e do feminino, que não deveriam ser interpretadas como composições binárias que envolvem as relações problemáticas entre o homem e a mulher, mas uma construção que se faz pelas vivências de cada indivíduo num dado tempo e contexto social. A marca biológica dos sexos passa a ser apenas mais uma variável na composição da identidade do sujeito.

Papéis masculinos e femininos, na prática, enfatizam o caráter social do gênero. São usados para analisar as diferenças e, como esses são moldados para as suas atuais posições, quando o ideal seria que compreendêssemos esses opostos como dicotomizados, com seus atributos individuais.

As concepções sobre a identidade de gênero, de um modo geral, ou abordam as identificações biológicas, designativas do sexo, ou os comportamentos adquiridos a partir das atitudes dos pais, da força do condicionamento e estímulos do meio social e, por último, pelo significado atribuído à sua aparência e as sensações de ser *um* ou *outro* gênero.

No ensino da enfermagem, temos também contribuído com a reprodução nas relações de poder, que organizam os espaços e o caráter da prática profissional, estando em jogo também os papéis profissionais. Desse modo, o que vinha sendo *"preconizado como postura profissional, liderança, criatividade, participação, iniciativa e segurança emocional, na verdade subentende o estímulo à discricção, controle, disciplina, obediência, docilidade, e*

acriticidade que justificam e/ou reforçam a subordinação da mulher na sociedade de classes". (Meyer, 1991).

Não podemos perder de vista, entretanto, que a reprodução desses comportamentos não cabe mais nos dias atuais. Isso não significa que estou conivente com o mito da enfermeira-anjo branco, vigilante, competente, determinada e assexuada, que estiveram tão presentes no início da enfermagem moderna, e se vem reproduzindo até os dias atuais.

A incorporação desses comportamentos na profissão dão destaque à força dos ritos e aos componentes simbólicos, que a modernidade se incumbiu de deixá-los de lado, na análise dos componentes sociais. A formatação desses comportamentos na enfermagem parece assumir caráter profissional, a partir da transposição dos papéis femininos e de classe para a profissão.

Considerações Finais.

Mesmo reconhecendo a multiplicidade de variáveis no pleno exercício da nossa prática, o desafio de identificar o papel exclusivo do enfermeiro implica efetivamente a opção por um novo paradigma, que respeite, compreenda e estude outras alternativas de atenção, que contemple o indivíduo não dissociado do seu ambiente ecológico das relações (social e familiar), que considere as experiências e escritas das mulheres.

Significa, sobretudo, fazer uma opção pela satisfação da clientela, usando-se todas as alternativas para se chegar a uma composição mais completa e justa no atendimento.

Indo mais além, significa *descartar* essa ciência cartesiana, que esquarteja o cliente e o identifica com afecções, áreas de especializações, e que não consegue definitivamente resolver os problemas cruciais com a doença, nem sequer aplacar o sofrimento da pessoa humana.

Neste final do milênio, identifica-se uma mudança de valores e papéis de gênero na sociedade. A inversão na construção e ocupação dos espaços naturalizados como da mulher e do homem, coloca-se em evidência no cotidiano das relações.

O que vai tornar-nos diferentes, profissionalmente, é a nossa capacidade de superação dos limites do conhecimento sobre a pessoa sadia e doente.

Vamos necessitar, cada vez mais, de buscar o limite das nossas ações na pessoa do cliente. Cabe ainda incorporar o *cuidado* como a principal referência da ação do enfermeiro, entendendo que o papel desse profissional estará cada vez mais voltado para o cuidado à pessoa humana, em qualquer estágio do seu desenvolvimento e em todos os momentos da sua existência, seja ela aqui ou em outra galáxia. Com essa perspectiva, é possível acreditar na existência de outra enfermagem ainda pouco explorada, que tende a se adaptar às mudanças, determinadas a partir das expectativas e exigências desse indivíduo que emerge no processo de evolução social.

ABSTRACT: Expectations and the reality lived by a nurse along his/her professional role have been analyzed through this study. In addition to those aspects related to professional action limitations, the author sought to concentrate on works which emphasize the determining factors of a sexual and gender order. As perceived by the author, these two study branches have much collaborated to define the professional

** Sou defensor da posição de que a nossa profissão ainda se encontra em expansão, e que, sem dúvida, teremos lugar assegurado nas viagens e nas estações espaciais.

roles of a nurse in the context of our present society.

KEY WORDS: Gender Identify; Health Occupations.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AUGÉ, Françoise Héritier. Le sang du guerrier et le sang des femmes. *Cahier du Grif*, Paris, n. 29, p. 97-125. 1984.
- 2 BOUDON, Raymond, BOURRICAUD, François. *Dicionário crítico de sociologia*. São Paulo: Ática, 1993.
- 3 CASTRO Ieda Barreira e. O Papel social do enfermeiro: realidade e perspectiva de mudança. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34., 1982, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: ABEN, 1982. 91p. p.33-52.
- 4 COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato de Enfermeiros Portugueses, 1989.
- 5 COSTA, Cláudia Lima. O leite de procusto: gênero, linguagem e as teorias feministas. *Cadernos Pagu*, Campinas-SP, n. 2, p. 141-174, 1994.
- 6 FOUCAULT, Michel. *Saber y verdade*. Barcelona: Las Ediciones de la Piqueta, 1976.
- 7 HORTA, Wanda de Aguiar. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3/4, p. 159-169. abr. /jun. , 1971.
- 8 HORTA, Wanda de Aguiar. Os mitos na enfermagem. *Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, v.1, n.2, p.60-63, 1975.
- 9 LOYOLA, Cristina Maria Douat. *Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar*. Rio de Janeiro: Edit. U.F.R.J., 1987.
- 10 MEYER, Dagmar E. Estermann. *Reproduzindo relações de poder de gênero e de classe no ensino de enfermagem*. Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1991.
- 11 PISUNYER, Jaime. Fragmentos de la introducción al estudio de la medicina experimental (Claude Bernard-1865). In: *El pensamiento vivo de C. Bernard*. Buenos Aires: Losada, 1965. p. 124-145.
- 12 SILLS, David. (Org.). *Enciclopédia internacional de las ciencias sociales*. Madrid: Aguilar, 1975. v. 7 p. 763.
- 13 SILVA, Benedito. (Org.) *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.
- 14 YONGERT, Ina. Enfermagem na Bélgica In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 41., 1989, Salvador. *Anais...* Brasília: ABEN, 1990. p. 133-144.

AGRADECIMENTOS: À Dra. **Alacoque Lorenzini Erdmann**, pelo incentivo e motivação na construção desta análise preliminar sobre o tema **RESUMO**.

Endereço do autor:
Rua das Acácias nº 11 Bl. C - Apto 203
88040-560 - B. Carvoeira - Florianópolis-S.C.
Fone: (048) 234 2447.
Email: alvarod@repensul.ufsc.br